

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
STRATEGINIO VALDYMO IR POLITIKOS FAKULTETO
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA

AUŠRA BUČIENĖ
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ADMINISTRAVIMAS

**PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKOS PALYGINIMAS DVIEJOSE
SAVIVALDYBĖSE**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas-
doc. dr. D. Jankauskienė

Vilnius, 2008

TURINYS

1. ĮVADAS	4
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	7
2.1. Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) teorinė samprata	7
2.2. Pirminės sveikatos priežiūros reforma.....	8
2.3. BPG vieta ir vaidmuo pirminės sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje	15
2.4. PSP paslaugų apmokėjimas	19
2.5. Sveikatos priežiūros organizavimas Utenos rajono savivaldybėje	23
2.6. Sveikatos priežiūros organizavimas Marijampolės savivaldybėje	26
3. METODAI IR MEDŽIAGA.....	30
4. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	32
4.1. Pirminės sveikatos priežiūros Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių plėtros programų palyginimas	32
4.2. Utenos rajono savivaldybės ir Marijampolės savivaldybės pirminių ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų pokyčiai 2002 -2007 metais.	36
4.3. Prisirašiusių gyventojų pasiskirstymas skirtingose įstaigų grupėse 2002 – 2007 metais	37
4.4. Bendrosios praktikos gydytojo institucijos plėtra.....	46
4.5. BPG skaičiaus ir jų aptarnaujamų gyventojų dinamika 2002 – 2007 metais	47
4.6. Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų pasirinktų 2003 – 2007 metais veiklos efektyvumo rodiklių palyginimas	54
IŠVADOS	57
PASIŪLYMAI.....	58
LITERATŪROS SĄRAŠAS	59
SANTRAUKA.....	62
SUMMARY	63

Darbe naudojami sutrumpinimai:

BPG – bendrosios praktikos gydytojas;

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija;

LR – Lietuvos respublika;

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema;

SVEIDRA – Sveikatos draudimo informacinė sistema;

VLK – Valstybinė ligonių kasa;

TLK – Teritorinė ligonių kasa;

1.ĮVADAS

Vienas iš pagrindinių sveikatos apsaugos politiką padedančių realizuoti ir užtikrinti įrankių yra kiekvienos valstybės efektyvi sveikatos priežiūros sistema. Pagal 1984 metų PSO priimtą pasaulio sveikatos apsaugos politinį dokumentą "Sveikata visiems 2000", visos valstybės turi suformuoti tokią sveikatos politiką, kuri užtikrintų visiems gyventojams aukšto lygio medicinos pagalbą, pagrįstą pirmine sveikatos priežiūra ir palaikomą antrinio ir tretinio lygio sistemomis [19].

PSP yra svarbiausia sveikatos priežiūros grandis, kuri grindžiama šiais principais visuotinai prieinama atskiriems individams ir šeimoms, jiems patiems dalyvaujant šiame procese priimtinausia forma ir mokant už paslaugas tiek, kiek bendruomenė ar šalis gali sau leisti mokėti. [14]. Pasaulinėje praktikoje ji susilaukė efektyviausios, visa apimančios, tęstinos ir šeimos medicinos epiteto, galinti išspręsti net 80 proc. visų paciento problemų. Net išsivysčiusiose šalyse PSP sistema yra nuolat tobulinama, keičiama, ieškant naudingesnių, efektyvesnių modelių abiem pusėms (ir gydytojui, ir ligoniui), gerinant teikiamų paslaugų kokybę.

PSP - tai šalies sveikatos priežiūros sistemos pagrindas ir bendros socialinės bei ekonominės raidos dalis. Tai grandis, kurioje vyksta pirminis individų, šeimų ir bendruomenės kontaktas su nacionaline sveikatos sistema, priartinant sveikatos priežiūrą prie žmonių gyvenimo ir darbo vietų, pirmasis nenutrūkstamo sveikatos priežiūros proceso elementas. Pirminė sveikatos priežiūra sprendžia pagrindines bendruomenės sveikatos problemas, teikdama vidaus ligų profilaktikos, gydymo, sveikatos išsaugojimo bei reabilitacijos paslaugas. [14]. Tai grandis, kuri organizuoja ir koordinuoja paciento sveikatos priežiūrą, reguliuoja aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą bei tikslingumą, orientuota į pacientą, jo sveikatos išsaugojimą, o ne ligų gydymą [20].

Lietuvos sveikatos programoje numatyta iki 2005 m. decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigų valdymą, sudaryti sąlygas privačių sveikatos priežiūros įstaigų plėtrai [15]. Pertvarkius Lietuvos Respublikos administracinį pasidalijimą, nuo 1995 m. funkcionuoja nauji administraciniai vienetai: apskritys ir savivaldybės. Prie jų valdymo sistemos įkurtos apskrities gydytojo ir savivaldybės gydytojo institucijos. Šių pareigybių įvedimas administraciniuose vienetuose turėjo užtikrinti decentralizaciją sveikatos apsaugos sistemoje, pagerinti informacijos surinkimą apie sveikatos veiklos rodiklius bei užtikrinti grįžtamuosius ryšius su apskrities asmens sveikatos įstaigomis. Pakeitus PSP finansavimą, atlikus asmens sveikatos priežiūros įstaigų decentralizaciją, atskiriant pirminę sveikatos priežiūros grandį nuo antrinės, PSP tampa vis svarbesnė. Pirminės sveikatos priežiūros plėtojimas – prioritetinga praktinė sveikatos

priežiūros sritis, sprendžianti didžiąją dalį asmens sveikatos problemų bei vykdanči svarbias visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas. Šis procesas ypač vangiai vyksta didžiuosiuose Lietuvos miestuose, kur stambios savivaldybės poliklinikos yra pakankamai sudėtingai valdomos, komplikuoti jų pertvarkymo mechanizmai [14]. Atsiranda privačių pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir vis daugiau pacientų pasirenka privačius paslaugų teikėjus, sudariusius sutartis su teritorine ligonių kasa.

Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros plėtros strategijoje numatyta stiprinti BPG instituciją, skatinti privačių BPG veiklos plėtrą [33], decentralizuoti PSP sistemą, palaipsniui pereinant nuo pirminės sveikatos priežiūros centrų modelio prie savarankiškų bendrosios praktikos gydytojo institucijų bei grupinės praktikos, remti pirminių sveikatos priežiūros įstaigų kaimo vietovėse plėtrą, skatinti BPG motyvaciją atlikti profilaktikos darbą, sveikatos mokymą bei ugdymą [19].

Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje galima išskirti trijų modelių (tipų) pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas, priklausomai nuo paslaugų organizavimo ir nuosavybės tipo. Tai savivaldybės poliklinikos, teikiančios pirmines ir antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (mišrios įstaigos), savivaldybės pirminės asmens sveikatos priežiūros centrai (savivaldybių PSP įstaigos) bei privačios PSP įstaigos, sudariusios sutartis su teritorine ligonių kasa dėl paslaugų teikimo ir apmokėjimo iš PSDP biudžeto lėšų. Diskusijos apie pirmines paslaugas teikiančių skirtingų tipų įstaigų privalumus ir trūkumus išlieka, o išsamių mokslinių darbų, kuriuose būtų palyginta PSP paslaugas teikiančių įstaigų veikla, pasigendama.

Šių modelių efektyvumas yra mažai tyrinėtas, todėl šiuo darbu siekiama išsiaiškinti dviejų savivaldybių pavyzdžiais, kurie modeliai efektyvesni.

Pirminė sveikatos priežiūra (toliau - PSP) yra prioritetinga sveikatos sistemos dalis, apimanti visuomenės ir asmens sveikatos priežiūrą. Asmens sveikatos priežiūra - tai bendrosios praktikos gydytojų (toliau - BPG), terapeutų, pediatrų, pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų, greitosios medicinos pagalbos (toliau - GMP) bei palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninių paslaugų teikimas gyventojams. Sukūrus tinkamą įstatyminę ir materialinę bazę, pirminė sveikatos priežiūra galėtų spręsti iki 80% visų šalies sveikatos problemų, užtikrintų teikiamų paslaugų prieinamumą ir kokybę. Tai vykstančios PSP reformos uždavinys. Reforma skatina BPG ir bendrosios praktikos slaugytojų institucijos kūrimą bei plėtrą, o tai padėtų sumažinti ligonių hospitalizavimą ir tuo būtų, racionaliau naudojamos lėšos Didinant komandinės veiklos efektyvumą, būtų sudaromos geresnės sveikatos priežiūros poreikių tenkinimo sąlygos.

Darbo tikslas : Palyginti Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros politiką 2002 -2007 metais.

Uždaviniai:

1. Išanalizuoti PSP politiką Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybėse 2002 – 2007 metais.
2. Išanalizuoti PSP reformos efektyvumą per BPG institucijos plėtrą.
3. Palyginti valstybinių ir privačių PSP modelių privalumus ir trūkumus.

Darbo hipotezė. Savivaldybė, turinti daugiau privačių sveikatos priežiūros įstaigų, įgyvendina sparčiau PSP reformą.

Tyrimo metodai. Palyginamoji sveikatos politikos analizė, statistinių duomenų analizė, simuliacinė telefoninė apklausa. Tyrimui naudoti VLK informacinės sistemos „SVEIDRA“ duomenys, Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenų bazės, Lietuvos Respublikos statistikos departamento, bei buvo naudojamosi gydymo įstaigų turimais duomenimis.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) teorinė samprata

Klaidingai galvojama, kad visuomenės sveikata priklauso tik nuo medicinos. Statistika rodo, kad lemiamą įtaką daro gyvenimo būdas ir įpročiai – 40 proc., aplinka – 20 proc., medicinai tenka tik 10 proc. [24]. Vokietijoje sveikatos sistema tobulinama nuo praėjusio amžiaus pabaigos, kai Bismarkas Prūsijos karinėse gamyklose įsteigė pirmąsias sveikatos draudimo struktūras. Jungtinėse Amerikos Valstijose galvojama apie sveikatos apsaugos sistemos reformavimą. Anglijoje, kur reforma vyksta bene seniausiai, šiuo metu akivaizdi sveikatos sistemos krizė. Kokios sveikatos sistemos reikia Lietuvai? Specialistai, ekspertai akcentuoja, kad neįmanoma paimti iš kokios nors šalies ir mechaniškai perkelti pas mus. Jų manymu, mes turime unikalią istorinę progą sukurti tikrai gerą ir savitą sveikatos sistemos modelį. Pirmiausiai reikia suvokti ne tik reformos organizatoriams, medikams, bet ir pačiai visuomenei, kad sveikatos sistemos reforma negali būti įgyvendinta tuojau pat. Mes esame priklausomi nuo istorinio laikotarpio, ekonominių sąlygų.

Visoms pasaulio valstybėms sveikatai neužtenka pinigų. Medicininės technologijos greitai tobulėja, brangsta. Dėl to išlaidos sveikatai nuolat auga. Ir kažin ar tuomet bendras sveikatos lygis pakils. Pasaulinė sveikatos organizacija, užsienio ekspertai vis daugiau svarsto apie išlaidų sveikatai naudos analizę. Nors mums tai gali pasirodyti net nehumaniška. Tuo tarpu užsienyje atliekama įvairių medicininių programų ekonominė analizė. Nagrinėjamas programose numatytų priemonių įgyvendinimas, efektyvumas, su tuo susijusios išlaidos.

Vykdam reformą būtina komanda, medikų bendruomenės pritarimas, socialinis dialogas su visuomene. Jaučiasi geranoriškumo, sugebėjimo išklaudyti ir išgirsti kitus stoka.

Lietuvoje stokojame žinių apie modernų valdymą ir vadybą. Dažniausiai tenkinamasi administravimu. Tuo tarpu valdymas, turi būti suprantamas plačiau – visų pirma kaip tikslų apibrėžimas, planavimas, diskutavimas, nuomonių derinimas, įgaliojimų paskirstymas visai komandai. Manau, tokios turėtų būti moderna vadovo funkcijos.

Reformos tikslas – visos mūsų visuomenės sveikatos pagerėjimas. Mūsų kuriamoje sveikatos sistemoje turi išlikti bendražmogiškieji principai, pripažinti visame pasaulyje – solidarumas, lygiateisiškumas, prieinamumas. Reforma daroma žmogaus, bendruomenės labui.

Pirminės sveikatos priežiūra yra filosofija ir požiūris į priežiūrą, kuri apibūdina tęstinumas suderinamumas ir visapusiškumas. Sveikatos priežiūros funkcijos vykdomos pirminės priežiūros lygiu, kai priešingai antriniam ir tretiniam lygiams, jos vyksta pirminiame nepertraukiamo proceso etape ir kai pagrįstai galima tikėtis jomis pasinaudoti arti namų.

Nacionalinė sveikatos koncepcija (1991 m.) ir Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas (1994 m.) nustato pagrindinius principus ir tikslus, kurie sveikatos sistemą perorientuoja į integruotą sistemą, sudarančią sąlygas lygiateisiams tinkamų ir našių paslaugų prieinamumui. Šis perorientavimas labiau pabrėžia sveikatos ugdymą, ligų prevenciją, priežiūros tęstinumą ir didesnę vartotojų dalyvavimą sveikatos priežiūros paslaugų planavime, valdyme, bei teikime. Tokių tikslų siekimas priklauso nuo efektyviai funkcionuojančios pirminės sveikatos priežiūros sistemos.

PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA (PSP) – pagrindinė sveikatos priežiūra, prieinama už mokestį, kurį šalis ir bendruomenė gali mokėti, naudojant praktiškus, mokliškai pagrįstus ir socialiai priimtus metodus. PSP yra šalies sveikatos sistemos pagrindinė funkcija ir dėmesio centras, svarbiausias sveikatos priežiūros paslaugų teikimo įrankis, periferinis sveikatos sistemos lygmuo, jungiantis periferiją su centru, ir šalies socialinės bei ekonominės plėtros sudedamoji dalis.

Šiandieninė visuomenės sveikatos koncepcija apibrėžia visuomenės sveikatą kaip mokslą ir meną, kuris padeda apsaugoti nuo ligų, ilginti gyvenimo trukmę, gerinti psichikos ir fizinę sveikatą, panaudojant organizuotas visuomenės pastangas.

PIRMINĖ MEDICININĖ PRIEŽIŪRA – pirminis sveikatos priežiūros komponentas. Ją sudaro pirminis paciento įvertinimas ir nuolatinė pagalba įvairių nusiskundimų atvejais. Pirminę medicinos priežiūrą sudaro sveikatos problemų diagnozė, gydymas ir valdymas: ligų prevencija ir sveikatos ugdymas: prireikus – nuolatinė parama šeimai ir bendruomenei.

2.2. Pirminės sveikatos priežiūros reforma

Lietuvos valstybės institucijos – Seimas ir vyriausybė sprendžia problemas, paveldėtas iš buvusios sistemos ir tai, kad bet kokios sveikatos priežiūros sistemos transformavimas yra daugybė sudėtingų klausimų ir problemų. Vis tik Lietuva stengiasi pertvarkyti savo sveikatos priežiūros sistemą, stiprindama infrastruktūrą ir įgyvendinama pirminę sveikatos priežiūrą. Deja, esančios ekonominės sąlygos apsunkina reformos eigą, nes reformos tempai tiesiogiai priklauso nuo šalies ekonominių galimybių.

Pasaulyje nėra sukurto sveikatos sistemos modelio, kurį būtų galima laikyti geriausiu. Tas modelis dažniausiai priklauso nuo konkrečios šalies tradicijų, įpročių, vertybių. Galima sakyti, kad kiekviena šalis savotiškai eksperimentuoja, kurdama savo sveikatos sistemą.

Lietuvos sveikatos programos strategijos uždaviniai yra saugoti ir stiprinti žmogaus sveikatą nuo gimimo iki mirties. Buvusi itin centralizuota sveikatos priežiūros sistema, lėmė neefektyvų sveikatos priežiūros valdymą, išteklių naudojimą, neskatino nei žmonių, nei valstybės tausoti ir saugoti gyventojų sveikatą, rezultatus. Todėl pradėta kalbėti apie būtinybę

keisti bei plėtoti sveikatos apsaugos sistemą. Sveikatos reforma Lietuvoje visada buvo siekiama pagerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, tam buvo siekiama dviejų pagrindinių tikslų:

1. vykdyti aktyvią sveikatos politiką;
2. pertvarkyti sveikatos apsaugos sistemą restruktūrizuojant joje teikiamas paslaugas ir sveikatos priežiūros įstaigas.[27]

„Sveikatos sistemos reforma – tai procesas, kurio tikslas - pasiekti teigiamus pokyčius nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje per sveikatos programų vykdymą, bei kitus veiksmus, nukreiptus į išteklių tikslų ir prioritetų, įstatymų ir poįstatyminių teisės aktų vykdymą. Sveikatos reforma yra procesas, nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, taip pat į finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros resursų keitimą visos šalies mastu tiek prevencinėje, tiek gydomojoje, tiek visuomenės sveikatos srityje, valstybiniame ir privačiame sektoriuje, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio priežiūrą“[5].

Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos reforma suplanuota remiantis PSO Liubianos chartija priimtoje 1996 metais Slovėnijoje, dėl sveikatos apsaugos reformos. Jos pagrindiniai principai: siekti pagerinti žmonių sveikatą, o ne tik pertvarkyti sveikatos apsaugos sektorių. Reforma yra nukreipta į paslaugų kokybę bei adekvatų finansavimą, reformos esmė – pirminės sveikatos priežiūros plėtra[27].

Sveikatos apsaugos, sveikatos priežiūros arba sveikatinimo veiklos plėtojimosi ideologija suprantama kaip platus ir ilgalaikis susitarimas dėl esminių ir reikšmingiausių pokyčių kryptių bei jų įgyvendinimo priemonių. Pačioje reformų pradžioje susitarti dėl reformų krypties ir metodų buvo lengviausia. Buvo priimtos tokios pagrindinės idėjos:

Atsisakyti sovietinio organizavimo būdo nuo Semaškos modelio, nuo visiems gerai matomo jos trūkumų ir ydų.

Atkurti tai, kas buvo iki sovietinė okupacijos, pavyzdžiui, vėl sukurti ligonių kasų sistemą, organizuoti privalomąjį sveikatos draudimą pagal Bismarko modelį.

Priartėti prie vakarų šalių visuomenės organizavimo modelių, įdiegiant pradžioje platesnį visuomenės sveikatos suvokimą, o vėliau ir konkrečias paslaugų apmokėjimo sistemas.[34].

Atkūrus Lietuvoje nepriklausomybę, ir šalies sveikatos sektoriui paveldėjus tarybinį Semaškos sveikatos sistemos organizavimo ir valdymo modelį. Biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų sistema buvo organizuojama atsižvelgiant į gydymo įstaigai priskirtų aptarnavimo teritorijų gyventojų skaičių. Pagal gyventojų skaičių buvo planuojamas ambulatorinių gydymo įstaigų etatų skaičius, o stacionarinėje grandyje - lovų skaičius. Šie rodikliai lemdavo skiriamą lėšų sumą sveikatos priežiūrai. Toks modelis neskatinė paslaugų teikėjų racionaliai, taupiai bei pagal poreikius planuoti žmogiškuosius bei finansinius resursus. Suteiktų paslaugų skaičius buvo

dirbtinai didinamas tam, kad būtų pateisintas finansinių išteklių skyrimas. Lyginant su kitomis šalimis Lietuvoje buvo labai didelis gydytojų skaičius 10-čiai tūkstančių gyventojų [34].

Sveikatos reforma Lietuvoje įgyvendinama per valstybines ir regionines ligų profilaktikos bei valstybės investicijų programas. Vietos savivaldos įstatymas nurodo, kad viena iš priskirtųjų savivaldybės funkcijų yra pirminė asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra. Savivaldybės organizuoja pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą ir yra atsakingos už pirminės sveikatos priežiūros paslaugas savo gyventojams. Jau 1978m. Alma-Atos konferencijoje buvo priimta pirminės sveikatos priežiūros koncepcija [22], teigianti, kad pirminė asmens sveikatos priežiūra yra esminė sveikatos priežiūra, paremta praktiniu moksliniu patyrimu, socialiai priimtinais metodais ir technologijomis, kurios padaro ją prieinamą individams ir šeimoms bendruomenėje, ir teikiama bendruomenei ir šaliai priimtinais kaštais.

Daugelis Europos šalių pradėjo pertvarkyti pirminę sveikatos priežiūrą remiantis šia koncepcija. Pirminės sveikatos priežiūros tarnybų pagrindas bendrosios praktikos gydytojo institucija tai vienas iš trijų pirminės sveikatos priežiūros organizuojamų lygių. Pirminė sveikatos priežiūra turi pasirūpinti kompleksine sveikatos priežiūra, kuri apima asmenis, šeimą, bendruomenę.

Pirminės sveikatos priežiūros grandies reorganizavimas, reglamentuotas sveikatos politikos dokumentuose:

- Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje [5],
- Lietuvos sveikatos programoje [6],
- Vyriausybės nutarimu patvirtintoje sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje [9],
- Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau - PSO) leidinyje "Sveikata visiems XXI amžiuje" [35],
- Liubljanos chartijoje[37] ir kituose dokumentuose.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-03-18 nutarimu Nr. 335 patvirtintoje sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje vienas iš prioritetų yra paslaugų prieinamumo gerinimas, prioritetinį dėmesį skiriant bendrosios praktikos gydytojų veiklos plėtojimui kaimo vietovėse. Viena iš strategijos kryptių yra pirminės sveikatos priežiūros plėtra. Šią kryptį įgyvendinant numatoma privačių bendrosios praktikos gydytojų, dirbančių pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos skatinimas bei savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms, darbo sąlygų sudarymas, siekiant decentralizuoti pirminę sveikatos priežiūrą.

PSP- funkcijos : sveikatos ugdymas ir gerinimas, ligų profilaktika, ankstyva diagnostika, gydymas, pacientų nukreipimas pas specializuotas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius specialistus, rehabilitacija, nedarbingumo ekspertizė, bendruomenės slauga [9].

PSP paslaugų teikimo principai :

- PSP paslaugų prieinamumas, kokybė, veiksmingumas, priimtinas, teisumas;
- PSP specialistų kompetencija;
- Sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas ir saugumas;
- Orientacija ne į ligų gydymą, o į sveikatos išsaugojimą ir gerinimą, ligų profilaktiką;
- Orientacija į žmogų;
- Holistinis požiūris į žmogų (žmogaus fizinė, psichinė ir socialinė gerovė);
- Veikla bendruomenės sveikatos poreikiams tenkinti;
- Orientacija į asmens bei šeimos ir bendruomenės sveikatos poreikius.

Reorganizuojant PSP grandį pagal BPG institucijos modelį, pertvarkoma struktūra ir keičiami PASP įstaigų darbo organizavimo bei specialistų rengimo pagrindai, iš kurių svarbiausi:

1. Perkvalifikuoti PSP grandyje dirbančius gydytojus į BPG.
2. sukurti darbo vietas BPG ir, remiantis PSP plėtros planais, pasiūlyti racionalų PSP įstaigų išdėstymą savivaldybės teritorijoje.
3. visokeriškai skatinti PSP decentralizavimą, sudarant sąlygas nepriklausomų BPG rangovų plėtrai savivaldybėje.
4. plėtoti ambulatorinės slaugos ir palaikomojo gydymo infrastruktūrą.
5. skatinti profilaktinį ir prevencinį darbą, sveikatos ugdymą ir sveikatinimo veiklą bendruomenėje.[23]

PSP grandies specialistai dirba savivaldybės įsteigtose viešosiose įstaigose ir individualiose įmonėse kaip nepriklausomi rangovai, pagal sutartį su teritorine ligonių kasa. BPG turi galimybę pasirinkti medicinos praktikos formą: savivaldybių įsteigtose viešosiose įstaigose, nepriklausomo rangovo ar nepriklausomo privataus BPG.

Savivaldybė atsakinga už PSP paslaugas savo gyventojams. Ji rengia ir tvirtina PSP plėtros įgyvendinimo planus, kurie rodo detalų žmoniškųjų išteklių, PSP struktūrų išdėstymą, finansavimo šaltinius, numato šių paslaugų poreikius, visuomenės sveikatos priežiūros organizavimą ir integravimą į pirminę asmens sveikatos priežiūrą. Savivaldybė privalo finansiškai remti pirmenybinę sveikatos reformos sritį.

Visos Europos šalys vykdo sveikatos reformas. Sveikatos reforma vykdoma ir Lietuvoje, kaip rašoma, kad procesas yra nesibaigiantis, gyvas, pastoviai judantis procesas, sąlygojamas naujų medicinos technologijų, naujų ligų bei vaistų joms gydyti, metodikų bei pačių valstybių jų poreikių kintamumo[30]

Naujas galimybes sveikatos politikos raidai suteikė rezoliucija, 1989 metais priimta Lietuvos gydytojų draugijų sąjungos atkuriamajame VI suvažiavime. Remdamiesi šia rezoliucija

medikai įsipareigojo plėtoti naują Lietuvos sveikatos koncepciją pagal naujus visuomenės sveikatos principus, kuriuos pateikė PSO. 1991 m. spalio 30 d. Seimas nutarimu Nr. 1-1939 patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją. Koncepcijoje buvo išreikštas Vyriausybės siekis įgyvendinti aktyvią sveikatos politiką ir pirminę sveikatos priežiūrą, bei ligų prevenciją, sveikatos ugdymą, mokymą ir tausojimą, įgyvendinti sveikatos priežiūros finansavimo reformą sukuriant finansavimo sistemą, grindžiamą ne tik bendraisiais surenkamais mokesčiais, bet ir sveikatos draudimo lėšomis[27].

Sveikatos reformos vienas iš tikslų, aktyvi visuomenės sveikatos politika, kurios metu gyventojai dalyvautų priimant sprendimus ir jų atsakomybė už savo sveikatos ugdymą. Sisteminis mokslinis sveikatos reformos Lietuvoje įvertinimas nuo 1990 iki 1998 m. buvo atliktas apgintoje KMU dr. D. Jankauskienės mokslo daktaro disertacijoje. Viena iš pateiktų išvadų buvo: 1995-1998m. sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas beveik nepakito. Vykstant reformai didėja nepasitenkinimo suteiktų paslaugų kokybe tendencija, ypač aukštesnį išsilavinimą ir didesnes pajamas turinčių gyventojų tarpe. Kaimo gyventojams dėl transporto problemų tapo sunkiau pasiekti ambulatorinį gydymą, tačiau jų kur kas daugiau gydėsi stacionare [26].

Vienas iš sveikatos reformos artimųjų uždavinių (iki 2005 m.), numatytų Lietuvos sveikatos programoje - racionalizuoti išteklius ir optimizuoti išlaidas sveikatos priežiūrai, siekiant efektyviau naudoti lėšas ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Užsibrėžtas tikslas galimas pasiekti per pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimą:

- a) optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų bei jų teikiamų paslaugų kieki;
- b) išplėsti ambulatorinės pagalbos mastus per bendrosios pagalbos praktikos gydytojo instituciją;
- c) plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, perkvalifikuojant apylinkių terapeutus ir pediatrus bei gydytojus specialistus į bendrosios praktikos gydytojus; steigti kabinetus bei diegti grupinę praktiką; ypatingą dėmesį skirti pirminei sveikatos priežiūrai kaimo vietovėse [9].

Sveikatos priežiūros sistemos reformos dalis yra sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas, tobulinant ir atnaujinant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir optimizuojant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, užtikrinant geresnį gyventojų sveikatos priežiūros poreikių tenkinimą, aukštesnę paslaugų kokybę, saugumą, prieinamumą ir racionalesnį išteklių panaudojimą. Iki 2003 m. sveikatos priežiūros įstaigų skaičius keitėsi nežymiai (be privačių įstaigų). Tai galima matyti 1 lentelėje. O 2007 m. SAM sistemoje privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų buvo įsteigta 177.

1 lentelė. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos		
Lietuvos Respublika	SAM sistemoje, ligoninės	SAM sistemoje, ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos
1999	183	495
2000	187	446
2001	189	440
2002	188	442
2003	181	437
2004	169	429
2005	159	435
2006	158	437
2007	156	433

Šaltinis. Statistikos departamentas

Pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatai rodo, kad teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūra, įstaigų tinklas ir išteklių naudojimas tapo racionalesnis, veiklos efektyvumo rodikliai pagerėjo norint dar pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, reikia ir toliau tobulinti stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų santykį. Būtina plėtoti ambulatorines paslaugas, kurių apimtis ir kokybė šiuo metu nėra pakankamos: nepilnai išplėtota pirminė sveikatos priežiūra, specializuota ambulatorinė pagalba ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugos. Sveikatos priežiūros sistema vis dar teikia per daug stacionariųjų paslaugų, kurių struktūra neatitinka gyventojų poreikių, neefektyviai naudojami turimi išteklių, prastos darbuotojų darbo sąlygos, mažai išplėtos dienos stacionaro / chirurgijos paslaugos, neužtikrinta laboratorinių tyrimų kokybė. Tokiu būdu nepakankamai užtikrinamas sveikatos priežiūros prieinamumas, nepakankamai mažėja ligonių nedarbo dienų skaičius. Ilgėjant gyventojų tikėtinai vidutinei gyvenimo trukmei, didėja slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų poreikis, kuris Lietuvoje nėra pilnai patenkintas daugelis slaugos skyrių nėra integruoti į daugiaprofilines ligonines bei neišplėtos slaugos dienos stacionaro paslaugos. Tokiu būdu ne visada užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas ir tinkamas gydymas. Tai daro sveikatos sistemą nepakankamai efektyvia sveikatinimo, ekonominiu, socialiniu ir teisumo aspektais.

1993 m. iš sveikatos apsaugos darbuotojų suburta darbo grupė, kurios užduotis – konsultuoti Sveikatos apsaugos reformos biurą (SARB) ir Sveikatos apsaugos ministeriją pirminės sveikatos priežiūros plėtros klausimais. 1995 m. gegužės mėn. Sveikatos apsaugos ministerija iš esmės pritarė darbo grupės siūlymams ir patvirtino juos kaip bendrosios medicinos-svarbiausio pirminės sveikatos priežiūros elemento – įgyvendinimo pagrindą. Svarbu pažymėti,

kad terminai “pirminė sveikatos priežiūra” ir “pirminė medicinos priežiūra” negali pakeisti vienas kito. Pirminė medicininė priežiūra yra pirminės sveikatos priežiūros komponentas [17].

Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje rašoma, kad “pirminės grandies sveikatos apsaugos plėtojimas – tai prioritetinga praktinės sveikatos apsaugos kryptis. Esant gerai išvystytai ir funkcionuojančiai pirminės grandies sveikatos priežiūrai, galima išspręsti iki 80-90 proc. sveikatos problemų. Todėl, reformuojant sveikatos apsaugos tarnybų struktūrą bei jų funkcionavimą, prioritetingas finansavimas teikiamas pirminės grandies medicinos įstaigų bazei stiprinti, šios grandies medicinos personalo kvalifikacijai kelti, jų suinteresuotumui efektyviai dirbti, tam tikslui panaudojant ekonominius švertus”.

Pirminės sveikatos priežiūros organizaciniai modeliai. Reformuojant šalyje pirminę sveikatos priežiūrą, kad ji būtų tinkamai suformuota, tenkinanti visas savo funkcijas, racionali bei efektyvi, tikslinga išsami kitų šalių PSP sistemų, jų privalumų bei trūkumų analizė.

Daugumoje pasaulio šalių pirminės sveikatos priežiūros sistemos skirtingos. Daugelyje šalių bendrosios praktikos gydytojas sudaro jų PSP pagrindą. PSP sistemos yra skirstomos į kelias grupes pagal skirtingą apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas formą:

- visa apimanti (visuomeninė) sveikatos priežiūros sistema, kaip Švedijoje ir Anglijoje, kur visiems gyventojams už jų sveikatos priežiūrą apmokama iš surenkamų mokesčių;
- ne pelno siekianti valstybės prižiūrima, socialinio draudimo apmokama sveikatos priežiūros sistema, kaip Prancūzijoje, Vokietijoje, Olandijoje, Japonijoje, Kanadoje. Socialinis draudimas mokamas iš lėšų, kurios surenkamos iš darbdavių ir dirbančiųjų mokesčių;
- mišri – privataus draudimo apmokama turtingiems, ir socialinio draudimo – apmokama neturtingiems, kaip Hong Konge ir Singapūre;
- apmokama privataus draudimo ir atskiroms socialinėms grupėms dotuojama iš biudžeto, kaip JAV.

Lietuvos, kaip ir bet kurios valstybės, sveikatos priežiūros sistemos tobulinimas yra svarbi veikla, apimanti sudėtingus reformos klausimus ir problemas. 1991 m. nacionalinės sveikatos koncepcija ir 1994 m. Sveikatos sistemos įstatymas pradėjo perorientuoti Lietuvos sveikatos sistemą į sveikatos ugdymą, ligų prevenciją, priežiūros tęstinumą ir didesnę pačių gyventojų dalyvavimą sveikatos priežiūros paslaugų planavime, valdyme bei teikime [17]. Skatinama, kad sveikatos paslaugas BPG teiktų kartu su slaugos personalu ir socialiniu darbuotoju. Todėl reformos eigoje plečiamas slaugos mokymas, keičiasi bendrosios praktikos slaugytojų mokymo programos, felčerių bei akušerių vaidmuo. Minėti specialistai labiau orientuojasi į sveikatos mokymą, ugdymą, bendruomenės slaugą ir kt. kiekvienas komandos narys įneša savo indėlį, teikiant sveikatos priežiūrą bendruomenei.

Reformos eigoje bendruomenė vis labiau įtraukiama į veiklą, apimančią visuomenės švietimą, informacijos platinimą, konsultavimą ir visą bendradarbiavimo ir partnerystės procesą. Tam tikslui buvo sukurta Nacionalinė sveikatos taryba, kuriamos bendruomenės sveikatos tarybos, kurios aktyviai dalyvauja planuojant sveikatą ir formuojant sveikatos visuomenės politiką. BPG šioje veikloje taip pat aktyviai dalyvauja.

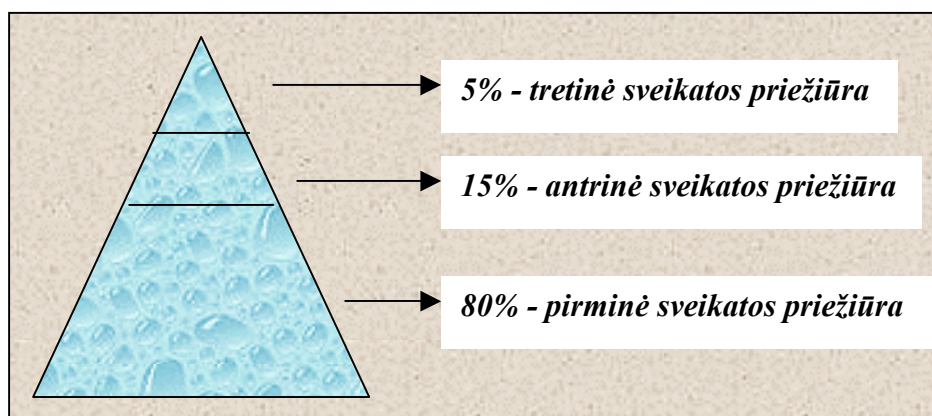
Gerinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą, gydymo kokybę ir efektyvumą, ambulatorinėse gydymo įstaigose kuriami BPG kabinetai ir kitos pirminės sveikatos priežiūros įstaigos. Tačiau valstybinėse įstaigose šis procesas inertiškas, vyksta labai lėtai, nes jos yra stambios (miestų poliklinikos), sudėtingai valdomos, komplikuoti jų pertvarkymo mechanizmai, nėra asmeninio vadovų suinteresuotumo, nėra realios konkurencijos.

Apibendrinant galima pastebėti, jog sveikatos priežiūros reformos metu sistemoje galima išvelgti teigiamų rezultatų: ir toliau vykdoma tęstinė sveikatos politika, sukurti teisiniai pagrindai, įvesta sveikatos draudimo sistema, suformuotas Privalomojo sveikatos draudimo fondas, įsteigtos ligonių kasos, rengiami šeimos gydytojai, plečiasi nepriklausomų šeimos gydytojų paslaugų teikėjų tinklas, paslaugų prieinamumas pirminėje grandyje gerėja, dėl atsiradusios konkurencijos gerėja paslaugų kokybė.

2.3. BPG vieta ir vaidmuo pirminės sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje

PSP, kaip sudėtinės visos sveikatos sistemos bei socialinės ir ekonominės raidos dalies, lygis priklauso nuo tinkamo veiklos koordinavimo tarp visų sveikatos sistemos grandžių bei kitų su sveikata susijusių sistemų [24].

Gerai funkcionuojanti pirminė sveikatos priežiūra gali būti traktuojama kaip priemonė, pradedanti užtikrinti šalyje sveikatos paslaugų teikimą bei leidžianti racionaliai naudoti lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai. Efektyvi pirminė sveikatos priežiūra gali padėti išspręsti 80 proc. visų gyventojų sveikatos problemų (1 pav.).



1 pav. Sveikatos apsaugos sistemos pasiskirstymas pagal lygius

Šaltinis: Jankauskienė, D., Pečiūra R., Sveikatos politika ir valdymas. 2007. Vilnius. P 153

Dabartinėse pasaulio sveikatos apsaugos sistemose vyrauja tendencija gerinti teikiamų sveikatos paslaugų kokybę, nedidinant išlaidų. Sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų taupymas (nebloginant teikiamų paslaugų kokybės) yra viena iš priežasčių, kodėl daugelyje pasaulio šalių remiama pirminės sveikatos priežiūros grandis, įskaitant ir BPG instituciją. Antroji priežastis – tai jau anksčiau minėtas sveikatos paslaugų teikimas gyventojams, neatsižvelgiant į jų pajamas ir socialinę padėtį. Trečioji – žmonės bendrosios praktikos gydytojų teikiama pagalba labiau patenkinti nei specialistų. Ketvirtoji BPG institucijos rėmimo priežastis – šeimos gydytojas geriausiai atlieka lėtinėmis ligomis sergančių pacientų stebėjimą, profilaktiką, nuolatinę sveikatos priežiūrą.

Lėšos, išleidžiamos sveikatos priežiūrai, nėra vienintelis ir viską lemiantis veiksnys. Žymiai svarbiau yra tikslingai ir racionaliai paskirstyti turimas lėšas. Išlaidas didina tebeaugantis specialistų skaičius, brangstanti nauja medicinos aparatūra bei diagnostikos metodai. Daugelyje pasaulio šalių tradiciškai per daug sureikšminama stacionarinė pagalba, o pirminė sveikatos priežiūra finansuojama nepakankamai. Todėl neefektyviai panaudojamos pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros grandys. Nors, vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro 2000 m. birželio 14 d. įsakymu Nr. 327, pirminei ambulatorinei sveikatos priežiūrai skiriama tik 20 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų, tačiau ji tiesiogiai ar netiesiogiai veikia visą sveikatos priežiūros sistemą.

Nors medicinos specializavimas didina žinių bagažą ir gerina gydymo kokybę, vis dėlto jis pablogina medicinos paslaugų prieinamumą šalies gyventojams, ypač nepasiturintiems. Be to, specializavimas ne tik didina kainą, ir mažina sveikatos paslaugų apimtį, bet ir didina įtampą tarp sveikatos apsaugos sistemos darbuotojų ir žmonių, kuriems ji tarnauja. Pinigus galima žymiai racionaliau panaudoti skiriant juos imunizacijai, perinatalinei pagalbai, hipertenzijos ir diabeto kontrolei gerinti, ligų profilaktikai ir visuomenės sveikatai stiprinti bei sveikam gyvenimo būdui propaguoti. Pinigų reikia daugiau išleisti tam, kad žmogus nesusirgtų, o ne tam, kad susirgusį gydytume. Žinoma, negalima apseiti ir be specializuotos ambulatorinės pagalbos. Tai yra nuolatinis ir besitęsiantis reformos klausimas.

Pirminės sveikatos priežiūros 2000-2010 metų programos strateginė nuostata – tobulinti pirminės sveikatos priežiūros sistemą, pamažu pakeičiant pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančių terapeutų, pediatrų, akušerių ginekologų ir chirurgų veiklą bendrosios praktikos gydytojų veikla. Tuo būdu specialistai liktų tik antrinėje ambulatorinėje sveikatos priežiūros grandyje. Programos įgyvendinimas skirstomas į laikotarpius. Pirmasis jos laikotarpis prasidėjo nuo 2000 01 01 iki 2003 12 31.

Kokybiškas ir efektyvus pirminės sveikatos priežiūros grandies funkcionavimas yra būtina sąlyga norint užtikrinti ligų diagnozavimą laiku ir gydymą. Bendroji gydytojo praktika

pasižymi buvimu arti paciento, todėl jai tenka ypatingas vaidmuo. Lietuvos sveikatos programos 1997 – 2010 metams artimieji uždaviniai (iki 2005 m.) įpareigoja plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, steigti kabinetus, bei diegti grupinę praktiką, ypatingą dėmesį skirti pirminei sveikatos priežiūrai kaimo vietovėse.[1]

Šeimos arba bendrosios praktikos gydytojui (BPG) priskiriamos labai svarbios patarėjo, koordinatoriaus, padedančio orientuotis sveikatos sistemoje, konsultuojančio elementariais sveikatos klausimais, stebinčio lėtinių ligų eigą, padedančio surasti reikalingą specialistą, pareigos[27] Šeimos gydytojo kompetencija rūpintis pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose – poliklinikose, ambulatorijose, šeimos gydymo centruose – prisiregistravusių gyventojų gydymu ir ligų profilaktika[27] Jo vaidmuo svarbus sveikatos sistemoje.

Dažnai bendrosios praktikos gydytojo pacientų problemos labai sudėtingos. Bendrosios praktikos gydytojas turi stengtis suprasti paciento psichologines, socialines problemas, jų ryšį su fizinėmis problemomis. Bendrosios praktikos gydytojas yra arčiausiai paciento, jo šeimos, arčiausiai bendruomenės [13].

Skirtingose pasaulio šalyse keliami skirtingi reikalavimai bendrosios praktikos gydytojams, tačiau visur pabrėžiamas centrinis BPG vaidmuo sveikatos apsaugos sistemoje: BPG koordinuoja paciento sveikatos priežiūros procesą, vykstantį atskirose sveikatos priežiūros grandyse. BPG tampa pagrindiniu sveikatos priežiūros koordinatoriumi, nes:

- jo profesinis išsilavinimas ir klinikinis patyrimas leidžia išvelgti fizinius, psichologinius ir socialinius problemų aspektus;
- turėdamas tęstinį ryšį su pacientais daugelį metų, BPG gerai žino paciento elgesį ligai paūmėjus, sveikatos būklės pablogėjimo provokuojančius faktorius, paciento darbo ir namų socialinę, psichologinę bei fizinę aplinką;
- BPG kaupia informaciją apie paciento sveikatos būklę, diagnostinius ir gydomuosius veiksmus, atliktus įvairiuose sveikatos priežiūros lygiuose;
- BPG yra arčiausiai gyventojų ir jo pagalba visuomet užtikrinta.

Kitų šalių patirtis rodo, kad bendrosios praktikos gydytojas gali užtikrinti:

- priimtina pirminę sveikatos priežiūrą bendruomenei ir paslaugų tęstinumą (pagal bendruomenės poreikius);
- teisingą ir racionalų sveikatos priežiūros lėšų paskirstymą;
- integruotą ir koordinuotą profilaktinių, gydomųjų, slaugos priemonių realizavimą bendruomenėje ir individui;
- racionalesnį antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugų bei priemonių naudojimą;
- lėšų panaudojimo efektyvumą.

Tačiau šias funkcijas BPG institucija gali atlikti, jei BPG yra centrinė figūra ir reguliuoja gyventojų patekimą į sveikatos priežiūros sistemą, t. y. atlieka “durininko” vaidmenį.

Pasaulio šalyse bendrosios praktikos gydytojo – “durininko” pralaidumo laipsnis skirtingas:

- vienur į aukštesnio lygio medicinos įstaigą galima patekti tik po BPG konsultacijos, su jo siuntimu – tai lyg ir “filtravimas”, kad į aukštesnio taip pat ir brangesnio lygio medicinos įstaigą patektų tik tie pacientai, kuriems ta pagalba tikrai būtina;
- kitur – į aukštesnio lygio medicinos įstaigą galima patekti ir kai kurių specialistų siuntimais arba apmokėjus dalį paslaugų kainos patiems pacientams. Kai kuriose valstybėse pas atitinkamus specialistus, pvz., LOR ir kt., galima patekti ir be BPG nukreipimo [18].

Kita privaloma sąlyga – bendruomenės (teritorinis) principas BPG ir jo komandos veiklos efektyvumas priklauso nuo to, ar BPG PSP paslaugas teikia bendruomenei, kuri apibrėžiama teritoriniu bei bendrų socialinių (darbas, mokykla) interesų ratu, ar atskiriems individams, išsibarsčiusiems didelėje teritorijoje. Pastaruoju atveju BPG veikla apsiribos tik konsultacinėmis, diagnostinėmis bei gydomosiomis epizodinėmis ir tęstinėmis priemonėmis individui, o poveikio bendruomenei (pvz., prevencinio darbo su mokyklos mokiniais) nebus.

Bendrosios praktikos institucijos turi savitas pagrindines charakteristikas. Bendrosios praktikos gydytojo veikla kartu su kitais PSP paslaugų teikėjais bei aukštesnio lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais charakterizuojama kaip:

Bendroji - BPG reikiama pagalba nėra specializuota vienoje srityje. BPG savo kompetencijos ribose turi spręsti visas sveikatos problemas. Sprendimas nereiškia vien diagnostiką ir gydymą. Sprendimo sąvoka apima ir veiksmų taktikos numatymą.

Visuotinė - PSP paslaugos teikiamos visoms gyventojų amžiaus ir socialinėms grupėms.

Integruota - BPG teikiamos paslaugos yra PSP paslaugų dalis, realizuojama kartu su PSP komanda, kitomis PSP struktūromis (odontologija, psichikos sveikatos priežiūra, slauga) bei antrinio ir tretinio lygio paslaugomis.

Tęstinė - paslaugos teikiamos tęstinai, nuolat – prižiūrint paciento, šeimos ir bendruomenės sveikatą ne tik pablogėjimo – epizodo metu, bet ir sveikstant, bei vykdant sveikatos išsaugojimo priemones.

Komandinė - BPG paslaugos realizuojamos BPG dirbant su PSP komanda.

Holistinė (visa apimanti) - BPG paslaugos orientuotos ne į konkrečią ligą, o teikiamos įvertinant asmens sveikatos būklę bei psichologinius, socialinius poreikius ir aplinkybes. Individo sveikata suprantama kaip fizinė, psichinė ir socialinė gerovė.

Individuali - BPG teikiamos paslaugos orientuotos į individą pagal jo ir jo šeimos poreikius.

Orientuota į šeimą - sveikatos stiprinimo, išsaugojimo ir gydomosios priemonės teikiamos įvertinus šeimos socialinę ir psichologinę aplinką, pasitelkiant šeimos narius optimaliam efektui pasiekti.

Orientuota į bendruomenę - individo sveikatos problemos vertinamos pagal bendruomenės kontekstą. BPG veikla bendruomenėje turi remtis konkrečiais tos bendruomenės poreikiais.

Koordinuojamoji - BPG koordinuoja sveikatos paslaugas individui, teikiamas įvairiuose sveikatos apsaugos sistemos lygiuose.

Konfidenciali - BPG yra paciento sveikatos advokatas [13].

Apibendrinant, galima teigti, kad sveikatos priežiūros sistema yra efektyvi, jei ji suteikia galimybę už pakankamai mažą kainą gauti kokybišką aukštesnio lygio specialisto pagalbą. Pirminė sveikatos priežiūra yra sudėtinė tokios sistemos dalis. Siekiant kokybiškos ir efektyvios pirminės sveikatos priežiūros funkcionavimo, ją reikia perorientuoti taip:

- daugiau dėmesio skirti sveikatai ir profilaktikai nei ligoms ir jų gydymui;
- pereiti nuo trumpalaikės prie ilgalaikės sveikatos priežiūros strategijos;
- būtinas naujas PSP organizavimas – vietoj gydytojų specialistų (terapeutų, pediatrų, akušerių ginekologų ir kt.) pirminėje sveikatos priežiūroje turi dirbti bendrosios praktikos gydytojai, vietoj individualiai dirbančio gydytojo suburti kompetetingas PSP komandas;
- kitoks atsakomybės už sveikatos priežiūrą pasidalijimas: atsakomybė už sveikatos priežiūrą turi tekti ne tiktai medicinos personalui, bet iš visos visuomenės ir kiekvieno individo būtina reikalauti aktyviai dalyvauti išsaugojant sveikatą ir ją prižiūrint.

Reformuojant šalies sveikatos sistemą, labai svarbu pasirinkti tinkamą jos apmokėjimo modelį. Nuo to labai priklauso medikų suinteresuotumas rūpintis gyventojų sveikata, užtikrinti aukštą teikiamų paslaugų kokybę bei platų jų spektrą, nuo to taip pat priklauso ir PSP reformos sėkmė.

2.4. PSP paslaugų apmokėjimas

2006-aisiais metais vis labiau įsitvirtino tokios pagrindinės sveikatos sistemos plėtros tendencijos: šeimos gydytojo institucijos formavimasis ir jos reikšmės didėjimas, pirminės sveikatos priežiūros decentralizavimas, savivaldybių teisių sveikatos priežiūros srityje didinimas, stacionarinio sektoriaus infrastruktūros optimizavimas, didėjantis dėmesys ligų profilaktikai. Realizuojant paciento teisę pasirinkti gydymo įstaigą, skatinama įstaigų konkurencija, atsiranda stimulų teikti kokybiškesnes paslaugas. 2006 metais parengta nauja asmens sveikatos priežiūros

paslaugų apmokėjimo tvarka ir spartėjantis ligoninių restruktūrizavimo procesas turi pagerinti viso stacionarinių paslaugų sektoriaus veiklą. Didesnis dėmesys kreipiamas įslaugą ir palaikomąjį gydymą. Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų darbo užmokesčio didinimo politiką keletu etapų buvo didinamos sveikatos priežiūros paslaugų metinės bazinės kainos.

2006 metais pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavime įvyko svarbūs pokyčiai – buvo pereinama prie mišraus apmokėjimo modelio. Siekiant, kad daugelis sveikatos problemų būtų išspręsta ambulatorijų lygiu ir kad aktyviai šį darbą atliekantys subjektai būtų skatinami finansiškai, 2006 metais buvo papildytas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą reglamentuojantis sveikatos apsaugos ministro įsakymas, t.y. buvo patikslinta mokėjimo pagal amžiaus grupes tvarka ir įvestas mokėjimas už gerus darbo rezultatus bei numatytas priedas už gerus darbo rezultatus teikiant pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

PSP efektyvumas ir jos reformos sėkmė priklauso nuo pasirinkto apmokėjimo už paslaugas modelio. Apmokėjimo struktūra turi būti tokia, kad skatintų gydytojus dirbti efektyviai. Veikla, didinanti šį efektyvumą turi būti atlyginta, o veikla, didinanti kaštus, o mažinanti efektyvumą – pristabdyta [14].

Europos regione naudojamos trys skirtingos išmokų PSP įstaigų gydytojams sistemos:

1. Apmokėjimas pagal prisirašiusius gyventojus (angl. capitation).
2. Apmokėjimas už atliktas paslaugas (angl. Fee-for-service).
3. Fiksuotas atlyginimas.

Papildžius ir patikslinus pirminio lygio paslaugų apmokėjimo tvarką pradėta mokėti ne tik už pirminę sveikatos priežiūrą atsižvelgiant į įregistruotų pacientų skaičių, bet ir į faktiškai suteiktas paslaugas. Vis daugiau paslaugų priskiriama „skatinamosioms“ paslaugoms, už kurias mokama papildomai, taip siekiant aktyvesnės veiklos atskirose pirminės sveikatos priežiūros srityse. Mokama ne tik už ankstyvąją piktybinių navikų diagnostiką, bet ir už bandinio protrombino aktyvumui nustatyti paėmimą ir įvertinimą, protrombino aktyvumo (INR) nustatymą, fiziologinio nėštumo priežiūrą, vaikų iki 1 metų sveikatos priežiūrą, neįgaliųjų sveikatos priežiūrą, moksleivių paruošimą mokyklai, slaugos personalo procedūras namuose, glikolizinto hemoglobino nustatymo paslaugą. 2007 metais buvo įdiegtos naujos skatinamosios paslaugos. Mokama už nėščiosios kraujo ištyrimą dėl sifilio ir ŽIV bei kraujo grupės ir Rh antikūnių nustatymą.

PSP paslaugų apmokėjimo sistemos turi skatinti kiek įmanoma geresnius sveikatos priežiūros rezultatus. Tinkamiausia PSP paslaugų apmokėjimo sistema turėtų užtikrinti:

- skirtingų PSP grandžių finansavimo valdymą bendroje išlaidų sveikatos apsaugai struktūroje;
- PSP įstaigos, BPG pasirinkimo galimybę;
- medikų, teikiančių sveikatos paslaugas, atsakomybę ir atsiskaitomumą gyventojams, lankstų reagavimą į visuomenės, šeimos ir atskirų individų reikmes;
- glaudų bendradarbiavimą su kitomis sveikatos paslaugas teikiančiomis sveikatos sistemos grandimis ir demokratišką naujų sprendimų priėmimą.

1) Apmokėjimas už atskirą paslaugą (angl. Fee-for-service) metodas. Gydytojui apmokama už kiekvieną atliktą procedūrą. Mokesčiu už suteiktas paslaugas paremta gydytojų darbo apmokėjimo sistema skatina daugiau dėmesio skirti gydymui, brangioms diagnostinėms technologijomis nei profilaktikai, nes taipelningiau. Dėl “Fee-for-service” pagrįstos apmokėjimo sistemos susiformavo tokia medicinos etika, kuriai būdingas pozityvus požiūris į technologiškai sudėtingus gydymo ir diagnostikos metodus, ir neatsižvelgiama į išlaidų ekonominio efektyvumo koeficiento dydį. Ši sistema iš esmės neskatina profilaktinio darbo ar medicinos pagalbos nenutrūkstamumo, jei profilaktika nėra struktūrizuota kaip konkreti paslauga. Trūkumas tas, kad PSP įstaigos neturi suinteresuotumo gerinti gyventojų sveikatą, nes kuo daugiau sergančių žmonių, tuo daugiau apmokamų apsilankymų, įvairių tyrimų ir procedūrų [16].

2) Apmokėjimas - už aptarnaujamą gyventoją (angl. capitation) metodas. “Capitation” – tai kompensacija už suteiktas paslaugas nepriklausomai nuo tų paslaugų rūšies ir paslaugų skaičiaus. Pagrindinis uždavinys taikant “Capitation” – nustatyti metinį mokestį. Tai daroma numatant paslaugų kainas ir atsižvelgiant į jų galimą kitimą (angl. Biases) aptarnaujant pacientus. Nustatyta, kad ši sistema įgalina sumažinti stacionariųjų paslaugų būtinybę, tačiau kintanti kainodara gali lemti neteisingą gyventojų (t.y. rizikos) pasirinkimą (angl. Adverse and favorable risk selection). Visa tai gali padidinti kaštus, duoti staigų pelną ir sumažinti galimybę gauti sveikatos draudimą žmonėms, kurie priklauso įvairioms rizikos grupėms.

Išskiriami penki idealios “Capitation” sistemos bruožai:

- kaina turi tiksliai atspindėti numatomus sveikatos priežiūros kaštus;
- numatomi kaštai, kuriais grindžiami mokesčiai, turi priklausyti nuo žmonių grupės, kuriai teikiamos paslaugos, charakteristikų, o ne nuo medicininės praktikos ar sveikatos plano;
- sistema turi būti prieinama visiems nariams;
- sistema turi turėti lankstų valdymą;
- kainodaros sistemai gali turėti įtakos manipuliacijos paslaugų tiekėjais ar gyventojais.

“Capitation” yra lėšos, skirtos nustatytų sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų vienam pas BPG užsiregistravusiam žmogui per numatomą laikotarpį, apmokėjimui. “Pasvertojo apmokėjimo už prirašytą gyventoją” (angl. Weighted capitation) lėšos yra skirtos vienam žmogui ir modifikuotos pagal faktorius, kurie gali turėti įtakos sveikatos paslaugų poreikiui (lytis, amžius, mirtingumo rodikliai). Standartizuoti mirtingumo rodikliai (angl. Standardized mortality ratios – SMR’s) Anglijoje taikomi kaip tinkamiausias svertinis rodiklis, tiksliausiai atspindintis sergamumą. Gydytojai gaudami vien „Capitation“ apmokėjimą nesistengia teigti kuo daugiau paslaugų.

3) Fiksuotas atlyginimas. Gydytojas gauna fiksuotą atlyginimą už tam tikrą darbo laiką, kurį jis praleidžia atlikdamas gydytojo vaidmenį plačiaja prasme, o ne už atskirus tokio darbo epizodus. Atlyginimo dydis dažniausiai yra sprendžiamas medikų asociacijų ir finansavimo agentūros derybų metu. Šis apmokėjimo būdas daugiau būdingas šalims, kur sveikatos sistema suformuota vadovaujantis centralizuota Semaškos modelio sistema. Ši sistema neskatina gydytojo suinteresuotumo dirbti kokybiškai ar teikti kuo įvairesnes paslaugas, nes tai visiškai neįtakoja jo atlygio dydžio.

Akivaizdu, kad sistema, kuri numato atlyginimą už didžiąją medicininės veiklos dalį (pvz., taškų sistema arba fee-for service, kur kiekvienas gydytojo veiksmas įvertintas taškais, už kuriuos sumokama), skatins daug nereikalingos medicininės veiklos. Trūkumas yra ne tik tas, kad daug pinigų bus išleista be reikalo, bet ir tas, kad kiekviena medicininė veikla turi šalutinį poveikį (apsinuodijimas, vaistų poreikvojimas, kitos komplikacijos po įvairių procedūrų). Atlyginimų sistema turėtų remtis įrodymais pagrįsta medicininė veikla.

Užmokestis už pacientų skaičių neskatina plėsti medicininės veiklos. Didžiausias trūkumas tas, kad aptarnavimo kokybė ir apimtis priklauso tik nuo geros gydytojų valios ir jų entuziazmo. Sveikatos vadybos požiūriu – tai yra pernelyg neapibrėžta. Apmokėjimo sistema turi skatinti aukštą teikiamų paslaugų kokybę. Pasak Olandijos Utrechto medicinos universiteto Šeimos medicinos departamento dėstytojo Peter van Hasselt, to galima pasiekti atlyginimą už darbą formuojant taip, kad sistema skatintų imtis priemonių, kurios būtų naudingos ne tik medikui, bet ir visai šalies sveikatos sistemai, t.y. dalyvauti moksliniuose tyrimuose, kelti savo kvalifikaciją, mokyti kitus, vykdyti prevencinį darbą, sveikatos mokymą ir t.t [25].

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos buvo apmokamos pagal Sveikatos apsaugos ministerijos metines gyventojų, įrašytų į PASP įstaigų sąrašus, sveikatos priežiūros bazines kainas, atsižvelgiant į gyventojų amžiaus grupes. Iki 2005 m. bazinės kainos buvo nustatytos pagal keturias amžiaus grupes: iki 5 m., 5-15m., 16-65 m. bei 65 m. ir vyresnių asmenų. 2005 m. buvo atlikta gyventojų (pagal 12 amžiaus grupių) apsilankymų pas PAASP paslaugas teikiančius gydytojus dažnumo analizė. Remiantis šiais duomenimis, buvo nustatytos

skirtingos metinės bazinės kainos pagal 7 amžiaus grupes: iki 1m., 1-4 m., 5-6 m., 7-17 m., 18-49 m., 50-65 m., 65 m. ir vyresni[36]. Už vaikų ir vyresnių žmonių sveikatos priežiūrą mokama daugiau, nes šios amžiaus grupės reikalauja daugiau gydytojų dėmesio.

2.lentelė. PAAS priežiūros paslaugų metinės bazinės kainos

PAASP paslaugos	Vieno gyventojų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina (balais)						
	Gyventojų amžius						
	<1m.	1-4m.	5-6m.	7-17m.	18-49m.	50-65m.	>65 m.
Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra (be psichikos ir odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų)	347,36	198,02	151,41	100,53	67,31	107,35	125,73

Šaltinis. LR SAM Įsakymas Nr. V-422, 2008 m. gegužės 9 d.

Apmokėjimo tvarka nuolat yra tobulinama keičiant įkainius, įvedant papildomus mokėjimus, skatinimui, kad būtų gerinamas prieinamumas ir ankstesnis ligų išaiškinimas. Šiuo metu apmokėjimo tvarka už pirminę ambulatorinę sveikatos priežiūrą:

- už prirašytus gyventojus pagal nustatytus įkainius ir amžiaus grupes (2 lentelė);
- už gerus darbo rezultatus;
- už skatinamąsias paslaugas;
- už prevencijos programas;
- už slaugos paslaugas namuose (bendruomenės slaugytojo teikiamos paslaugas).

Kiekvieno aptarnaujamo kaimo gyventojų bei miesto, kurio gyventojų skaičius neviršija 4 tūkst., gyventojų PAASP paslaugų metinė bazinė kaina didinama 42,96 balo.

Apibendrinant akivaizdu, siekiant, kad pacientai sulauktų kuo daugiau šeimos gydytojo dėmesio, geresnės pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bei prieinamumo, lankstesnio šių paslaugų apmokėjimo ir skatinant gydymo įstaigas siekti gerų darbo rezultatų. Šeimos gydytojo atlyginimas turi susidėti iš daugelio sudedamųjų dalių, tada gydytojas bus suinteresuotas tobulintis ir gerinti gydymo kokybę.

2.5 Sveikatos priežiūros organizavimas Utenos rajono savivaldybėje

Utenos rajone gyvena 48378 gyventojai (2007-01-01 duomenimis). Utenos rajone kaimo gyventojai sudaro 32,14 proc. visų gyventojų, tai atitinka šalies vidurkį – 33,14 proc. Moterys sudaro 53,3 proc. visų gyventojų, vyrai – 46,7 proc. Vyresnio amžiaus gyventojai, t.y. virš 65 metų, sudaro 17,35 proc., Lietuvoje – 15,54.

Stebimas gyventojų skaičiaus mažėjimas. Tai sąlygoja gyventojų emigracija ir neigiamas natūralusis gyventojų prieaugis. Utenos rajono gyventojai sensta: nuo 1991m. iki 2004 m. virš 65 metų amžiaus gyventojų padaugėjo nuo 13.24 proc. iki 15.22 proc.. Todėl daugėja socialinių problemų, didėja sveikatos priežiūros paslaugų poreikis.

Gyventojų vyravimas ir demografinio senėjimo pokyčiai lemia socialines ir ekonomines problemas, gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros poreikio didėjimą, užtikrinti pagyvenusių ir senų žmonių galimybes aktyviai, savarankiškai ir sveikai gyventi.

Utenos rajone sergamumas, lyginant su kitais rajonais nėra didžiausias, nors, kaip ir visoje šalyje turi tendenciją didėti - tiek pagal iš viso užregistruotų susirgimų skaičių ambulatorinę pagalbą teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, tiek pagal naujai užregistruotus susirgimus, tenkančius 1000-iui suaugusiųjų ir paauglių bei vaikų iki 14 metų imtinai.

1996-12-23 Utenos rajono sprendimu, nutarta atskirti pirminę ir antrinę sveikatos priežiūrą, įsteigiant Utenos rajono savivaldybės pirminės asmens sveikatos priežiūros centrą Utenos rajono ligoninės poliklinikos bazėje. 1997-05-01 Utenos rajono tarybai patvirtinus pirminės sveikatos priežiūros centro struktūrą, etatus, įstaiga pradėjo veikti kaip juridinis asmuo, turintis ūkinį finansinį organizacinį ir juridinį savarankiškumą. 1997-12-01 įstaiga įregistruojama kaip Viešoji įstaiga Utenos pirminės sveikatos priežiūros centras. Vėliau Utenos PSPC steigėjas - Utenos rajono taryba. Utenos rajono pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo 2003-2005 m. programoje numatyti pagrindiniai tikslai - sumažinti Utenos rajono gyventojų sergamumą, invalidumą ir mirtingumą. Ypatingas dėmesys skiriamas profilaktiniam darbui, ankstyvai ligų diagnostikai ir sveikos gyvensenos ugdymui bei vaikų sveikatos priežiūros gerinimui. PSPC teikiamos bendrosios praktikos gydytojo, terapeuto, pediatro, ambulatorinio chirurgo, ginekologo, odontologo paslaugos, vykdoma psichikos sveikatos priežiūra, teikiama greitoji medicinos pagalba, vykdoma slauga. PSPC veikia sekantys skyriai: terapinis, odontologijos, vaikų konsultacija, moterų konsultacija, psichikos sveikatos centras, greitosios medicininės pagalbos skyrius.

Utenos PSPC struktūra ir padalinių išdėstymas:

1. Pirminės sveikatos priežiūros centras.
2. Psichikos sveikatos centras.
3. Ambulatorijos – Daugailių, Saldutiškio, Tauragnų, Užpalių.
4. Bendrosios praktikos gydytojų kabinetai - Vyžuonų, Krašunos.
5. Medicinos punktai – Antalgės, Biliakiemio, Juknėnų, Kirdeikių, Klykių, Kuktiškių, Kvyklių, Leliūnų, Norvaišių, Pačkėnų, Pakalnių, Radeikių, Sirutėnų, Sudeikių, Vaikutėnų, Vilučių.

6. Greitosios medicinos pagalbos skyrius (4 brigados).

Visose kaimo ambulatorijose ir bendrosios praktikos kabinetuose dirba licencijas turintys bendrosios praktikos gydytojai. Čia teikiama pagalba ir paslaugos pagal pirminio sveikatos priežiūros lygio reglamentą, patvirtintą LR Sveikatos apsaugos ministerijos. PSPC atliekami profilaktiniai įvairių žmonių grupių tikrinimai, vykdoma vaikų vakcinacija, teikiamas privalomas is sveikatos mokymas: pirmosios medicininės pagalbos kursai vairuotojams bei žinių suteikimas apie alkoholio ir narkotikų žalą asmenims, dėl to praradusiems vairuotojo pažymėjimus. Šiuo metu PSPC dirba 263 darbuotojai, iš jų 58 gydytojai, 134 slaugytojos ir kt. Ateityje VŠĮ Utenos PSPC sieks stiprinti ir plėsti bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo tarnybą, tobulinti kokybės sistemą įstaigoje, gerinti paslaugų prieinamumą pacientams, diegti pažangias gydymo bei kitas technologijas.

Utenos rajono savivaldybę sudaro devynios seniūnijos: Daugalių, Kuktiškių, Leliūnų, Saldutiškio, Sudeikių, Utenos, Užpalių, Tauragnų, Vyžuonių.

Daugalių seniūnijos centras Daugailiai, įsikūręs prie Kauno - Daugpilio plento (18 km nuo Utenos). Seniūnijai priklauso dar 54 kaimai ir viensėdžiai. Šioje gyvenvietėje veikia ambulatorija.

Kuktiškių seniūnijos centras, Kuktiškių miestelis, yra 12 kilometrų į pietryčius nuo Utenos, kairėje Utenos-Švenčionėlių kelio pusėje. Kuktiškių seniūnijoje yra 2 medicinos punktai.

Leliūnų seniūnijoje gyvena 2046 gyventojas, centras - Leliūnų miestelis, yra 119 kaimų. Leliūnuose, Pakalnės ir Antaglės kaimuose yra ambulatorija ir medicinos punktai. Leliūnų seniūnijos gyventojus, aptarnauja BPG dirbantis Utenos PSP cente ir du kartus per mėnesį nuvyksta į Leliūnų ir Antalgės punktus. Kitomis dienomis šių kaimų gyventojus aptarnauja Utenoje, Utenos PSP centre.

Saldutiškio seniūnijoje gyvena 1347 žmonės, yra 70 kaimų, centras - Saldutiškio miestelis, kuriame yra ambulatorija.

Sudeikių seniūnijos centras - Sudeikių miestelis, joje iš viso 59 kaimai ir viensėdžiai. Sudeikių miestelyje yra medicinos punktas, taip pat šios seniūnijos teritorijoje yra dar vienas medicinos punktas - Sirutėnų kaime, kuriame gyvena 186 gyventojai.

Utenos seniūnijoje gyvena 2605 gyventojai, joje yra 10 didesnių kaimų. Šios seniūnijos aplinkiniuose kaimuose yra trys medicinos punktai.

Užpalių seniūnijoje yra 68 kaimai, kuriuose gyvena 2476 žmonės, seniūnijos centras - Užpalių miestelis, kuriame gyvena 1026 gyventojai. Didesnės seniūnijos gyvenvietės: Kaniūkai, Vilučiai, Kaimynai, Ilčiukai. Šios seniūnijos teritorijoje yra trys medicinos punktai - Užpaliuose, Kaniūkuose ir Vilučiuose.

Tauragnų seniūnijos centras - Tauragnų miestelis (671 gyventojas). Seniūnijoje yra 63 kaimai ir viensėdžiai. Stambesni kaimai: Klykių, Sėlės, Stūglių, Vilkablauzdės. Seniūnijoje yra ambulatorija, medicinos punktas ir vaistinė.

Vyžuonų seniūnija nuo Utenos nutolusi 12 km į šiaurės vakarus. Seniūnijos centras - Vyžuonų miestelis. Jame gyvena apie 650 gyventojų. Seniūnijos teritorijoje yra 32 kaimai. Didesni kaimai: Šiaudinių, Grybelių, Vyžuonėlių, Vyžuonų vienkiemis. Vyžuonų miestelyje yra bendrosios praktikos gydytojo kabinetas.

Utenos rajono savivaldybės PSP prieinamumo gerinimui reikėtų naujų įstaigų, kurios būtų finansuojamos iš valstybės ar savivaldybės biudžeto. Skatinti PSP paslaugas teikiančių ir privačiai dirbančių šeimos gydytojų institucijos kūrimąsi, kaimo vietovėse.

2.6. Sveikatos priežiūros organizavimas Marijampolės savivaldybėje

Marijampolės savivaldybėje gyvena 69297 (2007-01-01). Gyventojų tankumas 91,78 gyv/kv.km . Marijampolės savivaldybėje kaimo gyventojai sudaro 31,76 proc. Visų gyventojų, tai atitinka šalies vidurkį – 33,14 proc. Moterys sudaro 52,5 proc. visų gyventojų, 47,5 proc.- vyrai. Vyresnio amžiaus gyventojai, t.y. virš 65 metų, sudaro 14,3 proc., Lietuvoje – 15,5.

Marijampolės savivaldybės teritorija – tai Marijampolės miestas ir šešios seniūnijos: Gudelių, Igliaukos, Liudvinavo, Marijampolės, Sasnavos ir Šunskų.

Savivaldybė susideda iš šešių kaimiškųjų seniūnijų ir trijų Marijampolės miesto seniūnijų: Degučių, Mokolų ir Narto seniūnijų.

Marijampolės savivaldybė tapo viešosios įstaigos Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centro steigėja. Tapusi steigėja, sprendė sveikatos priežiūros pertvarkos problemas, prioritetus teikdama kaimiškų vietovių pirminės sveikatos priežiūros plėtrai ir kokybei. Trys ambulatorijos laimėjo PHARE projekto BPG kabinetų įrengimo konkursą ir nuo 2001-04-01 dirba kaip individualios įmonės nepriklausomi rangovai, sudarę sutartį su teritorine ligonių kasa. Savivaldybė sudarė palankias sąlygas jų veiklai. 2002 metų gruodžio mėnesį Marijampolės savivaldybėje buvo vienas pirminis sveikatos priežiūros centras ir dešimt privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

Per paskutinius dešimt metų vykdant reformas Marijampolės savivaldybėje buvo orientuojamasi į decentralizuotos, pagrįstos pirmine sveikatos priežiūra, sistemos kūrimą, siekiant kad kokybiškomis viešosiomis paslaugomis galėtų naudotis visi savivaldybės gyventojai ir kad šios paslaugos būtų teikiamos nuolat. Pradėti steigti bendrosios praktikos gydytojo kabinetai, kurie yra Marijampolės savivaldybės sveikatos priežiūros subjektai.

Marijampolės PSPC struktūra ir padalinių išdėstymas:

1. Pirminės sveikatos priežiūros centras.

2. Psichikos sveikatos centras.
3. Ambulatorijos – Gudelių.
4. Bendruomenės medicinos punktai – Daukšių, Igliškėlių, Meškučių, Netičkampio, Padovinio, Puskelnių, Skasčiūnų, Valavičių, Baraginės, Želsvos.

Marijampolės savivaldybės privačios įstaigos:

1. Rimanto Bernoto PSPC.
2. Stasės Šadzevičienės ambulatorija.
3. Onos Parplėnienės ambulatorija.
4. Lolitos Samuolienės ambulatorija.
5. S. Keršanskienės privati šeimos klinika.
6. UAB Šeimos medicinos klinika.
7. Onos Gurevičienės šeimos klinika.
8. Lino Bieliausko šeimos klinika.
9. UAB „MARIMEDA“ šeimos klinika.
10. Danguolės Skurkienės bendrosios medicinos klinika.
11. UAB „JOGIMEDA“.
12. Algimanto Žvirblio PSPC.
13. UAB „Skaistelė“.
14. Reginos Gabrilavičienės BPG kabinetas.
15. UAB „Gutavita“

Keturios privačios gydymo įstaigos dirba kaimiškose vietovėse.

Gudelių seniūnija - tai viena iš mažiausių Marijampolės savivaldybės seniūnijų. Seniūnijos centras - Gudelių miestelis (500 gyventojų), jis nutolęs nuo Marijampolės 23 km. Seniūnijoje - 22 gyvenamosios vietovės. Didesnės iš jų - Daugirdai (202 gyventojai), Miknonys (111 gyventojų), Riečiai (109 gyventojai). Iš viso seniūnijoje yra 1,3 tūkst. gyventojų. Seniūnijos plotas - 5642 ha. Čia įsikūrusi Gudelių ambulatorija, kur dirba bendrosios praktikos gydytojas.

Igliaukos seniūnijos centras - Igliaukos miestelis (1091 gyventojas). Nuo Marijampolės iki Igliaukos 21 km. Seniūnijoje yra 49 gyvenamosios vietovės. Didesnės iš jų - Dauškiai (362 gyventojai), Šventragis (345 gyventojai), Varnupiai (191 gyventojas). Iš viso seniūnijoje yra 2,6 tūkst. gyventojų. Seniūnijos plotas - 9655 ha. 2001 metais įkurta privati - Lolitos Samuolienės ambulatorija. Daukšių vietovėje veikia bendruomenės medicinos punktas, kuris priklauso VšĮ Marijampolės PSPC.

Liudvinavo seniūnijos centras - Liudvinavo miestelis (1180 gyventojų). Liudvinavo seniūnijoje yra 55 gyvenamosios vietovės. Didžiausios jų - Želsva (612 gyventojų), Netičkampis (606 gyventojai), Padovinys (465 gyventojai). Nuo Marijampolės iki Liudvinavo yra 7 km.

Liudvinavo seniūnijoje gyvena 5,4 tūkst. gyventojų. Seniūnijos plotas - 16800 ha. 2001 metais buvo įkurta privati - Stasės Šadzevičienės ambulatorija. Želsvos, Netičkampio ir Padovinio kaimuose veikia bendruomenės medicinos punktai, kurie priklauso VšĮ Marijampolės PSPC.

Šunskų seniūnijos centras - Šunskų miestelis (524 gyventojai) yra 10 km į šiaurę nuo Marijampolės miesto. Didesni kaimai įeinatys į seniūniją - Mokolų (1031 gyventojai), Katiliškių (287 gyventojai), Tursučiai (219 gyventojų). Iš viso seniūnijoje yra 2,7 tūkst. gyventojų. Seniūnijos plotas - 7312 ha. 2004 metais įkurtas Reginos Gabrilavičienės bendrosios praktikos gydytojo kabinetas, iki kabineto įkūrimo buvo Šunskų ambulatorija.

Sasnavos seniūnijos centras - Sasnavos miestelis. Sasnavos seniūnijoje yra 52 gyvenamosios vietovės. Didžiausios iš jų: Sasnava (apie 700 gyventojų), Puskelniai (apie 700 gyventojų), Gavaltuva (apie 330 gyventojų), Tautkaičiai (apie 300 gyventojų), Smilgiai (apie 300 gyventojų). Iš viso seniūnijoje yra 3,5 tūkst. gyventojų. Seniūnijos plotas - 13197 ha. 2001 metais įkurta Onos Parplėnienės ambulatorija, taip pat veikia Dženčialaukos kaime veikia bendruomenės medicinos punktas, kuris priklauso VšĮ Marijampolės PSPC.

Marijampolės seniūnijos centras įsikūręs Marijampolės mieste, kuris į seniūnijos teritoriją neįeina. Seniūnijoje yra 72 gyvenamosios vietovės. Didesnės iš jų - Patašinė (965 gyventojai), Trakiškiai (647 gyventojai), Baraginė (643 gyventojai), Meškučiai (520 gyventojų), Kumelionys (502 gyventojai), Skaisčiūnai (473 gyventojai), Balsupiai (452 gyventojai), Valavičiai (364 gyventojai), Igliškėliai (354 gyventojai), Triobiškiai (289 gyventojai). Iš viso Marijampolės seniūnijoje yra 6,8 tūkst. gyventojų. Seniūnijos plotas - 18722 ha. Šioje seniūnijoje įkurti Baraginės, Igliškėlių, Meškučių, Skaisčiūnų ir Valavičių bendruomenės medicinos punktai.

Marijampolės miesto seniūnijos susideda iš Narto, Degučių ir Mokolų seniūnijų. Seniūnijoje gyvena 48675 gyventojai. Marijampolės miesto seniūnijose yra įsikūrę – VšĮ Marijampolės PSPC ir vienuolika privačių pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

Vertinant gyventojų sveikatos būklę pasaulinėje praktikoje priimtais kriterijais – gyventojų mirtingumu, vidutine gyvenimo trukme – Utenos rajone stebimi pokyčiai gimstamumo mažėjimo, mirtingumo didėjimo link. Tuo pačiu vis dar išlieka neigiamas natūralus prieaugis.

Marijampolės savivaldybėje PSP įstaigų tinklas yra gerai išplėtotas. Gyventojams sudarytos sąlygos rinktis gydymo įstaigą esančią arčiausiai namų, tai aktualu kaimuose, nes didesnę dalį gyventojų sudaro vyresnio amžiaus žmonės, todėl jiems reikiama pagalba suteikiama greičiau, taip sutaupomas laikas ir išlaidos.

Marijampolės savivaldybėje stebint gyventojų sveikatos būklę matomi nežymūs pokyčiai gimstamumo mažėjime, lyginat su mirtingumu. Tuo pačiu vis dar išlieka neigiamas natūralus

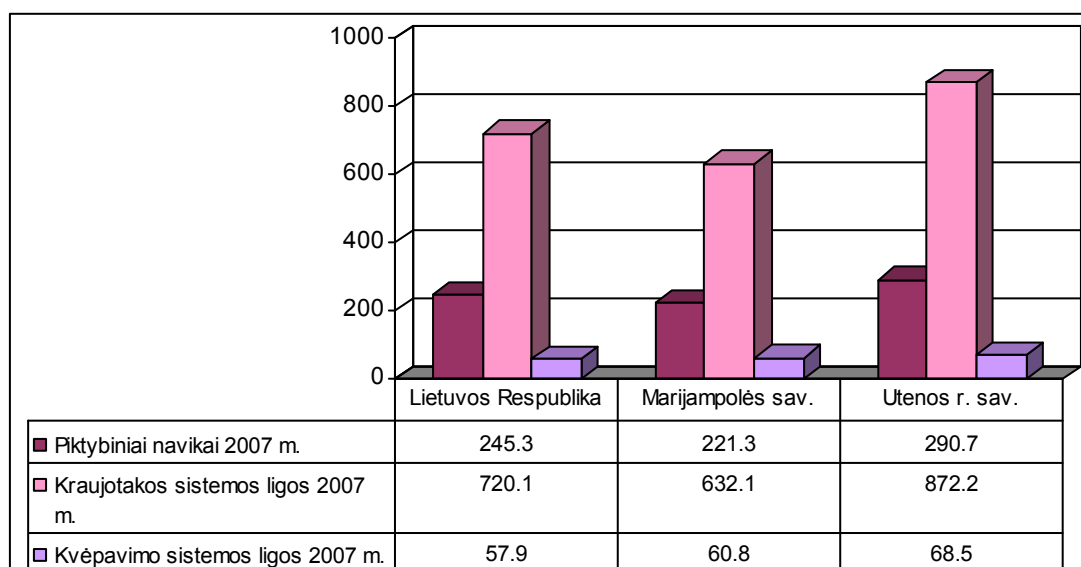
prieaugis. Marijampolės savivaldybės neigiamas natūralus gyventojų prieaugis, išlieka mažesnis -1,4 (1000 gyventojų) lyginant Lietuvos mastu (3 lentelė).

3 lentelė. Natūralaus gyventojų judėjimo 2003 – 2007 m. (1000 gyventojų) palyginimas

Vietovė	Gimstamumas					Mirtingumas					Natūralus prieaugis				
	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2004	2005	2006	2007
Lietuva	8,9	8,8	8,9	9,2	9,6	11,9	12,0	12,8	13,2	13,5	- 3,0	- 3,2	- 3,9	- 4,0	- 3,9
Marijampolės sav.	9,9	9,5	8,8	9,6	9,4	10,7	10,9	10,8	11,4	11,9	- 0,8	- 1,4	- 2,0	- 1,8	- 2,5
Utenos r.	7,2	6,8	6,9	7,7	8,2	12,9	12,7	13,8	13,9	15,5	- 5,7	- 5,9	- 6,9	- 6,2	- 7,3

Statistikos departamento duomenys

Pastaraisiais metais nuolat blogėja demografiniai rodikliai mažėja gyventojų skaičius. Mažėjant gyventojų skaičiui, keičiasi gyventojų sudėtis pagal amžių, mažėja vaikų, didėja vyresnių žmonių skaičius. Tai lemia neigiama gyventojų natūrali kaita ypatingai didelis skirtumas Utenos rajono savivaldybėje apie 1,9 karto skiriasi nuo Lietuvos vidurkio. Demografinio senėjimo pokyčiai lemia sveikatos priežiūros poreikio didėjimą.



2.6.1 pav. 100000 gyventojų tenkantis mirusių skaičiaus palyginimas pagal ligas 2007 m. Statistikos departamento duomenys

Statistikos departamento duomenimis Lietuvoje didėja sergamumas piktybiniais navikais. Daugiausia žmonių miršta nuo kraujotakos sistemos ligų, piktybinių navikų. Kaip matome 2.6.1.pav., didžiausias mirusių skaičius tenkantis 100000 gyventojų yra Utenos rajono savivaldybėje. Didelį dėmesį reikėtų skirti mažinant gyventojų sergamumą ir mirtingumą, ligų profilaktikai. Tai įmanoma pasiekti gerinant PSP paslaugų prieinamumą miesto ir ypač kaimo gyventojams. Reikėtų priartinti BPG teikiamas paslaugas prie kaimo vietovių gyventojų. BPG tinklo plėtra turi užtikrinti PSP paslaugų prieinamumą ir skatinti BPG kabinetų steigimą.

1. METODAI IR MEDŽIAGA

Atlikta 2002 -2007 metų Utenos ir Marijampolės veiklos efektyvumo rodiklių palyginamoji analizė. Ją atliekant analizuota Utenos rajono savivaldybės ir Marijampolės savivaldybės plėtra pagal šiuos kriterijus:

1. Kiek savivaldybės ir privačių įstaigų įsikūrę abiejose savivaldybėse.
2. Kokių amžiaus grupių gyventojai renkasi valstybines ir privačias gydymo įstaigas.
3. Kiek prisirašiusių gyventojų aptarnauja BPG, vidaus ligų gydytojai ir vaikų ligų gydytojai. Kiek laiko gydytojas skiria paciento aptarnavimui, kiek tenka laukti priėmimo pas BPG.
4. Apsilankymų skaičius tenkantis BPG, vidaus ligų gydytojams, vaikų ligų gydytojams.

Palyginimas apėmė visas Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių pirminio lygio ambulatorines asmens sveikatos paslaugas teikiančias įstaigas, kurios buvo sudariusios sutartis su Panevėžio ir Kauno TLK dėl ambulatorinių PSP paslaugų teikimo ir apmokėjimo iš PSDF biudžeto.

Pasirinktos Utenos ir Marijampolės įstaigos suskirstytos į 2 grupes:

1. Viešosios įstaigos, teikiančios tik pirminio lygio ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių steigėjai yra savivaldybės. Darbe šios įstaigos vadinamos VšĮ Utenos PSC ir VšĮ Marijampolės PSC.
2. Privataus kapitalo įstaigos, teikiančios pirminio lygio ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas - uždarnosios akcinės bendrovės (UAB), individualios įmonės (II). Šios įstaigos darbe vadinamos privačiomis įstaigomis.

Detaliau analizuota 17 Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių įstaigų, teikiančių pirminio lygio ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veikla 2002 – 2007 metais: 2 savivaldybių PSP įstaigų ir 15 privačių įstaigų veikla.

Šiuo lyginimu siekiama išsiaiškinti ar pagal patvirtintus Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių PSP plėtros planus pavyko pasiekti numatytų reformos rezultatų.

Analizuojant duomenis naudotasi VLK informacinės sistemos „SVEIDRA“ duomenimis, sukauptoje vienoje iš sistemos posistemių – Privalomojo sveikatos draudimo paslaugų apskaita. Šioje posistemėje yra kaupiami pagrindiniai gyventojų naudojimosi paslaugomis bei sergamumo duomenys. Šie duomenys gaunami pildant LR SAM 1998 m . lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687

patvirtintas ambulatorinių (025/a-LK). Šiuo metu sistema SVEIDRA apima visas sveikatos priežiūros įstaigas, dirbančias pagal sutartis su TLK.

Pritaikytas sociologinis eksperimentas, simuliacijos būdu atliekant telefoninę apklausą. 2008 m. gruodžio 8 dieną buvo skambinama į gydymo įstaigas (tą pačią dieną). BPG buvo pasirenkami tie, kurie turėjo daugiausiai prisirašiusių pacientų. VšĮ Utenos PSPC buvo pasirinkti penki BPG, kurių prisirašiusių gyventojų skaičius svyravo nuo 2335 iki 2892 pacientų. VšĮ Marijampolės PSPC buvo pasirinkta trys BPG turintys prisirašiusių gyventojų nuo 1006 iki 1634 skaičius. Skambinta į šias privačias gydymo įstaigas:

UAB MARIMEDA šeimos klinika – prie BPG prisirašiusių skaičius – 1637;

S. Šadzevičienės ambulatorija – prie BPG prisirašiusių skaičius - 1835;

S. Keršanskienės privati šeimos klinika – prie BPG prisirašiusių skaičius - 1456;

L. Samuolienės ambulatorija – prie BPG prisirašiusių skaičius - 1813;

L. Bieliausko šeimos klinika – prie BPG prisirašiusių skaičius - 1974;

R. Bernoto PSPC – prie BPG prisirašiusių skaičių s- 1898 ir 1366;

D. Skurkienės bendrosios medicinos klinika – prie BPG prisirašiusių skaičius - 1840;

UAB Šeimos medicinos klinika – prie BPG prisirašiusių skaičius - 1738;

UAB Gutavita – prie BPG prisirašiusių skaičius - 1629.

Paskambinus buvo teirautasi, kada BPG galėtų pacientą priimti profilaktiniam patikrinimui. Atsakymo buvo tikėtasi, kad BPG pacientą priimtų artimiausiu laiku. Vertinimo rezultatai priklausė nuo laukimo dienų skaičiaus.

Metodika

Analizuojant prisirašiusių gyventojų pasiskirstymą skirtingose įstaigų grupėse 2002 - 2007 metais, prisirašiusių gyventojų skaičius vertinamas kiekvienų metų gruodžio 31 dienai. Pacientai, kurie kiekvienų metų gruodžio 31 dieną buvo prisirašę prie BPG, priskirti gyventojams aptarnaujantiems BPG, o tie, kurie minėtą dieną buvo prisirašę prie apylinkės terapeuto ar apylinkės pediatro priskirti gyventojams, aptarnaujamiems gydytojų komandos.

Analizuojant apsilankymus 2007 metais IV ketvirčio pas BPG naudotasi VLK informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis. Į šią sistemą duomenis suveda asmens sveikatos priežiūros įstaigos iš apskaitos formų Nr.025/a-LK. Apsilankymai pas pirminio lygio gydytojus minėtoje formoje ir sistemoje SVEIDRA žymimi skaičiumi 1. Ambulatorines PSP teikiantys gydytojai turi suteiktus specialybės kodus: BPG – 1. Palyginimui naudoti informacinėje sistemoje SVEIDRA užregistruoti apsilankymai. Apsilankymų priežastys nevertintos.

Analizuojant apsilankymus 2003-2007 metais pas pirminio lygio gydytojus, naudotasi VLK informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis. Į šią sistemą duomenis suveda asmens

sveikatos priežiūros įstaigos iš apskaitos formų Nr.025/a-LK. Apsilankymai pas pirminio lygio gydytojus minėtoje formoje ir sistemoje SVEIDRA žymimi skaičiumi 1. Ambulatorines PSP teikiantys gydytojai turi suteiktus specialybės kodus: BPG – 1, apylinkės terapeutas – 2, apylinkės pediatras – 3, akušeris ginekologas – 4, chirurgas – 5. Palyginimui naudoti informacinėje sistemoje SVEIDRA užregistruoti apsilankymai. Apsilankymų priežastys nevertintos.

Nustatant įstaigose pacientų apsilankymų skaičių, tenkantį 1000-čiui prisirašiusiųjų pacientų, naudota formulė:

$$X = \sum a \times 1000 / \sum g$$

Čia x - apsilankymų skaičius, tenkantis 1000-čiui prisirašiusiųjų pacientų;

$\sum a$ – apsilankymų suma;

$\sum g$ – prisirašiusiųjų suma.

Taikant anksčiau minėtą formulę, apskaičiuotas ir apsilankymų skaičius pas BPG, tenkantis 1000-čiui prisirašiusiųjų prie BPG pacientų.

4. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

4.1. Pirminės sveikatos priežiūros Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių plėtros programų palyginimas

Nacionalinė sveikatos taryba 2000 m. lapkričio 22 d. rezoliucijoje „Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis“ atkreipė dėmesį į būtinumą stiprinti bendrosios praktikos gydytojų instituciją, skatinti privačių bendrosios praktikos gydytojų veiklos plėtrą, decentralizuoti pirminės sveikatos priežiūros sistemą, skatinti bendrosios praktikos gydytojų motyvaciją atlikti profilaktinį darbą, sveikatos mokymą ir ugdymą, remti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kaimo vietovėse plėtrą.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. spalio 4 d. Nutarimu Nr. 1196 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr.86-3015) patvirtintose Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programos įgyvendinimo priemonėse numatyta sustiprinti bendrosios praktikos gydytojų instituciją, gerinti pirminę sveikatos priežiūrą.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr.28-1147) numatė restruktūrizacijos prioritetus: ambulatorinių paslaugų plėtrą spartesnę už stacionariųjų paslaugų redukavimą, paslaugų prieinamumo gerinimą, prioritetinį dėmesį skiriant bendrosios praktikos gydytojų veiklos plėtojimui kaimo vietovėse. Pirmąja prioritetine restruktūrizavimo kryptimi

nurodyta ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros plėtra, trečiaja - medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtra. Įgyvendinant pirmąją kryptį numatytas privačių bendrosios praktikos gydytojų, dirbančių pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos skatinimas, siekiant decentralizuoti pirminę sveikatos priežiūrą; pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programos nuostatas sudaryti privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms, priklausančioms Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai, tokias pat veiklos sąlygas kaip valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms; sukurti ilgalaikio pacientų stebėjimo (dispanserizavimo) sistemą, tobulinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemą. Įgyvendinant trečiąją prioritetinę restruktūrizavimo kryptį numatyta plėtoti suaugusiųjų ir vaikų medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo sistemą, plėtoti ambulatorinės slaugos paciento namuose paslaugas.[52]

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas bus vykdomas dviem etapais:

1. pirmasis etapas – 2003 – 2005 metais;
2. antrasis etapas – 2006 – 2008 metais.

Šios strategijos pagrindiniai tikslai:

1. gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą;
2. optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.

Numatyti svarbiausi uždaviniai:

1. restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą;
2. suformuoti efektyvią apskričių ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų sistemą;
3. didinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą.

Restruktūrizavimo prioritetai:

1. gerinant paslaugų prieinamumą, prioritetinį dėmesį skirti bendrosios praktikos gydytojų veiklos plėtojimui kaimo vietovėse.

Pagrindinės pastarojo laikotarpio sveikatos sistemos plėtros tendencijos buvo:

1. pirminės sveikatos priežiūros decentralizavimas;
2. šeimos gydytojo institucijos formavimas.

Įgyvendinus pirmąjį sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos etapą, pagerės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kokybė ir pagrindiniai sveikatos sistemos veiklos rodikliai.[9]

Utenos rajono savivaldybės taryba 2003 m. birželio 26 d. sprendimu Nr. T - 71 patvirtino Utenos rajono pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo 2003 – 2005 m. programą. Siekiant

pagerinti Utenos rajono savivaldybės gyventojų sveikatingumo rodiklius, orientuotus į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą visose sveikatos priežiūros grandyse, taip pat užtikrinti gyventojų dalyvavimą formuojant sveikatos politiką, buvo numatyti artimieji uždaviniai (iki 2005 m.) ir tolimieji uždaviniai (iki 2010 m.).

Artimieji uždaviniai:

1. Racionalizuoti išteklius ir optimizuoti išlaidas sveikatos priežiūrai siekiant efektyviau naudoti lėšas bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę:

- ✓ Optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų bei jų teikiamų paslaugų kieki;
- ✓ Išplėsti ambulatorinės pagalbos mastus per bendrosios praktikos gydytojo instituciją;
- ✓ Plėtoti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, perkvalifikuojant apylinkių terapeutus ir pediatrus bei specialistus į bendrosios praktikos gydytojus, steigti kabinetus bei diegti grupinę praktiką, ypatingą dėmesį skirti pirminei sveikatos priežiūrai kaimo vietovėse;

2. Perkvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistus pagrindinį dėmesį skiriant bendrosios praktikos gydytojams, vadybos specialistams.

3. Sudaryti sąlygas privačių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtimuisi.

Tolimieji uždaviniai:

1. gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą. Didinti teikiamų paslaugų asortimentą, naudojant ir prisilaikant nacionalinių standartų.

2. Įgyvendinti valstybines ir savivaldybės sveikatos programas.

3. Įgyvendinti pirminę asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros reformą.

4. Užtikrinti nuolatinę sveikatos priežiūros darbuotojų mokymąsi ir kvalifikacijos kėlimą.

Pirminės sveikatos priežiūros plėtros tikslai:

- gerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą;
- optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.

Utenos rajono savivaldybės plėtros programoje nebuvo numatyta privačių BPG kabinetų plėtra, tai neatitiko Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos.

Marijampolės savivaldybės taryba 2003 m. birželio 6 d. Nr.1-55 sprendimu patvirtino Marijampolės savivaldybės pirminės sveikatos priežiūros 2003 – 2008 m plėtros planą. Savivaldybė atsakinga už PSP paslaugas savo gyventojams. Ji rengia ir tvirtina PSP plėtros įgyvendinimo planus, kurie rodo detalų žmogiškųjų išteklių, PSP struktūrų išdėstymą, finansavimo šaltinius, numato šių paslaugų poreikius, visuomenės sveikatos priežiūros

organizavimą ir integravimą į pirminę asmens sveikatos priežiūrą. Savivaldybė privalo finansiškai remti pirmenybinę sveikatos reformos sritį ir garantuoti socialinę globą bei tenkinti gyventojų socialinius poreikius, nes PSP – ne tik priežiūra, bet ir socialinė pagalba.

Sveikatos apsaugos ministerija formuoja sveikatos politiką ir įgyvendinimo strategiją, tvirtina valstybinį detalų PSP strategijos įgyvendinimo planą. Rengiant planą dėl įvairių priežasčių nubuvo įmanoma nustatyti tikslų kai kurių datų, dėl greitai kintamų aplinkybių neįmanoma parengti plano su tolimesne perspektyva. Todėl Marijampolės plane pateikiamos tikrai svarbiausio kryptys:

- įgyvendinti Marijampolės savivaldybėje visapusišką, gerą ir veiksmingą PSP sistemą, atitinkančią gyventojų poreikius.
- pagerinti gyventojų sveikatos rodiklius, sumažinti sergamumą ir ligotumą bei neįgalumą. Sudaryti prielaidas ilgesniam ir sveikesniam gyvenimui.

Remiantis savivaldybės demografiniais rodikliais, sergamumo ir socialiniais duomenimis įvertinus turimų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir medicinos personalo struktūrą sudarytas Marijampolės savivaldybės pirminės sveikatos priežiūros 2003 – 2008 metų plėtros planas, kurio svarbiausi tikslai:

- Plėtoti bendrosios praktikos gydytojo instituciją ir PSP paslaugų decentralizavimą, stiprinti ambulatorinę infrastruktūrą kaime.
- Įgyvendinti bendruomenės ambulatorinę slaugą.
- Plėsti bei optimizuoti stacionarinės medicininės slaugos ir palaikomojo gydymo sektorių.
- Gerinti bendruomenės psichikos sveikatos priežiūrą.
- Stiprinti prevencinę, profilaktinę ir sveikatinimo veiklą.
- Gerinti planavimą, valdymą bei racionalų resursų panaudojimą.

Programa turėjo du etapus:

Pirmasis etapas 2003 – 2005 m.;

Antrasis etapas 2006 – 2008 m..

Pirmajame etape buvo išskelti šie uždaviniai:

1. Marijampolės PSPC suaugusių polikliniką perkelti į naujas patalpas iki 2003 m. pabaigos.
2. Sudaryti palankias sąlygas privačiai bendrosios praktikos gydytojo veiklai, diegti grupinės praktikos modelį, modernizuoti kabinetus.
3. Decentralizuoti PSPC, plėsti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, mieste leisti steigti keturias PSP įstaigas pagal esamą planą, orientuojant į tankiau apgyvendintus rajonus:

Mokolų mikrorajone,

Kosmonautų gatvės rajone,
Sporto gatvės rajone,
Geležinkelio – Saulės gatvių rajone.

4. Įgyvendinti profilaktines sveikatinimo programas ir projektus, dalyvaujant PSP įstaigoms ir nevyriausybinėms organizacijoms.
5. Kelti medicinos personalo kvalifikaciją ir persikvalifikuoti specialistams pagal poreikius.
Antrajame etape išskelti šie uždaviniai:
 1. Tobulinti PSP paslaugų apmokėjimo sistemą, skatinti teikti daugiau ir įvairesnių paslaugų.
 2. Plėsti ambulatorinės slaugos paciento namuose paslaugas.

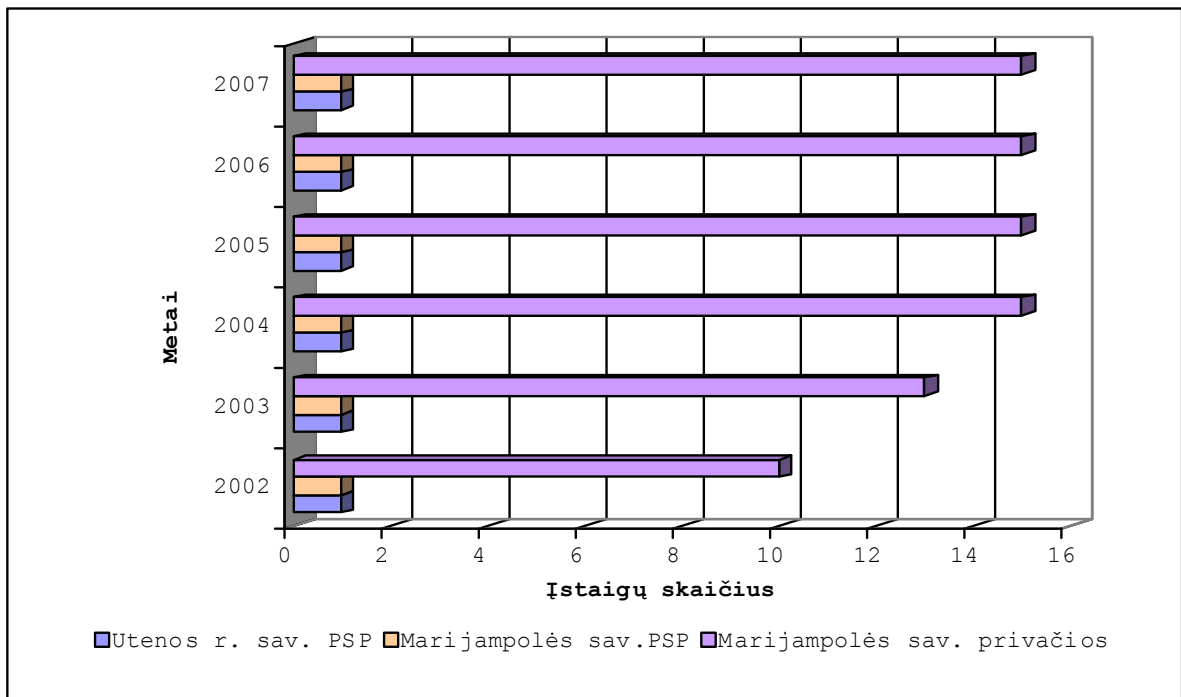
Marijampolės savivaldybės plėtros planas atitiko Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją.

- 4.2. Utenos rajono savivaldybės ir Marijampolės savivaldybės pirminių ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų pokyčiai 2002 -2007 metais.

Utenos rajono savivaldybėje 2002 - 2007 m. laikotarpiu nesikeitė ambulatorines pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, sudariusių sutartis teritorine ligonių kasa dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo, skaičius. 2007 metais Utenos rajono savivaldybėje PSP paslaugas teikė 1 asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

Marijampolės savivaldybėje iki 2001 metų pabaigos buvo įkurtos aštuonios privačios įstaigos. 2002 - 2007 m. laikotarpiu keitėsi ambulatorines PSP paslaugas teikiančių įstaigų skaičius. 2002 metais Marijampolės savivaldybėje PSP paslaugas teikė 11 asmens sveikatos priežiūros įstaigos, iš jų 10 privačios, o 2007 metų pabaigoje PSP paslaugas jau teikė 16 asmens sveikatos priežiūros įstaigos, iš jų – 15 buvo privačios (4.2.1 pav.). Privačių įstaigų dalis, turinčių asmens sveikatos priežiūros licencijas teikti BPG paslaugas sudarė 93,8 proc.

Pirminės sveikatos priežiūros 2000 – 2004 metų programos uždavinių buvo plėtoti privačių BPG kabinetų tinklą. Sveikatos apsaugos ministro 2000–11–02 įsakymu Nr. 593 patvirtinta Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programa 2000-2010 m. Programos esmė – valstybės ir savivaldybių lygiu sudaryti palankias sąlygas BPG privačios veiklos skatinimui.



4.2.1. pav. Ambulatorines PSP paslaugas teikiančių įstaigų skaičiaus kitimas Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybėse 2002 -2007 metais.

Leidimus steigti BPG kabinetus išduoda savivaldybės. Nustačiusios konkrečius leidimų reikalavimus, savivaldybės turi įtakos naujų BPG kabinetų steigimui. Steigiantis naujiems BPG kabinetams, vyksta sveikatos priežiūros paslaugų decentralizavimas. Gyventojai pirmines sveikatos priežiūros paslaugas gali gauti viešosiose įstaigose arba pasirinkti privačius BPG kabinetus.

Privačių BPG kabinetų tinklo plėtra vyksta Marijampolės savivaldybėje. Privati BPG veikla plečiasi, didėja konkurencija tarp įstaigų, turinti teigiamos įtakos paslaugų kokybei, pacientų bei medicinos įstaigų darbuotojų pasitenkinimui.

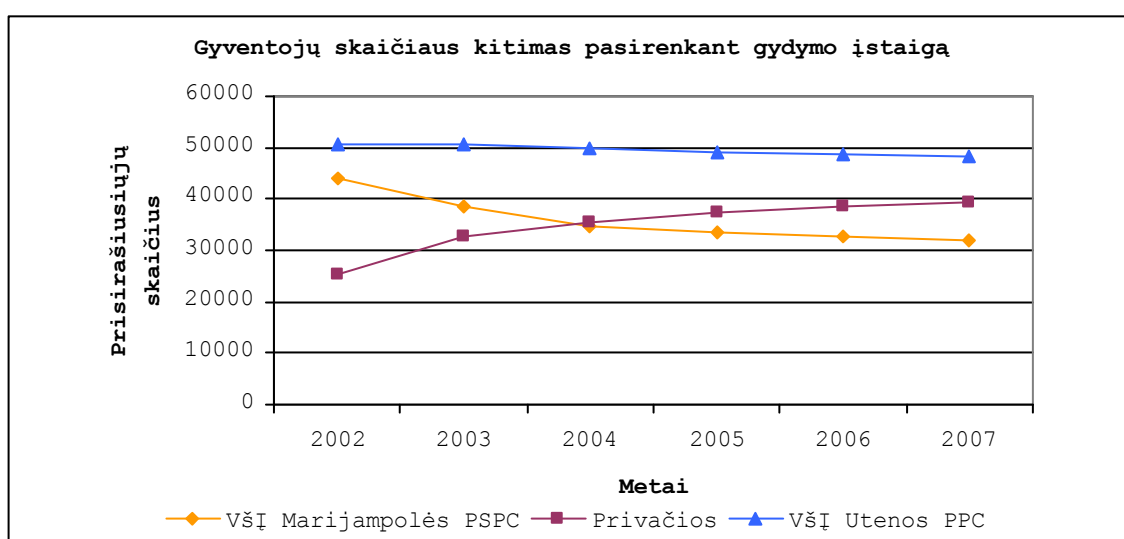
Utenos rajono savivaldybėje privačių BPG kabinetų įsteigtų nėra.

4.3. Prisirašiusių gyventojų pasiskirstymas skirtingose įstaigų grupėse 2002 – 2007 metais

Kaip žinoma, mūsų šalyje užtikrinama paciento teisė pasirinkti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią įstaigą, o minėtas paslaugas teikiančioms įstaigoms – teisė sudaryti sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Sveikatos apsaugos ministro patvirtinta gyventojų prisirašymo prie pirminės sveikatos priežiūros tvarka reglamentuoja, kad kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą pirminės asmens sveikatos įstaigą. Privačių sveikatos priežiūros įstaigų turinčių asmens sveikatos priežiūros licencijas teigti BPG paslaugas, skaičius sparčiai didėja nuo 2001 metų. Kasmet daugėjant privačių įstaigų vyksta pirminės ambulatorinės asmens sveikatos

priežiūros decentralizacija, šios paslaugos tampa labiau prieinamos gyventojams. Marijampolės savivaldybėje vykdant Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programą ir Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos programą sėkmingai buvo įsisavinamos investicinės lėšos už kurias buvo įrengta BPG darbo vietos, atsiranda privatūs BPG kabinetai, aprūpinama medicinine įranga, transporto priemonėmis.

Kaip matome prisirašiusių gyventojų skaičius prie gydymo įstaigų per šį laikotarpį kinta nežymiai. Ir savivaldybėse esant vienam sveikatos priežiūros centrui greitai ir kokybiškai aptarnauti gyventojus yra sudėtinga. Nuo to nukenčia pacientai. Atsiradus privatiems BPG kabinetams prisirašiusių skaičius viešojoje gydymo įstaigoje mažėjo, o privačiose daugėjo.



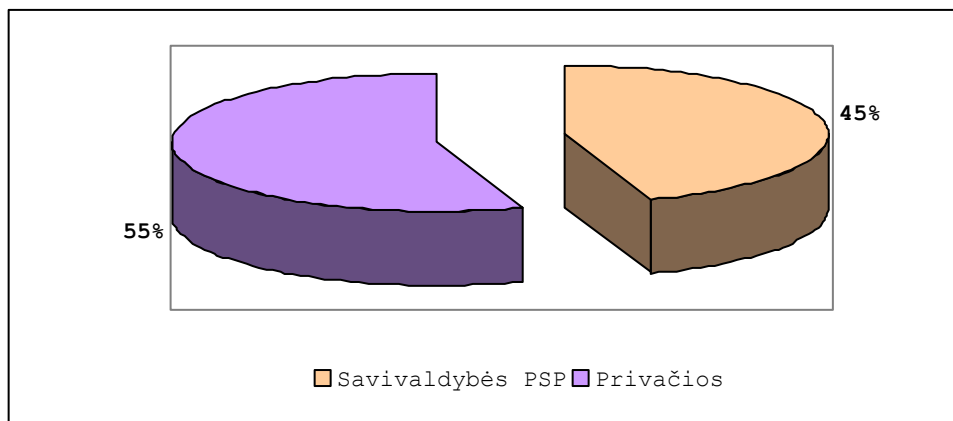
4.3.1.pav. Prisirašiusių gyventojų skaičiaus kitimas 2002 – 2007 metais pasirenkant gydymo įstaigą

Utenos rajono savivaldybėje 2002 - 2007 m. laikotarpiu nesikeitė aptarnaujamų gyventojų pasiskirstymas ambulatorines PSP paslaugas teikiančioje įstaigoje, sudariusioje sutartį su TLK, kadangi per šį laikotarpį neatsirado naujų PSP įstaigų. 2002 m. gruodžio 31 dienai prie Utenos rajono savivaldybės PSP įstaigos buvo prisirašę 50 742 gyventojai, o 2007 m. gruodžio 31 dienai buvo prisirašę 48 495 gyventojai.

Marijampolės savivaldybėje 2002 – 2007 m. laikotarpiu keitėsi aptarnaujamų gyventojų pasiskirstymas ambulatorines PSP paslaugas teikiančiose įstaigose. 2002 m. prie Marijampolės savivaldybės ambulatorinių PSP įstaigų buvo prisirašę 69 487 gyventojai, iš kurių 25 381 buvo pasirinkę privačias PSP įstaigas, o 2007 metais prie ambulatorinių PSP įstaigų buvo prisirašę 71201 gyventojai, iš jų privačiose 39 269 gyventojų. Daugiau gyventojų pasirenka privačias PSP įstaigas (4 lentelė, 4.3.2 pav.).

4.lentelė. Aptarnaujamų gyventojų pasiskirstymas Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybėse 2002 – 2007 m. pirminio lygio ambulatorines PSP paslaugas teikiančiose įstaigose

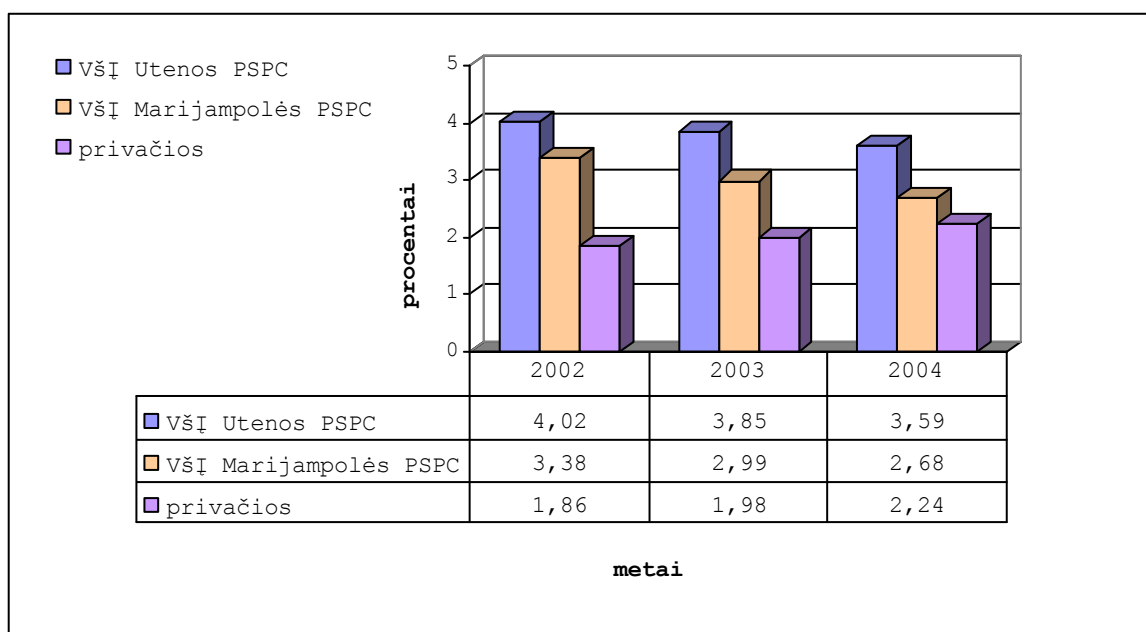
PSP paslaugas teikiančios įstaigos	2002	2003	2004	2005	2006	2007
VšĮ Utenos PSC	50 742	50 483	49 922	49 016	48 703	48 495
VšĮ Marijampolės PSC	44 106	38 469	34 606	33 627	32 769	31 932
Privačios	25 381	32 751	35 648	37 237	38 562	39 269
Iš viso Marijampolės savivaldybėje	69 487	71 220	70 254	70 864	71 331	71 201



4.3.2.pav.

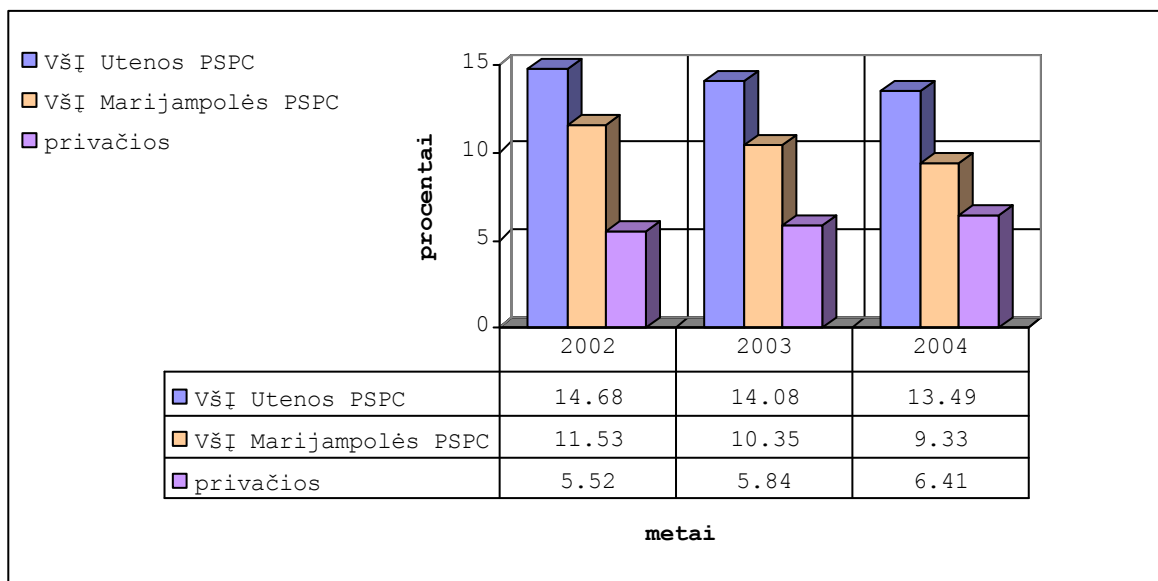
Aptarnaujamų gyventojų pasiskirstymas 2007 m. pasirenkant Marijampolės savivaldybės PSP įstaigas

Vaikų iki 5 metų pasiskirstymas Utenos r. ir Marijampolės savivaldybių 2002 -2004 m. ambulatorines PSP paslaugas teikiančiose įstaigose atsispindi 4.3.3 paveiksle. Marijampolės savivaldybėje privačiose įstaigose vaikų iki 5 m. dalis didėja.



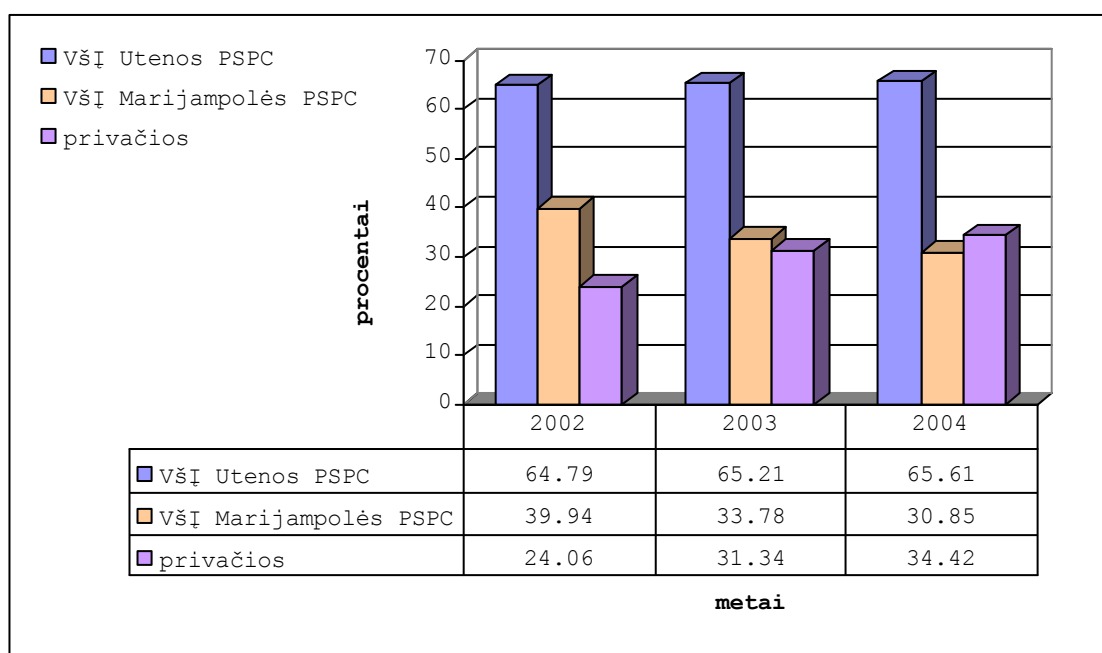
4.3.3 pav. Vaikų iki 5 m. amžiaus dalis tarp prisirašiusių Utenos ir Marijampolės savivaldybių 2002 -2004 m. ambulatorines PSP paslaugas teikiančiose įstaigose

2002- 2004 m. vaikų nuo 5 iki 15 metų prisirašiusių privačiose gydymo įstaigose skaičius didėja, tolygiai mažėja VšĮ Marijampolės PSPC. Tai galime pamatyti 4.3.4 paveiksle.



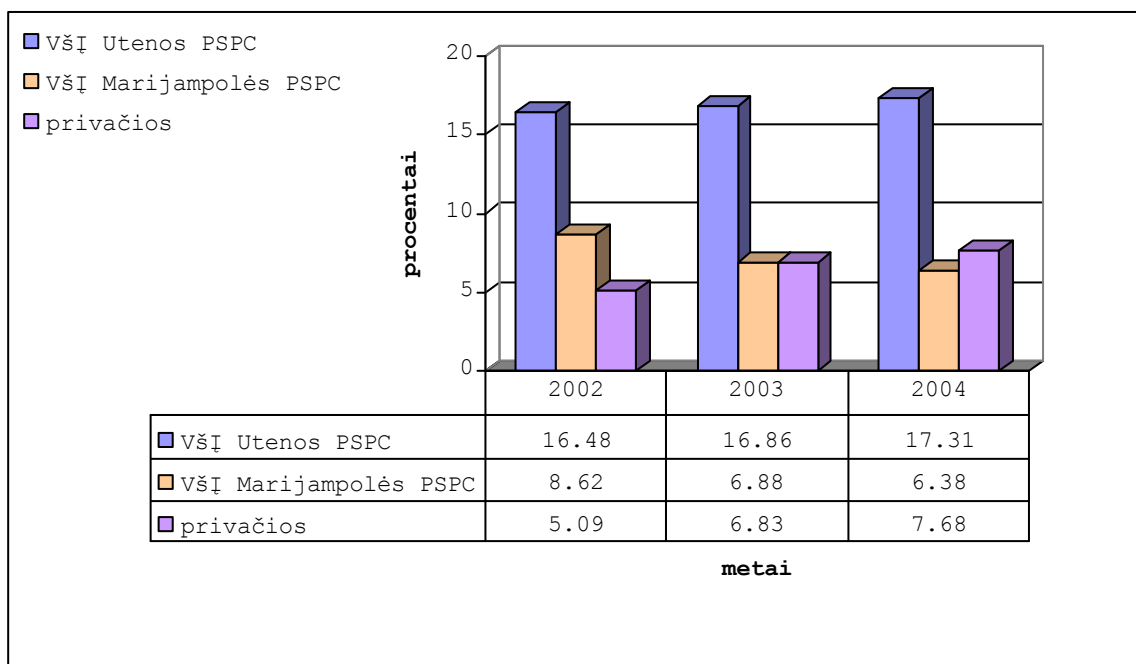
4.3.4 pav. Vaikų 5-15 m. amžiaus dalis tarp prisirašiusių Utenos ir Marijampolės savivaldybių 2002 -2004 m. ambulatorines PSP paslaugas teikiančiose įstaigose

Pati didžiausia prisirašiusių grupė visose gydymo įstaigose yra 16-65 metų amžiaus grupė. Šioje prisirašiusių grupėje galima pastebėti didžiausius pokyčius pasirenkant privačias gydymo įstaigas. 2002 – 2004 metais Marijampolės savivaldybės gydymo įstaigų grupių šio amžiaus pacientų dalis svyravo savivaldybės įstaigoje nuo 39,94 iki 30,85 proc., o privačiose įstaigose nuo 24,06 iki 34,42 proc. (4.3.5 pav.).



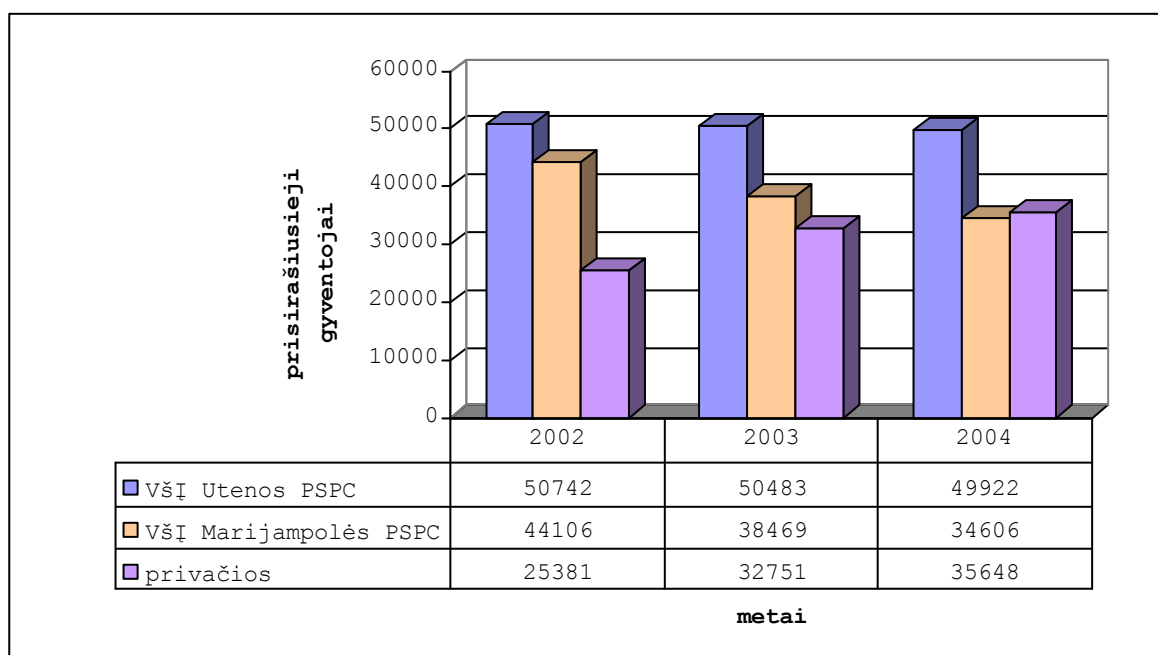
4.3.5 pav. 16--65 m. amžiaus gyventojų dalis tarp prisirašiusių Utenos ir Marijampolės savivaldybių 2002 -2004 m. ambulatorines PSP paslaugas teikiančiose įstaigose.

Lyginant virš 65 metų amžiaus aptarnaujamų gyventojų dalį galime pamatyti, kad ir šioje amžiaus grupėje nedideliu procentu prisirašiusių didėja privačiose įstaigose (4.3.6 pav.). Galime teigti, kad vyresnio amžiaus pacientai drąsiai renkasi privačias PSP įstaigas.



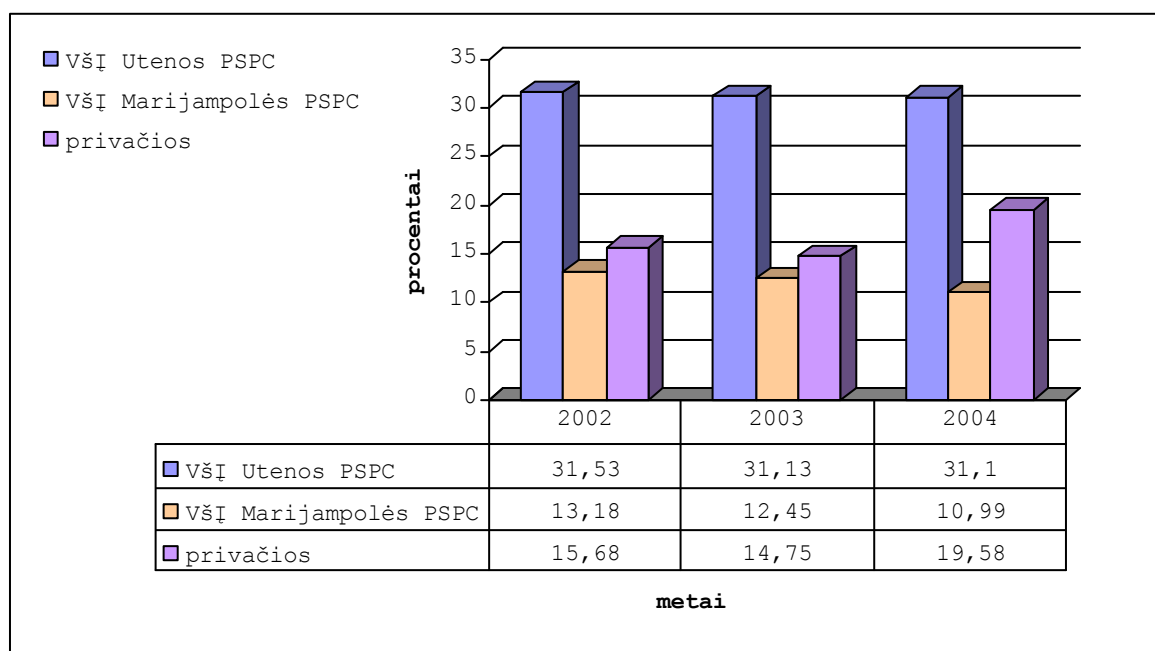
4.3.6 pav. 65 m. ir vyresnių gyventojų dalis tarp prisirašiusių Utenos ir Marijampolės savivaldybių 2002 -2004 m. ambulatorines PSP paslaugas teikiančiose įstaigose

Marijampolės savivaldybėje matome, kaip keitėsi gyventojų pasiskirstymas 2002 – 2004 metais (4.3.7pav.). Galima pastebėti, kad šiuo laikotarpiu prisirašiusių pacientų skaičius privačiose įstaigose pagal visas amžiaus grupes didėjo, o savivaldybės įstaigose atitinkamai mažėjo. Pasiskirstymas pagal prisirašiusių gyventojų amžiaus grupes viešosiose įstaigose ir privačiose skyrėsi nežymiai.



4.3.7 pav. Prisirašiusių gyventojų skaičiaus kitimas 2002 – 2004 metais

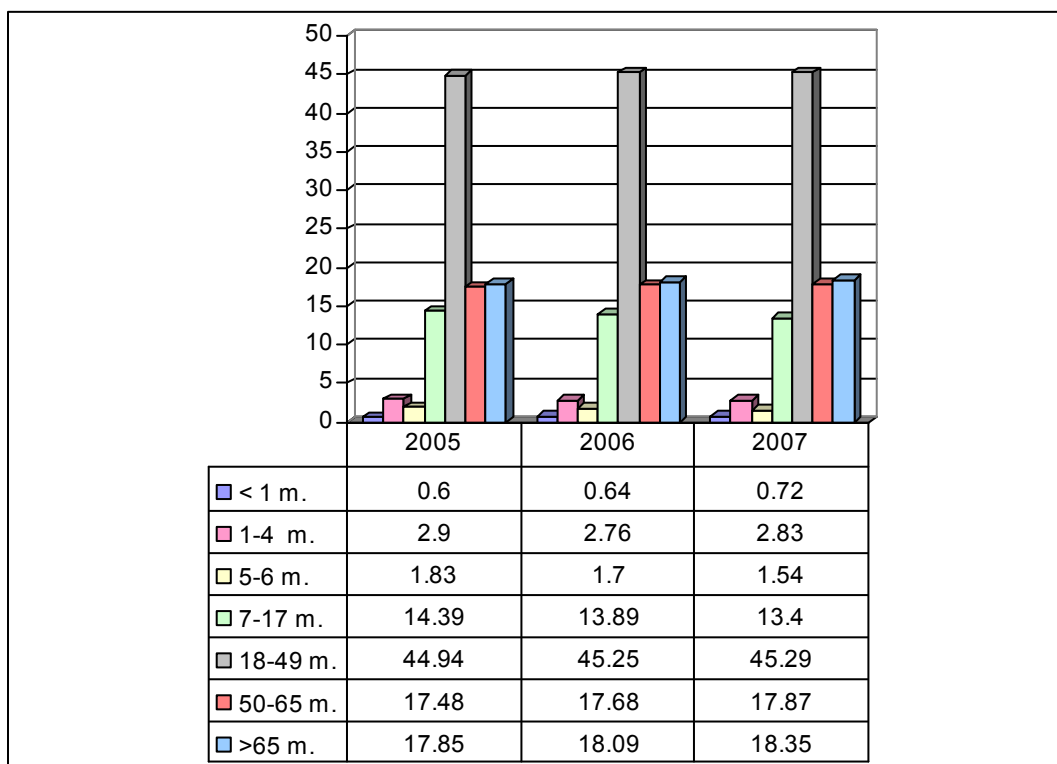
Marijampolės savivaldybėje kaimo gyventojų dalis tarp prisirašiusių prie privačių įstaigų didėjo, dėl naujai įsisteigusių kaimiškose vietovėse privačių gydymo įstaigų. Privačių gydymo įstaigų steigimas kaimo vietovėse pagerina paslaugų komunikacinį (teritorinį) prieinamumą. Svarbu, kad gyventojas per trumpą laiką galėtų pasiekti gydymo įstaigą, taip pat susisiekti su savo gydytoju telefonu. Privačiose įstaigose prisirašiusių kaimo gyventojų dalis kito sparčiausiai nuo 15,68 proc. 2002 m. iki 19,58 proc. 2004 metais (4.3.8 pav.).



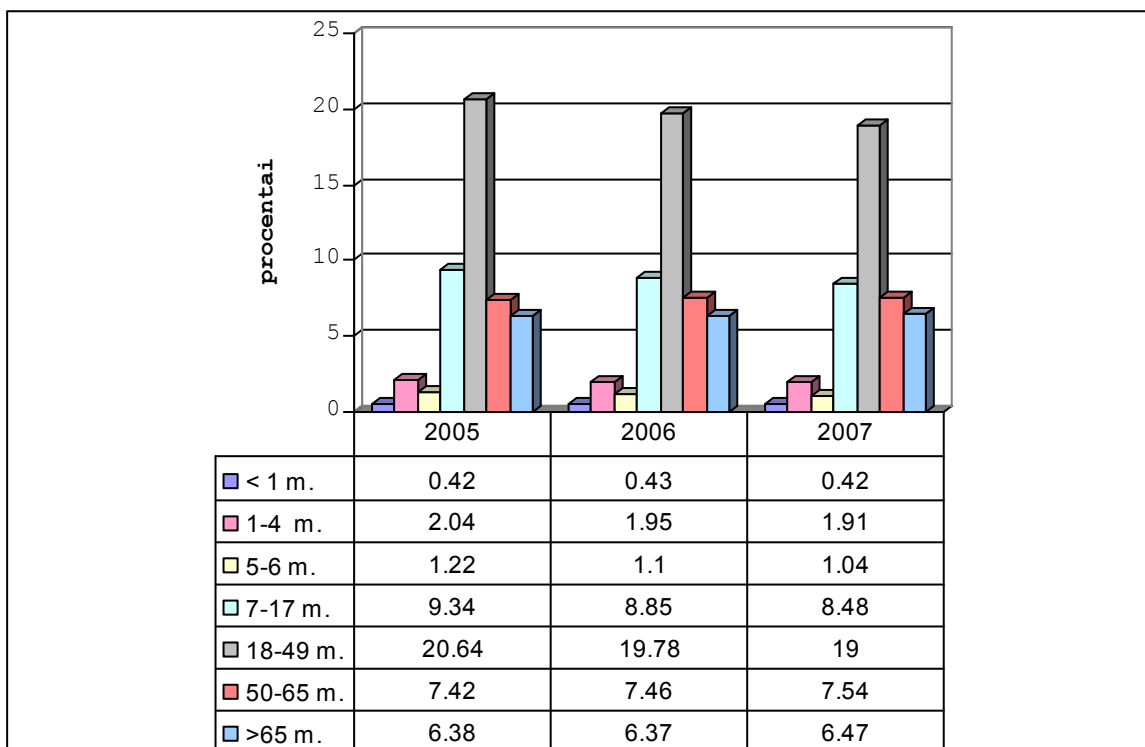
4.3.8. pav. Kaimo gyventojų dalis skirtingose Utenos ir Marijampolės PSP paslaugas teikiančiose įstaigose 2002 -2004 metais

Taigi galima teigti, kad Marijampolės privačiose įstaigose kaimo gyventojų dalis yra didžiausia, lyginant su savivaldybės PSP įstaigos aptarnaujamų gyventojų dalimi.

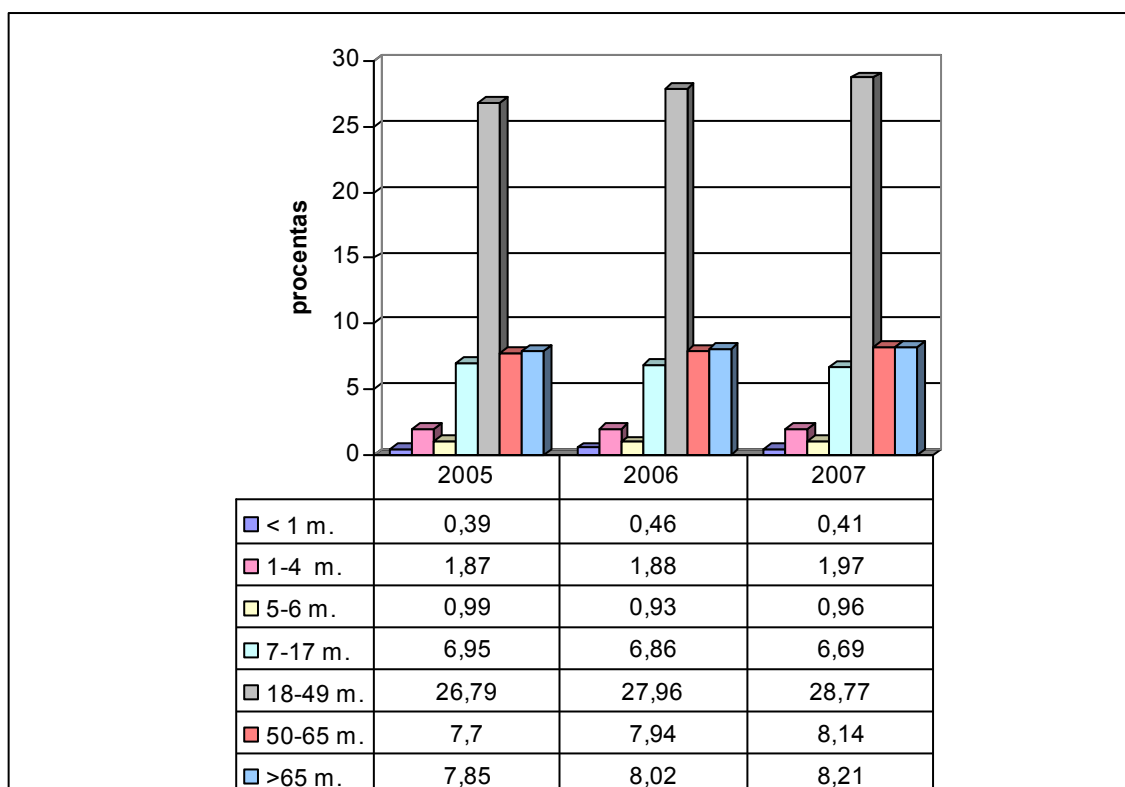
2005 m. prisirašiusieji prie PASP įstaigų buvo suskirstyti į 7 amžiaus grupes (iki 1m., 1-4 m., 5-6 m., 7-17 m., 18-49 m., 50-65 m., 65 m. ir vyresni). Lyginant 2005-2007 m. prisirašiusių gyventojų pasiskirstymą pagal amžiaus grupes VšĮ Utenos PSPC pastebimas gyventojų mažėjimas. Amžiaus grupėse 50-65 m., ir vyresnių nei 65 m. pastebimas nežymus augimas.



4.3.9 pav. VšĮ Utenos PSPC prisirašiusių gyventojų pagal amžiaus grupes pasiskirstymas 2005 – 2007 metais.



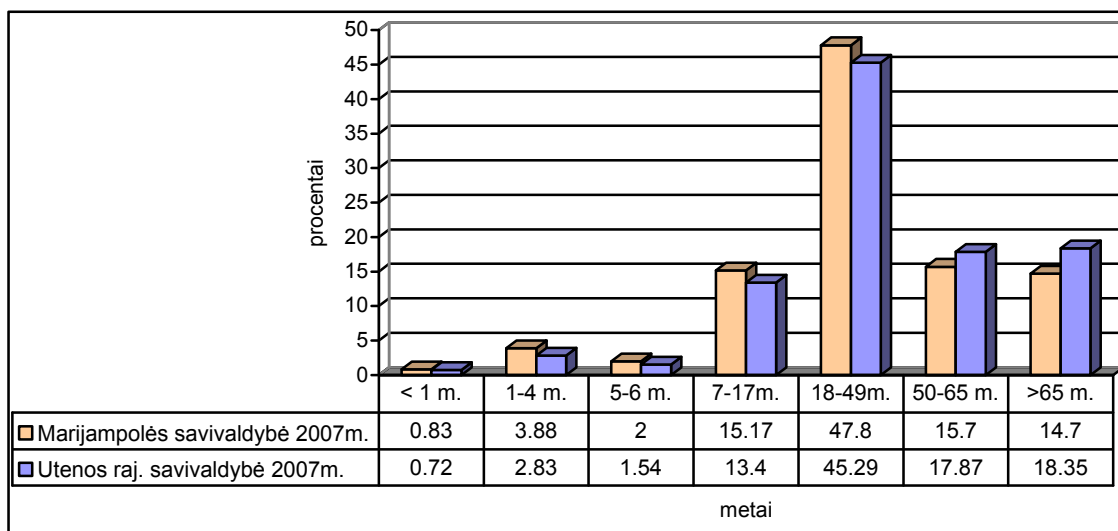
4.3.10 pav. Vsi Marijampolės PSPC prisirašiusių gyventojų pagal amžiaus grupes pasiskirstymas 2005-2007 metais.



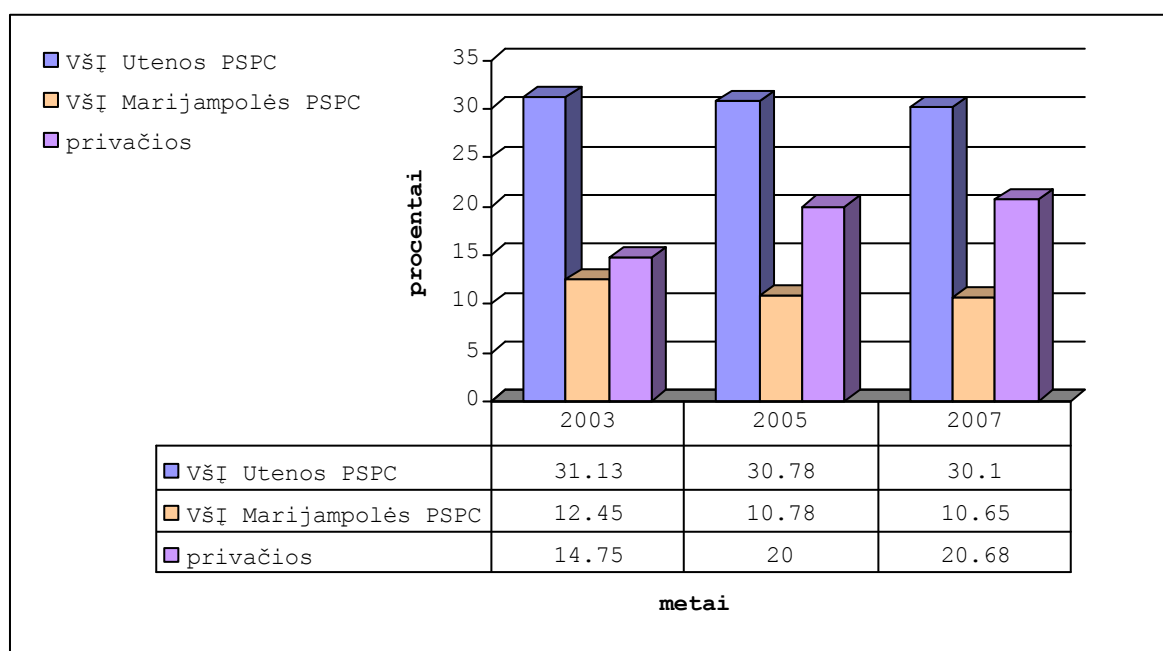
4.3.11 pav. Marijampolės savivaldybės privačiose įstaigose prisirašiusių gyventojų skaičiaus kitimas 2005-2007 metais.

Iš pateiktų duomenų matome, kad Utenos rajono savivaldybėje bendras prisirašiusių skaičius lyginant 2002 -2007 m. mažėja, o Marijampolės savivaldybėje prisirašiusių skaičius

lyginant 2002 -2007 m. padidėjo. Atsiradus konkurencijai gyventojų pasiskirstymas kinta tik tarp gydymo įstaigų. Dėl to galime teigti, jog privačių gydymo įstaigų plėtra skatina gyventojus aktyviau rinktis šias gydymo įstaigas.



4.3.12. pav. Marijampolės ir Utenos raj. savivaldybėse prisirašiusių gyventojų pagal amžiaus grupes pasiskirstymas 2007 metais



4.3.13. pav. Kaimo gyventojų dalis skirtingose Utenos ir Marijampolės PSP paslaugas teikiančiose įstaigose 2003 -2007 metais

Marijampolės savivaldybėje kaimo gyventojų dalis tarp prisirašiusių prie privačių gydymo įstaigų didėjo, dėl naujai įsisteigusių kaimiškose vietovėse privačių gydymo įstaigų. Privačių gydymo įstaigų steigimas kaimo vietovėse pagerina paslaugų komunikacinį (teritorinį) prieinamumą. Svarbu, kad gyventojas per trumpą laiką galėtų pasiekti gydymo įstaigą, taip pat

susisiekti su savo gydytoju telefonu. Privačiose įstaigose prisirašiusių kaimo gyventojų dalis kito sparčiausiai nuo 14,75 proc. 2003 m. iki 20,68 proc. 2007 metais (4.3.13 pav.).

Marijampolės savivaldybės gydymo įstaigose galima pastebėti, kad gyventojai vaikus prirašo prie VšĮ Marijampolės PSPC kur paslaugas teikia daugiausiai vaikų ligų gydytojai, o ne BPG. VšĮ Marijampolės PSPC vaikų iki 18 m. – 11,85 proc., privačiose įstaigose – 10,03 proc. prisirašiusių vaikų iki 18 m..

Privačiose įstaigose santykinai daugiau buvo prisirašę jaunų ir darbingų (18-49 metų) asmenų tai sudarė 28,77 proc. Taip pat didelis prisirašiusių privačiose įstaigose virš 65m. amžiaus gyventojų skaičius tai sudaro 8,21 proc., o VšĮ Marijampolės PSPC tai sudaro 6,47 proc.

4.4. Bendrosios praktikos gydytojo institucijos plėtra

Analizuojant PASP plėtrą, pirmiausia reikėtų akcentuoti gerokai sustiprėjusią BPG instituciją. Pirminės sveikatos priežiūros decentralizacija suaktyvėjo pradėjus įgyvendinti PHARE techninės pagalbos projektus, kuriuose buvo numatytas BPG kabinetų aprūpinimas medicinos įranga. Tai paskatino savivaldybes leisti steigti privačius BPG kabinetus. Pirminės sveikatos priežiūros decentralizacija, privačių BPG kabinetų, centrų steigimas padeda užtikrinti geresnį šių paslaugų prieinamumą.

Analizuodami 2002 – 2007 metų laikotarpį matome, kad BPG prisirašiusių gyventojų skaičius kasmet didėjo, ypač pastaraisiais metais. Jei 2002 metais Utenos rajono savivaldybės BPG aptarnavo 7210 gyventojų (14,21 proc. visų prisirašiusių), tai 2007 – aisiais – 38757 gyventojų. BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius padidėjo per šį laikotarpį 79,92 proc.

Tuo tarpu Marijampolės savivaldybėje 2002 metais BPG aptarnavo 32531 gyventojų 46,81 proc. visų prisirašiusių, o 2007 metais jų aptarnaujamų gyventojų skaičius siekė 41743 gyventojus. Per šį laikotarpį BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius padaugėjo tik 58,63 proc. Marijampolės savivaldybės privačiose įstaigose šis pasiskirstymas atrodė taip 2002 m. buvo prisirašę 19967 gyventojai prie BPG (78,66 proc.), o 2007 metais buvo prisirašę 33806 gyventojai (86,08 proc.)

Marijampolės savivaldybės VšĮ Marijampolės PSPC 2002 m. buvo prisirašę 12564 gyventojai (28,48 proc.), 2007 metais 7937 gyventojai (24,85 proc). Kitus prie PSPC įstaigų prisirašiusius pacientus aptarnavo gydytojų komanda, kurią sudaro vidaus ligų gydytojai, vaikų ligų gydytojai, kartu su gydytojais akušeriais ginekologais ir chirurgais. Gyventojų aptarnaujamų BPG, skaičiaus didėjimas atspindi Lietuvos sveikatos programoje iškeltus uždavinius, LRV sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, bei Lietuvos PSP plėtros strategiją.

5.lentelė. Valstybinėse ir privačiose Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybėse prisirašiusių gyventojų prie BPG dinamika 2002-2007 m.

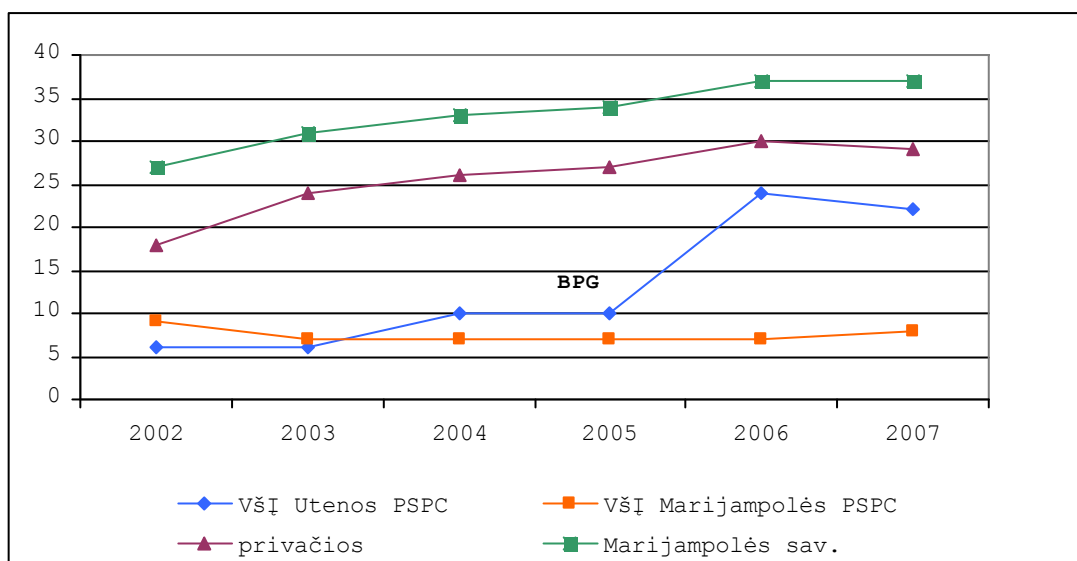
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
VšĮ Utenos PSPC	7210	14510	15423	16208	38827	38757
VšĮ Marijampolės PSPC	12564	10090	7594	7519	7720	7937
Privačios	19967	26161	30064	31417	31144	33806
Viso Marijampolėje	32531	36251	37658	38936	38864	41743

Palyginus abiejų savivaldybių prisirašiusių gyventojų skaičių matome, kad savivaldybėse pirminės sveikatos priežiūros plėtra atitinka numatytus kriterijus.

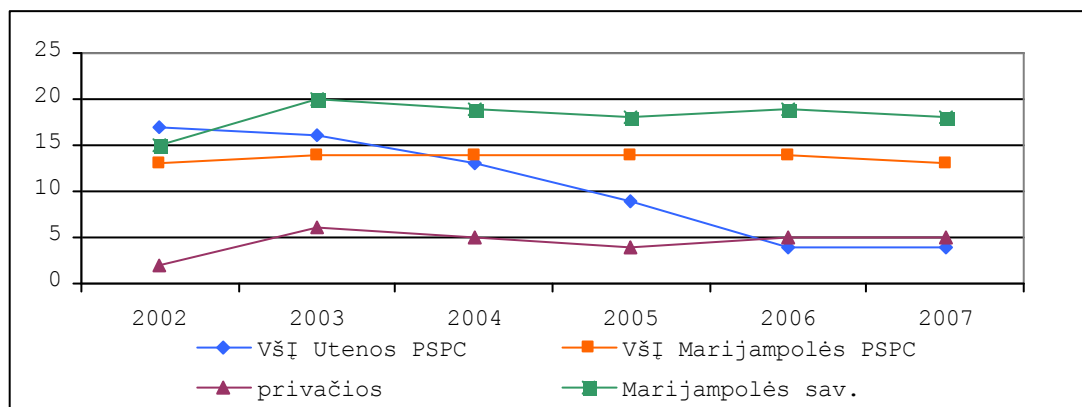
4.5. BPG skaičiaus ir jų aptarnaujamų gyventojų dinamika 2002 – 2007 metais

BPG turėtų užimti svarbią vietą PSP grandyje, kadangi jis yra arčiausiai gyventojų. BP gydytojai, geriausiai pažindami pacientą, jo aplinką ir gyvenimo būdą, gali anksti diagnozuoti ar numatyti jam grėšiančias ligas, reaguoti į paciento sveikatos problemas. Šeimos gydytojo teikiama pagalba priimtinesnė gyventojams, nes tai patogiu, jis geriausiai tinka profilaktiškai stebėti lėtinėmis ligomis sergančius pacientus, atlikti nuolatinę sveikatos priežiūrą.

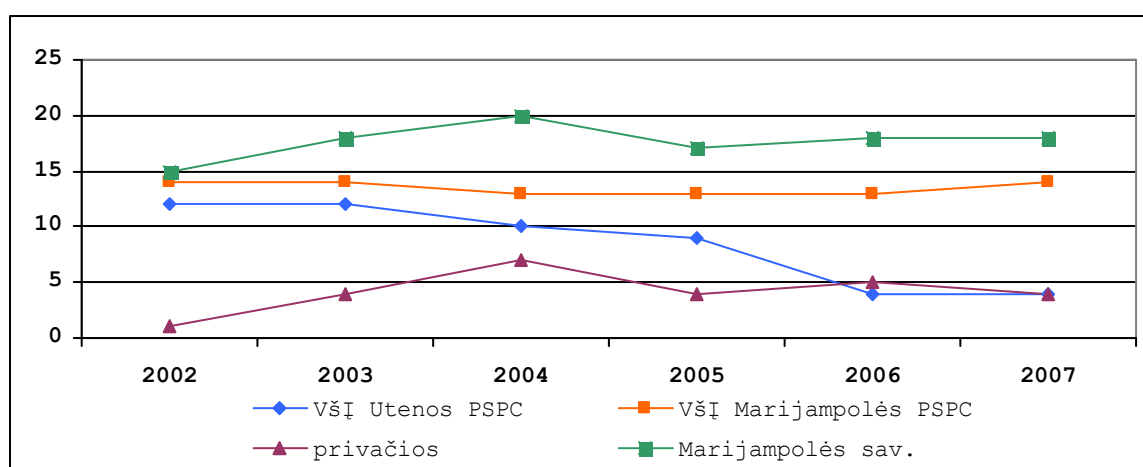
Užtikrinti, kad šeimos gydytojas teiktų visas šeimos gydytojo medicinos normoje numatytas paslaugas ir atsakytų už jų kokybę, šviestų visuomenę, skatintų gyventojus rūpintis savo sveikata.



4.5.1 pav. BPG skaičiaus kitimas 2002-2007 metais Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybėse.



4.5.2 pav. Vidaus ligų gydytojų skaičiaus kitimas 2002-2007 metais Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybėse.



4.5.3. pav. Vaikų ligų gydytojų skaičiaus kitimas 2002 -2007 metais Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybėse.

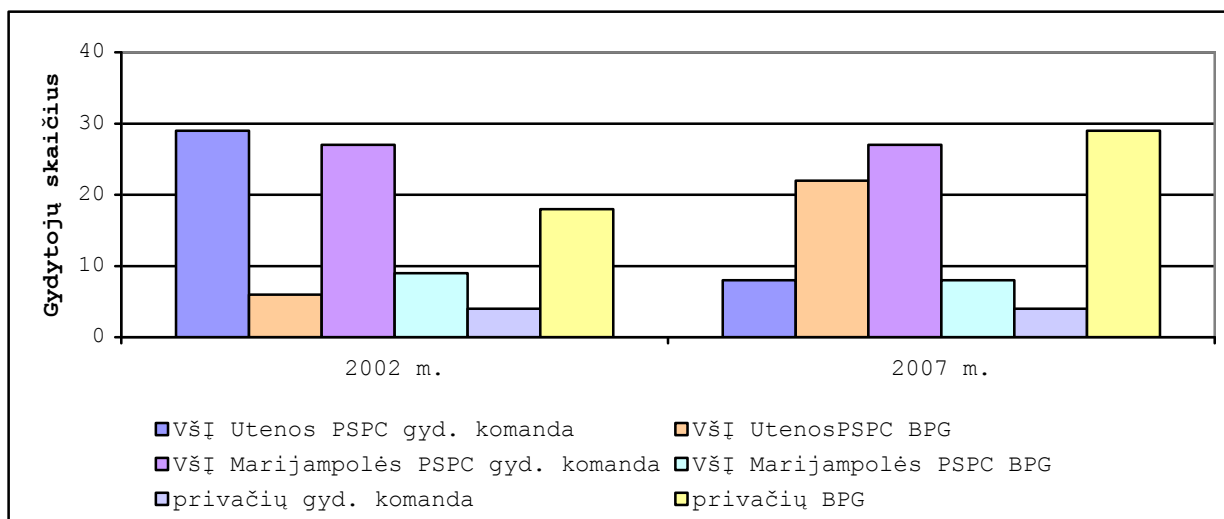
Iš pateiktų paveikslų matyti, kad gydytojai sudarantys komandą perkvalifikuojami į BPG, kas numatyta ir plėtros planuose. Marijampolės savivaldybėje vidaus ligų gydytojų ir vaikų ligų gydytojų persikvalifikavimas į BPG vyksta lėtai, ypač tai galima pastebėti VŠĮ Marijampolės PSPC. Utenos rajono savivaldybėje persikvalifikavimas į BPG vyksta sparčiau.

Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programoje numatyta perkvalifikuoti apylinkės terapeutus ir pediatus į bendrosios praktikos gydytojus. Nuo 1992 m. pradėta rengti ir perkvalifikuoti BPG. Pirmuosius 8 dėstytojus teko parengti užsienyje, vėliau apie 100 dėstytojų parengta Lietuvoje. Sukurtos keturios rezidentų rengimo bazės Vilniuje, Kaune, Šiauliuose ir Klaipėdoje[27]

Pateiktoje LR valstybės kontrolės valstybinio audito atskaitoje dėl PSP pažymima, kad Lietuvoje iki 2003 m. buvo parengti (baigė stacionarinę ir pertraukiamą rezidentūrą) 2026 bendrosios praktikos gydytojai.

Utenos pirminės asmens sveikatos priežiūros centre 2005 metais pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą teikė 40 gydytojų. Iš jų: 22 turi BP gydytojo licencijas, tačiau kaip

BP gydytojas dirbo tik 10. Kiti dirbo komandoje. Komandoje dirbo 9 - vaikų ligų gydytojai; 12 - vidaus ligų gydytojų; 4 – akušeriai ginekologai; 5 chirurgai. Pagrindinė priežastis, kad licencijuoti bendrosios praktikos gydytojai nedirbo kaip BPG - neįrengti BPG kabinetai, trūksta įrangos.

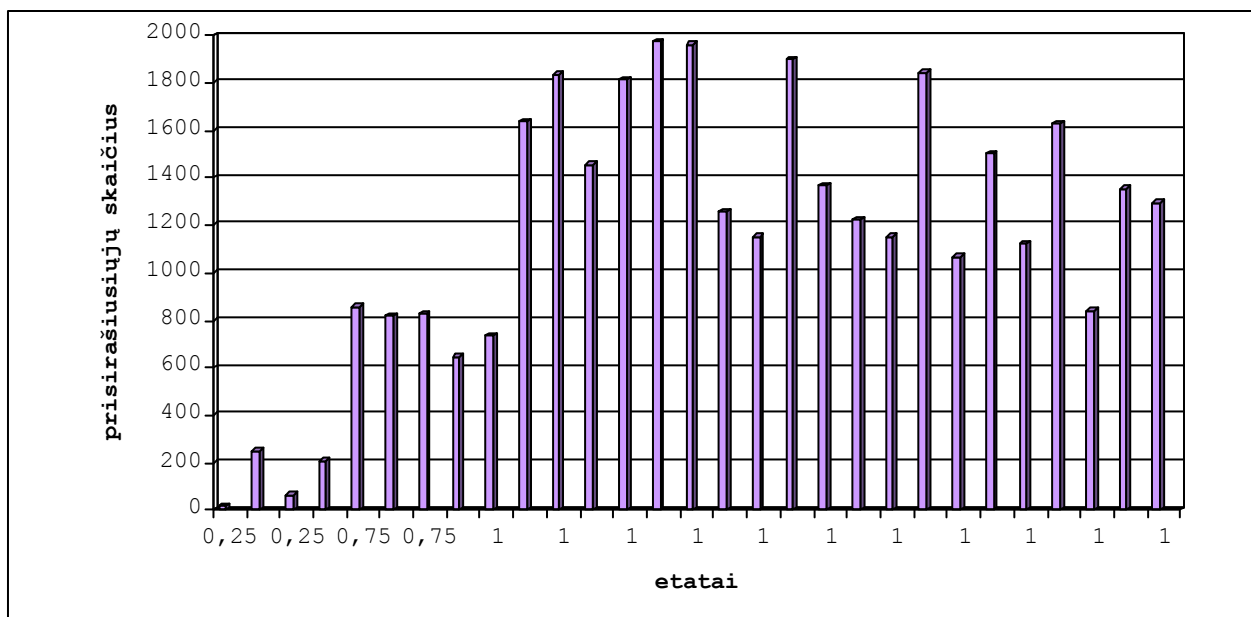


4.5.4 pav. Dirbančių gydytojų, BPG ir gydytojų komandoje 2002 –2007 m. skaičiaus kitimas

Kaip matome iš duomenų, pateiktų 4.5.4 paveiksle, Utenos rajono PSP įstaigoje nuo 2002 m. BP gydytojų skaičius nuo 6 išaugo iki 22 BP gydytojų 2007 m.. Tuo tarpu Marijampolės savivaldybės privačiose pirmines paslaugas teikiančiose įstaigose matome gydytojos komandų skaičiaus kitimą, o Marijampolės pirminiame sveikatos priežiūros centre BPG institucijos plėtra vyksta labai lėtai. Išvedus Marijampolės PSPC vidaus ligų gydytojų ir vaikų ligų gydytojų amžiaus vidurkius galima teigti, kad persikvalifikavimui įtakos turi gydytojų amžius. Amžiaus vidurkis tarp vidaus ligų gydytojų – 57,23 m. , o vaikų ligų gydytojų – 56,35 m. Privačiose įstaigose dirbančių BPG amžiaus vidurkis – 2007 m. buvo 43 m.

Pateiktame 4.5.5 paveiksle matyti, koks 2007 m. gruodžio mėn. prie 22 bendrosios praktikos gydytojų prisirašiusių gyventojų skaičius. BPG aptarnaujant daugiau nei 1500 gyventojų, negali atlikti visų pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūros grandžiai priskirtų funkcijų, pablogėja PSP paslaugų prieinamumas ir kokybė. Pagal gydytojų užimtus etatus pastebimas netolygus prisirašiusių gyventojų skaičius.

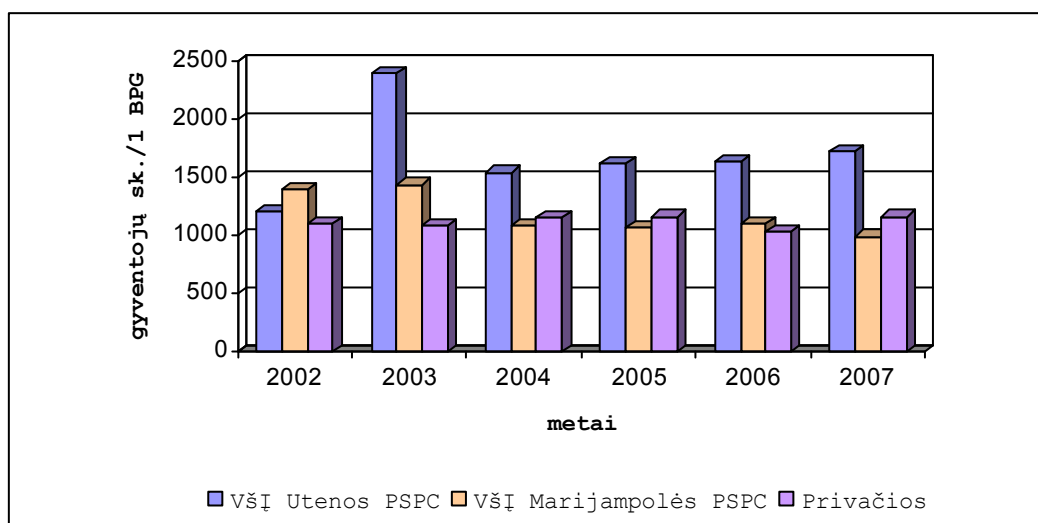
Aktuali problema yra eilės. Vienu etatu dirbančio BPG prisirašiusių skaičius pasiskirstęs netolygiai. Apylinkėse, kuriose prisirašiusių skaičius yra 2000 ir daugiau, laukti eilėje pas savo šeimos gydytoją reikia nuo savaitės iki 2-3 savaičių ar net daugiau.



4.5.7 pav. Prie BPG prisirašiusių gyventojų skaičius Marijampolės privačiose įstaigose

Panaši situacija išlieka ir privačiose įstaigose prisirašiusių gyventojų skaičius neviršija 2000 ribos. Gydytojai aptarnaudami mažesnių pacientų skaičių, gali daugiau laiko skirti pacientams.

Analizuojant gyventojų, pasirinkusių BPG skirtingose Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybėse PSP paslaugas teikiančiose įstaigose, skaičiaus vidurkį, tenkanti vienam BPG išryškėjo skirtumai tarp grupių įstaigų (4.5.8 pav.). Gyventojų, pasirinkusių BPG, skaičius, tenkantis vienam BPG skirtingose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose 2002 - 2007 metais kito. Daugiausiai prisirašiusių vienam BPG teko VšĮ Utenos PSC – 1723 pacientų, mažiausiai VšĮ Marijampolės PSC – 992 pacientai. Privačioje įstaigoje dirbančiam BPG teko – 1166 pacientai.



4.5.8 pav. Gyventojų, pasirinkusių BPG, skaičius tenkantis vienam BPG skirtingose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose 2002 – 2007 metais

Gydytojai, aptarnaudami santykinai mažesnę pacientų skaičių, gali daugiau dėmesio skirti savo pacientams.

Analizuojant prie BPG prisirašiusių gyventojų skaičių ir jų apsilankymus. Paskaičiuota, kiek laiko gydytojai skiria pacientui. VšĮ Utenos PSPC BPG pacientus aptarnavo trumpiausias aptarnavimo laikas 9,27 min., daugiausiai laiko buvo skiriama 15,7 min..

VšĮ Marijampolės PSPC trumpiausias laikas 17,0 min., o daugiausiai laiko skirta 23,7 min.. Privačiose įstaigose apsilankymui skirtas laikas trumpiausias 8,6 min., o daugiausia laiko skirta 14,9 min.. Todėl iš skiriamo pacientui laiko galima daryti išvadas, kad **VšĮ Marijampolės PSPC didžiausias dėmesys skiriamas pacientui.**

Sociologinio eksperimento rezultatai

Vykdamas telefoninę apklausą gruodžio mėn. 8 dieną Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių gydymo įstaigose stebima, kad mažiausiai prisirašiusių pacientų turintys BPG greičiau priima pacientus žiūrėti 6 lentelę.. VšĮ Utenos PSPC prie BPG, kuri turi prisirašiusių 2892 pacientų gruodžio mėnesiui negalėjo skirti profilaktinio apsilankymo. BPG turinti 2506 pacientus galėjo priimti gruodžio 15 dieną. 2224 pacientų turinti BPG atitinkamai galėjo priimti gruodžio 18 dieną. BPG aptarnaujanti 2497 prisirašiusius gyventojus gruodžio 23 dieną. BPG turinti prisirašiusių gyventojų 2335 apsilankymą galėjo skirti gruodžio 16 dieną.

VšĮ Marijampolės PSPC prie BPG, turinčios 1462 pacientus paslaugos suteikiamos gruodžio 12 dieną. Pas BP gydytoją turinčią 1634 pacientus gruodžio 11 dieną. Pas BPG turinčią prisirašiusių asmenų 1006, paslaugas buvo galima gauti gruodžio 10 dieną.

Privačiose įstaigose pas BPG pacientams laukti apsilankymo reikėjo atitinkamai:

- 1637 prisirašiusių gyventojų – gruodžio 15 dieną;
- 1835 prisirašiusių gyventojų – gruodžio 11 dieną;
- 1456 prisirašiusių gyventojų – gruodžio 10 dieną;
- 1813 prisirašiusių gyventojų – gruodžio 9 dieną;
- 1974 prisirašiusių gyventojų – gruodžio 11 dieną;
- 1366 prisirašiusių gyventojų – gruodžio 10 dieną;
- 1898 prisirašiusių gyventojų – gruodžio 12 dieną;
- 1840 prisirašiusių gyventojų - gruodžio 9 dieną;
- 1738 prisirašiusių gyventojų – gruodžio 9 dieną;
- 1629 prisirašiusių gyventojų – gruodžio 11 dieną.

6.lentelė. Laukimo eilėje dienų trukmė iki apsilankymo pas BPG Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių gydymo įstaigose.

Pavadinimas	Prisirašiusių gyventojų skaičius	Laukimo eilėje dienų trukmė iki apsilankymo pas BPG (dienų skaičius)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14 ir daugiau	
VšĮ Utenos PSC	2892															x
	2506							x								
	2497															x
	2335								x							
	2224															x
VšĮ Marijampolės PSC	1634				x											
	1462				x											
	1006		x													
Privačios įstaigos	1974			x												
	1898				x											
	1840	x														
	1835			x												
	1813	x														
	1738	x														
	1637								x							
	1629			x												
	1456		x													
	1366		x													

VšĮ Utenos PSC BPG, turi prisirašiusių 2892 pacientų gruodžio mėnesiui negalėjo skirti profilaktinio apsilankymo. Tai rodo, kad pas BPG tenka laukti apsilankymo nuo savaitės iki mėnesio. Todėl galima daryti išvadas, kad kuo mažesnis prisirašiusių gyventojų skaičius prie BPG, tuo pacientai gali greičiau gauti paslaugas, ir trumpesnis laukimo dienų skaičius. Privačiose įstaigose paslaugas galima gauti sekančią dieną nuo užsiregistravimo. Ilgiausiai paslaugų tektų laukti VšĮ Utenos PSC.

Todėl, BPG aptarnaujantis daugiau nei 2000 gyventojų, negali atlikti visų pirminei ambulatorinei grandžiai priskirtų funkcijų, pablogėja PSP paslaugų prieinamumas ir kokybė. Didelis BPG skaičius padėtų spręsti pacientų nepasitenkinimo didelėmis eilėmis klausimą bei mažesnis prirašytų gyventojų skaičius turėtų įtakos gydytojų darbo bei bendravimo su pacientu kokybei.

4.6. Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų pasirinktų 2003 – 2007 metais veiklos efektyvumo rodiklių palyginimas

Apsilankymų vidurkių pas pirminio lygio gydytojus Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių ambulatorinės PSP paslaugas teikiančiose įstaigose 2003 - 2007 metais palyginimas.

2003-ųjų pabaigoje PAASP įstaigose Utenos rajono savivaldybėje buvo prisiregistravę 50 483 gyventojai, Marijampolės savivaldybėje buvo prisiregistravę 71 220 gyventojai, iš jų: valstybinėje 38 469 (54,0 proc.), o privačiose 32 751(46,0 proc.) žiūrėti 7 lentelę.

2007-ųjų pabaigoje VšĮ Utenos PSPC buvo prisiregistravę 48 495 asmenys, Marijampolės savivaldybėje 71 201 gyventojai, iš jų valstybinėje 31 932 (44,85 proc.), privačiose 39 269 (55,15 proc.).

7.lentelė. Utenos raj. ir Marijampolės savivaldybėse prisirašiusių gyventojų skaičius 2003 - 2007 metais prie PASPI

Metai	Utenos raj. ir Marijampolės savivaldybėse prisirašiusių gyventojų skaičius 2003 - 2007 metais		
	VšĮ Utenos PSPC	VšĮ Marijampolės PSPC	Privačiose įstaigose
2003	50 483	38 469	38 469
		71 220	
2007	48 495	31 932	39 269
		71 201	

Utenos rajono savivaldybėje ambulatorinės PSP paslaugas teikiančiose įstaigose 2003 metais užregistruota 4937,13 apsilankymų 1000-čiui gyventojų pas pirminio lygio gydytojus: BPG, vidaus ligų gydytojus, vaikų ligų gydytojus, akušerius ginekologus ir gydytojus chirurgus.

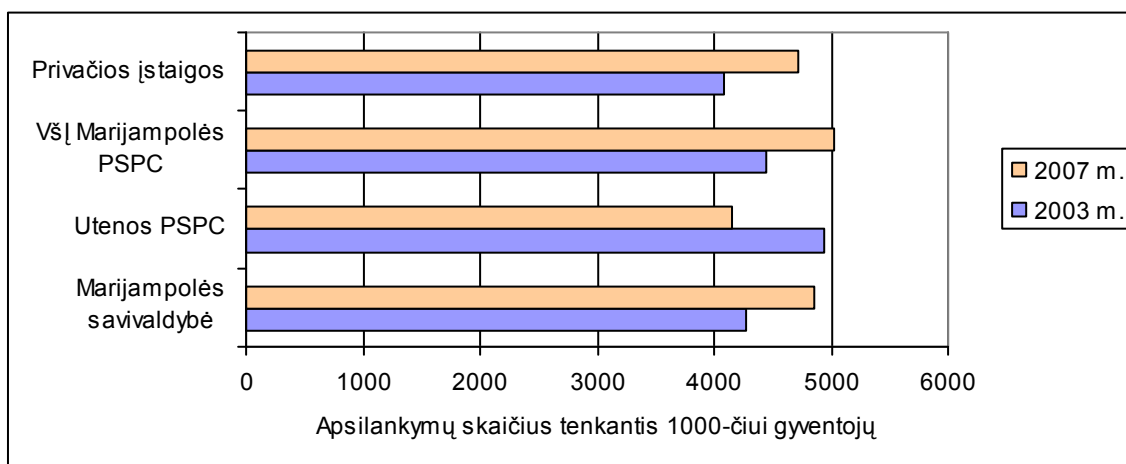
2007 metais Utenos rajono savivaldybėje užregistruota 4156,14 apsilankymų 1000-čiui gyventojų pas pirminio lygio gydytojus.

Marijampolės savivaldybėje ambulatorinės PSP paslaugas teikiančiose 2003 metais užregistruota 1000-čiui prisirašiusių pacientų 4277,86 apsilankymų pas pirminio lygio gydytojus. Didžiausia apsilankymų dalis tenka 1000-čiui prisirašiusių pacientų savivaldybės PSPC – 4448,02 apsilankymų, o privačiose gydymo įstaigose – 4077,98 tūkstančio apsilankymų.

2007 metais Marijampolės savivaldybėje 1000-čiui gyventojų teko 4854,99 apsilankymų, iš VšĮ Marijampolės PSPC 5019,13 apsilankymų, o privačiose įstaigose teko 4721,51 apsilankymų.

Kaip matyti iš 4.6.1.pav. gydymo įstaigose apsilankymų skaičius augo, kokybiškas ir

efektyvus pirminės sveikatos priežiūros grandies funkcionavimas užtikrina ankstyvą ligų diagnozavimą ir gydymą.



4.6.1. pav. Apsilankymų skaičiaus pas pirminio lygio gydytojus palyginimas tenkantis 1000-čiui gyventojų Utenos raj. ir Marijampolės savivaldybių gydymo įstaigose 2003 – 2007 metais

Apsilankymų vidurkių pas BPG Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybėse ambulatorines PSP paslaugas teikiančiose įstaigose 2003 -2007 metais palyginimas

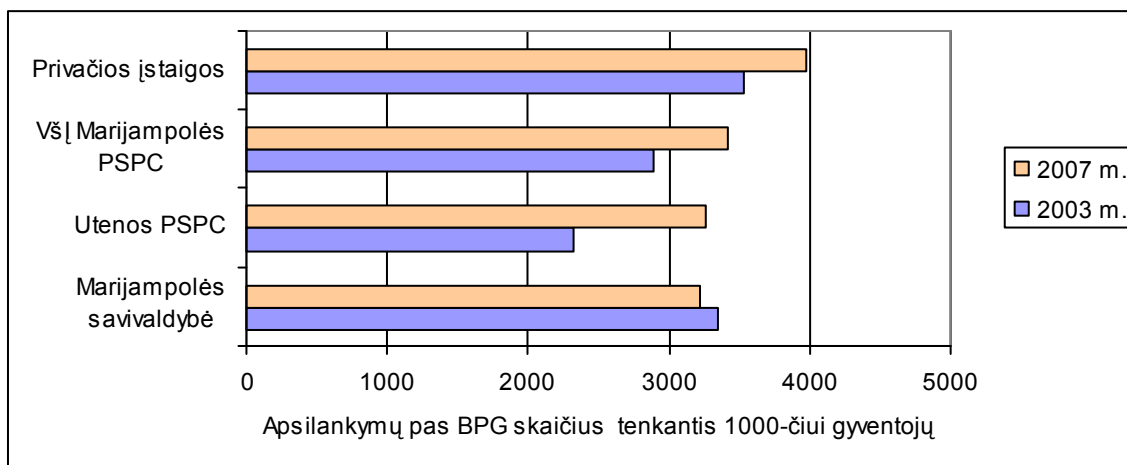
Utenos rajono savivaldybėje ambulatorines PSP paslaugas teikiančiose įstaigose 2003 metais užregistruota 2323,26 tūkstančio apsilankymų pas BPG.

Marijampolės savivaldybėje 1000-iui gyventojų apsilankymų pas BPG tenka 3354,28. VšĮ Marijampolės PSPC užregistruota 2891,18 apsilankymų, o privačiose įstaigose – 3532,89 tūkstančio apsilankymų. Didžiausia apsilankymų dalis 2003 metais tenka privačioms gydymo įstaigoms.

Utenos rajono savivaldybėje 2007 metais užregistruota 3261,89 apsilankymų pas BPG.

Marijampolės savivaldybėje užregistruota 3222,00 apsilankymų pas BPG. Iš jų VšĮ Marijampolės PSPC tenka apsilankymų 1000-čiui gyventojų 3413,25, ir privačiose įstaigose apsilankymų skaičius – 3977,67 tūkstančio pas BPG.

Skirtingų įstaigų apsilankymų pas BPG skaičius žiūrėti 4.6.2.pav., tenkantis 1000-čiui prisirašiusių pacientų pasiskirstė taip: VšĮ Utenos PSPC apsilankymų pas BPG vidurkis, tenkantis 1000-čiui prisirašiusių pas BPG gyventojų, buvo 3261,89, VšĮ Marijampolės PSPC 3413,25, o privačiose įstaigose, teikiančiose PSP paslaugas 3977,67. BPG praktika pasižymi buvimu arti paciento.



4.6.2. pav. Apsilankymų skaičiaus pas BPG palyginimas tenkantis 1000-čiui gyventojų Utenos raj. ir Marijampolės savivaldybių gydymo įstaigose 2003 – 2007 metais

Vertinant šiuos rezultatus, galima teigti, kad daugiausiai apsilankymų pas BPG tenka privačių gydymo įstaigų pacientams. Skirtumas leidžia teigti, kad privačios PSP paslaugas teikiančios įstaigos daugiau paslaugų teikia savo pacientams, siekdamos išspręsti kuo daugiau problemų pirminiame lygyje.

PSP plėtojimas – prioritetinės praktinės sveikatos priežiūros dalis, sprendžianti didžiąją dalį asmens sveikatos problemų bei vykdanči svarbias visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas. Šis lyginimas parodė, kad sveikatos priežiūros sistemos PSP grandyje vyksta permainos: daugėja privačių PSP paslaugas teikiančių įstaigų, BPG gydytojų, kurie pakeičia vidaus ligų ir vaikų ligų gydytojus.

Privačios įstaigos užima didesnę dalį tarp PSP paslaugų teikėjų. Didėja privačių įstaigų ir pacientų, pasirenkančių šias įstaigas skaičius. Privačiai dirbančių gydytojų motyvacija darbui yra didesnė. Jie suinteresuoti pritraukti kuo daugiau pacientų ir išivirtinti PSP paslaugų rinkoje. Pirminės sveikatos priežiūros decentralizacija – privačių BPG kabinetų, centrų steigimasis padeda užtikrinti geresnį šių paslaugų geografinį prieinamumą. Be to, privačios struktūros lengviau išsigilina į žmonių interesus ir prisitaiko prie jų poreikių.

Pirminės sveikatos priežiūros veikla intensyvėja, stiprėja šeimos gydytojo institucija: daugiau pacientų prisirašo prie privačia praktika užsiimančių šeimos gydytojų, auga apsilankymų skaičius, intensyvėja šeimos gydytojo darbas ir valstybinėse institucijose.

IŠVADOS

1. Nors teisės aktai valstybėje vienodai reglamentuoja PSP reformą, PSP politika Marijampolės ir Utenos savivaldybėje vystėsi nevienodai: rezultatyvesnis vystymasis stebimas Marijampolės savivaldybėje.
2. Marijampolės savivaldybėje 2002 – 2007 metais vyko ambulatorinių paslaugų decentralizacija – steigėsi naujos, privačios PSP įstaigos.
3. Utenos rajono savivaldybėje nevyksta sveikatos priežiūros paslaugų decentralizavimas per privačių BPG kabinetų kūrimąsi.
4. Privačių įstaigų atsiradimas suteikia galimybę gyventojams rinktis paslaugas arčiau namų.
5. Gyventojų, aptarnaujamų BPG, skaičiaus didėjimas, privačių PSP įstaigų plėtra Marijampolės savivaldybėje atitinka Lietuvos sveikatos programoje iškeltus uždavinius, LR Vyriausybės sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją bei Lietuvos plėtros strategiją.
6. Utenos rajono savivaldybės VšĮ Utenos PSPC BPG institucija yra vyraujanti ir auganti.
7. Marijampolės savivaldybės VšĮ Marijampolės PSPC trūksta gydytojų, teikiančių paslaugas, BPG normos ribose.
8. VšĮ Marijampolės PSPC BPG persikvalifikavimui įtakos turi gydytojų amžiaus.
9. Per didelis prisirašiusių gyventojų skaičius prie BPG.
10. Privačios PSP įstaigos daugiau paslaugų teikia savo pacientams, tokiu būdu daugiau sveikatos problemų gali būti išspręsta pirminiame lygyje.
11. Trūksta naujų specialistų, nes jaunimas pasirenka darbą didžiuosiuose miestuose, kur geresnės perspektyvos, todėl turėtų būti skiriamas dėmesys jų pritraukimui.

PASIŪLYMAI

1. SAM kartu su KMU ir VU sukurti sąlygas vidaus ligų gydytojų ir vaikų ligų gydytojų persikvalifikavimui į bendrosios praktikos gydytojus, įsteigiant vakarines ar neakivaizdines studijas.
2. VšĮ Marijampolės PSPC sudaryti palankias darbo sąlygas jauniems specialistams, aprūpinant BPG kabinetus reikiama įranga.
3. Skatinti BPG kuo daugiau sveikatos problemų išspręsti pirminiame lygyje.
4. Savivaldybės privalėtų remti privačių bendrosios praktikos gydytojų kabinetų steigimąsi, suteikiant neatlyginamą pagalbą patalpų įsigijimui.
5. Sudaryti sąlygas privatiems bendrosios praktikos gydytojų kabinetams pagal panaudą gauti nenaudojamas pirminių sveikatos centrų patalpas.
6. Nustatyti ir kontroliuoti prisirašiusių asmenų skaičių, prie BPG.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija//Valstybės žinios. 1992, Nr. 33-1014.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas//Valstybės žinios. 1998, Nr. 112-3099.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas//Valstybės žinios. 1998, Nr. 109-2995.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas//Valstybės žinios. 2002, Nr. 123-5512.
5. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 31 d. Nutarimas Nr. 1-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“//Valstybės žinios. 1991, Nr. 33-893.
6. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII – 833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“//Valstybės žinios. 1998, Nr. 64-1842.
7. Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimas Nr. IX-1187 „Dėl valstybės ilgalaikės raidos strategijos“//Valstybės žinios. 2002, Nr. 113-5029
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2002, Nr. 101-4523.
9. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. Nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2003, Nr. 28-1147.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642„ Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2004, Nr. 144-5268.
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 „Dėl sveikatos priežiūros tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių plano patvirtinimo“//Valstybė žinios. Nr. 160-5860.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“//Valstybės žinios. 2001, Nr. 96-3400.
13. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14: 1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. LR sveikatos apsaugos ministro 1999 12 16 įsakymas Nr. 553//Valstybės žinios. 1999 Nr. 109.

14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000-11-02 įsakymas Nr. 593 „Dėl bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programos 2000 – 2010 m. patvirtinimo“.
15. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos sveikatos programa. Vilnius, 1998. ISBN 9986-9215-2-X.
16. Nacionalinės sveikatos tarybos posėdžio „Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis“ rezoliucija 2000 m. lapkričio 22 d. Vilnius.
17. Černiauskas G., Dobravolskas A., Murauskienė L. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras. 2000. ISBN9986-806-09-7.
18. Borkienė K., Kalibatas J., Valiulis L. Pirminės sveikatos priežiūros reformos ir jos modeliai Europoje // Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 1997, Nr.1.
19. Gustainienė L., Sveikatos priežiūros politika ir organizacija. Kauno:Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2003. ISBN 9955-530-48-0.
20. Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje: Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione/Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Vilnius.2000. ISBN 9986-882-02-8.
21. Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo gerinimas/ Sveikatos ekonomikos centras. Vilnius.1999. ISBN 9986-231-65-1.
22. Alma – Ata 1978: primary health care // Health for alii series. WHO, Geneva. 1978. Vol. 1.
23. Colder D. „ Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros strategija” Resources management consultants, Baigiamoji ataskaita, SAM, Vilnius, 1995.
24. Pirminės sveikatos priežiūros reformos įgyvendinimo strategija // Sveikatos apsaugos ministerija. 1995.
25. Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programa 2000-2010m. // Sveikatos teisės ir ekonomikos centras. Vilnius.2000.
26. Jankauskienė D. Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990-1998 m. įvertinimas: daktaro dis. sant.: biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata.-Kaunas:KMU leidykla,2000.
27. Jankauskienė D., Pečiūra R.,Sveikatos politika ir valdymas, Mykolo Romerio universitetas, Vilnius.2007. ISBN 978-9955-19-073-8.
28. Virbalis R. Rekomendacijos dėl gydytojų skaičiaus ir pasiskirstymo pagal specialybes reguliavimo būdų, įgyvendinant pirminės sveikatos priežiūros reformą//Sveikatos apsaugos reformų biuras. Vilnius.1996.

29. Misevičienė I., Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina (Kaunas)* 2002;38:1129-35,
30. James C. Knowels, Ph.D., Charlotte Leighton, Ph.D., Wayne Stinson, Ph.D. Sveikatos apsaugos reformos rezultatų vertinimas, siekiant įvertinti sistemos efektyvumą: rodiklių vadovas. „Abt Associates Inc.“, 2002.
31. Jankauskienė D. Sveikatos reformos sprendimų poveikio gyventojų sveikatai ir paslaugų prieinamumui įvertinimas//Sveikatos mokslai,2000. Nr. 1(11) P.5-11.
32. Liublijanos chartija apie sveikatos apsaugos reformą Europoje // Pasaulio sveikatos organizacija. 1996.
33. Kulik J.,Balčiauskaitė D. Pirminės ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra ir jos perspektyva/Sveikatos drauda. 2005. Nr.1.
34. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius, 2000.
35. Sveikata visiems XXI amžiuje WHO, 1999
36. Valstybinės ligonių kasos 2005-ųjų apžvalga, Vilnius. 2006.
37. Liublijanos chartija apie sveikatos apsaugos reformą Europoje//Pasaulio Sveikatos organizacija.1996.

SANTRAUKA

Magistro baigiamojo darbo tema – Pirminės sveikatos priežiūros politikos palyginimas dviejose savivaldybėse. Vadovas doc. dr. Danguolė Jankauskienė.

Raktiniai žodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, sveikatos sistema, reforma, bendrosios praktikos gydytojai.

Pirminė sveikatos priežiūra – tai sveikatos priežiūros grandis, kurioje vyksta pirminis individų, šeimų ir bendruomenės kontaktas su nacionaline sveikatos sistema, priartinant sveikatos priežiūrą prie žmonių gyvenimo ir darbo vietų. Lietuvos sveikatos programoje numatyta iki 2005 m. decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigų valdymą, sudaryti sąlygas privačių sveikatos priežiūros įstaigų plėtrai.

Tyrimo tikslas: Palyginti Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros politiką 2002 -2007 metais.

Hipotezė- savivaldybė, turinti daugiau privačių sveikatos priežiūros įstaigų, įgyvendina spartesnę PSP reformos eigą.

Metodika: Analizuoti Valstybinės ligonių kasos informacinės sistemos SVEIDRA duomenys. Tyrimas apėmė Utenos rajono ir Marijampolės savivaldybių įstaigas, kurios pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikė 2002 – 2007 metais ir buvo sudariusios sutartis su Panevėžio ir Kauno TLK. Visos įstaigos buvo suskirstytos į dvi grupes: viešosios įstaigos, teikiančios tik pirminio lygio ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių steigėjai yra savivaldybės (VŠĮ Utenos PSPC ir VŠĮ Marijampolės PSPC) ir privačios įstaigos.

Tyrimo rezultatai ir išvados: Nors teisės aktai valstybėje vienodai reglamentuoja PSP reformą, PSP politika Marijampolės ir Utenos savivaldybėje vystėsi nevienodai: rezultatyvesnis vystymasis stebimas Marijampolės savivaldybėje. Marijampolės savivaldybėje 2002- 2007 m. laikotarpiu vyko pirminių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų decentralizacija. BPG skaičius VŠĮ Utenos PSPC 2002 – 2007 metais išaugo 3,7 karto, Marijampolės savivaldybėje – BPG skaičius išaugo 1,4 karto. Mažiausiai aptarnaujamų gyventojų teko vienam VŠĮ Marijampolės PSPC BPG. Analizuojant apsilankymus ambulatorinėse pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, išryškėjo, kad privačių įstaigų pacientams teko daugiausiai apsilankymų pas BPG.

SUMMARY

Subject of the Master's work – Comparison of the policy of primary health care in two municipalities. Advisor – Ass. Prof. Dr. Danguolė Jankauskienė.

Key words: primary health care, system of health, reform, general practitioners.

Primary health care is a chain of health care where there begins initial contact of individuals, families and community with the national system of health by approaching health care to human life and working places. It is foreseen in Lithuanian health programme to decentralize the management of health care institutions and to create conditions for development of private health care institutions until 2005.

Objective of the study: To compare the policy of primary health care in the municipalities of Utena region and Marijampolė from 2002 to 2007.

Hypothesis – municipality having more private health care institutions implements more rapid progress in PHC reform.

Methods: Data of information system SVEIDRA of the State Patients' Fund was analysed. The study covered municipal institutions of Utena region and Marijampolė that rendered primary out-patient personal health care services from 2002 to 2007 and were contracted with Territorial Patients' Funds of Panevėžys and Kaunas. All institutions were divided into two groups: public institutions that entirely render primary out-patient personal health care services, and the promoters of which are municipalities (Public Institution Utena Primary Health Care Centre and Public Institution Marijampolė Primary Health Care Centre), and private institutions.

Results of the study and conclusions: Although state legislation regulates PHC reform equally, PHC policy developed differently in the municipalities of Marijampolė and Utena: more efficient development was noticed in Marijampolė municipality. During the period from 2002 to 2007 decentralization of primary out-patient personal health care services was going on in Marijampolė municipality. The number of GPs in Utena PHCC increased by 3.7 times from 2002 to 2007, in Marijampolė municipality the number of GPs increased by 1.4 times. A GP of the Public Institution Marijampolė PHCC had to service the least number of residents. When analysing the visits at the out-patient primary personal health care institutions it was disclosed that the patients of private institutions had the largest number of visits at a GP's.

Aušra Bučienė
2008 12 16
+370 699 58632
a.buciene@gmail.com