

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA**

**OFTALMOLOGINĖS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMAS LIETUVOJE:
REALIJOS IR OPTIMIZAVIMO GAIRĖS**

Sveikatos apsaugos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 62602S112

**Vadovė
Doc. dr. A. Gaižauskienė
2011 03 17**

Recenzentas

2011

**Atliko
SPVmis 9 - 01 gr. stud.
D. Krivaitienė
2011 03 15**

VILNIUS, 2011

TURINYS

IVADAS	4
NAUDOJAMI SUTRUMPINIMAI	8
I. OFTALMOLOGIJOS ISTORIJA	9
1.1. Oftalmologijos raida užsienyje ir Rusijoje	9
1.2. Oftalmologijos raida Lietuvoje	10
II. PRIEINAMUMO SAMPRATA IR JO SPECIFIKA SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE	12
2.1. Sveikatos priežiūros prieinamumo samprata	12
2.2. Sveikatos priežiūros prieinamumo vertinimas	16
III. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO TYRIMAI	18
IV. PRIEINAMUMO PRINCIPAS LIETUVOS TEISĖS AKTUOSE	21
4.1 Prieinamumo principo svarba politiką formuojančiuose dokumentuose	21
4.2. Prieinamumo principo įgyvendinimas teisės aktuose	22
V. OFTALMOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZAVIMAS LIETUVOJE IR UŽSIENIO ŠALYSE	26
VI. OFTALMOLOGINĖS STACIONARINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO ANALIZĖ REMIANTIS ADMINISTRACINIAIS SVEIKATOS DUOMENŲ ŠALTINIAIS	27
6.1. Tyrimo medžiaga ir metodika	27
6.2 Tyrimo rezultatai	30
6.2.1 Sergamumo akies ir jos priedinių organų ligomis Lietuvoje apžvalga 2004-2009 m.	33
6.2.2 Oftalmologinės sveikatos priežiūros žmoniškųjų išteklių ir infrastruktūros apžvalga 2004-2009 m.	35

6.2.3. Regioniniai hospitalizacijos dėl akių ligų skirtumai Lietuvoje 2008m	40
6.2.3.1 Hospitalizacijos skirtumai pagal apskritis ir savivaldybes	40
6.2.3.2 Hospitalizacijos į atskiras ligonines skirtumai	44
6.2.3.3. Trumpalaikio gydymo ir dienos chirurgijos paslaugų teikimo oftalmologiniams ligoniams skirtumai pagal apskritis ir savivaldybes	44
6.2.3.4. Trumpalaikio gydymo ir dienos stacionaro paslaugų skirtumai atskirose ligoninėse	50
VII. OFTALMOLOGINĖS STACIONARINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO KOKYBINIS TYRIMAS	52
7.1 Tyrimo medžiaga ir metodika	52
7.2. Tyrimo rezultatai.	54
VIII REZULTATŲ APTARIMAS IR OFTALMOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO GERINIMO GAIRĖS	57
8.1 Tyrimų privalumai ir trūkumai	57
8.2. Oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo gairės	59
IX. IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS	62
X. LITERATŪROS SĄRAŠAS	65
SANTRAUKA	73
SUMMARY	74
PRIEDAI	75

ĮVADAS

Darbo aktualumas. Lietuvos sveikatos priežiūros politika yra formuojama vadovaujantis Pasaulinės sveikatos organizacijos programos „Sveikata visiems XX amžiuje“ ir Lietuvos sveikatos programos nuostatomis. Viena pagrindinių nuostatų yra sveikatos paslaugų prieinamumo principo įgyvendinimas¹. Šis principas užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos daugumai, o pagrindinės paslaugos – visiems šalies gyventojams. Paslaugos turi būti pakankamai arti gyventojų, o paslaugų kaina priimtina ir neturtingiems visuomenės nariams. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas neabejotinai turi reikšmės gyventojų sveikatos būklei. Be to, medicinos paslaugų prieinamumas visiems visuomenės nariams yra būtina sąlyga, numatyta Europos bendrijų komisijos komunikate Tarybai ir Europos Parlamentui².

Oftalmologija yra svarbi sudėtinė sveikatos apsaugos sistemos dalis. Pasaulinės Sveikatos organizacijos duomenimis „Apie 314 mln. žmonių pasaulyje kenčia nuo rimtų regėjimo sutrikimų. Iš jų 45 mln. yra akli, 124 mln.- silpnaregiai. Net 75 proc. aklių galima padėti. Net 153 mln. žmonių regėjimą galima koreguoti tinkamai parinkus akinius. Nesiėmus jokių priemonių, 2020 metais pasaulyje bus akli 76 mln. žmonių,³. Svarbiausias oftalmologijos uždavinys — kova prieš aklumą. Sunkios akių traumos (kiaurinės akies žaizdos, akies vidaus svetimkūniai, akies plyšimai ir sumušimai, kuriems įvykus dažnai sunkiai sužalojami ir vidiniai akies audiniai) yra pirmoji vienpusio aklumo priežastis pasaulyje ir antroji - Lietuvoje. Dažniausia grįžtamo aklumo priežastis vyresnio amžiaus žmonių tarpe yra katarakta (PSO duomenimis tai yra pagrindinė aklumo priežastis). Lietuvoje jau nebeapanka neišnešioti naujagimiai, moderniai gydoma amžinė liga - geltonosios dėmės sunykimas, fluorescentiniu angiografu užuomazgų stadijoje nustatomos klastingos ligos. Vienur šalies oftalmologai žengia netgi pirma pasaulio mokslininkų, kitur – trypčioja kaip sovietmečiu. Kovos prieš aklumą sėkmė priklauso ne tik nuo akių ligų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos, šiuolaikinio gydymo metodų ir ligonių reabilitacijos, bet ir nuo gero paslaugų prieinamumo visiems Respublikos gyventojams.

Darbo naujumas. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas priklauso nuo paciento požiūrio į savo sveikatą, ankstesnio naudojimosi paslaugomis patirties, sveikatos priežiūros išteklių apimtį ir pasiskirstymą, paslaugų finansavimo teisumo. Mokslinėje literatūroje ši

¹ Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6 1999,224 pages ISBN 92 890 1349 4 el, <http://www.sam.lt/reforma> Lietuvos sveikatos programa 1997-2010 žiūrėta 2010-11-05

²http://europa.eu.int/eur-lex/lt/com/cnc/2004/com2004_0487lt01.pdf Europos Bendrijų Komisijos Komunikatas Tarybai ir Europos Parlamentui 2007-2013 m. finansinės perspektyvos. Briuselis, 2004.

³ <http://www.lsveikata.lt/aktualijos.html> (žiūrėta 2010-03-05)

problema dažniausiai nagrinėjama vertinant įvairių socialinių grupių prieinamumą ir pasitenkinimą paslaugomis, akcentuojant pirminės sveikatos priežiūros grandį⁴. Straipsnių apie oftalmologinės pagalbos prieinamumo tyrimus užsienio šalyse yra labai mažai. Pavyko rasti straipsnį apie oftalmologinės pagalbos pokyčius Kanadoje. Sumažinus ligoninių skaičių šalyje, oftalmologinių paslaugų prieinamumas pablogėjo dėl mažesnio specialistų prieinamumo prie įrangos⁵.

Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tyrimai pradėti 1995 m. Dažniausiai buvo tyrinėjamas pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas⁶. Oftalmologinės pagalbos prieinamumo tema buvo atliktas tik vienas tyrimas 2008m. LSMU KMA Akių ligų konsultacinėje poliklinikoje⁷, kuris nagrinėjo paslaugų teikimo organizavimą įstaigoje. Tačiau koks oftalmologinės priežiūros prieinamumas įvairių savivaldybių gyventojams Lietuvoje, kokių ligoninių paslaugomis dažniausiai naudojamosi, ar vienodai prieinamos trumpalaikio gydymo paslaugos visiems šalies gyventojams, nebuvo nagrinėta. Lietuvai reformos laikotarpiu ši problema itin aktuali. Jos sprendimas padėtų įvertinti neigiamus sveikatos priežiūros veiklos aspektus, numatyti tolesnes oftalmologinės sveikatos priežiūros reformos kryptis.

Tyrimo objektas – Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

Tyrimo dalykas – Oftalmologinių stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumai, optimalių sprendimų paieška.

DARBO TIKSLAS

Išanalizuoti stacionarinės oftalmologinės priežiūros prieinamumą Lietuvoje ir nustatyti jo optimizavimo gaires.

⁴ Milašauskienė Ž., Juodytė I., Misevičienė I., Boerma W., Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina*, 2006, t. 42 (3), p.231 – 237, Žėbienė E. Kairys J. Zokas I. Pacientų nuomonė apie jiems suteiktas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. *Sveikatos mokslai*. 2003; 7: 95-101p.

⁵ Persaud D.D, Cockerill R, Pink G, Trope G., Patient Access to Ophthalmology Services in Ontario, Canada, Abstr. Acad Health Serv Res Health Policy Meeting. 2000; 17

⁶ Milašauskienė Ž., Juodytė I., Misevičienė I., Boerma W., Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina*, 2006, t. 42 (3), p.231 – 237, Jankauskienė D., Žemgulienė J. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas // *Medicina*. 1998. Nr.34. P. 301 – 338, Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina*. 2002;38;1129-35, Žėbienė E. Kairys J. Zokas I. Pacientų nuomonė apie jiems suteiktas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. *Sveikatos mokslai*. 2003; 7: 95-101p

⁷ Ilona Kulpienė. Oftalmologinės pagalbos prieinamumas konsultacinėje poliklinikoje Magistro diplominis darbas, KMU, 2008

DARBO UŽDAVINIAI

1. Išsiaiškinti prieinamumo principo sveikatos priežiūroje sampratą ir jos vertinimo galimybes.
2. Apžvelgti teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros organizavimą ir prieinamumo principo įgyvendinimą Lietuvoje.
3. Apžvelgti oftalmologinės sveikatos ir išteklių būklę Lietuvoje 2004-2009m.
4. Išanalizuoti regioninius stacionarinės oftalmologinės stacionarinės sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumus Lietuvoje 2008m.
5. Įvertinti žinomų Lietuvos gydytojų oftalmologų nuomonę apie dabartinę oftalmologinės sveikatos priežiūrą Lietuvoje, atliekant kokybinį ekspertų tyrimą.
6. Pateikti pasiūlymus dėl oftalmologinės sveikatos priežiūros optimizavimo Lietuvoje.

Pirminė hipotezė:

Oftalmologinės stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos nėra vienodai prieinamos visiems Lietuvos gyventojams ir yra pažeidžiamas prieinamumo principas.

Tyrimui atlikti naudoti šie duomenų šaltiniai ir tyrimo metodai:

1. Mokslinės literatūros lyginamoji analizė pasirinkto tyrimo objekto požiūriu;
2. Teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros organizavimą, turinio apžvalga;
3. Sergamumo akių ligomis ir oftalmologinių išteklių analizė, panaudojant stebėsenos metodą ir naudojant SAM Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenis;
4. Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenų - hospitalizacijos akių ligomis ir trumpalaikio bei dienos stacionarų paslaugų 2008m. Lietuvoje regioninių skirtumų analizė, naudojant matematinės statistikos metodus;
5. Kokybinis tyrimas – ekspertų interviu. Tiriami patyrusių gydytojų oftalmologų, mokslų daktarų, dirbusių ar dirbančių administracinį darbą ir sutikusių dalyvauti tyrime ekspertais, nuomonė.

DARBO PRAKTIŅĖ REIKŠMĖ

Remiantis kokybinio tyrimo (ekspertų atsakymais) ir kiekybinio tyrimo, paremto administraciniais duomenų šaltiniais, duomenimis, pirmą kartą Lietuvoje buvo nustatyti sergančiųjų akių ligomis regioniniai hospitalizacijos skirtumai ir formuluoti pasiūlymai kaip optimizuoti oftalmologinę sveikatos priežiūrą Lietuvoje.

NAUDOJAMI SUTRUMPINIMAI

ASP – Asmens sveikatos priežiūra;

ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaigos;

IT – Informacinės technologijos;

LSP – Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos;

2 d. nutarimu Nr. VIII-833;

LR – Lietuvos Respublika;

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema;

HISIC – Higienos instituto sveikatos informacijos centras;

LSMU KMA – Lietuvos Sveikatos mokslų universitetas Kauno Medicinos Akademija;

KUL – Klaipėdos universiteto ligoninė;

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas;

PSP – Pirminė sveikatos priežiūra;

RR – reliatyvi hospitalizacijos rizika;

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija;

SVEIDRA – Valstybinės ligonių kasos sveikatos rodiklių informacinė sistema;

TLK – Teritorinė ligonių kasa;

VLK – Valstybinė ligonių kasa;

VSP – Visuomenės sveikatos priežiūra;

VŠĮ – Viešoji įstaiga;

VUVL – Vilniaus universiteto vaikų ligoninė;

VULSK – Vilniaus Universiteto ligoninė Santariškių klinikos.

I. OFTALMOLOGIJOS ISTORIJA

1.1 Oftalmologijos raida užsienyje ir Rusijoje

Literatūroje aprašoma, kad oftalmologijos pradai sutinkami akmens amžiaus periode. Pirmosios priemonės, naudojamos akių ligų gydymui, buvo nuskausminančios medžiagos (pavyzdžiui, Brazilijoje kai kurių vijoklinių augalų sultys). Pirmykštės bendruomeninės santvarkos pabaigoje atsirado liaudies medicina. Tuomet akių gydymui jau buvo naudojamos neorganinės ir organinės medžiagos (dažniausiai augalų sultys, trintos daržovės ir vaisiai)⁸. Pirmuoju okulistu laikomas faraono gydytojas Pepi Ank Iri, kuris gyveno apie 1600 m. pr. m. e. medicinos papirusuose aprašytas ašarojimas, ragenos drumstys, žvairumas. Senovės Indijos sanskritų tekstuose išdėstytas gydytojų Sušrutos ir Charaki mokymas apie akių ligas (400—250 m. pr. m. e.), nagrinėjama akies anatomija. Pasak jų, šviesos jutimo organas — lęšiukas. Senovės Kinijoje aprašomos 108 akių patologijos rūšys, akupunktūra ir prideginimai, nepraradę reikšmės iki šių dienų⁹. Hipokratas (460—372 m. pr. m. e.) yra žinomiausias senovės graikų gydytojas. Graikijoje atsirado ir pirmosios regėjimo teorijos. Platonas (427—347 m. pr. m. e.) ir Aristotelis (384—322 m. pr. m. e.) tyrinėjo regos organo anatomiją ir fiziologiją. Romos imperijoje Kornelijus Celsas (25—50 m. pr. m. e.) aprašė akių ligas ir operacijas. Jis pirmas Europoje aprašė kataraktos reklinaciją. Didelę reikšmę oftalmologijos raidai turėjo Johanas Kepleris (1571—1630). Jis išdėstė naują regėjimo teoriją, kuri iš dalies pripažįstama ir dabar. Kepleris nurodė, kad šviesai jautrus elementas akyje yra tinklainė. Geriausio regėjimo vieta — tinklainės centras. Labai svarbų atradimą padarė Žakas Davielis (1696—1762), kuris 1745 m. balandžio 8 d. atliko pirmąją kataraktos ekstrakciją. Prasidėjo nauja akių ligų chirurginio gydymo era¹⁰.

Oftalmologijos vystymasis Rusijoje turėjo didelę reikšmę oftalmologijos vystymuisi Lietuvoje, ypatingai tuo laikotarpiu kai Lietuva buvo Tarybų Sąjungos sudėtyje, todėl trumpai apžvelgsiu kai kuriuos istorinius oftalmologijos vystymosi Rusijoje faktus. Kaip rašo profesorė Emilija Daktaravičienė vadovėlyje „Akių ligos“: „Iki XVIII a. Rusijoje praktiškai nebuvo savų gydytojų. Todėl 1783 m. Peterburge buvo įsteigta Medicinos chirurgijos mokykla. Šioje mokykloje pirmą kartą Europoje akių ligos buvo išskirtos į atskirą discipliną (skaitė J. Morenheimas, vėliau K. Brandau, I. Bušas). XIX a. antroje pusėje oftalmologija ėmė labai sparčiai vystytis. Tam turėjo įtakos svarbūs fizikos, chemijos, technikos atradimai. Hermanas Helmholtcas (1821—1894) 1851 m. išspausdino nedidelį kūrinį (43 psl.), kuriame aprašė specialų

⁸<http://www.akiuklinika.lt/lt/pages/oftalmolog> (žiūrėta 2010-03-01)

⁹<http://www.akiuklinika.lt/lt/pages/oftalmolog> (žiūrėta 2010-03-01)

¹⁰<http://www.akiuklinika.lt/lt/pages/oftalmolog> (žiūrėta 2010-03-01)

veidrodį (oftalmoskopą), su kuriuo galima matyti akies dugną. Tai buvo perversmas oftalmologijoje. Prancūzas Kiunje 1873 m. pasiūlė skiaskopiją. A. Grefe (1828—1870) — garsiausias tų laikų oftalmologas — aprašė akies išorinių raumenų fiziologiją ir paralyžių, akipločio patologiją, tinklainės centrinės arterijos emboliją, iridektomiją esant glaukomai, linijinę kataraktos ekstrakciją ir pasiūlė specialų peilį kataraktos operacijai. Žinių apie oftalmologijos dėstymą Rusijoje randama nuo XIX a. Pirmasis autoritetingas oftalmologijos dėstytojas Medicinos chirurgijos akademijoje buvo I. Bušas (1771—1843). Šioje įstaigoje 1818 m. buvo įsteigta pirmoji savarankiška oftalmologijos katedra. XIX a. antroje pusėje ir XX a. pradžioje Rusijoje vyko oftalmologijos reforma. Visuose senuose universitetuose akių ligos buvo išskirtos į atskirą discipliną. Vienas garsiausių to meto oftalmologų buvo Maskvos universiteto profesorius A. Maklakovas (1837—1895). Jis išrado tonometrą akispūdžiui matuoti¹¹, kuris kai kuriuose gydymo įstaigose Lietuvoje dar naudojamas iki šiol. XX a. sparčiai formavosi oftalmologijos mokslas. A. Gulštrandas (1862—1930) išrado plyšinę lempą ir pasiūlė naują tyrimo metodiką — biomikroskopiją. Buvo atrasti antibiotikai, hormonai, fermentiniai preparatai, pritaikytas ultragarsas, elektrofiziologiniai tyrimai, keratoplastika, akies mikrochirurgija¹².

Lietuvai esant Tarybų Sąjungos sudėtyje nuo 1940 iki 1990 m., lietuviams neturint galimybių specializuotis, pasisemti patirties vakaruose, buvo vienintelė galimybė specializuotis Maskvoje, tuometiniame Leningrade, Kijeve, Odesoje. Todėl oftalmologijos pasiekimai Rusijoje ir rusų gydytojų patirtis buvo tokia svarbi ir Lietuvos oftalmologijos raidai.

1.2. Oftalmologijos raida Lietuvoje

Oftalmologijos raidą Lietuvoje aprašo profesorė Emilija Daktaravičienė knygoje „Akių ligos“: „XVIII a. viduryje Lietuvos Didžiojoje Kunigaikštystėje dar nebuvo jokios mokyklos, ruošiančios gydytojus. Medicinos fakultetas Vilniaus Vyriausiojoje mokykloje buvo įsteigtas 1781 m. Žinių apie oftalmologijos dėstymą yra nuo 1781 m. Jokūbas Briotė yra pirmasis akių ligų dėstytojas Lietuvoje (dėstė iki 1808 m.). Optiką Medicinos fakultete dėstė astronomas Jonas Sniadeckis. Pirmąjį oftalmologijos vadovėlį lenkų kalba parašė Jokūbas Šimkevičius 1806 m. Pirmąją disertaciją „Naujagimių blefarooftalmija“ (apie naujagimių blenorėją) iš oftalmologijos 1812 m. apgynė J. Langas. Pirmąjį mokslinį pranešimą Vilniaus medicinos draugijoje oftalmologine tema „Stebėjimas oftalmijos, vyravusios rusų kariuomenėje Prancūzijoje 1817—1818 metais“ perskaitė I. Voiničius 1819 m. 1832 m. Vilniaus universitetas buvo uždarytas.

¹¹<http://www.akiuklinika.lt/lt/pages/oftalmolog> (žiūrėta 2010-03-01)

¹²E. Daktaravičienė, G. Juodkaitė, K. Sukarevičius Akių ligos, Kaunas, 1992 psl.5-10

Vilniaus medicinos chirurgijos akademijoje (1832—1842) akių ligas dėstė K. Porcijanka (1793—1841) ir J. Koženevskis (1806—1870). Veikė akių ligų klinika. K. Porcijanka daug operuodavo.1. Oftalmologijos katedra Vilniaus unoversitete buvo įkurta 1922 metais. Jai vadovavo Juljanas Šimanskis. 1939 m., prasidėjus antrajam pasauliniam karui, akių ligų klinikos darbas buvo nutrauktas. Katedra pradėjo veikti 1940 m¹³.

Vienas iškiliausių Lietuvos oftalmologų yra Petras Avižonis (1875—1939). Jo veikla plačiai žinoma Lietuvoje ir užsienyje. P. Avižonis 1900 m. baigė Tartu universiteto Medicinos fakultetą. Baigęs universitetą dirbo gydytoju Ariogaloje, Žagarėje, Šiauliuose. Kaip gydytojas dalyvavo rusų - japonų ir pirmajame pasauliniame kare. P. Avižonis dar jaunystėje pradėjo gilintis oftalmologijoje ir šioje srityje vis daugiau reikėsi jo, kaip mokslininko, gabumai. 1914 m. P. Avižonis apgynė medicinos mokslų daktaro disertaciją apie Gruzdžių ir Lygumų valsčių gyventojų akių ligas ir aklumą. Pažymėtina, kad P. Avižonis tyrė ir gyvenimo sąlygas. Jis dalyvavo „skrajojančiuose būriuose“, kurių svarbiausias tikslas buvo kova su trachoma. Nuo 1920 m. P. Avižonis dirbo Kaune. 1922 metais Kaune įkuriamas Lietuvos Universitetas. P. Avižonis skiriamas profesoriumi ir Medicinos fakulteto dekanu. 1925—1926 metais buvo Universiteto rektorius. Nuo 1922 iki 1939 m. P. Avižonis vadovavo Akių ligų katedrai. Jis yra paskelbęs 134 mokslinius darbus lietuvių, rusų, latvių, vokiečių ir prancūzų žurnaluose. Paskutiniaisiais gyvenimo metais P. Avižonis parašė „Akių ligų vadovą“, kuris buvo išleistas 1940 m. (po P. Avižonio mirties). Tai yra svarbiausias ir reikšmingiausias jo veikalas lietuvių kalba¹⁴.

1939—1941 m. Akių ligų katedrai Kaune vadovavo V. Avižonis, 1944—1958 m. J. Nemeikša (1880—1958), o nuo 1958 iki 1989 m. respublikos nusipelnusi mokslo veikėja profesorė E. Daktaravičienė, kuri pirmoji Tarybų Sąjungoje ištyrė akies mikrocirkuliaciją. 1976 m. Kaune duris atvėrė Akių ligų klinikos korpusas. Nuo 1989 m. Akių ligų klinikai Kaune vadovauja prof. V. Jašinskas. Vilniaus universitete 1944—1974 m. akių ligų kursui vadovavo M. Horodničienė (1904—1975), Tai buvo puiki specialistė, pedagogė ir organizatorė. Ji yra paskelbusi keliasdešimt mokslinių darbų, dauguma jų skirti žemdirbių akių traumoms. 1974—1990 m. akių ligų kursui vadovavo K. Sukarevičius, o nuo 1990 m. — doc. G. Juodkaitė.

Apibendrinant galima teigti, kad oftalmologijos užuomazgų, kaip atskiros medicinos srities, atsiranda jau akmens amžiuje, o kaip atskira disciplina susiformuoja XIX a. antroje pusėje, ir nuo tada šios medicinos šakos vystymasis įgauna didelį greitį. Pradeda sparčiai mažėti aklų žmonių, išnaikinamos tokios aklumą sukeliančios ligos, kaip trachoma, katarakta, atsiranda modernios priemonės regos korekcijai. Politikai priima vis labiau palankesnius sergantiems akių

¹³E. Daktaravičienė, G. Juodkaitė, K. Sukarevičius Akių ligos, Kaunas, 1992, psl.5-10

¹⁴E. Daktaravičienė, G. Juodkaitė, K. Sukarevičius Akių ligos, Kaunas, 1992, psl.5-10

ligomis sprendimus (kompensuojamos išlaidos būtiniems medikamentams, intraokuliniams sulankstomiems lęšiukams, regos korekcijos priemonėms).

II. PRIEINAMUMO SAMPRATA IR JO SPECIFIKA SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

2.1. Sveikatos priežiūros prieinamumo samprata

Vienas iš sveikatos priežiūros organizavimo principų – sveikatos priežiūros prieinamumas, atspindintis sveikatos priežiūros sistemos teikiamų paslaugų kokybę ir užtikrinamas tuomet, kai sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos daugumai, o pagrindinės – visiems gyventojams. Pacientų sveikatos priežiūros kokybė priklauso nuo to ar ji suteikiama pacientui, o kai suteikiama – ar pakankamai gerai¹⁵.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme numatyta, kad gyventojų sveikatos potencialą ir palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas ir prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra¹⁶. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas. Sveikatos priežiūros prieinamumas - valstybės nustatytos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei, taip pat tai yra gyventojų galimybė ligos ar kito patologinio proceso atveju pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis medicinos pagalbos paslaugomis, kurios turi būti santykinai nebrangios¹⁷. Kaip teigia A. Donabedian, paslaugos turi būti teikiamos tinkamoje vietoje, tinkamu laiku, visiems pacientams – vienodomis sąlygomis, o informacija apie paslaugas, jų kokybę turi būti prieinama visiems¹⁸.

Sveikatos priežiūros prieinamumas yra žinomas ir kaip vienas iš rodiklių pasiekti „sveikatą visiems“, kuris buvo vienas pagrindinių PSP principų, įvardytų Alma - Atos deklaracijoje¹⁹.

Sveikatos priežiūros prieinamumas yra susietas su sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, sveikatos priežiūros paslaugų naudojimo ir poreikių sąveika. Aday L. su bendraautoriais apibrėžia prieinamumą kaip konkretaus individo arba populiacijos potencialų arba faktinį įėjimą

¹⁵Roland M, Holden J, Campbell St. Quality Assessment for General Practice: Supporting Clinical Governance in Primary Care Groups. Univ. Manchester: Manchester; 1998.

¹⁶Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. I – 552.

¹⁷„Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“. LR SAM įsakymas, Vilnius, 1997m. liepos 4 d. Nr. 372.

¹⁸ Donabedian A. What is quality in health care? Proceedings. Ninth International Conference of the ISQA – 1992

¹⁹Guagliardo MK. Spatial accessibility of primary care; concepts, methods and challenges. Prieiga per internetą: <http://www.pubmedcentral.gov/picrender.fcgi?artid=394340&blodtype=pdf> žiūrėta 2010-09-15

į sveikatos priežiūros paslaugų sistemą²⁰. Plieskis M. teigia, kad terminas „prieinamumas“ dažniausiai naudojamas dviem prasmėmis:

- „prieinamumo turėjimas reiškia teorinę arba potencialią galimybę pasinaudoti paslaugomis, jei to prireiks. Tai reiškia, kad paslaugos, kurių gali prireikti, egzistuoja, o taip pat egzistuoja ir sistema, kuri leidžia pasinaudoti esamomis paslaugomis;

- gautas prieinamumas yra aliuzija į realų naudojimosi paslaugomis procesą. Jei prieinamumas yra gautas, paslaugomis yra realiai naudojamosi²¹.

Prieinamumas yra vienas iš sveikatos priežiūros kokybės rodiklių²².

Prieinamumo samprata pateikiama Lietuvos Respublikos (LR) sveikatos draudimo įstatyme: „prieinamumas yra valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį, organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei²³.

Organizacinis prieinamumas įvertinamas atsakant į klausimus, ar užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra teritorijoje, ar visų baziniame paslaugų krepšelyje nustatytų rūšių paslaugos prieinamos, ar pakanka specialistų, resursų, ar naudojamos tinkamos technologijos (vadybos ir medicinos technikos), ar tinkamas įstaigos darbo laikas, ar yra ir kokios pacientų eilės. Vertinant komunikacinį prieinamumą būtina gilintis į atstumą iki sveikatos priežiūros įstaigos, ar yra tinkamas ir prieinamas viešas transportas, ar gyventojams prieinamos susisiekimo ir kitos priemonės (telefonas, internetas). Ekonominis prieinamumas siekia atsakyti į klausimus, kiek gyventojams tenka mokėti ir primokėti už sveikatos priežiūros paslaugas ar galioja ir kaip vykdomas solidarumo principas²⁴.

Prieinamumas taip pat gali būti apibūdinamas kaip santykis tarp pasiūlos ir paklausos, įvertinant pagal tam tikrus parametrus²⁵.

Kad kiekvienas pilietis galėtų tinkamai pasirūpinti savo sveikata priklauso pirmiausia nuo sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo, kurio vienas iš pagrindinių principų yra sveikatos paslaugų prieinamumas. Šis principas užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos daugumai, o pagrindinės paslaugos – visiems šalies gyventojams. Apie tai

²⁰Aday LA, Anderson RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Med Care* 1981;19:4–27.

²¹Plieskis M. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste. Daktaro disertacija. Kaunas, 2005

²²Pechansky R., Thomas W. The concept of access. *Med Care*, 1981

²³Lietuvos Respublikos (LR) sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios 1996, Nr. 55 – 1287

²⁴Jankauskienė D. Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai; sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė. *Visuomenės sveikata*, 2000; 1[11] p.81 – 91.

²⁵Žebienė E, Kairys J, Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. *Medicina*. 2004; 13 (4): 43 – 48., Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas. 1997 m. liepos 4 d. Nr. 372. Valstybės žinios 1997; Nr. 73

deklaruojama ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakyme „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“, kur parašyta, jog sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra gyventojų galimybė ligos ar kito patologinio proceso atveju pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis medicinos pagalbos paslaugomis, kurios turi būti reikiamo efektyvumo ir santykinai nebrangios²⁶.

Taip pat paslaugos turi būti pakankamai arti gyventojų, o paslaugų kaina priimtina ir mažiausias pajamas gaunantiems visuomenės nariams. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas neabejotinai turi reikšmės gyventojų sveikatos būklei. Be to, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas visiems visuomenės nariams yra būtina sąlyga, numatyta Europos bendrijų komisijos komunikate Tarybai ir Europos parlamentui²⁷.

Iš pateiktų prieinamumo apibrėžimų matyti, kad sveikatos priežiūros prieinamumas yra susietas su individo poreikių, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo proceso ir sveikatos priežiūros paslaugų naudojimo tvarkos sąveika.

R. Pechansky pateikia kelias pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo savybes, kurios nurodo paslaugų vartotojo ir paslaugų teikėjo sąveikos ypatumus:

- Priimtinumą (sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų ir šių paslaugų teikėjų požiūrių sutapimą);
- Įperkumą (paslaugos gavimo kaštus, apimančius tiek užmokėstą už tiesiogines paslaugas, tiek ir netiesiogines išlaidas, susijusias su išlaidomis kelionei, medikamentams);
- Naudingumą (paslaugų pasiūlos ir paklausos pusiausvyrą);
- Fizinį prieinumą (paslaugų teikimo vieta pacientų gyvenamosios vietos atžvilgiu bei jo galimybėmis atvykti);
- Prisiderinumą (kiek paslaugų teikimo procesas yra suderintas su vartotojų poreikiais – darbo laikas, registravimosi galimybės, galimybės pasirinkti norimą specialistą, eilės)²⁸.

Pasaulinė sveikatos organizacija 2000 metų rekomendacijose nurodė, kad yra svarbu tyrinėti sveikatos priežiūros paslaugų prieinumą²⁹.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. sausio 24 d. nutarimu Nr. 140 patvirtintame Sveikatos apsaugos ministerijos 2007 – 2009 metų strateginiame veiklos plane, sveikatos

²⁶„Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas. 1997 m. liepos 4 d. Nr. 372. Valstybės žinios 1997; Nr. 73

²⁷Komisijos Komitetas Europos Parlamentui ir Tarybai. Europos bendrijų komisija. http://europa.eu.int/eur-lex/lt/com/cnc/2004/com2004_0487lt 01.pdf žiūrėta 2010-11-04

²⁸ Pechansky R., Thomas W. The concept of access. Med Care, 1981

²⁹ <http://www.who.int/whr/2000/en/>

apsaugos ministras Rimvydas Turčinskas pabrėžė, jog svarbu, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų tolygiai prieinamos visiems Lietuvos gyventojams³⁰.

Prieinamumas yra svarbus faktorius, nulemiantis pasitenkinimą paslaugomis, paslaugų kokybę, todėl yra atlikta ne viena jį tyrinėjanti studija tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje. Dažniausiai Lietuvoje buvo tiriama ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė³¹, pirminės sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų prieinamumas ir priimtinumai pacientų požiūriu³², pirminės sveikatos priežiūros centrų teikiamų paslaugų prieinamumas pacientų požiūriu³³. Užsienyje taip pat tiriama pacientų pasitenkinimas paslaugomis³⁴.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti sveikatos apsaugos ministro Algio Čapliko iniciatyva 2009 m. birželio 16 d. įsteigtas visuomeninis Sveikatos sistemos reformos biuras. Sveikatos sistemos reformos biurą sudaro visuomeniniai sveikatos apsaugos ministro konsultantai. Sveikatos sistemos reformos biuras sudarytas siekiant racionalesnės sveikatos apsaugos sistemos, efektyvesnio lėšų naudojimo, didesnio paslaugų prieinamumo žmonėms³⁵. Kaip teigiama sveikatos apsaugos sistemos matmenyse, pertvarkos esmę sudaro stacionariųjų paslaugų apimčių mažinimas, o atsilaisvinusių lėšų nukreipimas į pirminę sveikatos priežiūrą, ambulatorinę pagalbą, dienos stacionaro bei slaugos paslaugas, sveikatos priežiūros specialistus nukreipiant į ambulatorinę ir dienos chirurgijos grandį³⁶.

³⁰Sveikatos apsaugos ministerijos 2007 – 2009 metų strateginis veiklos planas: Patvirtintas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 24 d. nutarimu Nr. 140.

³¹Chrulevič E. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2006

³²Petralienė N. Rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų prieinamumas ir priimtinumai pacientų požiūriu. Magistro diplominis darbas, Kaunas, 2007

³³Vansevičienė E. Pirminės sveikatos priežiūros centrų teikiamų paslaugų prieinamumas pacientų požiūriu. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2007

³⁴Campbell J.L., Ramsay J., Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients assessments of primary health care. *Quality in Health Care*. 2001; Volume 10: pp.90-95

Chanters C., Ashmore S., Mandair S. Improving the patient experience in general practice with the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). *Quality in Primary Care*. 2005; volume 13: pp.225–32

³⁴Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Med* 1990; 30: pp.136-45; Margolis S.A., Al-Marzouqi S., Revel T., Reed R.L. Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. *International Journal for quality in Health Care*. 2003; volume 15, Number 3: pp.241-249;

³⁵http://www.sam.lt/go.php/lit/Sveikatos_sistemos_reformos_biuras/1120/1 žiūrėta 2010-07-18 d.

³⁶Roland M, Holden J, Campbell St. *Quality Assessment for General Practice: Supporting Clinical Governance in Primary Care Groups*. Univ. Manchester: Manchester; 1998.

2.2. Sveikatos priežiūros prieinamumo vertinimas

Paslaugų prieinamumo ir paslaugų vartojimo negalima išmatuoti tiesiogiai, prieinamumo vertinimui yra būtini tam tikri kriterijai.

Prieinamumas gali būti vertinamas keliais aspektais:³⁷

Kaip jau buvo minėta, organizacine prasme prieinamumas įvertinamas atsakant į klausimus, ar užtikrinama SPĮ infrastruktūra teritorijoje, ar visų baziniame paslaugų krepšelyje nustatytų rūšių paslaugos prieinamos, ar pakanka žmogiškųjų išteklių ir kitų resursų, ar naudojamos tinkamos technologijos (vadybinės ir medicinos technikos), ar tinkamas įstaigos darbo laikas, ar yra ir kokios pacientų eilės.

Komunikacine prasme prieinamumo įvertinimui tampa svarbūs atstumas iki SPĮ, tinkamas ir prieinamas viešasis transportas bei prieinamos kitos susisiekimo priemonės (telefonas, internetas ir kt.).

Ekonomine prasme prieinamumas siekia atsakyti į klausimus, kiek gyventojams tenka mokėti ir primokėti už SP paslaugas ir ar galioja bei kaip vykdomas solidarumo principas.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese vartotojas susiduria ir su tam tikromis kliūtimis, pavyzdžiui, nepakanka informacijos apie paslaugas, paslaugos gavimo tvarką, būtinų dokumentų turėjimu (siuntimo gavimu, reikalingų konsultacijai išrašų iš pirminės sveikatos priežiūros grandies turėjimu ir pan.) tvarką. Pacientas gali neturėti informacijos, arba nežinoti, kur ją rasti, apie jam naudingų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kituose miestuose, universitetinių ligoninių konsultacinėse poliklinikose. Jeigu jį gydantis gydytojas tokios informacijos nesuteikia, nepasiūlo vykti į konsultaciją aukštesnio lygio sveikatos priežiūros įstaigose, pacientas savo iniciatyva kreipdamasis į tokias įstaigas gali neturėti būtinų dokumentų, ir tokiu atveju jam teks dar kartą grįžti į savo pirminės sveikatos priežiūros įstaigą, ir visa tai susiję su papildomomis laiko ir finansinėmis sąnaudomis. Vertinant sveikatos paslaugų prieinamumą finansiniu aspektu, galima teigti, kad didžiąją dalimi jį nulemia valstybės mastu įteisinti sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo normatyvai. Galimi tokie apmokėjimo būdai:

- Apmokėjimas už prisirašiusį gyventoją;
- Apmokėjimas už paslaugas;
- Apmokėjimas už pasiektus rezultatus.

³⁷Kairys J, Žebienė E, Ruikys B. A, Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. Medicina. 2004; 40 (2): 178 – 91.

Lietuvoje nuo 1996 metų susikūrus sveikatos draudimo sistemai, taikomas apmokėjimo būdas už sveikatos priežiūros paslaugas yra už prisirašiusių gyventojų skaičių³⁸. 2000 metais buvo bandyta įgyvendinti mišrų mokėjimo būdą (mokėjimas už prisirašiusius gyventojus, mokėjimas už paslaugas, bei mokėjimas už gerus darbo rezultatus)³⁹. Šis būdas nepasitvirtino dėl nepakankamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto galimybių ir buvo sustabdytas. 2003 metais vėl buvo grįžta prie bandymų taikyti mišrų apmokėjimo būdą, kai pirminės sveikatos priežiūros gydytojui už anksti diagnozuotą ligą ir gerus gydymo rezultatus, skirtinos premijos⁴⁰.

Paslaugų prieinamumas matuojamas sveikatos draudimo mastais, gyventojų galimybe patekti pas gydytoją, pasinaudoti sistemos teikiamomis paslaugomis, laukimo laiku gauti atitinkamą paslaugą⁴¹. Kaip prieinamumo rodiklis naudojami ir duomenys apie paslaugų vartojimą⁴². Paslaugų vartojimas gali matuojamas atliekant tyrimus, apklausiant asmenis ar jie naudojami ambulatorinėmis, stacionaro, ar dienos stacionaro paslaugomis per praėjusius 6 mėnesius ar metus, taip pat išsiaiškinant vizitų pas gydytoją skaičių, skaičiuojant išlaidų sumas, skaičiuojant kiek atliekama tam tikrų operacijų (kataraktos, koronarinio šuntavimo, koronarinio stentavimo ir kai kurių kitų) per metus⁴³. Šie rodikliai gali suteikti informacijos apie organizacines ir finansines kliūtis gauti sveikatos priežiūros paslaugas. Taip pat naudojami ir rodikliai, atspindintys populiacijos aprūpinimą sveikatos priežiūros ištekliais, tenkančiais tam tikram gyventojų (1000, 10000) skaičiui. (pvz. gydytojų skaičius, stacionarinių lovų skaičius 1000 gyventojų, kompiuterinių tomografų, branduolinio magnetinio rezonanso tyrimo aparatų skaičius)⁴⁴.

JAV Medicinos institutas prieinamumą apibūdina kaip savalaikį asmens sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą siekiant pasiekti maksimaliai gerų priežiūros rezultatų⁴⁵. Rogers A. ir bendraautoriai optimalų prieinamumą nurodo kaip „reikiamų paslaugų teikimą reikiamu

³⁸LR sveikatos apsaugos ministro 1998 06 18 įsakymas Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ dalinio pakeitimo. Valstybės žinios, 1998, Nr. 57 – 1611

³⁹LR sveikatos apsaugos ministro 2000 06 14 įsakymas Nr. 327 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2000, Nr. 50 – 1447

⁴⁰LR sveikatos apsaugos ministro 2003 12 24 įsakymas Nr. V – 759 „Dėl papildomo mokėjimo už 2003 metais suteiktas pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas tvarkos“. Valstybės žinios, 2003, Nr. 123 – 5636

⁴¹Sox CM, Swartz H, Burstin R, Brennan TA. Insurance or regular physician: which is the most powerful predictor of health care? *Am J Public Health* 1998;3:p.364-370

⁴²Chavkin W, St Clair D. Beyond prenatal care: a comprehensive vision of reproductive health. *J Am Med Wom Assoc* 1990;45:55-7.

⁴³Measuring inequalities in access to health care“ European commission Employment and social affairs DG Lot 4: Methodological paper N 2

⁴⁴Pechansky R., Thomas W. The concept of access. *Med Care*, 1981

⁴⁵Millman ML. Access to Health Care in America. Washington, DC: Institute of Medicine; National Academy Press; 1993.

laiku ir reikiamoje vietoje⁴⁶. Šie apibūdinimai atskleidžia dar du prieinamumo aspektus – tai yra maksimaliai geri priežiūros rezultatai ir reikiamos paslaugos.

Taigi, vertinant prieinamumą, reikėtų vertinti ir paslaugų ir rezultatų priimtinumą tiek vartotojo, tiek paslaugų teikėjo požiūriu. Tokiu būdu, prieinamumas gali būti vertinamas naudojant objektyvius, pavyzdžiui, mirtingumo ir mirštamumo arba, aklųjų skaičius 10000 gyventojų, vertinimo rodiklius.

Europos Komisijos metodologiniuose nurodymuose pateikiama lentelė kokie rodikliai naudojami vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Europos Sąjungos šalyse⁴⁷. Šiuose nurodymuose pateikiami Lietuvoje naudojami rodikliai: stacionarinės, specialistų, bendros praktikos gydytojų, būtiniosios pagalbos, profilaktikos paslaugos – vakcinacijos, kraujospūdžio matavimai, gliukozės ir cholesterolio kiekio kraujo serume matavimai, krūties ir gimdos kaklelio vėžio privalomi tikrinimai ir t.t.

Apibendrinant, galima teigti, kad prieinamumo sąvoka multidimensinis dydis, kuris gali būti vertinamas įvairiais aspektais: sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo požiūriu, sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo, gyventojų galimybe patekti pas gydytoją ir pasinaudoti paslaugomis, sveikatos draudimo apimtimis, sergamumo ar mirtingumo rodikliais. Šiame darbe bus analizuojamas prieinamumas sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo aspektu.

III. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO TYRIMAI

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nagrinėjamas įvairiais aspektais. Literatūros duomenimis šalyse su ryškia socialine diferenciacija pastebimi sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumai priklausomai nuo finansinių galimybių⁴⁸. Todėl sveikatos priežiūrą orientuojant į rinkos ekonomikos sąlygas diskutuojama, ar nebus pažeidžiamas teismo ir tuo pačiu prieinamumo principas neturtingiems gyventojų sluoksniams⁴⁹. Literatūroje aptariami teritorinis prieinamumas, organizacinio pobūdžio barjerai, kaip antai apsunkinta galimybė

⁴⁶Rogers A, Flowers J, Pencheon D. Improving access needs a whole systems approach. and will be important in averting crises in the millenium winter. *BMJ* 1999; 319:866–867

⁴⁷„Measuring inequalities in access to health care“ European commission Employment and social affairs DG Lot 4: Methodological paper N 2

⁴⁸Ensor T. Health system reform in former socialist countries of Europe. *Int J Health Plann Manage* 1993;8(3):169-87, Sheaff R. What kind of healthcare “internal market”? A cross-Europe view of the options. *Int J Health Plann Manage* 1994;9(1):5-24, Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Soc Sci Med* 2004;58(2):247-58.

⁴⁹ Whitehead M. Who cares about equity in the NHS? *BMJ* 1994;308(6945):1717.

pasirinkti pageidaujama šeimoms gydytoją, patekti pas savo gydytoją ar gydytoją specialistą, laukimo eilė prie gydytojo kabineto, atstumas iki medicinos įstaigos ir t. t.⁵⁰.

Prieinamoje literatūroje straipsnių ir duomenų apie oftalmologinės pagalbos organizavimą užsienio šalyse yra labai mažai. Pavyko rasti straipsnį apie oftalmologinės pagalbos pokyčius Kanadoje. Kanadoje, atlikus ligoninių reorganizaciją (sumažinus ligoninių skaičių), oftalmologinių paslaugų prieinamumas pablogėjo, dėl pablogėjusio specialistų prieinamumo prie įrangos⁵¹.

Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tyrimai pradėti 1995 m. ir atliekami jau eilė metų⁵². Dažniausiai buvo tyrinėjamas pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. 2001m. Lietuvos Sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos mokslininkai atliko populiacinį Lietuvos gyventojų nuomonės tyrimą, panaudodami Pasaulio sveikatos organizacijos aprobuotą klausimyną ir nustatė, kad per pastaruosius 12 mėnesių 66 proc. apklaustųjų kreipėsi į pirminę sveikatos priežiūros grandį. Daugiau kaip pusė apklaustųjų neturėjo problemos pasirenkant gydytoją, ar gauti paslaugas kitoje poliklinikoje⁵³. 2003 m. tyrinėjant pacientų ir gydytojų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje buvo apklausti per trejus pastaruosius metus pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose apsilankę pacientai ir tų įstaigų gydytojai. Buvo konstatuota, jog iš visų vertintų faktorių, tokių kaip paslaugų organizavimo aspektai, informacijos teikimas, gydytojo profesinių įgūdžių vertinimas ir informacijos konfidencialumo išsaugojimas, paciento ir gydytojo bendradarbiavimas, vienintelis paslaugų prieinamumas buvo vertintas neigiamai⁵⁴.

Kadangi tyrimai, apimantys visą šalį ir besiremiantys anketine apklausa yra pakankamai brangūs, daugiau analizuojama teritorinių vienetų, atskirų įstaigų teikiamų paslaugų prieinamumas. Sveikatos priežiūros tyrime, atliktame 2001 m. Vilniaus mieste, buvo konstatuota, kad didesnis poreikis sveikatos priežiūrai ir stacionarinei pagalbai stebimas vyresnio amžiaus asmenų tarpe. Tuo tarpu stacionarinės pagalbos prieinamumas, pacientų nuomone, yra ribojamas⁵⁵. Šiaulių apskrities gyventojų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tyrimas 2004 m. nustatė, kad dauguma gyventojų palankiai vertina teritorinį prieinamumą ir

⁵⁰Nemet GF, Baley AJ, Distance and health care utilisation among the rural elderly. Soc Sci Med 2000;50:1197-208, The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform. London: HMSO, Department of Health, 2000

⁵¹Persaud D.D, Cockerill R, Pink G, Trope G., Patient Access to Ophthalmology Services in Ontario, Canada, Abstr. Acad Health Serv Res Health Policy Meeting. 2000; 17

⁵²Jankauskienė D., Žemgulienė J. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas // Medicina. 1998. Nr.34. P. 301 – 338

⁵³Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Medicina. 2002;38;1129-35

⁵⁴Žebienė E. Kairys J. Zokas I. Pacientų nuomonė apie jiems suteiktas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos mokslai. 2003; 7: 95-101p

⁵⁵Kairys J, Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai –problemos Vilniaus mieste. Medicina 2001; 37; p. 293-301

jiems nesunku pasiekti gydymo įstaigas. Tačiau kritiškai vertino vizito pas šeimos gydytoją laukimo laiką⁵⁶.

Sveikatos priežiūros prieinamumo vertinimui ir tyrimo rezultatų interpretacijai didelę reikšmę turi tyrimo metodologija. Pagirtina, jog Lietuvos periodikoje yra pateiktas straipsnis, kuriame parengta ir rekomenduojama metodika, kurią naudojant gali būti vertinamas pirminės sveikatos priežiūros teritorinis prieinamumas, panaudojant sveikatos priežiūros įstaigos zonų bendrojo ploto ir atitinkamos savivaldybės teritorijos ploto santykis⁵⁷

Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas vertintas tik labai fragmentiškai. Radome tik vieną straipsnį, kuriame buvo vertinamas stacionarinė pagalba prieinamumo aspektu. Tyrimui buvo panaudota apklausos metodas, tad iš esmės buvo įvertinta subjektyvi pacientų nuomonė⁵⁸.

Oftalmologinės pagalbos prieinamumas nacionaliniu mastu nebuvo tyrinėtas. 2008 m. Lietuvos mokslų universiteto Kauno Medicinos akademijoje buvo tirtas oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas⁵⁹. Šiame darbe buvo konstatuota, kad oftalmologinių paslaugų prieinamumas LSMU KMA akių ligų konsultaciniame diagnostiniame centre nepakankamas, ypač vyresnio amžiaus žmonėms dėl nepakankamos informacijos apie paslaugų teikimo tvarką (pilna informacija suteikta tik 43 proc. respondentų), ilga konsultacijos laukimo trukmė po registracijos (23 proc. laukė 15 – 20 dienų, 12 proc. – 1 – 2 mėn.), eilės prie gydytojų kabinetų (į gydytojo kabinetą paskirtu laiku nepateko 48 proc. respondentų). Oftalmologinių paslaugų prieinamumas yra blogesnis kaimo gyventojams, nes aktualesnės finansinės problemos, susijusios su kelione⁶⁰.

Apibendrinant galima teigti, kad moksliniai tyrimai Lietuvoje, nagrinėjantys sveikatos priežiūros prieinamumą, apima pirminę sveikatos priežiūros grandį ir remiasi pacientų apklausa. Tyrimo rezultatai atskleidžia įvairias prieinamumo problemas. Tyrimų oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumo tematika stinga.

⁵⁶Milašauskienė Ž., Juodrytė I., Misevičienė I., Boerma W., Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina*, 2006, t. 42 (3), p.231 – 237

⁵⁷Pečiūra R., Jankauskienė D., Gurevičius R. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas. *Medicina*, 2006, t. 42 (11), p. 939 – 943.

⁵⁸Kairys J., Žėbienė E. Gurevičius R., Zokas I. Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas Lietuvoje pacientų požiūriu. *Visuomenės sveikata*. 2003; 4: 77-84

⁵⁹Ilona Kulpienė. Oftalmologinės pagalbos prieinamumas konsultacinėje poliklinikoje Magistro diplominis darbas, KMU, 2008

⁶⁰Ilona Kulpienė. Oftalmologinės pagalbos prieinamumas konsultacinėje poliklinikoje Magistro diplominis darbas, KMU, 2008

IV. PRIEINAMUMO PRINCIPAS LIETUVOS TEISĖS AKTUOSE

4.1. Prieinamumo principo svarba politiką formuojančiuose dokumentuose

Lietuvos nacionalinės sveikatos politikos formavimas prasidėjo, kai VI Lietuvos gydytojų suvažiavimas priėmė rezoliuciją, įpareigojančią medicinos visuomenę parengti naują Lietuvos sveikatos koncepciją. 1991 m. Atkuriamasis Seimas patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją ir ji tapo pagrindiniu sveikatos sistemos ateitį atspindinčiu dokumentu. Koncepcijoje numatyti sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos, prieinamos ir pagal Europos standartus pertvarkytos sveikatos priežiūros sistemos, koncentruojant brangias specializuotas medicinos paslaugas specializuotuose centruose, prioritetai⁶¹. Vėliau vyko kelios Sveikatos politikos konferencijos, kuriose buvo aiškiai suformuota būtinybė parengti ir įgyvendinti Lietuvos sveikatos programą – pagrindinį politikos dokumentą.

1998 m. Seimas patvirtino Lietuvos sveikatos programą. Šio dokumento pagrindiniai tikslai buvo Lietuvos žmonių vidutinės būsimo gyvenimo trukmės ilgėjimas, pagrindinių ligų sąlygoto mirtingumo mažėjimas, sveikatos santykių teisumas, gyvenimo kokybės gerinimas. Lietuvos Sveikatos Programoje taip pat akcentuojama, kad reikia gerinti sveikatos priežiūros priimtinumą, prieinamumą ir tinkamumą⁶².

Kitas svarbus teisinis dokumentas, susijęs su sveikatos priežiūros įstaigų institucine sąranga yra 2003m patvirtinta Nacionalinė sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programa. Programos pagrindinis tikslas - pertvarkyti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą. Egzistavęs sveikatos priežiūros įstaigų tinklas neužtikrina racionalaus išteklių panaudojimo, esama netolygaus įstaigų ir specialistų išsidėstymo - per didelę įstaigų koncentracija didžiuosiuose miestuose, trūksta specialistų periferijoje⁶³. Nepakankamas paslaugų prieinamumas kaimo vietovėse, nepagrįstai didelė stacionariųjų paslaugų apimtis, o pirminių ambulatorinių paslaugų apmokėjimo sistema neskatina didinti šių paslaugų apimčių, todėl strategijoje numatytos trys restruktūrizavimo kryptys:

- ambulatorinių paslaugų plėtra;

⁶¹Nacionalinė sveikatos koncepcija. Medicina, 1991:p. 63-68

⁶²Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo.“ // Valstybės žinios. 1998, Nr. 64-1842

⁶³Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios., 2003, Nr.28-1147

- stacionariųjų paslaugų optimizavimas;
- medicininės slaugos bei ilgalaikio palaikomojo gydymo plėtra.

2004 metais buvo sukurta darbo grupė ir parengtas naujas strateginis dokumentas „Dėl sveikatos reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo tikslų ir priemonių plano patvirtinimo“⁶⁴. Šios strategijos tikslas buvo įvertinti reformos eigą ir rezultatus per 1998–2003 m. laikotarpį, užtikrinti reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo tęstinumą nepriklausomai nuo Lietuvos vidaus politikos pokyčių, reformos politikos ir finansavimo prioritetus derinti su konkrečia laikotarpio raidos ypatumais, nuolat stebėti reformos tikslų ir uždavinių tolesnio įgyvendinimo eigą ir periodiškai vertinti jos rezultatus, priklausomai nuo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo rezultatų daryti įtaką sveikatos politikos sprendimams, siekti sustiprinti tarpsektorinį bendradarbiavimą ir padidinti kitų sektorių indėlį įgyvendinant sveikatos politikos siekius. Strategijoje pabrėžiama, kad ji remiasi baziniais mūsų šalies, Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono sveikatos politikos XXI amžiui „Sveikata visiems -21“ dokumento, Europos sąjungos Visuomenės sveikatos programoje 2001-2006 m. suformuotomis nuostatomis, kurių viena pagrindinių yra teisumas sveikatos santykiuose ir sveikatos paslaugų prieinamumas.

4.2. Prieinamumo principo įgyvendinimas Lietuvos teisės aktuose

Sveikatos santykių teismo ir prieinamumo principas yra svarbus pagrindiniuose šalies ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančiuose teisės aktuose. Lietuvos Konstitucijos 53 straipsnis nurodo, kad „valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus“. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką⁶⁵.

Lietuvoje ratifikuota 2002-09-19 Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija (Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje) apima lygiateisio sveikatos priežiūros prieinamumo ir priežiūros kokybės, profesinių standartų, sutikimo ir kitus sveikatos priežiūros kokybės aspektus⁶⁶.

Lietuvos respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme nurodoma, kad Lietuvos sveikatos sistema yra sudaryta iš asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros, mokamų sveikatos

⁶⁴LR SAM įsakymas Nr. V-718 „Dėl Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2004-11-04, Nr. 160-5860

⁶⁵Lietuvos Respublikos Konstitucija

⁶⁶Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). // Valstybės žinios, 2002, Nr.97-4258

priežiūros paslaugų ir farmacinės veiklos⁶⁷. Lietuvoje asmens sveikatos priežiūra ir visuomenės sveikatos priežiūra yra sujungtos į vientisą sistemą, siekiant užtikrinti asmens ir visuomenės sveikatos saugumą. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai paslaugos, kurias teikia atitinkamai licencijuojami subjektai diagnozuojant ir gydant sveikatos sutrikimus, neleidžiant jiems atsirasti bei padedant atgauti sveikatą. Į šias paslaugas taip pat įeina prevencinė medicinos pagalba, profilaktiniai patikrinimai ir t.t.), būtinoji medicinos pagalba (pirmoji medicinos pagalba bei stacionarinė ar nestacionarinė skubi medicinos pagalba, trijų lygių ambulatorinės ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos ir greitosios medicinos pagalbos paslaugos.

LR Sveikatos sistemos įstatyme nustatyta, jog Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos vykdomieji subjektai teikia dviejų rūšių sveikatos priežiūros paslaugas:

1. asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų ar savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšų;

2. mokamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai privalo susimokėti. Iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos pagal bazinių kainų sistemą. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainas iš dalies reguliuoja valstybė⁶⁸.

Reikia pažymėti, jog mokamų paslaugų funkcionavimas gali pažeisti prieinamumo principą asmenims turintiems nedideles pajamas. Šiuo metu Lietuvoje būtinoji pagalba yra nemokama, o didžioji dalis mokamų paslaugų yra susijusios tik su didesniu aptarnavimo komfortu. Tačiau šiuo metu viešojoje erdvėje vis dažniau pasigirsta balsų, jog reikia didinti mokamų paslaugų skaičių. Šioje srityje politiniai sprendimai turi būti priimami itin jautriai, nes gali pažeisti daugelio gyventojų sveikatos priežiūros prieinamumą. Sveikatos politikos ekspertė sveikatos teisumo srityje Margaret Whitehead (Pasaulio sveikatos organizacijos ekspertė) nerimauja, ar Jungtinėje Karalystėje bus įgyvendintas teisumo principas pasirenkant pacientus pagal mokumą⁶⁹. Literatūros duomenimis šalyse su ryškia socialine diferenciacija pastebimi sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumai priklausomai nuo finansinių galimybių⁷⁰.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visiems apdraustiems Lietuvos gyventojams užtikrina Lietuvos Sveikatos draudimo įstatymas⁷¹.

⁶⁷Lietuvos respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. I – 552

⁶⁸LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas 1999 m. liepos 30 d. Nr.357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos, bei šių paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo tvarkos“ //Valstybės žinios, 1999-08-04, Nr. 67-2175

⁶⁹Whitehead M. Who cares about equity in the NHS? BMJ 1994;308(6945):1717

⁷⁰Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. Soc Sci Med 2004;58(2):247-58

⁷¹Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios 1996, Nr. 55 – 1287

Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir apimtį apibrėžia Lietuvos respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas⁷². Šis įstatymas nustato sveikatos priežiūros įstaigų klasifikaciją, jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo, veiklos, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų nomenklatūrą, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų santykius, atsakomybės už šio įstatymo pažeidimus pagrindus.

Lietuvos Sveikatos sistemos įstatyme nustatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos pirminiame, antriniame ir tretiniame lygiuose. Pagal 2001-11-09 LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“ kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba tą PASPI, kurią asmuo nori⁷³. Pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą, organizuoja savivaldos vykdomosios institucijos, pagal 2004-03-09 LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr. V-116 „Dėl antrinės asmens sveikatos priežiūros organizavimo“⁷⁴.

Pacientas gali pasirinkti antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančią sveikatos priežiūros įstaigą kaip yra numatyta Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarime Nr. 2/5 „Dėl pacientų teisės pasirinkti antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančią sveikatos priežiūros įstaigą“⁷⁵. Šiame nutarime sakoma, jog su TLK sudariusi sutartį asmens sveikatos priežiūros įstaiga, siunčianti pacientą konsultuoti, papildomai tirti arba diagnozei patikslinti į antrinio ar tretinio lygio paslaugas teikiančią įstaigą, siuntime privalo nurodyti konsultanto specialybę ir konsultacijos pobūdį, nenurodydama konkrečios gydymo įstaigos.

Kontrolė yra svarbi viešojo administravimo funkcija, užtikrinanti sveikatos politikos principų įgyvendinimą. Lietuvoje yra kelios institucijos, atliekančios šias funkcijas:

- Valstybinė medicininio audito inspekcija - atlieka asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) ir ekonominio efektyvumo valstybinę kontrolę;⁷⁶
- Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos - atlieka paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, kiekio ir kokybės kontrolę ir PSDF lėšų naudojimo finansinę bei ekonominę analizę įstaigose, kurios sudariusios sutartis su TLK⁷⁷;

⁷²Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. // Valstybės žinios.1996, Nr.66 _ 1572

⁷³LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2001-11-09 Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“ 2006-09-27.//Valstybės žinios: 2006-10-06 Nr.107-4071

⁷⁴LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-116 „Dėl antrinės asmens sveikatos priežiūros organizavimo“ // Valstybės žinios: 2004-03-17 Nr.41-1358

⁷⁵ „Dėl pacientų teisės pasirinkti antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančią sveikatos priežiūros įstaigą“Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimas Nr.2/5, // Valstybės žinios, 2001, Nr.: 30 -995

⁷⁶Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.// Valstybės žinios.1996, Nr.66 _ 1572.

⁷⁷LR SAM įsakymas“Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės, 1997m. liepos 4 d. Nr. 372.

- LNSS viešosios įstaigos medicinos etikos komisija kontroliuoja, kaip laikomasi medicinos etikos reikalavimų, o jos veiklos tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinti Sveikatos priežiūros įstaigos medicinos etikos komisijos patvirtinti pavyzdiniai nuostatai⁷⁸;
- Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba - atlieka paslaugų, teikiamų visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose, prienamumo, tinkamumo ir efektyvumo valstybinę kontrolę, sveikatos priežiūros, švietimo, socialinės globos ir rūpybos įstaigų valstybinę visuomenės sveikatos saugos kontrolę⁷⁹.

Apraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmokamos vadovaujantis TLK ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartimis. Teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su valstybės, savivaldybių ir kitomis licenciją sveikatos priežiūros veiklai turinčiomis arba akredituotomis šiai veiklai bei pageidaujančiomis tokias sutartis sudaryti asmens sveikatos priežiūros įstaigomis. Su šia sutartimi turi teisę susipažinti visi apraustieji.

Pagal LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymą „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“, PSDF biudžeto lėšos TLK paskirstomos pagal įvairių amžiaus grupių gyventojų skaičių, lytį TLK aptarnaujamose veiklos zonos⁸⁰.

Pelno siekiančios įstaigos sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti ir sudaryti sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis tik tokiu atveju, jeigu jos turi reikiamus dokumentus ir leidimus⁸¹. Svarbu, jog TLK gali pasirašyti paslaugų apmokėjimo sutartis ne tik su savo, bet ir kitų TLK veiklos zonų asmens sveikatos priežiūros įstaigomis. Kai už kito regiono gydymo įstaigoje suteiktas paslaugas moka ligonių kasa, kurios aptarnaujamoje teritorijoje pacientas nuolat gyvena, įgyvendinama paciento teisė pasirinkti gydymo vietą, skatinama gydymo įstaigų konkurencija teikti kokybiškesnes paslaugas.

Svarbu pažymėti, kad pagal Sveikatos sistemos įstatymą sveikatinimo veiklos sutartyse šalia tokių sąlygų, kaip teikiamų sveikatinimo paslaugų rūšys, jų nomenklatūra, teikimo mastas ir terminai, paslaugoms apmokėti reikalingų išlaidų padengimas yra numatyta ir paslaugų tinkamumo ir organizacinio bei teritorinio prienamumo reikalavimai, jeigu teisės aktuose šie reikalavimai nėra nustatyti.

⁷⁸Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.// Valstybės žinios.1996, Nr.66 1572

⁷⁹Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nutarimas :Dėl valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“ / Valstybės žinios.2010, Nr.123-6281

⁸⁰LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V- 773 „Dėl LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymo 2004-11-16 Nr. V-812 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo pakeitimo“ 2010-09-15, Valstybės žinios: 2010-09-14 Nr.108-5571

⁸¹LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „ Dėl paslaugų teikimo ir leidimo sudaryti sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis pelno siekiančiose sveikatos priežiūros įstaigose“, 1997-10-01 Nr. 518 Valstybės žinios: 1997-10-07 Nr.91-2297

Apžvelgus šiuo metu galiojančius teisės aktus, susijusius su sveikatos priežiūros organizavimu, galima teigti, jog sukurta pakankama teisinė bazė, suteikianti prielaidas įvairiems sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo aspektams įgyvendinti. Lietuvoje įteisinta paciento galimybė pasirinkti gydytoją, gydymo įstaigą, teikiamas paslaugas. Svarbu pažymėti, kad pagal Sveikatos sistemos įstatymą visose sveikatinimo veiklos sutartyse turi būti aptarti paslaugų tinkamumo ir organizacinio bei teritorinio prieinamumo reikalavimai, jeigu teisės aktuose šie reikalavimai nėra nustatyti.

V. OFTALMOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZAVIMAS LIETUVOJE IR UŽSIENIO ŠALYSE

Oftalmologinė sveikatos priežiūra – asmens sveikatos priežiūros dalis, skirta akių ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui ir Lietuvoje yra teikiama visuose trijuose lygiuose. Pirminiame lygyje ją teikia bendros praktikos gydytojai pagal Šeimos gydytojo normą. Šiame įsakyme apibrėžiama kokias oftalmologinės priežiūros paslaugas gali teikti šeimos gydytojas, neviršydamas savo kompetencijos ribų⁸². Vienok, kaip tenka susidurti savo kasdieniniame darbe, šeimos gydytojai moka tik iširti regos aštrumą ir pamatuoti akispūdį, jei šeimos gydytojo kabinetas yra aprūpintas atitinkama įranga. Dažniausiai šeimos gydytojai siunčia regos organo patikrai antrinio ir tretinio lygio specialistams. Antriniame ir tretiniame lygiuose teikia gydytojai specialistai pagal gydytojo oftalmologo normą. Gydytojas oftalmologas – medicinos gydytojas, teisės aktų nustatyta tvarka įgijęs gydytojo oftalmologo profesinę kvalifikaciją. Oftalmologija yra skirstoma į: konservatyvią oftalmologiją – akių ir akių priedų ligų gydymą medikamentais, fizioterapiniais metodais, ir chirurginę oftalmologiją– chirurginį ir mikrochirurginį akių ir akių priedų ligų gydymą⁸³. Taip pat tiek šeimos gydytojas, tiek gydytojas oftalmologas teikia oftalmologinės priežiūros profilaktinio tikrinimo paslaugas, kurias reglamentuoja sveikatos apsaugos ministro įsakymas⁸⁴. Lietuvos sveikatos programoje yra paminėtas vienas tikslų – iki 2010m. 30 proc. sumažinti naujų aklumo atvejų dėl cukrinio diabeto⁸⁵.

⁸²Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. „Dėl Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro gruodžio 22 . įsakymas NR. V-1013 „ Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „ Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo. 2007 m. kovo 2 d. Nr. V-149

⁸³ Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 63:2005. Gydytojas oftalmologas. Teisės, pareigos, kompetencija, atsakomybė.“2005 m. gruodžio 1 d. Nr. V-935

⁸⁴Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ 2000 m. gegužės 31 d. Nr.301

⁸⁵Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo.“ //Valstybės žinios. 1998, Nr. 64-1842

Kitose šalyse oftalmologinių paslaugų teikimo praktika yra panaši, tačiau, ypač, Skandinavijos šalyse, Vokietijoje, labai gerai veikia šeimos gydytojo institucija, skirtingai nei Lietuvoje, kur šeimos gydytojas geriausiu atveju moka tik patikrinti regos aštrumą. Teko stažuotis Danijoje (Aarhus Universiteto Akių ligų departamente 1998 m.), Švedijoje (St. Erik's akių ligoninėje Stokholme 2002 m.), Čekijoje (Prahos Karlo universiteto Akių ligų klinikoje 2004 m.). Būnant minėtose stažuotėse dalyvavau tiek operacijų metu, tiek teikiant ambulatorinę pagalbą, taip pat domėjausi oftalmologinės pagalbos organizavimo klausimais.

Aarhus Universiteto Akių ligų departamente teikiama stacionarinė ir ambulatorinė, tiek planinė, tiek skubi oftalmologinė pagalba Aarhus regiono gyventojams, kuriame jų yra 1 MLN. Departamente yra 6 stacionarinės lovos. Tik esant sunkiausioms akių ligoms, traumoms, ligoniai gydomi stacionare, visi kiti ligoniai, vieni ar su lydinčiais asmenimis, gyvena ligonių viešbutyje.

St. Erik's akių ligoninėje Stokholme ir Prahos Karlo universiteto Akių ligų klinikoje yra 20-30 lovų stacionarai. Dauguma akių operacijų (kataraktos pašalinimo, akies priedinių organų plastinės, net vitreoretinalinės operacijos) atliekama ambulatoriškai. Visa oftalmologinė pagalba, tiek vaikų, tiek suaugusių, teikiama tų pačių specialistų tame pačiame pastate, tose pačiose patalpose.

VI. OFTALMOLOGINĖS STACIONARINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO ANALIZĖ REMIANTIS ADMINISTRACINIAIS SVEIKATOS DUOMENŲ ŠALTINIAIS LIETUVOJE

6.1. Tyrimo medžiaga ir metodika

Kaip jau buvo minėta teorinėje darbo dalyje, sveikatos priežiūros prieinamumas yra susietas su gyventojų poreikių, sveikatos priežiūros institucinės sąrangos, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų naudojimo sąveika. Tad norėdami vertinti oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumą pirmiausia apžvelgėme oftalmologinės sveikatos ir išteklių pokyčius Lietuvoje 2004-2009 metais. Tam buvo naudoti Lietuvos SAM Higienos instituto sveikatos rodiklių sistemos duomenys. Buvo nagrinėta bendrojo sergamumo ir ligotumo akies ir jos priedinių organų ligomis (H00-H59) pokyčiai 0-17 m., 18-64 ir 65 m. ir vyresnių amžiaus grupėje. Stebimų kintamųjų (sergamumo, hospitalizacijos ir išteklių) tarpusavio koreliacija buvo vertinta, nustačius Pearsono koreliacijos koeficientus ir jų reikšmingumus. Naudotas Pearsono koeficientų reikšmingumas: $r < 0,3$ - silpna koreliacija, $0,3-0,7$ - vidutinė, $0,7-1,0$ - stipri koreliacija.

Lietuvos gyventojų sergančių oftalmologinėmis ligomis stacionarinės sveikatos priežiūros prieinamumas buvo vertinamas reliatyvia hospitalizacijos rizika (RR), teritorinio vieneto gyventojų hospitalizacijų dėl akių ligų santykiu su nuolatinių gyventojų skaičiumi toje teritorijoje ir akių ligomis sergančių hospitalizuotų asmenų dalies procentu nuo visų sergančių tomis ligomis. Panagrinėjus paskutinius du rodiklius pastebėjome panašius dėsningumas. Todėl buvo pasirinktas hospitalizacijų skaičiaus 1000 gyv. rodiklis, kuris yra proporcingas reliatyviai hospitalizacijos rizikai. Šio rodiklio pasirinkimą sąlygojo ir jo palyginamumas tarptautiniu kontekstu.

Darbe nagrinėti prieinamumo skirtumai 2008 m. pagal teritorinius vienetus (10 apskričių ir 60 savivaldybių). Regioninių skirtumų statistinis patikimumas Lietuvoje buvo vertinamas λ^2 kriterijumi pagal formules:

Vertinant prieinamumo skirtumus savivaldybėse:

$$\text{Reikšmingumo lygmuo} = \mathbf{P} \left\{ \sum_{i=1}^{59} (\mathbf{O}_i - \mathbf{E}_i)^2 / \mathbf{E}_i > \lambda^2(59) \right\}^{86}$$

Vertinant prieinamumo skirtumus apskrityse:

$$\text{Reikšmingumo lygmuo} = \mathbf{P} \left\{ \sum_{i=1}^9 (\mathbf{O}_i - \mathbf{E}_i)^2 / \mathbf{E}_i > \lambda^2(9) \right\}^{87}$$

Kur \mathbf{O}_i – faktinis hospitalizacijų skaičius teritoriniame vienete;

\mathbf{E}_i – laukiamas hospitalizacijų skaičius teritoriniame vienete.

Laukiamas hospitalizacijų skaičius – tai tam tikros teritorijos gyventojų hospitalizacijų skaičius, kuris būtų, jei tos teritorijos gyventojų hospitalizacija būtų proporcinga gyventojų skaičiui. Lietuvos gyventojai sudarė 100 proc.

Reliatyvi hospitalizacijos rizika tam tikroje teritorijoje buvo paskaičiuota kaip stebimos ir laukiamos hospitalizacijos santykis. Lietuvos gyventojų reliatyvi hospitalizacijos rizika prilyginta 1. Reliatyvi rizika buvo paskaičiuota su 95 proc. pasikliautinumo intervalu. Statistiškai patikimi skirtumai ($p < 0,05$) buvo stebėti toms RR reikšmėms, kurioms abu pasikliautinumo intervalai (apatinis ir viršutinis) buvo žemiau ar aukščiau vieneto. Jei reliatyvi rizika buvo

⁸⁶ A. Rašymas, J. Sapagovas, J. Skučas. Informatikos pradmenys. KMA leidykla, 1993, Kaunas

⁸⁷ A. Rašymas, J. Sapagovas, J. Skučas. Informatikos pradmenys. KMA leidykla, 1993, Kaunas

aukštesnė už 1, šios savivaldybės gyventojai labiau hospitalizuojami, o tai reiškia, kad jos gyventojams stacionariųjų paslaugų prieinamumas yra geresnis.

Sveikatos apsaugos sistemos metmenyse teigiama, kad pertvarkos esmę sudaro stacionariųjų paslaugų mažinimas ir atsilaisvintųjų lėšų nukreipimas į ambulatorinę pagalbą bei dienos stacionarus⁸⁸. Todėl buvo nagrinėtas apskričių ir savivaldybių gyventojų dienos chirurgijos ir trumpalaikio gydymo paslaugų prieinamumas.

Prieinamumas priklauso nuo sveikatos priežiūros institucinės sąrangos, tad buvo išanalizuota, kokių savivaldybių gyventojai hospitalizuojami pagrindinėse 6 didžiosiose Lietuvos ligoninėse: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno medicinos akademijos Akių ligų klinikoje (LSMU KMA), Vilniaus universiteto ligoninėje "Santariškių klinikos" (VULSK), Vilniaus universiteto vaikų ligoninėje (VUVL), Klaipėdos universitetinėje ligoninėje (KUL), Šiaulių bei Panevėžio apskrities ligoninėse.

Duomenų apie ligonių hospitalizaciją pirminis šaltinis yra apskaitos forma F - 066a/LK⁸⁹. Ji pildoma visose stacionarinėse gydymo įstaigose. Šiame procese dalyvauja ir šio darbo autorė. Kiekviena įstaiga šiuos duomenis perduoda į privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinę sistemą SVEIDRA.

Norėdami atlikti hospitalinio prieinamumo analizę nacionaliniu ir teritoriniu lygmeniu pagal anksčiau nurodytus rodiklius buvo pateikta užklausa į Higienos instituto sveikatos informacijos centrą, kuris disponuoja informacinės sistemos duomenų baze SVEIDRA. Buvo paprašyta pateikti hospitalizacijų ir suteiktų trumpalaikio ir dienos stacionaro paslaugų skaičių sergantiems akių ligomis 2008m. pagal apskritis ir savivaldybes.

Prieinamumo dėl trumpalaikio gydymo ir dienos stacionaro paslaugų analizei iš visų šioje sistemoje paslaugų (klasifikatorius apima virš 3000 kodų) buvo atrinkti šie kodai:

Trumpalaikio gydymo paslaugos pagal kodus:

Oftalmologijos ir otorinolaringologijos mikrochirurgija	2389
Oftalmologija –otorinolaringologija I	2338
Oftalmologija –otorinolaringologija II	2339
Oftalmologijos ir otorinolaringologijos chirurgija	2388

Dienos chirurgijos paslaugos pagal kodus:

Dienos chirurgija II (II apmokėjimo grupė)	2956
Dienos chirurgija I (I apmokėjimo grupė)	2957

⁸⁸ [www.sam.lt/go.php/sveikatos priežiūros reforma žiūrėta 2011-01-19](http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma_ziureta)

⁸⁹ Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas“ Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ 1998 m. lapkričio 26 d. Nr.687

Šios paslaugos galėjo būti suteiktos įvairaus profilio ligoniams. Norėdami išrinkti paslaugas, suteiktas oftalmologiniams ligoniams, iš 10-os tarptautinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos⁹⁰ buvo atrinkti ligų kodai, susiję su akių ligų diagnostika ir gydymu:

H00-H59 (akies ir jos priedinių organų ligos), P39.1, Q10-Q15.9 (įgimta patologija), S00.1-S00.2, S01.1, S02.1, S02.8, S04.0-S04.3, S05, T26, C43.1, C44.1, C49.0, C69, D03.1, D04.1, D09.2, D23.1, D31, D33.3).

Stacionaro ligoniai buvo suskirstyti į vaikų (0-17 m.) ir suaugusių (18m. ir vyresnių) amžiaus grupes.

Iš Statistikos departamento prie Lietuvos respublikos vyriausybės leidinių buvo paimtas gyventų skaičius pagal apskritis ir savivaldybes už 2008 m.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant duomenų kaupimo ir analizės Ms Excel 2007 programą Hospitalinio sergamumo rodiklių pasiskirstymui Lietuvos teritorijoje pavaizduoti naudota MapViewer v.7 programa.

6.2. Tyrimo rezultatai

6.2.1. Sergamumo akies ir jos priedinių organų ligomis Lietuvoje apžvalga 2004-2009m.

64,3 proc. Lietuvos gyventojų yra 18-64 metų amžiaus (toliau – suaugusieji). Tai yra sveikiausia populiacijos dalis, kuri išlaiko šalies ekonomiką, tame tarpe ir sveikatos apsaugos sistemą, ir kurios sveikatai vertėtų skirti deramą dėmesį.

18-64 metų amžiaus asmenų sergamumo akies ir jos priedinių organų ligomis apžvalga:

Nagrinėjant 2004-2009 metų duomenis, sergamumas akių ir jos priedinių organų ligomis suaugusiųjų tarpe yra 6 vietoje, po kraujotakos sistemos, kvėpavimo sistemos, jungiamojo audinio ir skeleto- raumenų sistemos, virškinimo sistemos ir urogenitalinės sistemos ligų ir kiekvienais metais išlieka panašus, (1-a lentelė).

⁹⁰ „10 tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija“; Pasaulinė sveikatos organizacija; Ženeva; 1992 p. 145-154

1 lentelė. Suaugusių asmenų, kuriems užregistruota bent viena akių liga ar trauma, dalis (procentais) tarp visų gyventojų 2004-2009 metais

Metai	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Akies ir jos priedinių organų ligos	10,2	10,5	9,8	10,0	10,2	10,4

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys.

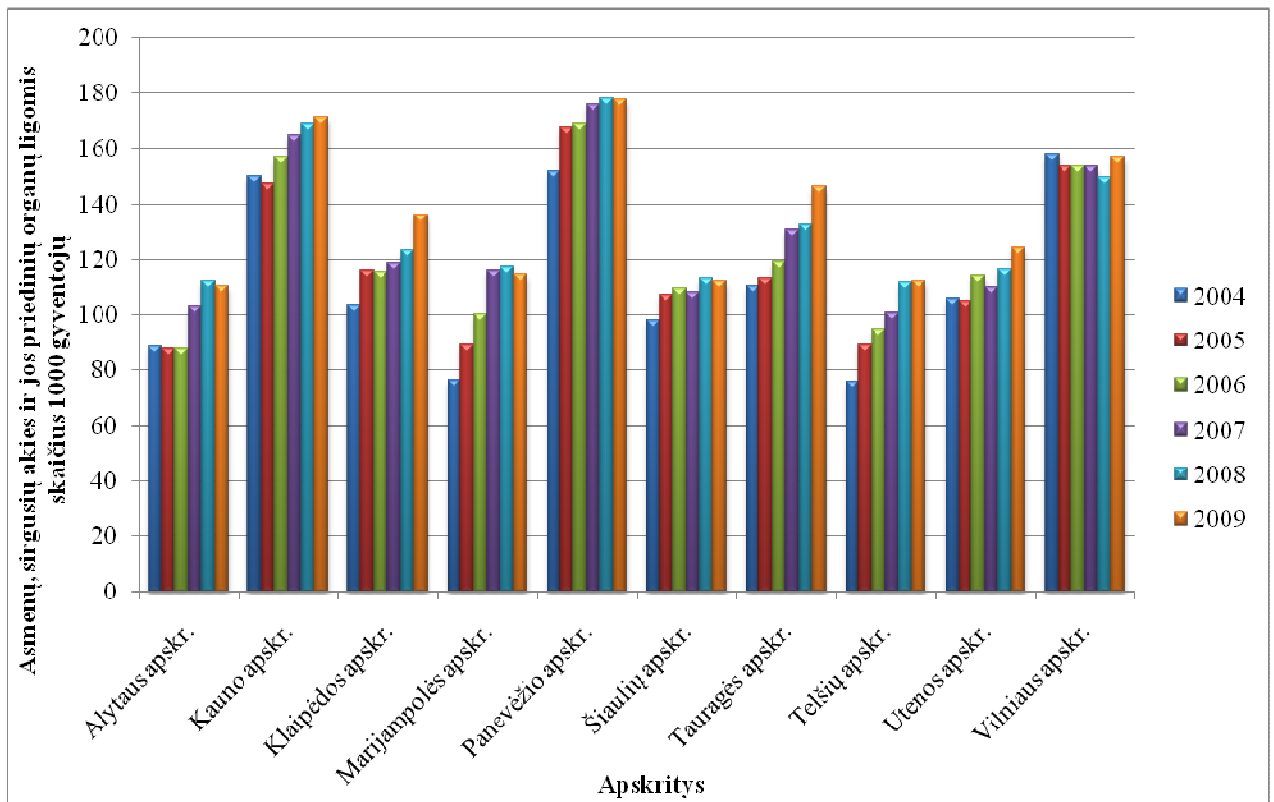
Bendrasis sergamumas akių ligomis 1000 gyventojų 2004-2009 metais didėja. Duomenys pateikti 2 lentelėje.

2 lentelė. Bendrojo sergamumo akių ligomis 1000 gyventojų pasiskirstymas pagal 2004-2009 metus

Metai	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bendrasis sergamumas akių ligomis 1000 gyventojų	126,6	130,03	133,9	138,5	141,05	145,6

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys

Bendras asmenų, sirgusių akies ir jos priedinių organų ligomis (H00 – H 59), tame tarpe ir vaikų (0-17 m.) amžiaus skaičius 1000 gyventojų, 2004 – 2009 metais taip pat turi tendenciją didėti. Šio skaičiaus pokytis pagal apskritis ir metus pavaizduotas 1 paveiksle.

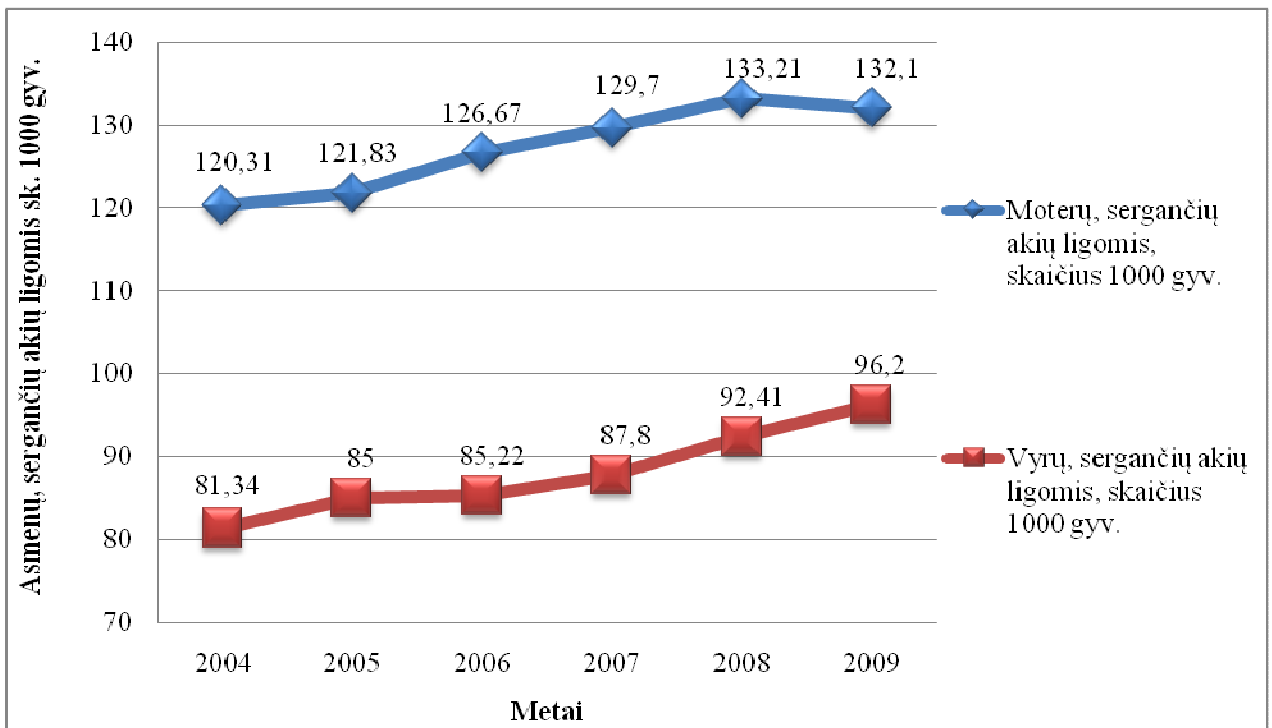


1 paveikslas. Bendras asmenų, sirgusių akies ir jos priedinių organų ligomis (H00 – H 59) skaičius 1000 gyventojų pasiskirstymas pagal apskritis ir metus

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys

Bendras asmenų, sirgusių akies ir jos priedinių organų ligomis, skaičius kiekvienais metais ir visose apskrityse augo. Didžiausias šio skaičiaus pokytis buvo Alytaus, Marijampolės, Tauragės ir Telšių apskrityse. Tai galėjo būti susiję su papildomai įdarbintais gydytojais, pradėta teikti operacines paslaugas ne tik universiteto ligoninėse, pvz., Alytuje ir Marijampolėje pradėtos ambulatorinės kataraktos operacijos.

Lyginant asmenų, sergančių akių ligomis skaičių 1000 gyventojų, pagal lytį, matome, kad tiek moterų, tiek vyrų sergančių akių ligomis skaičius 1000 gyventojų, didėjo, tačiau vyrų kreipėsi ženkliai mažiau (2 paveikslas).



2 paveikslas. Asmenų, sergančių akių ligomis skaičiaus 1000 gyventojų pasiskirstymas pagal lytį ir metus

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys

Sergamumo akies ir jos priedinių organų ligomis vaikų amžiuje (0-17 m.) apžvalga

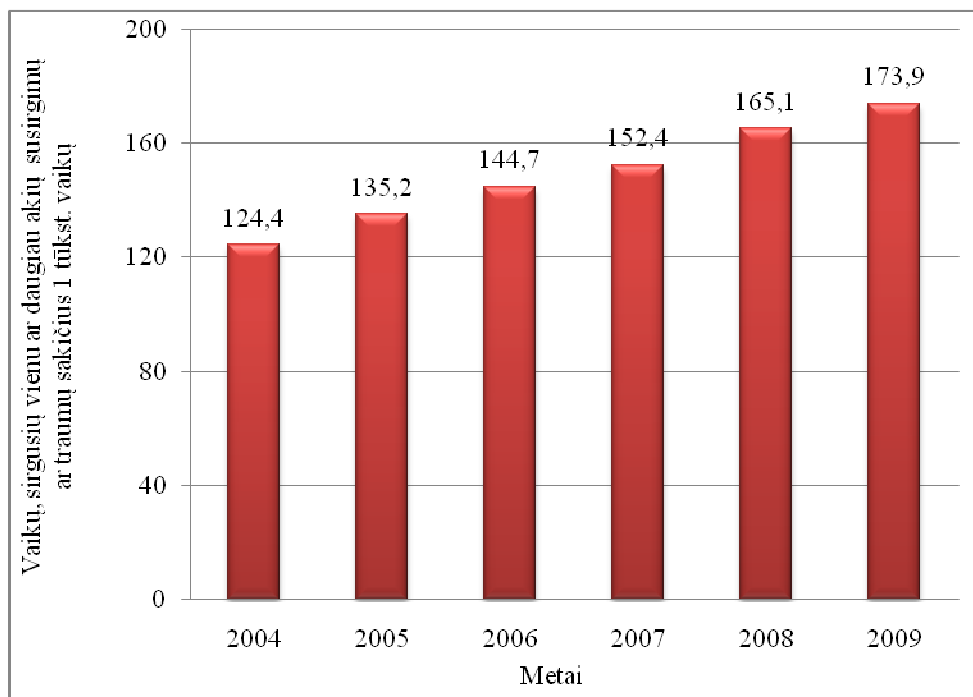
Akies ir jos priedinių organų ligos taip pat dažnai diagnozuojamos vaikams. Nagrinėjant 2004-2008 metų duomenis, sergamumas akies ir jos priedinių organų ligomis vaikų iki 18 m. amžiaus tarpe yra 3 vietoje po kvėpavimo sistemos ir virškinimo sistemos ligų (3 lentelė).

3 lentelė. Vaikų (0-17 m.), kuriems užregistruota bent viena liga ar trauma, dalis (procentais) tarp visų gyventojų 2004-2009 metais

Metai	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Akies ir jos priedinių organų ligos	12,4	13,3	14,0	15,2	16,5	17,4

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys

Vaikų (0-17 m.), kuriems užregistruotas vienas ar daugiau akių susirgimų ar traumų, skaičius 1000 vaikų, turi tendenciją didėti. 2004 metais 1000 vaikų teko sergantys 124 vaikai, o 2009 metais - 1000 vaikų teko jau 174 vaikai, kuriems užregistruota viena ar daugiau akies ligų (3paveikslas).



3 paveikslas. Vaikų (0-17 m.), kuriems užregistruotas vienas ar daugiau akių susirgimų ar traumų, skaičiaus 1000 vaikų pokytis 2004 – 2009 metais

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys

Dažniausiai diagnozuotos ligos – toliaregystė (hipermetropija) ir trumparegystė (miopija) ir jų skaičius, lyginant 2008 metus su 2009 metais didėja. 2008 metais 1000 vaikų teko 44,5 vaikai, kuriems užregistruota toliaregystė ir 49 vaikai, kuriems užregistruota trumparegystė. Toliaregystė dažniau diagnozuojama jaunesnio amžiaus vaikams (0-6 metų), o trumparegystė – vyresniems (15-17 metų). Ikimokykliniame amžiuje regėjimo sutrikimų 2008 metais užregistruota 94 atvejai 1000 apsilankiusių vaikų, o 2009 metais – 102 vaikams iš 1000 apsilankiusių. 2008 metais regėjimo sutrikimai buvo rasti: 0-3 metų amžiuje - 83,6/1000 vaikų, 3-6 metų – 111,7/1000 vaikų. 7-9 metų amžiuje šis skaičius padidėjo iki 172,5/1000 vaikų, -2009 metais -179,3/1000 vaikų, 10- 14 metų – 177,9/1000 vaikų, 15-17 metų – 179,8/1000 vaikų, 2009 metais – 205,3/1000 vaikų. Ženklesnis regėjimo sutrikimų skaičiaus skirtumas stebimas tarp miesto (176/1000 vaikų), o ne kaimo (113,3/1000 vaikų) vaikų.

65 metų ir vyresnių asmenų sergamumo akių ir jos priedinių organų ligomis apžvalga

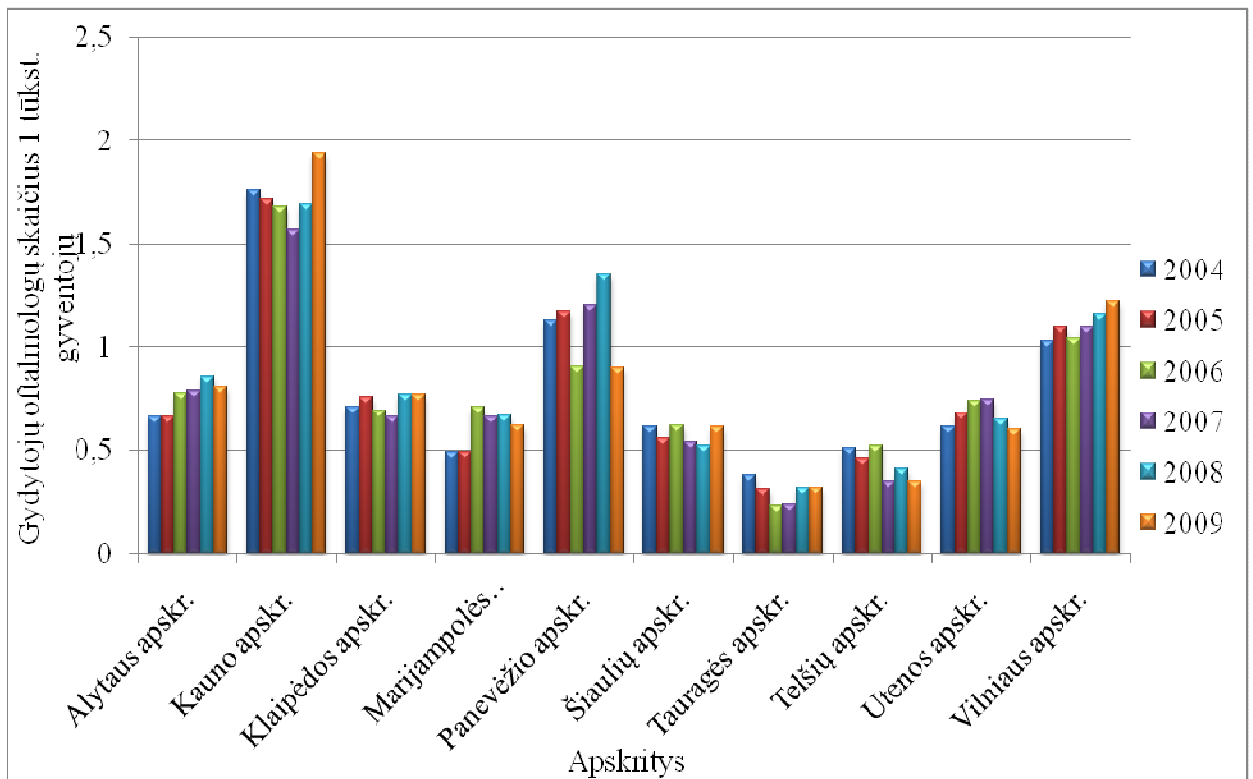
Sergančių asmenų skaičiaus 1000 gyventojų struktūroje 65 metų ir vyresnių asmenų tarpe 2008 m. akies ir jos priedinių organų ligos buvo 3 vietoje, o 2009 m. jau 2 vietoje – 214,3/1000 gyventojų. Akys – vienas svarbiausių organų, padedančių orientuotis aplinkoje. Organizmui senstant, apsauginiai mechanizmai, padedantys atstatyti pažeistus akies audinius, pamažu silpsta – vystosi amžiaus nulemtos akių ligos: senatvinė katarakta, glaukoma, amžinė makulos degeneracija. Šios ligos blogina gyvenimo kokybę, pamažu atimdamos vieną svarbiausių pojūčių – matymą. 2009 m. sergančių asmenų skaičius 1000 gyventojų akies ir jos priedinių organų ligomis tarp 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų buvo 214,3/1000 gyventojų. Labiausiai paplitusios ligos tarp pagyvenusių žmonių buvo senatvinė ir kitos kataraktos – 89,9/1000 gyv. sergantys asmenys, glaukoma – 0,4/1000 gyv. sergantys asmenys.

6.2.2. Oftalmologinės sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių ir infrastruktūros

apžvalga 2004 m.-2009 m.

Oftalmologinė sveikatos priežiūra Lietuvoje organizuojama teikiant ambulatorines ir stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas. Oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas priklauso nuo gydytojų oftalmologų skaičiaus ir gydymo įstaigų, teikiančių ambulatorines ir stacionarines oftalmologines paslaugas. Remiantis SAM Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvoje 2009 metais buvo 172 valstybinės ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose buvo teikiamos antrinio ir tretinio lygio oftalmologo paslaugos, ir jas teikė - 353 fiziniai asmenys- gydytojai, turintys teisę verstis gydytojo - oftalmologo praktika ir tai sudarė 1,06 gydytojo oftalmologo 10000 gyventojų, kurie dirbo pagrindiniame darbe ir buvo užėmę 466,6 etato⁹¹. Gydytojų oftalmologų skaičiaus 10000 gyventojų kitimas Lietuvos apskrityse 2004 - 2009 metais pavaizduotas 4 paveiksle.

⁹¹<http://www.lsic.lt>, Žiūrėta 2010-04-30



4 paveikslas. Gydytojų oftalmologų skaičiaus 10000 gyventojų kitimas Lietuvos savivaldybėse 2004 - 2009 metais

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys.

Daugiausia oftalmologų dirba didžiuosiuose Lietuvos miestuose, mažiausiai - Telšių ir Tauragės apskrityse. Daugiausia oftalmologų dirba Kauno mieste ir apskrityje, ir tai logiška, nes Kaune yra Nacionalinis Oftalmologijos centras, kuris veikia LSMU Kauno medicinos akademijos Akių ligų klinikoje, teikiantis tiek ambulatorines, tiek stacionarines oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugas, turintis 150 oftalmologinių stacionarinių lovų. 2004 m. - 2009 m. gydytojų oftalmologų skaičius 10000 gyventojų beveik visose, išskyrus 3 apskritis, didėjo. Didžiausias šio rodiklio pokytis stebimas Kauno, Panevėžio ir Vilniaus apskrityse. Šiose apskrityse gydytojų skaičius didėjo.

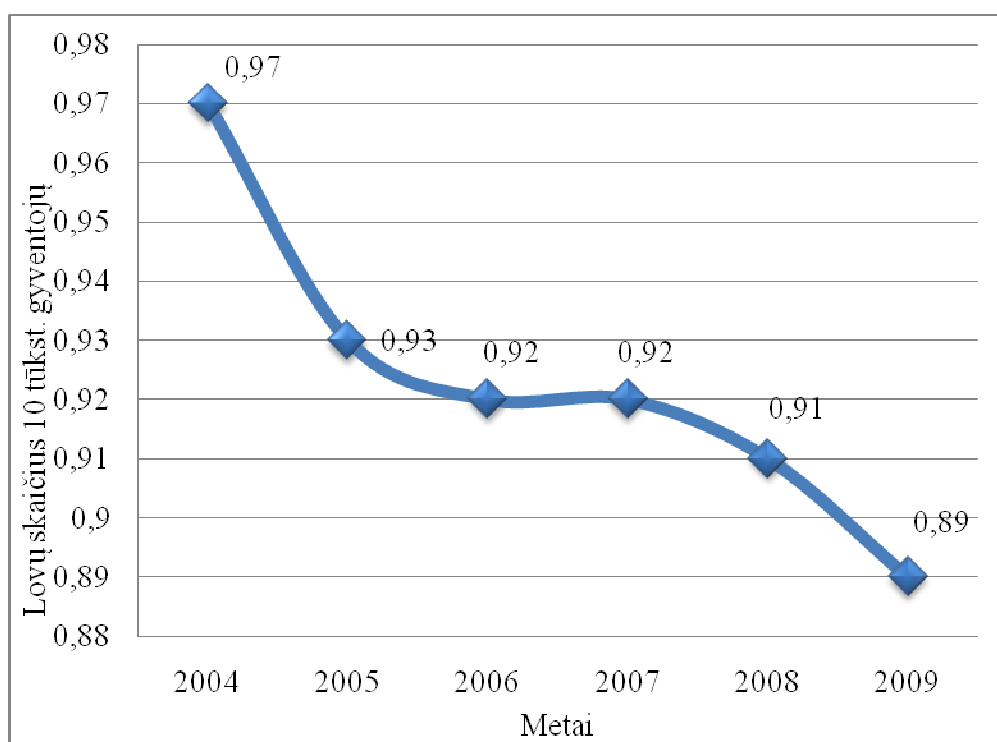
Lietuvos sveikatos ministerijos Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis Lietuvoje 2009 m. stacionarines oftalmologijos paslaugas teikė 9 ligoninės, kuriose buvo 296 oftalmologinio profilio lovos. (4 lentelė).

4 lentelė. Oftalmologinio profilio lovų skaičius Lietuvos ligoninėse 2009 metais

Gydymo įstaigos pavadinimas	Lovų skaičius
Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos	40
Vilniaus universiteto vaikų ligoninė	20
Vilniaus Greitosios pagalbos ligoninė	24
LSMU KMA Akių ligų klinika	150 (iš jų 30 vaikų)
Klaipėdos universitetinė ligoninė	30
Šiaulių apskrities ligoninė	18
Panevėžio apskrities ligoninė	8
Alytaus apskrities ligoninė	1
Marijampolės ligoninė	2

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys.

Oftalmologinio profilio lovų skaičius 10000 gyventojų turi tendenciją mažėti (5 paveikslas).

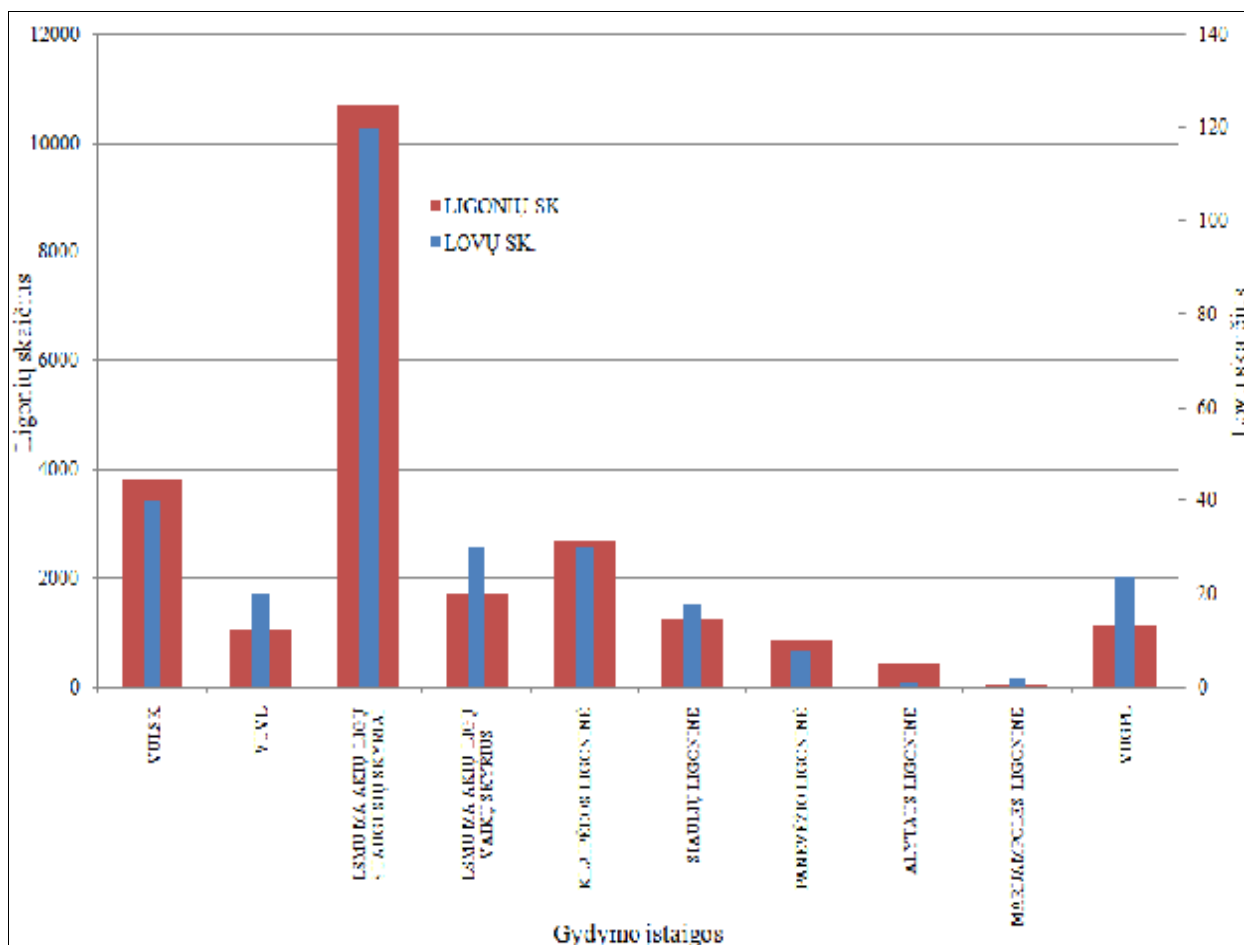


5 paveikslas. Oftalmologinio profilio lovų skaičiaus 10000 gyventojų kitimas pagal metus

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys.

Lietuvos SAM Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis Lietuvoje 2009 metais vienas gyventojas vidutiniškai pas gydytojus apsilankė 6,9 karto. Iš specialistų dažniausiai buvo lankomasi pas oftalmologą – 25,7 apsilankymai 100 gyventojų.

Stacionaro ligonių ir oftalmologinio profilio lovų skaičiaus pasiskirstymas pagal paslaugos teikimo vietą pavaizduotas 9 paveiksle.



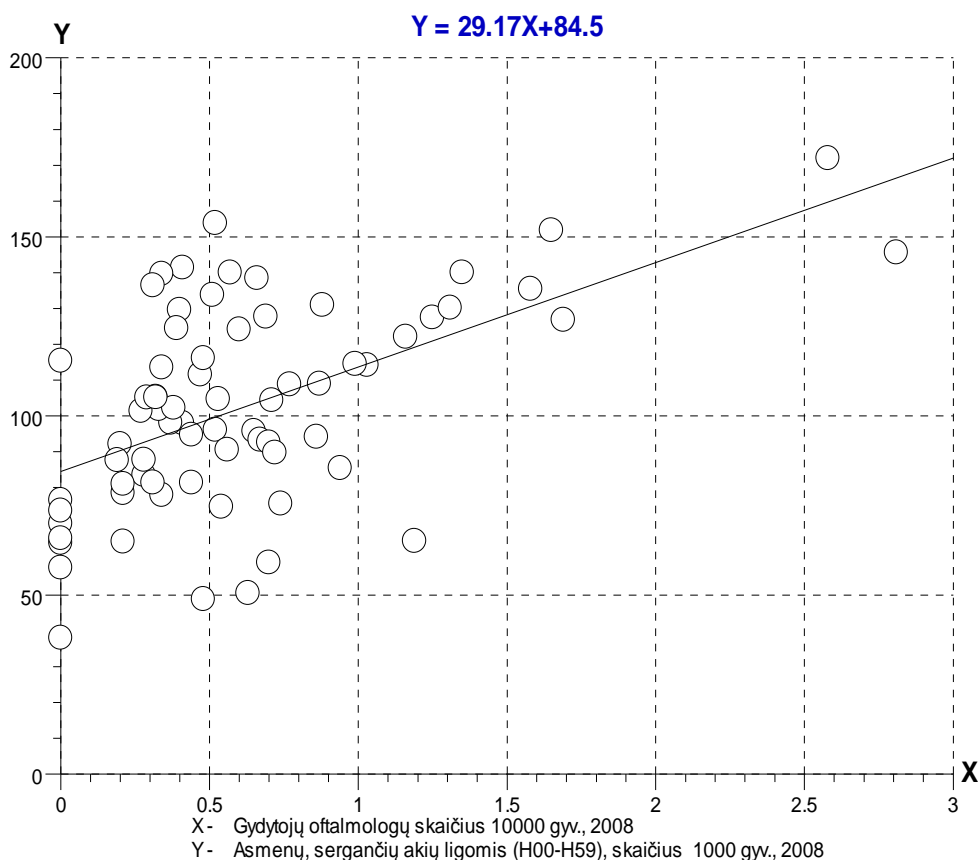
9 paveikslas. Ligonų, kuriems 2009 m. buvo suteiktos stacionarinės oftalmologijos paslaugos, skaičiaus pasiskirstymas pagal paslaugos teikimo vietą

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys.

Daugiausiai ligonių - net **12 391** (10694 suaugę ir 1697 vaikai) ligonių - gydėsi LSMU Kauno medicinos akademijos Akių ligų klinikoje, ir tai sudaro 52,2 proc. visų gydytų ligonių ir tai atitinka oftalmologinio profilio lovų skaičių (150 lovų). Matome, kad pagal oftalmologinio profilio lovų skaičių, VUVL, Šiaulių ligoninėje, LSMU MA Akių ligų klinikos vaikų skyriuje. Marijampolės ligoninėje, ligonių galėjo gydytis daugiau nei buvo gydyta, kai tuo tarpu Alytaus ligoninėje buvo gydyta net 449 ligoniai, esant tik vienai lovai. .

Vertinant 2008 m. sergamumo, hospitalizacijos ir gydytojų skaičiaus koreliacinius ryšius, radome tik vieną statistiškai patikimą vidutinio stiprumo koreliacinį ryšį tarp gydytojų

oftalmologų skaičiaus 1000 gyventojų ir asmenų, sergančių akių ligomis skaičiaus 1000 gyventojų: $r = 0,55$, $p < 0,05$ pasikliautinumo intervalas 0,36-0,69 (10 paveikslas). Tarp kitų rodiklių statistiškai patikimų koreliacinių ryšių nebuvo gauta. Taigi, galima teigti, kad kuo daugiau gydytojų oftalmologų, tuo daugiau asmenų kreipiasi, tuo daugiau diagnozuojama akių ligų, tuo geresnis prieinamumas.



10 paveikslas. Koreliacija tarp gydytojų oftalmologų skaičiaus 1000 gyventojų ir asmenų, sergančių akių ligomis skaičiaus 1000 gyventojų

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys.

Apibendrinant, galima teigti, sergamumas akių ligomis didėja tiek suaugusių, tiek vaikų tarpe. Gydytojai oftalmologai pagal darbo vietą yra pasiskirstę nevienodai. Daugiausia oftalmologų dirba Kauno, Vilniaus ir Panevėžio apskrityse. Lovų skaičius turi tendenciją mažėti. Daugiausia oftalmologinių lovų yra Kaune, kur ir ligonių gydoma daugiausia.

6.2.3. Regioniniai hospitalizacijos dėl akių ligų skirtumai Lietuvoje 2008m.

Literatūros apžvalgoje apie prieinamumo vertinimą buvo minėta, jog šiam tikslui gali būti naudojami veiklos rodikliai. Vertindami apskritis ar savivaldybių gyventojų stacionariųjų paslaugų prieinamumą vadovavomės prielaida, kad didesnė hospitalizacija atspindi geresnį stacionariųjų paslaugų prieinamumą. Regioniniai asmenų hospitalizacijos pagal apskritis ir savivaldybes skirtumai buvo vertinami reliatyvia hospitalizacijos rizika, Lietuvos gyventojų hospitalizacijos riziką prilyginus 1. Lentelėse, reliatyvi hospitalizacijos rizika viršijanti Lietuvos vidurkį – 1 – pažymėta raudona spalva.

6.2.3.1. Hospitalizacijos skirtumai pagal apskritis ir savivaldybes

Suaugusių Lietuvos gyventojų hospitalizacija pagal apskritis ir savivaldybes 2008 metais

Vertinant suaugusių (18 m. ir daugiau) Lietuvos gyventojų hospitalizacijos pagal apskritis ir savivaldybes netolygumus 2008 metais buvo pastebėti statistiškai patikimi skirtumai (apskričių $\chi^2=450$, IIs=9, $p<0,01$, savivaldybių $\chi^2=3101$, IIs=59, $p<0,01$).

Regioniniai suaugusių asmenų hospitalizacijos pagal apskritis ir savivaldybes skirtumai buvo vertinami reliatyvia hospitalizacijos rizika, Lietuvos gyventojų hospitalizacijos riziką prilyginus vienetai.

5 lentelė. Apskritys, kuriose 2008m. suaugusių asmenų reliatyvi hospitalizacijos rizika statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo Lietuvos gyventojų rizikos, prilygintos 1

Apskrities pavadinimas	Stebima hospitalizacija viso stacionaro ligonių (H00-H59)	Laukiama hospitalizacija viso stacionaro ligonių (H00-H59)	RR su 95 proc. pasikliautinumo intervalu viso stacionaro ligonių (H00-H59)				
Vilniaus apsk.	4391	5333,3	0,8	-	0,8	-	0,8
Kauno apsk.	5002	4141,6	1,2	-	1,2	-	1,2
Panevėžio apsk.	2017	1729,2	1,1	-	1,2	-	1,2
Telšių apsk.	881	1028,3	0,8	-	0,9	-	0,9

Statistiškai patikimi RR skirtumai buvo stebėti 4 iš 10 apskričių (5 lentelė). Dviejuose iš jų - Kauno ir Panevėžio- apskričių gyventojai statistiškai patikimai dažniau buvo

hospitalizuojami (RR -1,2), nei vidutiniškai respublikoje. Tuo tarpu statistiškai patikimai mažiau hospitalinė pagalba buvo prieinama Telšių ir Vilniaus apskrities gyventojams (RR atitinkamai 0,9 ir 0,8).

Analizuojant savivaldybių gyventojų hospitalizacijas, 23 iš 60 savivaldybių buvo nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai nuo respublikos vidurkio (6 lentelė).

Lentelė 6. Savivaldybės, kuriose 2008m. suaugusių asmenų reliatyvi hospitalizacijos rizika statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo Lietuvos gyventojų rizikos, prilygintos 1

Administracinis teritorinis vienetas	Stebima hospitalizacija. Viso stacionaro ligonių (H00-H59)	Laukiama hospitalizacija. Viso stacionaro ligonių (H00-H59)	RR (su 95 proc. pasikliautinumo intervalu) viso stacionaro ligonių (H00-H59)				
Vilnius	2953	3734,6	0,8	-	0,8	-	0,8
Šalčininkų r.	159	235,8	0,6	-	0,7	-	0,8
Vilniaus r.	315	621	0,5	-	0,5	-	0,6
Elektrėnų sav.	116	182	0,5	-	0,6	-	0,8
Kaunas	2857	2326,4	1,2	-	1,2	-	1,3
Birštonas	9	34,5	0,1	-	0,3	-	0,5
Prienų r.	265	216,5	1,1	-	1,2	-	1,4
Raseinių r.	379	262	1,3	-	1,4	-	1,6
Klaipėdos r.	242	331,1	0,6	-	0,7	-	0,8
Kretingos r.	218	288,8	0,7	-	0,8	-	0,9
Skuodo r.	83	147	0,4	-	0,6	-	0,7
Šilutės r.	225	327,6	0,6	-	0,7	-	0,8
Pakruojo r.	132	170,1	0,6	-	0,8	-	0,9
Šiaulių r.	223	315,7	0,6	-	0,7	-	0,8
Panevėžys	2017	742,7	2,6	-	2,7	-	2,8
Alytus	511	433,2	1,1	-	1,2	-	1,3
Druskininkai	128	160,3	0,7	-	0,8	-	0,9
Kalvarijos sav.	60	82,7	0,6	-	0,7	-	0,9
Tauragės r.	259	322,9	0,7	-	0,8	-	0,9
Pagėgių sav.	24	69,4	0,2	-	0,3	-	0,5
Mažeikių r.	287	407,6	0,6	-	0,7	-	0,8
Plungės r.	214	270,7	0,7	-	0,8	-	0,9
Visaginas	126	194,1	0,5	-	0,6	-	0,8

Iš 6 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad asmenų, vyresnių nei 18 m. amžiaus, sergančių akių ligomis (pagal TLK kodus H00- H 59) skirtumai tarp savivaldybių variavo pakankamai ženkliai. Daugiau hospitalizuojami buvo Kauno m., Prienų, Raseinių, Panevėžio ir Alytaus gyventojai (RR atitinkamai 1,2; 1,2; 1,4; 2,7 ir 1,2). Kituose aštuoniolikoje miestų ir

rajonų faktinė hospitalizacija buvo mažesnė nei laukiama ir reliatyvi hospitalizacijos rizika buvo mažesnė nei 1,0, o tai reiškia jog oftalmologinės priežiūros prieinamumas buvo žemesnis. Ypač žema (RR<0,6) reliatyvi hospitalizacijos rizika buvo stebima Pagėgių, Vilniaus, Elektrėnų, Skuodo savivaldybėse, Birštone ir Visagine. Vilniaus apskrities savivaldybių gyventojai - Vilniaus m, ir rajono, Elektrėnų, Šalčininkų rajono - hospitalizuojami Vilniaus miesto gydymo įstaigose, reliatyvios hospitalizacijos rizikos rodiklis buvo ženkliai mažesnis nei Kauno mieste ir rajonuose esančiose netoli Kauno. Taigi, galima būtų teigti, kad Kauno mieste ir Kauno apskrityje oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas buvo ženkliai geresnis nei Vilniaus mieste ir Vilniaus apskrityje.

Vaikų (0- 17 m.) Lietuvos gyventojų hospitalizacija pagal apskritis ir savivaldybes 2008 metais

Vertinant vaikų (0-17 m.) Lietuvos gyventojų hospitalizacijos pagal apskritis ir savivaldybes netolygumus 2008 m. buvo pastebėti statistiškai patikimi skirtumai (apskričių $\chi^2=68,8$, IIs=9, $p<0,01$, savivaldybių $\chi^2=629,7$, IIs=59, $p<0,01$).

Statistiškai patikimi RR skirtumai buvo stebėta tik 2 iš 10 apskričių – Vilniaus ir Klaipėdos (7 lentelė).

7 lentelė. Apskritys, kuriose 2008m. vaikų (0-17 m.) reliatyvi hospitalizacijos rizika statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo Lietuvos gyventojų rizikos, prilygintos 1

Apskrities pavadinimas	Stebima hospitalizacija. Viso stacionaro ligonių (H00-H59)	Laukiama hospitalizacija. Viso stacionaro ligonių (H00-H59)	RR su 95 proc. pasikliautinumo intervalu viso stacionaro ligonių (H00-H59)				
			0,7	-	0,8	-	0,9
Vilniaus apsk.	395	489,7	0,7	-	0,8	-	0,9
Klaipėdos apsk.	316	232,6	1,2	-	1,4	-	1,5

Klaipėdos apskrities vaikai statistiškai patikimai dažniau buvo hospitalizuojami (RR - 1,4) nei vidutiniškai respublikoje. Tuo tarpu statistiškai patikimai mažiau hospitalinė pagalba buvo prieinama vėlgi, kaip ir suaugusių asmenų, Vilniaus apskrities gyventojams (RR atitinkamai 0,8).

Analizuojant savivaldybių vaikų hospitalizacijas, 13 iš 60 savivaldybių buvo nustatyti statistiškai reikšmingi ($p<0,05$) skirtumai nuo respublikos vidurkio (8 lentelė).

Lentelė 8. Savivaldybės, kuriose 2008m. vaikų (0-17 m.) reliatyvi hospitalizacijos rizika statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo Lietuvos gyventojų rizikos, prilygintos 1

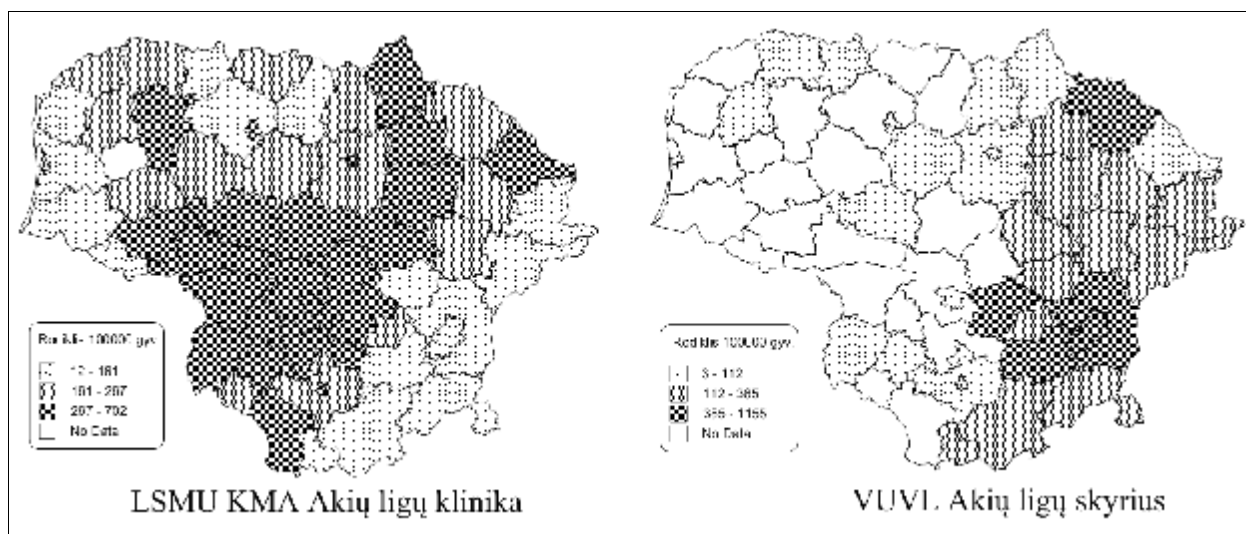
Vietovės pavadinimas	Stebima hospitalizacija. Viso stacionaro ligonių (H00-H59)	Laukiama hospitalizacija. Viso stacionaro ligonių (H00-H59)	RR su 95 proc. pasikliautinumo intervalu viso stacionaro ligonių (H00-H59)				
Vilnius	241	309	0,7	-	0,8	-	0,9
Vilniaus r.	37	62	0,4	-	0,6	-	0,8
Elektrėnų sav.	36	16,4	1,5	-	2,2	-	3
Kaunas	127	199,2	0,5	-	0,6	-	0,8
Kaišiadorių r.	109	22,4	4	-	4,9	-	5,9
Klaipėda	170	101,3	1,4	-	1,7	-	2
Šiauliai	93	71,5	1,1	-	1,3	-	1,6
Akmenės r.	9	18,4	0,2	-	0,5	-	0,9
Kelmės r.	12	24,2	0,3	-	0,5	-	0,9
Pakruojo r.	9	18,2	0,2	-	0,5	-	0,9
Rokiškio r.	53	22,5	1,8	-	2,4	-	3,1
Marijampolės r.	68	44,9	1,2	-	1,5	-	1,9
Kazlų Rūdos sav.	19	9,4	1,2	-	2	-	3,2

Iš 8 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad ligoniams nuo 0 - iki 17 metų amžiaus stebima hospitalizacija buvo statiškai patikimai didesnė nei laukiama ženkliai didesniame rajonų skaičiuje, kurie yra arčiau Kauno, o arčiau Vilniaus tik 2 rajonuose. Aukšta hospitalizacijos rizika buvo stebima Kaišiadorių, Marijampolės, Kazlų Rūdos savivaldybėse (atitinkamai 4,9, 1,5, 2,0). Vaikai, sergantys akių ligomis iš šių savivaldybių stacionarizuojami Kauno miesto gydymo įstaigose. Ypatingai žema hospitalizacijos rizika buvo stebima Vilniaus rajone (RR - 0,6). Klaipėdos mieste ligoniams nuo 0-iki 17 m. amžiaus stebima hospitalizacija buvo statiškai patikimai didesnė nei laukiama, ir hospitalizacijos rizika viršijo Lietuvos vidurkį (RR - 1,7), tai rodo, kad Klaipėdoje oftalmologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas vaikams yra pakankamas, vadinasi Klaipėdos vaikų liginė teikia pakankamai prieinamas oftalmologines sveikatos priežiūros paslaugas vaikams iš Klaipėdos miesto, bet nepakankamas iš rajonų, esančių prie Klaipėdos, nes nei viename šių rajonų stebima hospitalizacija neviršijo laukiamos hospitalizacijos. Taigi, vėl galima būtų teigti, kad Kauno mieste ir Kauno apskrityje oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas buvo ženkliai geresnis nei Vilniaus mieste ir Vilniaus apskrityje.

6.2.3.2 Hospitalizacijos į atskiras ligonines skirtumai

Naudojantis Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacine sistema SVEIDRA buvo nagrinėta, iš kokių savivaldybių hospitalizuojami ligoniai 6 didžiosiose Lietuvos ligoninėse: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno medicinos akademijos Akių ligų klinikoje (LSMU KMA), Vilniaus universiteto ligoninėje "Santariškių klinikos" (VULSK), Vilniaus universiteto vaikų ligoninėje (VUVL), kuriems 2008 m. buvo diagnozuotos akių ligos.

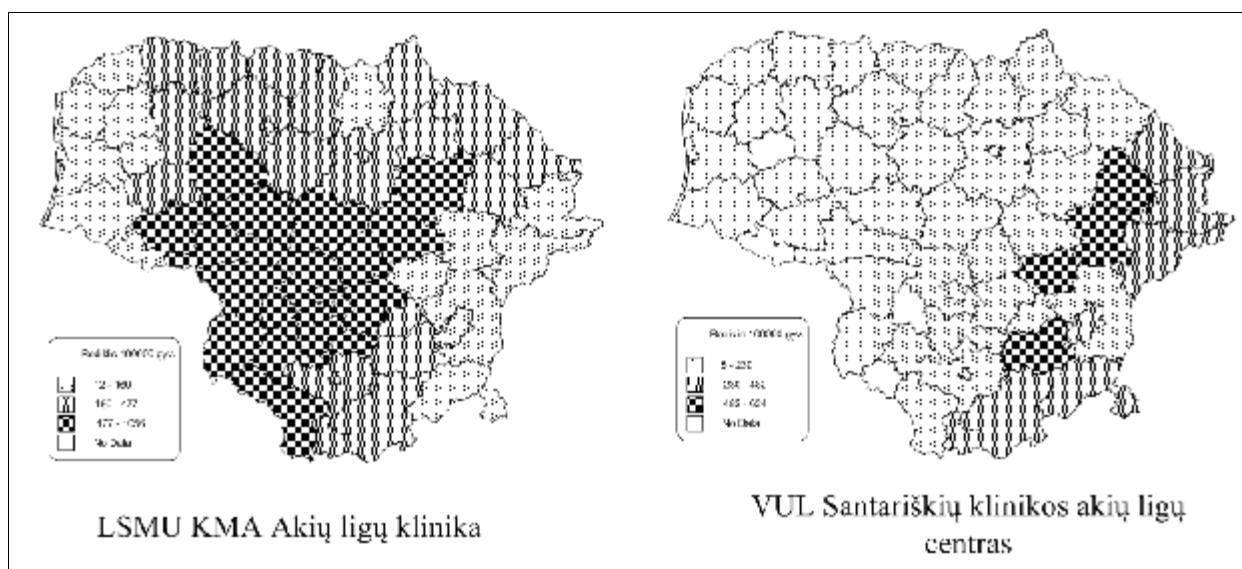
Lyginant hospitalizuotų vaikų (0-17 m.) 100000 gyventojų rodiklio pasiskirstymą pagal savivaldybes, matome, kad LSMU KMA Akių ligų klinikoje vaikų skyriuje buvo hospitalizuoti vaikai iš ženkliai daugiau savivaldybių, nei į VUVL Akių ligų skyrių. Į LSMU KMA buvo hospitalizuoti vaikai iš visos Lietuvos, taip pat ir iš Vilniaus miesto ir krašto, o į VUVL daugiausiai tik iš Vilniaus krašto (10 paveikslas). Taigi galima būtų teigti, kad ne visos oftalmologinės paslaugos buvo teikiamos VUVL Akių ligų skyriuje.



10 paveikslas. LSMU KMA Akių ligų klinikoje vaikų skyriuje ir VUVL Akių ligų skyriuje hospitalizuotų vaikų (0-17 m.) 100000 gyventojų rodiklio pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą savivaldybėse 2008 metais

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys

Lyginant hospitalizuotų suaugusiųjų (18–a ir daugiau metų) 100,000-ių gyventojų rodiklio pasiskirstymą pagal savivaldybes, stebime, kad į LSMU KMA Akių ligų kliniką stacionarizuojami ligoniai absoliučiai iš visos Lietuvos, o į VUL Santariškių klinikos Akių ligų centrą daugiausiai iš Vilniaus m. ir Vilniaus krašto, iš 4 Lietuvos savivaldybių nei vienas ligonis nebuvo stacionarizuotas į VUL Santariškių klinikos Akių ligų skyrių. Iš Panevėžio krašto, kuris priklauso Vilniaus zonai, daugiau ligonių buvo gydyta LSMU KMA, nei VUL Santariškių ligoninėje (11 paveikslas).



11 paveikslas. Hospitalizuotų suaugusiųjų (18 ir daugiau metų) LSMU KMA ir VULSK 100000-iui gyventojų rodiklio pasiskirstymą pagal savivaldybėse

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys

6.2.3.3 Trumpalaikio gydymo ir dienos chirurgijos paslaugų teikimo oftalmologiniams ligoniams skirtumai pagal apskritis ir savivaldybes

Kaip teigiama sveikatos apsaugos sistemos metmenyse, pertvarkos esmę sudaro stacionariųjų paslaugų apimčių mažinimas, o atsilaisvintų lėšų nukreipimas į pirminę sveikatos priežiūrą, ambulatorinę pagalbą, dienos stacionaro bei slaugos paslaugas, sveikatos priežiūros specialistus nukreipiant į ambulatorinę ir dienos chirurgijos grandį⁹². Viena iš prioritetinių sveikatos įstaigų restruktūrizavimo kryptių yra stacionariųjų paslaugų optimizavimas, t. y., dienos stacionarų ir dienos chirurgijos paslaugų plėtra, stacionariųjų lovų skaičiaus mažinimas. Kaip teigiama sveikatos apsaugos ministro įsakyme, dienos chirurgijos paslauga – tai planinė gydomoji chirurgijos, vaikų chirurgijos, urologijos, abdominalinės, kraujagyslių chirurgijos, ortopedijos, traumatologijos, plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos, akušerijos – ginekologijos, oftalmologijos, otorinolaringologijos sveikatos priežiūros veikla, kurios metu taikoma vietinė, regioninė ar bendrinė anestezija, užtikrinama paciento priežiūra iki 24 valandų ir galimybė suteikti chirurgijos paslaugas, naudojant šiuolaikines technologijas ir neatitraukiant paciento nuo įprastos socialinės aplinkos. Prireikus paciento priežiūra

⁹² http://www.sam.lt/go.php/lit/Sveikatos_sistemos_reformos_biuras/1120/1 žiūrėta 2010-07-18 d

gali būti pratęsiama iki 48 valandų ⁹³. Trumpalaikio gydymo paslaugos – tai tokios paslaugos, kai jos teikiamos pagal stacionariųjų paslaugų teikimo tvarką, bet ligonis stacionare išbūna iki 72 valandų.

Remiantis Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis dienos chirurgijos paslaugų skaičius didėja (9 lentelė).

9 lentelė. Regėjimo organų dienos operacijų skaičius stacionaruose 2008-2009 metais

Operacijos	Iš visų operacijų – operacijos dienos ligoniams skaičius		Dienos operacijų dalis nuo visų operacijų %	
	2008 m.	2009 m.	2008 m.	2009 m.
Regėjimo organai	2939	3771	13,78	17,35

Suaugusiems Lietuvos gyventojams teikiamų trumpalaikio gydymo paslaugų skirtumai 2008m. pagal apskritis ir savivaldybes

Vertinant suaugusių Lietuvos gyventojų trumpalaikio gydymo hospitalizacijos pagal apskritis ir savivaldybes netolygumus 2008 metais buvo pastebėti statistiškai patikimi skirtumai ($\chi^2 = 663,7$, IIs=9, $p < 0,01$, savivaldybių $\chi^2 = 982,4$, IIs=59, $p < 0,01$).

6 apskrityse iš 10 buvo stebimi statistiškai patikimi ($p < 0,05$) RR skirtumai, teikiant oftalmologinės sveikatos priežiūros trumpalaikio gydymo paslaugas suaugusiems Lietuvos gyventojams (10 lentelė).

⁹³Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.2009 m. rugpjūčio 21 d. Nr. V-668

Lentelė 10. Apskritys, kuriose 2008 metais suaugusių Lietuvos gyventojų trumpalaikio gydymo paslaugų reliatyvi hospitalizacijos rizika statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo Lietuvos gyventojų rizikos, prilygintos 1

Vietovės pavadinimas	Stebima hospitalizacija. Viso trumpalaikio gydymo paslaugų (H00-H59)	Laukiama hospitalizacija. Viso trumpalaikio gydymo paslaugų(H00-H59)	RR su 95 proc. pasikliautinumo intervalu. Viso trumpalaikio gydymo paslaugų (H00-H59)				
			2,2	-	2,4	-	2,6
Kauno apsk.	548	230,6	2,2	-	2,4	-	2,6
Klaipėdos apsk.	27	129,8	0,1	-	0,2	-	0,3
Šiaulių apsk.	36	117,5	0,2	-	0,3	-	0,4
Panevėžio apsk.	41	96,3	0,3	-	0,4	-	0,6
Marijampolės apsk.	94	60,1	1,3	-	1,6	-	1,9
Telšių apsk.	19	57,3	0,2	-	0,3	-	0,5

Iš šioje lentelėje pateiktų duomenų matome, kad Kauno apskrities gyventojams RR statistiškai patikimai buvo gerokai didesnis nei Lietuvos vidurkis (2,4). Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio ir Telšių apskrityse RR statistiškai patikimai buvo ženkliai mažesnis nei Lietuvos vidurkis. Taigi, darytina išvada, kad tik Kauno apskrities gyventojams trumpalaikių oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas buvo patenkinamas.

Statiškai patikimi reliatyvios hospitalizacijos rizikos rodikliai dėl trumpalaikių ir dienos stacionaro paslaugų buvo stebimi 22 savivaldybėse iš 60. (11 lent.)

Lentelė 11. Savivaldybės, kuriose 2008m. suaugusių Lietuvos gyventojų trumpalaikio gydymo paslaugų reliatyvi hospitalizacijos rizika statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) skyrėsi nuo Lietuvos gyventojų rizikos, prilygintos 1

Vietovės pavadinimas	Stebima hospitalizacija. Viso trumpalaikio gydymo paslaugos (H00-H59)	Laukiama hospitalizacija. Viso trumpalaikio gydymo paslaugos (H00-H59)	RR (su 95 proc. pasikliautinumo intervalu). Viso trumpalaikio gydymo paslaugos (H00-H59)				
Trakų r.	19	10,4	1,1	-	1,8	-	2,8
Kaunas	346	104,6	3	-	3,3	-	3,7
Kaišiadorių r.	32	10,3	2,1	-	3,1	-	4,4
Kauno r.	71	25,7	2,2	-	2,8	-	3,5
Prienų r.	18	9,7	1,1	-	1,8	-	2,9
Klaipėda	20	55	0,2	-	0,4	-	0,6
Palanga	0	5,3	0	-	0	-	0,7
Kretingos r.	5	13	0,1	-	0,4	-	0,9
Skuodo r.	0	6,6	0	-	0	-	0,6
Šiauliai	11	37,6	0,1	-	0,3	-	0,5
Joniškio r.	1	8,5	0	-	0,1	-	0,7
Pakruojo r.	2	7,7	0	-	0,3	-	0,9
Radviliškio r.	6	13,8	0,2	-	0,4	-	0,9
Panevėžys	14	33,4	0,2	-	0,4	-	0,7
Panevėžio r.	2	12,3	0	-	0,2	-	0,6
Marijampolės r.	92	19,8	3,8	-	4,7	-	5,7
Jurbarko r.	21	9,9	1,3	-	2,1	-	3,2
Telšių apsk.	19	48,8	0,2	-	0,4	-	0,6
Mažeikių r.	8	18,3	0,2	-	0,4	-	0,9
Plungės r.	3	12,2	0,1	-	0,2	-	0,7
Telšių r.	7	15,5	0,2	-	0,5	-	0,9
Anykščių r.	1	9,3	0	-	0,1	-	0,6

Faktiškai trumpalaikio gydymo paslaugų daugiau nei laukiamų buvo suteikta Kauno mieste ir rajone ir netoli Kauno esančių rajonų – Jurbarko, Marijampolės, Prienų, Kaišiadorių rajonų, gyventojams. Vilniuje ir netoli Vilniaus, Klaipėdoje ir netoli Klaipėdos esančiuose rajonuose trumpalaikio gydymo paslaugų faktiškai buvo suteikta mažiau nei laukiama ir RR rodikliai yra ženkliai mažesni nei 1,0. Vertinant gautus duomenis, galima daryti išvadą, kad prieinamumas šiuose rajonuose buvo nepakankamas.

Vaikams teikiamų trumpalaikio gydymo ir dienos stacionaro paslaugų skirtumai 2008 m. pagal apskritis ir savivaldybes

Vertinant vaikų (0-17 metų) Lietuvos gyventojų trumpalaikio gydymo hospitalizacijos pagal apskritis ir savivaldybes netolygumus 2008m. buvo pastebėti statistiškai patikimi skirtumai (apskričių $\lambda^2 = 251,3$, IIs=9, $p < 0,01$, savivaldybių $\lambda^2 = 441,1$, IIs=59, $p < 0,01$).

Net 8 apskrityse iš 10 buvo stebimi statistiškai patikimi RR skirtumai, teikiant trumpalaikio gydymo paslaugas vaikams (12 lentelė).

Lentelė 12. Apskritys, kuriose 2008m. vaikų (0-17 m.) reliatyvi hospitalizacijos rizika teikiant trumpalaikio gydymo paslaugas, statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo Lietuvos gyventojų rizikos, prilygintos 1

Vietovės pavadinimas	Stebima hospitalizacija. Viso trumpalaikio gydymo paslaugų (H00-H59)	Laukiama hospitalizacija. Viso trumpalaikio gydymo paslaugų (H00-H59)	RR su 95 proc. pasikliautinumo intervalu. Viso trumpalaikio gydymo paslaugų (H00-H59)				
Vilniaus apsk.	123	157,9	0,6	-	0,8	-	0,9
Kauno apsk.	163	131,1	1,1	-	1,2	-	1,4
Klaipėdos apsk.	178	75	2	-	2,4	-	2,7
Šiaulių apsk.	23	70,1	0,2	-	0,3	-	0,5
Panevėžio apsk.	18	55,5	0,2	-	0,3	-	0,5
Alytaus apsk.	21	34,6	0,4	-	0,6	-	0,9
Marijampolės apsk.	61	39,2	1,2	-	1,6	-	2
Utenos apsk.	8	30,5	0,1	-	0,3	-	0,5

Iš 12 lentelėje pateiktų duomenų matome, kad Kauno, Klaipėdos ir Marijampolės apskrityse RR buvo statistiškai patikimai daugiau nei Lietuvos vidurkis, atitinkamai (1,2, 2,4, 1,6). Tuo tarpu ypatingai žema trumpalaikio gydymo paslaugų hospitalizacijos rizika buvo stebima Šiaulių, Panevėžio ir Utenos apskrityse, atitinkamai (0,3, 0,3, 0,3). Panevėžio ir Utenos apskričių gyventojams vaikams trumpalaikio gydymo paslaugos teikiamos VUVL Akių ligų skyriuje, taigi, galima teigti, kad trumpalaikio gydymo oftalmologijos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas šių apskričių gyventojams vaikams yra labai prastas.

Analizuojant savivaldybių vaikų Lietuvos gyventojų trumpalaikio gydymo paslaugų hospitalizacijas, 22 iš 60 savivaldybių buvo nustatyti statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$) skirtumai nuo respublikos vidurkio (13 lentelė).

Lentelė 13. Savivaldybės, kuriose 2008m. vaikų (0-17 m.) trumpalaikio gydymo paslaugų reliatyvi hospitalizacijos rizika statistiškai reikšmingai skyrėsi nuo Lietuvos gyventojų rizikos, prilygintos 1.

Vietovės pavadinimas	Stebima hospitalizacija. Viso trumpalaikio gydymo paslaugų (H00-H59)	Laukiama hospitalizacija. Viso trumpalaikio gydymo paslaugų H00-H59)	RR su 95 proc. pasikliautinumo intervalu. Viso trumpalaikio gydymo paslaugų (H00-H59)				
Švenčionių r.	0	5,6	0	-	0	-	0,7
Vilniaus r.	6	20	0,1	-	0,3	-	0,7
Kaunas	102	64,2	1,3	-	1,6	-	1,9
Klaipėda	115	32,6	2,9	-	3,5	-	4,2
Palanga	6	3,2	0,7	-	1,9	-	4,1
Neringa	0	0,6	0	-	0	-	6
Klaipėdos r.	22	11,3	1,2	-	1,9	-	2,9
Šiauliai	8	23	0,1	-	0,3	-	0,7
Joniškio r.	0	6,4	0	-	0	-	0,6
Pakruojo r.	1	5,9	0	-	0,2	-	0,9
Šiaulių r.	2	10,9	0	-	0,2	-	0,7
Panevėžys	10	20,9	0,2	-	0,5	-	0,9
Biržų r.	0	6,7	0	-	0	-	0,6
Pasvalio r.	0	7	0	-	0	-	0,5
Marijampolės r.	41	14,5	2	-	2,8	-	3,8
Plungės r.	19	9,9	1,2	-	1,9	-	3
Rietavo sav.	4	2,2	0,5	-	1,8	-	4,7
Anykščių r.	4	5,8	0,2	-	0,7	-	1,8
Ignalinos r.	2	3,5	0,1	-	0,6	-	2,1
Molėtų r.	0	4,3	0	-	0	-	0,9
Utenos r.	2	8,6	0	-	0,2	-	0,8
Visaginas	0	4,5	0	-	0	-	0,8

Iš šioje lentelėje pateiktų duomenų matome, kad teikiant trumpalaikio gydymo paslaugas ligoniams nuo 0 iki 17 metų amžiaus, statistiškai patikimai stebimos hospitalizacijos rodiklis didesnis nei laukiamos buvo Kauno mieste ir Marijampolės savivaldybėje. Klaipėdos

mieste ir Klaipėdos rajone stebima hospitalizacija buvo statistškai patikimai didesnė nei laukiama, stebima trumpalaikių paslaugų hospitalizacija buvo statistškai patikimai didesnė nei laukiama.

Apibendrinant, galima teigti, kad Kauno mieste ir Kauno apskrityje ir Klaipėdos mieste oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas tiek teikiant stacionarines paslaugas, tiek teikiant trumpalaikio gydymo paslaugas, ir vaikams ir suaugusiems buvo ženkliai geresnis nei Vilniaus mieste ir Vilniaus apskrityje.

6.2.3.4. Trumpalaikio gydymo ir dienos stacionaro paslaugų skirtumai atskirose ligoninėse

Darbe buvo atskirai nagrinėtos trumpalaikio gydymo ir dienos chirurgijos oftalmologijos profilio paslaugos 5 gydymo įstaigose – LSMU KMA Akių ligų klinikoje, Vilniaus universiteto vaikų ligoninėje, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikoje ir Klaipėdos vaikų ligoninėje ir Klaipėdos apskrities ligoninėje. Lyginant suteiktų trumpalaikio gydymo paslaugų dėl akių ligų skaičių (paslaugų teikimo kodai: 2338, 2339, 2388, 2389) 2008 metais minėtose ligoninėse, pastebėta, kad LSMU KMA tokių paslaugų buvo suteikta tik 2 suaugusiems ligoniams, o Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikoje 313 suaugusių ligonių, kai tuo tarpu, 2 kartus daugiau šių paslaugų vaikams buvo suteikta LSMU KMA, nei VUVL. (14 lentelė).

14 lentelė. Trumpalaikio gydymo paslaugų, suteiktų dėl akių ligų skaičius 2008 m. 5 gydymo įstaigose, teikiančiose oftalmologines paslaugas

Gydymo įstaigos pavadinimas	Vilniaus universitet o vaikų ligoninė	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos	LSMU KMA		Klaipėdos vaikų ligoninė	Klaipėdos apskrities ligoninė
	Vaikai	Suaugę	Vaikai	Suaugę	Vaikai	Suaugę
Paslaugų skaičius	114	313	232	2	52	0

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys

Lyginant dienos chirurgijos paslaugų, suteiktų dėl akių ligų skaičių, matome, kad LSMU KMA šios paslaugos buvo suteiktos 823 suaugusiems ligoniams, o Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikoje tik 1 suaugusiam ligoniui, LSMU KMA beveik 5 kartus daugiau šių paslaugų buvo suteikta vaikams, lyginant su VUVL (15 lentelė).

15 lentelė. Dienos chirurgijos paslaugų, suteiktų dėl akių ligų skaičius 2008 m. 5 gydymo įstaigose, teikiančiose oftalmologines paslaugas

Gydymo įstaigos pavadinimas	Vilniaus universiteto o vaikų ligoninė	VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos	LSMU KMA		Klaipėdos vaikų ligoninė	Klaipėdos apskrities ligoninė
	Vaikai	Suaugę	Vaikai	Suaugę	Vaikai	Suaugę
Paslaugų skaičius	16	1	62	823	163	19

Šaltinis: SAM Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys

Apibendrinant, kyla klausimas: kodėl LSMU KMA išskirtinai teikiamos tik dienos chirurgijos paslaugos, ir neteikiamos trumpalaikio gydymo paslaugos o VULSK tik trumpalaikio gydymo paslaugos ir neteikiamos dienos chirurgijos paslaugos? Tikėtina, kad paslaugų teikimo algoritmai nepakankamai gerai reglamentuoti, o tai sudaro prielaidas pasirinkti paslaugą pagal apmokėjimo lygį.

VII. OFTALMOLOGINĖS STACIONARINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO KOKYBINIS TYRIMAS

7.1 Tyrimo metodika

Kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodu buvo pasirinktas pusiau struktūruotas interviu. Pusiau struktūruotas interviu kaip metodas yra tarpinis variantas tarp visiškai struktūruoto ir nestruktūruoto interviu. Šio tipo interviu reikalauja iš tyrėjo gebėjimo klausytis, greitai reaguoti į situaciją, atpažinti tiriamojo reakcijas, mokėti į jas reaguoti.

Tyrimui ekspertai buvo atrinkti, taikant atrankos kriterijus, t.y. klinikinio ir organizacinio darbo trukmė, darbo patirtis. Tyrime sutiko dalyvauti 6 žinomi Lietuvoje oftalmologai, dirbantys ne tik klinikinį darbą, bet ir dirbę administracinį darbą teikiant oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugas. Tyrimo metu ekspertams buvo garantuota, kad jų nuomonė bus naudojama tik apibendrintoje apžvalgoje ir nebus skelbiamos ekspertų pavardės.

Pusiau struktūruotų interviu trukmė – nuo 30 iki 45 min.

Atliekant pusiau struktūruotą interviu buvo vadovaujamosi tyrimo gairėmis, kuriomis buvo siekiama atskleisti respondentų vertinimus, patirtį ir išvalgas. Pagrindiniai klausimai buvo

siejami su oftalmologinės sveikatos priežiūros vertinimu, jos stipriosiomis ir silpnosiomis pusėmis, prieinamumo vertinimu, oftalmologinės sveikatos priežiūros tobulinimo kryptimis. Pirmiausia buvo prašoma pateikti savo vertinimus ir laukiama jų refleksijos, neskubinant ir netraukiant atsakymų.

Kokybinio tyrimo apibendrinimui buvo naudotas „kontent“ analizės metodas. Tai formalizuotas dokumentų tyrimo būdas, kuris numato jų turinio vertinimą remiantis požymių, kurie svarbūs tyrėjui ir kuriuos galima apibendrinti, skaičiavimu. Tai tokia dokumentų analizė, kuri išryškina teksto charakteristikas. Metodo esmė ta, kad teksto struktūroje išskiriami ir apibrėžiami statistinio stebėjimo vienetai, kurie užkoduojami ir perkeliama į teksto analizės matricą. Tokiu būdu užfiksuojamas tyrinėtoją dominančių teksto struktūrinių vienetų dažnis, kuris vėliau ištiriamas statistiškai⁹⁴.

Respondentų atsakymai ir pasiūlymai sugrupuoti pagal pasikartojančių atsakymų temas nuo dažniausiai pasikartojančių iki rečiausiai pasikartojančių.

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti ar pakankamai prieinamos oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje ekspertu nuomone.

Tyrimo laikas – 2010 m. spalio mėn.

Respondentai – 6 gydytojai oftalmologai, dirbantys ar dirbę administracinį darbą Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose oftalmologines sveikatos priežiūros paslaugas. Visi respondentai turi medicinos mokslų daktaro laipsnį. Respondentų klinikinio darbo stažo vidurkis – 26,6 metai, administracinio darbo stažo vidurkis – 12 metai.

Konfidencialumo pagrindais respondentų pavardės neviešinamos.

Tyrimas buvo atliekamas laikantis tokios eigos:

1. Klausimų sudarymas.
2. Apklauso metodo parinkimas.
3. Duomenų analizė, ekspertų požiūris.
4. Rezultatų apibendrinimas ir išvados.

Kokybiniam tyrimui atlikti buvo parengta anketa, sudaryta iš 5 atvirų klausimų, su tikslinančiais 2-3 klausimais.

⁹⁴ <http://www.vsv.lt/mokymas/Edukologijos/1494.html> žiūrėta 2010-12-18

7.2 Tyrimo rezultatai

Atlikus kokybinį ekspertų tyrimą, visi ekspertai vieningai atsakė, kad oftalmologinės paslaugos Lietuvoje, tiek organizaciniu, tiek ekonominiu požiūriu, tiek didžiuosiuose miestuose, tiek rajonuose nepakankamai prieinamos. Visi ekspertai, įvardydami stipriąsias oftalmologijos puses, minėjo žmogiškuosius resursus, žmonių pasiryžimą ir norą dirbti, kelti kvalifikaciją, investuojant į savo darbo vietą, stiprią rezidentų ruošimo bazę LSMU KMA Akių ligų klinikoje, siekiančią tarptautinės akreditacijos. Bet vienas ekspertas teigė, kad „bet jos trūkumas – rezidentai dirba tik „popierinį darbą“, nesudaromos sąlygos atsirasti ryšiui tarp teorijos ir praktikos“.

Kalbant apie silpnąsias puses, buvo įvardinta, prasta įstatyminė bazė, kurios tikslas **nėra** sudaryti sąlygas kokybiškam darbui, neadekvatūs paslaugų įkainiai ir oftalmologų atlyginimai, dirbama su sovietinių laikų morališkai pasenusia įranga, žiniasklaidos perteikiamos sveikatos problemos, ieškant kaltų, bet neįvertinant atliekamo darbo. Visi ekspertai akcentavo, kad „nėra vieningos respublikinės oftalmologijos krypties. Respublikiniai centrai (universiteto klinikos) labiau orientuotos į chirurginę pagalbą, tačiau konservatyvioji oftalmologija lieka podukros vietoje. Uždegiminė patologija apleista (dėl lėšų stokos negalima atlikti reikalingų diagnostinių tyrimų susirgimo etiologijai išaiškinti, todėl negalima užkirsti kelio recidyvams). Gerai, kad glaukomos diagnostika rūpinasi profesionalai entuziastai, tačiau visi informatyviausi glaukomos diagnostikos ir progresavimo sekimo tyrimai yra mokami pačių pacientų. Toli gražu ne kiekvienas išgali tokią sumą sumokėti“.

Į klausimą, ar pakanka 2 III lygio paslaugas teikiančių universitetinių centrų, ekspertų nuomonės išsiskyrė: 3 ekspertai atsakė, kad tokių centrų pakanka nes „oftalmologinė aparatūra yra labai brangi, todėl geriau aprūpinti dvi universiteto ligonines pilnai, negu „išmėtyti“ po truputį po visą respubliką“, o 3 ekspertai atsakė, kad nepakanka, ir dar vienas III lygio oftalmologijos paslaugas teikiantis centras galėtų būti įkurtas vakarų Lietuvoje, t.y. Klaipėdos universiteto ligoninėje. Oftalmologai, dirbantys KUL, būtų pajėgūs teikti III lygio paslaugas, kurių šiuo metu neteikia dėl neadekvačių tokių paslaugų įkainių. Pvz: Vitrektomijos įkainis prilygintas kataraktos ekstrakcijos įkainiui, kai vitrektomijos tiek laiko sąnaudos, tiek operacijos savikaina 5-6 kartus skiriasi nuo kataraktos operacijos sąnaudų.

Visų ekspertų nuomone pagrindinė oftalmologinės sveikatos priežiūros kryptis turėtų būti paslaugų centralizavimas. Ekspertų nuomone nesame tokie turtingi tiek žmogiškųjų išteklių, tiek technologijų prasme. Vaikų ir suaugusių „atskyrimas logiškas tik žmogiškąja prasme – vaikams ir kabinetai, ir laukiamieji yra kitokių standartų, negu suaugusių“, „bet skyriai turi būti

viename centre vienoje vietoje, kad nereikėtų dubliuoti brangios aparatūros ir būtų prieinamos konsultacijos specifinių oftalmologijos sričių (onkologijos, vitreoretinologijos, lazeristų) vietoje“. Specializacijos prasme, reiktų neskirti – pvz. kataraktą vaikams turėtų operuoti kataraktos chirurgas, kuris per savaitę atlieka pvz. 50 operacijų, o ne vaikų oftalmologas, kuris atlieka 50 kataraktos operacijų per 1-2 metus. Ir atvirkščiai, pvz., žvairumą suaugusiems žymiai geriau išoperuos vaikų oftalmologas. Vienas ekspertas gana kategoriškai pasisakė dėl susiklosčiusios situacijos Vilniaus mieste. Šiuo metu Vilniaus mieste yra 3 atskiri padaliniai. Nuo 2010-04-01 d. ministro įsakymu VUGPL ligoninė neteko teisės teikti III lygio oftalmologijos paslaugų, todėl prieinamumas gauti oftalmologinę pagalbą dar labiau pablogėjo. Eksperto nuomone Vilniuje turėtų būti vienas oftalmologijos centras, kuriame būtų teikiamos paslaugos tiek vaikams tiek suaugusiems, tada nereikėtų siųsti vaikų sudėtingoms operacijoms arba atlikti tyrimų į LSMU KMA. Prieš 6 metus, kai buvo naikinama Misionierių ligoninė, buvo gera situacija sujungti visus skyrius į vieną centrą, tačiau, dėl kai kurių asmenų ambicijų tai nebuvo atlikta. Šiuo metu vėl yra panaši situacija susiklosčiusi, Santariškėse statomas naujas korpusas, į kurį kelsis Akių ligų centras – kodėl gi neprijungus vaikų skyriaus iš VUVL ir suaugusių skyriaus iš Lazdynų ligoninės? Čia reikėtų vadybinio sprendimo iš valdininkų pusės. Ligoniai vis tiek yra siunčiami į Santariškių Akių ligų centrą, kai Lazdynų ligoninėje diagnozuojama patologija, įtraukta į III lygio paslaugų sąrašą. Lazdynų ligoninės Akių ligų skyrius aprūpintas brangia įranga, kuri dabar nėra pakankami naudojama dėl pasikeitusios situacijos. Taip pat gydytojai praranda kvalifikaciją, gydydami lengvesnę patologiją. Ligonių priėmimas suskirstant pagal registracijos vietą (Vilniaus miesto gyventojai turi kreiptis į VUGPL o Vilniaus rajono gyventojai į VUSLK) taip pat taisytinai. Turėtų būti įsteigtas vienas Akių ligų traumų punktas, toje ligoninėje, kur atliekamos operacijos, o ne taip kaip yra dabar – ligoniai kreipiasi į akių traumų punktą VUGPL, o paskui pervažiuoja į VUSLK Akių ligų centrą.

Ekspertų nuomonė dėl žmogiškųjų išteklių, konkrečiai dėl gydytojų skaičiaus ir slaugytojų skaičiaus buvo vieninga – ir gydytojų, ir slaugytojų trūksta. Dėl stacionariųjų lovų skaičiaus, ekspertų nuomonė išsiskyrė – 4 ekspertai teigė, kad lovų pakanka, 1 ekspertas pasisakė už lovų skaičiaus mažinimą, 1 – už lovų skaičiaus didinimą.

5 ekspertai teigė, kad trumpalaikio gydymo ir dienos chirurgijos paslaugos turi sudaryti iki 80 procentų oftalmologijos paslaugų, bet buvo išsakyta kritiška nuomonė, kad jei tik sumažinti lovas ir išleisti įsakymą – „gydyti ambulatoriškai“, nesudarant sąlygų operacinėse, poliklinikos kabinetuose, tai būtų eilinė klaida. 1 eksperto nuomone reikėtų įvertinti žmogiškąjį faktorių, kokias operacijas priskirti dienos chirurgijos paslaugai. Šio eksperto nuomone, dabar **lovas keičia sėdimi foteliai**. Tai labai blogai - nes po operacijos, kad ir kokia ji bebūtų, ligoniui

daug geriau nors kelias valandas atsipalaiduoti (po patirto streso) ištiesus kojas lovoje, o pagaliau ir nusnausti porą valandų, kol bus galima vykti namo. Reikia tik pamatyti, kaip atrodo garbingo amžiaus senoliai po operacijų “sėdintys” vienadieniuose foteliuose- gaila žiūrėti. Dienos chirurgijai turėtų būti priskirtinas vokų, junginių augliukų chirurginį gydymą.

Dėl organizacinio prieinamumo gerinimo rajonuose visi ekspertai teigė, kad reikia stiprinti materialinę bazę, aprūpinti aparatūra poliklinikų kabinetus, gerinti darbo sąlygas, įvesti tiesioginę registraciją pas oftalmologą ne per šeimos gydytoją, nes dabar šeimos gydytojo institucija veikia tik „popieriuje“. Įdomi vieno eksperto nuomonė, kuris pasiūlė „plėtoti telemedicinos paslaugų tinklą. Norvegijos pavyzdys – šeimos gydytojas tyri skaitmenines apžiūros priemones, kurios įgalina gauti konsultaciją be ligonio tiesioginio dalyvavimo. Taip ne tik suteikiama paslauga reikiamu laiku, bet ir taupomi pinigai – tiek ligonio, tiek valstybės“.

Visi ekspertai nepatenkinamai įvertino paslaugų (stacionarinės, dienos chirurgijos, trumpalaikio gydymo) aprašymus kaip apmokėjimo metodo instrumentą ir teigė, kad jie taisytini. Ekspertų nuomone įstatymai dviprasmiški ir kuriami dažniausiai įvertinant siaurus interesus, centrai atsirenka, kokia paslauga finansiškai naudingesnė ligoninei, tą ir teikia. Be to „universiteto akių ligų centrų paslaugų įkainiai turėtų skirtis nuo II lygio gydymo įstaigų oftalmologijos paslaugų įkainių“.

Apibendrinant gautus kokybinio tyrimo rezultatus, darytina išvada, kad oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas yra nepakankamas visais požiūriais. 60-80 procentų oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugų turėtų būti ambulatorinės. Gerinant oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugas reikėtų rinktis centralizavimo kryptį. Taip pat atkreiptinas dėmesys į darbo sąlygų tiek technologijų, tiek žmogiškųjų išteklių prasme, pagerinimą rajonuose, ko pasėkoje pagerėtų oftalmologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

VIII. REZULTATŲ APTARIMAS IR OFTALMOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO GERINIMO GAIRĖS

8.1 Tyrimo metodų privalumai ir trūkumai

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra multidimensinis dydis, kuris gali būti tiriamas įvairiais metodais ir vertinamas įvairiais aspektais. Sveikatos prieinamumo tyrimai dažniausiai atliekami apklausų metodu ir/arba analizuojant administracinius duomenų šaltinius. Abu šie metodai turi privalumų ir trūkumų.

Apklausų metodas dažniausiai naudojamas vertinant sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo, Lietuvos gyventojų ar paciento, t. y. asmens, kuriam suteikiamos paslaugos, nuomonę. Rezultatai priklauso nuo to, kuri grupė dalyvauja tyrime. Politikos formavimo požiūriu, turėtų būti tiriami Lietuvos gyventojai, kuriems buvo suteiktos paslaugos, tačiau tyrimo metu jie jau nebebuvo pacientais. Antra vertus, svarbu atkreipti dėmesį, kur atliekamas tyrimas – gydymo įstaigoje ar už jos ribų. Tikėtina, jog pacientai, apklausti gydymo įstaigoje geriau vertina teikiamų paslaugų organizavimą. Šio metodo pagalba gaunami duomenys apie respondentų socioekonominę padėtį, gaunamas pajamas, o būtent šie parametrai turi didelę įtaką paslaugų prieinamumui. Tai neabejotini šio tyrimo metodo privalumai. Tačiau apklausos pakankamai brangus finansų ir laiko požiūriu tyrimo metodas, kadangi duomenys specialiai yra renkami.

Sveikatos priežiūros prieinamumo tyrimui paslaugų vartojimo, sveikatos draudimo, gyventojų galimybe patekti pas gydytoją ir pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis aspektu, gyventojų aprūpinimo sveikatos priežiūros ištekliais, sveikatos priežiūros atokių rezultatų - sergamumo, mirtingumo ar mirštamumo – aspektais, racionaliau naudoti administracinius duomenų šaltinius, kurių duomenys sudaro valstybinės sveikatos statistikos pagrindą. Jų didžiausias privalumas yra tai, jog duomenys renkami reguliariai, o tai sudaro puikias prielaidas sveikatos politikos gyvendinimo stebėsenai. Tad neatsitiktinai Europos Komisija sveikatos priežiūros politikos prieinamumo srityje monitoringui šalims narėms rekomenduoja šalia apklausų naudoti ir administracinius duomenų šaltinius⁹⁵. Antra vertus, apklausų rezultatus įtakoja ir kultūrinė aplinka šalyje, susiformavęs požiūris, tuo tarpu administraciniai duomenų šaltiniai pakankamai objektyviai charakterizuoja situaciją.

Savo darbe tyrimui panaudojome administracinius šaltinius dėl kelių priežasčių. Pirma, Lietuvoje yra pakankamai gera administracinių sveikatos šaltinių duomenų bazė. Privalomo draudimo informacinė sistema SVEIDRA kaupia tiek ekonominius, tiek epidemiologinius

⁹⁵ Measuring inequalities in access to health care“ European commission Employment and social affairs DG Lot 4: Methodological paper N 2

duomenis, tad galima šio šaltinio analizė įvairiais aspektais. Antra, šie duomenys apima faktiškai apima visus šalies gyventojus, nes Lietuvoje privalomuoju draudimu apdrausta 99 proc. gyventojų⁹⁶. Trečia, galima analizė pagal administracinius vienetus, ir ketvirtas svarbus privalumas – mūsų pasirinkto rodiklio –hospitalizacijų- tarptautinis palyginamumas.

Tyrimas turi tam tikrų ribotumą. Viešojoje erdvėje sąvoka „prieinamumas“ suvokiamas kaip norimu laiku gauti norimo specialisto paslaugą norimoje gydymo įstaigoje. Tam charakterizuoti geriau tiktų laukimo eilės rodiklis. Tačiau tokio tyrimo atlikimui reikalingos papildomos finansinės lėšos.

Oftalmologinės sveikatos priežiūros organizavimo optimizavimo ir prieinamumo gerinimo strategijos gairėms parengti buvo pasirinkta kokybinių tyrimų metodologija. Sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimas yra glaudžiai susijęs su poreikiu sveikatos paslaugoms. Šiame kontekste pacientas prilyginamas paslaugos vartotojo kategorijai, kuris suponuoja poreikio apibrėžimą per pasitenkinimo sampratą arba pagal turimų žinių apie savo sveikatą kiekį. Gydytojo darbas prilyginamas paslaugoms, panašiai kaip valstybės tarnautojų darbas priskiriamas paslaugų kategorijai viešojo administravimo moksle. Šis iš ekonomikos ir vadybos mokslų paradigmos (pasiūlos –paklausos) kilęs konceptualus modelis diskutuotinas sveikatos priežiūros institucijų atveju jau vien todėl, kad gydytojo profesija yra unikaliai instituciškai saistoma Hipokrato priesaikos. Todėl čia šalia paslaugų teikimo sąvokų labai svarbiomis yra ir kitos sąvokos, kurios pamatinės daugelyje socialinių mokslų –pasitikėjimas, pareiga, vertybinės orientacijos, socialinis solidarumas ir kt. Šiame kontekste kokybinių tyrimų panaudojimas tampa itin aktualus, nes šios metodologijos panaudojimas gali padėti tyrinėtojams atkreipti dėmesį į pagrindinį konteksto faktorių su visu jo sudėtingumu ir nestabilumu⁹⁷, išryškinti asmeninę interpretaciją ar prasmę, priskirtą fenomenui⁹⁸, atskleisti profesinę ir žmogiškąją patirtį.

Kokybiniame tyrime dalyvavo žymiausi Lietuvos oftalmologai, turintys didelę administracinio ir klinikinio darbo patirtį. Tai šio tyrimo privalumas. Tačiau nagrinėjant teritorinius prieinamumo aspektus, būtų buvę naudinga išgirsti ir rajonuose dirbančių asmenų nuomonę. Tai šio tyrimo ribotumas.

⁹⁶ <http://www.vlk.lt> (žiūrėta 2011-03-10)

⁹⁷ Lyons, E., & Coyle, A. (Eds) (2007). *Analysing qualitative data in psychology*. London: Sage

⁹⁸ Sale, J.E.M., Lohfeld, L., & Brazil, K. (2002). Revisiting the qualitative-quantitative debate: Implications for mixed-methods research. *Quality & Quantity*, 36, 43-53.

8.2 Oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo gairės

Akys – vienas svarbiausių organų, padedančių orientuotis aplinkoje. Šios ligos blogina gyvenimo kokybę, pamažu atimdamos vieną svarbiausių pojūčių – matymą. Kaip rodo gauti rezultatai, 2008 m. sergamumas akių ir jos priedinių organų ligomis suaugusiųjų tarpe yra 6 vietoje, po kraujotakos sistemos, kvėpavimo sistemos, jungiamojo audinio ir skeleto- raumenų sistemos, virškinimo sistemos ir urogenitalinės sistemos ligų, o sergamumas akies ir jos priedinių organų ligomis vaikų iki 18 m. amžiaus tarpe yra net 2 vietoje po kvėpavimo sistemos ir virškinimo sistemos ligų ir kiekvienais metais turi tendenciją didėti. Taip pat bendrojo sergamumo struktūroje 2 vietoje 2009 m. buvo 65 metų ir vyresnių asmenų tarpe akies ir jos priedinių organų ligos. Organizmui senstant, apsauginiai mechanizmai, padedantys atstatyti pažeistus akies audinius, pamažu silpsta – vystosi amžiaus nulemtos akių ligos: senatvinė katarakta, glaukoma, kitos nuo amžiaus priklausančios akių ligos, bloginančios regą. 2009 metais bendrasis sergamumas akies ir jos priedinių organų ligomis tarp 65 metų ir vyresnio amžiaus gyventojų buvo 145,6/1000 gyventojų. Moterys akių ligomis sirgo dažniau, negu vyrai. Labiausiai paplitusios ligos tarp pagyvenusių žmonių buvo senatvinė ir kitos kataraktos, glaukoma, voku, ašarų sistemos, akiduobės, junginės ligos. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, iš gydytojų specialistų, dažniausiai buvo kreipiamasi į oftalmologą. Bendrasis sergamumas akių ligomis 1000 gyventojų kiekvienais metais ir visose apskrityse taip pat turėjo tendenciją didėti. Stacionarinės oftalmologijos paslaugos 2009 m. buvo suteiktos 22 701 ligonių dėl ligų ir 459 ligoniams dėl traumų. Regėjimo organų operacijų skaičius stacionaruose, lyginant 2008 metus ir 2009 metus didėjo (atitinkamai 21322 ir 21731 operacijų)⁹⁹. Šiame darbe visi analizuoti ir vertinti rodikliai, susiję su akių ir jos priedinių organų ligomis, didėjo.

Vertinant oftalmologinės sveikatos priežiūros žmoniškųjų išteklių ir infrastruktūros bazę, radome, kad 2009 metais Lietuvoje buvo 172 valstybinės ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kuriose buvo teikiamos antrinio ir tretinio lygio oftalmologo paslaugos, ir jas teikė 353 fiziniai asmenys- gydytojai, turintys teisę verstis gydytojo - oftalmologo praktika ir tai sudarė 1,06 gydytojo oftalmologo 10000 gyventojų, kurie dirbo pagrindiniame darbe ir buvo užėmę 466,6 etato. 2009 metais gydytojų oftalmologų skaičius 10000 gyventojų 7 apskrityse iš 10 didėjo, tačiau Telšių ir Utenos apskrityse – mažėjo, lyginant su ankstesniais metais. Literatūros duomenimis, lyginant Estiją, Latviją ir Lietuvą, 2007 metų duomenimis, gydytojų oftalmologų skaičius 10000 gyventojų buvo didžiausias buvo Lietuvoje, atitinkamai (0,8, 0,9, 1,0), ir

⁹⁹ <http://www.lsic.lt,žiūrėta 2011-02-25>.

oftalmologinio profilio lovų skaičius tenkantis 1000 gyventojų didžiausias buvo Lietuvoje, atitinkamai (0,2, 0,8, 0,9). Įdomu tai, kad Estijoje oftalmologinio profilio lovų skaičius net 4 kartus buvo mažesnis nei Lietuvoje, o gydytojų skaičius beveik nesiskiria nuo kitų Baltijos šalių rodiklio. Tai reiškia, kad Estijoje daugumas operacijų ir akių ligų gydoma ambulatoriškai¹⁰⁰. Daugumos ekspertų nuomone, 60-80 proc. oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugų galėtų būti ambulatorinės, tačiau, norint tai įgyvendinti, reikėtų didinti gydytojų oftalmologų skaičių, ypatingai rajonuose.

Vertinant oftalmologinių paslaugų organizavimą, aiškiai matosi, kad Vilniaus zonoje, lyginant su Kauno zona, šios paslaugos yra blogiau prieinamos. Nors stacionarizuotų ligonių skaičius ženkliai nesiskiria, lyginant LSMU KMA Akių ligų kliniką ir VUSLK Akių ligų centrą ir VUVL Akių ligų skyrių, tačiau į VUSLK Akių ligų centrą ir į VUVL Akių ligų skyrių stacionarizuojami ligoniai iš žymiai mažiau savivaldybių. Kauno mieste ir Kauno apskrityje ir Klaipėdos mieste oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas tiek teikiant stacionarines paslaugas, tiek teikiant trumpalaikio gydymo paslaugas, ir vaikams ir suaugusiems buvo ženkliai geresnis nei Vilniaus mieste ir Vilniaus apskrityje. Kaip rodo kiekybinio tyrimo rezultatai, savivaldybės, kurių gyventojai statistiškai patikimai mažiau gydėsi stacionaruose, buvo dažniau labiau nutolę nuo oftalmologinių centrų. Panašūs duomenys buvo gauti ir Pjemonte, Italijoje – hospitalizacijos rodiklis buvo tuo didesnis, kuo mažesnis atstumas buvo nuo ligoninės¹⁰¹. Užsienio literatūroje aprašoma, kad socioekonominės sąlygos taip pat turi ženklią įtaką gauti savalaikes sveikatos priežiūros paslaugas¹⁰². Bedarbių skaičius yra siejamas su gyventojų socioekonominėmis sąlygomis, kuo didesnis bedarbių skaičius apskrityje, tuo blogesnės socioekonominės sąlygos. Remiantis Lietuvos Statistikos departamento duomenimis Vilniaus apskrityje 2008 metais buvo 17,7 tūkst. registruotų bedarbių, kai tuo tarpu Kauno apskrityje – 12,4 tūkst. registruotų bedarbių¹⁰³. Taigi galima būtų teigti, kad dėl bedarbystės, Vilniaus apskrities gyventojų socioekonominės sąlygos yra blogesnės, nei Kauno apskrities gyventojų, o kaip parodė kiekybinis tyrimas, oftalmologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas blogesnis būtent Vilniaus apskrities gyventojams. Taigi, gerėjant socioekonominei situacijai, turėtų gerėti ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

Vertinant gautus tiek kiekybinio tyrimo rezultatus, tiek ekspertų nuomonę, darytina išvada, kad oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas yra nepakankamas. visais

¹⁰⁰ <http://www.lsic.lt>, žiūrėta 2010-04-30.

¹⁰¹ Petrelli A, Picariello R, Costa G „Toward a needs based mechanism for capitation purposes in Italy: the role of socioeconomic level in explaining differences in the use of health services“ Int J Health Care Finance Econ. 2010, March 10 (1);p.29-42

¹⁰² Reid KW, Vittinghoff E, Kushel MB, /Association between the level of housing instability, economic standing and health care access: a meta-regression/ J Health care 2008 Nov 19(4); p.1212-1228

¹⁰³ <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=2556> (žiūrėta 2011-03-06).

požiūriais, nėra vieningos Lietuvos oftalmologijos koncepcijos. Gerinant oftalmologijos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, ekspertų nuomone, reikėtų stiprinti materialinę bazę, aprūpinti aparatūra poliklinikų kabinetus, gerinti darbo sąlygas, įvesti tiesioginę registraciją pas oftalmologą, ne per šeimos gydytoją, nes dabar šeimos gydytojo institucija veikia tik „popieriuje“. Gerinant oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugas reikėtų rinktis centralizavimo kryptį. Vaikų ir suaugusių atskyrimas logiškas tik žmogiškąja prasme – vaikams ir kabinetai, ir laukiamieji yra kitokių standartų, negu suaugusių, tačiau specializacijos prasme, oftalmologijos sveikatos priežiūros paslaugos tiek vaikams, tiek suaugusiems turėtų būti teikiamos viename centre.

Vertinant trumpalaikio gydymo paslaugas, buvo rasta, kad Kauno mieste ir Kauno apskrityje ir Klaipėdos mieste oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas ir vaikams, ir suaugusiems buvo ženkliai geresnis nei Vilniaus mieste ir Vilniaus apskrityje.

Vertinant dienos chirurgijos paslaugų teikimo rodiklius, buvo rasta, kad LSMU KMA išskirtinai teikiamos tik dienos chirurgijos paslaugos, ir neteikiamos trumpalaikio gydymo paslaugos o VULSK tik trumpalaikio gydymo paslaugos ir neteikiamos dienos chirurgijos paslaugos. Kaip paaiškino visi ekspertai, įstatymai yra dviprasmiški ir kuriami dažniausiai įvertinant siaurus interesus, centrai atsirenka, kokia paslauga finansiškai naudingesnė ligoninei, tą ir teikia. Todėl, ekspertų nuomone, paslaugų (stacionarinės, dienos chirurgijos, trumpalaikio gydymo) aprašymus kaip apmokėjimo metodo instrumentą, reikėtų, taisyti. 60-80 procentų oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugų turėtų būti ambulatorinės, sudarant sąlygas operacinėse, poliklinikos kabinetuose, taip pat įvertinant „žmogiškąjį“ faktorių. Tačiau, lyginant akių ir jos priedinių organų dienos operacijų skaičiaus procentą nuo visų akių operacijų stacionaruose 2008-2009 m. jis didėja (atitinkamai 13,78% ir 17,35%), tai rodo, kad situacija, teikiant oftalmologinės sveikatos priežiūros dienos stacionaruose paslaugas, turi tendenciją gerėti.

VIII. IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

8.1. IŠVADOS

1. Prieinamumo sąvoka įvairialypė ir daugiareikšmė. Sveikatos priežiūros prieinamumas yra susietas su individo poreikių, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo proceso ir sveikatos priežiūros paslaugų naudojimo tvarkos sąveika. Tad prieinamumui vertinti tarptautinėje praktikoje naudojami paslaugų vartojimo, aprūpinimo ištekliais, sveikatos draudimo mastais, laukimo laiko rodikliai.

2. Sveikatos priežiūros prieinamumas yra vienas pagrindinių sveikatos politikos principų ir yra įgyvendintas pagrindiniuose sveikatos priežiūros organizavimą reglamentuojamuose teisiniuose aktuose.

3. Ligonių, besikreipiančių dėl akių ligų skaičius didėja. Gydytojų oftalmologų pasiskirstymas pagal apskritis yra netolygus. Rasta statistiškai patikima ($p < 0,05$) vidutinio stiprumo koreliacija ($r = 0,55$) tarp gydytojų oftalmologų ir asmenų, sergančių akių ligomis skaičiaus 1000 gyventojų.

4. Analizuojant suaugusių Lietuvos gyventojų ir vaikų hospitalizacijas bei trumpalaikio ir dienos chirurgijos paslaugų teikimą oftalmologiniams ligoniams pagal apskritis ir savivaldybes 2008 m. buvo pastebėti statistiškai patikimi skirtumai.

4.1. Suaugę Kauno ir Panevėžio apskričių gyventojai statistiškai patikimai dažniau buvo hospitalizuojami (RR 1,2), o Vilniaus ir Telšių statistiškai patikimai rečiau (RR 0,9) nei vidutiniškai Lietuvoje. Klaipėdos apskrityje gyvenantys vaikai net 1,4 karto dažniau ($p < 0,05$), o Vilniaus apskrities vaikai 0,8 karto rečiau ($p < 0,05$) buvo hospitalizuoti, nei vidutiniškai Lietuvoje. Savivaldybės, kurių gyventojai statistiškai patikimai mažiau gydėsi stacionaruose, buvo dažniau labiau nutolę nuo oftalmologinių centrų. Hospitalizacijų pagal atskiras ligonines tyrimas parodė, jog vyrauja administracinio suskirstymo principas.

4.2. Trumpalaikio gydymo ir dienos stacionaro paslaugos Kauno apskrities gyventojams buvo dažnesnės nei Lietuvos vidurkis (RR 2,4; $p < 0,05$). Šio pobūdžio paslaugų daugiau buvo suteikta Kauno mieste ir rajone ir netoli Kauno esančių rajonų – Jurbarko, Marijampolės, Prienų, Kaišiadorių rajonų, gyventojams. Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio ir Telšių apskričių gyventojams trumpalaikio gydymo ir dienos stacionaro paslaugos buvo suteiktos ženkliai rečiau. Vaikams, gyvenantiems Kauno, Klaipėdos ir Marijampolės apskrityse, trumpalaikio gydymo paslaugų

buvo suteikta daugiau (RR atitinkamai 1,2, 2,4, 1,6, $p < 0,05$). Tuo tarpu Šiaulių, Panevėžio ir Utenos apskrityse gyvenantiems vaikams labai nedaug (RR atitinkamai 0,3, 0,3, 0,3; $p < 0,05$). Pastebėti dideli trumpalaikio ir dienos stacionaro paslaugų apimčių skirtumai Kauno ir Vilniaus ligoninėse.

5. Ekspertų nuomone oftalmologinės pagalbos prieinamumas yra nepakankamas. 60-80 procentų oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugų turėtų būti ambulatorinės. Gerinant oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugas reikėtų rinktis centralizavimo kryptį. Taip pat atkreiptinas dėmesys į darbo sąlygų tiek technologijų, tiek žmogiškųjų išteklių prasme, pagerinimą rajonuose, ko pasėkoje pagerėtų oftalmologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

6. Ekspertų nuomone, teikiamų oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugų paslaugų (stacionarinės, dienos chirurgijos, trumpalaikio gydymo) aprašymai kaip apmokėjimo metodo instrumentai yra netinkami ir taisytini.

7. Pasitvirtino hipotezė, kad oftalmologines sveikatos priežiūros paslaugas nėra vienodai prieinamos visiems Lietuvos gyventojams ir yra pažeidžiamas prieinamumo principas.

8.2. PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS

1. Pasiūlyti sprendimų priėmėjams peržiūrėti įstatyminę bazę, išgryninant sąvokas – dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir trumpalaikio gydymo paslaugų pagal tarptautines metodologijas ir taisyti šias sąvokas kaip apmokėjimo metodo instrumentą, detalizuojant jas pagal ligų diagnozes ir taikomus gydymo metodus.

2. Teikti oftalmologijos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir suaugusiems viename centre -(prielaida – gydytojo oftalmologo licencija yra bendra)- Vilniuje, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje, atskiriant šias paslaugas tik žmogiškąją prasme, bet ne profesine.

3. Prieinamumui Vilniaus mieste ir Vilniaus rajone pagerinti reikėtų centralizuoti sveikatos įstaigas, teikiančias oftalmologines sveikatos priežiūros paslaugas, sujungiant visus 3 padalinius (VUSLK Akių ligų centrą, VUGPL Akių ligų skyrių, ir VUVL Akių ligų skyrių) vieną universiteto ligoninės centrą, kuris teiktų specializuotas trečio lygio oftalmologijos paslaugas.

4. Siekiant pagerinti prieinamumą rajonuose, plėtoti telemedicinos tinklą, plėsti informacinių technologijų diegimą, įgalinančių skaitmenizuoti akių dugno vaizdus, ultragarsinio tyrimo vaizdus, optinės koherentinės tomografijos, kompiuterinės perimetrijos ir kitų tyrimų vaizdus, oftalmologų kabinetuose, mokyti gydytojus naudotis IT privalumais, kad gydytojai, dirbantys rajonuose, turėtų galimybę gauti profesionalias konsultacijas, nesiųsdami ligonio į universiteto ligoninių centrų.

5. Siekiant priartinti paslaugų teikimą kuo arčiau gyventojų jo gyvenamoje vietoje, skatinti gydytojus oftalmologus įsidarbinti rajonuose, suteikiant socialines garantijas, būstą, skiriant papildomą darbo užmokesčio priedą, bei aprūpinti akių ligų kabinetus šiuolaikine diagnostikos aparatūra. Pasiūlyti ligoninių administracijų vadovams finansuoti absolventams akių ligų rezidentūros studijas, tuo būdu įpareigojant, jas pabaigus, dirbti tam tikrą laiką toje ligoninėje ar poliklinikoje.

6. Rajonuose skatinti privačius oftalmologo kabinetus, optikas sudaryti sutartis su ligonių kasomis, tuo būdu sudarant sąlygas ligoniams gauti valstybės finansuojamą specializuotą oftalmologinę pagalbą įstaigoje, kurį nėra labai nutolusi nuo gyvenamosios vietos.

IX. LITERATŪROS SĄRAŠAS

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija.
2. Nacionalinė sveikatos koncepcija. Medicina, 1991:63-68.
3. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. „Dėl Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro gruodžio 22 . įsakymo NR. V-1013 „ Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „ Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo. 2007 m. kovo 2 d. Nr. V-149.
4. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 63:2005. Gydytojas oftalmologas. Teisės, pareigos, kompetencija, atsakomybė.“2005 m. gruodžio 1 d. Nr. V-935.
5. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ 2000 m. gegužės 31 d. Nr.301.
6. Lietuvos respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios 1994, Nr. I – 552.
7. Lietuvos Respublikos (LR) sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios 1996, Nr. 55 – 1287.
8. http://europa.eu.int/eur-lex/lt/com/cnc/2004/com2004_0487lt01.pdf Europos Bendrijų Komisijos Komunikatas Tarybai ir Europos Parlamentui 2007-2013 m. finansinės perspektyvos. Briuselis, 2004.
9. “Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“. LR SAM įsakymas, Vilnius, 1997m. liepos 4 d. Nr. 372.
10. „Measuring inequalities in access to health care“ European commission Employment and social affairs DG Lot 4: Methodological paper N 2.
11. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). Valstybės žinios, 2002, Nr.97-425827.
12. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.2009 m. rugpjūčio 21 d. Nr. V-668.
13. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo.“ //Valstybės žinios. 1998, Nr. 64-1842.

14. LR sveikatos apsaugos ministro 1998 06 18 įsakymas Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ dalinio pakeitimo. Valstybės žinios, 1998, Nr. 57 – 1611.
15. LR sveikatos apsaugos ministro 2000 06 14 įsakymas Nr. 327 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2000, Nr. 50 – 1447.
16. LR sveikatos apsaugos ministro 2003 12 24 įsakymas Nr V – 759 „Dėl papildomo mokėjimo už 2003 metais suteiktas pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas tvarkos“. Valstybės žinios, 2003, Nr. 123 – 5636.
17. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V- 773 „Dėl LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymo 2004-11-16 Nr. V-812 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo pakeitimo“ 2010-09-18, Valstybės žinios: 2010-09-14 Nr.108-5571.
18. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl paslaugų teikimo ir leidimo sudaryti sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis pelno siekiančiose sveikatos priežiūros įstaigose“, 1997-10-01 Nr. 518 Valstybės žinios: 1997-10-07 Nr.91-2297.
19. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas 2001-11-09 Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“ 2006-09-27, Valstybės žinios: 2006-10-06 Nr.107-4071.
20. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-116 „Dėl antrinės asmens sveikatos priežiūros organizavimo“ 2004-03-09, Valstybės žinios: 2004-03-17 Nr.41-1358.
21. Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas. 1997 m. liepos 4 d. Nr. 372. Valstybės žinios 1997; Nr. 73.
22. Komisijos Komitetas Europos Parlamentui ir Tarybai. Europos bendrijų komisija. http://europa.eu.int/eur-lex/lt/com/cnc/2004/com2004_0487.lt.01.pdf žiūrėta 2010-11-04.
23. Sveikatos apsaugos ministerijos 2007 – 2009 metų strateginis veiklos planas: patvirtintas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 24 d. nutarimu Nr. 140.
24. [www.sam.lt/go.php/sveikatos priežiūros reforma](http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma) žiūrėta 2011-01-19.
25. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas“ Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ 1998 m. lapkričio 26 d. Nr.687 Valstybės žinios 1998 m.12.02, Nr.: 105, Publ. Nr.: 2927.
26. 10 tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija“; Pasaulinė sveikatos organizacija; Ženeva; 1992 p. 145-154

27. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo.“ //Valstybės žinios. 1998, Nr. 64-1842.
28. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.// Valstybės žinios.1996, Nr,66-1572.
29. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nutarimas :Dėl valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“ / Valstybės žinios.2010, Nr.123-6281
30. Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6 1999,224 pages ISBN 92 890 1349 4 el.
31. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas 1999 m. liepos 30 d. Nr.357 „ Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos, bei šių paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo tvarkos“ //Valstybės žinios, 1999-08-04, Nr. 67-2175.
32. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo” //Valstybės žinios., 2003, Nr.28-1147.
33. LR SAM įsakymas Nr. V-718 „Dėl Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo“ Valstybės žinios, 2004-11-04, Nr. 160-5860.
34. Measuring inequalities in access to health care“ European commission Employment and social affairs DG Lot 4: Methodological paper N 2.
35. „Dėl pacientų teisės pasirinkti antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančią sveikatos priežiūros įstaigą“Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimas Nr. 2/5, // Valstybės žinios, 2001, Nr.: 30 -995.

Straipsniai:

36. Plieskis M. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste. Daktaro disertacija. Kaunas, 2005.
37. Pečiūra R., Jankauskienė D., Gurevičius R. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas. Medicina, 2006, t. 42 (11), p. 939 – 943.
38. Milašauskienė Ž., Juodrytė I., Misevičienė I., Boerma W., Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. Medicina, 2006, t. 42 (3), p.231 – 237.

39. Ilona Kulpienė. Oftamologinės pagalbos prieinamumas konsultacinėje poliklinikoje Magistro diplominis darbas, KMU , 2008.
40. Aday LA, Anderson RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Med Care* 1981;19:4–27.
41. Maxwell RJ. Quality assessment in health. *BMJ* 1984;288:1470–2.
42. Sox CM, Swartz H, Burstin R, Brennan TA. Insurance or regular physician: which is the most powerful predictor of health care? *Am J Public Health* 1998;3:364-70.
43. Chavkin W, St Clair D. Beyond prenatal care: a comprehensive vision of reproductive health. *J Am Med Wom Assoc* 1990;45:55–7.
44. Rogers A, Flowers J, Pencheon D. Improving access needs a whole systems approach. And will be important in averting crises in the millenium winter. *BMJ* 1999;319:866–7.
45. Donabedian A. What is quality in health care? Proceedings. Ninth International Conference of the ISQA – 1992.
46. Kairys J, Žėbienė E, Ruikys B. A, Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina*. 2004; 40 (2): 178 – 91.
47. Roland M, Holden J, Campbell St. Quality Assessment for General Practice: Supporting Clinical Governance in Primary Care Groups. Univ. Manchester: Manchester; 1998.
48. Žėbienė E, Kairys J, Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. *Medicina*. 2004; 13 (4): 43 – 48.
49. Žėbienė E., Razgauskas E., Basys V., Baubiniėnė A., Gurevičius R., Padaiga Ž, Svab I. Meeting patient,s expectations in primary care consultations in Lithuania. *International Journal for Quality in Health Care*. 2004; Volume 16, Number 1: pp. 83–89.
50. Persaud D.D, Cockerill R, Pink G, Trope G., Patient Access to Ophthalmology Services in Ontario, Canada, Abstr. Acad Health Serv Res Health Policy Meeting. 2000; 17
51. Guagliardo MK. Spatial accessibility of primary care; concepts, methods and challenges. Prieiga per internetą: <http://www.pubmedcentral.gov/picrender.fcgi?artid=394340&blodtype=pdf>. Žiūrėta 2010-09-15.
52. Jankauskienė D. Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai; sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė. *Visuomenės sveikata*, 2000; 1[11] p.81 – 91.
53. Chrulevič E. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Magistro diplominis darbas.Kaunas 2006.

54. Petralienė N. Rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų prieinamumas ir priimtinumą pacientų požiūriu. Magistro diplominis darbas Kaunas, 2007.
55. Vansevičienė E. Pirminės sveikatos priežiūros centrų teikiamų paslaugų prieinamumas pacientų požiūriu. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2007.
56. Campbell J.L., Ramsay J., Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in Health Care*. 2001; Volume 10: pp.90-95.
57. Chanters C., Ashmore S., Mandair S. Improving the patient experience in general practice with the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). *Quality in Primary Care*. 2005; volume 13: pp.225–32.
58. Feddock C.A., Hoellein A.R., Griffith III C.H., Wilson J.F., Bowerman J.L., Becker N.S., Caudill T.S. Can physicians improve patient satisfaction with long waiting times? *Evaluation & The Health Professions*. 2005 March; volume 28, Number 1: pp.40-52.
59. Margolis S.A., Al-Marzouqi S., Revel T., Reed R.L. Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. *International Journal for quality in Health Care*. 2003; volume 15, Number 3: p.241-249.
60. Sale, J.E.M., Lohfeld, L., & Brazil, K. (2002). Revisiting the qualitative-quantitative debate: Implications for mixed-methods research. *Quality & Quantity*, 36, 43-53.
61. Petrelli A., Picariello R, Costa G „Toward a needs based mechanism for capitation purposes in Italy: the role of socioeconomic level in explaining differences in the use of health services“ *Int J Health Care Finance Econ*. 2010, March 10 (1); p.29-42.
62. Reid KW, Vittinghoff E, Kushel MB./Association between the level of housing instability, economic standing and health care access: a meta-regression/ *J Health care* 2008 Nov 19(4); p.1212-1228.
63. Jankauskienė D., Žemgulienė J. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas // *Medicina*. 1998. Nr.34. P. 301 – 338.
64. Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina*. 2002;38;1129-35.
65. Žėbienė E. Kairys J. Zokas I. Pacientų nuomonė apie jiems suteiktas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas. *Sveikatos mokslai*. 2003; 7: 95-101p.
66. Ensor T. Health system reform in former socialist countries of Europe. *Int J Health Plann Manage* 1993;8(3):169-87.
67. Sheaff R. What kind of healthcare “internal market”? A cross-Europe view of the options. *Int J Health Plann Manage* 1994;9(1):5-24.

68. Falkingham J. Poverty, Out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Soc Sci Med* 2004;58(2):247-58.
69. Whitehead M. Who cares about equity in the NHS? *BMJ* 1994;308(6945):1717.
70. 68. Kairys J, Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai – problemos Vilniaus mieste. *Medicina* 2001; 37; p. 293-301.
71. Nemet GF, Baley AJ, Distance and health care utilisation among the rural elderly. *Soc Sci Med* 2000;50:1197-208, The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform. London: HMSO, Department of Health, 2000.
72. Kairys J. , Žėbienė E. Gurevičius R., Zokas I. Stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimas Lietuvoje pacientų požiūriu . *Visuomenės sveikata*. 2003; 4: p. 77-84.

Literatūros šaltiniai – knygos:

73. Pechansky R., Thomas W. The concept of access. *Med Care*, 1981.
74. Millman ML. Access to Health Care in America. Washington, DC: Institute of Medicine.
75. National Academy Press; 1993
76. E. Daktaravičienė, G. Juodkaitė, K. Sukarevičius *Akių ligos*, Kaunas, 1992.
- A. Rašymas, J. Sapagovas, J. Skučas. *Informatikos pradmenys*. KMA leidykla, 1993, Kaunas.

Internetiniai puslapiai:

77. Lietuvos sveikata „Lietuviai perka dviem „numeriais“ mažesnius akinius“ Nr. 41 (777) 2008 Spalio 9 - 15 d. http://www.lsveikata.lt/senas/index.php?page_id=279&s=3957 žiūrėta 2010-03-12 <http://www.lsic.lt>, (žiūrėta 2010-04-30).
78. http://www.sam.lt/go.php/lit/Sveikatos_sistemos_reformos_biuras/1120/1 (žiūrėta 2010-07-18 d.).
79. <http://www.vsv.lt/mokymas/Edukologijos/1494.html> žiūrėta 2010-12-18.
80. <http://www.lsic.lt/>. Lietuvos SAM Higienos institutas sveikatos informacijos centras.
81. <http://www.sam.lt/reforma> Lietuvos sveikatos programa 1997-2010 žiūrėta 2010-11-05.
82. <http://www.who.int/whr/2000/en/> žiūrėta 2010-12-05.
83. <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=2556> (žiūrėta 2011-03-06).
84. <http://www.vlk.lt> (žiūrėta 2011-03-10).

Krivaitienė D. Oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas Lietuvoje: realijos ir optimizavimo gairės/ Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovė doc. Dr. A. Gaižauskienė. – Vilnius, Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2011, 76 p.

ANOTACIJA

Magistro darbe aptariama prieinamumo principo sveikatos priežiūroje samprata ir jos vertinimo galimybės, apžvelgiami teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros organizavimą ir prieinamumo principo įgyvendinimą Lietuvoje. Oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas Lietuvoje analizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo aspektu. Tuo tikslu buvo apžvelgta oftalmologinės sveikatos ir išteklių būklė Lietuvoje 2004-2009m., išanalizuoti regioniniai stacionarinės sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumai 2008m. pagal apskritis ir savivaldybes, vertinant juos reliatyvia hospitalizacijos rizika, įvertinta žinomų Lietuvos gydytojų oftalmologų nuomonė apie dabartinę oftalmologinės sveikatos priežiūrą, atliekant kokybinį ekspertų tyrimą. Pateikti pasiūlymus dėl oftalmologinės sveikatos priežiūros optimizavimo Lietuvoje.

Raktiniai žodžiai: prieinamumo principas, oftalmologinė sveikatos priežiūra, oftalmologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

Krivaitienė D. The access to ophthalmology health care in Lithuania: reality and guidelines of its optimisation / The Master's Thesis of the Policy and management of the Health-Care. Supervisor –

Associated professor Dr. A. Gaižauskienė. – Vilnius: Faculty of the Policy and Management of the

Mykolas Romeris University, 2011. – 76 pages.

ANNOTATION

Master's thesis deals with the principle of access to health care concept and measurement capabilities, an overview of legislation governing the health care organization and implementation of the principle of availability in Lithuania. Lithuanian Ophthalmic health care accessibility analysed through perspective of health services administration. In the end, it was reviewed for ophthalmic health status and resources in Lithuania in 2004 - 2009. It was analyzed the regional hospital differences in access to health care in 2008. by counties and municipalities in terms of the relative to the risk of hospitalization, It was done a qualitative study interviewing 6 famous Lithuanian ophthalmologists about the current health care in ophthalmology. Submit proposals for the optimization of ophthalmic care in Lithuania.

Key words: access to the principle of ophthalmic care, ophthalmic care access.

Krivaitienė D. Oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumas Lietuvoje: realijos ir optimizavimo gairės / Sveikatos politikos ir valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovė doc. Dr. A. Gaižauskienė. – Vilnius, Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2011, 76 p.

SANTRAUKA

Darbo tikslas. Išanalizuoti stacionarinės oftalmologinės priežiūros prieinamumą Lietuvoje ir nustatyti jo optimizavimo gaires, išsiaiškinant prieinamumo sampratą, apžvelgiant teisės aktus ir oftalmologinės sveikatos ir išteklių būklę Lietuvoje 2004-2008m., išanalizuojant regioninius stacionarinės sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumus Lietuvoje 2008m ir numatant optimizavimo gaires.

Darbe naudoti keli tyrimų metodai - literatūros šaltinių ir teisinių dokumentų analizė, statistinė duomenų analizė pasitelkus privalomojo draudimo duomenų bazę SVEIDRA, įvertinta oftalmologų nuomonė apie dabartinę oftalmologinės sveikatos priežiūrą Lietuvoje, atliekant kokybinį ekspertų tyrimą.

Literatūros apžvalga parodė, kad prieinamumo sąvoka įvairialypė ir daugiareikšmė, vertinimui gali būti naudojami paslaugų vartojimo rodikliai. Prieinamumo principas įgyvendintas teisiniuose aktuose. Tyrimas parodė, kad ligonių, besikreipiančių dėl akių ligų skaičius didėja, tad didėja poreikis šioms paslaugoms. Gydytojų oftalmologų pasiskirstymas pagal apskritis yra netolygus. Analizuojant suaugusių Lietuvos gyventojų ir vaikų hospitalizacijas bei trumpalaikio ir dienos chirurgijos paslaugų teikimą oftalmologiniams ligoniams pagal apskritis ir savivaldybes 2008 m. buvo pastebėti statistiškai patikimi skirtumai. Ekspertų nuomone oftalmologinės pagalbos prieinamumas yra nepakankamas. 60-80 procentų oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugų turėtų būti ambulatorinės. Gerinant oftalmologinės sveikatos priežiūros paslaugas reikėtų rinktis centralizavimo kryptį. Taip pat atkreiptinas dėmesys į darbo sąlygų tiek technologijų, tiek žmogiškųjų išteklių prasme, pagerinimą rajonuose, ko pasėkoje pagerėtų oftalmologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

Pasitvirtino hipotezė, kad oftalmologinės stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos nėra vienodai prieinamos visiems Lietuvos gyventojams ir yra pažeidžiamas prieinamumo principas.

Krivaitienė D. The access to ophthalmology health care in Lithuania: reality and guidelines of its optimisation / The Master's Thesis of the Policy and management of the Health-Care. Supervisor –

Associated professor Dr. A. Gaižauskienė. – Vilnius: Faculty of the Policy and Management of the

Mykolas Romeris University, 2011. – 76 pages.

SUMMARY

Objective of the master's thesis: to analyze the ophthalmic hospital care in Lithuania and to establish guidelines for its optimization by examining the accessibility reviewing the legislation and the ophthalmic and medical resources in Lithuania from 2004 to 2008. Also to analyze disparities of access to the regional hospital health care in Lithuania 2008 and providing guidelines to its optimize.

The paper used several research methods - literature and legal documents, analysis of statistical data by means of compulsory insurance database SVEIDRA, the experienced well known ophthalmologists opinion on the current state of health care in Lithuania, making a qualitative study of experts.

Literature review showed that the definition of access to health care is miscellaneous and multivalued, and various service rates can be used to assess. The principle of access to health care has the legal framework. The study showed that the number of patients applying for eye diseases is increasing, thus increasing demand for these services. Ophthalmologists distribution by county is uneven. The analysis of Lithuanian adult population and children and short-term hospitalization and day surgery patients with ophthalmic services by counties and municipalities in 2008 reported statistically significant differences. Experts believe that access to ophthalmic health care is inadequate. 60-80 percent of ophthalmic care should be ambulatory. To improve health care in ophthalmology the direction of centralization should choose. It must be also pay attention to working conditions and technological and human resources, improvement districts, resulting improvement of ophthalmic care access.

The hypothesis, that the ophthalmic hospital care is not equally available to all residents of Lithuania and the principle of accessibility is inadequate was confirmed.

XII.PRIEDAI

Struktūrizuoto interviu klausimai ekspertams

Apklausa atliekama tikslu išsiaiškinti ar pakankamai prieinamos oftalmologinės paslaugos Lietuvoje.

(Apklausą atlieka Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Sveikatos politikos ir valdymo studijų programos II kurso magistrantė Dalia Krivaitienė)

*Pradinis klausimas. Prašome prisistatyti.....*Išsilavinimas, mokslinis laipsnis, darbo stažas, pareigos, buvusios pareigos (bendra anoniminė eksperto charakteristika).

Oftalmologinės sveikatos priežiūros situacijos vertinimas ir siūlomos tobulinimo kryptys

1. Kaip Jūs vertinate dabartinę oftalmologinę sveikatos priežiūrą Lietuvoje, kokios jos stipriosios ir silpnosios pusės.

2. Prašome įvertinkite oftalmologinės sveikatos priežiūros prieinamumą Lietuvoje? (pagal kriterijus -ekonominis, komunikacinis, organizacinis)

- Jūsų požiūriu, ar pakanka 2 III lygio universitetinių akių ligų centrų?
- Kaip vertinate jų geografinį išsidėstymą?
- Koks būtų tokių centrų optimalus skaičius? Kur galėtų įsikūrti 3 centras, teikiantis III lygio oftalmologines paslaugas?

3. Kokios, Jūsų manymu, galėtų būti pagrindinės oftalmologinės sveikatos priežiūros tobulinimo kryptys ir kodėl (kaip siūlytumėte tobulinti šią sistemą)?

- Kurią kryptį reikėtų rinktis- centralizavimą ar decentralizavimą? Kodėl? Kokia struktūra būtų priimtinesnė ir kodėl? (visos oftalmologinės paslaugos tiek vaikų, tiek suaugusių, teikiamos viename centre, ar oftalmologinės paslaugos teikiamos atskiruose centruose (atskirai vaikų, atskirai suaugusių)?
- Žmogiškųjų išteklių aspektu? (kokie galėtų būti pasiūlymai dėl žmogiškųjų išteklių (gydytojų, slaugytojų, stacionarinių lovų), kodėl?
- Koks Jūsų požiūris dėl dienos chirurgijos, trumpalaikio gydymo? Kokią dalį paslaugų jie galėtų sudaryti?.
- Kaip pagerinti prieinamumą rajonuose? Kokių priemonių reikėtų imtis?

4. Kaip vertinate paslaugų (stacionarinės, dienos chirurgijos, trumpalaikio gydymo) aprašymus kaip apmokėjimo metodo instrumentą? Ar jis tinkamas ar taisytinas? Kodėl?

- SVEIDROS duomenimis, viename centre teikiamos žymiai daugiau dienos chirurgijos paslaugų, o kitame – žymiai daugiau trumpalaikio gydymo paslaugų. Jūsų nuomone – kodėl?

Baigiamasis klausimas. Šiame tyrime siekiama įvertinti oftalmologinės priežiūros Lietuvoje prieinamumą ir jo tobulinimo kryptis. Gal dar kažką norėtumėte pasakyti šia tema?

Dėkoju už jūsų pagalbą.

Email: daliakriv@gmail.com