

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO FAKULTETO
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

**RASA GRIMALIAUSKIENĖ
(SVEIKATOS APSAUGOS ĮSTAIGŲ ADMINISTRAVIMAS)**

TEMA

**PANEVĖŽIO MIESTO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ
VEIKLOS EFEKTYVUMO DIDINIMAS GERINANT PASLAUGŲ
PRIEINAMUMĄ**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas -
Doc. Rimantas Pečiūra

Vilnius, 2007

TURINYS

IVADAS.....	3
TERMINŲ ŽODYNĖLIS	4
SANTRUMPOS	6
DARBO TIKSLAS, UŽDAVINIAI IR HIPOTEZĖ	7
SANTRAUKA.....	8
SUMMARY	8
1. LITERATŪROS APŽVALGA	9
1.1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS SAMPRATA	9
1.1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas sveikatos politikos kontekste	9
1.1.2. Sveikatos priežiūros kokybės vadybos samprata	14
1.1.3. Lietuvos ir kitų šalių sveikatos priežiūros išteklių bei sveikatos rodiklių palyginimai	17
1.2. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMAS LIETUVOJE	24
1.2.1. Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – vienas iš kokybės užtikrinimo rodiklių	24
1.2.2. Atliktų tyrimų analizė sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo	31
1.2.3. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę	42
2. TYRIMO METODOLOGIJA	45
2.1. Tyrimų medžiaga ir kontingentas.....	45
2.2. Statistinė duomenų analizė	48
3. REZULTATAI IR JŲ ĮVERTINIMAS	49
3.1. Respondentų socialinė demografinė charakteristika	49
3.2. Pirminės sveikatos priežiūros organizacinis prieinamumas Panevėžio miesto poliklinikoje ir ambulatorijoje.....	53
3.3. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasitenkinimas suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis.....	65
4. IŠVADOS	76
5. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	77
6. SIŪLOMŲ PRIEMONIŲ EFEKTO PROGNOZĖ.....	78
6.1. Socialinis efektas.....	78
6.2. Ekonominis efektas	78
7. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	79
PRIEDAI	86
ANKETA.....	86
LENTELĖS, GRAFIKAI	90

IVADAS

Tinkamas pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – tai užtikrintas sveikatos apsaugos sistemos efektyvumas, teikiamų paslaugų kokybė bei pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, o tai yra vienas iš pagrindinių įstaigos veiklos vertinimo kriterijų. Sveikatos priežiūros prieinamumas yra vertinamas pagal teisinius-organizacinius, teritorinius-komunikacinius ir ekonominius aspektus. Tyrimas padeda atskleisti pirminių sveikatos priežiūros centrų teikiamų paslaugų problemas esančias mūsų šalyje, bei gerinti ir tobulinti įstaigų veiklą. Lietuvoje tęsiantis sveikatos priežiūros reformai vis didesnis dėmesys yra skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai, nes didėja pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugų poreikis – Lietuvoje pastebima gyventojų senėjimo tendencija, o kartu ir slaugos bei bendrosios praktikos gydytojų teikiamų paslaugų poreikis. Reikalaujama valstybės lygiu, kad pacientams paslaugos būtų prieinamos, efektyvios ir kokybiškos, tačiau ne visada ir visur taip yra. Todėl svarbu išsiaiškinti su kokiomis pagrindinėmis problemomis pacientams tenka susidurti pirminio lygio grandyje norint gauti pirminio lygio paslaugas (pvz.: yra gaištama prie registratūros langelio, gydytojo kabineto durų, menkas informacijos teikimas pacientui apie sveikatos būklę ir t.t.).

Tyrimo aktualumas, problematiškumas. Sveikatos priežiūros įstaigos teikdamos savo paslaugas, visų pirma, turi tenkinti vartotojo poreikius ir lūkesčius užtikrinant paslaugų kokybę, gerinti ir išsaugoti jų sveikatą, vadovautis visuotinės kokybės vadybos principais tam, kad dirbtų efektyviai, didintų savo pajamas ir mažintų išlaidas, bei kurtų konkurencinę aplinką kitoms esančioms organizacijoms. Vartotojų poreikių tenkinimas, yra vienas svarbiausių visuotinės kokybės elementų, nes tik visuotinis vartotojų poreikių tenkinimas, yra organizacijos veiklos pamatas.

Pacientui visada buvo svarbu gauti kokybiškas ir jų lūkesčius atitinkamas pirminio lygio paslaugas. Kuo stipresnis pacientų pasitenkinimas gydymo įstaigos teikiamomis paslaugomis, personalo darbu, aplinka, tuo stipresnė organizacijos konkurencinė padėtis. Patenkinti pacientai neieško kitų paslaugų teikėjų, skleidžia teigiamą informaciją apie gydymo įstaigą ir ją net parekomenduoja savo pažįstamiems. Rinkodaros požiūriu tai veiksmingiausia gydymo įstaigos reklama. Tačiau dažnai pacientams tenka nusivilti, nes jų lūkesčius dėl vienu ar kitu priežasčių, yra nepatenkinti. Tuomet kyla žmonių nepasitenkinimas gaunamomis paslaugomis.

Sveikatos priežiūros prieinamumas yra ne kartą tirtas, bet kiekvienam administraciniam vienetui būdingas savas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo išdėstymas, darbo organizavimas, todėl būtina atlikti jo tyrimą, įvertinti privalumus ir trūkumus, pateikti pasiūlymus siekiant pagerinti Panevėžio miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumą. Labai svarbu

įvertinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą sveikatos priežiūros įstaigose, nustatyti pagrindines problemas susijusias su pirminių sveikatos priežiūros centrų paslaugų prieinamumu Panevėžio mieste, o taip pat atskleisti ryšį tarp paslaugų prieinamumo ir pacientų pasitenkinimo jomis. Tuo tikslu 2006 metų sausio-kovo mėnesiais buvo atliktas anketinis suaugusiųjų pacientų tyrimas VŠĮ Panevėžio miesto poliklinikoje ir IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatorijoje. Gyventojų nuomonių tyrimai, jų dalyvavimas priimant sprendimus, yra labai svarbus reiškinys, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą. Gauti duomenys gali pasitarnauti Panevėžio miesto savivaldybės poliklinikos steigėjams ir administratoriams, ruošiant pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo planą.

TERMINŲ ŽODYNĖLIS

Prieinamumas – tai principas, nusakantis, kad sveikatos priežiūra turi būti prieinama kiekvienam žmogui tiek atstumo iki gydymo įstaigos, tiek finansų prasme. Tačiau tai nereiškia, kad gydymo įstaigos turi stovėti šalia kiekvieno žmogaus namų. Sveikatos politikos pareigūnai nustato kriterijus ir ribas, atsižvelgiant į bendrą infrastruktūrą bei ekonominę šalies ir gyventojų lygį bei sveikatos paslaugų specifiką.

Sveikatos priežiūros prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei.

Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumas – tai visuma priemonių, kurių dėka juridiniai bei fiziniai asmenys gali laiku ir tinkamai pasinaudoti asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugomis.

Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros tinkamumas - valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.

Sveikata – 1) tai asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė; 2) tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė.

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis.

Sveikatos priežiūros paslaugos – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti valstybės valdymo ir savivaldos vykdomosios institucijos, taip pat Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos.

Kokybiška sveikatos priežiūra – sveikatos priežiūra, teikiama laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų, kitų teisės aktų ir vykdoma asmenų, turinčių medicinos ar kitos

atitinkamos praktikos licencijas sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir apdraudusiose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams.

Sveikatos priežiūros priimtinumai – 1.valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį; 2. valstybės nustatytos sveikatos priežiūros sąlygos, kurių turi laikytis sveikatos priežiūros įstaigos, kad užtikrintų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir veiksmingumą, sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį medicinos mokslo principams bei medicinos etikos reikalavimams, asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį, ir organizacinį priimtinumą pacientui ir visuomenei.

Sveikatos priežiūros tinkamumas – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą.

Būtinoji medicinos pagalba – gydytojo teikiama kvalifikuota medicinos pagalba, be kurios padidėtų paciento mirties arba sunkių komplikacijų rizika.

Valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų, valstybės ar savivaldybių sveikatos fondų lėšų.

Asmens sveikatos priežiūra – valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą.

Sveikatos priežiūros įstaiga – tai įstaiga ar įmonė turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus; taip tai įstaigos ar įmonės, kuri verčiasi kita (ne sveikatos priežiūros) veikla, filialas ar padalinys, turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas.

Viešoji įstaiga – tai pagal įstatymus įsteigtas pelno nesiekiantis ribotos civilinės atsakomybės viešasis juridinis asmuo, kurio tikslas – tenkinti viešuosius interesus vykdant visuomenei naudingą veiklą.

Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema.

Visuomenės sveikatos sauga – organizacinių, techninių, socialinių, ekonominių ir teisinių priemonių, skirtų apsaugoti visuomenės ar atskirų jos grupių sveikatą nuo aplinkos veiksnių kenksmingo poveikio arba minimaliai sumažinti šio poveikio riziką, visuma.

Visuomenės sveikatos priežiūra – organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma.

Sveikatinimo veikla – asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė ir kita sveikatinimo veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančioms nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

SANTRUMPOS

ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
BMP – Būtinoji medicinos pagalba
BPG – Bendrosios praktikos gydytojas
BVP – Bendrasis vidaus produktas
E-sveikata – Elektroninė sveikata
LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
PMP – Panevėžio miesto poliklinika
PAASP – Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra
PASPI – Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos
PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija
PSDF – Privalomasis sveikatos draudimo fondas
PSP – Pirminė sveikatos priežiūra
PTŽSA – Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimas
SAM – Sveikatos apsaugos ministerija
SF – Sveikatos fondas
SŠA – Savanorių aikštės šeimos ambulatorija
SP – Sveikatos priežiūra
SPI – Sveikatos priežiūros įstaiga
TLK – Teritorinė ligonių kasa
VLK – Valstybinė ligonių kasa
VŠĮ – Viešoji įstaiga

DARBO TIKSLAS, UŽDAVINIAI IR HIPOTEZĖ

Tyrimo tikslas: Pagerinti Panevėžio miesto pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą.

Tyrimo objektas: Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Panevėžio mieste.

Tyrimo dalykas: Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės problemos.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą sveikatos priežiūros įstaigose.
2. Nustatyti pagrindines problemas susijusias su pirminių sveikatos priežiūros centrų paslaugų prieinamumu.
3. Atskleisti ryšį tarp paslaugų prieinamumo ir pacientų pasitenkinimo jomis;
4. Remiantis tyrimo metu gautais rezultatais ir išvadomis, pateikti rekomendacijas Panevėžio miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms bei Panevėžio savivaldybės gydytojų tarnybai.

Tyrimo hipotezė: Pirminių sveikatos priežiūros centrų paslaugų prieinamumas Panevėžio mieste nepilnai atitinka miesto ir rajono pacientų poreikius ir lūkesčius.

Darbo planas:

1. Remiantis literatūros šaltiniais akcentuoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas ir jos svarbą vadovaujantis sveikatos politikos nuostatomis Lietuvoje ir užsienio šalyse.
2. Nustatyti ryšį tarp pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir pacientų pasitenkinimo gaunamomis paslaugomis.
3. Remiantis demografijos ir epidemiologijos statistikos duomenimis, argumentuoti pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo aktualumą Panevėžio mieste.
4. Ištirti gyventojų lūkesčius dėl pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo Panevėžio miesto.
5. Tyrimo duomenų pagrindu parengti rekomendacijas Panevėžio miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms bei Panevėžio savivaldybės gydytojų tarybai.
6. Parengti magistrinio darbo prezentaciją, tinkamą geresnio paslaugų prieinamumo propagavimui sveikatos priežiūros įstaigose.

SANTRAUKA

Darbą atliko Rasa Grimaliauskienė.

Darbo vadovas – dr. R. Pečiūra, Mykolo Romerio universitetas, viešojo administravimo fakultetas, viešojo administravimo katedra Vilnius, 2007.

Tyrimo tikslas – pagerinti Panevėžio miesto pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą.

Atliktas anoniminis anketinis tyrimas 2006 metų sausio-kovo mėnesiais. Apklausoje dalyvavo VŠĮ Panevėžio miesto poliklinikos ir privačios Savanorių aikštės šeimos ambulatorijos pacientai nuo 18 metų. Buvo išdalinta 400 anketų, į anketų klausimus atsakė 324 respondentai (atsakas 81 proc.). Statistinė analizė atlikta naudojant „SPSS 12.0 for Windows“ ir „Winpepi“ statistines programas.

Pacientų apklausos duomenimis nustatyta, kad organizacinis prieinamumas geresnis ambulatorijoje nei poliklinikoje. Poliklinikos pacientai dažniau registruojasi pas gydytoją atvykdami į gydymo įstaigą nei telefonu, o jei būtų galimybė registruotis vizitui internetu, šia galimybe dažniau naudotųsi ambulatorijos nei poliklinikos pacientai. Ambulatorijos respondentai buvo labiau patenkinti teikiamomis gydymo įstaigos paslaugomis nei poliklinikos. Jei teritorinės ligonių kasos apmokėtų visą, ar didesnę dalį išlaidų vizitui pas privatų gydytoją, šia galimybe pasinaudotų 65-100% poliklinikos pacientų. Daugiau kaip pusė ambulatorijos respondentų nurodė, kad jie nepasitiki viešose gydymo įstaigose dirbančiais gydytojais bei teikiamomis paslaugomis ir kokybe. Ambulatorijos ir poliklinikos pacientų panašus skaičius vertino gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų darbo kokybę ir dėmesį kaip nepakitusį. Ambulatorijos ir poliklinikos pacientų panašus skaičius nurodė, kad informacija apie sveikatos būklę, gydymą, tyrimus jiems dažniausiai buvo suteikiama. Pacientai nurodo, kad norėtų greičiau gauti taloną vizitui pas gydytoją ir kad daugiau laiko skirtų apžiūrai ir bendravimui.

SUMMARY

The work was performed by Rasa Grimaliauskienė.

Supervisor – dr. R. Pečiūra, Mykolo Romerio university, faculty of public administration, department of public administration.

The aim of the research – to improve in Panevėžio city primary health care efficiency.

In 2006 January – March months, was accomplished nameless questionnaire research. In poll were involved patients over 18 years old from VŠĮ Panevėžio city clinic and private Savanorių square family dispensary. 400 questionnaires were distribute and 324 respondents had respond to questions (reply 81 percent). The analysis of research data was carried out using „SPSS 12.0 for Windows“ and „Winpepi“ statistical software.

Data from patient questionnaire replay had definite, that organizational accessibility is better in dispensary than in clinic. Clinic's patients often register to their doctor for a visit when they come to clinic and less by the phone, then dispensary patients would like to register for a visit by internet if this opportunity would be allowed. Dispensary respondents were more satisfied of afford service then clinic's respondents. If territory patient's institution paid-up all, or more then a half cost for private doctor visits, this opportunity would be avail from 65-100 % by clinics patients. More then a half dispensary respondents direct, that they don't trust quality of servises and also doctors, who works in public clinics. Clinic and dispensary patients facts were parallel, when they were compare, about doctors nurses and registry workers work quality and attention to pacient. Commonly, information about patient health, cure, treatment were provide to clinic and dispensary patients. Patients direct, that would like to have more opportunity to get for a visit to doctor and would like, that more time would be commit for their communication and survey.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS SAMPRATA

1.1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas sveikatos politikos kontekste

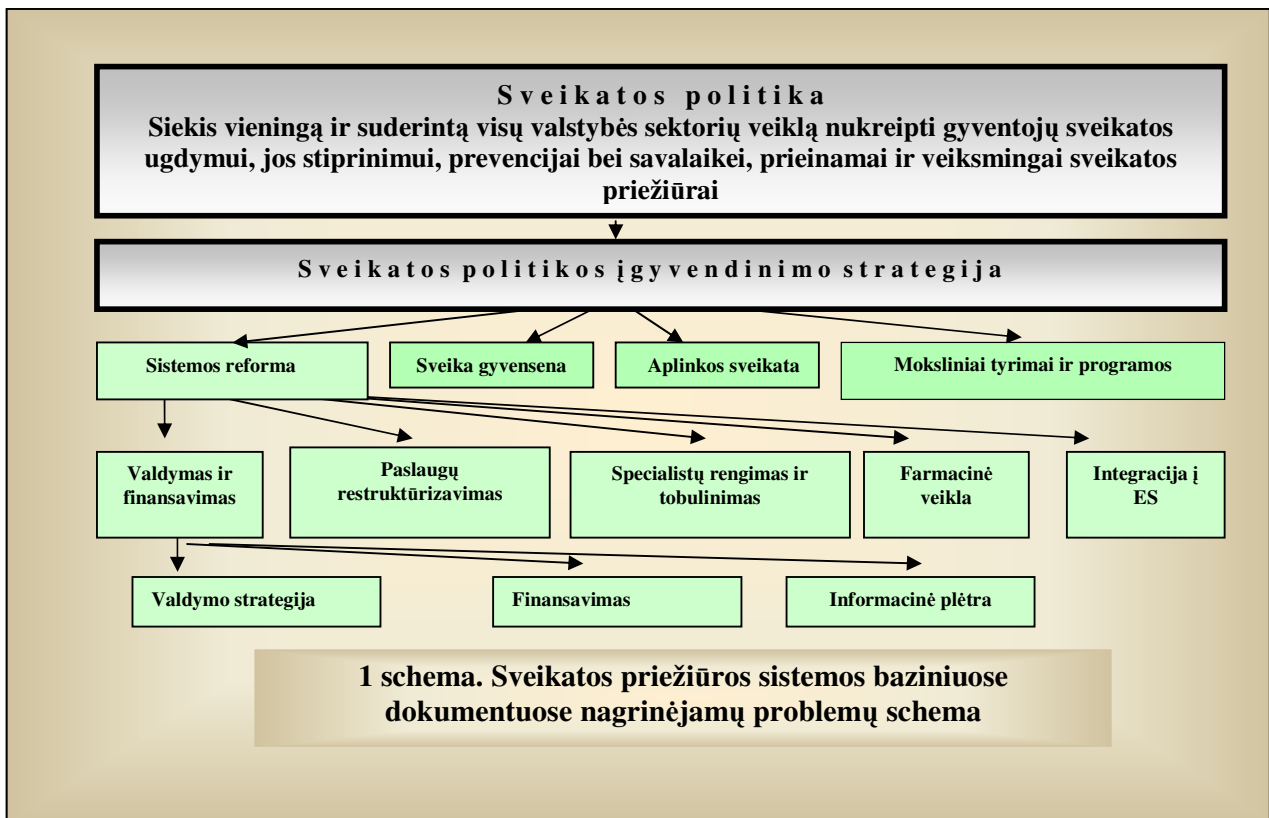
Lietuvai atkūrus Nepriklausomybę, o 1991 metų lapkritį tapus Pasaulinės Sveikatos Organizacijos (toliau – PSO) nare, Lietuvoje prasidėjo svarbūs pokyčiai sveikatos sistemoje. Lietuvos bendradarbiavimas su PSO lėmė tai, kad Lietuva remdamasi priimtu PSO svarbiausiu Europos regiono politiniu dokumentu „Sveikata-21“, priėmė nemažai teisinių aktų, susijusių su sveikatos sektoriumi, pradėjo įgyvendinti sveikatos sistemoje reformą, kuri buvo tiesiogiai nukreipta į sveikatos sistemos efektyvumo didinimą, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimą, adekvatų finansavimą, tarpsektorinį bendradarbiavimą, pirminės sveikatos priežiūros plėtrą ir pacientų poreikių tenkinimą [48]. Paveldėtas sovietinis sveikatos sistemos organizavimo modelis turėjo trūkumų, kurie buvo susiję su ekonomiškai neefektyviai veikiančia sveikatos sistema dėl per didelių kaštų, pacientų poreikių netenkinančia ambulatorine ir stacionare sveikatos priežiūros paslaugų struktūra, pasyviu žmonių požiūriu į sveikatą, kaip į valstybės, o ne savo rūpestį, kaip sistemą nesprenžiančią pagrindinių visuomenės sveikatos problemų, taip pat brangia, centralizuotai valdoma, neskatinančia vietos valdžios iniciatyvos ir atsakomybės, bei nepakankamai finansuojama medikų atlyginimų sistema [40]. Todėl Lietuva sveikatos sistemą pradėjo reorganizuoti taip, kad ji taptu ekonomiškai pagrįstu, bei visuotinai

prieinamu medicinos pagalbos modeliu, kuriame sveikatos priežiūros valdymas būtų decentralizuotas, diegiamas privataus sektoriaus kūrimas, prioritetinis finansavimas besiremiantis stipria pirminės sveikatos priežiūros grandimi [8, 12].

Siekiant pakeisti sveikatos priežiūros sektorių į efektyvą, kokybišką, racionaliai funkcionuojančią, pagrįstą piliečių poreikiais ir šalies finansinėmis galimybėmis sistemą, Lietuva priėmė aiškius sveikatos reformos tikslus ir uždavinius[77], kurie rėmėsi pagrindiniais sveikatos priežiūros sistemos baziniais dokumentais: PSO Europos regiono sveikatos politikos XXI amžiui „Sveikata visiems“ ir Europos Sąjungos Visuomenės sveikatos programoje suformuluotom nuostatom, kurios teigė, kad [29]:

- „sveikatos politika formuojama ir jos prioritetai nustatomi orientuojantis į tai, kad 70 proc. visuomenės sveikatos priklauso nuo aplinkos ir gyvensenos, 20 proc. – nuo genetinio paveldimumo ir 10 proc. nuo medicinos tarnybų veiklos rezultatų;
- sveikatos politikos pagrindiniu principu laikomas teisingumas (teisingumas) sveikatos santykiuose;
- tarpžinybinio bendradarbiavimo pagrindu į sveikatos priežiūros sistemos problemų sprendimą įtraukiamos visos šalies socialinės ekonominės struktūros;
- prioritetine praktinės sveikatos apsaugos dalimi laikoma *pirminės sveikatos priežiūros* plėtra, siekiant, kad joje būtų sprendžiama iki 75-80 proc. sveikatos priežiūros problemų, kurioje dominuos bendrosios praktikos gydytojų (toliau – BPG) institucija ir nepriklausomų rangovų veikla;
- siekis sustiprinti tarpsektorinį bendradarbiavimą ir padidinti kitų sektorių indėlį sveikatos politikos siekiams įgyvendinti“.

Taigi, sveikatos sistemos reforma tapo aktyvia sveikatos politikos ir strategijos įgyvendinimo svirtimi. Lietuvos teisiniuose dokumentuose teigiama, kad „*sveikatos politika* – tai sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija bei praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine ir ekonomine vertybe“ [77]. Lietuvos sveikatos politika vykdoma remiantis sveikatos priežiūros reformos tikslų, uždavinių ir priemonių problemų sritimis, kurios pavaizduotos 1 schemeje [29].



Reformuojant sveikatos sistemą, viena iš prioritetinių sričių atiteko pirminei sveikatos priežiūros grandžiai, nes joje sprendžiamos didžiausios žmonių problemos, susijusios su sveikatos gerinimu ir išsaugojimu, pacientų nepasitenkinimu gaunamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir kitomis problemomis. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas numato, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. „**Sveikata** – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė“ [50]. Vienas iš blogiausių ankstesnių sistemos padarinių – tai atsakomybės dėl savo sveikatos nebuvimas. Nevyriausybinių organizacijų ir pilietinio suinteresuotumo stoka, sąlygojo pasyvų žmonių požiūrį į sveikatą, kaip į valstybės, o ne savo rūpestį. Bloga visuomenės sveikata ne tik užkrauna didelę našta sveikatos sistemai, bet ir turi neigiamą įtaką šalies ekonomikai [45].

Sveikatos politika turi septynis principus, kuriais vadovaujantis užtikrinama tinkama sveikatos priežiūra.

Sveikatos politikos principai [77]:

- *Teisumas* – sveikatos politikos principas nusakantis, kad kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio. Tačiau negalima savo sveikatos lygio siekti kitų žmonių sąskaita. Negalima nesigydyti, sergant infekcinėmis (užkrečiamomis) ligomis, pvz. AIDS, tuberkuliozė ir kt.
- *Prieinamumas* – principas, nusakantis, kad sveikatos priežiūra turi būti prieinama kiekvienam žmogui tiek atstumo iki gydymo įstaigos, tiek finansų, pvz. sveikatos

draudimo apimties atžvilgiu, tiek sveikatos paslaugų kokybės prasme. Tačiau tai nereiškia, kad gydymo įstaigos turi stovėti šalia kiekvieno žmogaus namų. Sveikatos politikos pareigūnai nustato kriterijus bei ribas, atsižvelgiant į bendrą infrastruktūrą, ekonominį šalies ir gyventojų lygį, sveikatos paslaugų specifiką.

- *Primitynumas* – reiškia, kad sveikatos paslaugos kiekvienam žmogui turi būti suteikiamos priimtina forma. Pvz. informacija pacientui turi būti suteikta, atsižvelgiant į jo amžių, išsilavinimą, supratimo bei intelekto lygį.
- *Solidarumas* – sveikatos politikos principas, pasireiškiantis sveikatos draudimo įmokų surinkime. Jis pasireiškia tuo, jog sveikatos draudimo įmokos surenkamos solidariai ir teisingai, t.y. dirbantis moka už nedirbantį, sveikas už ligonį, jaunas už seną. Surinktomis įmokomis naudojasi visi gyventojai, darant prielaidą, kad visi turi riziką susirgti.
- *Lygybė* – principas reglamentuojantis, kad sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems žmonėms: vaikams, suaugusiems, seniems žmonėms, vyrams, moterims, nepriklausomai nuo rasės, tautybės, socialinės grupės.
- *Visapusiškumas* – principas, nusakantis, kad sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems asmenims tiek pirminiame, antriniame ir tretiniame lygiuose, prieinama profilaktika, diagnostika, gydymas, rehabilitacija, slauga, sergant ūmiomis ir lėtinėmis ligomis.
- *Laisvas pasirinkimas* – ne visose šalyse, ir ne vienodame lygyje yra taikomas šis principas. Jis reiškia, kad žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir gydymo įstaigą, tačiau kiekvienoje šalyje yra ribojama, kiek laisvai, kaip dažnai ir kokių profilinių gydytojų ar gydymo įstaigų galima rinktis. Nuo to priklauso organizacinė ir finansinė našta.

Sveikatos politikos priemonėmis siekiama [8]:

- socialinių ir ekonominių garantijų piliečių sveikatai. Už sveikatos išsaugojimą atsakinga valstybė, Vyriausybė, darbdaviai ir piliečiai;
- aktyvios informuotos visuomenės dalyvavimo, valdant sveikatos sistemą;
- ekonominių paskatų taikymo.

Norint, kad sveikatos politika Lietuvoje vyktų sklandžiai, ypatingą dėmesį reikėtų skirti šioms problemoms[26, 48]:

- intensyvinti ligų prevencijos ir profilaktinių priemonių diegimą bei pirminės sveikatos priežiūros grandies plėtojimą, skatinant privačią veiklą, pilnavertį bendrosios praktikos gydytojų ir jų komandų funkcijų vykdymą, ypatingai kreipiant dėmesį į teikiamų paslaugų apimtį ir jų kokybę, mažinant laiko sąnaudas pacientams norint atvykti ir patekti pas gydytojus;

- paslaugų prieinamumo visuose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose gerinimą ir pacientų teisių užtikrinimą;
- paslaugų kokybės gerinimą;
- sveikatos priežiūros specialistų planavimo tobulinimą, atsižvelgiant į intensyvėjančius jų judėjimo tarp šalių srautus;
- aktyvinti kitų sektorių dalyvavimą sveikatos priežiūros problemų sprendime;
- sveikatos priežiūros sistemos valdymo tobulinimui, koordinuojant sveikatos priežiūros paslaugų struktūros ir įstaigų tinklo optimizavimo proceso vystymą visuose valdymo lygiuose, įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18d. nutarimu Nr.335 patvirtintą Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją;
- sveikatos draudimo ir finansavimo tobulinimą - siekiant valstybės įmokas, už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, priartinti prie realių jų sveikatos priežiūros kaštų;
- aktyvinti visuomenės dalyvavimą, priimant sveikatos politikos sprendimus.

Pagerinus vieną iš sveikatos priežiūros politikos sudėtinių dalių – paslaugų prieinamumą – padidėtų bendrasis sveikatos priežiūros veiklos efektyvumas ir kokybė, iš esmės pasikeistų visuomenės ir sveikatos priežiūros specialistų požiūris į sveikatos išsaugojimą, koncentruojant dėmesį nuo ligų diagnostikos ir gydymo, į ligų prevenciją ir sveiką gyvenimo būdą. Taip pat ženkliai persiskirstytų proporcijos tarp stacionarų ir ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų, nes nemažą dalį stacionariųjų paslaugų pakeistų ambulatorinio gydymo plėtra, mažėtų pacientų eilės prie šeimos gydytojų kabineto durų. Ne mažiau kaip 75-80 proc. sveikatos priežiūros problemų būtų sprendžiama pirminėje sveikatos priežiūroje, kurioje dominuotų bendrosios praktikos gydytojų institucija ir nepriklausomų rangovų veikla. Pertvarkius sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir paslaugų struktūrą, būtų optimaliau panaudojamos sveikatos apsaugai skirtos lėšos, atsisakyta neefektyvių sveikatos priežiūros technologijų, o gerėjant bendrai valstybės ekonominei situacijai ir vystantis Europos Sąjungos integracijos procesams, pagerėtų sveikatos priežiūros sistemos finansavimas, medicinos technikos atnaujinimas ir medikų darbo sąlygos, padidėtų jų darbo užmokestis. Padidėjęs sveikatos sistemos efektyvumas, leis efektyviai tenkinti sveikatos priežiūros paslaugų poreikius ir užtikrins tolygų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visoje šalyje visiems gyventojams.

Vykdam antrojo restruktūrizavimo etapo 2006-2008 metų pirminėje sveikatos priežiūroje (toliau – PSP) grandyje tikslų įgyvendinimą, yra siekiama, kad iki 2008 m. pabaigos, ne mažiau kaip 60 proc. pirminio lygio paslaugų teiktų privačiai dirbantys šeimos gydytojai. Kad tai įvyktų, vietos valdžia sieks supaprastinti gyventojų prisirašymą prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPI) tvarką, diferencijuos apmokėjimą už suteiktas paslaugas priklausomai nuo aptarnaujamos teritorijos gyventojų tankumo (miestas/kaimas) ir amžiaus, taip pat tobulins

finansinio skatinimo už darbo rezultatų kokybę ir profilaktinį darbą sistemą, panaudos pagrindais bus bandoma esamas valstybės ir savivaldybių patalpas perduoti privatiems šeimos gydytojams [87].

Tačiau pastebėta, kad Lietuvoje ekonominė situacija dar nėra pakankamai stabili, aktualios išlieka bedarbystė, socialiai remtinų žmonių poreikių tenkinimo ir kitos problemos, kurios apsunkina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir teismo užtikrinimo galimybes. Valdant ekonominės aplinkos ir rinkos elementų formavimo veiksniais, būtina stebėti jų poveikį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, kokybei ir kitiems rodikliams, o taip pat nuolat skatinti kitų ūkio sektorių materialinių, finansinių ir žmogiškųjų išteklių įtraukimą į Lietuvos gyventojų sveikatos problemų sprendimą. Valdant šių grupių veiksniais, būtina vertinti vidaus ir išorės poveikį, kurio įtaka reikšmingai stiprėja Lietuvai įstojus į Europos Sąjungos sudėtį [8, 26].

1.1.2. Sveikatos priežiūros kokybės vadybos samprata

Pirminei sveikatos priežiūrai tapus prioritetine sveikatos sistemos reformos sritimi, remiantis Sveikatos programa [48], Lietuvoje ir kitose Europos Sąjungos (toliau – ES) šalyse, vis daugiau dėmesio skiriama sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybei. Kiekvienam paslaugų vartotojui, visais laikais, buvo svarbi paslaugos kokybė, kuri savo ruožtu lėmė organizacijos gyvybingumą. „*Kokybė* - tai paslauga, kuri suteikia žmonėms tai, ko jiems reikia, mažiausiais kaštais ir už mažiausią kainą. Žmonės ir idealūs procesai sudaro kokybiškas sveikatos paslaugas”[44]. Paslaugas teikiančioje įmonėje, kokybė yra siejama su pelno poveikiu prekybos strategijai, o tai reiškia, kad tarp paslaugų kokybės ir pelno yra glaudus ryšys. Neatsitiktinai yra sakoma, jog [36] „gera kokybė nieko nekainuoja, bloga kokybė – priešingai, kainuoja daug, nes prarandamas paslaugos vartotojas“. Į kokybę orientuotos organizacijos vadovavimo būdas, siekiant ilgalaikės sėkmės, yra paremtas visuotinės kokybės vadybos pagrindu, kuris pagrįstas visų jos narių dalyvavimu, norint tenkinti klientą-paslaugų gavėją, ir naudoti visiems organizacijos nariams bei visuomenei. „*Visuotinė kokybės vadyba* – tai vadovavimo būdas, kuris pagrįstas visos organizacijos dalyvavimu, siekiant ilgalaikės sėkmės, tenkinant klientą, organizaciją ir visuomenę. Tai vadybos metodas, kuriuo stengiamasi nuolatos gerinti organizavimo procesus“ [36]. Sveikatos priežiūros įstaigos teikdamos savo paslaugas, visų pirma, turi tenkinti vartotojo poreikius ir lūkesčius užtikrinant paslaugų kokybę, gerinti ir išsaugoti jų sveikatą, vadovautis visuotinės kokybės vadybos principais tam, kad dirbtų efektyviai, didintų savo pajamas ir mažintų išlaidas, bei kurtų konkurencinę aplinką kitoms esančioms organizacijoms. Vartotojų poreikių tenkinimas, yra vienas svarbiausių visuotinės kokybės elementų, nes tik visuotinis vartotojų poreikių tenkinimas, yra organizacijos veiklos

pamatas. Kaip teigė autorius F. S. Butkus, „aiškiai išreikštas vartotojo, iš kurio organizacija tikisi gauti jai reikalingų išteklių, siekdama susidaryti sąlygas savo veiklai, poreikių tenkinimas ir yra aukščiausias organizacijos tikslas, įprasminantis pačią jos paskirtį arba misiją“ [5].

Orientuotoms sveikatos priežiūros įstaigoms į kokybės vadybą, kokybės apibrėžimas tampa ypač aktualus, nes nuo jo priklauso, kaip kokybės vadyba bus diegiama organizacijoje, kokią įtaką darys organizacijos darbuotojams, o nuo to priklausys būsima sėkmė. Autorius Deming kokybę apibūdina taip: „su kokybe susiję veiksmai turi būti nukreipti į vartotojų dabartinius ir ateities lūkesčius“. Autorius S. Marcus mano, kad kokybė yra vartotojo lūkesčių patenkinimas, „kokybės tobulinimo procesas – tai principų, kompanijos politikos, paramos struktūrų bei praktikos kompleksas, sudarytas, siekiant nuolat gerinti mūsų gyvenimo veiksmingumą ir efektyvumą“ [36, 44]. 1996 metais autorė Donabedian, apibūdino aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, kaip „paslaugas, kuriomis tikimasis pagerinti paciento gerovę, pacientui įvertinus naudą ir galimus praradimus šiame procese“ [69]. JAV Medicinos Institutas apibrėžia sveikatos priežiūros kokybę, kaip „visuomenės pagerėjusią sveikatą, pailgėjusią gyvenimo trukmę ir pasitenkinimą, esamų technologijų ir resursų pagalba“ [8].

Pirminei sveikatos priežiūros paslaugų kokybei užtikrinti, buvo sukurta programa [92], kaip kokybiškai ir tinkamai teikti PSP paslaugas ir tobulinti ASPĮ veiklą. Šia programa yra siekiama užtikrinti tinkamas, efektyvias ir saugias sveikatos priežiūros (toliau – SP) paslaugų teikimo sąlygas, tam, kad SP paslaugas teiktų tik juridiniai asmenys, atitinkantys SP įstaigoms nustatytus reikalavimus, kad fiziniai asmenys, teikiantys pacientams SP paslaugas, būtų tinkamai pasirengę, turėtų atitinkamą kvalifikaciją, kuri atitiktų Lietuvos ir Europos Sąjungos standartus. Šioje programoje yra numatyta, kad *sveikatos priežiūros paslaugos* „apima sveikatos stiprinimo, ligų diagnostikos, pacientų gydymo, reabilitacijos ir kitas paslaugas, kurias teikia sveikatos priežiūros specialistai asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir pacientų namuose“. *Sveiktos priežiūros sistemos struktūra* apima „paslaugų prieinamumą geografiniu ir finansiniu aspektais, pirminės sveikatos priežiūros įstaigų resursais (personalas bei jo kvalifikacija, medicininė įranga, tyrimai, patalpos) ir jų administravimu“. Visą tai remiasi į *procesą*, kuris susideda iš „personalo veiklos, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams ir racionalaus resursų, reikalingų šiai funkcijai atlikti, panaudojimo. *Proceso rodikliai* yra profilaktika, diagnostika, gydymas, reabilitacija, paciento informavimas ir mokymas. *Proceso kokybę* apibūdina „konsultacijos trukmė, informacijos pateikimas pacientui apie tyrimus ir jų rezultatus, ligų atsiradimo priežastis ir rizikos veiksnius, rekomenduojamus vaistus, jų vartojimą, nepageidaujamą poveikį“. *Sveiktos priežiūros kokybė (SPK)* nurodo laipsnį, kuriuo „sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikinės profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę“. Tuo tarpu *rezultatas* parodo, kaip yra „įvykdyti uždaviniai, kaip paciento gydymas

atitinka tam tikros profesijos standartus ir paciento lūkesčius. Padarinių rodikliai siejami su paciento sveikatos būkle, jo gerove ir pasitenkinimu, sveikatos priežiūros rezultatais, tyrimų resursų panaudojimo efektyvumu. Rezultatas įvertinamas pagal pacientui skiriamą dėmesį bei problemas, kurias pacientai norėtų papildomai aptarti su šeimos gydytoju“[92].

Šia programa siekiama sudaryti saugias ir kokybiškas SP paslaugų teikimo sąlygas, gerinti paslaugų prieinamumą bei kokybės kontrolę. Sveikatos priežiūros kontrolės užtikrinimas ir nuolatinis gerinimas įgyvendinamas per šias kokybės dimensijas, atspindinčias sveikatos priežiūrą [77, 92]:

1. *orientacija į pacientą* (aktyvų paslaugų vartotoją) – SP paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į SP paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimams dėl savo sveikatos priežiūros bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas;
2. *naudingumu* – sveikatos priežiūros intervencijų galimybės, norint pasiekti užsibrėžtų sveikatos gerinimo veiklos tikslų ir rezultatų įprastoje aplinkoje;
3. *tinkamumu* - valstybės nustatyta tvarka pripažįstama sveikatos priežiūros sąlyga, užtikrinanti sveikatos priežiūros paslaugų bei aptarnavimo kokybę ir efektyvumą;
4. *priimtimumu* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstama sveikatos priežiūros sąlyga, užtikrinanti sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį;
5. *prieinamumu* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstama sveikatos priežiūros sąlyga, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtimumą asmeniui ir visuomenei;
6. *ekonominiu efektyvumu* – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei sveikatos priežiūros paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiais kaštais;
7. *lygybe* – nepriklausomai nuo paciento lyties, rasės, tautybės, tikėjimo, ar įsitikinimo, gauti valstybės numatyta tvarka sveikatos priežiūros paslaugas;
8. *tęstinumu* – tai laipsnis, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų;
9. *veiksmingumu* – sveikatos priežiūros intervencijų galimybių pasiekimas, užsibrėžus sveikatos gerinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje.

Siekiant, kad organizacija sėkmingai veiktų, būtina, kad visos procedūros ir procesai būtų tiksliai apibrėžti. Tam, kad paslaugų kokybė būtų gerinama, organizacija turi įvertinti išorinę aplinką, t.y. turi tiksliai apibrėžti savo veiklos sritį, išrinkti rinką ir orientuodamasi į tai,

organizuoti žmogiškųjų išteklių valdymą; nustatyti esamus ir galimus konkurentus, analizuoti kitų rinkų įtaką; numatyti priemones, kurias naudojant, būtų galima pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, pritraukti ir išlaikyti klientus.

Kokybės vadyboje yra taikomi tarptautiniai kokybės vadybos sistemų standartai, kurių dėka yra stengiamasi formuoti efektyviai dirbančias organizacijas. Šiuose standartuose yra taikomi šie formavimo principai kaip: orientavimasis į vartotoją, lyderystė, darbuotojų įtraukimas, nuolatinis veiklos gerinimas. Taip kuriant tinkamą organizacinę kultūrą, vadovus įpareigoja naujai pažvelgti į žmogiškųjų išteklių valdymą, darbuotojų mokymą ir lavinimą, visų darbuotojų įtraukimą į nuolatinį teikiamų paslaugų kokybės gerinimą [44].

1.1.3. Lietuvos ir kitų šalių sveikatos priežiūros išteklių bei sveikatos rodiklių palyginimai

Vienas iš svarbiausių sveikatos priežiūros kokybę apibūdinančių savybių yra sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas didžiaja dalimi labai priklauso nuo to, kiek turimų resursų yra skiriama sveikatos priežiūrai (struktūrinių, finansinių, žmogiškųjų išteklių). Esant nepakankamiems ištekliams, teikiamų paslaugų prieinamumas pablogėja, tuo pačiu blogindama ir sveikatos priežiūros kokybę. Demografinė ir epidemiologinė analizė sudaro prielaidas objektyviam gyventojų poreikių vertinimui [19]. Sveikatos rodikliai leidžia spręsti apie valstybės žmonių sveikatą ir sveikatos priežiūrą joje. Sveikatos priežiūros išteklių tiesiogiai priklauso nuo kiekvienos valstybės skiriamų išlaidų sveikatos priežiūrai, kurį apsprendžia šalies bendrasis vidaus produktas (toliau – BVP).

Kiekvienais metais sveikatos priežiūrai išleidžiama vis daugiau lėšų [58], nes brangsta įranga, o tuo pačiu ir teikiamos paslaugos, atsiranda vis daugiau naujų technologijų, didėja medikų atlyginimai, kurie sąlygoja didinti valstybės išlaidas sveikatai. Lyginant Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto pajamas su BVP (galiojusiomis kainomis) dalimi, jis nuo 1997 metų 4,3 proc. padidėjo iki 4,6 proc. – 2005 metais. Tam didelės įtakos turėjo ir socialinis veiksnys, kadangi daugėjo valstybės lėšomis draudžiamųjų asmenų: 1997 m. jie sudarė 2093,7 tūkst. gyventojų, o 2004 m. sausio 1d. šalyje buvo 2157,8 tūkst. gyventojų. Valstybės lėšomis draudžiamųjų asmenų padidėjo nuo 63,6 tūkst. gyventojų (2,9 proc.) ir tai sudarė 62,6 proc. visų šalies nuolatinių gyventojų [74, 75] (1 lentelė ir 1 paveikslas, 2 priedas).

Lietuvos Respublikos sveikatos sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai 2005m. (valstybės, savivaldybių biudžetai ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšos) sudarė 2,8 mlrd. litų. Valdžios išlaidos vieno gyventojų sveikatos priežiūrai padidėjo 1,5 karto, nes 2005 m. buvo 833,2 lito, kai tuo tarpu 1999 m jis tebuvo – 557,6 lito. Pagrindinis sveikatos priežiūros

finansavimo šaltinis, kuris sudaro didžiausią lėšų dalį, net 91 procentą, yra Privalomojo sveikatos draudimo fondas, kurio išlaidos per 2005 metus siekė 2,5 mlrd. litų: asmens sveikatos priežiūrai - 1,67 mlrd. litų, vaistams ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti – 450 mln. litų [58, 75]. PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūrai struktūra per pastaruosius metus keitėsi nedaug: šiek tiek sumažėjo išlaidų stacionarinėms paslaugoms apmokėti, padidėjo – ambulatorinėms specializuotos pagalbos paslaugoms. Lietuvos Respublikos sveikatos sektoriaus išlaidos sudaro apie 6,2 proc. nuo visų išlaidų sveikatos dalies procentų bendrojo vidaus produkto.

Remiantis Statistikos departamento duomenimis, tiesioginės gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai nuo 1998-2004 m. padidėjo du kartus (nuo 117,6 lito vienam gyventojui 1998 m. iki 321,6 lito vienam gyventojui 2004 m.). Iš viso 2004 m. Lietuvos gyventojai sveikatai išleido 1,1 mlrd. litų savo namų ūkio išlaidų, o tai sudarė net 29,4 proc. visų išlaidų sveikatai [59]. Šie skaičiai leidžia daryti išvada, kad valdžios skirtų pinigų nepakanka sumokėti už visas teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, nepriklausomai nuo to, kad kasmet biudžetas sveikatos apsaugai didinamas, todėl skirtumą, kuris atsiranda norint gauti vienokią ar kitokią paslaugą, turi padengti patys piliečiai, kasmet skiriant ne mažą dalį savo namų ūkio lėšų.

Lyginant mūsų šalies ir kitų Europos bei Europos Sąjungos šalių BVP dalį procentais tenkančią visų išlaidų sveikatos priežiūrai, tenka nusivilti, nes Europos Sąjungos (toliau – ES) ir kitos šalys daugiau išleidžia pinigų sveikatos priežiūrai nei Lietuva [88].

Analizuojant Lietuvos ir ES visų išlaidų sveikatos priežiūros dalį procentais nuo BVP pastebėta, kad 2004 m. Lietuvai atitenka tik 5,3 proc. nuo BVP, kai tuo tarpu ES - 8,7 proc., Europos – 6,5 proc., todėl galima teigti, kad Lietuvos valstybės finansavimo lygis sveikatos priežiūroje yra nepakankamas, neatitinkantis Europos ir ES vidurkio, o didesnis sveikatos priežiūros finansavimas gerintų ne tik SP paslaugų prieinamumą, kokybę, bet ir gyventojų sveikatos rodiklius.

Vienas iš pagrindinių gyventojų sveikatos rodiklių yra vidutinė būsimo gyvenimo trukmė, kuris yra integruotas rodiklis. Šio rodiklio pokyčiai susiję su tam tikro amžiaus žmonių mirtingumo pokyčiais. 2004 m. vidutinė numatoma gyvenimo trukmė buvo 72,1 metai. Lyginant 2004 metus ir 2005 metus, pastebima šio rodiklio mažėjimo tendencija: 2005 m. vyrų vidutinė gyvenimo trukmė buvo 65,36 metai (2004 m. – 66,36 metai), o moterų - 77,42 metai (2004 m.- 77,75 metai), o numatoma gyvenimo trukmė – 71,4 metų (2004 m.-72,1 metai). Šie pokyčiai nėra spartūs, tačiau gąsdina, kad nepasieksim Lietuvos sveikatos programoje užbrėžto tikslo – iki 2010 metų pasiekti 73 metų vidutinę numatomą gyvenimo trukmę. Duomenys pateikti 2 lentelėje ir 2 paveiksle (2 priedas) [58, 75].

Šalyje ir toliau išlieka labai didelis metų skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės gyvenimo trukmės: vyrai gyvena 12,06 metų trumpiau negu moterys. Ypač didelis skirtumas kaime – net 13,4 metų. Rodikliai rodo, kad vyrų vidutinė gyvenimo trukmė vis mažėja, o moterų – ilgėja (2 lentelė, 2 priedas). Lyginant Europos šalių duomenis su Lietuva, moterų vidutinė gyvenimo trukmė yra artima Europos šalių vidurkiui, o vyrų vidutinė gyvenimo trukmė mažesnė nei Europos šalių vidurkis. Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė gerokai trumpesnė negu 15-os senųjų ES šalių (2002 m. duomenimis, vyrų vidutinė gyvenimo trukmė buvo 76 metai, moterų - 82 metai) [59, 97]. Pagal vidutinę numatomą gyvenimo trukmę tarp naujųjų ES narių Lietuva lenkia tik Estiją ir Latviją [97].

Lietuvos gyventojų amžiaus piramidė, kuri pavaizduota 3 paveiksle (2 priedas), kuri rodo, kad gyventojų senėjimas progresuoja ir ateityje senyvo amžiaus žmonių Lietuvoje bus daugiau, nei jaunesnio amžiaus, o moterų bus daugiau negu vyrų [97].

Analizuojant Lietuvos demografinę situaciją pastebėta, kad 2005 m. vidutinis metinis gyventojų skaičius Lietuvoje buvo 3414,3 tūkst. žmonių, iš kurių 66,6 proc. buvo miesto, o 33,4 proc. kaimo gyventojai [59]. Panevėžio mieste 2004 m. pradžioje gyveno 117 593 gyventojai, ir tai sudarė 40 proc. visų Panevėžio apskrities ir 3,4 proc. visų šalies gyventojų. Gyventojų skaičiaus kitimo 2000-2004 m. dinamika atspindi populiacijos mažėjimo tendenciją, kuri būdinga ne tik šiam Lietuvos regionui, bet ir visai šaliai [19].

Dėl mažo gimstamumo, mažėja jaunų žmonių, o dėl pailgėjusios vidutinės būsimo gyvenimo trukmės gausėja senyvo amžiaus (60 m. ir vyresnių) gyventojų skaičius. 2005 metų pradžioje, palyginti su bendru Lietuvos gyventojų skaičiumi, senyvo amžiaus gyventojai sudarė 20,2 proc., o 0-14 m. vaikai - 17,1 proc. Sąsają tarp šio amžiaus gyventojų parodo senėjimo indeksas, t. y. 60 m. ir vyresnių gyventojų skaičius tenkantis 100-ui 0-14 m. amžiaus vaikų (3 lentelė), todėl galima teigti, kad Lietuva yra demografiškai sena šalis [58]. Ypač ryškus gyventojų senėjimas yra kaime.

3 lentelė. Lietuvos gyventojų senėjimo indeksas 2005 metų pradžioje

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Iš viso	89	94	98	104	110	115	118
Mieste	81	87	91	97	104	110	114
Kaime	106	108	111	115	119	123	125

Šaltinis: Lietuvos sveikatos informacijos centras

Lyginant visos Lietuvos ir atskirų didžiųjų miestų duomenis autorė pastebi, kad 2003 m. Panevėžio mieste buvo 27401 senatvės pensininkų, o 1000-čiai darbingo amžiaus gyventojų teko

280 senatvės pensininkų (4 lentelė). Tais pačiais metais invalidumo pensininkų skaičius Panevėžyje siekė 10109, o 1000-čiui darbingo amžiaus gyventojų teko 103 invalidumo pensininkai. Invalidumo pensininkų skaičius gerokai didesnis nei bendras Lietuvos vidurkis, kuris siekia tik 92 invalidumo pensijų gavėjus 1000-čiui darbingo amžiaus gyventojų grupėje [19, 59].

4 lentelė. Valstybinio socialinio draudimo senatvės pensininkai 1000-čiui darbingo amžiaus gyventojų:

	2000 m.	2001 m.	2002 m.	2003 m.
Panevėžio mieste	275	296	288	280
Panevėžio apskrityje	330	350	339	327
Lietuvoje	299	313	303	292

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Remiantis gyventojų skaičiaus kitimo prognozėmis, Panevėžio mieste 2010 m. ir 2015 m. planuojamas gyventojų skaičiaus kitimas pagal amžiaus grupes: iki 2010 m. didės gyventojų nuo 18-65 metų amžiaus, o iki 2015 m. turėtų didėti gyventojų skaičius nuo 0-4 metų amžiaus, bet mažėti gyventojų nuo 5-65 metų amžiaus (5 lentelė) [19].

5 lentelė. Panevėžio miesto gyventojų skaičiaus kitimo prognozė 2005-2015 m. pagal amžiaus grupes.

Gyventojų amžiaus grupė	2005 m.	2010 m.	2015 m.
0-4 metai	5 225	5 480	6 471
5-17	20 267	16 401	14 605
18-64	72 933	73 183	72 315
65 +	17 727	18 284	16 916
Iš viso:	116 152	113 348	110 307

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

Panevėžio mieste, 2004 m. pradžioje, gyveno 26037 gyventojai 0-17 metų amžiaus, sudarydami 22 proc. visų miesto gyventojų. Bene 64,4 proc., t.y. 75745 miesto gyventojus sudaro 18-65 metų darbingo amžiaus panevėžiečiai. Pagrindinis senėjimo procesą apibūdinantis demografinis rodiklis yra vyresnio amžiaus žmonių dalis visuomenėje. Panevėžyje vyresni nei 65 metų amžiaus miesto gyventojai sudarė 13,4 proc. - 15811 gyventojai (4 paveikslas, 2 priedas) [19].

Kitas svarbus sveikatos rodiklis yra gimstamumas. Statistikos departamento duomenimis 2005 m. Lietuvoje gimė 30541 naujagimis, t. y. 122 daugiau negu 2004 m. (6 lentelė). Gimstamumo rodiklis 2005 m. buvo 8,9/1000 gyventojų. Latvijoje gimstamumas – 8,8/1000

gyventojų (2004 m.), Estijoje – 9,6/1000 gyventojų (2003 m.). Europos Sąjungos (25) šalių gimstamumo vidurkis – 10,3/1000 gyventojų (2004 m.). Nors gimstamumas ir padidėjo 2005m., tačiau jis vis tiek išlieka mažas lyginant su kitomis šalimis, o prieaugis neigiamas [59].

6 lentelė. Demografinė situacija Lietuvoje 1999 – 2005 m.

Demografiniai duomenys	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nuolatinių gyventojų skaičius, tūkst.	3524,2	3499,5	3481,3	3469,1	3454,2	3435,6	3414,3
Gimstamumas 1000 gyventojų	10,3	9,8	9,1	8,6	8,9	8,8	8,9
Mirtingumas 1000 gyventojų	11,3	11,1	11,6	11,8	11,9	12,0	12,8
Natūralus gyventojų prieaugis 1000 gyventojų	-1,0	-1,3	-2,5	-3,2	-3,0	-3,2	-3,9
Kūdikių mirtingumas 1000 gyvų gimusiųjų	8,6	8,5	7,8	7,86	6,75	7,88	6,85
Vidutinė gyvenimo trukmė	72,2	72,2	71,8	71,9	72,2	72,1	71,3

Šaltinis: Lietuvos sveikatos informacijos centras

Lietuvos populiacija sensta, o tuo pačiu didėja bendras sergamumas, kuris sąlygoja senstančiai visuomenei vis dažniau naudotis pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis. Kaip teigė autorei prof. dr. H.A.M.J. ten Have ir prof. dr. E. van Leeuwen [27], „sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, apytiksliais skaičiavimais, senstant auga maždaug 1 procentu per metus. Senstanti visuomenė ilgiau serga ir laikui bėgant, mažėjant ūminėms infekcinėms ligoms, didėja lėtinės degeneracinės ligos. Lėtinės ligos visiškai neišgydomos, jos dažniausiai turi ilgalaikių ir sunkių padarinių fiziniam, psichiniam ir socialiniam funkcionavimui. Didėjant amžiui daugėja ir ligų bei negalių, kurios lemia tolesnį sveikatos priežiūros poreikio augimą“.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis [59] nuo 1990 m. iki 1994 m. mirtingumas didėjo, ypač kaime. Mieste mirtingumas didėjo nuo 8,6 iki 9,7/1000 gyventojų, o kaime – nuo 16,3 iki 18,0/ 1000 gyventojų. Tam įtakos galėjo turėti gyventojų senėjimas. Esminiai mirtingumo didėjimo rodikliai rodė, kad mirdavo darbingo amžiaus žmonės ir mirtingumo šuolis labiau palietė vyrus nei moteris: vyrų mirtingumas pasiekė 27 proc., moteris – 14 proc.; apie 30 proc. mirčių priežasčių sudarė nelaimingi atsitikimai, apsinuodijimai ir traumos [40]. Kaimo gyventojų mirtingumas 73 proc. buvo didesnis nei miesto. Nuo 1995 iki 2000 metų mirtingumas mažėjo, nes 1998 m. mirė 40757 žmonės, tačiau nuo 2001 m. iki 2005 m. mirtingumas vėl pradėjo didėti. 2005 m. Lietuvoje iš viso mirė 43799 asmenys, t. y. 5,9 proc. daugiau negu 2004 metais. Mirtingumo rodiklis padidėjo iki 12,8/1000 gyventojų (6 lentelė) [58, 59].

Europos šalyse didesnis negu Lietuvos mirtingumas yra Vengrijoje, Latvijoje, Estijoje, Bulgarijoje. Lyginant su Latvija, kur mirtingumo rodiklis yra 13,9/1000 gyventojų (2004 m.) bei Estija -13,4/1000 gyventojų (2003 m.), Lietuvoje mirtingumo rodiklis yra šiek tiek mažesnis, tačiau didesnis už Europos Sąjungos (25) šalių mirtingumo vidurkį (9,8/1000 gyventojų). Išsivysčiusiose šalyse, tokiose kaip Švedija, Danija, Belgija, mirtingumas irgi išlieka sąlyginai didelis ir tai, autorės manymu, gali būti sietina su sveikatos priežiūros raidos lygiu bei socialinėmis sąlygomis. [58, 59].

Panevėžio mieste 2003 m. 1000-čiui miesto gyventojų teko 9,3 mirties atvejų. Lietuvoje ir Panevėžio apskrityje šie rodikliai buvo gerokai aukštesni – 11,9 ir 12,7 atvejų. Tačiau Panevėžio mieste registruojamas sergamumas net 28 proc. didesnis nei visos šalies vidurkis (7 lentelė). [19].

7 lentelė. Panevėžio miesto gyventojų sergamumo ir mirtingumo rodikliai 2003 m.

	Mirtingumas (1000-čiui gyv.)	Suaugusiųjų ir paauglių bendras sergamumas (1000-čiui gyv.)	Vaikų bendras sergamumas (1000-čiui gyv.)
Panevėžio mieste	9,3	2275,4	3782,5
Panevėžio apskrityje	12,7	2055,4	2962,2
Lietuvoje	11,9	1777,7	2676,1

Šaltinis: Panevėžio pirminės sveikatos priežiūros plėtros programa iki 2008m.

Vertinant gyventojų sveikatą, labai svarbiu rodikliu laikomas vaikų iki 1 m. mirtingumas. Po pastovaus šio rodiklio mažėjimo nuo 1992 m. iki 2003 m., 2004 m. kūdikių mirtingumas buvo šiek tiek padidėjęs, tačiau 2005 m. jis vėl sumažėjo (2005 m. mirė 209 kūdikiai, o 2004 m. – 240). Kūdikių mirtingumo rodiklis Lietuvoje išlieka pakankamai žemas – 6,9/1000 gyvų gimusiųjų, lyginant su kitomis pasaulio šalimis, tačiau lyginant su ES rodikliais – 4,71/1000, jis išlieka pakankamai didelis. Paskutiniaisiais turimais duomenimis ES 25 šalių kūdikių mirtingumo vidurkis buvo 4,8/1000 gyvų gimusiųjų, Estijoje – 5,4/1000 gyvų gimusiųjų, o Latvijoje – 9,4/1000 gyvų gimusiųjų [59].

Lietuvoje sergamumo rodikliai yra vertinami pagal užregistravusiųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigose skaičių. Todėl sergamumo duomenys priklauso nuo medicinos pagalbos prieinamumo, pirminės sveikatos priežiūros organizavimo, diagnostikos kokybės, sveikatos priežiūros įstaigų materialinės bazės ir kitų faktorių.

Sergamumas Lietuvoje, pagal kreipimąsi 1000-iui suaugusiųjų, 2002 m. buvo 939,4 atvejo, 2005 m. – 1043,8 atvejo, kai tuo tarpu 1994 m. jis buvo tik 400,7 atvejo [58]. Tai rodo, kad suaugusiųjų sergamumas didėja. Dideli ir bendrojo vaikų sergamumo rodikliai - pagal

kreipimąsi 1000-iui vaikų 2005 m. jis buvo 2589,5 atvejo [59]. Analizuojant sergamumą Panevėžio mieste, sergamumas 2002 m. buvo 927,5/1000 suaugusiųjų ir paauglių, 2003 m.- 957,1/1000 suaugusiųjų ir paauglių, tuo tarpu Panevėžio apskrityje sergamumas 2002 m.- 965,2/1000 suaugusiųjų ir paauglių, o 2003 m.- 981,1/1000 suaugusiųjų ir paauglių. Panevėžyje užregistruotas sergamumo tarp suaugusiųjų ir paauglių rodiklis yra mažesnis nei Lietuvos vidurkis, tačiau mažai kuo besiskiriantis [18, 19]. Kiekvienas Lietuvos vaikas 2002 metais vidutiniškai sirgo beveik 2,5 karto [40]. Lietuvoje 2005 m. bent viena liga sirgo 76,1 procentas vaikų. Tai rodo, kad vaikų sveikata blogėja.

Lyginant sergamumą pagal Lietuvos apskritis, sirgusių bent viena liga, pastebima, kad didžiausias gyventojų sergamumas buvo Panevėžio, Vilniaus ir Klaipėdos apskrityse, mažiausias – Alytaus apskrityje (5 paveikslas, 2 priedas). Analogiškos tendencijos pastebimos ir skirtingose amžiaus grupėse (6 paveikslas, 2 priedas).

Analizuojant Nacionalinės sveikatos tarybos 2006 metų veiklos ataskaitą [76], būtina atkreipti dėmesį į tai, kad joje buvo nemažai diskutuota apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo įtaką gyventojų sveikatai. Ataskaitoje buvo pažymėta, kad sumažinti gyventojų mirtingumą ir pagerinti visuomenės sveikatą neįmanoma vien tik sveikatos priežiūros sistemos pastangomis, todėl būtina didinti kitų valstybės sektorių ir visuomenės grupių atsakomybę už sveikatą. Taip pat reikia plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, o ypač didelę pirmenybę teikti šeimos gydytojų – nepriklausomų rangovų privačiai veiklai, ambulatorinei slaugai ir rehabilitacijai, dienos stacionaro plėtrai. Tam skiriamos nemažos lėšos iš valstybės biudžeto ir ES struktūrinių lėšų SP įstaigoms restruktūrizuoti bei modernizuoti, nuolat tobulinti SP paslaugų apmokėjimo tvarką, siekiant stiprinti pirminės sveikatos priežiūros grandį ir skatinti jos veiklos efektyvumą taip pat sumažinant brangesnių SP paslaugų ir žmonių išteklių aukštesnėse grandyse poreikį.

Apibendrinant demografinius ir sveikatos rodiklių duomenis pastebima, kad bendras gyventojų skaičius per artimiausius 10 metų turės tendenciją mažėti, tačiau Lietuvos visuomenė sensta, sergamumas ir mirtingumas išlieka gana aukštas ir mažėja labai lėtai. Senstančiai ir ligotai visuomenei auga socialinių ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, todėl svarbu, kad ASPI dirbtų efektyviai, o teikiamos paslaugos gyventojams būtų prieinamos ir tenkintų jų lūkesčius.

1.2. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMAS LIETUVOJE

1.2.1. Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – vienas iš kokybės užtikrinimo rodiklių

Sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos paslaugos turi būti ne tik kokybiškos, bet ir prieinamos, nes tik tuo atveju pacientų lūkesčiai ir poreikiai bus maksimaliai tenkinami, o ASPĮ veikla bus maksimaliai efektyvi. Todėl autorė norėtų aptarti vieną, jos manymu, patį svarbiausią sveikatos politikos principą ir kokybės rodiklį– *prieinamumą*, kuris bus kaip priemonė, skirta gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir pacientų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis. „*Sveikatos priežiūros prieinamumas* – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei“ [50]. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros prieinamumo ir tinkamumo įsakyme, yra kalbama, kad sveikatos priežiūros prieinamumas – „tai visuma priemonių, kurių dėka juridiniai bei fiziniai asmenys gali laiku ir tinkamai pasinaudoti asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugomis. 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 nebrangios“ [11].

Lietuvoje paslaugų prieinamumą yra įprasta suprasti trimis aspektais: teisiniu-organizaciniu, teritoriniu-komunikaciniu ir ekonominiu.

Prieinamumą Lietuvoje priimta suprasti trimis aspektais:

1. Organizaciniu– atspindi, kaip asmens sveikatos priežiūra organizuota gyventojams.
2. Komunikaciniu (teritoriniu)– atspindi, kaip išdėstytas asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklas, kad gyventojai būtų medicinine prasme saugūs ir per nustatytą laiką galėtų pasiekti ir gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, o taip pat susisiekti su savo gydytoju telefonu bei savu ar visuomeniniu transportu.
3. Ekonominiu– atspindi, ar finansine prasme gyventojams asmens sveikatos priežiūra yra prieinama.

Paslaugų vadybos literatūroje, prieinamumas yra apibūdinamas kaip santykis tarp pasiūlos ir paklausos, įvertinamas pagal tam tikrus parametrus [2]:

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

2. įstaigos, teikiančios sveikatos priežiūros paslaugas, darbo organizavimas (darbo laikas, pacientų registravimas ir priėmimo tvarka, medicininė pagalba namuose);
3. informacijos prieinamumas (informacija apie įstaigą, personalą, teikiamas paslaugas, galimybė pacientams teikti pasiūlymus) yra vertinamas pateiktos informacijos apie gydymo įstaigą kiekis.

Lietuvoje sveikatos sistema yra organizuojama savivaldybių, apskričių ir valstybės, pirminiu, antriniu ir tretiniu sveikatos priežiūros lygiais. Taip yra siekiama užtikrinti paslaugų poreikio patenkinimo galimybes bei kokybę, garantuoti paslaugų prieinamumą ir gydymo atitiktį ligų indikacijoms, numatyti efektyviau ir racionaliau paskirstyti pacientų srautus tarp paslaugų organizavimo lygių, ambulatorinės ir stacionarinės grandies, taikyti paslaugų profilius bei konkrečių sveikatos priežiūros įstaigų, ambulatorinių specializuotų paslaugų prieinamumo gerinimo priemones. Pirminis sveikatos priežiūros lygio organizavimas yra priskiriamas prie savivaldybių. Savivaldybės remia savo teritorijoje esančias gyventojų sveikatos priežiūros įstaigas, jas papildomai finansuoja iš savivaldybių biudžetinių lėšų. Savivaldybių remiamai sveikatos priežiūrai priskiriama [50]:

- 1) pirminio sveikatos priežiūros organizavimo lygio būtinoji medicinos pagalba;
- 2) nėščiųjų sveikatos priežiūra;
- 3) bedarbių, nedarbingų šeimos narių asmens sveikatos priežiūra;
- 4) vaikų iki 16 metų sveikatos priežiūra;
- 5) asmenų, kurių pajamos yra mažesnės už valstybės remiamas, sveikatos priežiūra;
- 6) našlaičių iki 18 metų sveikatos priežiūra;
- 7) I grupės invalidų sveikatos priežiūra;
- 8) nustatytų kategorijų asmenų dantų protezavimas;
- 9) kitos savivaldybės remiamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurių sąrašą ir teikimo tvarką nustato savivaldybių tarybos.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymu [50], asmenys norintys gauti PSP paslaugą, gali ją gauti tik įmonėse ar įstaigose, kurios gali teikti sveikatos priežiūros ir yra gavusios licenciją bei įregistruotos Valstybiniame sveikatos priežiūros įstaigų registre.

Lietuvos Respublikos, Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“ [11] apibrėžtos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos:

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

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos ir Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstatymuose [50, 51], yra teigiama, kad kiekvienas gyventojas turi teisę turėti informacijos apie sveikatos priežiūros įstaigas, jose vykdomą kokybės politiką, įstaigų vidaus tvarkos taisykles, teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas (nemokamų ir mokamų paslaugų rūšis, jų teikimo mastą ir kainas) tam, kad pacientui būtų leidžiama rinktis ir priimti vienokius ar kitokius sprendimus susijusius su sveikata, taip didinant pačių pacientų atsakomybę už savo sveikatą. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalo užtikrinti, kad ši informacija būtų prieinama pacientui susipažinti, taip gerinant paslaugų prieinamumą šalies gyventojams. Pacientams kreipiantis į gydymo įstaigą, svarbu žinoti:

1. pacientų kreipimosi į įstaigą tvarka;
2. pacientų teisės;
3. ginčų tarp įstaigos ir pacientų sprendimo tvarka;
4. įstaigos administracijos darbo laikas;
5. įstaigos personalo darbo laikas;
6. teikiamų paslaugų diapazonas ir jų teikimo tvarka [51].

Kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, pirmiausiai dėmesį reiktų atkreipti į tai, kad pacientams svarbu gauti informaciją apie valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, kurią garantuoja Lietuvos Respublikos įstatymai [50]: „Teisę gauti

valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą turi Lietuvos Respublikos, kitų valstybių piliečiai ir asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvoje. Būtinoji medicinos pagalba LNSS įstaigose teikiama nemokamai visiems nuolatiniais gyventojams, neatsižvelgiant į tai, ar jie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, taip pat neatsižvelgiant į paciento apsilankymų įstaigoje per kalendorinius metus skaičių ir jo gyvenamąją vietą. Užsienio šalių piliečiams, asmenims be pilietybės, nepriskiriamiems nuolatiniais gyventojams, LNSS įstaigos teikia būtinąją medicinos pagalbą Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, jei kitaip nenustato Lietuvos Respublikos tarptautinės sutartys“.

Gydymo įstaigose pacientams taip pat turi būti teikiama informacija apie galimybę gauti būtinąją medicinos pagalbą, esant kritiniam sveikatos sutrikimui. Būtiniosios medicinos pagalbos kokybės užtikrinimas yra ne ką mažiau svarbus SP paslaugų kokybės rodiklis, nei laiduojamos paslaugos. Būtinoji medicinos pagalba yra visiems vienodai prieinama Lietuvos gyventojams teikiant PSP įstaigose. Jai yra priskiriama:

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

Taigi, autorė norėtų pažymėti, kad būtiniosios medicininės pagalbos teikimo įstatymas numato, skubios pagalbos prieinamumą visoms be išimties gyventojų grupėms, nepriklausomai nuo sveikatos draudimo buvimo ar socialinės asmens padėties, o taip pat neprivalomas gydytojo siuntimas sumažina laiko sąnaudas ir pacientų nepasitenkinimo paslaugomis galimybes.

Pacientui gaunant SP paslaugas yra labai svarbu:

- be apribojimų prisirašyti prie asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kuri yra tinkamai ir racionaliai išdėstyta;
- kad būtų užtikrintas pakankamas susisiekimasis transporto ir ryšio priemonėmis;
- kad sveikatinimo paslaugos būtų priartintos kuo arčiau gyventojų;
- kad miesto ir kaimo gyventojams būtų užtikrinta gauti vienodos kokybės paslaugų spektrą;
- kad paslaugų apmokėjimas ir sveikatos draudimo sąlygos būtų kuo paprastesnės.

Tinkama pacientų aptarnavimo ir paslaugų kokybė yra grindžiama tinkamu išteklių panaudojimu, greitosios medicininės pagalbos paslaugų teikimo gerinimu ir PSP paslaugų prieinamumo gerinimu, kuri yra nukreipta į gydymo paslaugų kokybės užtikrinimą.

Kalbant apie *teisinį-organizacinį* prieinamumą, norėtųsi akcentuoti būtiną vidaus administravimo efektyvumo sąlygą – racionalų išteklių naudojimą. Jei organizacija siekia, kad klientui būtų teikiamos aukščiausio lygio paslaugos, tuomet vadovybei būtina planuoti nuoseklų, į paslaugų kokybę ir aptarnavimo kultūrą nukreiptą žmogiškųjų išteklių valdymą. Žmogiškųjų

išteklių valdymas – tai pagrindinis dalykas, lemiantis strateginių tikslų įgyvendinimą, o organizacijos veiklos efektyvumui didelę reikšmę turi organizacijos vidinė kultūra, kurios formavimui turi įtakos personalo nuostatos. Todėl labai svarbu planuoti tinkamai žmogiškuosius išteklius, nes tik nuo tinkamo, į rinką orientuoto personalo parinkimo ir personalo strategiško planavimo valdymo, tiesiogiai priklauso ir pačios organizacijos sėkmė. Gerai organizuotas žmogiškųjų išteklių valdymas turi didelę reikšmę organizacijos kultūrinės aplinkos formavimuisi, šią veiklą būtina vertinti kaip pagrindinę ir darančią esminę įtaką organizacijos sėkmei, o suvokiant ją kaip papildomą ir nereikšmingą organizacijos vidinį administravimą, daroma didelė strateginė laida. Tinkama organizacinė aptarnavimo kultūra sveikatos priežiūros įstaigose, yra pagrindinis veiksnys, užtikrinantis klientų pasitenkinimą. [44]. Organizacijos vadovas, autorės nuomone, turėtų ne tik kreipti didelį dėmesį į žmogiškųjų išteklių valdymą ir darbuotojų poreikius, bet ir į klientų lūkesčius, nes klientas yra pagrindinis išorinės aplinkos elementas, skatinantis gerinti teikiamų paslaugų kokybę.

Tinkamas žmogiškųjų išteklių valdymas ir medikų įtraukimas į vykdomus pokyčius turi ypatingą reikšmę priežiūros reformos procesui, kadangi sveikatos priežiūra yra hierarchinio pobūdžio ir sunkiai prisitaiko prie pokyčių. Būtina suprasti, kad organizacijoje dirbantys specialistai suvoktų pokyčių svarbą ir juos aktyviai remtų, kad jiems būtų sudarytos realios galimybės turėti įtakos sveikatos reformos procesui. Todėl pacientų apsilankymų skaičius pas gydytojus ir yra pagrindinis ambulatorinių paslaugų teikimo rodiklis. 2005 m. sveikatos priežiūros ištekliai kito nežymiai. 2005 m. Lietuvos sveikatos sistemoje (be privačių įstaigų) funkcionavo 159 stacionarai (iš jų: 67 bendrojo pobūdžio ligoninės, 29 specializuotos bei 59 slaugos ligoninės), 438 ambulatorinės ir poliklinikos įstaigos, 839 medicinos punktai [58]. Tuo tarpu Panevėžio mieste 2005 m. funkcionavo 29 vieši ir privatūs stacionarai, ambulatorijos ir poliklinikos įstaigos [79]. Privačių sveikatos priežiūros įstaigų daugėjo. Lietuvoje per paskutinius šešerius metus gydytojų bei odontologų skaičius keitėsi nežymiai (10 lentelė, 2 priedas), tačiau 11 proc. sumažėjo specialistų su aukštesniu medicinos išsilavinimu. 2005 m. Lietuvos sveikatos informacijos centrai metines statistines ataskaitas pateikė 1521 gydymo įstaiga, iš kurių 61 proc. sudarė odontologijos įstaigos [58, 59]. 2005 m. pabaigoje Lietuvoje iš viso dirbo 13650 gydytojų (40,1/10 000 gyventojų), iš jų tik privaciai – 7,3 procentai, o iš 25364 odontologų (7,2/10 000 gyventojų) privaciai dirbo beveik 51 proc. (1249 asmenys). 2005 m. Lietuvoje odontologų teko 7,2/10000 gyventojų, kai tuo tarpu Panevėžio mieste – 6,4/10000 gyventojų [59, 79]. Lietuvoje gydytojų skaičius pastaruosius penkerius metus stabilizavosi ir menkai didėja. Tuo tarpu ES šalyse šis rodiklis didėja. Anksčiau buvo manyta, kad Lietuvoje yra didžiausias gydytojų skaičius, tenkantis 100000 gyventojų, tačiau taip nėra.

2002 m. Lietuvoje buvo 400,2 gydytojo 100000 gyventojų, kai tuo tarpu Italijoje šis skaičius siekė 566,7/100000, Graikijoje – 461,28/100000, Belgijoje – 418,77/100000, ir šis rodiklis buvo kur kas didesnis nei Lietuvos [40]. Panevėžio mieste 2003 m. vietinio pavaldumo įstaigose dirbo 455 gydytojai, t.y. 38,7 gydytojai 10000-iai miesto gyventojų. Mieste dirbančių gydytojų skaičius yra gerokai aukštesnis nei Panevėžio apskrities ir Lietuvos rodiklis. Žmogiškųjų medicinos personalo išteklių perteklius mieste sudaro prielaidas didesniai nei reikalinga gydytojų užimtumui išlaikyti miesto sveikatos priežiūros įstaigose. Panevėžio miesto gydytojų skaičiaus, tenkančio 10000-iai gyventojų, palyginimas pateiktas 11 lentelėje [79]. Pastaraisiais metais pastebimas gydytojų poreikio mažėjimas gydamosios medicinos sektoriuje, tačiau didėja paklausa kitose medicinos sektoriaus srityse. Pirminės sveikatos priežiūros srityje didėja bendrosios praktikos gydytojų (šeimos gydytojų), o mažėja – terapeutų ir pediatrų skaičius [40, 58].

11 lentelė. Panevėžio miesto gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų 2000-2003 m.

	1999 m.	2000 m.	2002 m.	2003 m.
Panevėžio mieste	33,4	32,7	38,1	38,7
Panevėžio apskrityje	23,9	23,2	25,2	25,1
Lietuvoje	27,0	26,1	27,2	26,9

Šaltinis: Panevėžio pirminės sveikatos priežiūros plėtros programa iki 2008m.

Miesto gyventojai PSP centruose nejučia BPG ar kitų specialistų trūkumo, tačiau kaimo gyventojai tą jaučia, nes yra didelė problema, kurią politikams yra sunku išspręsti – kaip jaunos ir kvalifikuotas specialistus „privilioti“ dirbti į kaimo ar mažesnių miestelių PSP centrus. Ten yra didelis trūkumas specialistų, nes kiekvienas gydytojas mieliau dirba mieste arba verčiasi privačia veikla, nes už tai gauna daugiau pinigų ir yra labiau suinteresuoti. Didesni gydytojų susitelkimo centrai – miestai, o kaimo vietovėse arba rajonuose pacientams tenka tenkintis felčerio teikiamomis paslaugomis, todėl paslaugų prieinamumas tampa nepakankamas. Analizuojant pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo organizacinę dalį, norėtų atkreipti dėmesį į esmines, kaip viešojo administravimo sektoriaus problemas – tai tinkamo BPG rengimo ir perkvalifikavimo stoką, medicinos personalo inerciją, PSP įstaigų administracijos kompetencijos vadybos srityje trūkumo, nesuformuluota adekvati darbo kokybę ir apimtį skatinanti apmokėjimo sistema. Iki šiol nėra tinkamo koordinavimo tarp savivaldybių ir universitetų dėl rezidentų rengimo ir įdarbinimo [72].

Pagal pateiktus Lietuvos informacijos centro duomenis [58] yra pastebima, kad nuo 1998 – 2006 metų apsilankymai pas gydytojus pakito gana nežymiai: apsilankymų skaičius nuo 24824,5 tūkst. – 1998m. sumažėjo iki 22259,7 tūkst. – 2006 metais, t.y. 1-am gyventojui teko

nuo 7,0 iki 6,56 pasilankymo (1998-2006m.); apsilankymai pas stomotologus skaičius (tūkst.) sumažėjo nuo 4438,3 – 1998m. iki 3340,9 – 2006m, t.y. 1-am gyventojui teko nuo 1,3 iki 0,98 apsilankymo (1998-2006m.); tačiau bendras apsilankymų skaičius pas pirminio lygio gydytojus išaugo – 2000 metais jis buvo 13586,1 arba 3,9 apsilankymai 1-am gyventojui, o 2006 metais šis skaičius siekė 14610,7 arba 4,3 apsilankymo 1-am gyventojui (8 lentelė, 2 priedas). Tuo tarpu Panevėžio mieste bendras apsilankymų skaičius pas pirminio lygio gydytojus poliklinikose ir ambulatorijose 2003 metais buvo 7,2 apsilankymo 1-am gyventojui, o visoje Lietuvoje šis skaičius siekė tik 6,5 apsilankymo 1-am gyventojui [79]. Tai rodo didelį Panevėžio miesto gyventojų ligotumą ir BPG gydytojų poreikį. Bendras 2005 m. apsilankymų skaičius per metus Lietuvos gyventojui teko 4,5 karto apsilankyti pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje ir 2,2 kartus pas gydytoją specialistą [74], tuo tarpu Panevėžio miesto gyventojai pas gydytojus asmens sveikatos priežiūros įstaigoje apsilankė šiek tiek mažiau, vidutiniškai 4 kartus per metus [79]. Vienam Lietuvos gyventojui per metus teko apie 6,8 apsilankymų skaičius pas gydytojus. Šie rodikliai mums rodo, kad sveikatos priežiūros gaunamos paslaugos tapo daugiau koncentruotos dėl lėšų taupymo ir tinkamo jų paskirstymo, bei paslaugų kokybės gerinimo, nes 1999 metais apsilankymų buvo 9,2 vienam gyventojui [59]. Remiantis atliktais autorių I. Misevičienės ir L. Dregval [64], į Lietuvos gydytojus dažniau kreipėsi moterys nei vyrai. Vyresnio amžiaus abiejų lyčių respondentai kreipėsi dažniau, o miesto ar kaimo gyvenančių kreipimosi dažnis į PSP įstaigas nesiskyrė. 57,7 proc.(pusė apklaustų) neturėjo sunkumų pasirenkant patinkantį gydytoją, ir kas dešimtas (10,1 proc.) respondentas nurodė, kad patyrė sunkumų.

2003 metais Panevėžio mieste vietinio pavaldumo įstaigose dirbo beveik 21000 slaugytojų 10-čiai tūkstančių miesto gyventojų teko 94,3 slaugytojos. Lietuvoje slaugytojų skaičius nuo 2000 m. sumažėjo beveik 9 proc. ir 2005 m. šis rodiklis buvo 74,5/10 000 gyventojų. (9 ir 10 lentelės, 2 priedas) [59, 79].

Lietuvos socialinės, ekonominės ir politinės situacijos pokyčiai kelia vis didesnių reikalavimų visoms viešojo administravimo institucijoms, t.y. ne tik sveikatos priežiūros įstaigoms, bet ir jų darbuotojams – gydytojams ir slaugytojoms. Kadangi asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios pirminio lygio paslaugas yra priskiriamos prie viešas paslaugas teikiančių įstaigų, tai jų veikla yra siejama su viešuoju administravimu. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymu yra teigiama, kad „viešasis administravimas – tai įstatymais ir kitais teisės aktais reglamentuojama viešojo administravimo subjektų veikla, skirta įstatymams ir kitiems norminiams teisės aktams įgyvendinti priimant administracinius sprendimus, teikiant įstatymų nustatytas administracines paslaugas, administruojant viešųjų paslaugų teikimą ir atliekant viešojo administravimo subjekto vidaus administravimą“ [93]. Viešasis administravimas siejamas su planavimu, organizavimu, vadovavimu, koordinavimu ir

veiklos kontrole. Viešasis administravimas turi sugebėti greitai ir efektyviai reaguoti į visuomenės poreikius, keisti ir pritaikyti savo struktūras, procedūras bei veiklos tikslus prie besikeičiančių aplinkybių. Kartu su tuo keičiasi ir sveikatos priežiūros įstaigų vadovams: jie turi būti kūrybingi, kvalifikuoti ir motyvuoti, sugebantys ginti ir tenkinti ne tik pacientų, bet ir darbuotojų poreikius bei lūkesčius [94]. Pastaraisiais metais nepaprastai išaugo strateginio planavimo, kaip efektyvumo didinimo metodo vaidmuo ir reikšmė modernioje visuomenėje, kuris suprantamas kaip visumą koncepcijų, procedūrų ir priemonių, turinčių padėti sveikatos priežiūros vadovams, politikams ir vadybininkams strategiškai sugebėti veikti formuluojant ir įgyvendinant viešosios politikos kryptis. Pasak autorės J. Bryson, „strateginis planavimas gali būti vertinamas kaip metodas ir priemonė, padedanti apibūdinti, plėtoti ir įgyvendinti efektyvią viešojo sektoriaus administravimo veiklą, gerinti administracinius sugebėjimus“ [94]. Viena didžiausių Lietuvos ASPĮ problemų šiuo metu yra vadovų kompetencijos stoka administravimo ir valdymo srityse bei administravimo gebėjime. Todėl labai svarbu suprasti, kad profesionalumo didinimas yra svarbus viešojo administravimo tobulinimo aspektas, kuris suprantamas kaip nuolatinis, visapusiškas darbuotojų profesinis tobulinimas, jų profesinių gebėjimų ir įgūdžių lavinimas. Nuo tinkamo vadovo vadovavimo labai priklauso jo įstaigos našumas, veikla, o taip pat ir efektyvių paslaugų teikimas.

Įgyvendinant Lietuvos nacionalinę koncepciją ir Pasaulinės sveikatos organizacijos doktriną „Sveikata visiems XXI amžiuje“, yra siekiama sveikatos politiką orientuoti į sveikatos saugojimą ir stiprinimą visose sveikatos priežiūros grandyse, taip pat užtikrinti gyventojų dalyvavimą formuojant sveikatos politiką gerinant sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę, efektyvumą įgyvendinant PASP reformą, mokyti ir kelti sveikatos darbuotojų kvalifikaciją, bei rengti pagrindinius sveikatos sistemą reguliuojančius įstatymus. Kartais ne visi pokyčiai SP sistemoje atitinka ekonominius ir profesinius medikų lūkesčius, tačiau tai dažnai lemia ne įstatymų ar kitų teisės aktų trūkumai, o įstaigos steigėjų sprendimai ar konkrečios įstaigos darbo organizavimas.

1.2.2. Atliktų tyrimų analizė sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tematika

Vertinant paslaugų prieinamumą buvo atlikta nemažai tyrimų šia tematika. Analizuojant *organizacinį* ir *komunikacinį* SP paslaugų prieinamumą, yra svarbus laukimo ir gavimo laikas, neatidėliotinos medicininės pagalbos gavimas, gydytojų ir slaugos darbuotojų dėmesys pacientui, registratūros darbas, PSP įstaigos darbo laikas ir kt. Pagal pateiktus I.Misevičienės ir L.Dravel atliktų tyrimų duomenis [64], kuriais buvo vertinamas suteiktos medicinos pagalbos skubumas,

bendravimas su pacientais bei informacijos slaptumo išsaugojimas, pastebėta, kad didžioji tirtų (n=3514) respondentų (59,5 proc.) dalis, kurie kreipėsi į PSP gydymo įstaigas per pastaruosius 12-ka mėnesių teigė, kad jiems visada ir iš karto buvo suteikta medicinos pagalba, penktadaliui (18,4 proc.) ta pagalba buvo suteikta dažnai, o labai nedidelei respondentų daliai (3,5 proc.) medicinos pagalba niekada nebuvo suteikta iš karto, kai jiems to reikėjo. Tiek vyrai, tiek moterys, ypač vyresnio amžiaus nei jaunesnio nurodė, kad jiems skubi pagalba buvo suteikta iš karto.

Pagrindinės, J. Kairio ir kitų autorių [3] nurodytos SP paslaugų prieinamumo problemos, yra sietinos su vadybos-administravimo/organizavimo ir profesinės – etinės kultūros stoka. Atlikus visos šalies gyventojų (n=1003) tyrimą 2003 m. gegužės mėnesį didžiuosiuose Lietuvos miestuose: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio, rajonų miestų ir centrų, miestelių bei kaimų buvo pastebėtos šios problemos:

Vadybinės problemos (sugrupuota pagal svarbumą):

1. Eilės prie kabinetų.
2. Per daug „popierizmo“ ir biurokratijos.
3. Eilės registratūroje.
4. Reikia duoti kyšius.
5. Sunku gauti talonus, tenka laukti savaites, mėnesius.
6. Labai nepatogus laukimas eilėse prie gydytojų kabineto durų, nes neregistruojama iš anksto.
7. Reikia labai ilgai laukti tyrimų rezultatų.
8. Neregistruojama telefonu.
9. Sugaištama per daug laiko.
10. Už dauguma tyrimų reikia mokėti.
11. Neskiriama kompensuojamų vaistų.
12. Sudėtinga padaryti reikiamus tyrimus.
13. Dažnas nereikalingas siuntinėjimas iš kabineto į kabinetą;

Profesinės- etinės problemos:

1. Žema gydytojų kvalifikacija.
2. Medikai nejaučia atsakomybės.
3. Šiurkštūs, nemandagūs gydytojai.
4. Medikai nedėmesingi.
5. Medikai darbo metu geria kavą/plepa, o ne rūpinasi pacientais.
6. Pacientus skirst pagal pajamas, amžių.

Svarbūs kriterijai, vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, buvo paslaugos laukimo laikas, procedūrų laukimo laikas, gydytojų ir slaugos darbuotojų dėmesys pacientui bei darbo kokybė. Daugumai tirtų respondentų (56-65 proc.) nuomone, per pastaruosius porą metų poliklinikos gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbo kokybė, dėmesys pacientams, darbo organizavimas nepakito. Tik 1,7 proc. tirtų respondentų neturėjo jokių problemų susijusių su SP paslaugų prieinamumu. Respondentai pagrindinėmis problemomis nurodė tai, kad jiems ilgiausiai tenka laukti priėmimo pas gydytoją, trumpiau – registratūroje, norint užsiregistruoti pas pasirinktą gydytoją, ir prie procedūrinių/tyrimų kabinetų. Tik 18 proc. miestų gyventojų ir 27-29 proc. rajonų ir kaimo gyventojų nurodė, kad jiems poliklinikos registratūroje laukti beveik neteko norint užsiregistruoti pas pageidaujamą gydytoją, o trečdalis visų tirtų respondentų nurodė, kad buvo priversti laukti per ilgai (kiek daugiau – 39 proc. miesto gyventojų). 24 proc. miesto ir 29-30 proc. rajonų gyventojai nurodė, kad jiems atliekant paskirtus gydytojo tyrimus, beveik neteko laukti, o 22 proc. respondentų nurodė, kad šių tyrimų teko laukti per ilgai (kiek daugiau nei 27 proc. miesto gyventojų). Jaunesni ir vyresni respondentai geriau vertino gydytojų kokybę, nes iš 18-25 metų respondentų net 29,1 proc., o vyresnių kaip 56 metų tarpe atsakė tik 25,4 proc., kad gydytojų kokybė labai pagerėjo. Daugelis respondentų atkreipė dėmesį į darbo organizavimo ir registratūros darbuotojų dėmesio pacientui pablogėjimą.

D. Jankauskienė 1995 ir 1998 metais atliko PSP prieinamumo tyrimą [33], kurio metu buvo apklausta 1075 gyventojai. Jo metu buvo nustatyta, kad teikiamų gydymo paslaugų kokybę teigiamai vertino 62 proc. apklaustųjų (tuo tarpu 1995 metais teigiamai vertino 80 proc.), o 40 proc. gyventojų buvo nepatenkinti gydymu. Labai nepatenkinti teikiamu gydymu buvo didesni miestų ir aukštesnį išsilavinimą turintys gyventojai. Kuo daugiau pajamų turi gyventojai, tuo jie mažiau patenkinti gaunamu gydymu ir dažniau naudojami mokamomis paslaugomis. Gyventojai nepatenkinti valstybinėmis gydymo įstaigomis dėl to, kad patys nesirūpino savo sveikata (21 proc.), kad gydytojai per mažai stengėsi jiems padėti (dažniausias atsakymas 1995m.), neturėję pakankamos informacijos apie gydytojus ir gydymo įstaigą. Gydytojų kvalifikacija patenkinti tik 7 proc. respondentų. Gydytojus ir gydymo įstaigą gyventojai rinkosi pagal gyvenimo vietą, ir 41 proc. atvejų tai buvo apylinkės terapeutai ar šeimos gydytojai. Į poliklinikos gydytojus teko kreiptis 74 proc. gyventojų, o į ligoninių personalą – 38 proc. respondentų. Dažniau į ligonines kreipėsi kaimo vietovių, mažesnes pajamas turintys ar dažniau sergantys gyventojai. 1995 m. į privačius gydytojus kreipėsi 34 proc. besigydžiusių ligoninėse.

Nagrinęjant Ž. Milašauskienės ir kitų autorių [66], 2004 m. birželio mėnesį, pagal bendrą projektą su Olandijos sveikatos priežiūros tyrimo institutu atliktą tyrimą Šiaulių apskrities viešuosiuose ir privačiuose pirminės sveikatos priežiūros centruose nustatyta, kad galimybė patekti pas gydytoją, pirma kliūtis pacientams buvo „pirmojo kontakto su pirminės sveikatos

priežiūros centro vieta – registratūra“, kur pacientams tekdavo laukti eilėse. Tyrimo duomenimis vertinant registratūroje sugaištą laiką, daugiau kaip du trečdaliai (73,6 proc.) anketinėje apklausoje dalyvavusių respondentų pažymėjo, jog registratūroje laukia trumpai. 85,5 proc. – gerai vertino registratūros personalo mandagumą ir rūpestingumą. Vertinant, kokią įtaką pacientų nuomonei apie organizacinį registratūros darbą turėjo socialiniai ir demografiniai veiksniai, labiausiai įtakojo pacientų amžius, gyvenamoji vieta, užimtumas, lankymosi PSP centre dažnumas ir centro nuosavybės forma. Paslaugas gaunantys privačiuose centruose, dažnai besilankantys pacientai PSP centruose, jaunesni bei vyresnio amžiaus pacientai, geriau vertino organizacinį registratūros darbą, nei aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys, pensininkai, neįgalūs asmenys ir pacientai gyvenantys miesteliuose. Kitas, svarbus tirtas aspektas buvo – sugaištas laikas prie šeimos gydytojų kabineto durų. Apklausos duomenimis, net trečdalis (32,9 proc.) apklaustų pacientų teigė, kad laukia per ilgai. Pradinį išsimokslinimą turintys pacientai dažniau nurodė, kad laukia per ilgai, negu tie pacientai, kurie turėjo aukštąjį – jie nurodė, kad laukia 2,2 karto mažiau. Privačiuose PSP centruose pacientai 2,1 karto mažiau laiko laukė vizito pas šeimos gydytoją už durų, negu viešuosiuose PSP centruose. Apie miesto PSP centrų darbo laiką net du trečdaliai (66,9 proc.) tirtų pacientų buvo gerai informuoti, tačiau miesteliuose gyvenantys pacientai blogiau vertino suteiktą informaciją apie juos aptarnaujančių PSP centrų darbo laiką net 2,3 karto. Daugelis respondentų teigė, kad jų šeimos gydytojų kabinetai ir laukiamieji yra patogūs ir jaukūs, o šeimos gydytojai pakankamai gerai aprūpinti medicinine įranga. Todėl autorė norėtų pastebėti, kad nuo socialinių ir demografinių aspektų, PSP centrų išsidėstymo, didelė dalimi priklauso PSP paslaugų prieinamumas vertinant organizaciniu aspektu.

Vertinant Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje [38] atlikto tyrimo duomenis, kuriais buvo tirtas SP paslaugų prieinamumas nustatyta, kad registratūroje pacientams teko laukti vidutiniškai 16 minučių, prie gydytojo kabineto – 30 minučių, prie procedūrų kabineto – 17 minučių. Atlikto Šiaulių mieste, Gytarių mikrorajono gyventojų (n=303) tyrimo dėl pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir skirtumo įvertinimo pagal įstaigų nuosavybės formas paaiškėjo, kad didelė dalis respondentų palankiai vertino PSP paslaugų prieinamumą. Patenkinti teikiamomis paslaugomis (69,6 proc.) bei pasirinktos SP įstaigos darbo organizavimu (68,6 proc.), laukė priėmimo pas gydytoją 10-20 min. (34,9 proc.), buvo patenkinti šeimos gydytojo kvalifikacija (44,1 proc.) ir bendravimu su pacientais (49,7 proc.), buvo visada informuojami apie sveikatos būklę, tyrimus, gydymo eigą, ligos prognozę (55,3 proc.). Privačių PSP įstaigų pacientai dažniau, negu pasirinkusieji savivaldybės SP įstaigoje dirbantį gydytoją buvo patenkinti jiems teikiamomis paslaugomis, įstaigos darbo organizavimu, gydytojo kvalifikacija, jo bendravimu su pacientais, trumpiau laukė priėmimo pas gydytoją, dažniau buvo informuojami apie sveikatos būklę bei gydymo eigą. 74,6 proc. respondentų ateityje norėtų

rinktis privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje nepriklausomai nuo rangovo principu dirbantį šeimos gydytoją [85].

Analizuojant autorių [41] R. Kalėdienės, D. Dučinskienės, J. Petrauskienės ir kt. 2002 metų kovo mėnesį atliktą tyrimą pastebėta, kad pacientų informuotumo principas tapo labai reikšmingu sveikatos priežiūros grandyje, o sveikatos priežiūros sistemoje žmogaus teisių pažeidimai tapo gana dažni, nes pacientai ir medicinos darbuotojai Lietuvoje dar mažai informuoti apie pacientų teises. Pagal atliktų tyrimų duomenis, kuriuose dalyvavo medicinos darbuotojai ir pacientai (n=255), tik 32,3 proc. buvo skaitę Pacientų teisių žalos ir sveikatos atlyginimo įstatymą (toliau –PTŽSA), 52,4 proc. – girdėjo, o 15,4 proc. asmenų apie šį įstatymą nieko nežinojo. Remiantis PTŽSA įstatymo 3 straipsnio 1-ą dalimi [49] - „Sveikatos priežiūros įstaigose pacientų teisių negalima varžyti dėl jų lyties, amžiaus, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų“ – 96,8 proc. tyrime dalyvavusių medicinos darbuotojų nurodė, kad visada su pacientais elgiasi pagarbiai, 5,8 proc. apklaustų teigė, kad rodo pacientams nevienodą dėmesį dėl jų socialinės padėties, 6,0 proc. – dėl amžiaus, 4,2 proc. – dėl lyties, 2,3 proc. – dėl kalbos, 3,3 proc. – dėl tikėjimo, ir tik 1,9 proc. – dėl tautybės. Kaip matyti iš pateiktų duomenų, vis dar yra socialinės atskirties barjeras, kuris trukdo tinkamai teikiant paslaugas pirminio lygio grandyje nepažeisti pacientų teises. PTŽSA įstatymo 5 straipsnis teigia, kad [49] „Teisė pasirinkti gydytoją, slaugos darbuotoją, sveikatos priežiūros įstaigą“ apibrėžia laisvai pasirinkti paslaugas teikiančius medicinos darbuotojus. Pagal tyrimų duomenis, 87,9 proc. tirtų asmenų nurodė, kad jų įstaigoje galima lengvai pasirinkti gydantį gydytoją ar slaugytoją. 94,4 proc. apklaustųjų mano, kad pacientai patys gali pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą. Tai leidžia autorei daryti išvadas, kad pasirinkimo laisvė yra neribojama ir paslaugų suteikimo galimybė nevaržoma. Tačiau, minėtos autorės pastebi, kad žmogaus teisių pažeidimai sveikatos sistemoje gana dažni, nes tiek pacientai, tiek medikai dar mažai informuoti apie pacientų teises.

Kitų autorių, I. Misevičienės ir L. Dregval [64] duomenimis, Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros grandyje dirbantiems sveikatos darbuotojams nėra įprasta aptarinėti kartu su pacientais jo tyrimo ir gydymo planus; trečdalis tirtų respondentų (37,2 proc.) nurodė, kad kartais arba niekada su jais tokie klausimai nebuvo svarstomi. Šių teisių žinojimas abiem pusėms labiau padėtų bendradarbiauti užtikrinant efektyvią sveikatos priežiūrą, skatintų didesnę pasitikėjimą tarp pacientų ir gydytojų, išryškintų žmogiškųjų išteklių vadybos svarbą, bei aukštesnę teikiamų paslaugų kokybę.

Kita, ne ką mažiau svarbi organizacinio prieinamumo problema, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, yra paciento konfidencialumo ir privatumo išsaugojimo stoka. Šio principo svarba yra labai svarbi šiuolaikinėje medicinoje, nes jis stiprina pasitikėjimą mediko ir paciento

santykiuose, skatina pacientus ieškoti pagalbos ir nebijoti kreiptis pagalbos į medikus. Autorės, V. Beresnevičiūtė ir R. Sadunišvili, atlikusios sociologinį tyrimą, dėl pacientų teisės į privatumą [65] teigia, kad labai didele dalimi dėl konfidencialumo principo įgyvendinimo tenka SP įstaigų administratoriams bei gydytojams. „Sveikatos priežiūros įstaigos administracija, kaip vienas iš valdymo organų, bei dirbantis personalas yra svarbus kanalas užtikrinant paciento teisės į privatumą įgyvendinimą – gali aiškiai įvardyti esamas problemas, vyraujančią praktiką, nustatyti taisykles ir normas susidariusioms problemoms spręsti bei numatyti konkrečius mechanizmus ydingoms nuostatomis keisti.“ Autorės pastebi, kad tose SP įstaigose, kuriose griežčiau reglamentuojamas ir realiai įgyvendinamas konfidencialumo principas, padeda SP įstaigoms konkuruoti – pacientai, pasirinkdami SP įstaigą, atsižvelgia ne tik į joje dirbančius profesionalus, bet ir vyraujančią atmosferą, santykius su pacientu bei požiūrį į jį. Užtikrinti konfidencialumo principą sveikatos priežiūros srityje trukdo išsisknijusi dominuojanti netinkama praktika, ydingas teisinių normų ir etinių principų interpretavimas, menkas problemos aptarimas bei jos vieta bendrame SP kontekste. Pagrindinės problemos, su kuriomis tenka pacientams susidurti SP įstaigose gaunant sveikatos priežiūros paslaugas, o gydytojams siekiant laikytis konfidencialumo ir privatumo principų, yra šios:

- tinkamų patalpų gydytojui ir pacientui (jo šeimai) bendrauti trūkumas (palata, gydytojas kabinetas, priimamasis), t.y. pašalinių asmenų (gydytojų kolegų, kitų pacientų, studentų, prašalaičių) dalyvavimas konsultacijos metu; neužtikrinamas fizinis asmens privatumas (nėra užuolaidėlių, į kabinetą gali įeiti pašaliniai asmenys, nedega žalios/raudonos lemputės ir pan.);
- stacionaruose besilankančių asmenų kontrolės trūkumas (ligoninėje į palatą gali užėiti pašaliniai asmenys, dažnas pavyzdys – žiniasklaidos atstovai);
- nesukurtos procedūros, leidžiančios teisėtai ir saugiai teikti informaciją apie paciento sveikatos būklę telefonu (nėra jokių paciento identifikacijos kodų ar kitų priemonių leidžiančių identifikuoti skambinantį ir suteikti reikiamą informaciją tam, kam ji tikrai turi būti suteikta);
- pacientų būklė aptarinėjama viešose vietose (lifte, kavinėje, hole, koridoriuose ir pan.), girdint pašaliniams asmenims;
- netinkama pacientų dokumentų (ligos istorijų, tyrimų rezultatų ir kt.) apsauga (nerakinamos spintos, dokumentai prieinami visiems sveikatos priežiūros specialistams, studentams ir pan.);
- kompiuterinėse duomenų bazėse saugomų duomenų apsaugos stoka (nėra slaptažodžių, jie nekeičiami arba keičiami per retai, ekranas atsukamas taip, kad jį gali matyti pašaliniai asmenys ir t.t.);

- paciento dokumentai (asmens duomenys) naudojami mokymosi procese arba moksliniuose tyrimuose be jo sutikimo [59].

Administracijos bei gydytojų nežinojimas, aplaidumas, pagarbos ir dėmesio stoka, prasta vadyba ir administravimo trūkumas trukdo gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Todėl autorė norėtų pastebėti, kad su vadovų profesionalumu glaudžiai yra susijęs ir personalas, nes tik besimokančioje organizacijoje (šiuo atveju ASPĮ), kurioje vyksta specifiniai mokymai, pažintis, įgūdžių tobulinimas, akcentuojami kultūriniai, ekonominiai ir politiniai pokyčiai, geba prisitaikyti prie kintančių sąlygų, numatyti būsimus pokyčius ir iššūkius, gali užtikrinti tinkamą paslaugų prieinamumą, glaudesnę ryšį tarp pacientų ir gydytojų.

Kitas, labai svarbus sveikatos priežiūros vidaus administravimo efektyvumo, kokybės ir PSP paslaugų prieinamumo vertinimo aspektas – *teritorinis-komunikacinis* PSP paslaugų prieinamumas. Vertinant *teritorinį-komunikacinį* paslaugų prieinamumą, autorė norėtų aptarti Panevėžio, ir kitų Lietuvos miestų sveikatos priežiūros įstaigų geografinį išsidėstymo tinklą, įvertinti atstumus iki sveikatos priežiūros įstaigų, atsižvelgti į visuomeninio transporto infrastruktūrą ir galimybę pasiekti SP įstaigą, įvertinti gyventojų tankumą, galimybe telefonu ar kitomis komunikacijos priemonėmis susiekti su gydytoju ar gydymo įstaiga.

Nagrinėjant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinį prieinamumą, svarbu įvertinti gyventojų galimybę gauti sveikatos priežiūros paslaugas įstaigose, kurios išdėstytos tam tikrame administraciniame vienetu, t.y. savivaldybėje. Remiantis autorių, R.Pečiūros, D.Jankauskienės ir R.Gurevičiaus, 2004-2005 metų atliktais PSP įstaigų tinklo tankumo tyrimų duomenimis [83] Klaipėdos, Tauragės ir Vilniaus rajonų savivaldybėse pastebėta, kad pagal 2001 m., 106 mūsų šalies miestuose gyveno 67 proc. šalies gyventojų, o kita dalis gyventojų, daugiau kaip 1,15 mln. – gyveno 21,6 tūkstančio kaimo vietovių. Dauguma iš tų vietovių buvo maži kaimai, kurie siekė iki 30 gyventojų. Vidutinis gyventojų tankis 65,3 tūkst. km² teritorijoje buvo - 52,4 gyventojų 1 km²; rajonų savivaldybėse gyventojų tankis svyravo nuo 14 gyventojų 1 km² iki vidutinio šalies dydžio ir tik kuriose savivaldybėse (Kauno ir Jonavos rajonuose) gyventojų tankis viršijo Lietuvos gyventojų tankio vidurkį. Išanalizavus minėtų savivaldybių teritorinius pirminės sveikatos priežiūros įstaigų ir jų padalinių teritorinį, 3 km spindulio prieinamumo zonų dengimo plotą, tapo aišku, kad Klaipėdos rajono savivaldybėje teritorinis PSP paslaugų prieinamumas yra geresnis nei Vilniaus ir Tauragės rajono savivaldybėse, nes savivaldybių PSP įstaigų teritorinis prieinamumo rodiklis r (proc.) buvo Klaipėdos rajono $r = 53,00$ proc., Tauragės rajono $r = 35,80$ proc. ir Vilniaus rajono $r = 36,00$ proc.

Vertinant Panevėžio miesto savivaldybėje esantį teritorinį PSP paslaugų prieinamumą [79] pagal teikiančių PSP įstaigų žemėlapyje nurodytą teritorinį pasiskirstymą, galima pastebėti, kad beveik visos SP įstaigos yra sukoncentruotos miesto centre, o šiaurinėje, rytinėje ir

pietvakarinėje Panevėžio miesto dalyje jų mažiau (7 paveikslas, 2 priedas), todėl autorė mano, kad PSP įstaigų tinklą galima būtų ir plėsti.

Gyventojų laisvo prisirašymo prie BPG institucijų ir apmokėjimo už prisirašiusius gyventojus įvedimas, bei privačių pirminio lygio asmens SP teikėjų atsiradimas („rinkos aplinkos sukūrimas“), reikšmingai pakeitė išteklių ir paslaugų teikimo situaciją mieste dėl atsiradusios konkurencijos. Pagal prisirašymą pas BPG gyventojų pasiskirstymas beveik identiškas – didžiausią prisirašiusiųjų dalį sudaro 16-65 metų asmenys viešose SPS įstaigose; pas privačiai dirbančiuosius šiek tiek daugiau užregistruota virš 65 metų amžiaus asmenų [79]. Pateiktame Panevėžio miesto žemėlapyje PSP įstaigų išsidėstymas pateiktas skaičiais ir atitinkama spalva, kurie žymi PSP centrus, kurių pavadinimai, adresai ir prisirašiusiųjų pas BPG gyventojų skaičius pateiktas 12 lentelėje (2 priedas).

Pastebėtina, kad Panevėžio mieste 2005 metais visų prisirašiusiųjų prie pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų procentinis pasiskirstymas yra pateiktas 8 paveiksle (2 priedas), kuriame aiškiai matosi, kad daugiausiai prisirašiusiųjų (net 55%) tenka VšĮ Panevėžio miesto poliklinikai, antroje vietoje UAB „Kniaudiškių šeimos klinika“, kuriai atitenka 7% prisirašiusiųjų, tačiau dėl Lietuvoje neišvengiamai vykstančios migracijos 2003-2005 metais, prisirašiusiųjų dalis privačiame sektoriuje augo, o tuo tarpu prisirašiusiųjų dalis sumažėjo VšĮ Panevėžio miesto poliklinikoje nuo 75% iki 55% [79].

Atsižvelgiant į visuomeninio transporto infrastruktūrą ir galimybę pasiekti SP įstaigą, įvertinant gyventojų tankumą, galimybe telefonu ar kitomis komunikacijos priemonėmis susisiekti su gydytoju, ar gydymo įstaiga, Panevėžio ir kituose miestuose nėra sunkumu. Atlikti tyrimai rodo, kad [3] daugumai respondentų, net 87,3 proc. susisiektas ir atvykimas į polikliniką yra patogus arba labai patogus, ir jokių sunkumų nesudaro; tuo tarpu 12,2 proc. nurodė, kad susisiektas su poliklinika ar kitu PSP centru yra nepatogus, o daugiausiai taip nurodė gyventojai turintys mažas pajamas bei gyvenantys rajonų centruose, kaimuose ar miesteliuose. 22,5 proc. pacientų nurodė, kad jiems nesudarytų sunkumų susisiekti su ASPĮ net jei ji būtų tolokai nuo gyvenamos vietos.

D.Jankauskienės 1995 metais atliktame tyrime [33], dėl atvykimo pas gydytoją, sunkumų turėjo 16 proc. gyventojų, o 1998 metais – jau 25 proc. gyventojų. Pablogėjo nuvykimo sąlygos asmenims iš kaimo ir mažų gyvenviečių. Net 43 proc. gyventojų skundėsi dėl blogo, brangaus, nepatogaus įvairiais aspektais transporto.

Informacinių technologijų platus pritaikymas ir diegimas sveikatos priežiūros įstaigų darbe, yra komunikacinio prieinamumo aspektų. „Komunikacija organizacijoje — tai dviejų ir daugiau žmonių pasikeitimo informacija, žiniomis, nuomonėmis, idėjomis, ketinimais procesas, vienijantis atskirų organizacijos elementų veiksmus siekiant bendro tikslo“ [77]. Lietuvos

elektroninės sveikatos (toliau – E-sveikata) strategijoje yra numatyta, informacinių technologijų diegimo Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemoje pagrindinės nuostatos, skatinančios ne tik sistemos efektyvumą, bet ir sveikatos sistemos funkcionavimo pertvarkymą, grindžiamą informacijos ir komunikacinių technologijų panaudojimą visuose SAM lygmenyse [60]. Informacinės technologijos viešajame sektoriuje yra svarbios ne tik kaip techninio ryšio priemonės, bet jos taipogi svarbios socialiniu ir politiniu požiūriu, nes jos skatina pokyčius, tobulina SP paslaugų kokybę, didina institucijų skaidrumą ir viešumą [94]. Elektroninė sveikatos sistema yra vienintelė ir pati svarbiausia sveikatos apsaugos revoliucija. Ji įgalina išvysti efektyvią aukštos kokybės SP paslaugų palaikymo sistemą. Ji apima SP paslaugų modernizavimą: išsamių sveikatos įrašų kaupimas ir pažangos, automatizuotas jų panaudojimas, leidžiantis pajungti neišmatuojamai vertingą ir gausią informaciją ligų prevencijai ir globaliam mediciniam žinių kaupimui; išankstinės registracijos sistemos; elektroninės vaistų išrašymo sistemos; pacientų ir profesionalų kortelės; kompensavimo už paslaugas elektroninės sistemos; automatizuotos pažymų išrašymo sistemos sukūrimas. Pavykus įgyvendinti šią programą, internetinės prieigos dėka, atsirastu lanksti ir paprasta galimybė internetinės registracijos tvarka pacientui pasirinkti patogų vizito laiką ir gydytoją, iš esmės išplėstų registracijos galimybes, taip sumažinant veltui iššvaistomo laiko sąnaudas, sumažėtų neįvykusių apsilankymų skaičius, būtų leidžiama išvengti besidubliuojančių ir klaidingų vizitų. Kompiuterizavus SP įstaigų registratūras ir gydytojų kabinetus, palengvėtų registracija pas gydytojus, sveikatos priežiūros specialistai mažiau laiko skirtų paciento ligos istorijos užrašų popieriuje paieškai ir pildymui, o reikalingi dokumentai ir ten esanti informacija bus automatiškai surandami (dokumentai ar jų dalys, tyrimų rezultatai, skaitmeniniai vaizdai, vaizdo ir garso įrašai).

VšĮ Širvintų rajono pirminės sveikatos priežiūros centre (PSPC) jau yra įvykdytas pirmasis Nacionalinės E-sveikatos sistemos eksploatavimo bandymas. Ši gydymo įstaiga yra pirmoji pilotinė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos grandis, kur pradėjo funkcionuoti įdiegtos nacionalinės informacinės sistemos technologijos, automatizuojančios įvairias sveikatos priežiūros sektorių sritis bei sudarančios galimybes teikti naujas sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos Ministerijos sekretorius pabrėžė, kad eksploatavimo pradžioje svarbiausia yra išbandyti visas sistemos galimybes ir kartu su vartotoju nuspręsti, ką galima dar patobulinti, kad gydytojų darbas taptų efektyvesnis ir atitiktų pacientų lūkesčius. Tolesnės projekto plėtros eigoje visoms šalies sveikatos priežiūros įstaigoms bus suteiktos galimybės keistis sukaupta elektronine paciento sveikatos informacija ir tai leis gerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę [91].

Pacientams svarbu žinoti, kad juos gydantys sveikatos specialistai efektyviai ir tiksliai tarpusavyje galės keistis informacija apie paciento būklę. Visą tai leis visuomenei žinoti, kad

informacijos sistemos padeda teikti nuoseklesnę ir tikslesnę sveikatos priežiūrą, atitinkančią gerosios praktikos standartus [60], taip užtikrinant kokybišką ir prieinamą SP paslaugą.

Igyvendinti E- sveikatos strategiją nėra lengva, nes daugelį SP įstaigų reikia aprūpinti reikiama įranga, apmokyti personalą su ja dirbti, informuoti visuomenę, kaip ta sistema veikia, kad viskas vyktų sklandžiai.

Vertinant *ekonominių* SP paslaugų prieinamumą, svarbu įvertinti ar SP paslaugos yra prieinamos finansine prasme, t.y. ar paslaugos nėra tiek brangios, kad būtų nepakeliamos šeimos biudžetui, ar gyventojams yra laiduojamos (nemokamos) paslaugos, kaip kinta gyventojų tiesioginės išlaidos sveikatos apsaugai, ir t.t. Todėl vienas reikšmingiausių sveikatos sistemos reformos žingsnių – naujo finansavimo mechanizmo įdiegimas. Autorių C. J. L. Murray ir J. Frenk [34] analizuodamos sveikatos sektoriaus sistemą pastebėjo, kad yra svarbus gyventojų sveikatinimas ir sveikatos gerinimas, gyventojų lūkesčių patenkinimas bei teisingas finansavimas. „Teisingo finansavimo kriterijus – tai teisingų sveikatos priežiūros sistemos ekonominių santykių įgyvendinimas, vienodai paskirstant sveikatos priežiūros finansavimo ekonominių įnašą, tenkantį įvairioms gyventojų grupėms“. Kitų autorių C. Donaldson ir K. Gerard [34] nuomone, reikėtų siekti sveikatos priežiūros sistemos ekonominių santykių teisingumo, kad gyventojų įnašai, finansuojant sveikatos priežiūrą, atitiktų jų finansines galimybes. Kitaip tariant būtų toks finansavimo mechanizmas, kuris atitiktų teisingumo kriterijus susijusius su lėšų perskirstymu, nes turtingesnių gyventojų įnašais iš dalies yra didesni į sveikatos priežiūrą, ir jie dalinai finansuoja vargingesnių gyventojų sveikatos priežiūrą. „Toks lėšų perskirstymas visuomenei iš esmės priimtinas, nes sumažėja sveikatos priežiūros finansavimo rizika, nes ta rizika yra susijusi su vargingesnių gyventojų galimybėmis mokėti ir siekti geresnės sveikatos bei naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis. Tuo labiau, kad vargingesni gyventojai serga dažniau“.

Remiantis ekonomikos teorija, sveikatos priežiūra yra prekė, pasižyminti visuomeninei gėrybei būdingomis savybėmis, t.y. vartojant ją vienam individui, ekonominę naudą gauna visuomenė. Todėl reguliuojant sveikatos priežiūros ekonominius santykius, svarbus vaidmuo tenka valstybei, o taip pat ir pačiam gyventojui, nes tenka nemaža sveikatos priežiūrai gyventojų privačių išlaidų dalis. Visuomeninis sveikatos finansavimas (valstybės, savivaldybių ir privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos) sudaro didžiąją dalį viso sveikatos finansavimo (9 paveikslas, 2 priedas).

Vertinant 1994-1995 m. visuomenines išlaidas, jos sudarė 85 proc. viso sveikatos priežiūros finansavimo, kai tuo tarpu 1996-1999m. - tik 76 proc. D. Jankauskienė, A. Gaižauskienė ir kitos autorės [34] pripažįsta, kad gyventojų privačių išlaidų dalies didėjimas lemia bendrų išlaidų sveikatos priežiūrai mažėjimą. Kadangi visuomeninis finansavimas

nesudaro apribojimų vartotojui, todėl gyventojai santykinai dažniau naudojami šiomis paslaugomis (lyginant su mokomomis paslaugomis), tuo pačiu didėja ir išlaidos. Todėl analizuojant 2003 m. Lietuvos didžiųjų miestų ir miestelių tyrimų duomenis [3], pastebima, kad privačiai dirbančių gydytojų paslaugomis dažniau naudojami jauni ir vidutinio amžiaus, turintys aukštąjį išsilavinimą ir gaunantys didesnes pajamas, aukštesnio socialinio statuso atstovai – didelių miestų gyventojai. Tuo tarpu dauguma miestų, rajonų centrų ir kaimų gyventojai ambulatoriškai gydomi poliklinikoje ir tik 8,5 proc. miesto gyventojų kreipėsi pas privatų gydytoją. Palankiai vertina ir rinkęsi privačiai dirbantį PSP gydytoją dauguma (70-85 proc.) respondentų, jei ligonių kasos kompensuotų 70 arba 100 procentų apsilankymų pas privatų gydytoją išlaidų. „Lietuvoje gyventojų privačios išlaidos sveikatos priežiūrai mieste didėjo sparčiau negu kaime, tačiau sveikatos finansavimo ekonominė našta, t.y. išlaidų dalis, lyginant su pajamomis, sunkesnė yra mažesnes pajamas gaunantiems kaimo gyventojams. Kai kurių autorių nuomone, gyventojų privačios išlaidos sveikatos priežiūrai turėtų būti siejamos su namų ūkio pajamomis, o ne su naudojimu SP paslaugomis (kad neatsitiktų taip, jog SP gali tapti neprieinama). Didėjant gyventojų privačių mokėjimų daliai, didėja ir rizika, jog sveikatos priežiūra mažesnes pajamas gaunantiems gyventojams taps neprieinama. Gyventojų privačių mokėjimų sveikatos priežiūrai padidėjimas įvairiose gyventojų grupėse daro skirtingą įtaką ekonominiam namų ūkio pajėgumui. Mažesnes pajamas gaunantys gyventojai sveikatos priežiūrai išleis santykinai daugiau“ [34].

Analizuojant kai kurių sveikatos ekonomistų nuomonę, pastebima, kad norint sumažinti riziką, susijusią su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu, reikia siekti, kad sveikatos apsaugos sistemoje būtų sumažinta privačių tiesioginių gyventojų mokėjimų dalis. Kuo daugiau turėtų būti pasikliaujama finansavimu iš tiesioginių ir netiesioginių mokesčių, nes tolesnis spartus gyventojų privačių mokėjimų dalies didėjimas keltų riziką mažas pajamas gaunantiems gyventojams dėl SP paslaugų prieinamumo, kitaip sakant, jos taptų neprieinamos.

Panevėžio mieste registruojamas santykinai aukštas nedarbo lygis [59] – 2003 m. siekė 12 proc. ir buvo aukštesnis nei bendras nedarbo lygis šalyje (Lietuvoje - 10,3 proc., Šiauliuose - 8,4 proc.). Panevėžio mieste vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis 2003 m. siekė 1026 litus ir buvo mažesnis nei bendras šalies vidutinis bruto darbo užmokestis (Lietuvoje – 1074 litai). Pagrindinis vyresnio amžiaus žmonių pajamų šaltinis – pensija (65 procentai jų piniginių pajamų). Vyresnio amžiaus žmonių namų ūkiai dažniau nei vidutiniai atsiduria žemiau santykinio skurdo ribos. Skurdo lygis tarp vyresnio amžiaus žmonių namų ūkių 2002 metais buvo 18,8 procento (vidutiniškai šalyje – 16,6 procento). Žemas socialinis–ekonominis gyventojų statusas yra vienas iš rizikos veiksnių sveikatos problemoms atsirasti. Todėl aukšti sergamumo rodikliai mieste gali būti mieste glūdinčių socialinių priešasčių pasekmė.

Išanalizavus prieinamumą minėtais trimis aspektais, padarė išvadas, kad problemų yra visuose trijuose paslaugų prieinamumo aspektuose, tačiau kalbant apie prieinamumo gerinimą, kaip apie sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumo didinimą, autorė mano, kad daugiausiai problemų kyla organizaciniame ir komunikaciniame paslaugų prieinamumo aspektuose, nei teritoriniame ar ekonominiame.

1.2.3. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę

Kadangi sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu bei kokybe dabar domimasi daugelyje pasaulio šalių, tai M. Drain iš JAV pažymi, kad kokybės gerinimui reikia pastoviai fiksuoti pacientų pasitenkinimą ir lūkesčius [3]. Taip būtų galima pagerinti pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą ir kontroliuoti gydymo kaštus.

Antrą dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tapo nemažu išbandymu sveikatos politikams, sveikatos profesionalams, o taip pat ir pacientams. Kadangi pagrindinis sveikatos sistemos reformos tikslas yra gerinti gyventojų sveikatą, tai šį tikslą siekiama pasiekti užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę, tenkinant pacientų poreikius ir lūkesčius, teisingai paskirstant išteklius bei garantuojant sveikatos santykių teisumą ir lygybę [42]. Per pastaruosius dešimtmečius akivaizdžiai pakito pacientų lūkesčiai sveikatos priežiūros srityje, nes besikeičianti socialinė, politinė bei ekonominė aplinka vertė pacientus tobulėti, reikalauti prieinamų ir kokybiškų paslaugų, dalyvauti priimant svarbius sprendimus sveikatos priežiūros srityje.

Šiuolaikinėje pirminės sveikatos priežiūros sistemoje didelis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Plėtojant pirminę sveikatos priežiūros grandį, kuriantis privačioms struktūroms, didėjant konkurencijai tarp pirminės sveikatos priežiūros centrų, labai svarbu, kad teikiamos paslaugos būtų ne tik kokybiškos, bet ir tenkintų SP paslaugų vartotojų poreikius bei lūkesčius. Todėl 2000m. PSO rekomendacijose nurodoma, kad SP paslaugų teikėjai turėtų adekvačiai reaguoti į sveikatos paslaugų vartotojų lūkesčius, jų nuomonę apie sveikatos priežiūrą, jos kokybę, nes pacientų vertinimai apie teikiamas SP paslaugas yra vertingi gerinant sveikatos priežiūrą[66].

Pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę tampa neatsiejama kokybės vertinimo dalimi. Pacientai, tiesiogiai dalyvaudami sveikatos priežiūros procese, gali nurodyti tai, kas jiems yra svarbiausia, o kas mažiau reikšminga. Jų vertinimai gali būti panaudojami nustatant silpnąsias sveikatos priežiūros grandis, kurioms sveikatos priežiūros vadovai, šalies politikai turėtų skirti didesnę dėmesį. Pacientų dalyvavimas SP procese, jų

bendradarbiavimas su šeimos gydytoju ir kitu medicinos personalu yra tiesiogiai susijęs su jų lūkesčių bei poreikių atitikimu naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Analizuojant įvairios literatūros duomenis pastebėta, kad pastaraisiais metais buvo atliekama nemažai sveikatos priežiūros kokybės tyrimų pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, didžiausią dėmesį skiriant pacientų vertinimui apie sveikatos priežiūros prieinamumą ir priimtinumą (laukimo trukmė, konsultacijos telefonu ir registracija, teritorinis ir finansinis paslaugų prieinamumas, patalpos, aprūpinimas įranga, bendradarbiavimas, priežiūros tęstinumas), medicininę priežiūrą (diagnostika, gydymas, kompetencija), bendravimą (paciento poreikių išaiškinimas, humaniškumas, paciento įtraukimas priimant su jo sveikata susijusius sprendimus) ir informacijos suteikimą bei paramą (tinkamos ir suprantamos informacijos suteikimas, atsižvelgimas į paciento psichologines ir socialines problemas, bendravimas su paciento artimaisiais) [66]. Todėl paciento pasitenkinimas ar nepasitenkinimas atskirais sveikatos priežiūros paslaugų aspektais tampa svarbia sveikatos priežiūros sistemos vertinimo dalimi bei vienu sveikatos paslaugų kokybės rodiklių [3].

Suprantama, kad dauguma pacientų, besikreipiančių į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, atvyksta turėdami konkrečius tikslus ir lūkesčius. Šių lūkesčių įvertinimas yra svarbus veiksnys formuojant paciento sveikatos priežiūrą. Yra nustatyta, kad paciento lūkesčiai priklauso ne tik nuo ligos pobūdžio, sunkumo eigos, bet ir nuo socialinių bei demografinių paciento bei gydytojo charakteristikų.

Kadangi pastaruoju metu daugelyje pasaulio šalių, tame tarpe ir Lietuvoje, daug dėmesio skiriama sveikatos sistemos reformai, o sveikatos priežiūros sistema orientuota į pacientą ir jo poreikius, tai paciento nuomonė apie jam teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas imta vertinti labai organizuotai daugelio sveikatos priežiūros organizatorių, politikų, mokslininkų tam, kad būtų gerinama sveikatos priežiūros kokybė. Visuotinai pripažinta, kad būtent pacientas turi vertinti, ar sveikatos priežiūros sistema orientuota į jo poreikius, o paciento lūkesčių įgyvendinimas Pasaulio sveikatos organizacijos pripažintas vienu iš reikšmingiausių sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimo rodikliu [105]. Paciento lūkesčiai svarbūs ne tik kaip jo nuomonė, bet ir kaip lūkesčių įgyvendinimas turintis įtakos paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis, gydymo režimo bei gydymo laikymuisi, o taip pat ir gydymo rezultatams. Nors Lietuvoje pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio skiriama tam, kaip pacientas vertina teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, o pirminės sveikatos priežiūros grandyje, kur pacientas lankosi dažniausiai, jo nuomone dar tik pradėta domėtis vertinant bendrąsias tendencijas bei lūkesčių įgyvendinimo poveikį paciento pasitenkinimui sveikatos priežiūros paslaugomis [3, 105]. Kadangi ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra vienas sveikatos priežiūros kokybės vertinimo rodiklių, todėl reikalavimai

sveikatos priežiūros sistemai, o ypač paslaugų prieinamumui, yra skirtingi tarp įvairių gyventojų grupių ir keičiasi priklausomai nuo žmonių amžiaus, lyties, išsimokslinimo ir pajamų.

Aktualu apžvelgti Lietuvoje ir užsienio šalyse atliktų tyrimų SP paslaugų prieinamumo ir pacientų pasitenkinimo srityje rezultatus.

2002 m. Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros grandyje buvo atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo 403 pacientai tyrimo metu apsilankę PSP įstaigose. Tiriant lūkesčių priklausomybę nuo socialinių ir demografinių paciento charakteristikų [105], buvo nustatyta statistiškai reikšmingų psichologinės paramos lūkesčių skirtumą pacientų grupėse, tuo tarpu biomedicininiai lūkesčiai (ištyrimas, tyrimų paskyrimas, diagnozės nustatymas, gydymas) bei paciento ir gydytojo bendradarbiavimo (paciento lūkesčiai, susiję su paciento sveikatos įvertinimu bei išsamiu jo paaiškinimu pacientui) neišsiskyrė. Pastebėta, kad lūkesčiai priklauso: nuo lyties – moterų lūkesčiai didesni nei vyrų; nuo amžiaus – nustatyta, kad emocinės paramos lūkesčių poreikis tarp pacientų didėja su jų amžiumi, o ypač didėja nuo 65 metų ir vyresnių pacientų; pagal šeimyninę padėtį – nesusituokę ir našliai tikėjosi didesnės emocinės paramos iš gydytojų negu susituokę; pagal išsimokslinimą – pacientai turintys aukštą išsilavinimą griežčiau vertina gydytojų darbą ir bendravimą. Pacientų lūkesčių priklausomumas nuo apsilankymų pas gydytoją per pastaruosius 12 mėnesių pasiskirstė taip, kad dažnai (4 kartus per metus) besilankantys pacientai tikisi iš gydytojų daugiau emocinės paramos negu rečiau besilankantys pacientai.

Analizuojant duomenys ir lyginant tarp didžiųjų Lietuvos miestų: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio, rajonų miestų ir centrų, miestelių bei kaimu [3], paaiškėjo, kad permainas SP įstaigose pacientai dažniau linkę vertinti negatyviai. Dažniausiai palankiais pokyčiais poliklinikose respondentai laiko gydytojo dėmesį pacientui (27 proc.), o negatyviai pokyčius išvelgia registratūros darbuotojų darbe (24 proc.). 40 proc. respondentų nepatenkinti pasunkėjusiomis patekimo pas gydytojus-konsultantus procedūromis. Ambulatorinio ištyrimo galimybės 38 proc. vertina kaip pablogėjusias. Net 38 proc. respondentų neigiamai vertina poliklinikų suskirstymą į PSP įstaigas bei konsultacines poliklinikas, net 42 proc. neigiamai vertina BPG institucijos atsiradimą. Eilės prie kabinetų bei didelė biurokratija – tai pagrindinės respondentų įvardijamos problemos, su kuriomis tenka susidurti pirminio lygio gydymo įstaigose. Kitos dažniau minėtos problemos – eilės registratūroje, kyšiai gydytojams bei sunkumai, registruojantis konsultacijoms pas norimą gydytoją.

Pacientų nuomonė apie suteiktas paslaugas labai priklauso ne tik nuo pačių paslaugų kokybės ir rezultatų (atliktas tyrimas, operacija, paskirti vaistai ir kt.), bet ir nuo daugelio veiksnių, susijusių su sveikatos darbuotojų elgesiu su pacientais, jų tarpusavio santykių. Autorė mano, kad gydytojo ir paciento tarpusavio santykiai svarbesni pacientui, negu elgesio bei pažinimo aspektai, nes kuo daugiau paciento lūkesčių įgyvendinama, tuo didesnis būna paciento

pasitenkinimas paslaugomis. Paciento lūkesčių įgyvendinimas gali būti vertinamas kaip vienas iš SP paslaugų kokybės rezultatų, SP įstaigų vidaus audito taisyklė. A.F.Joung [64] su bendraautoriais nurodo, kad su amžiumi didėja pasitenkinimo lygis vizitu pas šeimos gydytoją. Tuo tarpu J.Smith ir kiti autorei pastebi, jog vyresnio amžiaus pacientai labiau patenkinti SP paslaugomis, nei jaunesnio, tačiau moterys dažniau patenkintos suteiktomis paslaugomis negu vyrai[3, 64]. Dažniausiai pasitaiko, kad pacientai tinkamai įvertinti suteiktos medicinos paslaugos kokybę gali tik per sveikatos darbuotojų elgesį, t.y. sveikatos darbuotojo pagarbų elgesį, išklausimą, gydymo aptarimą, informacijos slaptumo išsaugojimą. Pagal atliktus L.Dregval ir kitų autorių [64] tyrimus pastebima, kad su vyresnio amžiaus žmonėmis visada elgiamasi pagarbiau, labiau jų išklausoma ir bendraujama negu su jaunesnio amžiaus pacientais.

Lyginant kitų šalių prieinamumą ir kokybę pacientų lūkesčių patenkinimo aspektais, pastebėta, kad JAV ištyrusi 15613 suaugusių asmenų nustatė, kad 8 proc. tirtų asmenų buvo nepatenkinti sveikatos priežiūros prieinamumu, nepriklausomai nuo draudimo rūšies, o sveikatos priežiūra sunkiau prieinama neapsidraudusiems asmenims. Ištyrus 16528 vaikų iš dirbančių vargingų šeimų, buvo nustatyta, kad beveik 3 kartus dažniau neapdraustiems vaikams buvo sunkiau gauti SP paslaugų arba jos buvo neprieinamos, palyginus apdraustuosius vaikus. Ypač dideliais sunkumais buvo susidurta norint gauti stomotologo ar kitas paslaugas susijusias su burnos ertme [5, 77].

Vokietijoje [8] visi gyventojai yra apdraudžiami ir turi teisę gauti kompensuojamus vaistus, tačiau privačių sveikatos draudimo kompanijų apdraustieji turi geresnes sąlygas įsigyti naujus vaistus, todėl prieinamumas SP paslaugų Vokietijoje skiriasi nuo sveikatos draudimo tipo.

Taigi, autorei, trumpai apžvelgus pacientų pasitenkinimą gaunant SP paslaugas per jų kokybės ir prieinamumo prizmę Lietuvoje ir užsienio šalyse, pastebėta, kad ne tik objektyvi SP kokybės pusė (ištekliai, geras prieinamumas, sveikatos draudimas), bet ir subjektyvūs žmogiški psichologiniai aspektai atspindi paslaugų teikėjų ir pacientų tarpusavio santykių darną. Pastebima, kad PSP paslaugų poreikis ir prieinamumas didėja dėl visuomenės senėjimo, didelio sergamumo ir kitų aspektų, taip sąlygojant SP paslaugų gerinimą užtikrinant kokybiškas paslaugas ir jų gavėjų pasitenkinimą.

2. TYRIMO METODOLOGIJA

2.1. Tyrimų medžiaga ir kontingentas

Darbo tikslui ir uždaviniams įgyvendinti buvo atliktas anoniminis pacientų anketinis tyrimas. Jo privalumai: trumpa tyrimo trukmė ir ekonomiškumas. Autorė, prieš vykdant anketinį tyrimą, žodžiu apklausė apie keliasdešimt Panevėžio miesto gyventojų, prašydama dešimties

balų skalėje pagal svarbą (1 balas - nesvarbu, 10 balų – labai svarbu), įvertinti prieinamumą trimis aspektais: organizaciniu, komunikaciniu ir ekonominiu tam, kad susidarytų subjektyvią nuomonę apie tai, kokios pagrindinės problemos aktualios Panevėžio miesto gyventojams gaunant SP paslaugas. Gyventojai ekonominę prieinamumą įvertino trimis balais, teritorinį-komunikacinį - keturiais balais, o organizacinį net devyniais balais, o tai rodė, kad daugiausiai jiems problemų kildavo dėl organizacinio paslaugų prieinamumo.

Tyrimas buvo vykdomas viešojoje įstaigoje (toliau – VŠĮ) Panevėžio miesto poliklinikoje (toliau – PMP), kurios steigėjas yra Panevėžio miesto savivaldybė ir IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatorijoje (toliau – SŠA), kurios steigėjas – privatus asmuo.

Anketinė apklausa buvo vykdoma minėtose dvejose įstaigose 2006 sausio-kovo mėnesiais, kasdien lankantis poliklinikoje ir ambulatorijoje bei apklausiant pacientus, kurie lankėsi tose įstaigose esančius BPG. Visi apklaustieji buvo suaugę asmenys nuo 18 metų ir vyresnio amžiaus. Anketa buvo sudaryta iš 32 klausimų (1 priedas). Buvo išdalinta 400 anketų: 200 anketų poliklinikoje ir 200 anketų ambulatorijoje. Užpildytos buvo 324 anketos (atsakas 81 proc.). Pacientams anketos buvo išduodamos prie registratūros langelio poliklinikoje ir laukiamajam prie gydytojų durų – ambulatorijoje. Ligoniai jas pildė išėję iš gydytojų kabineto ar laukdami vizito pas BPG už gydytojų durų. Užpildytas anketas pacientai įmesdavo į specialiai tam paruoštas urnas. Anketų anonimiškumas buvo garantuotas. Pacientas buvo pasirenkamas atsitiktiniu būdu. Imties dydis apskaičiuotas pagal A. V. Jadov statistinę lentelę [43], leidžiančią apskaičiuoti imties dydį su 5 proc. paklaida.

Anketinio tyrimo tikslas buvo ištirti organizacinę paslaugų prieinamumą ir pacientų požiūrį bei pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis VŠĮ PMP ir SŠA pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, norint pagerinti Panevėžio miesto PSP įstaigų efektyvumą.

Šios dvi įstaigos buvo pasirinktos norint palyginti organizacinę prieinamumą skirtingų tipų įstaigų kontekste. Taip pat šios įstaigos buvo pasirinktos, nes jose sveikatos priežiūros paslaugas teikia bendrosios praktikos gydytojai, tik skirtumas tas, kad vieni verčiasi privačia gydymo veikla, o kiti – ne; gydymo įstaigos skiriasi savo geografiniu išsidėstymu ir aptarnaujančių pacientų skaičiumi. 2005 metais VŠĮ Panevėžio miesto poliklinika aptarnavo 66142 prisirašiusių gyventojų, o IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatorija – 1235 prisirašiusių gyventojų. Vienam BPG (viso BPG-35 žmonės) teko vidutiniškai 1525 prisirašiusių gyventojų, VŠĮ PMP 2005m., tuo tarpu SŠA tais pačiais metais – vienam BPG (viso – 2 žmonės) teko vidutiniškai 617 prisirašiusių gyventojų. Pagal gyvenamą vietą, 89,5 proc. pacientų yra miesto gyventojai, kurie yra aptarnaujami VŠĮ PMP, tuo tarpu SŠA aptarnaujamų miesto gyventojų skaičius sudaro 92,1 proc. pacientų. Likusią pacientų dalį (PMP – 10,5 proc. ir SŠA – 7,9 proc.) sudarė rajono gyventojai. Menkas rajono gyventojų prisirašiusių prie VŠĮ Panevėžio miesto

poliklinikos ir Savanorių aikštės šeimos ambulatorijos yra sąlygotas tuo, kad Panevėžio miesto teritorijoje yra įsikūrusi VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika, kuri aptarnauja 86,95 proc. arba 32100 rajono gyventojų. VšĮ PMP stebimas prisirašusių pas BPG gyventojų skaičiaus mažėjimas 35 proc. 2000-2005 m. Tuo tarpu SŠA prisirašusių pacientų skaičius per tą patį laikotarpį išaugo 12 proc. Pagrindinės prisirašusių gyventojų skaičiaus mažėjimo priežastys PMP yra: bendras miesto gyventojų skaičiaus sumažėjimas tiek dėl neigiamo natūralaus prieaugio, tiek ir dėl migracijos; BPG išėjimas į privačią praktiką (pacientai išeina kartu su gydytoju, be to įstaigos steigiamos tose teritorijose, kuriose dirba gydytojas); prisirašymas prie Panevėžio rajono poliklinikos, kuri yra mieste. Aptarnaujamų gyventojų skaičius yra kintantis dėl nuolatinių migracinių procesų, kurie vyksta respublikos, gydymo įstaigų ir net užsienio šalių mastu.

PMP lokalizuota Panevėžio miesto pietvakarinėje dalyje (17 paveiksle, 2 priede, pažymėtas Nr.1), tuo tarpu SŠA – centrinėje miesto dalyje (17 paveiksle, 2 priede, pažymėtas Nr. 21).

PMP teikia tiek pirminio, tiek ir antrinio sveikatos priežiūros lygio paslaugas, tuo tarpu SŠA- tik pirminio lygio paslaugas. Darbuotojų minėtose įstaigose netrūksta. VšĮ PMP darbuotojai dažniausiai atleidžiami, nes daliai BPG išėjus į privačią praktiką, yra paliekamos seselės, kurias tenka atleisti. Medicinos personalas (216 žmonių) sudaro 80 proc. visų darbuotojų, administracijos darbuotojai (10 žmonių) – 3 proc., pagalbiniis personalas (46 žmonių) – 17 proc. 61 proc. darbuotojų yra 30-49 metų amžiaus. 36 proc. darbuotojų amžius yra 50 metų ir vyresni. Moterys sudaro 95 proc. visų darbuotojų. SŠA dirba 6-ios medicinos darbuotojos (2 – BPG,1 ginekologė-akušerė ir 3 seselės), pagalbiniis personalas - 1 žmogus. Visos darbuotojos yra moterys.

Poliklinikoje ir ambulatorijoje dirbantys šeimos gydytojai savo pacientams priėmimui skiria vidutiniškai 6 valandas, likusį laiką jie skiria pacientų lankymui namuose. Vieno paciento aptarnavimui poliklinikoje ir ambulatorijoje gydytojai skiriama vidutiniškai 15-20 minučių. Nors poliklinika ir ambulatorija nustato savo darbo krūvius, tačiau gydytojams dar tenka priiminti ir papildomai registruotus pacientus, o tai apsunkina darbą, nes susidaro eilės už gydytojų kabinetų, ir ne visi pacientai patenka talone nurodytu laiku vizitui pas gydytoją. Pas gydytojus yra numatyta vidutiniškai 4 pacientai per valandą (3 planiniai ir 1 papildomas), tačiau praktikoje pasitaiko ir didesnis papildomų apsilankymų skaičius. Vidutiniškai poliklinikoje ir ambulatorijoje per darbo dieną yra aptarnaujami 22-27 pacientai. Yra ryškūs sezoniniai svyravimai (pvz. gripo ar kt.), kurių metu trūksta žmogiškųjų išteklių. Didžiausias krūvis tenka šeimos ir kitiems gydytojams. Tuomet valandiniai darbo krūviai tenka vidutiniškai 2,5 karto. Taip pat darbo apimties problemos iškyla ir dėl pakartotinių, kas mėnesį besilankančių lėtinėmis

ligomis sergančių pacientų, kurie apsilanko pas BPG dėl pastoviai naudojamų medikamentų išsirašymo (tai sudaro iki 1/3 apsilankymų). Todėl stengiamasi pagal galimybes, žinoma, pacientams tuos medikamentus išrašyti ilgesniam laikotarpiui (imtinai iki 3 mėnesių). Taip stengiamasi pagerinti paslaugų prieinamumą sergantiems pacientams ūminėmis ar lėtinėmis ligomis.

Poliklinikos darbo valandos pirmadieniais – penktadieniais 8.00-20.00 val., šeštadieniais – 8.00-14.00 val. Ambulatorijos darbo valandos pirmadieniais – penktadieniais 9.00-19.00 val. Likusį laiką ir savaitgaliais medicininę pagalbą miesto gyventojams suteikia greitosios medicinos pagalbos skyriuje dirbantys gydytojai ir slaugytojos.

Buvo naudoti šie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės kriterijai: laikas, sugaištas sveikatos priežiūros įstaigoje, paciento laiko sąnaudų pagrįstumo įvertinimas; gydytojų, slaugytojų, registratūros darbuotojų darbo kokybės ir dėmesio vertinimas paciento požiūriu; paciento požiūris į asmens ir socialinio draudimo dokumentų reikalavimą, t.y. ar tai turi įtakos prieinamumui bei paslaugų kokybei? Sveikatos priežiūros darbuotojų profesionalumas šiame darbe nebuvo nagrinėtas, nes jam įvertinti būtini objektyvūs profesionalumo vertinimo kriterijai, be to, turėtų būti vertinama ne tik pacientų, bet ir kito medicinos personalo nuomonė, nepriklausomų vertintojų nuomonė, sveikatos priežiūros veiklos rezultatai lyginami su įvairių tyrėjų grupėmis bei nagrinėjami gaunami skirtumai ir jų priežastys. Taip pat buvo nagrinėjamas pacientų pasitenkinimą suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis, lyginant gautus rezultatus pagal sveikatos priežiūros įstaigos tipą. Tyrimo anketoje buvo pateikti klausimai apie pacientų socialinę-demografinę charakteristiką, prašyta pacientų įvertinti savo sveikatos būklę, apsilankymo dažnumą ir priežastis sveikatos priežiūros įstaigoje, ar patenkintas gydytojo ir kitų darbuotojų bendravimu, tvarka sveikatos priežiūros įstaigoje, ar informuojamas apie ligą, ar kyla kokių nors sunkumų norint gauti PSP paslaugą ir t.t.

2.2. Statistinė duomenų analizė

Statistinė gautų duomenų analizė buvo atlikta, naudojant „SPSS 12.0 for Windows“ ir „Winpepi“ programinius paketus. Atliekant duomenų analizę, buvo tirtas požymių statistinis reikšmingumas p , apskaičiuota *chi kvadrato* kriterijaus reikšmė remiantis lentelės duomenimis. Tikrinant atskirų požymių grupių statistinių rodiklių dažnumą – lygybės hipotezes, ir nustatčius, kad $p < 0,05$, lygybės hipotezė buvo atmetama, ir požymis kito analizuojant rodiklio atžvilgiu, laikytas kaip statistiškai reikšmingas, o kai $p > 0,05$, lygybės hipotezė neatmetama, ir požymis, apibūdinantis grupes, laikytas kaip statistiškai nereikšmingas.

3. REZULTATAI IR JŲ ĮVERTINIMAS

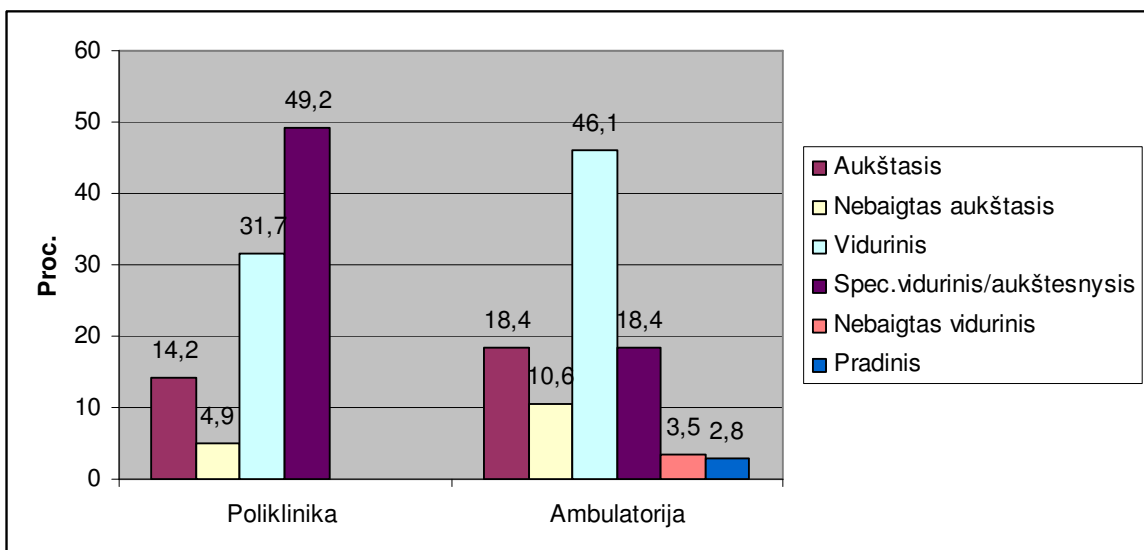
3.1. Respondentų socialinė demografinė charakteristika

Nagrinėjant VšĮ Panevėžio miesto poliklinikos ir Savanorių aikštės šeimos ambulatorijos tirtų pacientų (toliau – respondentų) anketas pagal socialinius demografinius duomenis, buvo nustatyta, kad daugiausia atsakiusiųjų į anketos klausimus tiek poliklinikoje, tiek ambulatorijoje buvo 26-45 metų amžiaus asmenys. Analizuojant duomenis pagal amžių ir lytį, nebuvo nustatyta reikšmingų respondentų amžiaus, o taip pat ir lyties skirtumų ambulatorijoje (atitinkamai $\chi^2=6,13$, $p=0,189$) ir poliklinikoje (atitinkamai $\chi^2=5,18$, $p=0,269$) apsilankusių pacientų tarpe. Apklausoje buvo daugiau moterų nei vyrų: poliklinikoje – moterys sudarė 61,2 proc., vyrai – 38,8 proc; ambulatorijoje – moterys sudarė 61 proc., vyrai – 39 proc. (3.1.1. lentelė.).

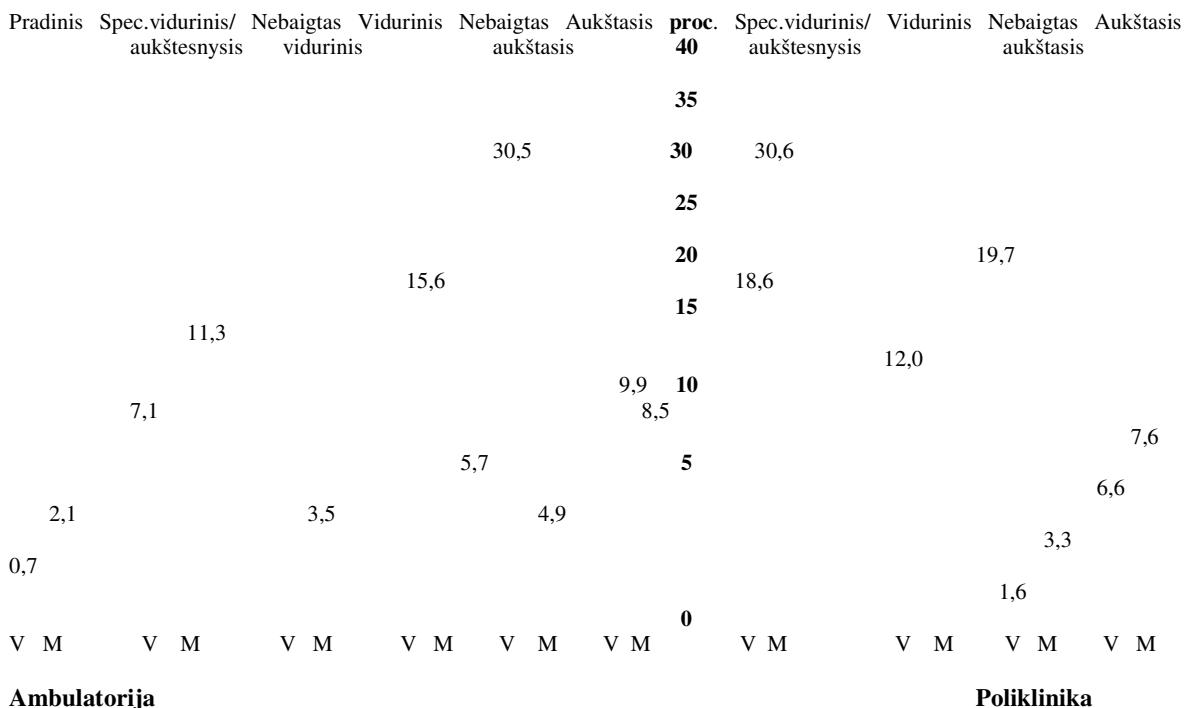
3.1.1. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal lytį ir amžių

	Lytis	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SŠA	Moteris	17	12	23	16,3	21	14,9	17	12,1	8	5,7	86	61
	Vyras	7	5	18	12,8	21	14,9	5	3,5	4	2,8	55	39
VISO		24	17	41	29,1	42	29,8	22	15,6	12	8,5	141	100
Amžius		18-25m.		26-35m.		36-45m.		46-55m.		56-65m.			
PMP	Vyras	14	7,6	21	11,5	13	7	15	8,2	8	4,4	71	38,8
	Moteris	17	9,3	34	18,6	31	17	13	7,1	17	9,3	112	61,2
VISO		31	16,9	55	30,1	44	24	28	15,3	25	13,7	183	100

Analizuojant tiriamųjų respondentų duomenis pagal išsilavinimą, nebuvo nustatyta reikšmingumų skirtumų tarp vyrų ir moterų, besilankančių poliklinikoje ir ambulatorijoje (atitinkamai $\chi^2=6,2$, $p=0,86$ ir $\chi^2=7,96$, $p=0,16$). Nustatyta, kad pradinį išsilavinimą turėjo tik 2,8 proc. ambulatorijos respondentų; spec. vidurinį/aukštesnį išsilavinimą turėjo – 18,4 proc. ambulatorijos ir 49,2 proc. poliklinikos respondentų; nebaigtą vidurinį išsilavinimą turėjo tik ambulatorijos respondentai – 3,5 proc.; vidurinį išsilavinimą – 46,1 proc. ambulatorijos ir 31,7 proc. poliklinikos respondentai; nebaigtą aukštąjį išsilavinimą – 10,6 proc. ambulatorijos ir 4,9 proc. poliklinikos respondentai; aukštąjį išsilavinimą – 18,4 proc. ambulatorijos ir 14,2 proc. poliklinikos respondentai. Galime teigti, kad didesnę besilankančių poliklinikos pacientų dalį sudaro moterys nei vyrai su spec.viduriniu/aukštesniu išsilavinimu (49,2 proc: M-30,6 proc., V-18,6 proc.), o ambulatorijoje dažniau lankosi vyrai nei moterys, turintys vidurinį išsilavinimą (46,1 proc.: M-5,7 proc., V-15,6 proc.) (3.1.1. paveikslas ir 3.1.2. paveikslas).



3.1.1. paveikslas. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal išsilavinimą

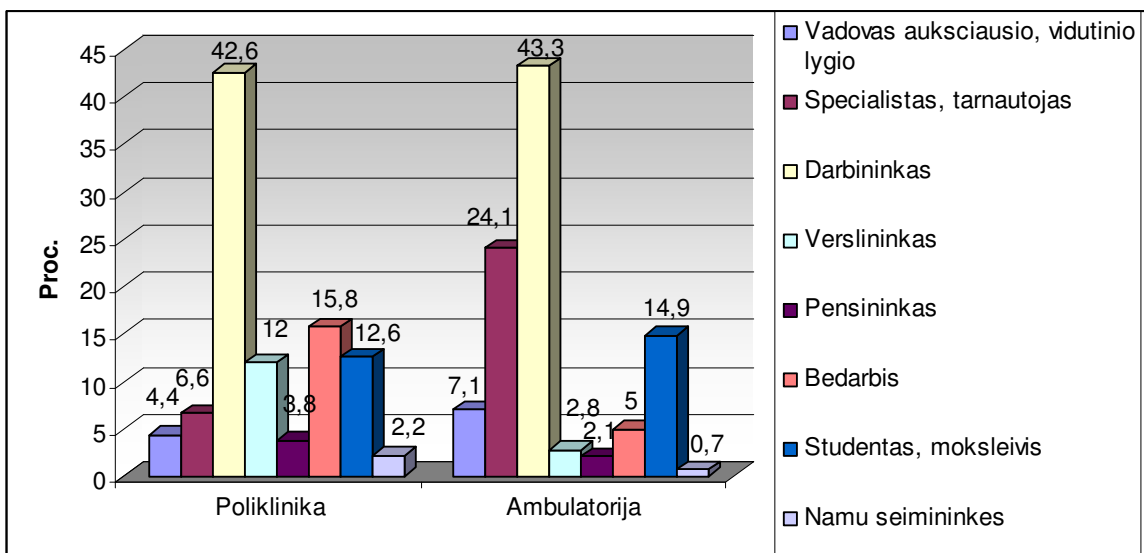


3.1.2. paveikslas. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal išsilavinimą ir lytį

Vertinant respondentų duomenis pagal pajamas tenkančias vienam namų ūkio nariui per mėnesį, nustatyta, kad tiek ambulatorijos, tiek poliklinikos respondentams, daugiausiai vienam ūkio nariui per mėnesį tekdavo nuo 501-1000 Lt (atitinkamai ambulatorijos – 45,4 proc., poliklinikos – 41proc.). Vidutiniškai vienodai duomenys pasiskirstė tarp 301-500 Lt ir daugiau

kaip 1500 Lt pajamas tenkančias vienam namų ūkio nariui per mėnesį tarp ambulatorijos ir poliklinikos respondentų (atitinkamai 10,9 proc. ir 7,8 proc.- 301-500 Lt ir 0,7 proc. ir 11,5 proc. - daugiau kaip 1500 Lt). Iki 300 Lt tenkančias vienam namų ūkio nariui per mėnesį pajamas gauna net 23,5 proc. respondentų besilankančių poliklinikoje, o ambulatorijoje šis rodiklis sudarė – 15,6 proc. Nuo 1001-1500 Lt tenkančias vienam namų ūkio nariui pajamos per mėnesį ambulatorijos respondentų sudarė 30,5 proc., tuo tarpu poliklinikos respondentų duomenimis tai sudarė tik 13,1 proc.

Analizuojant respondentų užsiėmimą, nustatyta, kad daugiausiai besilankančių respondentų poliklinikoje ir ambulatorijoje yra darbininkai (atitinkamai 42,6 proc. ir 43,3 proc.). Specialistų ir tarnautojų daugiau lankosi ambulatorijoje nei poliklinikoje (atitinkamai 24,1proc. ir 6,6 proc.), nors verslininkų daugiau lankosi poliklinikoje nei ambulatorijoje (atitinkamai 12 proc. ir 2,8 proc.). Besilankančių poliklinikoje bedarbių yra daugiau nei ambulatorijoje (atitinkamai 15,8 proc. ir 5 proc.). Studentų, moksleivių (atitinkamai ambulatorija – 14,9 proc. ir poliklinika – 12,6 proc.) ir namų šeimininkų (atitinkamai ambulatorija – 0,7 proc. ir poliklinika – 2,2 proc.) duomenys pasiskirstė beveik vienodai tarp poliklinikos ir ambulatorijos respondentų. Buvo nustatytas reikšmingas skirtumas tarp respondentų užsiėmimo ir įstaigų tipo (atitinkamai $\chi^2=37,4$, $p=0,000$) (3.1.3. paveikslas).



3.1.3. paveikslas. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal užsiėmimą

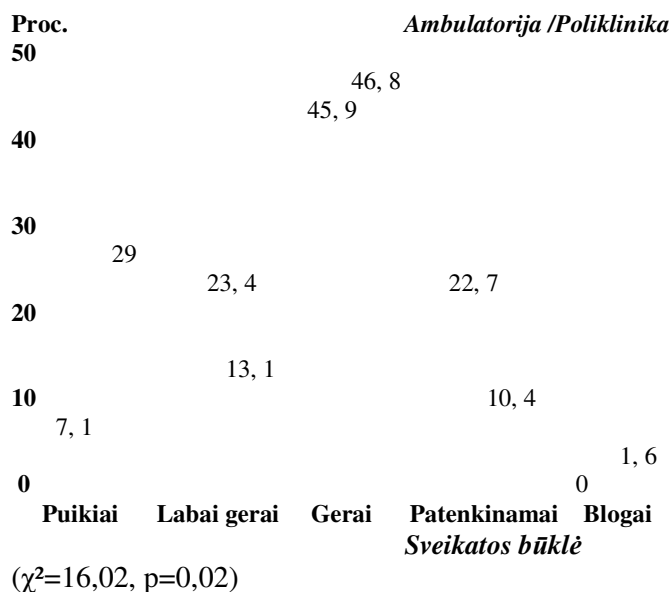
Vertinant respondentų duomenis pagal gyvenamą vietą, nustatyta, kad visi ambulatorijos respondentai gyveno Panevėžio mieste, o tarp poliklinikos respondentų buvo ir miesto, ir rajono gyventojų. Didžioji dauguma poliklinikos respondentų gyveno Panevėžio mieste, o beveik kas dešimtas respondentas – Panevėžio rajone (9,8 proc.) (3.1.2. lentelė). Dėl nustatyto mažo rajono

gyventojų skaičiaus besilnančių gydymo įstaigose, kiti anketiniai duomenys su gyvenama vieta nebuvo lyginami.

3.1.2. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal gyvenamą vietą

Gyvenamoji vieta	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Miestas	141	100	165	90,2	306	94,4
Rajonas	-	-	18	9,8	18	5,6
Iš viso	141	100	183	100	324	100

Nagrinėjant VšĮ PMP ir II SŠA apklaustų pacientų anketinius duomenis apie jų sveikatos būklės vertinimą, nustatyta, kad beveik pusė respondentų besikreipusių į polikliniką ir ambulatoriją, savo sveikatos būklę įvardino „gera“, kas ketvirtas ambulatorijos respondentas ir kas aštuntas poliklinikos respondentas savo sveikatos būklę įvardino „labai gera“. Savo sveikatą kaip „puiki“ apibūdino kas trečias poliklinikos ir tik kas keturioliktas ambulatorijos respondentas. „Patenkinamą“ savo sveikatos būklę įvardino daugiau ambulatorijos (atitinkamai kas penktas) nei poliklinikos respondentai (atitinkamai kas dešimtas), o „blogai“ savo sveikatos būklę vertina tik 3 poliklinikos respondentai. Nustatytas reikšmingas ryšys tarp savo sveikatos vertinimo ir gydymo įstaigos tipo ($\chi^2=16,02$, $p=0,02$). Poliklinikos respondentų vertinančių savo sveikatos būklę kaip „gera“ buvo daugiau, nei ambulatorijos respondentų, bet ambulatorijoje buvo daugiau pacientų vertinančių savo sveikatą „labai gerai“, nei poliklinikoje (3.1.4. paveikslas).



3.1.4. paveikslas. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal savo sveikatos būklės vertinimą

Literatūros duomenimis, savo sveikatos būklę palankiau vertina vyrai, jaunesnio amžiaus žmonės ir turintys aukštąjį išsilavinimą [3]. Pacientai, kurie savo sveikatą vertino kaip labai gerą, turėjo mažiausiai lūkesčių sulaukti emocinės paramos iš gydytojo, o vertinę savo būseną kaip blogą – daugiau emocinės paramos lūkesčių [105].

Apibendrinant gautus duomenis, galima pasakyti, kad daugiausiai atsakiusiųjų į anketos klausimus tiek poliklinikoje, tiek ambulatorijoje buvo moterys (atitinkamai 61,2 proc. ir 61 proc.) nei vyrai (atitinkamai 38,8 proc. ir 39 proc.), turintys aukštąjį, vidurinį ar spec.vidurinį/aukštesnįjį išsilavinimą, nuo 25-45 metų amžiaus asmenys. Vidurinį išsilavinimą (49,2 proc.) turėjo daugiau polikliniką lankantys pacientai ir moterys, o aukštesnįjį 946,1 proc.) – ambulatorijos pacientai ir vyrai. Pagal pajamas tenkančias vienam namų ūkio nariui per mėnesį, nustatyta, kad tiek ambulatorijos, tiek poliklinikos respondentams, daugiausiai vienam ūkio nariui per mėnesį tekdavo nuo 501-1000 Lt, o nuo 1001-1500 Lt tekdavo daugiau ambulatorijos respondentams nei poliklinikos. Analizuojant respondentų užsiėmimą, nustatyta, kad daugiausiai, beveik pusę, besilankančių respondentų poliklinikoje (42,6 proc.) ir ambulatorijoje (43,3 proc.) yra darbininkai. Tarnautojų ir specialistų (24,1 proc.) buvo daugiau ambulatorijoje, nei poliklinikoje, bet poliklinikoje buvo dažniau besilankančių verslininkų (12 proc.) ir bedarbių nei ambulatorijoje. Ambulatorijos respondentai buvo miesto gyventojai, o poliklinikoje tik labai maža dalis apklaustųjų buvo rajono gyventojai, likusi dalis – miesto gyventojai. Vertinant respondentų sveikatos būklę, beveik pusė apklaustų respondentų tiek poliklinikos, tiek ambulatorijos, savo sveikatos būklę vertina kaip „gera“.

3.2. Pirminės sveikatos priežiūros organizacinis prieinamumas Panevėžio miesto poliklinikoje ir ambulatorijoje

Kadangi šio tyrimo tikslas yra pagerinti Panevėžio miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumą per teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, autoriui būtina įvertinti asmens sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų prieinamumą. Analizuojant literatūros duomenis ir interviu su Panevėžio miesto gyventojais, buvo padaryta išvada, kad daugiausiai problemų kilo organizaciniame, ir iš dalies komunikaciniame (pateikimas pas gydytoją, talono laukimas, informacijos suteikimas ir kt.) paslaugų prieinamume, todėl autorės manymu, yra netikslinga aptarti ekonominį ir teritorinį aspektus. Anketinės apklausos duomenys buvo suskirstyti į du minėtus aspektus, kurie bus įvertinti sekančių duomenų analizėje.

Didžiąja dalimi sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą lemia kiekvienos įstaigos darbo organizavimo tvarka (eilių buvimas atskiruose įstaigų tipuose, įvairių procedūrų ar suteiktų paslaugų trukmė, tinkamas pacientų srautų sureguliuojimas, darbuotojų kompetencija ir

gebėjimas atlikti vienokią ar kitokią procedūrą, išsamios ir visiems paslaugų vartotojams suprantamos informacijos pateikimas apie organizacijos veiklą ir kt.). Tai apsprendžia įstaigos, teikiančios paslaugas, organizacinį ir iš dalies komunikacinį prieinamumą. Tyrime buvo nagrinėtos organizacinį ir komunikacinį prieinamumą atspindinčios charakteristikos:

- 1) paciento sugaištas laikas registratūroje, prie kabineto durų, patekimas pas norimą gydytoją ir kt.;
- 2) registracijos telefonu galimybės ir informacija apie ją buvimas;
- 3) gydytojo priėmimo trukmė;
- 4) bendravimas su medicinos darbuotojais.

Tyrimo anketoje respondentų buvo prašyta nurodyti laiką, sugaištą prie registratūros langelio. Vertinant respondentų duomenis paaiškėjo, kad daugiau nei pusė apklaustų respondentų (63,8 proc.), besilankančių ambulatorijoje, sugaišta registratūroje iki 10 min., o tokių respondentų, besilankančių poliklinikoje, buvo mažiau nei pusė (44,8 proc.), t.y., kas trečias asmuo. Kas trečias respondentas, besilankantis poliklinikoje, ir kas ketvirtas respondentas, besilankantis ambulatorijoje, sugaišta prie registratūros 10-15 min., o po 15-30 min. – vidutiniškai 6,4 proc. ambulatorijos pacientų bei kas penktas (atitinkamai 21,3 proc.) poliklinikos lankytojas. Niekas iš tirtų respondentų, tiek ambulatorijoje, tiek poliklinikoje, nesugaišo 30-60 min. prie registratūros langelio. Analizuojant anketos duomenis, buvo nustatytas reikšmingas skirtumas tarp laiko sugaišto prie registratūros ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ($\chi^2=17,82$, $p=0,0001$). Respondentai (vyrai ir moterys), besilankantys ambulatorijoje, registruojantis sugaišdavo ženkliai trumpiau, lyginant su poliklinikos respondentais (3.2.1. paveikslas).

iki 10min.		10-15min.		15-30 min.		Proc.	iki 10min.		10-15 min.		15-30 min.	
37,6						40						
26,2		20,6				30	21,3				23,5 22,4	
						20	11,5		15,3			
9,2				3,6		10						
				2,8		0					6,0	
V	M	V	M	V	M		V	M	V	M	V	M
Ambulatorija							Poliklinika					

3.2.1. paveikslas. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal laukimo prie registratūros laiką

Lietuvos ambulatorinės SP paslaugų kokybės tyrimo didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose atlikto reprezentatyvaus tyrimo duomenimis [3], tik 18

proc. miestų gyventojų ir 27-29 proc. rajonų ir kaimo gyventojų nurodė, kad jiems poliklinikos registratūroje laukti beveik neteko, o trečdalis visų respondentų teigė, kad registratūroje paprastai priversti laukti per ilgai.

Respondentų tyrimo anketoje buvo klausama, ar jie naudojami galimybe registruotis pas gydytoją telefonu. Buvo nustatyta, kad beveik kas antras ambulatorijos (63,8 proc.) ir kas antras poliklinikos (59,6 proc.) pacientas registruojasi pas gydytoją telefonu. Kas penktas ambulatorijos (21,3 proc.) ir kas ketvirtas poliklinikos (24,6 proc.) pacientas žino galimybe registruotis vizitui pas gydytoją telefonu, bet to nedaro, o registruojasi jiems įprastu būdu - atvykus į sveikatos priežiūros įstaigą prie registratūros langelio. Tikrai kas dešimtas ambulatorijos (9,9 proc.) ir kas šeštas (15,8 proc.) poliklinikos pacientas yra girdėjęs apie galimybę registruotis pas gydytoją telefonu, bet nežino registratūros numerio. Ir tik nedidelė dalis (5,0 proc.) ambulatorijos respondentų nurodė, kad jie nėra girdėję apie tokį registracijos būdą, ir jiems tai neaktualu. Analizuojant duomenis, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp galimybės registruotis telefonu galimybės ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ($\chi^2=11,8$, $p=0,008$). Nežymiai, bet daugiau ambulatorijos pacientai registruojasi pas gydytoją telefonu nei poliklinikos, tačiau poliklinikos pacientai dažniau nei ambulatorijos atvyksta į pačią gydymo įstaigą registruotis prie registratūros langelio – jiems įprastu būdu (3.2.1. lentelė). Šį skirtumą galima būtų paaiškinti tuo, kad ambulatorijoje yra mažesni pacientų srautai nei poliklinikoje, ir ambulatorijos pacientams yra paprasčiau prisiskambinti į registratūrą vizitui pas gydytoją, nei poliklinikos pacientams, nes dėl didelio paciento srauto prisikabinti yra labai sunku, todėl poliklinikos pacientams yra paprasčiau atvykti į gydymo įstaigą ir registruotis jiems įprastu būdu – prie registratūros langelio.

3.2.1. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal galimybę registruotis pas gydytoją telefonu

Registravimosi telefonu faktas	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Taip, registruojusi telefonu	90	63,8	109	59,6	199	61,4
Taip, žino, bet dažniausiai registruojusi įprastu būdu – prie registratūros langelio	30	21,3	45	24,6	75	23,1
Yra girdėję, bet nežino telefono numerio	14	9,9	29	15,8	43	13,3

Nėra girdėję ir jiems tai neaktualu.	7	5	-	-	7	2,2
Iš viso	141	100	183	100	324	100

($\chi^2=11,8$, $p=0,008$)

Apklausiant pacientus, besilankančius ambulatorijoje ir poliklinikoje, koku būdu jiems būtų patogiau registruotis vizitui pas gydytoją, respondentų atsakymai pasiskirstė sekančiai. Daugiausiai, net 80,9 proc. poliklinikos pacientų nurodė, kad jiems patogiausias registracijos būdas yra telefonu, kai tuo tarpu šį registracijos būdą laiko patogiausiu per pus mažiau ambulatorijos pacientų – tik 45,4 proc. Jei būtų tokia galimybė, kas trečias ambulatorijos (39 proc.) ir tik kas tryliktas (7,7 proc.) poliklinikos pacientas vizitui pas gydytoją registruotųsi internetu. Ir labai nedidelė dalis respondentų, norėtų atvykti į gydymo įstaigą ir registruotis prie registratūros langelio. Analizuojant duomenis, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp registracijos būdo ir respondentų amžiaus (ambulatorijoje $\chi^2=24,84$, $p=0,02$ ir poliklinikoje $\chi^2=13,33$, $p=0,002$) (3.2.2.lentelė).

3.2.2. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VŠĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai koku būdu būtų patogiausiai registruotis pas gydytoją

Amžius	Poliklinika				Ambulatorija				
	Telefonu (n)	Internetu (n)	Atvykus į gydymo įstaigą (n)	Iš viso (n)	Amžius	Telefonu (n)	Internetu (n)	Atvykus į gydymo įstaigą (n)	Iš viso (n)
18-25m.	14	8	9	31	18-25m.	6	10	8	24
26-35m.	51	0	4	55	26-35m.	21	17	3	41
36-45m.	34	4	6	44	36-45m.	14	20	8	42
46-55m.	24	2	2	28	46-55m.	18	4	0	22
56-65m.	25	0	0	25	56-65m.	5	4	3	12
Iš viso	148	14	21	183	Iš viso	64	55	22	141
Procentai	80,9	7,7	11,5			45,4	39	15,6	

Tyrimo metu, respondentų buvo klausiama, kiek ilgai jiems tenka laukti talono vizitui pas gydytoją, ir buvo nustatyta, kad net 61 proc. ambulatorijos ir 29,5 proc. poliklinikos respondentų taloną vizitui pas gydytoją gauna tik po savaitės. Tą pačią dieną taloną vizitui pas gydytoją gauna 12,8 proc. ambulatorijos ir 16,4 proc. poliklinikos pacientų, kitai dienai taloną gauna 17,7 proc. ambulatorijos ir 13,1 proc. poliklinikos pacientų. Po dviejų savaitių taloną vizitui pas gydytoją gauna tik 5 proc. ambulatorijos pacientų, tuo tarpu poliklinikos pacientai sudaro net 24,6 proc.(tai penkis kartus daugiau poliklinikos pacientų laukiančių vizito pas gydytoją nei ambulatorijoje). Tik 3,5 proc. ambulatorijos pacientų gauna taloną po mėnesio apsilankyti pas gydytoją, tuo tarpu poliklinikoje šio vizito laukia net 14,2 proc. pacientų. Labai maža pacientų

dalis, tik 2,2 proc. gauna taloną pas gydytoją ilgiau nei po mėnesio, ambulatorijoje tokio ilgo talono laukimo nebuvo pastebėta. Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys tarp talonų gavimo pas gydytoją ir gydymo įstaigų tipo ($\chi^2=51,77$, $p=0,000$) (3.2.3. lentelė). Manytume, kad šiuos duomenis galima sieti su ženkliai besiskiriančiu aptarnaujamų pacientų srautu, tenkančiu gydymo įstaigoms, nes poliklinika aptarnauja 54 kartus daugiau pacientų nei ambulatorija.

3.2.3. lentelė Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal galimybę gauti taloną vizitui pas gydytoją

Laikotarpis	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Tą pačią dieną	18	12,8	30	16,4	48	14,8
Kitai dienai	25	17,7	24	13,1	49	15,1
Po savaitės	86	61	54	29,5	140	43,2
Po 2 savaitių	7	5	45	24,6	52	16
Po mėnesio	5	3,5	26	14,2	31	9,6
Kita	-	-	4	2,2	4	1,3
Iš viso	141	100	183	100	324	100

($\chi^2=51,77$, $p=0,000$)

Vertinant pacientų sugaištą laiką prie gydytojo kabineto durų, beveik kas antras ambulatorijos (44 proc.) ir poliklinikos (40,4 proc.) respondentų atsakė, kad prie gydytojo durų laukia 15-30 min. Vidutiniškai kas antras ambulatorijos (42,6 proc.) ir kas trečias poliklinikos (31,1 proc.) respondentas prie gydytojo kabineto užtrunka 10-15 min., o kas penktas poliklinikos (21,3 proc.) ir tik kas vienuoliktas ambulatorijos (9,2 proc.) lankytojas užtrunka – 30-60min. Daugiau nei valandą prie gydytojo kabineto laukė gana nedidelė ambulatorijoje (2,8 proc.) ir poliklinikoje (4,9 proc.) respondentų dalis. Tik 2,2 proc. poliklinikos ir 1,4 proc. ambulatorijos respondentų atsakė, kad laukia prie gydytojo durų kabineto iki 10 min. Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp laukimo prie gydytojo kabineto trukmės ir gydymo įstaigos tipo ($\chi^2=11,47$, $p=0,02$) (3.2.2. paveikslas).

iki 10min.		10-15min.		15-30 min.		30-60 min.		>60min.		Proc.	iki 10min.		10-15 min.		15-30 min.		30-60 min.		>60min		
											40										
	29,8									30									28,4		
		24,8								20		19,6									
			19,2							10			11,5	12,0					11,0	10,3	
				12,8				8,5		0											
									0,7	0	2,2	0								2,2	2,7
	0,7	0,7					0,7	2,8													
V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Ambulatorija										Poliklinika											

3.2.2. paveikslas. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal laukimo prie gydytojo kabineto laiką

Kitų autorių duomenimis, po 34, 9 proc. respondentų laukė prie gydytojo kabineto durų 10-20 min. ir 20-40 min., o ilgiau negu 40 min. prie gydytojo kabineto durų sugaišo 30,3 proc. respondentų [85]. Reprezentatyvus Lietuvos ambulatorinės SP paslaugų kokybės tyrimo didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose duomenimis, priėmimo pas gydytoją laukimo laiko vidurkis buvo net 43 minutės [3].

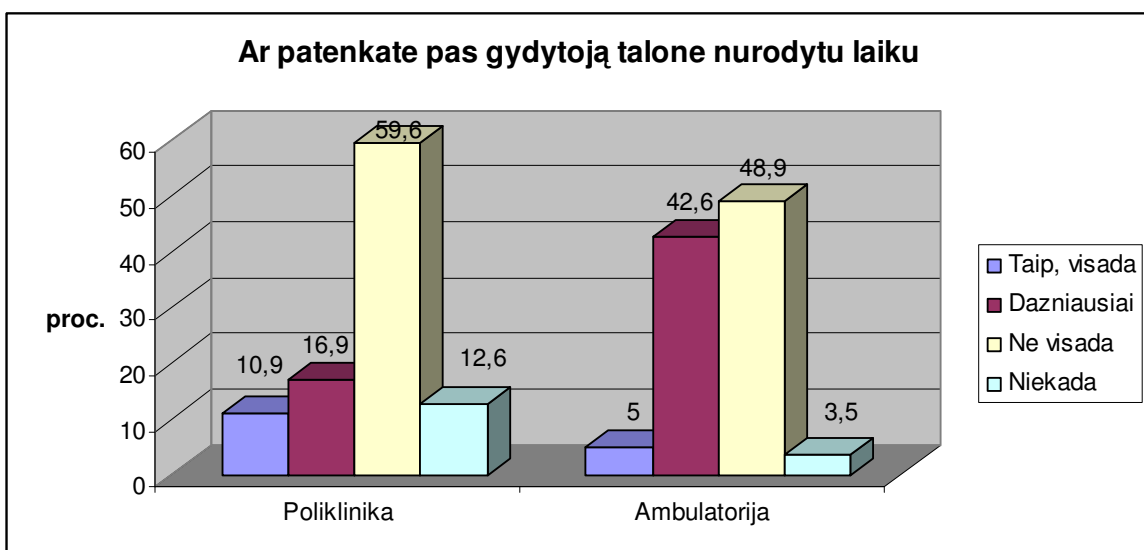
Apklausiant respondentus, besilankančius ambulatorijoje ir poliklinikoje, kiek jie sutiktų laukti prie gydytojo kabineto, respondentų atsakymai pasiskirstė sekančiai: kas penktas poliklinikos (19,7 proc.) ir ambulatorijos (21,3 proc.) respondentas atsakė, kad nenorėtų laukti. Beveik pusė arba kas antras poliklinikos (43,2 proc.) ir ambulatorijos (53,2 proc.) respondentas atsakė, kad sutiktų prie gydytojo kabineto laukti iki 10 min., o kas trečias poliklinikos (37,1 proc.) ir kas ketvirtas ambulatorijos (25,5 proc.) respondentas sutiktų palaukti 10-15 min. Ilgiau laukti kaip 15min. nenurodė niekas iš apklaustųjų respondentų ($\chi^2=5,13$, $p=0,07$). Reikšmingo skirtumo tarp sveikatos įstaigos tipo pacientų šiuo aspektu nebuvo nustatyta (3.2.4. lentelė).

3.2.4. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, kiek gyventojai sutiktų laukti prie gydytojo kabineto

Sutikimas laukti prie gydytojo kabineto	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Nelaukti	30	21,3	36	19,7	66	20,4
Iki 10 min.	75	53,2	79	43,2	154	47,5
10-15 min.	36	25,5	68	37,1	104	32,1
Iš viso	141	100	183	100	324	100

($\chi^2=5,13$, $p=0,07$)

Analizuojant respondentų atsakymus, ar patenka pas gydytoją talone nurodytu laiku, poliklinikos ir ambulatorijos respondentų duomenys pasiskirstė sekančiai: kas dvidešimtas ambulatorijos (5 proc.) ir kas devintas poliklinikos (10,9 proc.) respondentas visada patenka pas gydytoją nurodytu talone laiku, kas antras ambulatorijos (42,6 proc.) ir kas šeštas poliklinikos (16,9 proc.) respondentas nurodė, kad dažniausiai patenka laiku. Daugiau nei pusė poliklinikos (59 proc.) ir beveik pusė ambulatorijos (48,9 proc.) respondentų ne visada patenka pas gydytoją nurodytu talone laiku. Ir labai nedidelė dalis ambulatorijos (3,5 proc.) ir poliklinikos (12,6 proc.) respondentų niekada nepatenka tuo laiku, kuris nurodytas vizitui pas gydytoją talone. Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys tarp patekimo pas gydytoją talone nurodytu laiku ir gydymo įstaigos tipo ($\chi^2=31,14$, $p=0,000$) (3.2.3. paveikslas).



3.2.3. paveikslas. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, ar patenka pas gydytoją talone nurodytu laiku

Vertinant respondentų atsakymus, kiek trunka priėmimas pas gydytoją, poliklinikos ir ambulatorijos pacientų duomenys pasiskirstė sekančiai: daugiau nei pusei ambulatorijos (76,6 proc.) ir poliklinikos (62,3 proc.) respondentų priėmimas pas gydytoją trunka 10-15 min., kas ketvirto poliklinikos (25,7 proc.) ir kas šešto ambulatorijos (17,7 proc.) respondento priėmimas trunka 15-30 min. Ir tik labai nedidelė respondentų dalis užtrunka priėmimo pas gydytoją iki 10 min.: ambulatorijoje – 5,7 proc., poliklinikoje - 12 proc. Nustatytas reikšmingas skirtumas tarp priėmimo trukmės pas gydytoją ir gydymo įstaigos tipo ($\chi^2=8,11$, $p=0,017$). Taigi, labai nežymiai, bet didesnė pacientų, besilankančių poliklinikoje, dalis ilgiau, t.y., 15-30 min. užtrukdavo gydytojo kabinete, lyginant su ambulatorijos respondentais, bet daugiau kaip pusė abiejų gydymo įstaigų pacientų vizitai pas gydytoją netrukdavo ilgiau 10-15 min. (3.2.5. lentelė).

3.2.5. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, kiek trunka priėmimas pas gydytoją

	<i>Poliklinika</i>						<i>Laikas</i>	<i>Ambulatorija</i>					
	<i>n</i>	<i>V</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>V</i>	<i>M</i>		<i>n</i>	<i>V</i>	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>V</i>	<i>M</i>
	22	10	12	12	5,5	6,5	<i>Iki 10 min.</i>	8	3	5	5,7	2,1	3,6
	114	35	79	62,3	19,1	43,2	<i>10-15 min.</i>	108	38	70	76,6	27	49,6
	47	26	21	25,7	14,2	11,5	<i>15-30 min.</i>	25	14	11	17,7	9,9	7,8
<i>Iš viso</i>	<i>183</i>	<i>71</i>	<i>112</i>	<i>100</i>	<i>38,8</i>	<i>61,2</i>		<i>141</i>	<i>55</i>	<i>86</i>	<i>100</i>	<i>39</i>	<i>61</i>

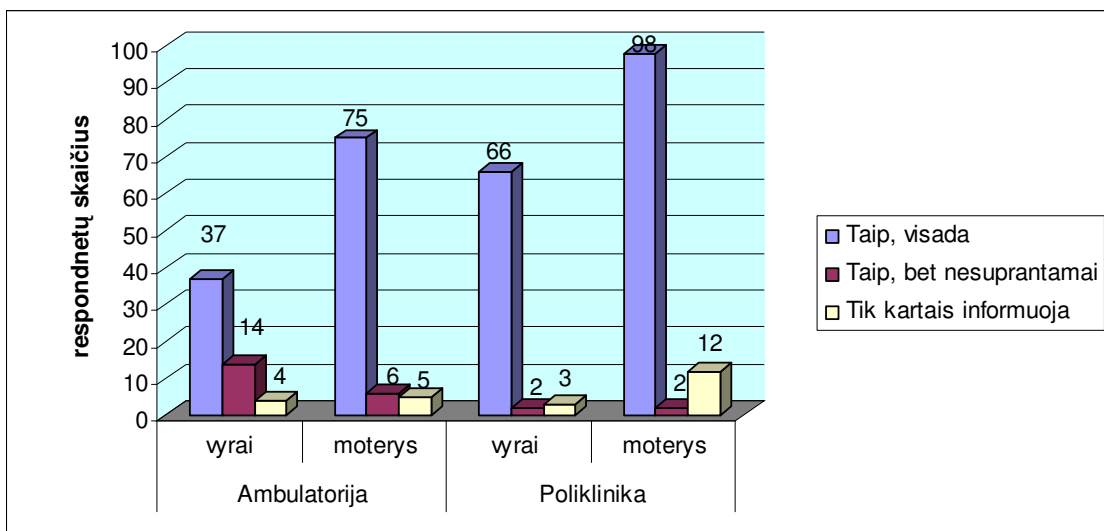
($\chi^2=8,11$, $p=0,017$)

Informacinę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą galima skaidyti į dvi dalis:

- 1) informacijos apie sveikatos priežiūros įstaigą (vidaus tvarkos taisyklės, teikiamų paslaugų spektras, sutarties su teritorine ligonių kasa turinys, galimybės pacientams teikti pasiūlymus) buvimas ir galimybių su ja susipažinti pacientui sudarymas, kitaip sakant, aktyvus informacijos priėmimo būdas;
- 2) informacijos, kurią suteikia pacientui apie jo sveikatos būklę, ligas, galimus gydymo būdus ir metodus, susirgimų išvengimo galimybes medicinos darbuotojai (gydytojai ir slaugytojos) buvimas arba pasyvus informacijos gavimo būdas. Ši informacija svarbi, deleguojant didžiąją atsakomybę už savo sveikatą dalį pačiam pacientui, įtraukiant jį patį į gydymo ir sveikatos stiprinimo bei išsaugojimo procesą.

Autorė savo darbe aptars iš anketos klausimų gautų duomenų apie paciento galimybes gauti informaciją iš medicinos įstaigos darbuotojų pusės analizę.

Nagrinėjant respondentų atsakymus, ar jie yra informuojami apie savo sveikatos būklę, gydymo eigą, tyrimų rezultatus, nustatyta, kad 89,6 proc. poliklinikos ir 79,4 proc. ambulatorijos respondentų yra informuojami gydytojų apie sveikatos būklę, gydymą, tyrimų rezultatus. Keturiems (2,2 proc.) poliklinikos ir dvidešimčiai (14,2 proc.) ambulatorijos respondentams gydytojai suteikia šią informaciją, bet ją pateikia nesuprantamais terminais. Tik devyniems (6,4 proc.) ambulatorijos ir penkiolikai (8,2proc.) poliklinikos respondentų, informacija apie jų sveikatos būklę buvo suteikiama tik kartais. Buvo nustatytas reikšmingas skirtumas tarp respondentų informacijos apie jų sveikatos būklę, gydymo eigą ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ($\chi^2=17,55$, $p=0,0002$). Poliklinikos respondentai, ypač moterys, buvo labiau informuojami apie jų sveikatos būklę, gydymo eigą, tyrimų rezultatus, negu ambulatorijos respondentai (3.2.4. paveikslas).



3.2.4. paveikslas. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, ar yra informuojami

bendrosios praktikos gydytojų apie savo sveikatos būklę, tyrimo rezultatus, gydymo eigą ir kt.

Kitų autorių duomenimis, privačių PSP įstaigų pacientai patikimai dažniau informuojami apie sveikatos būklę (71,4 proc.), palyginus su savivaldybės PSP įstaigomis (47,8 proc.) [85].

Analizuojant besilankančių poliklinikoje ir ambulatorijoje respondentų duomenis apie tai, ar jie yra informuojami apie ligos išvengimo būdus, nustatyta, kad daugiau kaip pusė poliklinikos (55,2 proc.) ir beveik pusė ambulatorijos (48,2 proc.) pacientų yra tik kartais informuojami apie susirgimų išvengimo būdus. Apie susirgimų išvengimo būdus visada yra informuojamas kas trečias poliklinikos (34,4 proc.) ir kas antras ambulatorijos (42,6 proc.) pacientas. Visiškai gydytojai neinformuoja apie susirgimų išvengimo būdus kas dešimtas poliklinikos (10,4 proc.) ir kas vienuoliktas ambulatorijos (9,2 proc.) lankytojas. Nebuvo nustatyto reikšmingo ryšio tarp respondentų informavimo apie susirgimų išvengimo būdus ir gydymo įstaigos tipo ($\chi^2=2,23$, $p=0,32$) (3.2.6. lentelė).

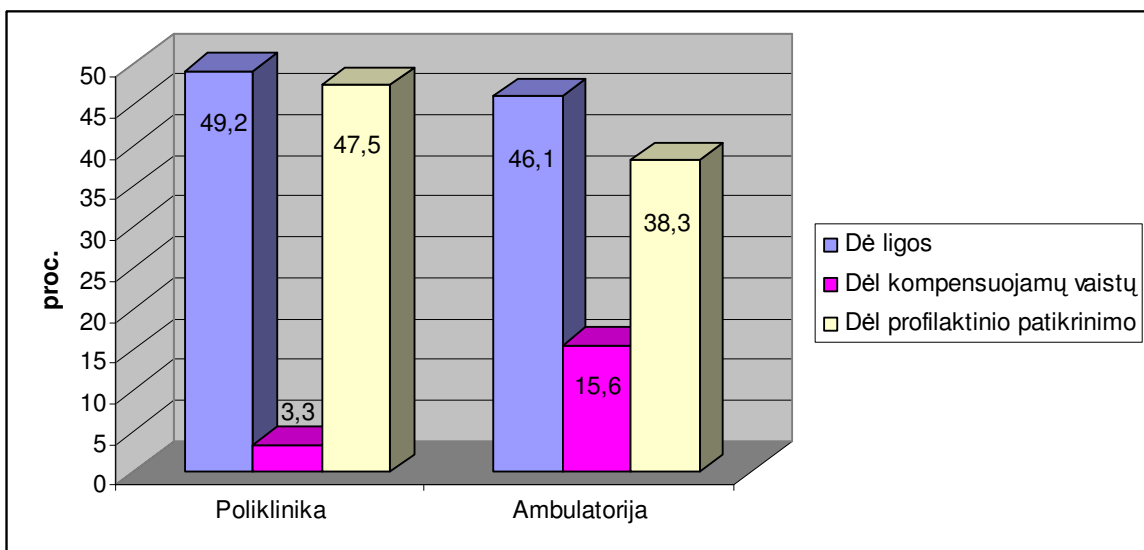
3.2.6. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, ar gydytojas informuoja pacientą apie susirgimo išvengimo būdus

Paciento informavimas apie susirgimo išvengimo būdus	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Taip	60	42,6	63	34,4	123	38
Kartais	68	48,2	101	55,2	169	52,1
Ne	13	9,2	19	10,4	32	9,9
Iš viso	141	100	183	100	324	100

($\chi^2=2,23$, $p=0,32$)

Kitų autorių duomenimis, apie ligos išvengimo būdus informuojami tik 38,8 proc. atvejų ir šis skirtumas savivaldybės bei privačiose SP įstaigose statistiškai nereikšmingas (atitinkamai 35,0 ir 46,9 proc.) [85].

Vertinant respondentų, besilankančių poliklinikoje ir ambulatorijoje, anketinius duomenis pagal lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje priežastį, buvo nustatyta, kad beveik pusei visų poliklinikos (atitinkamai 49,2 proc.) ir ambulatorijos (46,1 proc.) pacientų pagrindinė kreipimosi į SP įstaigą priežastis buvo liga, kas antras poliklinikos ir kas trečias ambulatorijos pacientas (atitinkamai 38,3 proc. ir 47,5 proc.) kreipdavosi į gydytoją profilaktiniais tikslais, o likę poliklinikos ir ambulatorijos (atitinkamai 3,3 proc. ir 15,5 proc.) respondentai kreipdavosi dėl kompensuojamų vaistų. Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys tarp respondentų lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje priežasties ir įstaigos tipo ($\chi^2=16,10$, $p=0,003$) (3.2.5. paveikslas).



3.2.5. paveikslas. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal lankymosi sveikatos priežiūros įstaigoje priežastį

Analizuojant poliklinikos ir ambulatorijos apklaustų respondentų duomenis dėl to, ar gydytojas tariasi dėl išrašomų vaistų su pacientu, buvo nustatyta, kad išrašant vaistus gydytojai visada tariasi su kas trečiu poliklinikos (34,4 proc.) ir kas antru ambulatorijos (43,3 proc.) pacientu. Pusė apklaustų poliklinikos (56,3 proc.) ir ambulatorijos (49,6 proc.) pacientų nurodė, kad tik kartais gydytojai tariasi su jais dėl išrašomų vaistų. Ir tik septyniolikai poliklinikos (9,3 proc.) ir dešimčiai ambulatorijos (7,1 proc.) respondentų gydytojai niekada nesitarė dėl išrašomų vaistų kainos, poveikio, privalumų ar kt. Nebuvo nustatyto reikšmingo statistinio ryšio tarp gydytojų tarimosi su pacientu dėl išrašomų vaistų ir gydymo įstaigos tipo ($\chi^2=2,74$, $p=0,25$) (3.2.7. lentelė).

3.2.7. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, ar gydytojas tariasi su pacientu dėl išrašomų vaistų

Gydytojas tariasi su pacientu dėl išrašomų vaistų	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Visada tariasi	61	43,3	63	34,4	124	38,3
Kartais tariasi	70	49,6	103	56,3	173	53,4
Niekada nesitaria	10	7,1	17	9,3	27	8,3
Iš viso	141	100	183	100	324	100

($\chi^2=2,74$, $p=0,25$)

Apklausus respondentus, besilankančius poliklinikoje ir ambulatorijoje, kaip jie vertina asmens dokumento ir socialinio draudimo dokumento pateikimo pareikalavimą sveikatos priežiūros įstaigoje, paaiškėjo, kad jokių papildomų nepatogumų nesukelia tik 6 proc.

poliklinikos ir 19,9 proc. ambulatorijos pacientams, daugiau nei pusei poliklinikos pacientų (61,7 proc.) mano, kad užtektų tik vieno – asmens tapatybę liudijančio dokumento, tuo tarpu taip mano tik 22,7 proc. ambulatorijos respondentų. Daugiau nei pusė ambulatorijos pacientų (57,4 proc.) mano, kad tai nereikalinga biurokratinė procedūra, kuri apsunkina paciento ir mediko darbą, o poliklinikoje taip mano tik kas trečias (32,2 proc.) pacientas. Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys tarp pacientų asmens ir socialinio dokumentų pareikalavimo bei gydymo įstaigos tipo ($\chi^2=51,53$, $p=0,00$) (3.2.8. lentelė).

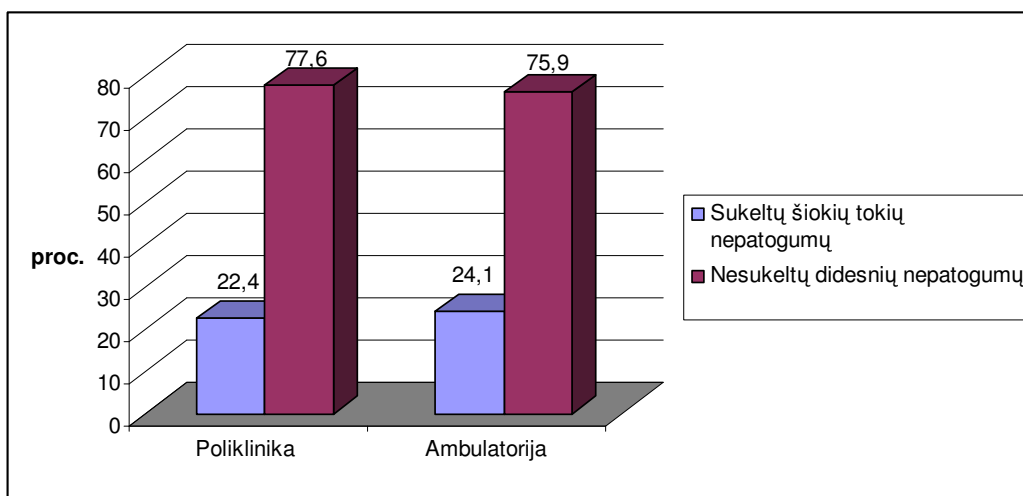
3.2.8. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal asmens ir socialinio dokumentų pareikalavimą

Dokumentų pareikalavimas	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Nesukelia jokių papildomų nepatogumų	28	19,9	11	6	39	12
Pakaktų tik vieno asmens tapatybę liudijančio dokumento	32	22,7	113	61,7	145	44,8
Nereikalinga biurokratinė procedūra, kuri apsunkina pacientus ir medikus	81	57,4	59	32,2	140	43,2
Iš viso	141	100	183	100	324	100

($\chi^2=51,53$, $p=0,00$)

Reprezentatyvus Lietuvos ambulatorinės SP paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose duomenimis, daugumos respondentų nuomone, užtektų tik asmens tapatybę liudijančio dokumento (40,2 proc. miesto gyventojų, 34,9 proc. rajono centrų ir miestų gyventojų, 40 proc. kaimų ir miestelių gyventojų), o 40,8 proc. miesto ir iki 30 proc. kaimo respondentų teigė, kad minėtų dokumentų pateikimas tik apsunkina pacientus ir medikus [3].

Vertinant respondentų, besilankančių poliklinikoje ir ambulatorijoje, anketinius duomenis pagal tai, ar jiems kiltų sunkumų, jei reiktų kreiptis pas specialistus gydytojus į kitą įstaigą negu dirba jų BPG, duomenys pasiskirstė sekančiai: daugeliui poliklinikos ir ambulatorijos respondentų nesukeltų didesnių nepatogumų kreiptis pas specialistą į kitą įstaigą (atitinkamai 77,6 proc. ir 75,9 proc.), o likusiems poliklinikos (22,4 proc.) ir ambulatorijos (24,1 proc.) pacientams, tai turėtų šiokių tokių nepatogumų, tačiau jie būtų nereikšmingi, jei dėl to nekiltų papildomų biurokratinių kliūčių (3.2.6. paveikslas).



3.2.6. paveikslas. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, ar kiltų sunkumų kreiptis pas specialistus į kitą gydymo įstaigą

Nebuvo nustatyto reikšmingo statistinio ryšio tarp pacientų kreipimosi pas specialistus į kitą įstaigą ir gydymo įstaigos tipo ($\chi^2=0,13$, $p=0,7$).

Vertinant poliklinikos ir ambulatorijos respondentų duomenis pagal tai, kas lemia jų apsisprendimą pasirinkti BPG pas kurį jie yra prisirašę, daugiau kaip pusė poliklinikos respondentų (66,1 proc.) nurodė, kad BPG pasirinko patys arba paskyrė pagal gyvenamą vietą, tuo tarpu ambulatorijos respondentų atsakiusių į šį klausimą buvo tik kas penktas (18,4 proc.). Kas ketvirtas ambulatorijos (24,8 proc.) ir tik kas septintas poliklinikos (13,7 proc.) respondentas nurodė, kad BPG jam rekomendavo giminės, draugai, pažįstami. Daugiausiai ambulatorijos respondentų (31,9 proc.) nurodė, kad jų apsisprendimui įtakos turėjo tai, kad visi šeimos nariai lankosi pas tą patį bendrosios praktikos gydytoją, kai tuo tarpu taip atsakiusių poliklinikos respondentų mažuma (9,3 proc.). Tik 10,9 proc. poliklinikos ir 24,8 proc. ambulatorijos respondentų BPG renkasi pagal tai, ką apie tą gydytoją yra girdėję ar skaitę. Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys tarp apsisprendimo pasirinkti BPG ir gydymo įstaigos tipo ($\chi^2=75,62$, $p=0,000$) (3.2.9. lentelė).

3.2.9. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal apsisprendimą pasirinkti BPG

Kas lemia apsisprendimą pasirinkti BPG	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Pas jį lankosi visi šeimos nariai	45	31,9	17	9,3	62	19,1
Rekomendavo giminės, pažįstami, draugai	35	24,8	25	13,7	60	18,5
Pasirikote pats arba	26	18,4	121	66,1	147	45,4

paskyrė pagal gyvenamą vietą						
Girdėjote, skaitėte, kad jis gerai gydo, yra aukštos kvalifikacijos	35	24,8	20	10,9	55	17
Iš viso	141	100	183	100	324	100

($\chi^2=75,62$, $p=0,000$)

Apibendrinant duomenis galime daryti išvadas, kad ambulatorijos pacientai trumpiau laukia prie registratūros langelio (iki 10 min.), nei poliklinikos (10-15 min.). Jei būtų galimybė registruotis pas gydytoją vizitui internetu, šia galimybe daugiau pasinaudotų ambulatorijos pacientai nei poliklinikos. Taloną vizitui pas gydytoją gauna greičiau ambulatorijos pacientai nei poliklinikos, tačiau didesnė dauguma abiejų įstaigų pacientų nurodė, kad už durų laukia 15-30 min. Dažniau talone nurodytu laiku patenka ambulatorijos (42,6 proc.) nei poliklinikos pacientai (16,9 proc.). Didesnei pacientų daliai, abejuose gydymo įstaigose, vizitas pas gydytoją trunka 10-15 min. Daugiau nei pusė visų apklaustų respondentų, dažniau moterys nei vyrai, abejuose gydymo įstaigose, nurodė, kad visada informuojami apie ligą, jos išvengimo būdus, tyrimų rezultatus, gydymą. Net 32 proc. ambulatorijos respondentų vertino, kaip nereikalingą biurokratinę procedūrą, socialinio draudimo ir asmens dokumento reikalavimą, kuris apsunkina paciento ir gydytojo darbą. Ambulatorijos pacientai geriau vertino organizacinį-komunikacinį paslaugų prieinamumą nei poliklinikos pacientai.

3.3. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasitenkinimas suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis

Svarbus kriterijus, vertinant paslaugų prieinamumą, o taip pat ir kokybę sveikatos priežiūros įstaigose, yra paslaugos vartotojo pasitenkinimas gaunama paslauga. Nuo vartotojo pasitenkinimo didžiąją dalimi priklauso ir pačios organizacijos egzistencija, nes kuo labiau savo veikla pateisinsime vartotojo lūkesčius, tuo daugiau vartotojų naudosis įstaigos teikiamomis paslaugomis, tuo didesnę pelną gaus organizacija, tuo kokybiškesnes paslaugas ji turės teikti toliau. Konkretios organizacijos teikiamų paslaugų populiarumo laipsnį galima nustatyti, periodiškai apklausiant toje įstaigoje besilankančius paslaugų gavėjus, tuo pačiu išgryninant pozityvias ir negatyvias veiklos puses ir jas tolimesnėje veikloje stengiantis paryškinti ar sumažinti pagal galimybes [36, 44]. Reguliarus apklausų vykdymas leis organizacijos vadovams užsiimti prevenciniu veiklos modifikavimu, neekvojant savo laiko organizacijos klaidų taisymui ir nelaukiant akivaizdžių neefektyvios veiklos rezultatų – paslaugų gavėjų, sveikatos priežiūros įstaigose pacientų, praradimo. Organizacijų kokybės gerinimui reikia pastoviai fiksuoti pacientų

pasitenkinimą ir lūkesčius, nes tik taip galima pagerinti pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą ir kontroliuoti gydymo kaštus [3].

Analizuojant besilankančių pacientų pasitenkinimą, VšĮ Panevėžio miesto poliklinikoje ir IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatorijoje, sveikatos priežiūros paslaugomis, respondentų atsakymai pasiskirstė sekančiai. Pusė visų ambulatorijos respondentų (50,4 proc.) teigė, kad yra patenkinti sveikatos priežiūros įstaigos teikiamomis paslaugomis, kurioje gydomi, o taip manančių respondentų, besilankančių poliklinikoje, buvo vidutiniškai kas trečias (29,5 proc.). Dalinai patenkinti tos sveikatos priežiūros įstaigos, kurią lanko, paslaugomis, buvo daugiau nei pusė poliklinikos (66,1 proc.) ir šiek tiek mažiau nei pusė ambulatorijos (46,8 proc.) respondentų. Nepatenkintų sveikatos priežiūros įstaigos suteiktomis paslaugomis buvo kas dvidešimtas poliklinikos ir kas trisdešimtas ambulatorijos pacientas. Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys tarp respondentų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis gydymo įstaigoje ir sveikatos priežiūros įstaigos tipo ($\chi^2=14,62$, $p=0,001$) (3.3.1 lentelė).

3.3.1. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, ar patenkintas sveikatos priežiūros paslaugomis pacientas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje

Pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Taip	71	50,4	54	29,5	125	38,6
Dalinai	66	46,8	121	66,1	187	57,7
Ne	4	2,8	8	4,4	12	3,7
Iš viso	141	100	183	100	324	100

($\chi^2=14,62$, $p=0,001$)

Kitų autorių duomenimis, pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis priklausė nuo PSP įstaigų formos. Privačių įstaigų pacientai buvo labiau patenkinti gydytojo paslaugomis (85,1 proc.), savivaldybės PSP įstaigų pacientai buvo mažiau patenkinti gydytojo teikiamomis paslaugomis (80,4 proc.), tačiau duomenys nebuvo statistiškai reikšmingi [85].

Analizuojant respondentų, atsakiusių į klausimą, kiek kartų jiems teko per paskutinius 12 mėn. keiptis pas savo BPG, buvo nustatyta, kad pusė ambulatorijos ir poliklinikos respondentų kreipėsi vieną kartą, trečdalis poliklinikos ir ambulatorijos respondentų 2-3 kartus, kas aštuntas ambulatorijos (12,1 proc.) ir kas aštuonioliktas (5,5 proc.) poliklinikos pacientas 4-5 kartus, o likusi poliklinikos ir ambulatorijos respondentų dalis 6 ir daugiau kartų per pastaruosius 12 mėnesių lankėsi pas savo BPG (atitinkamai 12 proc. ir 2,8 proc.) (3.3.2. lentelė). Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys tarp respondentų apsilankymų per pastaruosius 12 mėn. pas savo BPG ir gydymo įstaigos tipo ($\chi^2=13,48$, $p=0,004$).

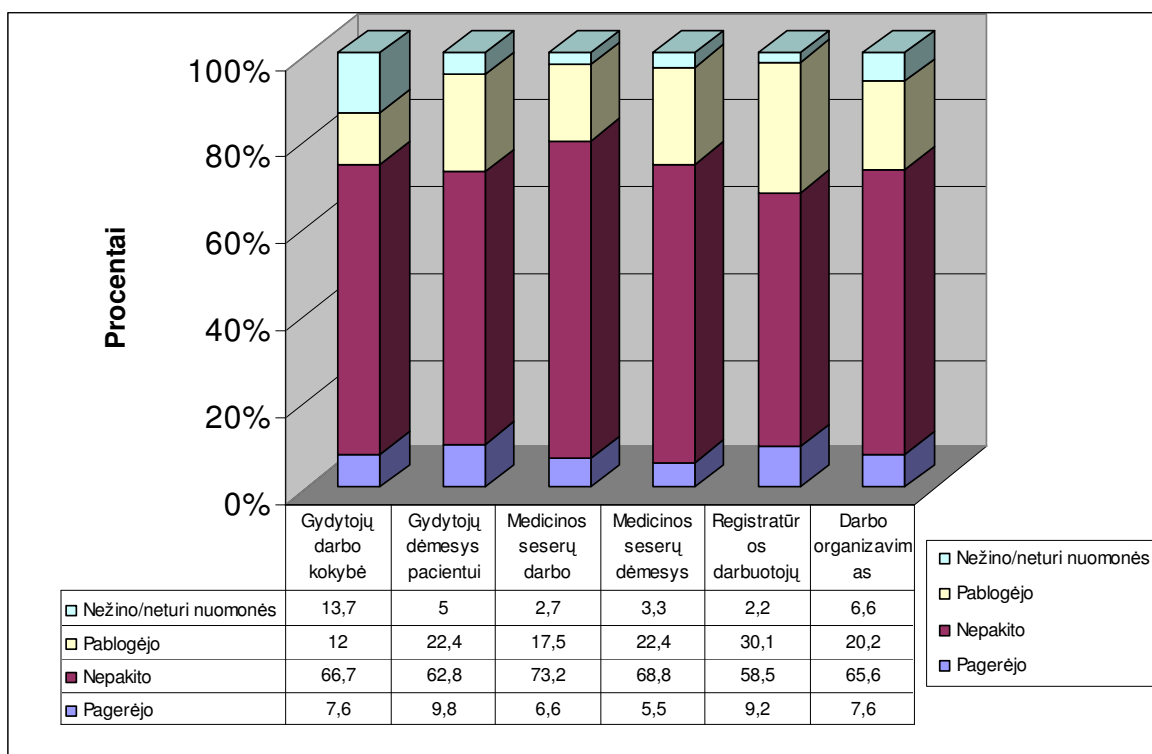
3.3.2. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, kiek kartų per pastaruosius 12 mėn. apsilankė pas savo BPG

Apsilankymų skaičius pas BPG per 12 mėn.	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
1 kartą	79	56	91	49,7	170	52,5
2-3 kartai	41	29,1	60	32,8	101	31,2
4-5 kartai	17	12,1	10	5,5	27	8,3
6 ir daugiau kartų	4	2,8	22	12	26	8
Iš viso	141	100	183	100	324	100

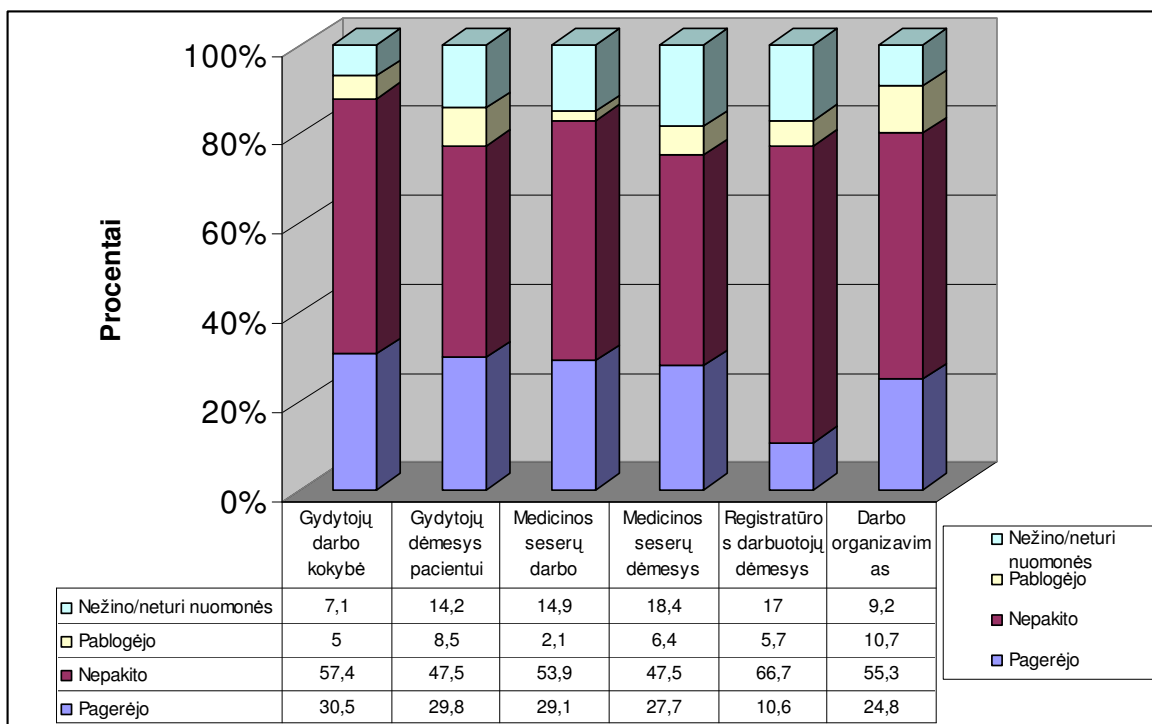
($\chi^2=13,48$, $p=0,004$)

Kitų autorių duomenimis, tyrusių Lietuvos gyventojų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę, buvo pastebėta, kad du trečdaliai apklaustųjų (66,4 proc.) kreipėsi į pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigas per pastaruosius 12 mėn. ir dažniau tai darė moterys negu vyrai, atitinkamai – 73,2 proc. ir 57,1 proc. ($p<0,05$). Šis rodiklis nepriklausė nuo gyvenamosios vietos, tačiau tiek kaime, tiek mieste jis priklausė nuo amžiaus ir lyties. J. Kairio ir R. Gurevičiaus duomenimis, per pastaruosius dvejus metus į gydytojus poliklinikose kreipėsi 72,6 proc. apklaustųjų, D. Jankauskienės duomenimis – 74 proc. J. Kairys ir R. Gurevičius taip pat nurodo, kad vyresni pacientai poliklinikose lankosi dažniau nei jaunesni [64]. Norint, kad sveikatos priežiūros įstaigos dirbtų efektyviai, būtina vertinti darbo apimtį ir paslaugų kokybę, o tam labai svarbu žinoti žmonių, besikreipiančių į pirminę sveikatos priežiūros grandį, srautus ir jų poreikį, kad pacientų lūkesčiai būtų pateisinti.

Svarbus kriterijus, vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir pacientų pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis, yra gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų dėmesys pacientui ir kokybiškas jų darbas. Analizuojant daugumos poliklinikos ir ambulatorijos respondentų (atitinkamai 66 proc. ir 55 proc.) nuomonę, per pastaruosius metus šių gydymo įstaigų gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų darbo kokybę, dėmesys pacientui ir darbo organizavimas nepakito. Vertinant respondentų nuomonių skirtumus, kiek daugiau poliklinikos nei ambulatorijos respondentų, yra nepatenkinti, ir vertina kaip pablogėjusį gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų skiriamą dėmesį bei darbo organizavimą, tuo tarpu ambulatorijos respondentai nurodo, kad gydytojų ir slaugytojų dėmesys bei darbo organizavimas pagerėjo (atitinkamai SŠA – 29,8 proc., 27,7 proc., 24,8 proc.; PMP – 9,8 proc., 5,5 proc., 7,6 proc.). Poliklinikos pacientai nurodo, kad slaugytojų darbo kokybę pablogėjo lyginant su gydytojų darbo kokybe, kuri pagerėjo per metus 7,6 proc. Ambulatorijos pacientai nors ir nurodo, kad per metus gydytojų ir slaugytojų darbo kokybę pagerėjo, bet gydytojų darbo kokybę vertina prasčiau nei slaugytojų. Didesnė ambulatorijos nei poliklinikos respondentų dalis neturėjo nuomonės, vertinant SP įstaigų darbuotojų skiriamą dėmesį bei darbo organizavimą pacientams, (3.3.1. ir 3.3.2. paveikslai).



3.3.1. paveikslas. Poliklinikos gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų darbo kokybės vertinimas



3.3.2. paveikslas. Ambulatorijos gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų darbo kokybės vertinimas

Reprezentatyvaus Lietuvos ambulatorinės SP paslaugų poreikio bei kokybės vertinimo didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose duomenimis, daugumos respondentų (56-65 proc.) nuomone, per pastaruosius dvejus metus poliklinikos gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų darbo kokybė, dėmesys pacientui bei darbo organizavimas nepakito, tačiau gydytojų ir slaugytojų darbo kokybė, gydytojų dėmesys pacientams pagerėjo, kai tuo tarpu darbo organizavimas ir registratūros darbuotojų dėmesys pacientams poliklinikoje pablogėjo. Dėl sąlyginai nedidelio pacientų apsilankymų skaičiaus, privačiai dirbančiose sveikatos priežiūros įstaigose gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų kokybė, dėmesys ir darbo organizavimas nebuvo tirtas [3].

Klausiant respondentų, ar jie yra patenkinti bendravimu su savo gydytoju, buvo nustatyta, kad tiek poliklinikos, tiek ambulatorijos pacientai dažniausiai patenkinti savo ir gydytojo bendravimu, visada patenkinti savo gydytojo bendravimu kas antras poliklinikos ir ambulatorijos respondentas. Labiau nepatenkinti bendravimu su gydytoju poliklinikos pacientai lyginant su ambulatorijos (atitinkamai 36 proc. ir 10 proc.). 26-36 metų ir vyresni pacientai bendravimą su gydytoju vertino geriau, nei jaunesnio amžiaus ambulatorijos ir poliklinikos pacientai. Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys tarp pacientų bendravimo su gydytoju ir respondentų amžiaus bei gydymo įstaigos tipo (atitinkamai ŠŠA: $\chi^2=18,41$, $p=0,018$ ir PMP: $\chi^2=25,89$, $p=0,001$; ŠSA ir PMP: $\chi^2=10,49$, $p=0,005$) (3.3.3. lentelė).

3.3.3. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VŠĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, ar pacientai yra patenkinti savo gydytojo bendravimu

Amžius	Ambulatorija						Poliklinika						Iš viso					
	10	<u>14</u>	6,4	<u>9</u>	0,7	<u>1</u>	9,3	<u>17</u>	4,3	<u>8</u>	3,3	<u>6</u>	9,6	<u>31</u>	5,2	<u>17</u>	2,2	<u>7</u>
18-25m.	7,1	<u>10</u>	11,4	<u>16</u>	3,6	<u>5</u>	9,3	<u>17</u>	12,5	<u>23</u>	8,2	<u>15</u>	8,3	<u>27</u>	12	<u>39</u>	6,2	<u>20</u>
26-35m.	14,1	<u>20</u>	21,3	<u>30</u>	1,4	<u>2</u>	13,7	<u>25</u>	8,7	<u>16</u>	1,6	<u>3</u>	13,9	<u>45</u>	14,2	<u>46</u>	1,5	<u>5</u>
36-45m.	7,8	<u>11</u>	7,8	<u>11</u>	0	<u>0</u>	4,4	<u>8</u>	5,5	<u>10</u>	5,5	<u>10</u>	5,9	<u>19</u>	6,5	<u>21</u>	3,1	<u>10</u>
46-55m.	5	<u>7</u>	2,1	<u>3</u>	1,4	<u>2</u>	3,3	<u>6</u>	9,3	<u>17</u>	1,1	<u>2</u>	4	<u>13</u>	6,2	<u>20</u>	1,2	<u>4</u>
56-65m.																		
Ar patenkinti gydytojo bendravimu	Taip, visada (%)	<u>11</u>	Dažniausiai taip (%)	<u>11</u>	Ne visada (%)	<u>11</u>	Taip, visada (%)	<u>11</u>	Dažniausiai taip (%)	<u>11</u>	Ne visada (%)	<u>11</u>	Taip, visada (%)	<u>11</u>	Dažniausiai taip (%)	<u>11</u>	Ne visada (%)	<u>11</u>
Iš viso: (%/n)	44	<u>62</u>	49	<u>69</u>	7	<u>10</u>	40	<u>73</u>	40,3	<u>74</u>	19,7	<u>36</u>	41,7	<u>135</u>	44,1	<u>143</u>	14,2	<u>46</u>
	<u>n=141; proc.=100</u>						<u>n=183; proc.=100</u>						<u>n=324; proc.=100</u>					

Suprantama, kad gana dažnai pacientai negali įvertinti suteiktos medicinos paslaugos kokybės (tyrimo, procedūros kokybės), todėl jų nuomonei apie medicinos paslaugas didelė įtakos turi sveikatos darbuotojų dėmesys, t.y. ar sveikatos darbuotojai pagarbiai su jais elgėsi, juos iš klausė ir atsakė į jų klausimus, ar tarėsi su pacientais dėl tyrimų ir gydymo taktikos, ar pokalbiai buvo privatūs, ar saugomas informacijos slaptumas. Lietuvos gyventojų nuomonės tyrime, didesnė dalis vyresnio amžiaus žmonių (67,9 proc.) lyginant su jaunesnio amžiaus žmonių (42,3 proc.) atsakė, kad sveikatos darbuotojai visada suprantamai jiems suteikdavo informaciją. Nors pusė apklaustų respondentų buvo patenkinti sveikatos personalo atidumu (atidžiai buvo išklaustyti ir suprantamai informuoti), beveik trys ketvirtadaliai (73 proc.) atsakė, kad sveikatos darbuotojai su jais bendravo „labai gerai“ ir „gerai“. Vyrų ir moterų nuomonės šiuo klausimų neišsiskyrė, tačiau jaunesni respondentai bendravimą vertino kritiškiau negu vyresni: 63,2 proc. jaunesnio amžiaus grupės ir 81,2 proc. vyresnio amžiaus bendravimą vertino „labai gerai“ ir „gerai“ ($p < 0,01$). A. F. Joung su bendraautoriais nurodo, kad su amžiumi didėja pasitenkinimo lygis vizitu pas šeimos gydytoją. J. Smith ir kt. pastebi, kad vyresnio amžiaus pacientai labiau patenkinti sveikatos priežiūros paslaugomis negu jaunesnio [64].

Analizuojant respondentų atsakymus, ar juos tenkina gydymo įstaigos darbo laikas, buvo pastebėta, kad daugiau kaip pusei poliklinikos ir ambulatorijos respondentų nurodo, kad darbo laikas juos tenkina tik dalinai (atitinkamai 66,1 proc. ir 64,5 proc.), pilnai tenkina tik kas trečią poliklinikos ir ambulatorijos respondentą. Likusi dalis apklaustų nurodo, kad darbo laikas jų visai netenkina. Reikšmingo statistinio ryšio, tarp pacientų pasitenkinimo gydymo įstaigos darbo laiku ir gydymo įstaigos tipo, nebuvo nustatyta ($\chi^2 = 3,7$, $p = 0,15$) (3.3.4. lentelė).

3.3.4. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, ar pacientus tenkina darbo laikas gydymo įstaigoje

Ar tenkina gydymo įstaigų darbo laikas	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Taip	49	34,8	55	30,1	104	32,1
Dalinai	91	64,5	121	66,1	212	65,4
Ne	1	0,7	7	3,8	8	2,5
Iš viso	141	100	183	100	324	100

($\chi^2 = 3,7$, $p = 0,15$)

Analizuojant klausimą, ar pakanka Panevėžio mieste pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, trys ketvirtadaliai (73,8 proc.) ambulatorijos respondentų nurodė, kad jų pakanka, tuo tarpu taip mano mažiau nei pusė (45,9 proc.) poliklinikos respondentų. Daugiau poliklinikos pacientų (45,4 proc.) negu ambulatorijos (22,7 proc.) mano, kad pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigų nepakanka. Tik nedidelė respondentų dalis nurodė, kad šiuo klausimų neturi

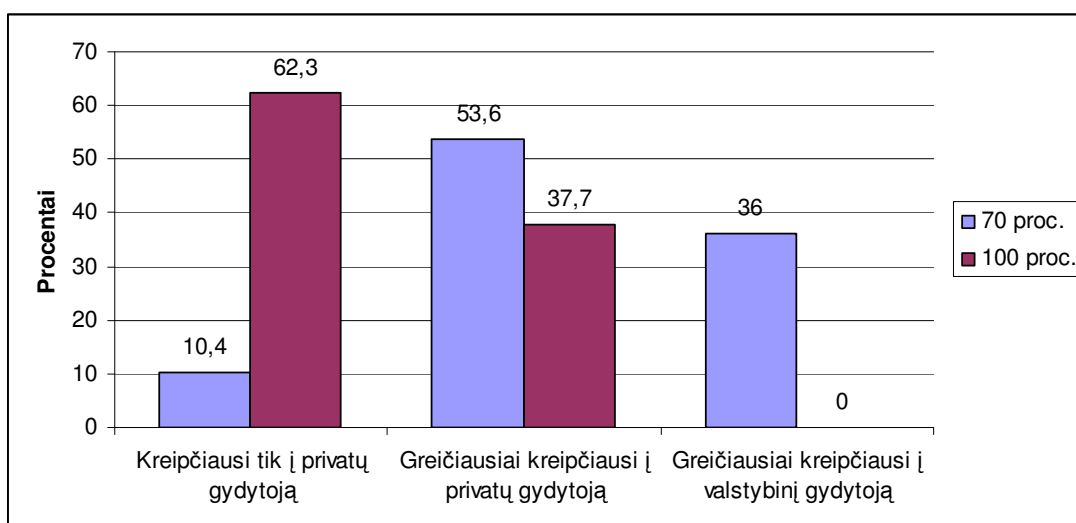
nuomonės. Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys šiuo klausimu ($\chi^2= 25,49$ $p=0,00$) (3.3.5. lentelė).

3.3.5. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal tai, ar pacientus tenkina darbo laikas gydymo įstaigoje

Ar pakanka pirminio lygio gydymo įstaigų	Ambulatorija		Poliklinika		Iš viso	
	n	%	n	%	n	%
Pakanka	104	73,8	84	45,9	188	58
Nepakanka	32	22,7	83	45,4	115	35,5
Neturi nuomonės	5	3,5	16	8,7	21	6,5
Iš viso	141	100	183	100	324	100

($\chi^2= 25,49$ $p=0,00$)

Poliklinikos respondentų buvo klausiama, jei TLK apmokėtų 70 proc. ar 100 proc. apsilankymų išlaidos sumos pas privatų gydytoją, kokią SP gydytoją tada pasirinktų pacientas-valstybinį ar privatų? Atsakymai pasiskirstė sekančiai: dauguma respondentų (apie 65 proc.) palankiai vertina ir rinktųsi privačiai dirbantį pirminės sveikatos priežiūros gydytoją, jei ligonių kasos kompensuotų 70 proc. apsilankymo kainos. Visi respondentai (100 proc.) rinktųsi privačiai dirbantį pirminės sveikatos priežiūros gydytoją, jei ligonių kasos kompensuotų 100 proc. apsilankymų pas privatų gydytoją išlaidų. Daugiau kaip trečdalis respondentų (36 proc.) greičiausiai rinktųsi valstybinį gydytoją, jei ligonių kasos apmokėtų tik 70 proc. (3.3.3. paveikslas). Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys, analizuojant apsilankymų apmokėjimą tarp 70 proc. ir 100 proc. ($\chi^2= 162,97$ $p=0,00$).



3.3.3. paveikslas. Kurį gydytoją rinktųsi poliklinikos pacientai: valstybinį ar privatų, jei teritorinės ligonių kasos pamokėtų 70 proc. ar 100 proc. apsilankymų išlaidos sumos pas privatų gydytoją

Ambulatorijos respondentų buvo klausama, kodėl jie pasirinko privataus gydytojo teikiamas paslaugas ir kokios tokio pasirinkimo priežastys? Daugiau kaip pusė ambulatorijos respondentų (52,5 proc.) nurodė, kad nepasitiki viešose įstaigose dirbančiais BPG bei jų teikiamų paslaugų kokybe. Kiti respondentai nurodė, kad lankytis pas privačia veikla besiverčiančius BPG jiems leidžia finansinės galimybės (24,8 proc.). Taip manančių buvo daugiau vyresnio negu jaunesnio amžiaus pacientų. Likusi (22,7 proc.) pacientų dalis nurodo, kad pas privatų gydytoją jie kreipiasi dėl malonaus bendravimo, malonios aplinkos ir kitų priežasčių. Taip manančių buvo ir jaunesnio, ir vyresnio amžiaus pacientų tarpe. Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys tarp pasirinkimo priežasčių ir pacientų amžiaus ($\chi^2= 17,14$, $p=0,029$) (3.3.5. lentelė).

3.3.5. lentelė. Priežasčių pasiskirstymas pagal amžiaus grupes vertinant, kodėl ambulatorijos pacientai pasirinko privataus gydytojo paslaugas

		Kodėl pasirinkote privatų gydytoją ir jo teikiamas paslaugas			Iš viso
		Aš nepasitikiu viešose įstaigose dirbančiu BPG ir jo teikiamų paslaugų kokybe	Mano finansinės galimybės man tai leidžia ir aš juo labiau pasitikiu	Nėra eilių, malonus bendravimas, jauki aplinka	
Amžius	18-25m.	8	4	10	22
	26-35m.	23	5	12	40
	36-45m.	24	14	4	42
	46-55m.	15	6	3	24
	56-65m.	4	6	3	13
Iš viso respondentų		74	35	32	141
Procentai		52,5	24,8	22,7	Iš viso %: 100

($\chi^2= 17,14$, $p=0,029$)

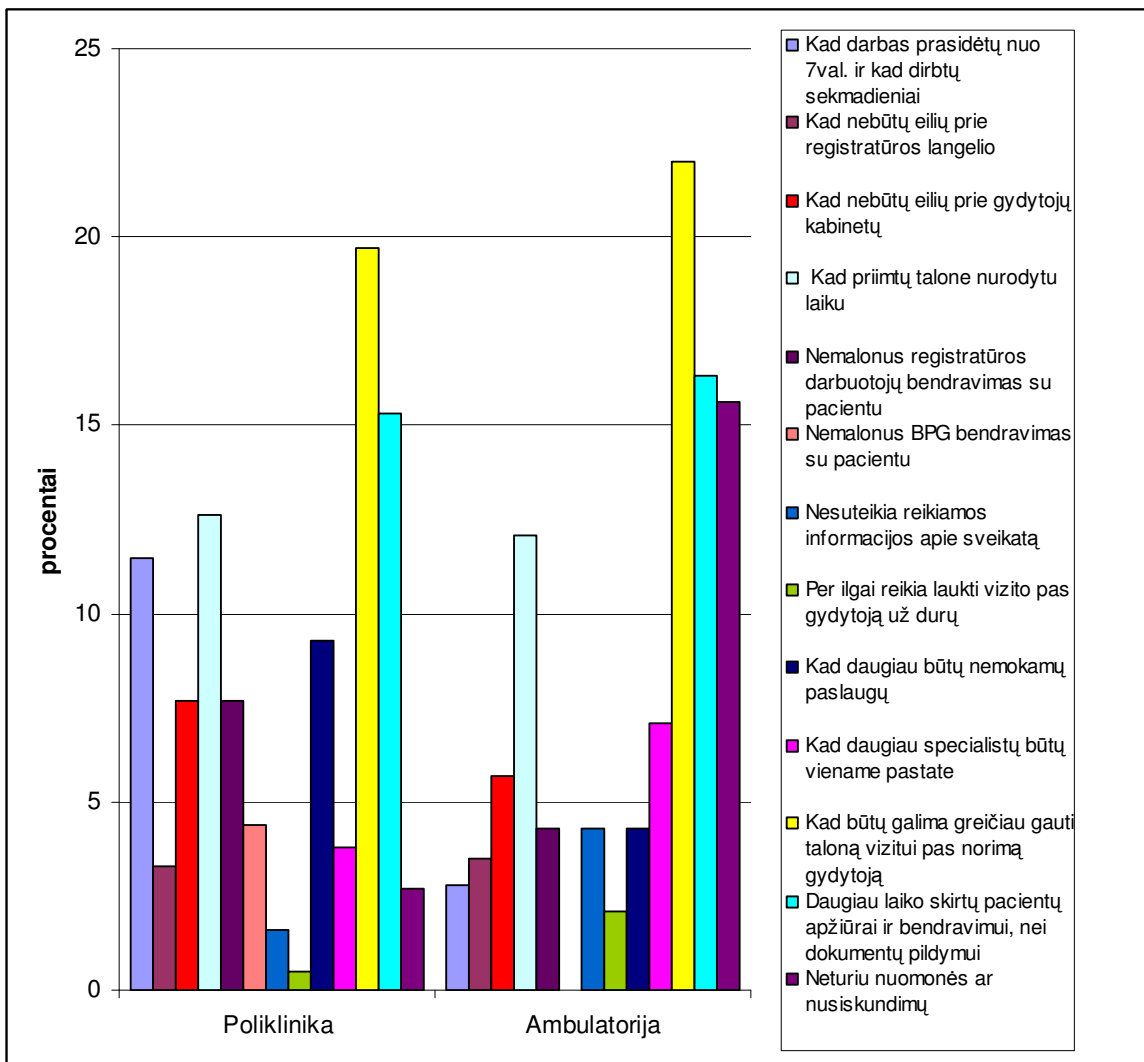
Galiausiai, vertinant respondentų pasiūlymus, nusiskundimus ir pageidavimus, buvo nustatyta, kad tiek ambulatorijos, tiek poliklinikos respondentai, dažniausiai nurodo tokius bendrus pageidavimus: kad norėtų greičiau gauti taloną pas gydytoją vizitui (atitinkamai 22 proc. ir 19,7 proc.); norėtų, kad daugiau laiko skirtų pacientų apžiūrai ir bendravimui, nei dokumentų pildymui (atitinkamai 16,3 proc. ir 15,3 proc.); kad gydytojas priimtų talone nurodytu laiku (atitinkamai 12,1 proc. ir 12,6 proc.). 11,5 proc. poliklinikos pacientų, labiau nei ambulatorijos (2,8 proc.), norėtų, kad jų gydymo įstaiga darbo dienomis pradėtų darbą nuo 7val. ryto, ir dar dirbtų sekmadieniais. Tuo tarpu ambulatorijos (7,1 proc.) respondentams nei poliklinikos (3,8 proc.), darbo laikas nėra toks aktualus, kaip galimybė, kad vienoje įstaigoje būtų kuo daugiau specialistų ir BPG. Daugiau poliklinikos pacientų (9,3 proc.) nei ambulatorijos (4,3 proc.), pageidautų, kad sveikatos priežiūros įstaigose būtų kaip įmanoma daugiau

nemokamų paslaugų. 7,7 proc. poliklinikos ir 5,7 proc. ambulatorijos pacientų pageidautų, kad nebūtų eilių prie gydytojų kabinetų durų, tai gana aktualu abiejų gydymo įstaigų respondentams. Dėl to, kad nebūtų eilių prie registratūros langelio nurodo tik 3,3 proc. poliklinikos ir 3,5 proc. ambulatorijos respondentų. Vertinant du pastaruosius respondentų atsakymus, galima daryti išvadą, kad abiejų gydymo įstaigų pacientus labiau vargina didelės eilės už gydytojų durų negu eilės prie registratūros langelio.

Vertinant pacientų nusiskundimus, abiejose gydymo įstaigose: 7,7 proc. poliklinikos ir 4,3 proc. ambulatorijos pacientai nurodo, kad jų netenkina registratūros darbuotojų bendravimas. Tuo tarpu tik poliklinikos respondentai (4,4 proc.) nurodo, kad su jais nemaloniai bendrauja ir bendrosios praktikos gydytojas. 4,3 proc. ambulatorijos respondentų, lyginant su poliklinikos – 1,6 proc., nurodė, kad jiems nesuteikiama reikiama informacija apie sveikatos būklę ir kt. Labai nedidelė ambulatorijos (2,1 proc.) ir poliklinikos (0,5 proc.) respondentų dalis nurodė, kad jie yra priversti per ilgai laukti už gydytojo kabineto durų. Tuo tarpu likusi respondentų dalis (atitinkamai SŠA-15,6 proc. ir PMP-2,7 proc.) neturėjo nuomonės. Moterys dažniau nei vyrai, nurodė pageidavimus ar nusiskundimus tenkinančius jų lūkesčius. Buvo nustatytas reikšmingas statistinis ryšys tarp respondentų lyties ir pateiktų nusiskundimų bei pageidavimų gydymo įstaigose (atitinkamai poliklinika: $\chi^2= 21,67$, $p=0,041$ ir ambulatorija: $\chi^2= 27,52$, $p=0,004$) (3.3.6. lentelė ir 3.3.4. paveikslas).

3.3.6. lentelė. Respondentų, besikreipusių į VšĮ Panevėžio miesto polikliniką ir IĮ Savanorių aikštės šeimos ambulatoriją, pasiskirstymas pagal nurodytus pageidavimus, nusiskundimus, pasiūlymus ir lytį bei gydymo įstaigos tipą

Pageidavimai, nusiskundimai, pasiūlymai	Poliklinika				Ambulatorija			
	n	Vyrai	Moterys	%	n	Vyrai	Moterys	%
Kad darbas prasidėtų nuo 7 val. ir, kad dirbtų sekmadieniais	21	8	13	11,5	4	0	4	2,8
Kad nebūtų eilių prie registratūros langelio	6	4	2	3,3	5	1	4	3,5
Kad nebūtų eilių prie gydytojų kabinetų	14	7	7	7,7	8	2	6	5,7
Kad priimtų talone nurodytu laiku	23	6	17	12,6	17	12	5	12,1
Nemalonus registratūros darbuotojų bendravimas su pacientu	14	4	10	7,7	6	1	5	4,3
Nemalonus BPG bendravimas su pacientu	8	1	7	4,4	0	0	0	0
Nesuteikia reikiamos informacijos apie sveikatą	3	2	1	1,6	6	1	5	4,3
Per ilgai reikia laukti vizito pas gydytoją už durų	1	0	1	0,5	3	3	0	2,1
Kad daugiau būtų nemokamų paslaugų	17	4	13	9,3	6	5	1	4,3
Kad daugiau specialistų būtų viename pastate	7	0	7	3,8	10	1	9	7,1
Kad būtų galima greičiau gauti taloną vizitui pas norimą gydytoją	36	15	21	19,7	31	11	20	22,0
Daugiau laiko skirtų pacientų apžiūrai ir bendravimui, nei dokumentų pildymui	28	17	11	15,3	23	8	15	16,3
Neturiu nuomonės ar nusiskundimų	5	3	2	2,7	22	10	12	15,6
Iš viso	183	71	112	100,0	141	55	86	100,0
Statistinis ryšys	$(\chi^2= 21,67, p=0,041)$				$(\chi^2= 27,52, p=0,004)$			



3.3.4. paveikslas. Respondentų nurodomi pasiūlymai, nusiskundimai ir pageidavimai pagal gydymo įstaigos tipą

Apibendrinant duomenis, pasitenkinimą suteiktomis SP paslaugomis, labiau patenkinti SŠA pacientai (50,4 proc.) nei PMP (29,5 proc.). Per 12 mėn. į gydymo įstaigą dažniau kreipėsi PMP pacientai negu ambulatorijos. Abiejų gydymo įstaigų respondentai, medicinos personalo (gydytojų, slaugytojų, registratūros darbuotojų) darbo kokybę, dažniausiai vertino kaip nepakitusią. SŠA respondentai nurodė, kad gydytojų dėmesys ir slaugytojų darbo kokybė pagerėjo, tuo tarpu PMP pacienati nurodė, kad registratūros darbo kokybė ir gydytojų dėmesys pacientui pablogėjo. Jei teritorinės ligonių kasos poliklinikos pacienatms sumokėtų 70-100 proc. apsilankymo kainos pas privatų gydytoją, visi ar iš dalies (jei apmokėtų 70 proc.) visi rinktųsi privataus gydytojo teikiamas paslaugas. Pusę SŠA pacientų nurodo, kad nepasitiki viešose įstaigose dirbančiais gydytojais ir jų teikiamų paslaugų kokybe. Abiejų gydymo įstaigų pacientai pasiūlymuose ir nusiskundimuose, nurodė, kad norėtų greičiau gauti talonėlį pas gydytoją ir, kad daugiau laiko gydytojais skirtų apžiūrai ir bendravimui.

4. IŠVADOS

1. Pacientų apklausos duomenimis nustatyta, kad VšĮ Panevėžio miesto poliklinikoje ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatorijoje organizacinis-komunikacinis prieinamumas buvo nevienodas:

Organizacinis prieinamumas geresnis ambulatorijoje nei poliklinikoje, matomai, sąlygotas dėl mažesnio paciento srauto;

Poliklinikos pacientai dažniau registruojasi pas gydytoją atvykdami į gydymo įstaigą nei telefonu, o jei būtų galimybė registruotis vizitui internetu, šia galimybe dažniau naudotųsi ambulatorijos nei poliklinikos pacientai;

Greičiau gauna taloną vizitui pas gydytoją ir trumpiau laukia registratūroj bei už gydytojų durų ambulatorijos nei poliklinikos pacientai;

Dažniau ambulatorijos nei poliklinikos pacientai vizitui pas gydytoją patenka talone nurodytu laiku;

Ambulatorijos pacientams mažiau kyla rūpesčių dėl asmens ir socialinio dokumentų pateikimo nei poliklinikos;

Ambulatorijos respondentai buvo labiau patenkinti teikiamomis gydymo įstaigos paslaugomis nei poliklinikos;

Kiek daugiau poliklinikos nei ambulatorijos respondentų, yra nepatenkinti, ir vertina kaip pablogėjusį gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų skiriamą dėmesį bei darbo organizavimą, tuo tarpu ambulatorijos respondentai nurodo, kad gydytojų ir slaugytojų dėmesys bei darbo organizavimas pagerėjo.

2. Didesnė pacientų dalis kreiptųsi pas privatų gydytoją, jei teritorinės ligonių kasos apmokėtų 70 proc. ir visi poliklinikos pacientai rinktųsi privatų gydytoją, jei teritorinės ligonių kasos apmokėtų 100 proc. esamos kainos.
3. Daugiau kaip pusė ambulatorijos respondentų nurodė, kad jie nepasitiki viešose gydymo įstaigose dirbančiais gydytojais bei teikiamomis paslaugomis ir kokybe.
4. Pacientų apklausos duomenimis nustatyta, kad VšĮ Panevėžio miesto poliklinikoje ir II Savanorių aikštės šeimos ambulatorijoje organizacinis-komunikacinis prieinamumas buvo panašus:

Pacientai nurodo, kad norėtų greičiau gauti taloną vizitui pas gydytoją ir kad daugiau laiko skirtų apžiūrai ir bendravimui;

Ambulatorijos ir poliklinikos pacientų panašus skaičius kreipėsi į gydytojus dėl ligos;

Ambulatorijos ir poliklinikos pacientų panašus skaičius vertino gydytojų, slaugytojų ir registratūros darbuotojų darbo kokybę ir dėmesį kaip nepakitęs;

Ambulatorijos ir poliklinikos pacientų panašus skaičius nurodė, kad informacija apie sveikatos būklę ir ligos išvengimo būdus jiems dažniausiai buvo suteikiama.

5. Tikslu pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizacinę prieinamumą Panevėžio mieste, būtina priartinti paslaugas pacientams, gerinant poliklinikos ir ambulatorijos darbą, keliant medicinos darbuotojų kompetenciją, pasinaudojant informacinių technologijų suteikiamais pranašumais. Be to, būtina ir toliau stiprinti bendrosios praktikos gydytojo institucijos pozicijas, tinkamai organizuoti darbą, reguliuoti pacientų srautus ir panaudoti turimus ribotus resursus, tikslu optimaliai ir efektyviai, perorientuojant savo veiklą daugiau profilaktinėms medicinos kryptims, kreipiant kuo didesnę dėmesį į pacientų lūkesčius, stiprinant bendravimą su jais ir dalijantis bendra atsakomybe už sveikatą bei atliktą darbą.

6. Atlikus anketinį tyrimą ir įvertinus gautus duomenis, nustatyta, kad pirminių sveikatos priežiūros centrų paslaugų prieinamumas Panevėžio mieste nepilnai atitinka miesto pacientų poreikius ir lūkesčius. Iš dalies geresnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ambulatorijoje nei poliklinikoje.

5. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Gautų tyrimo rezultatų duomenimis, remiantis poliklinikų padalinių darbo stebėjimu bei interviu su atskirais sveikatos priežiūros specialistais, teikiančiais pirminio lygio paslaugas galima būtų siūlyti:

1. Tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką Panevėžio miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigose gerinant organizacinę prieinamumą:

Poliklinikos registratūros darbo organizavimo gerinimas (kvalifikuotų darbuotojų skaičiaus atrinkimas, darbuotojų skaičiaus didinimas rytinėmis darbo valandomis, kai ligonių srautai didžiausi, viešas informacijos teikimas kada būtų optimaliausiai registruotis telefonu), patikslinti pacientų kreipimosi priežastis ir tinkamai juos nukreipiant, t.y. diferencijuojant pacientų srautus, be to, išplečiant registravimosi telefonu paslaugų apimtį.

Informacinių technologijų įdiegimas (teikiant prioritetą standartizuotos medicininės dokumentacijos tvarkymo įvedimą) ženkliai pagerintų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nes sutrumpintų laukimo prie registratūros ir gydytojų kabineto laiką, pakeistų apsilankymų pas gydytoją struktūrą (didesnę laiko dalį galima būtų skirti kitiems darbams nudirbti, didinti darbo kokybę, skirti daugiau laiko paciento bendravimui su gydytoju);

Bendrosios praktikos gydytojų institucijos tobulinimas, tikslu didinti teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir gerinti jų kokybę, nuolatinį individualų

darbuotojų motyvacijos organizacijoje skatinimą, taikant diferencijuotą darbo apmokėjimo modelį, vadovaujantis visuotinai priimtinių ir aiškiai apibrėžtų gydytojo darbo kokybę atspindinčių kriterijų sistema.

2. Turėtų vykti glaudus bendradarbiavimas tarp poliklinikos steigėjo ir teritorinėm ligonių kasom perkant ir teikiant paslaugas.
3. Informacijos apie sveikatos priežiūros įstaigos darbą išsamesnis pateikimas, reguliarus pacientų anketavimas, tyrimų apibendrintus rezultatus pritaikant praktiniame darbe ir taip stengiantis patenkinti pacientų lūkesčius, tuo pačiu didinant įstaigų konkurencingumą kitų sveikatos priežiūros paslaugas tame regione teikiančių organizacijų atžvilgiu.

6. SIŪLOMŲ PRIEMONIŲ EFEKTO PROGNOZĖ

6.1. Socialinis efektas

Pagerinus PSP paslaugų organizacinį prieinamumą yra tikėtinas gyventojų pasitenkinimas dėl geresnio jų lūkesčių išpildymo.

Efektas yra patikrinamas gyventojų grupių apklausų būdu.

6.2. Ekonominis efektas

Pagerinus PSP paslaugų organizacinį prieinamumą, yra laukiamas gyventojų nedarbingumo trukmės mažėjimas, kurio dydis priklauso nuo pagerinančių prieinamumą priemonių masto. Net ir pusės darbo dienos sutaupymas, dėl pagerinto PSP paslaugų prieinamumo sumažinimas, duotų ženklų ekonominį efektą Panevėžio miesto mastu.

Skaičiavimo pavyzdys

Apsilankymų poliklinikose ir ambulatorijose skaičius (2006 m.) Panevėžio mieste siekė tūkst. atvejų. Puse dienos anksčiau pradėtas gydymas galėtų sutrumpinti bendrą nedarbo dienų skaičių, kurį siūlytume prognozuoti taip:

.....x 0,5 x N%=a,

Kur N – dirbančiųjų dalis tarp apsilankiusiųjų, proc.;

a – sutaupytų darbo dienų skaičius.

Sutaupymai pinigine išraiška šalies mastu galėtų būti prognozuojami dauginant vidutiniškai vieno darbingo žmogaus per dieną sukuriama bendrąjį vidaus produktą padauginus iš (a) – sutaupyto darbo dienų skaičiaus.

7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Aniūnas M., Radžiūnas R., Savickas A. Įrašo apie paciento būklę sistemos sukūrimo poreikis ir jos diegimo ypatybės visuomenės vaistinėse. *Medicina* 2005;41(7): p.603-606.
2. Bagdonienė L., Hopenienė R. Paslaugų marketingas ir vadyba. – Kaunas: Technologija, 2004.
3. Balys A., Kairys J., Žėbienė E. ir kt. Ambulatorinės sveikatos priežiūros, paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina* 2004; 40(2): p. 178-191.
4. Bendrosios praktikos gydytojų paslaugų tinklo plėtros ir modernizavimo strategija. LR SAM įsakymas, Vilnius, 2003m. gruodžio 31d. Nr.V-805.//Valstybės žinios.
5. Butkus F. S. Vadyba: organizacijos veiklos operatyvaus valdymo pagrindai. – Vilnius: Eugrimas, 2003.- p.240.
6. Bieliūnas M. Žinių vadybos praktinis taikymas: pokyčiai, kuriuose lemia ekonomikos tendencijos. – Vilnius: Informacijos mokslai, 2004(14).
7. Bydam J. Pedagogika. – Vilnius: Charibdė, 2000: p. 67-72, 109-126.
8. Černiauskas G., Dobravolskas A., Murauskienė L. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. – Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000: p.75-83, 119-150.
9. Černiauskas G. Sveikatos priežiūros finansavimas. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. –Vilnius, 2001: p.89.
10. Dėl būtinosios medicinos pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo. LR SAM įsakymas, Vilnius, 2004 m. balandžio 8 d. Nr.V-208.// Valstybės žinios.2004. Nr.55-1915.
11. Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės. LR SAM įsakymas, Vilnius, 1997 m. liepos 4d. Nr.372.// Valstybės žinios.1997. Nr.73-1879)
12. Dėl Lietuvos Nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo. LR Aukščiausios Tarybos nutarimas, Vilnius, 1991m. spalio 30d. Nr.I-1939.// Valstybės žinios.1991. Nr.33-893.

13. Dėl sveikatos reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo. LR SAM įsakymas, Vilnius, 2004 m. spalio 15d. Nr. V-718.// Valstybės žinios.2004. Nr.160-5860.
14. Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo. LR SAM įsakymas, Vilnius, 2005 m. gruodžio 5d. Nr. V-943.// Valstybės žinios.2005. Nr.143-5205.
15. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo. LR SAM nutarimas, Vilnius, 2003 m. kovo 18 d. Nr.335.// Valstybės žinios.2003. Nr.28-1147.
16. Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos tvarkos. LR SAM įsakymas, Vilnius, 2001 m. lapkričio 9d. Nr.583.// Valstybės žinios.2001. Nr.96-3400.
17. Dėl kvalifikacinių reikalavimų sveikatos sistemos viešųjų įstaigų vadovams patvirtinimo. Panevėžio miesto savivaldybės tarybos nutarimas, Panevėžys, 2004 m. vasario 19d. Nr. 1-13-34.
18. Panevėžio miesto savivaldybės tarybos 2004 m. vasario 19d. nutarimas Nr. 1-13-16 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros Panevėžyje iki 2006 metų programos patvirtinimo“.
19. Panevėžio miesto savivaldybės tarybos 2006 m. kovo 30d. nutarimas Nr. 1-45-30 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros Panevėžyje iki 2008 metų programos patvirtinimo“.
20. Dėl Panevėžio ir Utenos apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų patvirtinimo. LR SAM įsakymas, Vilnius, 2007 m. balandžio 4d. Nr. V-231.// Valstybės žinios.2007. Nr.41-1548.
21. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. LR SAM įsakymas, Vilnius, 2005 m. gruodžio 22d. Nr. V-1013.// Valstybės žinios.2006. Nr.3-62.
22. Europos Bendrijų Komisijos Komunikatas Tarybai ir Europos Parlamentui 2007-2013 m. finansinės perspektyvos. Briuselis, 2004.//http://www.europa.eu.int/eur-lex/lt/com/cnc/2004/com2004_04871t01.pdf; prisijungimo laikas: 2006-12-05.
23. Elektroninės sveikatos sistemos plėtros Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sektoriuje projektas (galimybių studija). Vilnius, 2004.
24. Grabauskas V. Sveikatos politikos vystymo procesas Lietuvoje. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p.5-12.
25. Grabauskas V., Gaižauskienė A., Žagminas K. Moksliniai tyrimai ir sveikatos informacija. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. –Vilnius, 2001: p. 120-122.

26. Grabauskas V., Peičius E., Kaminskas R. Pacientų vaidmuo priimant sveikatos priežiūros sprendimus. *Medicina* 2004; 40(11): p.1109-1116.
27. H. A. M. J. ten Have, R. H. J. ten Meulen, E. van Leeuwen. *Medicinos etika.* - Vilnius: Charibdė, 2003: p.13-215.
28. Ignatavičius G. Mokslinių straipsnių ir pranešimų rašymo rekomendacijos. – Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2000.
29. Implementation strategy of Health care reform's aims and objectives // Ministry of Health. – Vilnius: Senoja, 2006.- p.142.
30. Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir strategijos planavimas, įgyvendinimas ir vertinimas. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p.123-128.
31. Jankauskienė D., Petkevičius R. Lietuvos bendradarbiavimas su tarptautinėmis organizacijomis. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. –Vilnius, 2001: p.135-142.
32. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje. *Gydymo menas* 2006 (6).
33. Jankauskienė D. Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai: sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė. *Visuomenės sveikata*, 2000; 1(11): p.81-91.
34. Jankauskienė D., Žemgulienė J., Gaižauskienė A. Išlaidų sveikatos priežiūrai kitimo tendencijos Lietuvoje 1994-1999 metais. *Medicina* 2002; 38(9): p.933-939.
35. Juodrytė S., Kemežytė E., Urbonas G., KMU Šeimos medicinos klinikos pacientų nuomonė apie šeimos gydytojų darbą. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2003; 7(3): p. 209-210.
36. Jurkauskas A. *Visuotinės kokybės vadyba.* – Mokomoji knyga. Kaunas: Technologija, 2006.- p. 248.
37. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai – problemos Vilniaus mieste. *Medicina* 2001; 37(3): p.293-301.
38. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. *Medicina* 2002; 38(1): p.94-102.
39. Kairys J., Žėbrienė E., Zokas I. Bendrosios praktikos gydytojo profesionalumo ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos darbo vertinimas paciento požiūriu. *Visuomenės sveikata* 2004; 1(24): p. 49-53.
40. Kairys J. Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros lygio rodikliai. – Vilnius: Vilniaus universiteto Leidybos centras, 2005. p. 71.

41. Kalėdienė R., Dučinskienė D., Petrauskienė J. ir kt. Medicinos darbuotojų žinios apie pacientų teises ir jų užtikrinimą sveikatos priežiūros įstaigose. Visuomenės sveikata 2004; 2(25): p. 60-63.
42. Kalėdienė R. Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. Medicina 2004; 40(9): p. 891-896.
43. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. – Šiauliai: Liucilijus, 2005.
44. Kaziliūnas A. Kokybės analizė, planavimas ir auditas. – Monografija. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2006.-p. 312.
45. Kriauza V. Geresnės Lietuvos žmonių sveikatos užtikrinimas 21 amžiuje. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p. 23-25.
46. Labanauskas L., Vaitkienė R., Virbalis R. Sveikatos priežiūros žmogiškieji ištekliai. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p. 108-109.
47. Lietuvos elektroninės sveikatos strategijos projektas 2005-2010 m. Vilnius, 2004.
48. Lietuvos Sveikatos Programa, (red. Grabauskas V. et. al.). Vilnius, 1998.
49. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Vilnius, 1996 m. spalio 3d. Nr. I-1562.// Valstybės žinios.1996. Nr. 102-2317.
50. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas. Vilnius, 1998 m. gruodžio 1d. Nr. VIII-946.// Valstybės žinios.1998. Nr.112-3099.
51. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimo įstatymas. Vilnius, 1998 m. lapkričio 24 d. Nr. VIII-940.// Valstybės žinios.1998. Nr.109-2995.
52. Lietuvos Respublikos Viešųjų įstaigų įstatymas. Vilnius, 1996 m. liepos 3d. Nr. I-1428.// Valstybės žinios.1996. Nr.68-1633.
53. Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios. 1992, Nr.33-1014.
54. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymas. Vilnius, 2002 m. gruodžio 3d. Nr. IX-1219.// Valstybės žinios.2002. Nr.123-5512.
55. Lietuvos Respublikos Vaistų įstatymas. Vilnius, 1996m. lapkričio 19d. Nr. IX-1633.// Valstybės žinios.1996. Nr.116-2701.
56. Lietuvos Respublikos Gydytojo medicinos praktikos įstatymo pakeitimo įstatymas. Vilnius, 2004 m. balandžio 20d. Nr. IX-2148.// Valstybės žinios.2004. Nr.68-2365.
57. Lietuvos Respublikos valstybinė audito ataskaita dėl pirminės sveikatos priežiūros. Vilnius, 2005 m. birželio 30d. Nr. 2010-2-78.
58. Lietuvos sveikatos informacijos centras// <http://www.lsic.lt>
59. Lietuvos statistikos departamentas// <http://www.stat.gov.lt>

60. Lietuvos elektroninės sveikatos strategijos projektas 2005-2010m. Vilnius, 2004.
61. Lietuvos Respublikos 2004-2006 metų nacionalinės kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksmų planas, Vilnius, 2004, p. 12.
62. Liubarskienė Z., Šoliūnienė L., Kilius V. ir kt. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra. *Medicina* 2004; 40(3): p. 278-285.
63. Mačiūnas E., Silickas V., Kligys G. Visuomenės sveikatos priežiūros infrastruktūra ir reforma. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p.110-118.
64. Misevičienė I., Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina* 2004; 38(11): p.1129-1135.
65. Matuzaitė E., Čekanauskaitė A., Damijonaitytė A. ir kt. Paciento teisė į privatumą: praktinės rekomendacijos / Pilietinių iniciatyvų centras. – Vilnius: Kronta, 2005. p.56.
66. Milašauskienė Ž., Juodrytė I., Misevičienė I. ir kt. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina* 2006; 42(3): p.231-237.
67. Mittienė I. Nevyriausybinų organizacijų veikla sveikatos sektoriuje. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p.86-88.
68. Monkauskienė A., Zaborskis A. Bendruomenių sveikatos tarybų veiklos vertinimas. *Visuomenės sveikata* 2004; 2(25): p.45-51.
69. *Medicina ir farmacija*// <http://www.medicine.lt>
70. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 1998.Vilnius, 1999 m. p.44.
71. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 1999.Vilnius, 2000 m. p.49.
72. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2000.Vilnius, 2001 m. p.99.
73. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2001.Vilnius, 2002 m.: p.70-96.
74. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2004.Vilnius, 2005 m. p.99.
75. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005.Vilnius, 2006m. p.97.
76. Nacionalinės sveikatos tarybos veiklos ataskaita 2006-01-01 – 2006-12-31. Vilnius, 2007.// Valstybės žinios.2006. Nr.66-2431.
77. Nuotolinių studijų centras// <http://www.distance.nsc.vu.lt>
78. Padaiga Ž. Sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai bei jų sumažinimo galimybės. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p.18-22.

79. Panevėžio miesto pirminės sveikatos priežiūros tinklo įvertinimas. Ataskaita 2005m. spalio 12d. – Vilnius: VšĮ „MTVC“, 2005 .
80. Panevėžio apskrities sveikatos programa 2004-2010 metų. – Panevėžys: Atviros Lietuvos Fondai, 2004: p.14-16.
81. Panevėžio apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planas. LR SAM įsakymas. Vilnius, 2003 m. gruodžio 31d. Nr. 804.// Valstybės žinios.
82. Panevėžio teritorinės ligonių kasos PSDF biudžeto skirstymo metodika 2006 metams. LR TLK įsakymas. Panevėžys, 2005m. gruodžio 22d. Nr. V-91.
83. Pečiūra R., Jankauskienė D., Gurevičius R. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo įvertinimas. Medicina 2006; 42(11): p.939-943.
84. Pentiokinienė D., Janonienė R. Lietuvos sveikatos projektas. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p.143-145.
85. Petrauskienė J., Stribienė J. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir pacientų pasitenkinimas šeimos gydytojo paslaugomis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004;1: p.17-21.
86. Plieskis M., Petrauskienė J., Leonavičius V. Pokyčiai pirminėje sveikatos priežiūroje. Gyventojų pasitenkinimas paslaugomis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004;10: p.640-644.
87. Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija. LR Vyriausybės nutarimas, Vilnius, 2006 m. birželio 29 d. Nr.647.// Valstybės žinios.2006. Nr.74-2827.
88. Pasaulinės sveikatos organizacijos tinklalapis// <http://www.who.int/en/>
89. Sveikatos apsaugos ministerijos 2005-2007m. sutrumpintas strateginis veiklos planas. LR SAM nutarimas. Vilnius, 2005m. sausio 24d. Nr. 65.// Valstybės žinios.2005. Nr.12-374.
90. Sveikatos apsaugos ministerijos 2006 metų veiklos ataskaita. Vilnius, 2007m. vasario 22d.
91. Sveikatos apsaugos ministerija// <http://www.sam.lt>
92. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa.// Valstybės žinios. 2004. Nr.144-5268.
93. Viešojo administravimo įstatymas.// Valstybės žinios, 1999, Nr. 60-1945.
94. Slauga, mokslas ir praktika. – Vilnius: Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras, 2007 Nr.6(126): p.4-8.

95. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. – Vilnius, 2000.
96. Sveikatos draudimas Lietuvoje. PHARE Sveikatos priežiūros reformos projektas. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1996.
97. Svarbiausi Lietuvoje sveikatos įvykiai 2005m. (Highlights on health in Lithuania 2005)// <http://www.euro.who.int/document/e88740.pdf>; prisijungimo laikas: 2007-04-20.
98. Sveikata Lietuvoje// <http://www.lsveikata.lt>
99. Šveikauskas V. Sveikatos raštingumo ugdymo sistemos ypatybės. Medicina 2005; 41(12): p. 1061-1066.
100. Valstybinė ligonių kasa// <http://www.vlk.lt>
101. Vaitkienė R., Labanauskas L. Dabartiniai sveikatos priežiūros organizavimo principai Lietuvoje. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p.13.
102. Vaitkienė R. Sveikatos priežiūros sektorius. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p.89.
103. Valius L. Pirminė sveikatos priežiūra Lietuvoje: politiniai dokumentai, reformos eiga, problemos. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p.90-95.
104. Vinickienė V., Morkūnienė P. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. – Vilnius, 2001: p.96-102.
105. Žėbienė E., Kairys J., Zokas I. Paciento medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. Medicina 2004; 40(5): p.467-471.

PRIEDAI

1 priedas

ANKETA

Pirminės sveikatos priežiūros, VšĮ Panevėžio miesto poliklinikos ir privačios Savanorių aikštės šeimos ambulatorijos, prieinamumo įvertinimas atliekant pacientų nuomonės tyrimą.

Ši anketa skirta palyginti pacientų požiūrį ir lūkesčius dėl VšĮ Panevėžio miesto poliklinikos ir Savanorių aikštės šeimos ambulatorijos pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, išaiškinti esamas problemas ir nustatyti, ar patenkinti pacientai gaunamomis paslaugomis. Duomenys bus naudojami tik mokslo reikalams ir yra konfidencialūs.

Labai prašome atsakyti į žemiau pateiktus klausimus, pasirenkant, Jūsų nuomone, vieną patį tinkamiausią atsakymą ir jį pažymėkite apibrėždami apskritimu (○), o kur reikia – įrašykite patys. Asmens sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje gavote anketą – pažymėkite ☒.

Dėkoju už bendradarbiavimą.

- VšĮ Panevėžio miesto poliklinika
- Savanorių aikštės šeimos ambulatorija

Socialiniai ir demografiniai duomenys apie respondentą.

1. Lytis: 1) Vyras. 2) Moteris.

2. Amžius: (.....) m.

3. Išsimokslinimas:

- 1) Aukštasis
- 2) Nebaigtas aukštasis.
- 3) Vidurinis
- 4) Nebaigtas vidurinis.
- 5) Spec. vidurinis/aukštesnysis.
- 6) Pradinis

4. Pajamos tenkančios vienam namų ūkio nariui per mėnesį:

- 1) Iki 300 Lt.
- 2) 301-500 Lt.
- 3) 501-1000Lt.
- 4) 1001-1500 Lt.
- 5) Daugiau 1500 Lt.

5. Pagrindinis užsiėmimas:

- 1) Aukščiausiojo, vidutinio lygio vadovas.
- 2) Specialistas, tarnautojas.
- 3) Darbininkas.
- 4) Verslininkas.
- 5) Pensininkas.
- 6) Bedarbis.
- 7) Studentas, moksleivis.
- 8) Namų šeimininkė.

6. Gyvenamoji vieta: 1) Miestas. 2) Rajonas. 3) Kitas.....(įrašykite).

Duomenys skirti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui vertinti.

7. Kaip Jūs vertinate dabartinę savo sveikatos būklę?

- 1) Puikiai.
- 2) Labai gerai.
- 3) Gerai.
- 4) Patenkinamai.
- 5) Blogai.

8. Kiek kartų per paskutinius 12 mėnesių lankėtės pas savo bendrosios praktikos gydytoją?

- 1) 1 kartą.
- 2) 2 – 3 kartus.
- 3) 4 – 5 kartus.
- 4) 6 ir daugiau kartų.

9. Dėl kokių priežasčių lankėtės pas savo bendrosios praktikos gydytoją?

- 1) Dėl ligos.
- 2) Dėl kompensuojamų vaistų.
- 3) Dėl profilaktinio patikrinimo.
- 4) Kita priežastis

10. Kas lemia Jūsų apsisprendimą pasirinkti bendrosios praktikos gydytoją (BPG) pas kurį esate prisirašę?

- 1) Pas šį gydytoją lankosi visi Jūsų šeimos nariai.
- 2) Rekomendavo pažįstami, giminės, draugai.
- 3) Niekas nerekomendavo, pasirinkote pats ar paskyrė pagal gyvenamą vietą.
- 4) Renkatės gydytoją pagal amžių.
- 5) Renkatės gydytoją pagal lytį.
- 6) Girdėjote, skaitėte, kad šis/ši BPG yra aukštos kvalifikacijos, gerai diagnozuoja ir gydo ligas.

11. Jūsų vertinimu, per pastaruosius metus poliklinikoje/ambulatorijoje...

Tyrimo parametras	Labai pagerėjo	Pagerėjo	Nepakito	Pablogėjo	Labai pablogėjo	Nežinau
Gydytojų darbo kokybė						
Gydytojų dėmesys pacientui						
Medicinos seserų darbo kokybė						
Medicinos seserų dėmesys pacientui						
Registratūros darbuotojų dėmesys pacientui						
Darbo organizavimas poliklinikoje/ambulatorijoje						

12. Ar Jūs žinote/naudojatės galimybe registruotis pas gydytoją telefonu?

- 1) Taip, aš paprastai registruojuosi telefonu.
- 2) Taip žinau, tačiau aš dažniau registruojuosi įprastu būdu – prie registratūros langelio.
- 3) Taip, esu girdėjęs(-usi), tačiau nežinau registracijos telefono numerio.
- 4) Ne, nesu girdėjęs(-usi), tačiau mielai tokia paslauga pasinaudočiau.
- 5) Ne, nesu girdėjęs(-usi) ir man tai neaktualu.
- 6) Tokia paslauga netaikoma.

13. Koku būdu Jums būtų patogiausia registruotis pas gydytoją?

- 1) Telefonu.
- 2) Internetu.
- 3) Atvykus į gydymo įstaigą.

14. Ar Jums kyla (kiltų) sunkumų, jei į gydytojus specialistus reikia (reikėtų) kreiptis į kitą įstaigą negu dirba Jūsų gydytojas?

- 1) Taip, tai man sukelia (sukeltų) daug nepatogumų.
- 2) Taip, man sukeltų šiokių tokių nepatogumų, tačiau jie būtų nereikšmingi, jei dėl to nekiltų papildomų biurokratinių kliūčių.
- 3) Man tai nesukeltų didesnių nepatogumų.

15. Kaip Jūs vertinate asmens ir socialinio draudimo dokumentų pareikalavimą sveikatos priežiūros įstaigoje (prie registratūros langelio, pas gydytoja kabinete)?

- 1) Manau, kad tai savaime suprantama pacientų apskaitos procedūra, man nesukelianti jokių papildomų nepatogumų.
- 2) Manau, kad tai savaime suprantamas pacientų apskaitos procedūra, tačiau turėtų užtekti vieno asmens tapatybę paliudijančio dokumento.
- 3) Manau, kad tai nereikalinga biurokratinė procedūra, tik apsunkinanti medikus ir pacientus.
- 4) Kita.

16. Kiek laiko paprastai tenka laukti prie registratūros langelio?

- 1) Iki 10 min.
- 2) 10-15 min.
- 3) 15-30 min.
- 4) 30-60 min.

17. Taloną pas gydytoją/specialistą apsilankymui gaunate?

- 1) Tą pačią dieną.
- 2) Kitai dienai.
- 3) Po savaitės.
- 4) Po dviejų savaitių.
- 5) Po mėnesio.
- 6) Kita(įrašykite)

18. Kiek laiko dažniausiai laukiate priėmimo pas gydytoją už jo kabineto durų?

- 1) Iki 10 min.
- 2) 10-15 min.
- 3) 15-30 min.
- 4) 30-60 min.
- 5) 60 min. ir daugiau.

19. Kiek laiko Jūs sutiktumėte laukti priėmimo pas gydytoją?

- 1) Nelaukti.
- 2) Iki 10 min.
- 3) 10-15 min.
- 4) 15-30 min.
- 5) 30-60 min.

20. Ar patenkate pas gydytoją priėmimo talone nurodytu laiku?

- 1) Taip, visada.
- 2) Dažniausiai.
- 3) Ne visada.
- 4) Niekada nepatenku nurodytu laiku.

21. Kiek laiko dažniausiai trunka gydytojo priėmimas?

- 1) Iki 10 min.
- 2) 10-15 min.
- 3) 15-30 min.
- 4) 30-60 min.

22. Ar esate patenkintas savo gydytojo bendravimu su Jumis?

- 1) Taip, visada.

- 2) Dažniausiai, taip.
- 3) Ne visada.
- 4) Ne.

23. Ar bendrosios praktikos gydytojas Jus informuoja apie Jūsų sveikatos būklę, tyrimų rezultatus, gydymo eigą ar ligos prognozę?

- 1) Taip, man gydytojas visada ir viską išsamiai paaiškina taip, kad aš suprasčiau.
- 2) Taip, man gydytojas suteikia tokią informaciją, bet man nesuprantamais medicininiais terminais.
- 3) Gydytojas tik kartais suteikia šią informaciją.
- 4) Ne, gydytojas nesuteikia tokios informacijos, nes mano, kad man tai nebūtina žinoti.

24. Ar gydytojas priėmimo metu Jus informuoja apie susirgimo išvengimo būdus?

- 1) Taip.
- 2) Kartais.
- 3) Ne.

25. Ar Jūsų gydytojas tariasi su Jumis dėl išrašomų vaistų (informuoja apie jų privalumus, poveikį, kainą, primokamą sumą)?

- 1) Visada tariasi.
- 2) Kartais tariasi.
- 3) Niekada nesitaria.

26. Ar Jūs patenkintas teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis šioje poliklinikoje/ambulatorijoje?

- 1) Taip.
- 2) Dalinai.
- 3) Ne.

27. Jeigu Ligonių kasa apmokėtų pacientų vizitus ne tik pas valstybinius, bet ir privačia praktika besiverčiančius gydytojus, kokį pirminės sveikatos priežiūros gydytoją – valstybinį ar privatą Jūs pasirinktumėte, jei Ligonių kasa kompensuotų didžiąją dalį (70 proc.) apsilankymo pas privatą gydytoją išlaidų? (atsakinėti tik VŠĮ poliklinikos pacientams)

- 1) Kreipčiausi tik į privatą gydytoją.
- 2) Greičiausiai kreipčiausi į privatą gydytoją.
- 3) Greičiausiai kreipčiausi į valstybinį gydytoją.
- 4) Kreipčiausi tik į valstybinį gydytoją.

28. Kokį pirminės sveikatos priežiūros gydytoją – valstybinį ar privatą pasirinktumėte, jei Ligonių kasa kompensuotų visas (100 proc.) Jūsų apsilankymo pas privatą gydytoją išlaidas? (atsakinėti tik VŠĮ poliklinikos pacientams)

- 1) Kreipčiausi tik į privatą gydytoją.
- 2) Greičiausiai kreipčiausi į privatą gydytoją.
- 3) Greičiausiai kreipčiausi į valstybinį gydytoją.
- 4) Kreipčiausi į valstybinį gydytoją.

29. Kodėl pasirinkote privataus gydytojo besiverčiančia praktika paslaugas?(atsakinėti tik privačios ambulatorijos pacientams)

- 1) Aš nepasitikiu valstybinėse įstaigose dirbančių gydytojų bei jo teikiamų paslaugų kokybe ir manau, kad jie ne taip gerai atlieka savo darbą: diagnozuoja, gydo ir t.t.
- 2) Mano finansinės galimybės man leidžia gydytis pas privačia veikla besiverčiantį gydytoją ir aš juo pasitikiu.
- 3) Nėra eilių, malonus aptarnavimas, jauki aplinka.
- 4) Kita.....(įrašykite).

30. Ar Jūs tenkina darbo laikas poliklinikoje/ambulatorijoje?

- 1) Taip.
- 2) Iš dalies.
- 3) Ne.

31. Kaip Jūs manote, ar pakanka pirminės sveikatos priežiūros centrų Panevėžio mieste?

- 1) Pakanka.
- 2) Nepakanka.
- 3) Neturiu nuomonės.

32. Jūsų siūlymai, pageidavimai, nuogaštavimai pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms gerinant paslaugų prieinamumą (įrašykite).

.....

.....

.....

.....

Nuoširdžiai dėkoju už atsakymus.

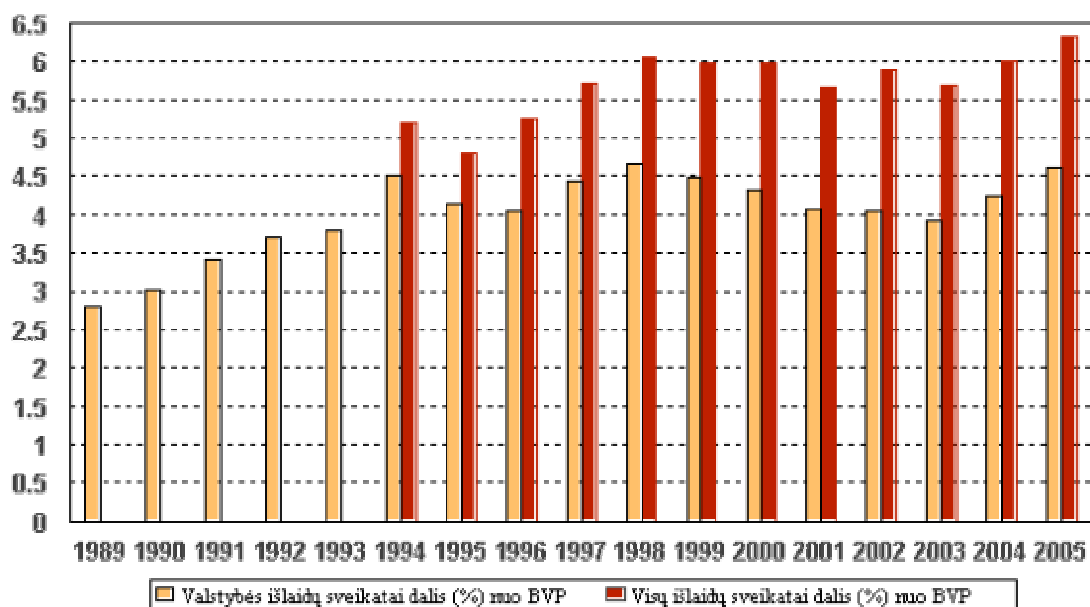
2 priedas

LENTELĖS, GRAFIKAI

1 lentelė. Išlaidos sveikatos priežiūrai 1999-2005 metų Lietuvoje (mln.litų)

Išlaidos sveikatos priežiūrai	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Iš viso (mln.Lt)	2608,9	2727,4	2750,3	3063,0	3266,9	3478,2	4065,8
Valstybės išlaidos (mln.Lt)	1961,9	1975,2	1973,3	2093,0	2227,9	2373,3	2844,8
Bendrasis vidaus produktas (BVP) (mln.Lt)	43666,7	45673,8	48584,6	51971,2	56804,0	62586,7	71200,1
Valstybės išlaidų sveikatos priežiūros dalis nuo BVP (proc.)	4,49	4,32	4,06	4,03	3,92	3,79	4,00
Visų išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (proc.)	5,97	5,97	5,66	5,89	5,68	5,56	5,71
1-am gyventojui tenka valstybės išlaidų sveikatai:							
Litai	557,6	564,4	566,8	603,3	645,0	690,8	833,2
JAV doleriai	139,2	141,1	141,7	165,3	-	-	-
Eurai	-	-	-	-	186,8	200,1	241,3

Šaltinis: Lietuvos sveikatos informacijos centras.



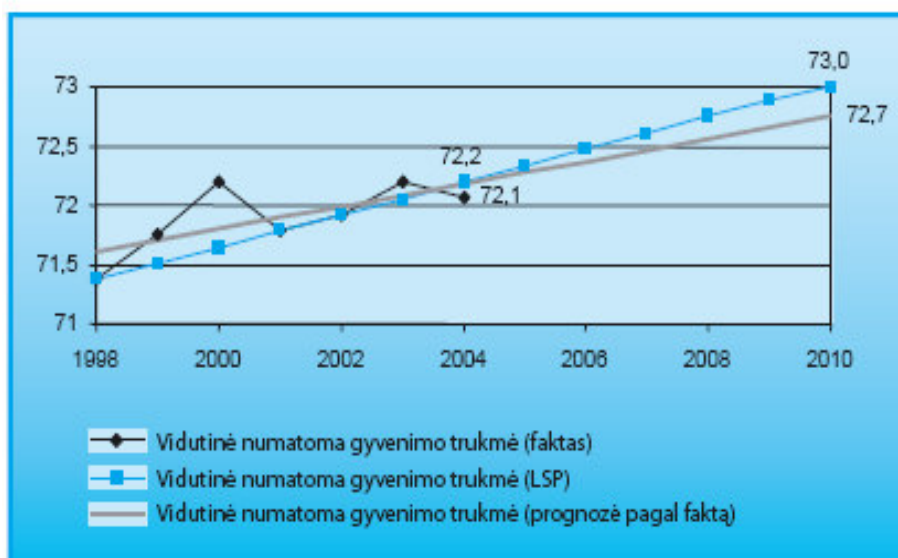
1 paveikslas. Išlaidų sveikatai dalis nuo bendrojo vidaus produkto Lietuvoje 2005m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos informacijos centras

2 lentelė. Vidutinė būsimos gyvenimo trukmė Lietuvoje

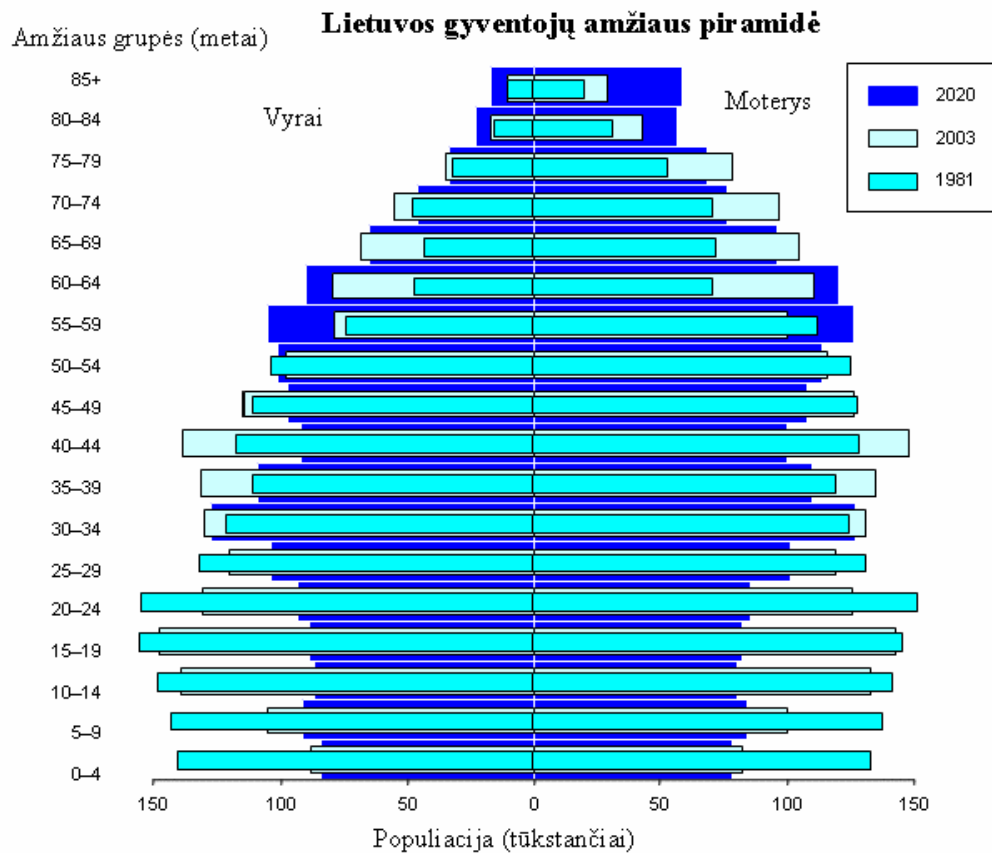
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Vyrai	64,64	65,48	66,00	66,36	66,77	65,95	66,21	66,48	66,36	65,36
Moterys	75,89	76,64	76,66	77,01	77,45	77,58	77,58	77,85	77,75	77,42

Šaltinis: Lietuvos sveikatos informacijos centras



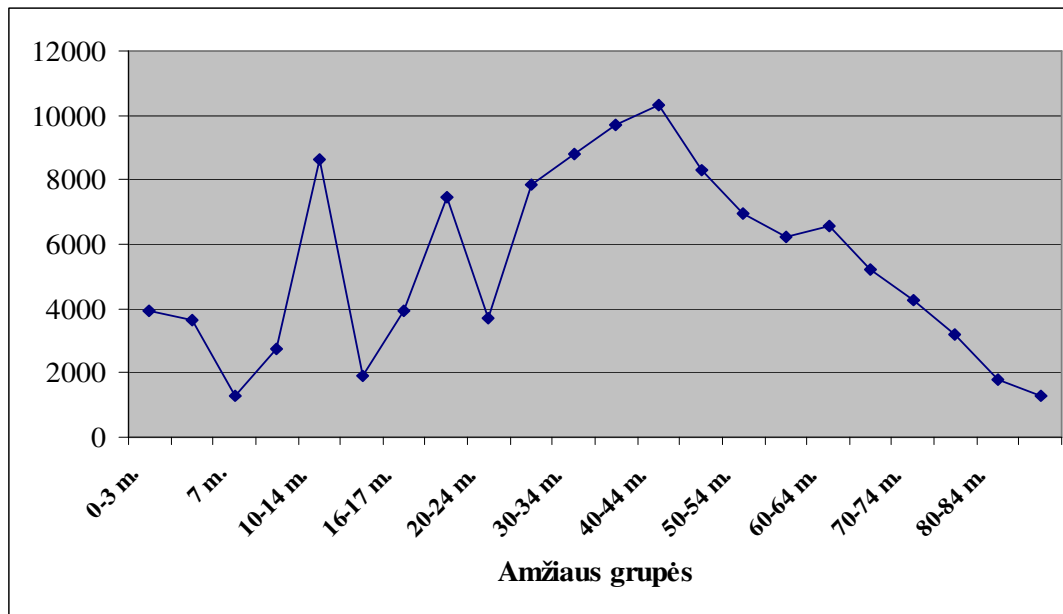
2 paveikslas. Vidutinė numatoma gyvenimo trukmė 1998-2010 metais

Šaltinis: Nacionalinės sveikatos metinis pranešimas 2005 m.



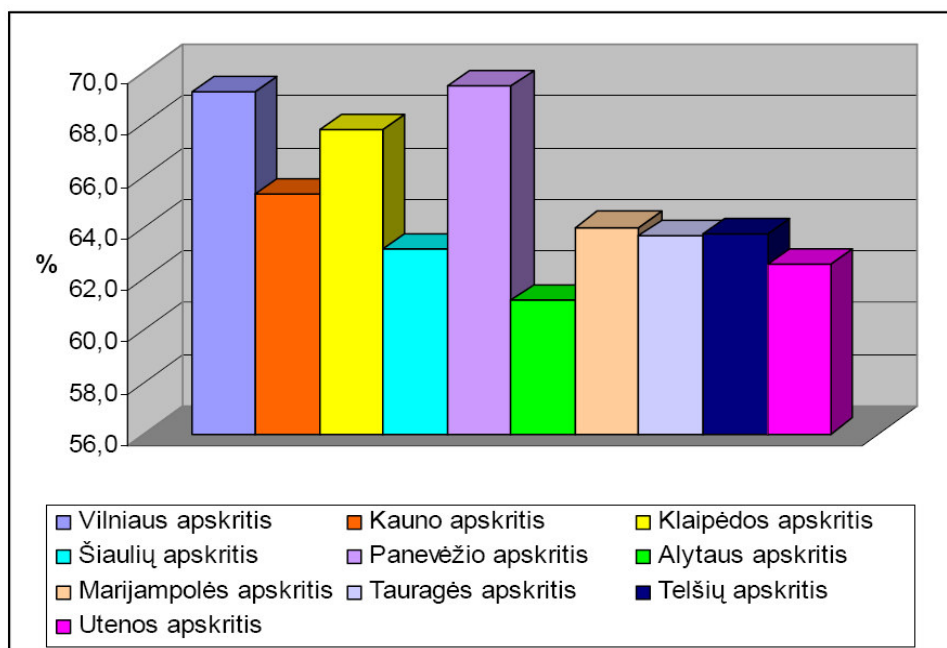
Šaltinis: PSO Regioninei Europos biurui (2005) ir Jungtinė Sąjunga (2005)

3 paveikslas. Lietuvos gyventojų amžiaus piramidė.



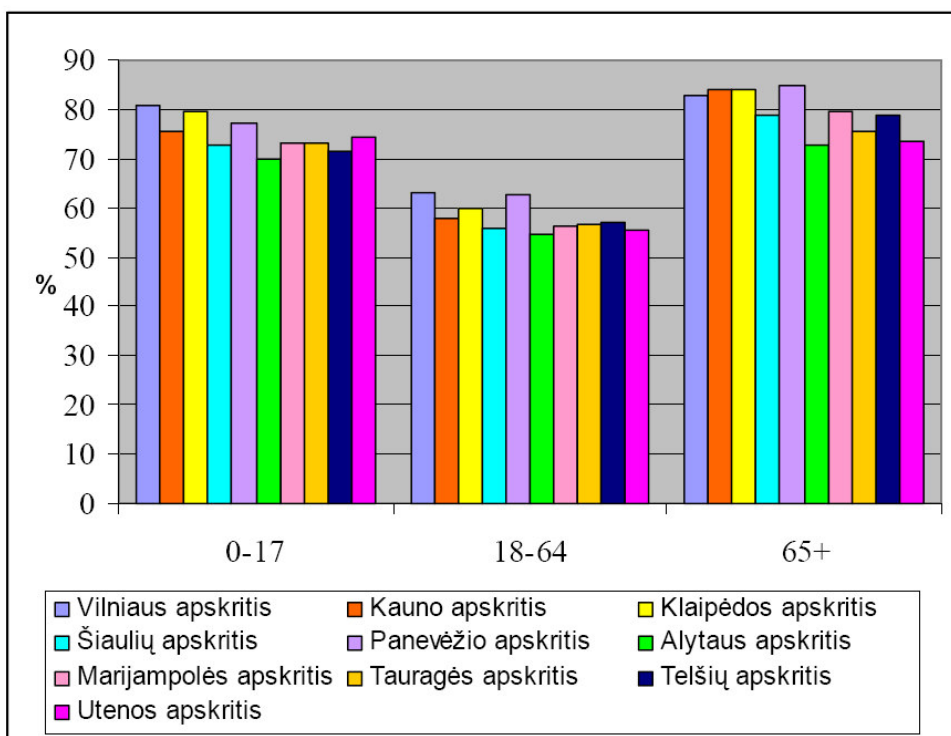
4 paveikslas. Gyventojų skaičius Panevėžio mieste pagal amžiaus grupes 2004 m. pradžioje

Šaltinis: Lietuvos Statistikos departamentas. Lietuvos apskritys. Ekonominė ir socialinė raida 2003



5 paveikslas. Sergančiųjų asmenų dalis pagal apskritis 2005 metais

Šaltinis: SVEIDRA 2001-2005 metai.



6 paveikslas. Sergančiųjų asmenų dalis pagal amžiaus grupes ir apskritis 2005m.

Šaltinis: SVEIDRA 2001-2005 metai.

8 lentelė. Apsilankymai pas gydytojus 1998-2006 m.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Apsilankymų skaičius (tūkst.)	24824,5	23962,9	22462,2	23017,9	22298,0	22403,4	22723,4	23109,2	22259,7
1-am gyv.	7,0	6,8	6,4	6,6	6,4	6,5	6,6	6,8	6,56
Apsilankymų pas odontologus skaičius (tūkst.)	4438,3	4274,4	4052,6	4359,2	4045,7	4074,7	3896,3	3950,7	3340,9
1-am gyv.	1,3	1,2	1,2	1,3	1,17	1,18	1,13	1,2	0,98
Iš bendro apsilankymų skaičiaus - apsilankymai pas gydytojus teikiančius pirminio lygio paslaugas			13586,1	14369,5	14201,8	14695,5	14931,9	15379,9	14610,7
1-am gyventojui			3,9	4,1	4,1	4,3	4,4	4,5	4,3

Lietuvos sveikatos informacijos centro metinių ataskaitų ir Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenys

9 lentelė. Panevėžio miesto gyventojų aprūpinimas slaugytojomis vietinio pavaldumo įstaigose 10 000 gyventojų.

	1999 m.	2000 m.	2002 m.	2003 m.
Panevėžio mieste	90,1	88,0	94,4	94,3
Panevėžio apskrityje	75,7	73,0	74,0	73,5
Lietuvoje	64,3*	61,5*	62,4*	60,6*

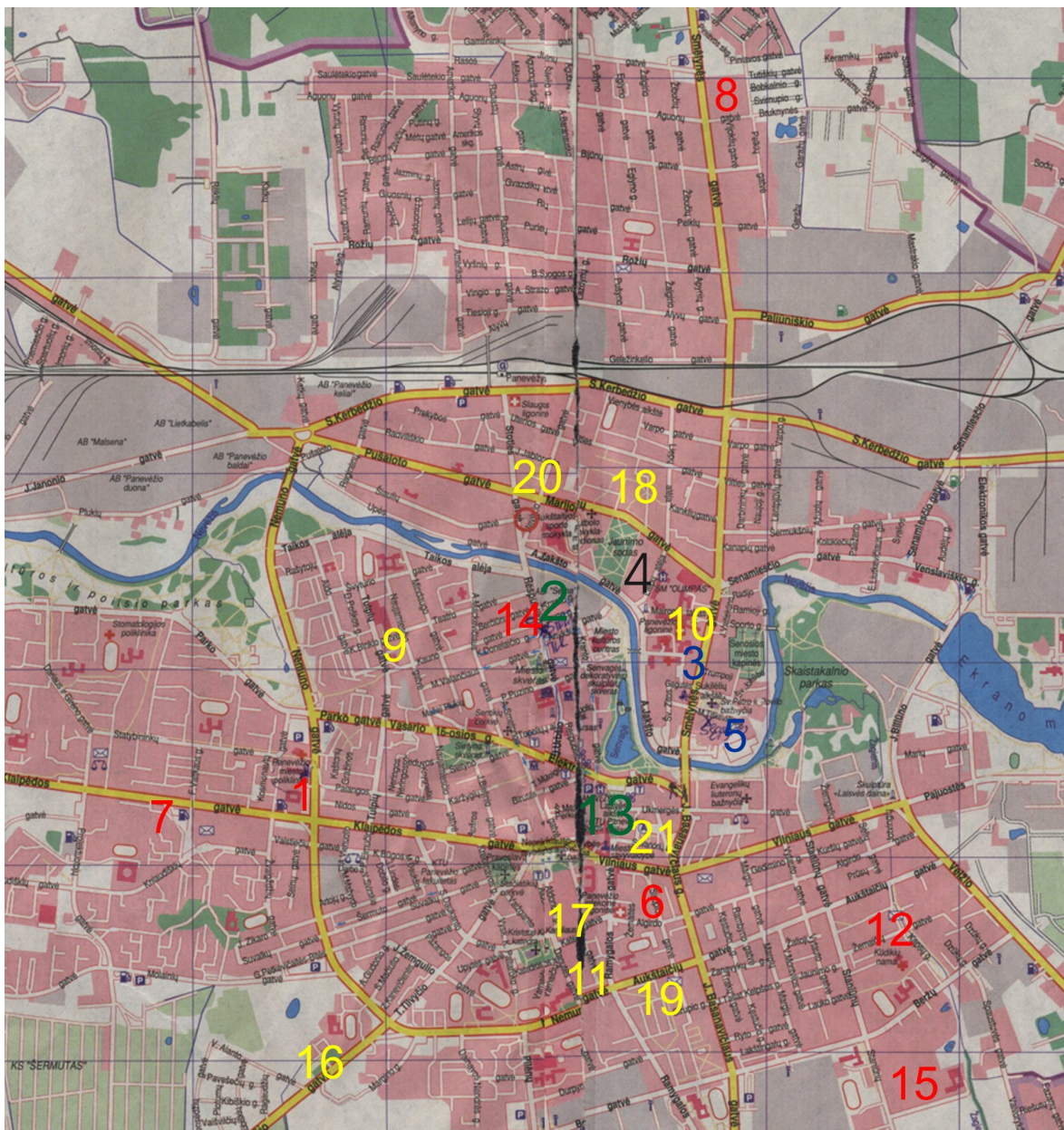
* - SAM sistemoje ir privačiame sektoriuje (be sanatorijų) dirbantis personalas.

Šaltinis: Panevėžio pirminės sveikatos priežiūros plėtros programa iki 2008m.

10 lentelė. Aprūpinimas medicinos personalu 2000 – 2005 m. Lietuvoje

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gydytojų skaičius 10 000 gyventojų	14304 40,3	14301 40,4	13856 40,0	13682 39,7	13397 39,1	13650 40,1
Odontologų skaičius 10 000 gyventojų	2446 7,0	2490 7,2	2309 6,7	2372 6,9	2272 6,6	2453 7,2
Specialistų su aukštesniu medicinos išsilavinimu skaičius 10 000 gyventojų iš jų:	36917	36191	34945	34123	33201	32902
slaugytojų skaičius 10 000 gyventojų	28017 80,3	27787 80,0	26918 77,7	26229 76,1	25620 74,8	25364 74,5

Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenys



- | | | |
|--|---|---|
| Tik BPG | GMP stotis; PGSL | Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika |
| BPG ir BPG odontologai | Tik BPG odontologai | |

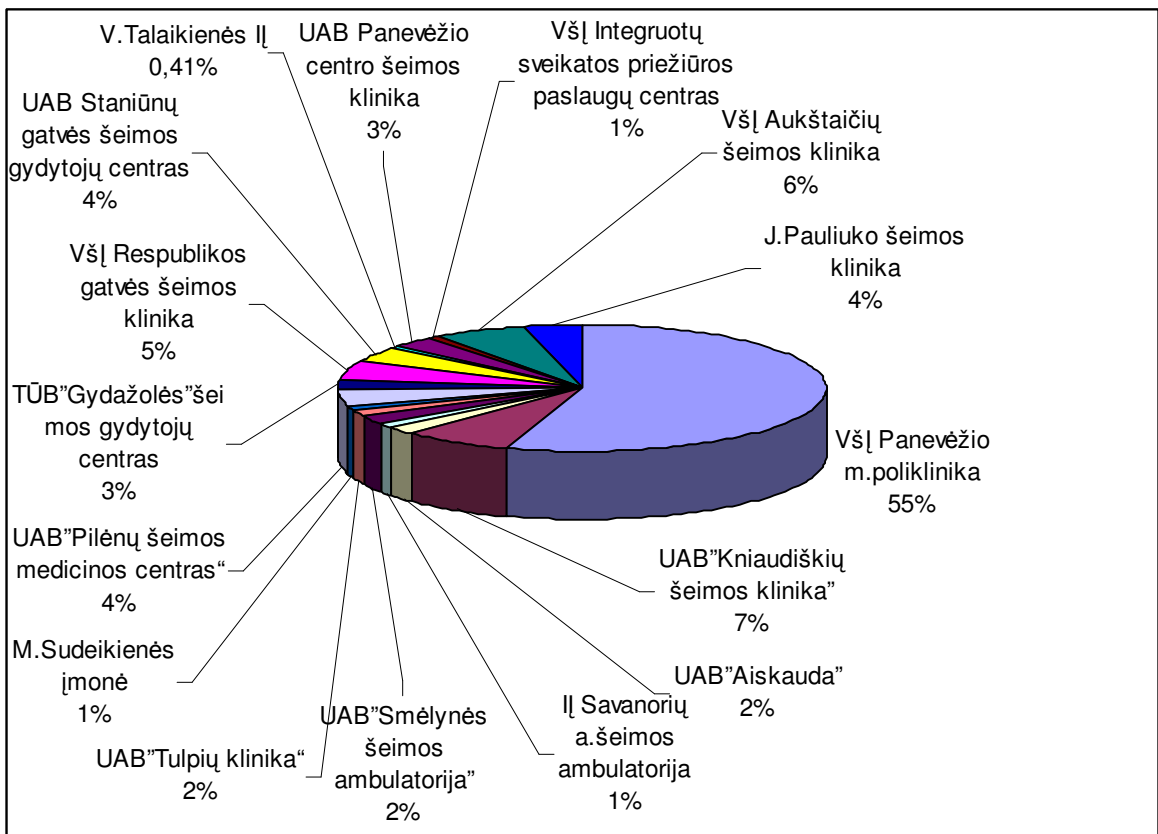
Šaltinis: Panevėžio miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros tinklo įvertinimas. Vilnius, 2005.

7 paveikslas. Panevėžio miesto pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymas.

12 lentelė. Panevėžio miesto gyventojams pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos ir įmonės.

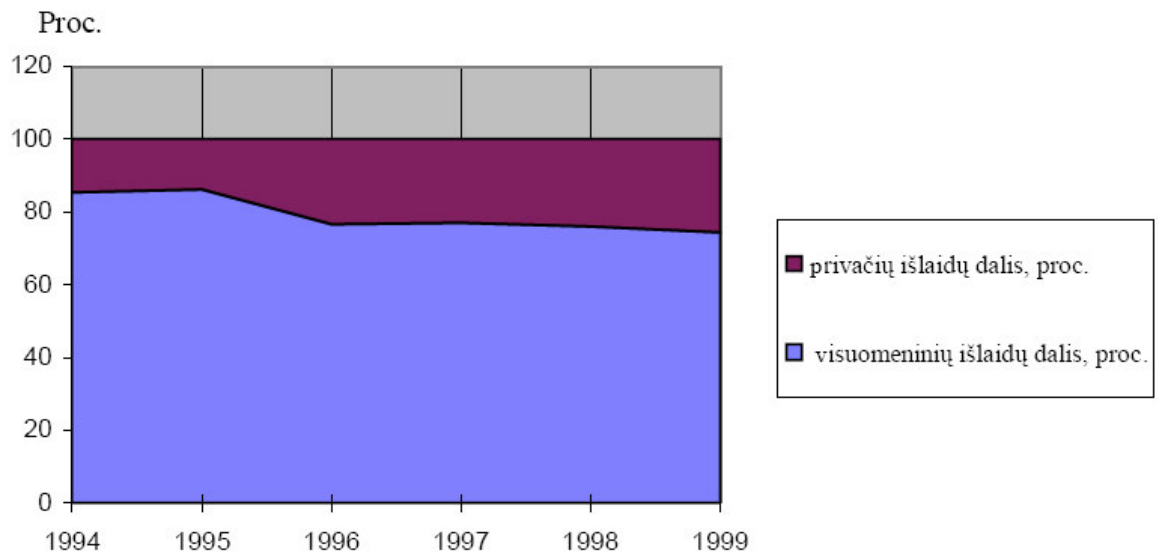
Eil. Nr.	Įstaigos pavadinimas	Adresas	2005 m. prisirašiusių pas BPG gyventojų skaičius	2005 m. BPG odontologų aptarnautų gyventojų skaičius
1.	VšĮ Panevėžio miesto poliklinika,	Nemuno g.75	66 142	29 871
2.	VšĮ Panevėžio stomatologijos poliklinika	Respublikos g.68	0	41 941
3.	VšĮ Panevėžio miesto GMP stotis	Smėlynės g.23		
4.	VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika	A.Jakšto g.4	36 256	35 930
5.	VšĮ Panevėžio palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė	MTiškevičiaus g.6		
6.	UAB Aiskauda	Radastų g.27a	2 353	0
7.	UAB Kniaudiškių šeimos klinika	Klaipėdos g.103	8 516	8 192
8.	UAB Smėlynės šeimos ambulatorija	Smėlynės g.200a	2 709	0
9.	UAB Tulpių šeimos klinika	Tulpių g.16-31	2 410	0
10.	UAB Pilėnų šeimos medicinos centras	Smėlynės g.25	5 261	4 794
11.	ĮĮ M. Sudeikienės įmonė	Ramygalos g.59-2	802	0
12.	TŪB „Gydažolės“ šeimos gydytojų centras	Žemaičių g.14	3 184	3 185
13.	UAB Panevėžio stomatologai	Laisvės a. 16	0	22 869
14.	VšĮ Respublikos gatvės šeimos klinika	Respublikos g.65	5 755	5 085
15.	UAB Staniūnų gatvės šeimos gydytojų centras	Staniūnų g.66	4 644	4 360
16.	ĮĮ V. Talaikienės įmonė	Vešetos g. 19	486	0
17.	UAB Panevėžio centro šeimos klinika	Katedros g.2-72	3 468	0
18.	VšĮ Integruotų sveikatos priežiūros paslaugų centras	Staniūnų g.72b-106	1 151	0
19.	VšĮ Aukštaičių šeimos klinika	Aukštaičių g.4	7 169	0
20.	ĮĮ J. Pauliuko šeimos klinika	Stoties g.49-6	4 686	0
21.	Savanorių aikštės šeimos ambulatorija	Savanorių a.3	1 235	0
22.	VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras (Įsikūręs Panevėžio stomatologijos poliklinikos I-ame aukšte. Gyventojams teikia pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.)			

Šaltinis: Panevėžio miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros tinklo įvertinimas. Vilnius, 2005.



8 paveikslas. Gyventojų prisirašymas prie pirminio lygio SP paslaugas teikiančių įstaigų Panevėžyje 2005 m. (procentais)

Šaltinis: Panevėžio miesto pirminės asmens sveikatos priežiūros tinklo įvertinimas. Vilnius, 2005.



9 paveikslas. Visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo ir gyventojų privačių išlaidų sveikatos priežiūrai santykio kitimas Lietuvoje 1994-1999 metais

Šaltinis: Medicina (2002) 38 tomas, Nr. 9