

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA

RŪTA RAMOŠKIENĖ
(SVEIKATOS APSAUGOS ĮSTAIGŲ ADMINISTRAVIMAS)

**PANEVĖŽIO RAJONO
PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS
GERINIMAS TOBULINANT PASLAUGŲ
KOMUNIKACINĮ (TERITORINĮ) PRIEINAMUMĄ**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas –
Dr. Rimantas Pečiūra

Vilnius, 2007

TURINYS

| | |
|---|-----------|
| ĮVADAS | 3 |
| PAGRINDINĖS SĄVOKOS, TERMINAI IR SUTRUMPINIMAI | 5 |
| SANTRAUKA | 7 |
| 1. DARBO TIKSLAS, UŽDAVINIAI IR HIPOTEZĖ | 9 |
| 2. LITERATŪROS ANALIZĖ | 11 |
| 2.1 PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS VADYBOS SANPRATA..... | 11 |
| 2.1.1 PACIENTŲ, KAIP PASLAUGŲ VARTOTOJŲ, POREIKIAI IR LŪKESČIAI..... | 12 |
| 2.1.2 SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS POLITIKOS ASPEKTAI PASAULYJE IR LIETUVOJE...17 | |
| 2.1.3 SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMAS – VIENA IŠ KOKYBĖS DIMENSIJŲ..... | 23 |
| 2.1.4 SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO GERINIMAS – BPG PASLAUGŲ TINKLO PLĖTRA..... | 26 |
| 2.1.5 GYVENTOJŲ PASITENKINIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMU – TRUMPA TYRIMŲ APŽVALGA..... | 32 |
| 2.1.6 IŠVADOS..... | 34 |
| 2.2 PANEVĖŽIO RAJONO REPREZENTACIJA..... | 35 |
| 2.2.1 PANEVĖŽIO RAJONO GEOGRAFINĖ-DEMOGRAFINĖ PADĖTIS..... | 36 |
| 2.2.2 PANEVĖŽIO RAJONO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ORGANIZACINĖ STRUKTŪRA..... | 38 |
| 2.2.3 VŠĮ PANEVĖŽIO RAJONO SAVIVALDYBĖS POLIKLINIKOS VEIKLOS STATISTINĖ ANALIZĖ..... | 41 |
| 3. TYRIMO METODOLOGIJA | 43 |
| 4. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS | 47 |
| 4.1 PANEVĖŽIO RAJONO GYVENTOJŲ PASITENKINIMAS ESAKU KOMUNIKACINIŲ (TERITORINIŲ) PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMU..... | 48 |
| 4.2 DEMOGRAFINIŲ-SOCIALINIŲ FAKTORIŲ POVEIKIS KOMUNIKACINIO (TERITORINIO) PRIEINAMUMO VERTINIMUI..... | 49 |
| 4.3 KOMUNIKACINIO PRIEINAMUMO POVEIKIS SVEIKATOS KOKYBEI..... | 50 |
| 4.4 RESPONDENTŲ POŽIŪRIS Į KOMUNIKACINĮ TINKLĄ..... | 52 |
| 4.5 GYVENTOJŲ LŪKESČIAI DĖL KOMUNIKACINIO PSP PASLAUGŲ PRIEINAMUMO..... | 54 |
| 4.6 REZULTATŲ APTARIMAS..... | 55 |
| 5. IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS | 58 |
| 6. PROGNOZUOJAMAS SIŪLOMŲ PRIEMONIŲ EFEKTAS | 59 |
| 6.1 SOCIALINIS EFEKTAS..... | 59 |
| 6.2 EKONOMINIS EFEKTAS..... | 59 |
| LITERATŪROS ŠALTINIAI | 60 |
| PRIEDAI | 66 |

ĮVADAS

Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) kokybės gerinimas yra prioritetinga Lietuvos sveikatos politikos sritis. Viena galimų priemonių gerinant PSP kokybę yra komunikacinio (teritorinio) PSP paslaugų prieinamumo gerinimas.

Dėl sudėtingos socialinės, demografinės ir ekonominės padėties kaimuose (darbo vietų stygius, maži atlyginimai, nedarbas, dideli atstumai nuo gyventojų iki sveikatos priežiūros įstaigų, menkas komunikacijų tinklas, mažas procentas gyventojų, turinčių savo automobilius, menkas viešojo transporto išvystymas) pirminės kaimo gyventojų sveikatos priežiūros prieinamumas žymiai atsilieka nuo miesto. Nustatytas tiesioginis ryšys tarp sveikatos paslaugų prieinamumo ir atstumo, kuris skiria gyventoją nuo gydymo įstaigos. 70% gyventojų apsilanko pas medikus bent kartą per metus, jei atstumas iki gydymo įstaigos neviršija 5 km ir tik 50%.- jei atstumas sudaro 6-10 km. (BPG paslaugų tinklo plėtros ir modernizavimo strategija. SA ministro įsakymas Nr. V-805. 2003.12.31.)

Deklaruojant, jog sveikatos priežiūros sistema orientuojama į vartotoją, t.y. pacientą, pirmiausiai reikia žinoti, vartotojo sveikatos priežiūros paslaugų kokybei keliamus reikalavimus, išsiaiškinti, kiek teikiamos paslaugos juos atitinka. Per pastarąjį dešimtmetį užsienio šalyse organizuota nemažai pacientų apklausų dėl teikiamų pirminės ar antrinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės (Bensing J.(1991), Livingston M. (1998). The World Health Organization (2000), Rosen IM, Christie JD (2000) ir kt). Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą nagrinėjo Jankauskienė (2000), Kairys ir Gurevičius (2001), Kairys, Žebienė su bendraautoriais (2004) ir kt. Misevičienės ir Dregval (2002) teigimu, šių tyrimų svarba neabejotina, norint objektyviau įvertinti vykstančius pokyčius pirminės sveikatos priežiūros grandyje ir pastebėti reformos trūkumus. Be to pacientų poreikių patenkinimo įvertinimas leidžia sveikatos priežiūros įstaigų steigėjams ir vadovams nustatyti, kaip jų teikiamos paslaugos tenkina pacientų poreikius, leidžia išsiaiškinti aspektus, kuriais pacientai labiausiai nepatenkinti, tobulinti ir gerinti teikiamų paslaugų kokybę.

Tyrimo aktualumas, problemiškas. Nagrinėdami galimybes pagerinti pirminės sveikatos priežiūros kokybę Panevėžio rajone, neužtikome nei vieno pacientų poreikių tenkinimo tyrimo, kuris būtų atliktas tik Panevėžio rajone. Todėl šiuo tyrimu siekėme išsiaiškinti, Panevėžio rajono žmonių lūkesčius dėl tinkamo komunikacinio (teritorinio) pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, ir parinkti priemones, kurių įdiegimas leistų pagerinti komunikacinį pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir, tuo pačiu Pirminės sveikatos priežiūros

kokybę Panevėžio rajone. Gyventojų nuomonių tyrimai, jų dalyvavimas priimant sprendimus, yra labai svarbus reiškinys, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą.

Gauti duomenys gali pasitarnauti Panevėžio rajono savivaldybės sveikatos politikams, savivaldybės poliklinikos steigėjams ir administratoriams didinant pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą rajone.

Sveikata - asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė.

Lietuvos nacionaline sveikatos sistema (LNSS)- reglamentuota Sveikatos sistemos įstatymo.

Privalomasis sveikatos draudimas (PSD) - valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, kuri draudžiamiesiems asmenims garantuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas kompensavimą.

Privalomasis sveikatos draudimo fondas (PSDF) disponuoja valstybės biudžeto lėšomis, skirtomis sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti.

Valstybinė ligonių kasa (VLK) - juridinis asmuo, išlaikomas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, už savo veiklą atskaitinga Sveikatos apsaugos ministerijai.

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos (PSPP) - tai nespecializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra ir psichinės sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

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

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

Slauga - asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą.

Bendrosios praktikos gydytojas (BPG) – gydytojas, baigęs bendrosios praktikos gydytojo specialybės antrinę arba pertraukiamąją rezidentūrą (iki 1995 metų perkvalifikavimo kursus) ir turintis bendrosios praktikos gydytojo licenciją.

Medicinos punktai - teikia kasdieninę medicininę priežiūrą, pirmąją medicinos pagalbą, slaugą namie, akušerinę priežiūrą ir aprūpina vaistais, kuriems nereikia recepto. Yra kaimo vietovėse.

Ambulatorija - tai grupinė praktika, būdingiausia mažiems miesteliams ir atsakinga už nespecializuotą pirminę priežiūrą.

PSO - Pasauline Sveikatos Organizacija

ES - Europos Sąjunga

LR - Lietuvos Respublika

SAM - Sveikatos apsaugos ministerija

PSPC - Pirminės sveikatos priežiūros centras

ASPI- asmens sveikatos priežiūros įstaiga
PASP – Pirminė asmens sveikatos priežiūra
GMP – Greitojo medicinos pagalba
PSP – pirminė sveikatos priežiūra
SP - Sveikatos priežiūra
SPK- Sveikatos priežiūros kokybė
VŠĮ - Viešoji įstaiga
PRSP – Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika
VKV – Visuotinės kokybės valdymas

SANTRAUKA

Darbą atliko Rūta Ramoškienė.

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

Tyrimo tikslas - padidinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą gerinant jų teikiamų paslaugų komunikacinį (teritorinį) prieinamumą.

Tyrimė dalyvavo 150 Panevėžio rajono gyventojų (18-79 metų), besilankančių Panevėžio rajono PSP įstaigose. Duomenys buvo renkami anketinės aplausos būdu, naudojant pusiau stuktūruotą anketą. Anketoje – klausimyne respondentų buvo klausama kaip jie vertina komunikacinį Panevėžio rajono PSP paslaugų prieinamumą, galimybę konsultuotis telefonu, privačių BPG kabinetų steigimą. Tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 14,0 versijos statistinę programą. Skirtumai tarp atitinkamų duomenų laikomi reikšmingi, kai paklaidos tikimybė $p < 0,05$.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad Panevėžio rajono gyventojų nuomonė dėl komunikacinio PSP paslaugų prieinamumo pasiskirsti tolygiai: 46% – toks prieinamumas tenkina ir 46% – netenkina, kad esamas prieinamumas labiausiai tenkina seniūnijos centre gyvenančius žmones bei, kad komunikacinis prieinamumas labiau priimtinas Raguvos, Velžio, Panevėžio ir Smilgių seniūnijų gyventojams, tačiau statistinis reikšmingumas šiuo klausimu nebuvo rastas $p > 0,05$.

Tyrimo metu pastebėta, kad komunikacinio PSP paslaugų prieinamumo vertinimą stipriai įtakoja respondentų socialinės – demografinės charakteristikos: lytis, užimtumas, pajamos, išsilavinimas. Taip pat nustatytas komunikacinis PSP paslaugų prieinamumo poveikis sveikatos kokybei, t.y. tiesioginis ryšys tarp kilometrų atstumo iki gydymo įstaigos ir lankymosi joje, PSP įstaigos buvimo ar nebuvimo gyvenamojoje teritorijoje ir sveikatos kokybės ryšys.

Tiriant respondentų požiūrį į komunikacinį tinklą bei jų lūkesčius susijusius su komunikacinio PSP paslaugų prieinamumu pastebėta, kad didžioji dalis respondentų konsultaciją telefonu vertina teigiamai bei ja naudojasi, tačiau ketvirtadalis teigia, kad komunikacinį tinklą dar reikia tobulinti. Beveik pusė respondentų nurodė, kad norint pagerinti komunikacinį PSP paslaugų prieinamumą, jų nuomone, reikia įsteigti BPG kabinetus arčiau gyvenamosios vietos. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad 51% aplaustųjų privačių BPG kabinetų steigimą vertina teigiamai ir kreiptųsi (49,3%), jei paslaugos būtų kompensuojamos 100%.

SUMMARY

The work was performed by Ruta Ramoskiene. Supervisor: Dr. R. Peciura. Mykolas Romeris University, faculty of public administration, department of public administration, Vilnius, 2007.

The aim of the research is to increase the work efficiency of primary health care (PHC) institutions improving the communicative availability of the services they provide.

150 of Panevezys district residents (18-79) that visited Panevezys district PHC institutions took part in the research. The data was gathered using semi-structured questionnaires. In the questionnaire respondents were asked how they evaluated communicative availability of PHC services in Panevezys district, a possibility to have consultations on the phone, and establishment of private general practitioner consulting-rooms. The analysis of research data was carried out using SPSS 14.0 statistical software. Differences among relevant data is important when error probability $p < 0.05$.

Data of the research showed that opinion of Panevezys district residents related to communicative PHC service availability spreads gradually: 46% say such availability is enough and 46% say such availability is not enough. Availability is enough for people living in district center and communication availability is acceptable for Raguva, Velzys, Panevezys and Smilgiai district people, however statistical importance in this case was not found $p > 0.05$.

During the research it was noticed that PHC service availability evaluation is strongly influenced by respondents' social and demographic characteristics: gender, occupation, salary and education. It was also determined the impact of communicative PHC service availability on health quality, i.e. direct link between distance in km and PHC center and visits to it; PHC institution existence or nonexistence in living territory and health quality relation.

While researching attitude of respondents towards communicative net and their expectations related to communicative PHC service availability, it was noticed that the biggest part of respondents think about consultations on the phone in a positive way and use it, but one fourth says that communication net still has to be improved. Almost half of respondents indicated that in order to improve communicative PHC service availability, in their opinion, primary practitioner consulting-rooms should be established closer to their living place. Research data revealed that 51% of respondents valued in a positive way the establishment of private general practitioner consulting-rooms and would go there (49,3%), if their services would be compensated 100%.

1. DARBO TIKSLAS, UŽDAVINIAI IR HIPOTEZĖS

Tyrimo tikslas. Padidinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą gerinant jų teikiamų paslaugų komunikacinį (teritorinį) prieinamumą.

Tyrimo objektas. Komunikacinis (teritorinis) pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Panevėžio rajone.

Tyrimo dalykas. Pirminės sveikatos priežiūros kokybė.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti komunikacinį pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Panevėžio rajone.
2. Ištirti Panevėžio rajono gyventojų lūkesčius dėl komunikacinio pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo.
3. Pateikti rekomendacijas Panevėžio rajono viešojo sektoriaus institucijoms ir sveikatos priežiūros įstaigoms dėl sveikatos priežiūros paslaugų komunikacinio prieinamumo gerinimo.

Tyrimo hipotezė:

Komunikacinis pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Panevėžio rajone neatitinka gyventojų lūkesčių.

Darbo planas:

1. Įvertinti sveikatos priežiūros politikos aspektus, kokybės ir prieinamumo reikšmę, remiantis literatūros analize.
2. Išanalizuoti Panevėžio rajono demografinę – geografinę padėtį ir pirminę sveikatos priežiūrą, remiantis literatūros analize.
3. Ištirti ir įvertinti komunikacinį pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Panevėžio rajone, remiantis anketinės apklausos duomenimis.
4. Suformuluoti pagrindines komunikacinio pirminės sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo kryptis Panevėžio rajone.

Šiame darbe yra naudoti metodai:

Teorinė analizė: vadybinės, teisinės, administracinės, psichologinės, sociologinės ir medicininės literatūros mokslinių šaltinių analizė.

Atlikta poreikių konstrukto *operacionalizacija*

Geresnio komunikacinio paslaugų prieinamumo poreikio nustatymui buvo pasirinkti kiekybiniai duomenų rinkimo metodai:

- pusiau struktūruota pacientų anketinė apklausa;
- pusiau struktūruota anketa visuomenei.

Tyrimo duomenys *statistiškai apdoroti* naudojant *Microsoft Exel ir SPSS* programas.

2. LITERATŪROS ANALIZĖ

2.1 Pirminės sveikatos priežiūros kokybės vadybos sanprata

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos kokybę galima apibrėžti kaip atitikimą specifikacijoms, t.y. kaip „laipsnį“, iki kurio gaminys ar paslauga negali turėti trūkumų. Tačiau tiksliau ją būtų galima apibrėžti kaip vartotojo poreikių reikalavimų tenkinimą ir viršijimą. (Didavičius, Stoškus. Visuotinė kokybės vadyba. Kaunas. Technologija. 2003).

Visuotinės kokybės vadybą galima įvardinti kaip šiuolaikinę į vartotojo patenkinimą orientuotą kokybės užtikrinimo iniciatyvą, kuri pabrėžia nuolatinį veiklos tobulinimą, vadovų įsipareigojimą ir darbuotojų dalyvavimą arba jų įgalinimą, kuriant specifinę kokybės organizacinę kultūrą. VKV pripažįsta, jog vartotojo pasitenkinimas yra pagrindinis gamybos ir paslaugų teikimo matas. VKV taikymas viešojo administravimo institucijose arba įstaigoje padeda suprasti jos paslaugų vartotojus ir kitas suinteresuotas šalis, mažinti klaidas, išsiaiškinti ir išgryninti procesus, užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę, motyvuoti darbuotojus, kurti teigiamą institucijos įvaizdį, taupyti lėšas ir pasiekti kitų naudingų rezultatų. (Kokybės vadybos metodų diegimo viešojo administravimo institucijose stebėseną. Atskaita. LR VRM, Viešosios politikos ir vadybos institutas. 2007).

Viešojo administravimo plėtros iki 2010 metų strategijos įgyvendinimo priemonių plane teigiama, kad Europos valstybėse, siekiant gerinti viešųjų paslaugų kokybę, viešajame administravime diegiami kokybės vadybos metodai – (pvz., CAF – *Common Assessment Framework* (Bendro įvertinimo sistemos modelis), EQFM – *European Quality Foundation Model* (Europos kokybės valdymo modelis) – kurių tikslas – tenkinti vartotojų poreikius, nuolat analizuoti ir gerinti savo veiklą, taip pat valstybės tarnautojų, valstybės ir savivaldybių institucijų bei įstaigų bendradarbiavimą. Sprendžiant šį uždavinį, būtų galima integruoti kokybės vadybą į administravimo veiklą, nustatyti kokybės standartus, juos vertinti bei dalytis gerąja patirtimi (*Best Practice*) su ES valstybėmis narėmis.

Kokybės vadybos metodai, sėkmingai taikomi gamyboje, vis labiau skverbiasi į paslaugų sektorių. Pastaruoju metu, ypač ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse, vis didesnis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. (Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija. LR SAM Įsakymas Nr.495. 2002 10 10).

2.1.1 Pacientų, kaip paslaugų vartotojų, poreikiai ir lūkesčiai

Rinkoje tiek daiktinę (apčiuopiamą) išraišką, tiek paslaugos ar idėjos išraišką turinčios prekės ir paslaugos yra skirtos vartotojų poreikiams tenkinti.

Remiantis Čereška ir Pauža (2005) galime teigti, kad vartotojų poreikiams patenkinti būtina paisyti kokybės visais gaminio/paslaugos egzistavimo etapais:

- užduoties parengimo;
- projektavimo;
- medžiagų;
- technologijų;
- kontrolės metodų;
- kontrolės priemonių;
- kontrolės;
- pardavimo;
- eksploatavimo priežiūros;
- remonto.

Anot Dikavišiaus ir Stoškaus (2003), vartotojo tenkinimas yra vienintelis prasmingas verslumo požymis. Laimi tik tas verslas, kuris patenkintų vartotojų turi daugiausiai. Tenkinimas yra viską lemiančioji ypatybė; ji pranoksta visas kitas ir duoda verslui vartotojų. Neužtenka turėti geriausią gaminį, geriausias paslaugas, geriausią sistemą, geriausius žmones, geriausias kainas ir šiaip viską kas geriausia. Jei negalima šių dalykų kuriuo nors būdu sieti su vartotojo verslu, kad ir vartotojas taptu geriausiuoju, šie bruožai patys savaime niekada nesukels vartotojo pasitenkinimo. Vartotojo tenkinimas yra svarbus visuotinės kokybės valdymo elementas. Bendrovė su aiškiu VKV nusistatymu yra pasirengusi ištisai tenkinti vartotoją visais įmanomais būdais. Vartotojo pasitenkinimas yra rezultatas, priklausantis nuo prekės, paslaugos kokybės ir ypatybių. Klientai ir vartotojai tarsi junta ribą, jog gaminyje ar paslauga jau viršija jų reikmes ir lūkesčius arba atvirkščiai - jų lūkesčiai lieka visiškai patenkinti.

Tenkinti vartotoją reiškia ne tik atsiliepti į jo poreikius ir lūkesčius. Vartotojo pasitenkinimas paslauga priklauso nuo prekės ar paslaugos bruožų. Geriausia bruožai atsiskleidžia, kai tiesiogiai atsakoma į specifinius kliento poreikius. O paslaugas teikianti organizacija turi veikti taip, kad vartotojų reikalavimai būtų tenkinami, o lūkesčiai viršijami. Vartotojo pasitenkinimas, o dar labiau - jo džiaugsmas, yra esminis darbo kokybės požymis (Barczyk C. C. Visuotinės kokybės vadyba (teorinis požiūris) Vilnius, 1999).

Pasak Dikavičiaus ir Stoškaus (2003), vartotojų patenkinimo kriterijumi įvertinama, ką organizacija pasiekė, norėdama patenkinti savo išorinius vartotojus. Nagrinėjami du su tuo susiję klausimai:

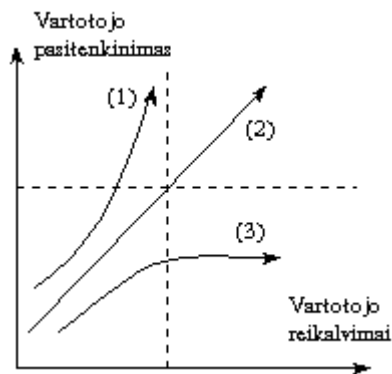
- kaip vartotojai suvokia produktus, paslaugas ir organizacijos santykius su jais;
- papildomos priemonės, susijusios su organizacijos vartotojų patenkinimo gerinimu.

Tarptautiniai verslo etikos principai apie vartotoją teigia: „Mes manome, kad su visais klientais reikia elgtis vienodai pagarbiai neišskiriant ne vieno, ir vartotojais laikome ne tik tuos, kurie perka mūsų prekes ir priima paslaugas tiesiai iš mūsų, bet ir tuos, kurie įsigyja jas teisėtoje rinkoje. Tais atvejais, kai besinaudojantieji mūsų produktais bei paslaugomis neperka jų tiesiai iš mūsų, mes kiek galėdami stengiamės atrinkti marketingo ir asamblėjos / gamybos kanalus, kurie atitinka čia pabrėžiamus verslo elgesio standartus ir jų laikosi. Mes esame įsipareigoję:

- pateikti savo klientams aukščiausios kokybės prekes bei paslaugas, atitinkančias jų reikalavimus;
- elgtis su savo klientais teisingai visais verslo sandorių aspektais, įskaitant ir aukštos kokybės aptarnavimą bei atsakomąsias priemones į jų nepasitenkinimą;
- visais būdais stengtis, kad mūsų produktais bei paslaugomis būtų užtikrintas vartotojų sveikatos bei saugumo (taip pat aplinkos kokybės) pastovumas ar gerinimas;
- siūlomais gaminiais, rinkodara ir reklama vengti nepagarbos žmogaus orumui;
- gerbti savo klientų kultūros vientisumą.” (Vasiljevienė N. Verslo etika ir elgesio kodeksai. Kaunas, 2000, p-472).

Būtent vartotojo poreikių suvokimas ir patenkinimas padidina kompanijos pranašumą konkurentų atžvilgiu. Suteikti papildomą produkto ar paslaugos vertę, kurios vartotojai nesitiki, yra taip pat svarbu, kaip ir pažinti pagrindinius vartotojų reikalavimus ir lūkesčius. Vartotojo tenkinimas yra galutine organizacijos užduotis.

1 pav. pavaizduoti trys kokybės lygiai, kuriuos vartotojas suvokia priklausomai nuo jo reikalaujamos kokybės ir gaunamo pasitenkinimo.

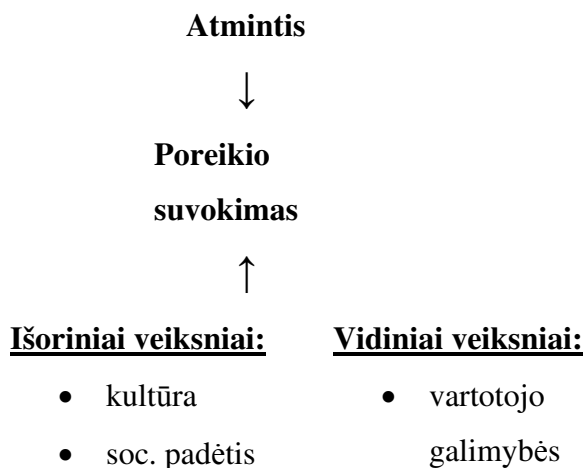


1 pav. Trys kokybės lygiai

1. Sujaudinimo bruožai. Jie patenkina reikalavimus ir pritraukia vartotojus.
2. Laukiami reikalavimai, t.y. vartotojas tikisi rasti juos prekėje ar paslaugoje.
3. Privalomi reikalavimai. Tokie produkto ar paslaugos bruožai, kurie privalo būti, kad atkreiptume vartotojo dėmesį.

Kokybės lygis, kurį organizacija teikia vartotojų patenkinimui, rodo verslo vystymąsi. Trys kryptys 1 paveiksle rodo tris skirtingus rezultatus, atspindinčius vartotojų kokybės poreikių ir lūkesčių išpildymą.

Vartotojo poreikiai priklauso nuo daugelio dalykų, išorinių ir vidinių veiksnių, atminties, kaip tai atsispindi schemeje 2 pav. (Urbanskiene R., Colttety B., Jakštys J. Vartotoju elgsena. Kaunas: Technologija 2000).



- šeima
- situacija
- motyvacija
- žinojimas
- asmenybės
vertybių sistema
- gyvenimo būdas

2 pav. Poreikio suvokimo schema.

Yra kelios poreikių grupės, besiskiriančios savo svarba ir tenkinimo eiliškumu. Svarbiausi yra pirminiai arba fiziologiniai poreikiai, kurių patenkinimo lygis lemia žmogaus išgyvenimo galimybę. Maslow A. išskyrė poreikius, kurie bendri visiems žmonėms:

- Fiziologiniai poreikiai. Tai oro, vandens, maisto, fizinio artumo poreikiai.
- Saugumo poreikiai. Tai poreikiai jaustis emociškai ir fiziškai saugiam, turėti namus, rūbus, atsiriboti nuo rupesčių.
- Socialiniai poreikiai. Tai poreikiai bendrauti, draugauti, mylėti.
- Pagarbos poreikiai. Tai poreikiai būti gerbiamam, pripažintam, pastebėtam, kitokiam nei kiti.
- Saviraiškos poreikiai. Tai kūrybingumo, asmeninio vystymosi, veiklos įprasminimo poreikiai.

Kiekvieno žmogaus noras nepatirti fizinio skausmo, išvengti ligų, o, esant reikalui, gauti reikalingą ir tinkamą sveikatos priežiūrą, susijęs su savisaugos poreikiais.

Gyvenime visiems tenka susiduria su sveikatos problemomis ir fiziologinėmis būklėmis, kai reikia sveikatos priežiūros paslaugų. Kiekvienas žmogus be jokios diskriminacijos turi prigimtine teisę turėti kuo geresnę sveikatą. Teisę į sveikatos priežiūrą jam garantuoja Visuotinė žmogaus teisių deklaracija (1948), Tarptautinis ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių paktas (1966), Konvencija dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims (1979), Vaiko teisių konvencija (1989) ir kiti tarptautiniai žmogaus teisių dokumentai. Lietuvos valstybė LR Konstitucijoje ir Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991) išipareigojo rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Teisės į nemokamą gydymą įgyvendinimo pagrindus nustato Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, kai kuriuos aspektus reglamentuoja Sveikatos draudimo įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas ir kiti teisės aktai.

Paslaugų teikėjai, kaip rekomenduoja PSO, dalyvaudami asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemoje, turi garantuoti, kad jų teikiamos paslaugos prilygtų

aukščiausiems standartams ir atitiktų paslaugų vartotojų (pacientų) interesus, kartu jie turi siekti visai sistemai bendrų kokybės tikslų.

Remiantis Ovretveit J. (1994) galime teigti, kad sveikatos priežiūros kokybę apima:

- vartotojo kokybę (ar paslauga tenkina paciento poreikius);
- profesinę kokybę (ar paslaugos teikejo profesionalumas atliekant diagnostines, gydymo ir slaugos procedūras atitinka paciento poreikius pagal diagnozę);
- valdymo kokybę (ar paslauga suteikta efektyviai panaudojant resursus, laikantis teisinių normatyvų).

Lietuvos Respublikoje paciento, kaip paslaugų vartotojo, teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą reglamentuoja pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Šio įstatymo II skyrius 3 straipsnis teigia, kad kiekvienam pacientui turi būti suteikta kokybiška sveikatos priežiūra. Sveikatos priežiūros įstaigose pacientų teisių negalima varžyti dėl jų lyties, amžiaus, rasės, pilietybės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų, pažiūrų, seksualinės orientacijos, genėtinų savybių, neįgalumo ar dėl kokių nors kitų įstatymais nepagrįstų aplinkybių

1996 metais Europos šalys pasirašė Liubljanos chartiją, kurioje, kaip teigiama medicinos audito strategijoje (2006), nutarė tobulinti nacionalinės sveikatos sistemas ir jas reformuoti pagal šešis pagrindinius sveikatos reformos principus. Buvo sutarta sukurti sveikatos politiką, kuri būtų pagrįsta plačiu susitarimu, įtraukiant kuo daugiau dalyvių ir remtūsi įrodymais pagrįstais sprendimais dėl sveikatos sistemos vystymo. Reformą nutarta nuolat monitoruoti ir vertinti aiškiu visuomenei būdu. Vyriausybė įsipareigojo užtikrinti vienodą išteklių paskirstymą ir visų gyventojų vienodą prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų bei turėjo imtis iniciatyvos sveikatos priežiūroje taikyti rinkos principus ir skatinti konkurenciją, užtikrinant kokybę ir naudojant menkus išteklius. Sutarta ir dėl principo įsiklausyti į gyventojų balsą ir pasirinkimą. Įgyvendinus sveikatos sistemos ir finansavimo reformą pagal Liubljanos chartijos principus, sveikatos priežiūra turėjo tapti visiems gyventojams vienodai prieinama, saugi, veiksminga ir ekonomiškai efektyvi bei remtis aiškiais sveikatos gerinimo tikslais, atsižvelgti į gyventojų poreikius, užtikrinti finansavimą, garantuojanti visiems gyventojams vienodai prieinamą sveikatos priežiūrą, užtikrinti, kad gyventojų nuomonė ir pasirinkimas būtų lemiantys, planuojant sveikatos priežiūrą ir renkantis sveikatos priežiūros teikimo būdą.

Liubljanos chartijoje buvo nustatyti ir sveikatos priežiūros vartotojų (pacientų) pagrindiniai reikalavimai paslaugų kokybei tokie, kaip paslaugų prieinamumas, efektyvumas, veiksmingumas, saugumas, priimtinumai, tinkamumas, teisingumas.

Peičiaus (2006) teigimu, šiuolaikinė medicina tampa vis labiau orientuota į pacientų poreikius bei lūkesčius dėl demokratizacijos procesų, sparčios biotechnologijų raidos, sveikatos priežiūros sistemų liberalizavimo ir žmogaus teisių sureikšminimo.

Anot Bažanskienės ir Morkūnienės (1998), vykstant permainoms sveikatos priežiūros sistemoje, atsiradus konkurencinėms sąlygoms tarp sveikatos priežiūros įstaigų, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tampa vienu iš sveikatos reformos prioritetų

Medicinos audito strategijoje teigiama (2006), jog tradicinio kokybės valdymo nuostatos reikalauja, kad sveikatos priežiūros rezultatai taptų pagrindiniais veiksniais, lemiančiais sveikatos priežiūros įplaukas, vykdomas priemones ir išlaidas, o visas procesas skatintų sveikatos gerėjimą, pacientų lūkesčių patenkinimą ir išlaidų atsipirkimą.

2.1.2 Sveikatos priežiūros kokybės politikos aspektai pasaulyje ir Lietuvoje

Sveikatos priežiūros tikslas – gerinti kiekvieno šalies gyventojų ir visos visuomenės sveikatą, tam nukreipti sveikatos priežiūros politiką formuojančių, organizuojančių institucijų, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiksmai. Gyventojų sveikata – didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Šios vertybės išsaugojimui ir palaikymui kasmet skiriama vis daugiau materialių ir intelektualių išteklių. Kartu didėja ir gyventojų, visuomenės poreikiai ir lūkesčiai, ypač siejami su kokybiška sveikatos priežiūra. (Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema. Valstybinio audito ataskaita. 2007 m. birželio 26 d. Nr. VA-P-10-4-9. Vilnius).

Sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimų yra nemažai. Tiksliausiai sveikatos priežiūros paslaugų kokybę apibūdina Ovretveit J. (1998), sakydamas, kad sveikatos priežiūros kokybė – pilnas patenkinimas poreikių tų, kuriems paslauga labiausiai reikalinga, mažiausia kaina organizacijai, pagal aukštesnės vadovybės nustatytas direktyvas ir jų ribose.

Su kokybe dažniausiai siejamos šešios sritys, kurias PSO pateikia kaip dimensijas, ir tai yra sveikatos priežiūros rezultatyvumas, efektyvumas, prieinamumas, priimtinumasis/orientavimas į pacientą, teisingumas, saugumas (1 lentelė).

Kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžimas pagal dimensijas

| | |
|--|--|
| Rezultatyvi | Griežtai grindžiama įrodymais, asmenims ir visuomenei pagal jų poreikius duodanti geresnę sveikatos baigtį. |
| Efektyvi | Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, ištekliai naudojami maksimaliai, vengiama nuostolių. |
| Prieinama | Teikiama laiku, tinkama geografiniu požiūriu, įgūdžiai ir ištekliai skiriami medicininiam poreikiams tenkinti. |
| Priimtina – į pacientą orientuota | Teikiant paslaugas atsižvelgiama į tai, kam pirmenybę teikia paslaugų vartotojai, į jų lūkesčius ir į tai, kas geriausiai atitinka vartotojų bendruomenių poreikius. |
| Teisinga | Teikiamos paslaugos nesiskiria dėl asmeninių paslaugų, vartotojų charakteristikų: lyties, etninės priklausomybės, socialinės padėties, geografinės vietovės. |
| Saugi | Paslaugų vartotojams iki minimumo sumažina riziką ir žalą. |

Šaltinis – PSO leidinys *Quality of care*, 2006 m.

Siekdama užtikrinti sveikatos priežiūros kokybę šalyse, didelį dėmesį tam skiria Pasaulinė sveikatos organizacija. 1998 metais priimtame PSO Europos regioninio biuro dokumente "Sveikata-21", (Sveikatos visiems politika PSO Europos regionui - 21 uždavinys XXI amžiui), 16- uždavinyje "Valdymas siekiant sveikatos priežiūros kokybės" numatyta, kad: "Iki 2010 metų kiekviena šalis narė turi užtikrinti, kad valdymas sveikatos sektoriuje nuo visiems gyventojams skirtų programų iki atskiro paciento sveikatos priežiūros klinikinių lygių būtų orientuotas į sveikatos rezultatus":

* pagrindinių visuomenės sveikatos strategijų veiksmingumas turėtų būti vertinamas pagal sveikatos rezultatus, o sprendimai dėl alternatyvių strategijų, sprendžiant individualias sveikatos problemas, vis dažniau būtų priimami, lyginant sveikatos rezultatus su jų ekonominiu efektyvumu;

* visos šalys nacionaliniu mastu turėtų sukurti mechanizmą nuolatiniam sveikatos priežiūros kokybės sekimui ir tobulinimui bent jau dešimčiai pagrindinių sveikatos būklių, įskaitant poveikio sveikatai, ekonominio efektyvumo ir pacientų patenkinimo matavimą;

* bent jau penkių sveikatos būklių sveikatos rezultatai turėtų būti žymiai pagerėję, ir apklausos turėtų parodyti didesnę pacientų pasitenkinimą jiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kokybe bei didesne pagarba jų teisėms.

Programoje "Sveikata 21" sveikatos priežiūros kokybės uždaviniams pasiekti siūloma pasinaudoti **šiomis strategijomis**:

- sukurti bendrą nuolatinio kokybės gerinimo principus atitinkančią šalies politiką - nuolatinio sveikatos priežiūros kokybės tobulinimo nacionalinę politiką;

- sudaryti svarbių ir matuojamų sveikatos rezultatų rodiklių bazinį minimumą, kuris apimtų įvairius sveikatos priežiūros aspektus (sveikatos stiprinimą, ligų prevenciją, diagnostiką, gydymą ir rehabilitaciją) ir būtų naudojamas, planuojant ir valdant įvairias sveikatos programas, sekant kasdienę pacientų sveikatos priežiūrą bei įvertinant naujas diagnostines ir gydymo technologijas;

- kurti įrodymais pagrįstą sveikatos priežiūrą, analizuojant ir sintezuojant mokslinių tyrimų rezultatus, vedant registrus ir sudarant duomenų bazes, remiantis nustatytais rezultatais rodikliais, rengiant ir nuolat atnaujinant klinikinės praktikos rekomendacijas pagal geriausius rezultatų rodiklius;

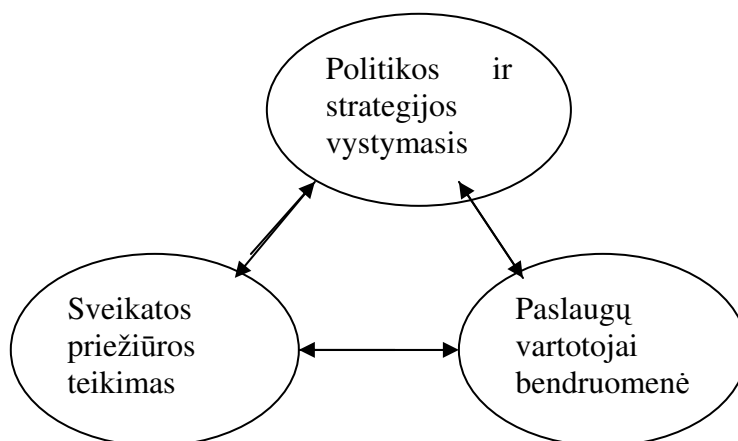
- sukurti klinikiniam lygyje informacijos sistemą, kuri leistų sveikatos priežiūros profesionalams vertinti savo teikiamų paslaugų kokybę, ją palyginti su kitų paslaugų teikėjų rezultatais, įgyvendinti pakeitimus paslaugų kokybei gerinti. Remiantis šia informacija, galėtų būti nustatytos kokybės gerinimo užduotys bei kokybės rodikliai tam tikram laiko periodui, tokiu būdu geresnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ieškojimą paverčiant nuolatiniu ir dinamišku procesu;

- užtikrinti pacientų pasitenkinimą jiems suteikiant informaciją apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir jų rezultatus. Ši informacija pacientams reikalinga pasirenkant sveikatos priežiūros paslaugas, dalyvaujant tų paslaugų gerinime bei aktyviau stiprinant savo sveikatą. Tokia informacija padėtų pacientams geriau suprasti savo sveikatos būklę bei gydymą ir skatintų visuomenę aktyviau dalyvauti, priimant sprendimus sveikatos priežiūros klausimais kartu su sveikatos priežiūros teikėjais, kurie gerbtų pacientų poreikius ir nuomonę;

- valdymą padaryti lankstesnį: didesne decentralizacija su padidėjusia autonomija bei konkurencija turėtų sudaryti platesnes pasirinkimo galimybes pacientams, sutartis tarp paslaugų teikėjų ir pirkėjų sudarant pagal nustatytus gyventojų sveikatos poreikius ir į sutartis įtraukiant kokybės rodiklius.

PSO leidinyje *Quality of care* pateikiama sveikatos priežiūros kokybės gerinimo schema, kurioje nurodyti sistemos dalyvių vaidmenys ir pareigos. (3 pav.)

3 pav. Sveikatos priežiūros kokybės gerinimas



Šaltinis – PSO leidinys *Quality of care*, 2006 m.

PSO pažymi, kad gerinant sveikatos priežiūros kokybę, pagrindinis politikos ir strategijos vystymo vaidmuo turi tekti nacionaliniam ir regioniniam lygmeniui. Schemoje nurodyti sistemos dalyvių veiksmai, pareigos ir pabrėžiama grįžtamojo ryšio tarp jų svarba.

Siekiant, kad sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas taptų šalies sveikatos priežiūros prioritetu, PSO siūlo šalims priimti nacionalinę sveikatos priežiūros kokybės politiką, kuri sudarytų sveikatos priežiūros politikos dalį. Ši politikos strategija, turi kokybės tobulinimą pripažinti kaip dinaminį procesą, skatinantį nuolatinį sveikatos priežiūros rezultatų gerinimą. Tik į galutinio sveikatos rezultato pagerinimą orientuota sveikatos priežiūra gali būti ekonomiškai efektyvi ir užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę bei pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis.

Sveikatos priežiūros kokybei didelį dėmesį skiria daugelio pasaulio valstybių vyriausybės institucijos, nevyriausybines organizacijos, tarptautinės ir tarpvyriausybines organizacijos. Yra priimamos ES direktyvos ir kiti dokumentai, kuriais siekiama sukurti nuolatinės sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistemas. (Sveikatos priežiūros kokybes užtikrinimo 2005–2010 m. programos II dalis).

Lietuvos narystė Europos Sąjungoje, sparčiai tobulėjančios medicinos technologijos, didesnis visuomenės informuotumas kelia aukštesnius reikalavimus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir kokybei.

Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje (2007) teigiama, kad vienas iš strateginių Sveikatos apsaugos ministerijos tikslų yra asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos tobulinimas, siekiant užtikrinti prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą. Šis tikslas įgyvendinamas gerinant asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, saugą ir kokybę bei užtikrinant jų atitikimą ES standartams.

Šalyje, siekiant užtikrinti ir gerinti asmens sveikatos priežiūros kokybę, vykdoma atitinkama veikla: parengta ir tobulinama teisinė bazė, licencijuojama sveikatinimo veikla, vykdomas asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas, asmens sveikatos priežiūros įstaigose diegiamos kokybės sistemos. Lietuvoje yra sukurta įstatymine baze, leidžianti reguliuoti asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimą: sveikatinimo veiklos įstatymai, t.y. sveikatos sistemos įstatymas, sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, kiti įstatymai, ir poįstatyminiai teisės aktai.

Sveikatos priežiūros kokybę apibremžiama ir Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme. Jame teigiama, kad kokybiška sveikatos priežiūra – tai 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.

Anot Valstybinio audito ataskaitos (2007), būtinybė nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę akcentuojama visuose strateginiuose Lietuvos ūkio ir sveikatos priežiūros sistemos tolesnio vystymo dokumentuose. Lietuvoje priimti strateginiai sprendimai dėl sveikatos priežiūros kokybės vystymo. Įteisintas valstybinis medicininis auditas, kurio vienas iš tikslų yra numatyti asmens sveikatos priežiūros prieinamumo ir tinkamumo (kokybės) plėtojimo būdus ir kryptis. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant užtikrinti tinkamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, diegiamos kokybės sistemos ir lokalus medicininis auditas. Sveikatos apsaugos ministerija į strateginius planus kasmet įtraukia priemones, kurių tikslas yra užtikrinti kokybišką asmens sveikatos priežiūrą. Sveikatos priežiūros kokybės koncepcijai įgyvendinti Sveikatos apsaugos ministras patvirtino Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programą.

Programoje SPK užtikrinimas ir nuolatinis gerinimas įgyvendinamas per šias pagrindines kokybės dimensijas:

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

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

3. Prieinamumą – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ekonominių, komunikacinių ir organizacinių priimtinumą asmeniui ir visuomenei;

4. Tinkamumą – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą;

5. Teisumą – lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant kliūtis bei skirtumus, kuriuos lemia neteisingais traktuojami veiksniai;

6. Tęstinumą – laipsnį, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir istaigų;

7. Veiksmingumą – sveikatos priežiūros intervencijų galimybės pasiekti užsibrežtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje;

8. Ekonomiškai pagrįstą efektyvumą – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei SP paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiais kaštais;

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

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa siekiama pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, racionaliai paskirstant ir naudojant sveikatos priežiūrai skirtus išteklius. **Galutinis tikslas** - geros kokybės sveikatos priežiūra, kuri atitinka nurodytus reikalavimus ir pagal dabartines žinias bei turimus išteklius tenkina paciento lūkesčius dėl sveikatos ir gerovės, taip pat yra maksimaliai naudinga ir minimaliai žalinga. (Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programa LR SAM 2004 09 14 Nr. V-642).

Nustatytiems tikslams įgyvendinti programoje numatytas platus priemonių diapazonas, apimantis reikalingus sveikatos priežiūros sistemos struktūros bei finansavimo pakeitimus, kurie užtikrintų, kad visi šalies gyventojų sluoksniai vienodai gautų reikalingas ir tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas, apsaugant nuo nereikalingų ir netinkamų paslaugų naudojimo, bei priemonės, tiesiogiai užtikrinančias sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų paslaugų kokybę. Toks sveikatos priežiūros kokybės politikos dokumentas turėtų skatinti sveikatos priežiūros įstaigas nuolat gerinti teikiamas paslaugas ir visiems žmonėms garantuoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, efektyvumą ir lygybę. (Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos įsakymas.1998 10 06. Nr.571).

Tačiau, remiantis medicinos audito instituto strategija (2006), galime teigti, kad Lietuvos Vyriausybė nėra paskelbusi sveikatos priežiūros kokybės politikos ir iki šiol sveikatos sektorius nėra orientuotas į sveikatos priežiūros vartotojų (nuo individo iki visuomenės) sveikatos rezultatus. Sveikatos sektorius tinkamai (pacientams ir medicinos profesionalams) neintegruotas, dėl ko išryškėjo neigiamos to pasekmės tiek pacientams, tiek medikams. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimas neparemtas sveikatos rezultato rodikliais ir šalyje nėra vientisos informacinės sistemos, kuri suteiktų gydytojui grįžtamosios informacijos apie gydyto ligonio sveikatos rezultatus. Sveikatos sistemoje trūksta nustatytų kokybės standartų bei įstaigų veikla dažnai nuostolinga, dėl ko sveikatos priežiūros paslaugų vertė nemaža dalimi padengiama papildomais pacientų mokėjimais.

Valstybinio audito ataskaitoje (2007) pabrėžiama, kad nustatant sveikatos priežiūros kokybės tikslus ir uždavinius nėra nuoseklaus bendradarbiavimo ir grįžtamojo ryšio tarp paslaugų organizatorių, teikėjų ir vartotojų. Paslaugų vartotojai (bendruomenės, pacientų organizacijos) tinkamai neįtraukti į kokybės sistemos formavimą ir vystymą. Kadangi nėra nustatyti kokybės rodikliai, paslaugų vartotojai negali objektyviai vertinti ir pasirinkti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, labiausiai tenkinančių jų poreikius ir geriau rūpintis savo sveikata.

Asmens sveikatos priežiūros būtinosios sąlygos, kurias turi užtikrinti visi sveikatinimo veiklos subjektai, yra šios priežiūros prieinamumas, priimtinumumas ir tinkamumas.

Tačiau nesant politinės valios ir teisės aktais nustatytos orientacijos į sveikatos rezultatus, sveikatos tarnybų finansavimas ir išteklių paskirstymas negarantuoja visiems piliečiams prieinamos sveikatos apsaugos ir kokybiškos sveikatos priežiūros. (Medicinos audito instituto strategija. 2006).

2.1.3 Sveikatos priežiūros prieinamumas – viena iš kokybės užtikrinimo dimensijų

Sveikatos apsaugos priežiūros paslaugų prieinamumo problema jau ilgą laiką yra nagrinėjama daugelyje pasaulio šalių. Milušauskienė, Juodrytė ir kt. (2006) teigia, kad sveikatos priežiūros prieinamumas gali būti vertinamas įvairiais aspektais: gyventojų galimybe patekti pas gydytoją, pasinaudoti sveikatos priežiūros sistemos paslaugomis ir šių paslaugų vartojimu, gyventojų aprūpinimu sveikatos priežiūros ištekliais (gydytojų, slaugytojų, pirminės sveikatos priežiūros centrų, stacionariųjų lovų skaičius tūkstančiui gyventojų), sergamumo, mirtingumo

bei mirštamumo rodikliais. M. Drain iš JAV (2001) pažymi, kad kokybės ir prieinamumo gerinimui reikia pastoviai fiksuoti pacientų pasitenkinimą, lūkesčius. Taip galima pagerinti pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą, kontroliuoti gydymo kaštus.

Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra vienas sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sudedamųjų rodiklių. Jis yra pagrindinis sveikatos sistemoje veikiančių subjektų (asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, t.y. asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų pirkėjų, t.y. Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų) tikslas. Kartu tai vienas iš pagrindinių paciento lūkesčių.

LR Sveikatos sistemos įstatymo preambulėje deklaruojama, jog vienas iš sveikatos potencialo ir jo palaikymo sąlygas lemiančių veiksnių yra prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 4 staipsnis teigia, kad „pacientui sveikatos priežiūra turi būti prieinama. Šios teisės įgyvendinimo sąlygas nustato Lietuvos Respublikos įstatymai ir kiti teisės aktai“.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1997 06 12 nutarimu Nr.595 valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų pareigūnai bei ekspertai patvirtinta tvarka kontroliuoja, ar prieinamos ir tinkamai teikiamos paslaugos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, t.y. vertina asmens sveikatos priežiūros prieinamumą bei tinkamumą. (Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės. SAM Įsakymas Nr. 372. 1997.07.04.).

Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumas, kaip teigiama asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės įsakyme, – tai visuma priemonių, kurių dėka juridiniai bei fiziniai asmenys gali laiku ir tinkamai pasinaudoti asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugomis.

Sveikatos priežiūros prieinamumas dažnai priklauso nuo asmens socialinio statuso. Pagrindinis rodiklis, rodantis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, t.y. per kiek laiko pacientas gali patekti pas gydytoją, atlikti procedūras ir kt.

D.Jankauskienė (2000) pabrėžia, kad prieinamumo principas nusako, jog sveikatos priežiūra turi būti prieinama kiekvienam žmogui tiek atstumo iki gydymo įstaigos, tiek finansų, pvz. Sveikatos draudimo apimties atžvilgiu, tiek sveikatos paslaugų apimties ir kokybės prasme.

Prieinamumą Lietuvoje priimta suprasti trimis dimensijomis:

1. Organizacine prasme – atspindi, kaip asmens sveikatos priežiūra organizuota gyventojams.

2. Komunikacine prasme – 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. Ekonomine prasme – atspindi, ar finansine prasme gyventojams asmens sveikatos priežiūra yra prieinama.

(Klausimai, susiję su prieinamumo vertinimu, pateikiami Priede Nr. 1).

Sveikatos ekonomikos centras (1999) pabrėžia, kad prieinamumas, kaip sveikatos apsaugos sistemos bruožas, paprastai susilaukia didžiausio gyventojų dėmesio, prieinamumo gerinimas yra vienas iš pagrindinių sveikatos apsaugos sektoriaus reformos tikslų. Sveikatos sistemos įstatymų nubrėžtos gairės lėmė, kad buvo pradėti kurti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo standartų projektai. Tikėtasi, kad 1995-1996 šie standartai, bus panaudoti sveikatos priežiūros įstaigų akreditacijai ir padės sumažinti egzistuojantį žmogiškųjų ir institucinių išteklių perteklių šiame sektoriuje. 1996-1998 metai parodė, kad akreditacija (arba licencijavimas) pagrindinai buvo nukreiptas į gydymo paslaugų kokybės užtikrinimą.

Sveikatos ekonomikos centras (1999) teigia, kad kitų paslaugų prieinamumo aspektų, tokių, kaip: sveikatinimo paslaugų priartinimas arčiau prie gyventojų, racionalesnis gydymo įstaigų išdėstymas bei esamų išteklių panaudojimas, transporto ir ryšio priemonių nepakankamumas, vienodo paslaugų spektro ir kokybės miesto bei kaimo gyventojams užtikrinimas, pagrindinai dėl politinių ir organizacinių problemų, įgyvendinti nepavyko. Dar daugiau, dėl pradiniame sveikatos draudimo etape supaprastintos paslaugų apmokėjimo, siuntimų bei naujos suteiktų paslaugų apskaitos sistemų įvedimo, pacientų aptarnavimo kokybė, tame tarpe ir paslaugų prieinamumo aspektu pablogėjo (eilės poliklinikose, tiesioginio pacientų patekimo pas gydytojus specialistus ribojimas, kyšių ėmimo problema, kita).

Susidariusią, gana komplikuoatą, paslaugų prieinamumo problemą, sveikatos sistemos vadovai mėgina spręsti įteisindami naujas organizacines priemones ir rengdami naujus teisinius dokumentus - 2003 m. LR Vyriausybės patvirtina Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija, 2005 patvirtintas naujas sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas, , 2006 priimtas nauja sveikatos paslaugų apmokėjimo tvarka, skatinamas privačių BPG kabinetų steigimas, 2002 m. parengta GMP koncepcija ir kt.

Paslaugų prieinamumo gerinimo siekiančios reformos tikslai gali būti arba suderinami arba nesuderinami su sveikatos sistemos ekonominiu efektyvumu (racionalumu). Sveikatos politikos pareigūnai nustato kriterijus ir ribas, atsižvelgiant į bendrą infrastruktūrą bei ekonominį šalies ir gyventojų lygį bei sveikatos paslaugų specifiką.

Specialiojoje Europos regioninės plėtros fondo programoje (2007) pabrėžiama, kad modernizuojant šalies sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą: racionalizuojant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir struktūrą, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir užtikrinant tolygų paslaugų prieinamumą būtina atsižvelgti į pacientų (vartotojų) poreikius.

Ypač svarbu užtikrinti galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis palankių sąlygų neturintiems ir neturtingiausiems visuomenės nariams, užtikrinti jiems geografinį teritorinį paslaugų prieinamumą

2.1.4 Sveikatos priežiūros kokybės ir prieinamumo gerinimas – BPG paslaugų tinklo plėtra

2003 m. LR Vyriausybės patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija. Pagrindiniai šios strategijos tikslai yra: plėtoti pirminę asmens sveikatos priežiūrą, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą bei optimizuoti teikiamų paslaugų apimtis ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.

PSP grandies reorganizavimas yra pirmenybinė sveikatos apsaugos reformos sritis, reglamentuota sveikatos politikos dokumentuose: Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, Lietuvos sveikatos programoje, Vyriausybės programoje, Vyriausybės nutarimu patvirtintoje sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje, PSO leidinyje “Sveikata visiems XXI amžiuje”, Liublijanos chartijoje ir kituose dokumentuose.

Svarbi priežastis, lemianti PSP prioritetą – tai jos prieinamumas gyventojams, neatsižvelgiant į pajamas ir socialinę padėtį. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos visiems Lietuvos gyventojams ir yra orientuotos į pacientų - paslaugų vartotojų, pagrindinių sveikatos problemų sprendimą.

Lietuvos sveikatos programoje nurodyta, kad būtina „plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas perkvalifikuojant apylinkių terapeutus ir pediatrus į bendrosios praktikos gydytojus, steigti kabinetus bei diegti grupinę praktiką“. (Grabauskas V. ir kt. Lietuvos sveikatos programa (Lithuanian Health Programm.) Vilnius; 1988.)

Anot bendrosios praktikos gydytojų paslaugų tinklo plėtros ir modernizavimo strategijos (2003), bendroji gydytojo praktika pasižymi buvimu arti paciento. Todėl jai tenka ypatingas vaidmuo. Bendrosios praktikos gydytojai, geriausiai pažindami pacientą, jo aplinką ir gyvenimo būdą, turi galimybę anksti diagnozuoti ar numatyti jam grėšiančias ligas, nurodyti rizikos veiksnius bei greičiausiai reaguoti į jo sveikatos problemas.

BP gydytojas – ne pacientų siuntinėtojas, o savotiškas „filtras“: BPG pats sprendžia jo kompetencijai priskirtas sveikatos problemas. BPG kompetencija, nustatyta Lietuvos medicinos normoje MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, apima didelę dalį gydytojo terapeuto, pediatro, dalį akušerio ginekologo, chirurgo, kitų gydytojų specialistų kompetencijos. Bendrosios praktikos gydytojo kompetencijai keliami didesni reikalavimai negu apylinkės terapeutui arba pediatrai ir nustatytas didesnis teikiamų paslaugų mastas.

Bendrosios praktikos gydytojų atliekamas vaidmuo, kaip pabrėžiama Galimybių studijoje (2004), apibūdinamas kaip vartų į sveikatos priežiūros sistemą sergėjimas ir potencialas sumažinti sergamumą ir mirštamumą. Lietuvos sveikatos programoje deklaruojama, kad ne mažiau kaip 80 proc. visų sveikatos problemų turėtų išspręsti pirminės sveikatos priežiūros grandis. Šis uždavinys keliamas BP gydytojui būtent kaip „sveikatos priežiūros vartininko“ funkcijų vykdytojui.

BPG paslaugų tinklo plėtros ir modernizavimo tikslas – prisidėti prie pirminės sveikatos priežiūros sistemos, galinčios tinkamai spręsti pagrindines sveikatos išsaugojimo, ligų profilaktikos, gydymo, taip pat ir socialines problemas, plėtojimo. (Specialioji Europos Regioninės Plėtros fondo programa. SAM. 2007).

Remiantis Pirminės sveikatos priežiūros 1997-2010 metų programos nuostatomis, vienas iš svarbiausių pirminės sveikatos priežiūros reformos veiksnių – bendrosios praktikos gydytojo institucijos įtvirtinimas.

Į bendrąjį programos dokumentą Lietuvai 2004 -2006 m. įtraukta priemonė „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ taip pat numato BPG kabinetų plėtros ir modernizavimo veiklą. Be paramos sveikatos priežiūros reformai ir aukštos kokybės sveikatos priežiūros sistemos sukūrimui, ši strategija nustato kryptis tolesnei sveikatos priežiūros sistemos plėtrai tam, kad būtų padidintas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas kaimo vietovėse. (E-Sveikatos sistemos plėtros Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sektoriuje projektas (Galimybių studija);2004).

Šioje priemonėje teigiama, kad siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, planuojama modernizuoti ir plėtoti bendrosios praktikos gydytojų (BPG) paslaugų

tinklą kaimiškose vietovėse. Prioritetas teikiamas regionams, kurie pasižymi blogesniais ekonominiais rodikliais bei kuriuose nepakanka bendrosios praktikos gydytojų. Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, didinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą bei mažinti sergamumą ir mirštamumą, būtinos savalaikės investicijos tinkamos infrastruktūros sukūrimui ir jos palaikymui. Atsižvelgiant į sektoriaus analizės metu išryškėjusias sveikatos sektoriaus stipriąsias puses ir būtinas plėtoti sritis, savalaikės investicijos į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros optimizavimą ir sveikatos sistemos efektyvumo didinimą leis efektyviai tenkinti sveikatos priežiūros paslaugų poreikius bei užtikrins tolygų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visoje šalyje.

Bendrosios praktikos gydytojų paslaugų tinklo plėtros ir modernizavimo strategijoje (2003) pabrėžiama, kad kryptims įgyvendinti bei pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui stiprinti, numatoma aprūpinti BPG paslaugas kaimo gyventojams teikiančias įstaigas:

1. tinkamomis patalpomis;
2. būtina diagnostikos ir gydymo įranga;
3. transporto priemonėmis;
4. ryšio ir informacinių technologijų priemonėmis.

Įgyvendinant šią strategiją, valstybės parama bendrosios praktikos tinklo plėtrai turi užtikrinti tolygų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę.

2000–2010 metų Lietuvos sveikatos programoje keliami tokie pirminės sveikatos priežiūros pirmo etapo uždaviniai, susiję su BPG institucijos vystymu:

- Įgyvendinti efektyvų PSP planavimo, finansavimo ir valdymo modelį.
- Rengti ir tobulinti PSP veiklą reglamentuojančius poįstatyminius norminius aktus.
- Vystyti pirminės sveikatos priežiūros kompiuterinę ir informacinę sistemą.
- Nuolat vykdyti PSP sistemos analizę ir mokslinių tyrimų plėtrą ir visuomenės informavimą.
- Užtikrinti BPG darbo vietų įrengimą, aprūpinimą medicinos įranga, transportu, ryšio priemonėmis.
- Plėtoti privačių BPG kabinetų tinklą.
- Parengti ir perkvalifikuoti reikiamą BPG skaičių.
- Sukurti BPG tobulinimo sistemą.

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programoje numatyta, kad gydytojų perkvalifikavimas į BPG bus įgyvendinamas pagal patvirtintą Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programą. Minėta programa patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2000-08-04 įsakymu Nr. 441. Programos tikslas – padėti įgyvendinti vieną iš Lietuvos sveikatos programos uždavinių:

parengti ir perkvalifikuoti reikiamą BPG skaičių. Programos įgyvendinimo laikotarpis nuo 2000.01.01. iki 2003. 12.31. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis 2004 metais galiojo 1944 medicinos praktikos licencijos verstis medicinos praktika pagal šeimos gydytojo profesinę kvalifikaciją. (2 lentelė)

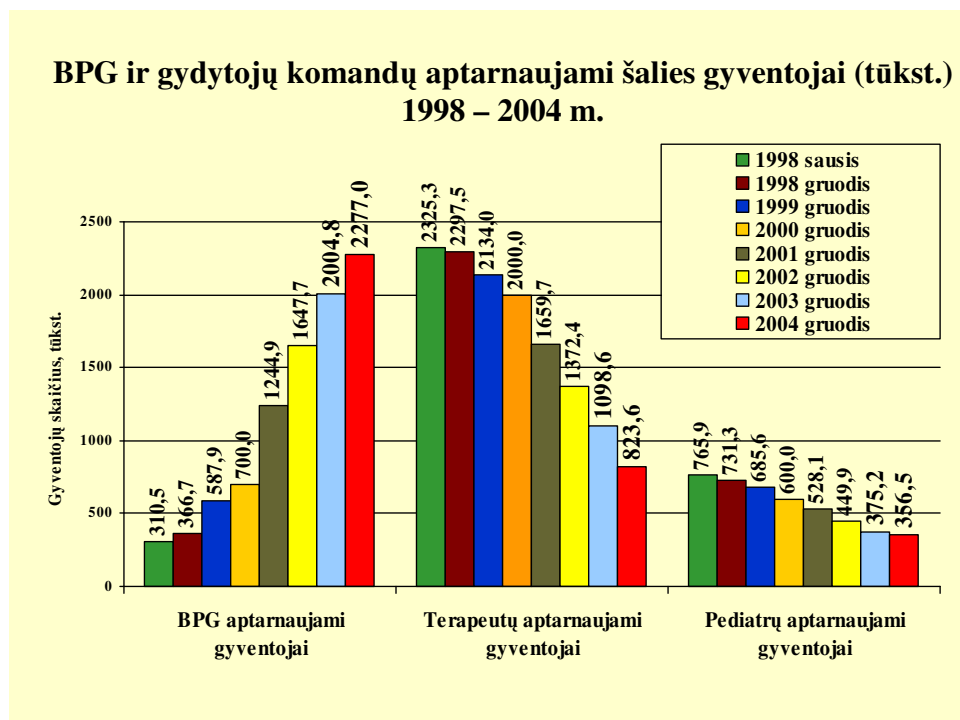
2 lentelė

Galiojančios BPG licencijos 1998 – 2004 m.

| Metai | Galiojančios BPG licenzijos |
|-------|--------------------------------|
| 1998 | 69 |
| 1999 | 640 |
| 2000 | 950 |
| 2001 | 1215 |
| 2002 | 1556 |
| 2003 | 1806 |
| 2004 | 1944 |

Galiojančių šeimos gydytojų licencijų skaičius 2004 metais, lyginant su 1998 metais, padidėjo 28 kartus.

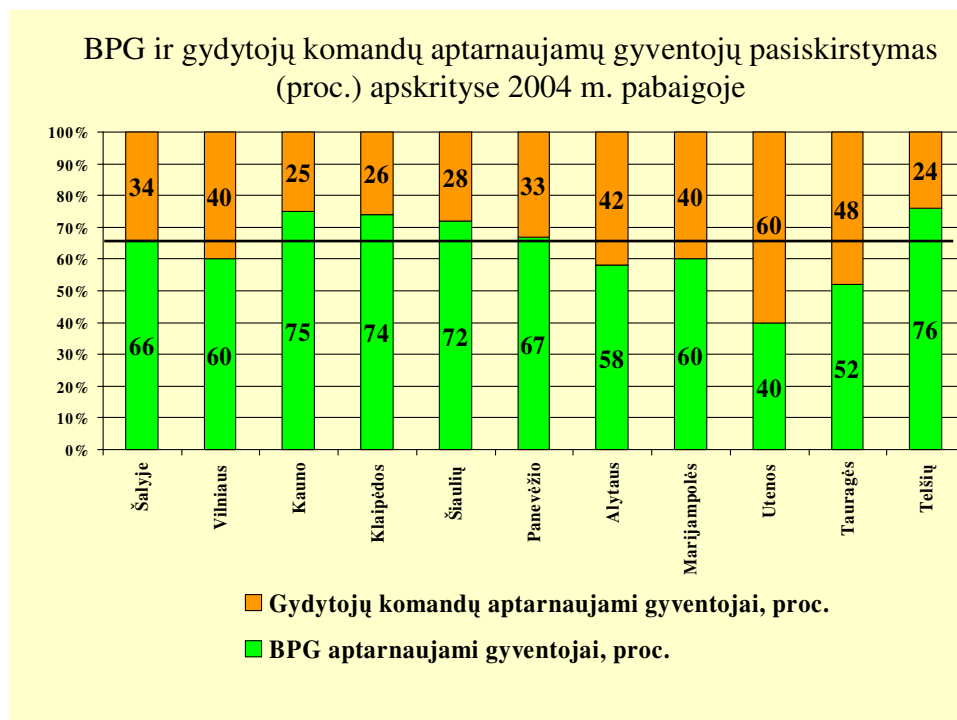
Kulik ir Balčiauskaitė (2005) pabrėžia, kad analizuojant 1998–2004 m. laikotarpį pastebimas BPG aptarnaujamų gyventojų skaičiaus didėjimas, ypač 2004 metais. Jei 1998 m. BPG aptarnavo apie 310 tūkst. gyventojų, tai 2004-aisiais – daugiau kaip 2,3 milijono. Kartu gerokai sumažėjo terapeutų bei pediatrų aptarnaujamų gyventojų skaičius. (4 pav.)



4 pav. BPG ir gydytojų komandų aptarnaujami šalies gyventojai (tūkst.) 1998 – 2004 m.

(Šaltinis: Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos. Jelena Kulik. Daiva Balčiauskaitė. VLK.)

Autorės teigia, kad 2004 m. pabaigoje 66 proc. gyventojų aptarnauja BP gydytojai, 34 proc. – gydytojų komandos. Tačiau palyginus, kiek BPG ir gydytojų komandos aptarnauja gyventojų skirtingose apskrityse, stebimas gana kontrastingas vaizdas. (5 pav.)



5 pav. BPG ir gydytojų komandų aptarnaujamų gyventojų pasiskirstymas (proc) apskrityse 2004 m. pabaigoje. (Šaltinis: Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos. Jelena Kulik. Daiva Balčiauskaitė. VLK.)

2005 m. šeimos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalis jau sudarė 71,26 proc., o ne šeimos gydytojų – 28,74proc.(Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcija. SAM įsakymas 2007 m. rugsėjo 5 d. Nr. V-717).

Pirminės sveikatos priežiūros sistemos decentralizacija suaktyvėjo pradėjus įgyvendinti PHARE projektus, kuriuose buvo numatytas BPG kabinetų aprūpinimas medicinos įranga. Tai paskatino savivaldybes leisti steigti privačius BPG kabinetus. (Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos. Jelena Kulik. Daiva Balčiauskaitė. VLK.)

Nepaisant to, kaip pabrėžiama bendrosios praktikos gydytojų paslaugų tinklo plėtros ir modernizavimo strategijoje (2003), bendrosios praktikos gydytojų institucija kaimo ir atokiose vietovėse nėra pakankamai išplėtotą, todėl sudėtinga užtikrinti tolygų šių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Šiuo metu kaimo vietovių ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklas yra nepakankamas ir netolygus, be to, kyla sunkumų steigiant ir modernizuojant BPG kabinetus tokiuose regionuose.

Šioje strategijoje (2003) teigiama, kad pagrindinės BPG institucijos funkcionavimo Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros sistemoje problemos, su kuriomis susiduria kaimo ir atokių vietovių gyventojai yra:

1. nepakankamas BPG skaičius;
2. per didelis aptarnaujamų gyventojų skaičius, tenkantis vienam gydytojui;
3. menkai pritaikytos BPG kabineto patalpos;
4. nepakankama ar pasenusi BPG įranga;
5. menkas kaimo vietovių BPG aprūpinimas autotransportu;
6. menkas apsirūpinimas ryšio priemonėmis ir informacinėmis technologijomis;
7. nepakankamas skirtingų lygių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos koordinavimas.

Kokybiškas ir efektyvus pirminės sveikatos priežiūros grandies funkcionavimas yra būtina sąlyga norint užtikrinti ligų diagnozavimą laiku ir gydymą. Valstybė, siekdama užtikrinti kokybiškas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas kaime ar nuošaliuose vietovėse gyvenantiems gyventojams, privalo remti BPG kabinetų steigimąsi ir veiklą bei skatinti BPG dirbti kaimo vietovėse, gerinti jų darbo sąlygas taip pat užtikrinti visapusiškas ir kokybiškas paslaugas pacientams.

Sveikatos ministras Turčinskas (2007) teigia, kad siekiant pritraukti trūkstamus sveikatos priežiūros specialistus į rajonus numatoma padidinti kaimo vietovėse dirbančių šeimos gydytojų bei specialistų darbo įkainius, skatinti savivaldybes suteikti socialinę pagalbą atvykstantiems specialistams.

2.1.5 Gyventojų pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu – trumpa tyrimų apžvalga

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pirmą kartą Lietuvoje pradėtas tyrinėti 1995 m. 1998 m. „Medicinos“ žurnale rašoma, kad 1995 m. palyginti labiau prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos studentams ir moksleiviams, namų šeimininkėms, privatiems savininkams, vidutinių ir didžiųjų šalies miestų gyventojams bei 15-24 metų amžiaus grupės asmenims

2003 m. gegužės mėnesį atliktas reprezentatyvusis šalies gyventojų tyrimas. Tyrimo duomenys lyginti tarp didžiųjų Lietuvos miestų: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šaulių, Panevėžio, rajonų miestų ir centrų, miestelių bei kaimų.

Dauguma respondentų (87,3 %) galimybę atvykti į polikliniką (Klausimas: “Ar šiuo metu Jums yra patogus (nepatogus) susisiektis su Jūsų poliklinika?”) – susisiekimą vertina kaip patogų ir labai patogų. (1 lentelė); 12,2 % nurodė susisiekimą su poliklinika esant nepatogų. Daugiau rajonų centrų, kaimų ir miestelių gyventojų, turinčių mažas pajamas, teigia, kad

susisiekimas su poliklinika yra nepatogus. (Ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. Jonas Kairys, Egle Žebienė, Balys Algimantas Rutkys, Ignas Zokas. MEDICINA (2004) 40 tomas, Nr. 2)

3 lentelė.

Susisiekimo su poliklinika vertinimas pagal respondentu gyvenamąją vietą

| Respondentų gyvenamoji vieta | Labai patogus (proc.) | Patogus (proc.) | Nepatogus (proc.) | Iš viso (proc.) |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| Miestas | 22,2 | 69,7 | 8,1 | 100 |
| Rajono centras | 12,8 | 73,8 | 13,5 | 100 |
| Kaimas | 11,2 | 72,4 | 16,3 | 100 |
| Iš viso | 16,1 | 71,2 | 12,2 | 100 |

$r_s = -0,154, p = 0,00$.

Apklaustos duomenimis, geresnis susisiekimas su poliklinika miestuose negu rajonų centruose ir kaimuose.

Pečiūra, Jankauskienė ir Gurevičius teigia (2006), jog gyventojų patekimą į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas trikdo rajonų visuomeninio transporto ribotumas. Daugelio kaimų gyventojai tegali atvykti visuomeniniu transportu į rajono centrą tik kartą per dieną, dažniausiai – anksti rytą. Taip rajono poliklinikose ar pirminės sveikatos priežiūros centruose susidaro eiles, dėl apžiūros laiko stokos nukenčia paslaugų kokybė, nes atvykę iš kaimų pacientai priversti prisitaikyti prie vienintelės galimybės – visuomeniniu transportu grįžti tą pačią dieną namo.

Žebienė, Kairys ir Zuokas (2004) pabrėžia, kad dauguma pacientų, besikreipiančių į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, atvyksta turėdami konkrečių lūkesčių. Šių lūkesčių įvertinimas – svarbus veiksnys formuojant paciento sveikatos priežiūrą. Nustatyta, kad paciento lūkesčiai priklauso ne tik nuo ligos pobūdžio, sunkumo, eigos, bet ir nuo socialinių bei demografinių paciento bei gydytojo charakteristikų.

Milašauskienės, Juodrytės, Misevičienės ir kt. (2006) atliktame tyrime buvo vertinamos sąsajos tarp pacientų teigiamų vertinimų apie pirminės sveikatos priežiūros centro teritorinį pasiekiamumą bei socialinių ir demografinių, kitų veiksnių. Jo metu nustatyta, kad aukštesnį išsimokslinimą turintys asmenys geriau vertina teritorinį pirminės sveikatos priežiūros centro pasiekiamumą. Vertinimai apie pirminės sveikatos priežiūros centro teritorinį pasiekiamumą taip pat priklausė nuo pacientų gyvenamosios vietos ir centro, kur pacientai gauna sveikatos priežiūros paslaugas. Tikimybė, kad miestelių pacientai geriau vertins pirminės sveikatos priežiūros centro pasiekiamumą buvo 2,2 karto mažesnė negu gyvenančiųjų mieste. Analizuojant veiksnius, susijusius su pacientų vertinimais apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą, buvo nustata, jog pagrindiniai požymiai beveik visais aspektais lėmė pacientų teigiamus vertinimus apie pirminės sveikatos priežiūros centrų paslaugų prieinamumą, buvo centrų nuosavybės forma ir gyvenamoji vieta, t. y. labiau tokių centrų prieinamumu buvo patenkinti miesto gyventojai ir privačių pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientai.

Labai svarbu prieinamumo požimiūri įvertinti, kaip gyventojams sudarytos sąlygos gauti skubią ir planinę medicinos pagalbą. Gyventojams svarbi ir galimybė pas gydytoją užsirašyti iš anksto, konsultuotis telefonu ir gauti neatidėliotiną pagalbą skubiais atvejais.

Kairys ir Gurevičius tyrime “Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas” (2002) teigia, kad registruotis ir konsultuotis telefonu pacientai nėra linkę. Konsultacijos telefonu vertinamos nepalankiau kuo vyresnis pacientas, vyresnio amžiaus žmonės, nepaisant ir teigiamo paslaugos vertinimo, nedrąsiai vertina galimybę naudotis šia nauja paslauga.

Misevičienės ir Dregval atliktame tyrime (2002) nurodoma, kad didžioji dalis (59,5 %) respondentų, kurie kreipėsi į PSPG įstaigas per pastaruosius 12-ka mėnesių, atsakė, kad jiems medicinos pagalba visada buvo suteikta iš karto, penktadalis (18,4%) atsakė, kad dažnai, ir tik labai nedidelė dalis (3,5%) Lietuvos gyventojų nurodė, kad medicinos pagalba, kai jiems jos reikėjo, niekada nebuvo suteikta iš karto.

2.1.6. Išvados

Aukščiau išdėstyti mokslinio tyrimo ir statistikos rodiklių analizės duomenys, paskelbti užsienio ir Lietuvos spaudoje ar konferencijose patvirtina, kad

- pirminės sveikatos priežiūros kokybė konkrečioje teritorijoje neatsiejama nuo PSP paslaugų prieinamumo;

- PSP paslaugų prieinamumas išlieka aktualia gyventojams ir valstybėms problema, kurią reikia spręsti reformuojant esamas sveikatos priežiūros sistemas

2.2. Panevėžio rajono reprezentacija

Panevėžio rajono savivaldybė yra Panevėžio apskrityje. Centras – Panevėžys, kitas miestas – Ramygala, 9 miesteliai: Gelažiai, Krekenava, Miežiškiai, Piniava, Raguva, Smilgiai, Šilai, Vadokliai, 752 kaimai. Rajone yra 11 seniūnijų: Karsakiškio, Krekenavos, Miežiškių, Naujamiesčio, Panevėžio, Raguvos, Ramygalos, Smilgių, Upytės, Vadoklių, Velžio.

Panevėžio rajono savivaldybė pagal gyventojų skaičių Lietuvoje yra 24-a, pagal gyventojų tankumą – 53-čia, o pagal savivaldybės plotą – 2-a, už ją plotu didesnė yra tik Varėnos savivaldybė. (Šaltinis: <http://lt.wikipedia.>).

| Panevėžio rajono savivaldybė | |
|--|--------------------------|
|  | |
| Valstybė: | Lietuva |
| Apskritis: | Panevėžio apskritis |
| Miestai: | Ramygala |
| Gyventojų (2005): | 43 232 |
| Gyventojų tankumas: | 19,8 žm./km ² |
| Plotas: | 2179 km ² |

6 pav. Panevėžio rajonas

2.2.1. Panevėžio rajono geografinė ir demografinė padėtis

Savivaldybei pavaldus Panevėžio rajonas – teritorija Lietuvos šiaurės-rytų dalyje. Bendras rajono plotas – 217,8 tūkst.ha (arba 2179 kv. km.). Panevėžio rajonas ribojasi su 8 rajonais, priklausančiais 5 apskritims. Su likusia Panevėžio apskritimi ribojamasi šiaurinėje pusėje: šiaurėje – su Pasvalio ir Biržų, šiaurės rytuose – su Kupiškio rajonais (nėra bendros ribos tik su vieninteliu apskrities rajonu – Rokiškio). Likusios administracinės teritorijos, su kuriomis ribojamasi:

- rytuose – su Anykščių rajonu (priklauso Utenos apskričiai);
- pietryčiuose – su Ukmergės rajonu (Vilniaus apskritis);
- pietuose ir pietvakariuose – su Kėdainių rajonu (Kauno apskritis);
- vakaruose – su Radviliškio ir Pakruojo rajonais (Šiaulių apskritis).

Rajonas turi patogią geografinę padėtį. Jis yra išsikūręs apie 150 km nuo pagrindinių Baltijos regiono centrų – Rygos, Vilniaus ir Kauno. Be to rajonas yra šalia magistralės, turinčios kelių tinklą, einantį nuo Berlyno per Varšuvą, Kaliningradą, Klaipėdą, Liepoją, Rygą, Taliną, Peterburgą. Rajoną kerta geležinkelis, jungiantis rytuose ir vakaruose esančius regionus.

Geografiniu požiūriu Panevėžio rajonas yra Nevėžio žemumoje, priklausančioje Lietuvos Vidurio žemumai. Didžiausios gyvenvietės (2001 m.): Dembava – 2397 gyventojai, Krekenava – 2003 gyventojai, Ramygala – 1733 gyventojai, Velžys – 1417 gyventojų, Piniava – 1158 gyventojai, Pažagieniai – 962 gyventojai, Jotainiai – 885 gyventojai, Naujamiestis – 832 gyventojai, Liūdynė – 762 gyventojai, Vaivadaai – 752 gyventojai.

Panevėžio rajonas turi itin gerai išvystytą kelių ir geležinkelių infrastruktūrą. Bendras rajono kelių tinklas – 644,74 km., kelių tankumas- 0,267 km/km Rajone yra geras susisiekimas, tačiau neišvystytas viešasis transportas. Todėl Panevėžio rajono savivaldybės Tarybos vienas iš prioritetų yra transporto infrastruktūros prieinamumo ir paslaugų kokybės gerinimas, pagerinant vietinių kelių techninius parametrus, užtikrinant subalansuotą rajono susisiekimo sistemos veikimą, tobulinant transporto paslaugų teikimą. (Panevėžio rajono savivaldybės strateginis planas 2003-2007 m.).

Lietuvos Respublikos gyventojų surašymo duomenimis 2007 m. sausio 1 d. Panevėžio rajono savivaldybės teritorijoje gyveno 43190 gyventojų, daugiausia lietuviai. Šių metų pradžioje darbingo amžiaus gyventojai sudarė 60% nuo bendro skaičiaus.

Gyventojų sudėtis amžiaus grupėmis 2007 m.

| Teritorinis vienetas | Iki darbingo amžiaus (0-15) (vnt.) (%) | Darbingas (vnt.) (%) | Pensinis (vnt.) (%) |
|-----------------------------|---|-----------------------------|----------------------------|
| Lietuvoje | 290213 (17,4 %) | 2136574 (63%) | 658092 (19,4%) |
| Panevėžio apskrityje | 51033 (17,8%) | 174556 (60,7%) | 61530 (21,4%) |
| Panevėžio rajone | 8292 (19,1%) | 25924 (60%) | 8974 (20,8%) |

Šaltinis: LR Statistikos departamentas

Rajone, kaip ir Panevėžio apskrityje bei visoje Lietuvoje stebimas nedidelis gyventojų skaičiaus mažėjimas, kuriam poveikį daro neigiamas migracijos saldo, didėjantis vyresnio amžiaus gyventojų skaičius, mažėjantis gimstamumas.

Gyventojų skaičiaus kaita

| Teritorinis vienetas | 2005m. (tūst.) | 2007 m. (tūst.) | Pokytis 2005 – 2007 m. (%) |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Lietuvoje | 3425,3 | 3384,8 | -16,40% |
| Panevėžio apskrityje | 292,3 | 287,1 | -0,3% |
| Panevėžio raj. sav. | 43,2 | 43,1 | -0.0001 % |

Šaltinis: LR Statistikos departamentas

Dauguma Panevėžio rajono gyventojų yra prisirašę Panevėžio rajono poliklinikoje.

2.2.2. Panevėžio rajono sveikatos priežiūros organizacinė struktūra

Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika yra Lietuvos Nacionalinės sveikatos sistemos dalis, teikianti pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas Panevėžio rajono gyventojams. Všet Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos steigėjas yra Panevėžio rajono savivaldybės taryba. Panevėžio rajono organizacinė struktūra (patvirtinta 2001 m. Gagužės 10 d. Panevėžio rajono tarybos ketvirtojo posedžio sprendimu Nr. 188):

Panevėžio rajono taryba

Patariamieji organai

(Stebėtojų taryba)

Patariamieji organai

(Gydymo, Slaugos, Etikos komisija)

Administracija

Pirminės asmens sveikatos priežiūros padalinys:

BPG kabinetai
PASP teikiančios komandos
Psichikos sveikatos centras
Stomatologijos skyrius
GMP skyrius
Ambulatorijos
Medicinos punktai
Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės

Bendrieji skyriai:

Registratūra
Laboratorija
Sterilizacinė
Personalo taryba
Sekretoriatas
Buhalterija
Ekonomikos taryba
Saugos darbe taryba
Civilinė saugos taryba
Ūkio patarnavimo taryba
Statistika

Antrinė sveikatos priežiūra yra juridiškai atskirta nuo pirminės, tačiau administruojama vieno juridinio asmens.

Antrinės asmens sveikatos priežiūros padalinys:

Gydytojų specialistų kabinetai, dantų protezavimo laboratorija, fizinės medicinos ir reabilitacijos skyrius.

Gydymo įstaigoje pirminio lygio paslaugas teikia (2006) 20 bendrosios praktikos gydytojai, 10 terapeutai, 10 apylinkės pediatrai, 4 akušeriai – ginekologai, 24 bendrosios praktikos gydytojų – stomatologų. 2 suaugusiųjų psichiatrai, vaikų psichiatras. Antrinio lygio paslaugas teikia; kardiologas, endokrinologas, terapeutas, chirurgas, traumatologas – ortopedas, 3 neurologai, akušeris – ginekologas, 2 oftalmologai, 2 otorinolaringologai, dermatovenerologas, pediatras, vaikų kardioreumotologas, vaikų pulmonologas, stomatologas chirurgas, stomatologai ortopedai, stomatologas ortodontas, endoskopuotojas, 5 echoskopuotojai, klinikinis fiziologas, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, urologas, kalbos korekcijos gydytojas.

Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas Panevėžio rajone išplėtotas pakankamai gerai. Į VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos struktūrą įeina 5 ambulatorijos : Raguvos, Naujamiesčio, Smilgių, Tiltagalių, Ramygalos, 3 reorganizuoti BPG kabinetai ; Pajstrio, Berčiūnų, Vadoklių, 28 medicinos punktų, 3 odontologijos kabinetai, 2 Naujamiesčio ir Ramygalos slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, Ramygalos senelių namai. Be to artima Panevėžio miesto kaiminystė suteikia rajono gyventojams galimybę pasinaudoti poliklinikos, esančios Panevėžio mieste, teikiamomis paslaugomis

2002 m. liepos 1 d. iš VšĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos sudeties pasitraukė Krekenavos ambulatorija. Ji tapo savarankišku ūkiniu subjektu – VšĮ Krekenavos pirminės sveikatos priežiūros centru. Šio centro struktūroje yra ambulatorija, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė, senelių namai, 3 medicinos punktai. (6 pav.)

Savivaldybė taip pat skatina privačių kabinetų plėtrą, tačiau ji nevykdoma dėl specialistų stokos bei didelių rajono gyventojams teikiamų paslaugų kaštų kuriuos sąlygoja dideli atstumai ir mažas gyventojų skaičius.

Neišplėtotos bendrosios praktikos gydytojo institucijos neužtikrinta sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės kaimo gyventojams. Todėl rajono sveikatos įstaiga turėtų ieškoti naujų paslaugų teikimo galimybių. Viena iš jų galėtų būti privačių BPG kabinetų steigimas.

2.2.3. VŠĮ Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos veiklos statistinė analizė

Panevėžio rajono savivaldybė pagal daugelį požymių – gyventojų skaičių, gimstamumą, užimtumą ir kitus rodiklius – yra tipiška Lietuvos rajono savivaldybė. Autorės nuomone, dėl šių požymių Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika gali reprezentuoti bendras Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo problemas. Iš kitos pusės, rajonas yra greta didelio Lietuvos miesto dėl to tyrimo rezultatus bus galima lyginti su Kauno, Šiaulių, Alytaus ir kitais, prie didelių miestų esančiais, rajonais.

Tam, kad būtų įtikinamiau verta trumpai paanalizuoti poliklinikos veiklos statistiką, bei palyginti ją su visos Lietuvos ir Šiaulių rajono savivaldybės, kuri savo struktūra yra panaši į Panevėžio rajono savivaldybę, duomenimis.

5 lentelė

1 gyventojas vidutiniškai apsilankė poliklinikose ir ambulatorijose (2006)

| Teritorinis vienetas | Apsilankymai (kartais) |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Lietuvos Respublika | 6,5 |
| Panevėžio raj. sav | 5,3 |
| Šiaulių raj. sav. | 3,2 |

Šaltinis: LR Statistikos departamentas

Pagal vieno žmogaus apsilankymus poliklinikose ir ambulatorijose Panevėžio rajono savivaldybė šiek tiek atsilieka nuo visos Lietuvos rodiklių, t.y. 5,3 ir 6,5 kartai, tačiau ženkliai lenkia Šiaulių rajono savivaldybę – 3,2 karto.

6 lentelė

Apsilankymų poliklinikose ir ambulatorijose skaičius (2006)

| Teritorinis vienetas | Apsilankymai (tūks.) | Apsilankymai (%) |
|----------------------|----------------------|------------------|
| Lietuvos Respublika | 22070,2 | 64,8 |
| Panevėžio raj. sav | 228,8 | 52,7 |
| Šiaulių raj. sav. | 159,9 | 31,2 |

Šaltinis: LR Statistikos departamentas

Iš visų 43295 Panevėžio rajono savivaldybės gyventojų 2006 metais savivaldybės poliklinikoje ir ambulatorijose lankėsi 52,7 %, Lietuvoje – 64,8 %, o Šiaulių rajono savivaldybės poliklinikose ir ambulatorijose lankėsi 31 % visų gyventojų, nors šiuo atžvilgiu šioje savivaldybėje gyvena 7585 gyventojais daugiau.

7 lentelė

Asmenų, kuriems suteikta greitoji medicinos pagalba, skaičius (2006)

| Teritorinis vienetas | Asmenų skaičius(vnt.) | Asmenų skaičius (%) |
|----------------------|-----------------------|---------------------|
| Lietuvos Respublika | 732976 | 21,5 |
| Panevėžio raj. sav | 13581 | 31,3 |
| Šiaulių raj. sav. | 9392 | 18,5 |

Šaltinis: LR Statistikos departamentas

Net 31 % Panevėžio rajono gyventojų 2006 metais naudojami greitosios medicinos pagalbos paslaugomis. Tuo tarpu bendras Lietuvos rodiklis yra 21,5 %, o Šiaulių rajono savivaldybėje besinaudojančių greitosios pagalbos paslaugomis skaičius (%) yra ženkliai mažesnis – tik 18%.

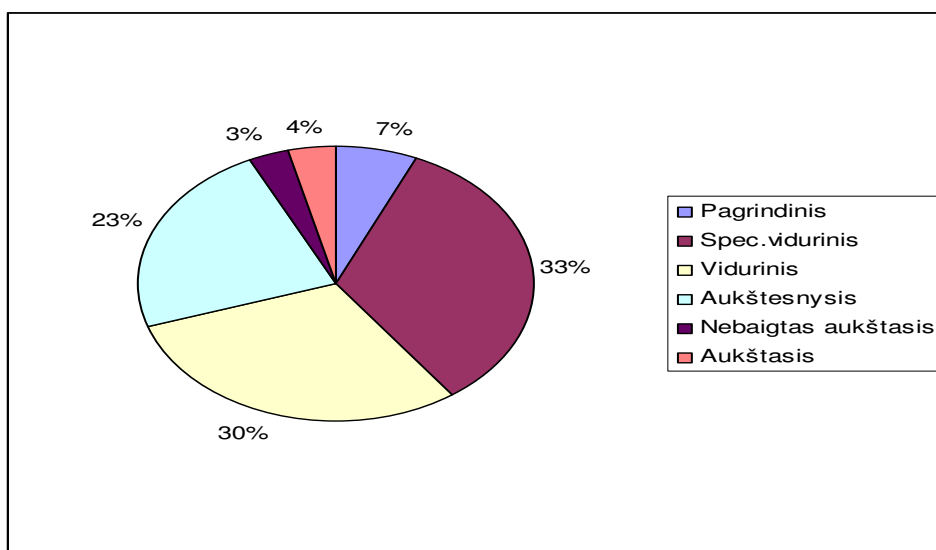
Išanalizavus pateiktus Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos veiklos statistinius duomenis galima teigti, kad poliklinika savo veikla (pagal gyventojų skaičių) neatsilieka nuo visos Lietuvos poliklinikų statistinių rodiklių.

3. TYRIMO METODOLOGIJA

TYRIMO ETIKA. Tyrimui atlikti buvo gautas sveikatos priežiūros vadovų leidimas.

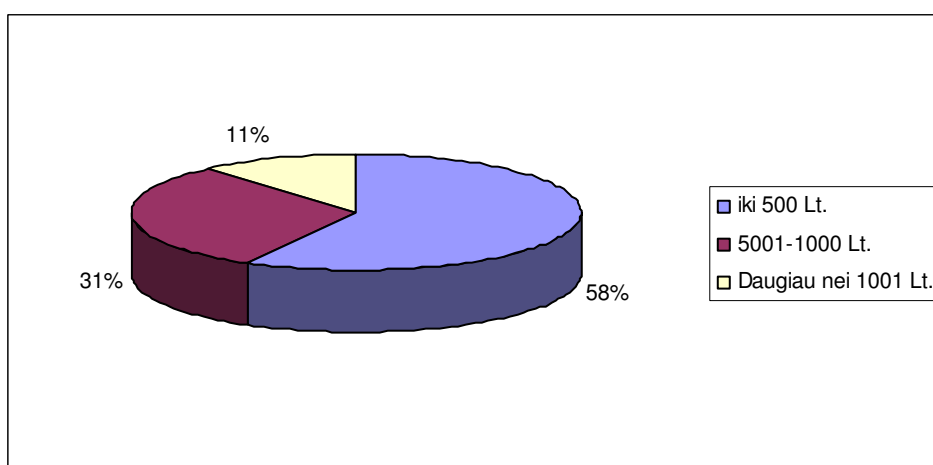
TIRIAMŪJŲ CHARAKTERISTIKA. Tyrime dalyvavo 150 įvairaus amžiaus suaugę žmonės, besilankantys Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje, bei jos padaliniuose. Tiriamųjų amžius svyruoja nuo 18 iki 79 metų. Amžiaus vidurkis – 53 metai.

Tyrime dalyvavo 25% vyrų ir 75% moterų. Dauguma apklaustųjų turėjo vidurinę arba spec. vidurinę išsilavinimą (viso 63%). Tyriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą pateiktas 7 pav.



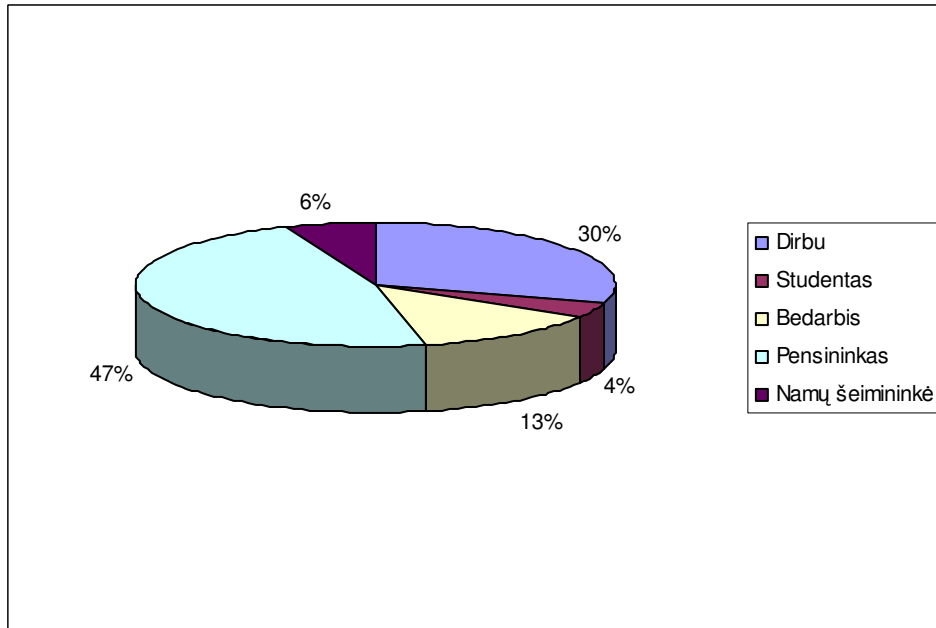
7 pav. Tyriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.

Taip pat tyrime dalyvavo 58 % pacientų, kurių pajamos per mėnesį siekia iki 500 litų ir tik 11%, kurių pajamos yra daugiau nei 1001 litų per mėnesį.



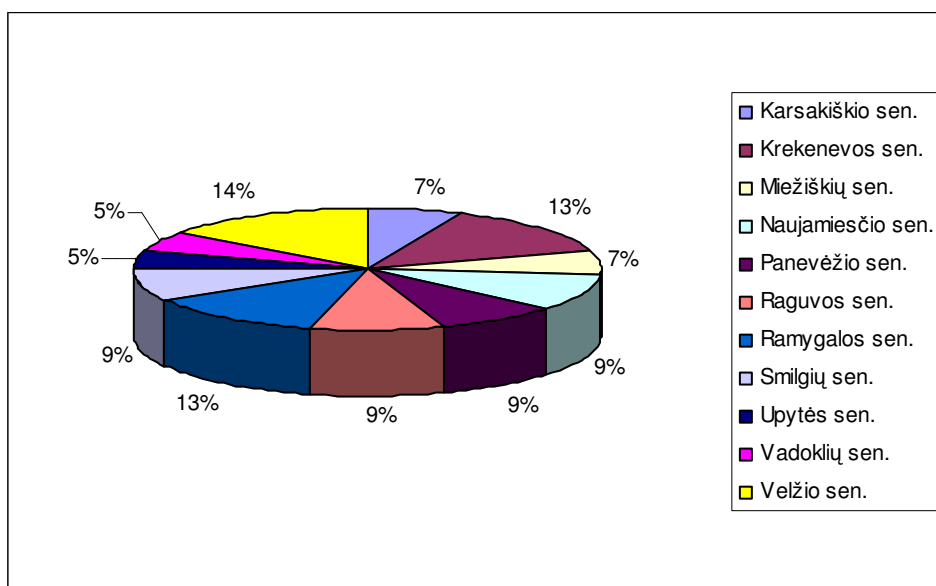
8 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas.

Didžioji dalis apklaustųjų buvo pensininkai – 47 % ir dirbantys – 30 %.



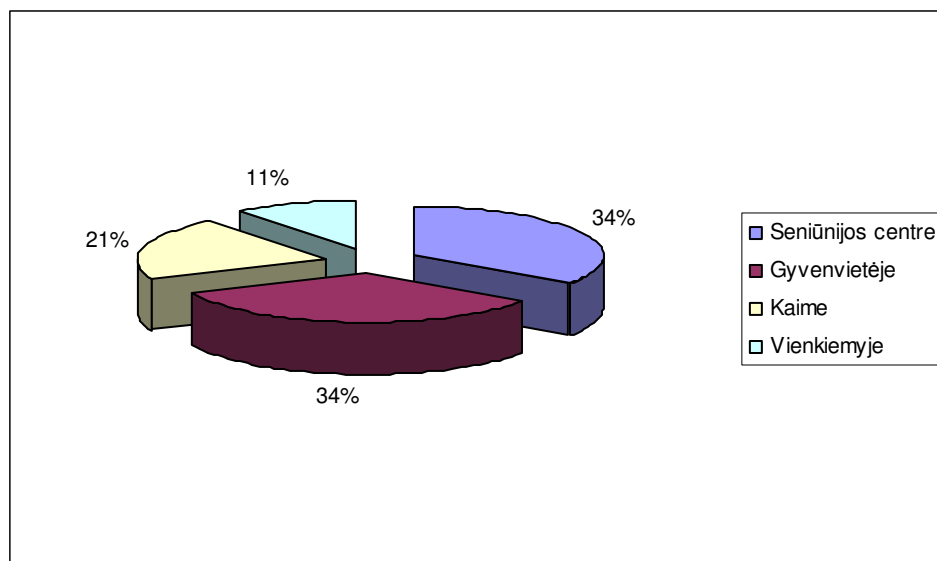
9 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal užimtumą

Dauguma apklaustųjų gyveno Velžio - 14 % ir Krekenavos - 13 % seniūnijose



10 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gyvenamą vietą.

Iš 150 respondentų po 34% nurodė, kad gyvena seniūnijos centre ir gyvenvietėje.



11 pav. Respondentų pasiskirstymas gyvenamą vietą

TYRIMO EIGA. Tyrimas buvo atliktas 2007 m. rugpjūčio – spalio mėn. Tyrimas atliktas anketinės apklausos būdu. Tiriamųjų grupę sudarė 150 suaugusiųjų Panevėžio rajono gyventojų, besilankančių PRSP ir jos padaliniuose.

Įstaigos, kuriose buvo atliekamas tyrimas:

- Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika
- Raguvos ambulatorija
- Ramygalos ambulatorija
- Naujamiesčio ambulatorija
- Tiltagalių ambulatorija
- Smilgių ambulatorija
- Pajstrio BPG kabinetas
- Berčiūnų BPG kabinetas
- Krekenavos PSPC

Anketos buvo dalijamos įstaigų registratūrose, jas galėjo pildyti visi norintys pacientai nuo 18 metų amžiaus. Anketas išdalyti ir surinkti padėjo registratūros darbuotojos.

TYRIMO METODIKA. Tyrimui buvo sudaryta uždaro tipo standartinė anketa – klausimynas (Priedas Nr. 2). Kiekvienam pacientui buvo pateikta 34 klausimai. Anketa sudaryta iš bendrųjų ir tikslinių klausimų. 1–7 anketos klausimai yra bendriniai, nusakantys respondentų amžių, lytį, išsilavinimą, finansinę padėtį, užimtumą, gyvenamąją vietą. Visi kiti anketos klausimai yra tiksliniai. Jais norėta sužinoti ar šalia pacientų gyvenamosios vietos yra kokia nors PSP įstaiga, koks kilometrų atstumas jiems yra iki jų gydymo įstaigos, kiek laiko jie sugaišta atvykimui, kuo dažniausiai atvyksta ir kiek kartų per pastaruosius metus lankėsi PSP įstaigoje (8

– 16 klausimai). Taip pat bandyta išsiaiškinti apklaustųjų požiūrį į alternatyvų pas gydytojus kreipimosi būdą – konsultaciją telefonu (16 – 19 klausimai). 20 – 23 klausimais siekta išsiaiškinti ar respondentams per pastaruosius metus yra tekę gydytis stacionare, kviešti GMP ir kiek kartų. Be to siekta nustatyti įvairių faktorių poveikį pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui (24 – 28 klausimai). 29 – 30 anketos klausimai atspindėjo pacientų požiūrį į privačių BGP kabinetų steigimą. Likę klausimai skirti išsiaiškinti ar respondentus tenkinama komunikacinis PSP paslaugų prieinamumas, sužinoti nuomonę kaip ir kas turi rūpintis komunikaciniu PSP paslaugų gerinimu.

Atsakydami į klausimus pacientai galėjo rinktis vieną iš kelių pateiktų atsakymų. Respondentų nuomonės vertinimui buvo naudojama Likerto skalė, kurioje penki atsakymo variantai: „labai palankiai“, „ palankiai“, nei palankiai, nei nepalankiai“, „labai nepalankiai“, „ nepalankiai“.

TYRIMO DUOMENŲ SKAIČIAVIMAS. Statistinė duomenų analizė atlikta personaliniu kompiuteriu naudojant statistinės analizės SPSS programinį paketą. Skirtumai tarp atitinkamų duomenų laikomi reikšmingi, kai paklaidos tikimybė $p < 0,05$.

4. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

4.1 Panevėžio rajono gyventojų pasitenkinimas esamu komunikaciniu (teritoriniu) pirminės sveikatos priežiūros prieinamumu

Tyrimo, atlikto Panevėžio rajone metu, siekta išsiaiškinti rajonų žmonių pasitenkinimą komunikaciniu (teritoriniu) PSP paslaugų prieinamumu. Remiantis gautais duomenimis galime teigti, kad tik 10% Panevėžio rajono gyventojų yra visiškai patenkinti komunikaciniu PSP paslaugų prieinamumu, 36% gyventojų komunikacinis prieinamumas tenkina salyginai, tuo tarpu 19,3% nurodė, kad komunikacinis prieinamumas jų netenkina ir 26,7%, kad salyginai tenkina. Susumavus visus neigiamus („Netenkina“, „Salyginai netenkina“) ir teigiamus („Tenkina“, „Salyginai tenkina“) atsakymus darytina išvada, kad Panevėžio rajono gyventojų nuomonė dėl komunikacinio PSP paslaugų prieinamumo pasiskirstė tolygiai: 46% – toks prieinamumas tenkina ir 46% – netenkina (8% šiuo klausimu neturi nuomonės).

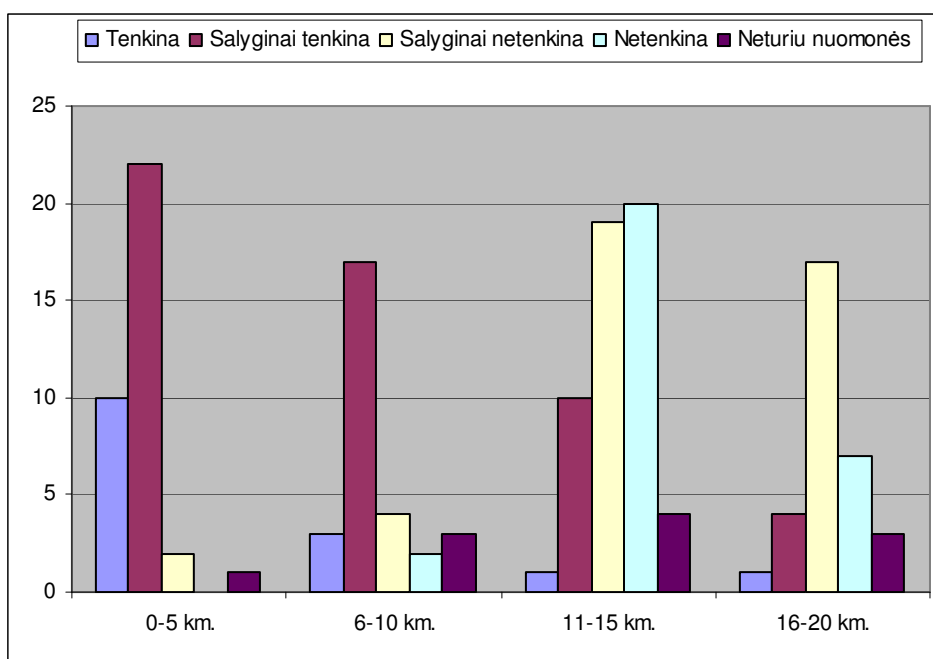
Vertinant gyventojų pasitenkinimą komunikaciniu PSP prieinamumu pagal gyvenamą vietą buvo nustatytas statistinis reikšmingumas $p < 0,05$, vadinasi, galima gana tvirtai teigti, kad esamas prieinamumas labiausiai tenkina seniūnijos centre gyvenančius žmones viso 82,8% respondentų („Tenkina“ – 21,2% ir „Salyginai tenkina“ – 61,5%), tuo tarpu net 93,7% (Netenkina“ – 62,5%, „Salyginai tenkina“ – 31,2%) respondentų, gyvenančių vienkiemiuose, tokiu komunikaciniu PSP paslaugų prieinamumu yra nepatenkinti.

Taip pat galime teigti, kad komunikacinis PSP paslaugų prieinamumas priimtinausias yra Velžio seniūnijoje gyvenantiems respondentams – 68,2% („Tenkina“ – 18,2%, „Salyginai tenkina“ – 50%), kiek mažiau Raguvo – 57,2% („Tenkina“ – 14,3%, „Salyginai tenkina“ – 42,9%) ir vienodai primtinas Panevėžio ir Smilgių seniūnijose – 53,9% („Tenkina“ po 15,4% , „Salyginai tenkina“ po 38,5%). Tačiau net 71,4% („Netenkina“ – 14,3%, „Salyginai netenkina“ – 57,1%) Upytės, 65% („Netentina“ – 30%, „Salyginai netenkina“ – 35%), Krekenavos ir 60% („Netenkina“ – 20%, „Salyginai netenkina“ – 40%) Miežiškių seniūnijų gyventojų teigė, kad jie tokiu komunikaciniu prieinamumu nėra patenkinti. Tačiau, remiantis vien šiuo tyrimu, rizikinga teigti, kad tiriamo rajono seniūnijų žmonės tikrai yra patenkinti ar nepatenkinti esamu komunikaciniu prieinamumu, nes statistinis reikšmingumas $p > 0,05$.

Statistinis reikšmingumas $p < 0,05$ nustatytas vertinant komunikacinio prieinamumo pasitenkinimą bei esamą PSP įstaigą gyvenamojoje teritorijoje. Šiuo atžvilgiu net 65,7% respondentų, kurių gyvenamojoje teritorijoje nėra jokio gydymo įstaigos, bei 58,4%, kurių gyvenamojoje teritorijoje yra medicinos punktas, nėra patenkinti komunikaciniu PSP paslaugų

prieinamumu. Tuo tarpu net 79,2%, 62,5%, 58,4% respondentų, kurių gyvenamojoje teritorijoje yra ambulatorija, PSP centras bei BPG kabinetas, esamas komunikacinis prieinamumas tenkina ar tenkina salyginai.

Analizuojant gautus duomenis nustatytas tiesioginis ryšys tarp gyventojų pasitenkinimo komunikaciniu prieinamumu ir kilometrų atstumo iki gydymo įstaigos. Net 85 % („Netenkina“ – 21,9 %, „Salyginai netenkina“ – 53,1 %) apklaustųjų, kuriems iki gydymo įstaigos, kur dirba jų šeimos gydytojas, yra daugiau nei 20 km., nepatenkinti komunikaciniu PSP paslaugų prieinamumu. Tuo tarpu iš visų respondentų, kuriems iki gydymo įstaigos yra 0 – 5 km. atstumas, 90,5% yra patenkinti komunikaciniu prieinamumu. (Pav. Nr. 12)



$$\chi^2 = 74,124 \quad p < 0,001 \quad df = 12$$

12 pav. Respondentų pasitenkinimas komunikaciniu PSP paslaugų prieinamumu atstumo iki gydymo įstaigos atžvilgiu.

Remiantis gautais duomenimis galime teigti, kad komunikacinio prieinamumo vertinimą įtakoja ir susisiekimo su gydymo įstaiga galimybės. 18,3% respondentų, kurie susisiekimą viešuoju transportu vertina teigiamai, yra patenkinti komunikaciniu PSP paslaugų prieinamumu, t.y. visi respondentai, teigė, kad komunikacinis PSP paslaugų prieinamumas juos tenkina, ir 51,2% tokiu prieinamumu yra patenkinti salyginai. Didžioji dalis respondentų nurodžiusių, kad susisiekimas viešuoju transportu yra geras, gyveno seniūnijos centre – 76,9% ir gyvenvietėje – 66,7%. Tuo tarpu 36,8% respondentų, kurie susisiekimą vertina neigiamai, yra nepatenkinti komunikaciniu prieinamumu, o 33,8% - nepatenkinti salyginai. Net 90,3 % respondentai, atsakę, kad susisiekimas viešuoju transportu yra blogas, gyveno kaime, o 68,8% - vienkiemyje. 58,7% respondentų, turinčių nuosavą automobilį, teigė, kad komunikacinis PSP paslaugų

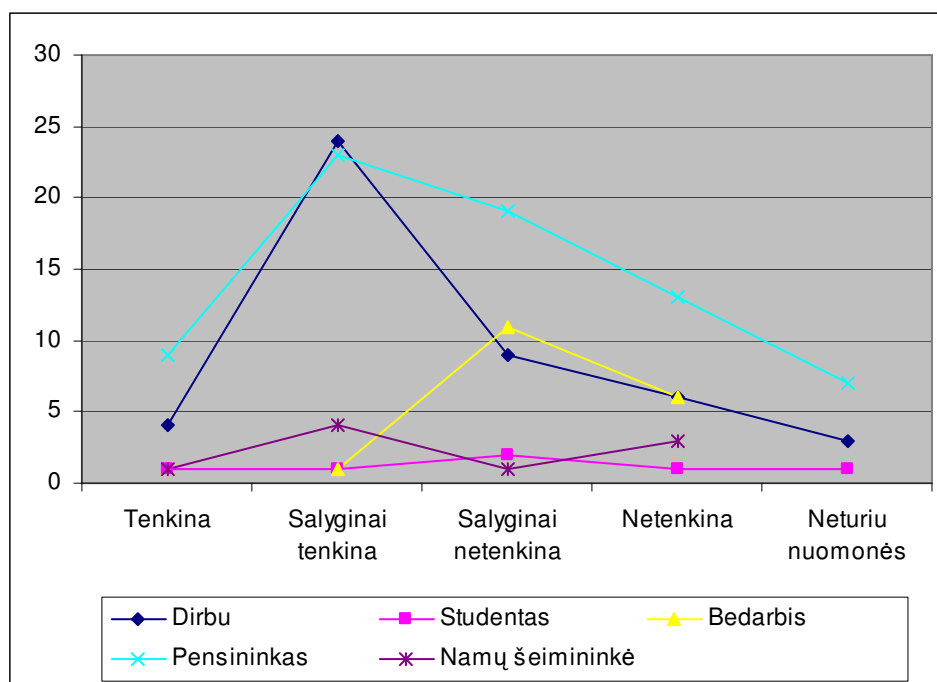
prieinamumas juos tenkina (12% - tenkina ir 46,7% - salyginai tenkina). 63,8% visų respondentų, neturinčių nuosavo automobilio, komunikaciniu prieinamumu yra nepatenkinti (36,2%) arba salyginai nepatenkinti (27,6%). Visais atvejais statistinis reikšmingumas $p < 0,05$.

4.2 Demografinių – socialinių faktorių poveikis komunikacinio prieinamumo vertinimui

Atlikus anketinės aplausos tyrimą pastebima, kad komunikacinio PSP paslaugų prieinamumo vertinimą stipriai įtakoja respondentų socialinės – demografinės charakteristikos. Net 72,9% vyrų komunikacinį PSP paslaugų prieinamumą vertina teigiamai (24,3% – tenkina ir 48,6% – salyginai tenkina), tuo tarpu tik 36,3% moterų komunikacinį prieinamumą vertina teigiamai, o 54% moterų esamu komunikaciniu PSP paslaugų prieinamumu nėra patenkintos.

Komunikaciniu PSP paslaugų prieinamumu daugiausiai patenkinti respondentai, kurių pajamos yra virš 1001 lt – 82,4%, 58,6 % respondentų, kurių pajamos yra iki 500 lt., esamas komunikacinis prieinamumas netenkina arba tenkina tik salyginai.

Analizuojant komunikacinio PSP paslaugų prieinamumo vertinimą pagal gyventojų užimtumą, pastebima, kad net 94,4% bedarbių tvirtina, jog komunikacinis prieinamumas juos netenkina, gerai komunikacinį prieinamumą vertina dirbantys asmenys – 60,9%, namų šeimininkės – 55,5%, pensininkai - 45,1%, studentai – 33,4%. (13 pav.)



2

$\chi^2 = 28,175$ $df = 16$ $p = 0,03$ ($p < 0,05$)

13 pav. Komunikacinio prieinamumo vertinimas pagal respondentų užimtumą.

Komunikacinis prieinamumas labiausiai priimtinas aukštąjį išsilavinimą turintiems respondentams – 71,5%, nebaigtą aukštąjį - 60% ir vidurinį - 56%. Statistiškas patikimumas $p < 0,05$ ($p = 0,02$).

4.3 Kmunikacinio prieinamumo poveikis sveikatos kokybei

Remiantis tyrimo duomenimis galime teigti, kad net 68,7% respondentų lankėsi PSP įstaigose per pastaruosius metus, tačiau daugiau nei pusė visų apklaustųjų teigia, kad PSP įstaigose lankosi labai retai 22,7% ar retai 35,3% ir, kad moterys dažniau lankosi PSP įstaigoje - 74,3% nei vyrai – 51,4% . Stasistinis reikšmingumas $p < 0,05$.

Gauti rezultatai patvirtina, kad egzistuoja tiesioginis ryšys tarp sveikatos paslaugų prieinamumo ir atstumo, kuris skiria gyventoją nuo gydymo įstaigos. 28,6% ir 57,1% gyventojų, kuriems iki gydymo įstaigos yra 16-20 km., lankosi PSP įstaigose labai retai ar retai, o gyventojai, kuriems iki gydymo įstaigos yra 0-5 km., apsilanko kartą per 3 mėn. – 51,4% bei kartą per mėn. ir dažniau – 22,9%. (8 lentelė)

8 lentelė

Kilometrų atstumo iki PSP įstaigos ir lankymosi joje ryšys

| | | km. atstumas iki PSP | | | | Viso |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|----------|-----------|--------|--------|
| | | 0-5 km. | 6-10 km. | 11-15 km. | 16-20 | |
| Kaip dažnai lankotėsPSP įstaigoje | l. retai | 5.7% | 27.3% | 27.8% | 28.6% | 22.7% |
| | retai | 20.0% | 30.3% | 37.0% | 57.1% | 35.3% |
| | kartą per 3 mėn. | 51.4% | 21.2% | 22.2% | 10.7% | 26.7% |
| | kartą per mėn. ir dažniau | 22.9% | 21.2% | 13.0% | 3.6% | 15.3% |
| Viso | | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

2

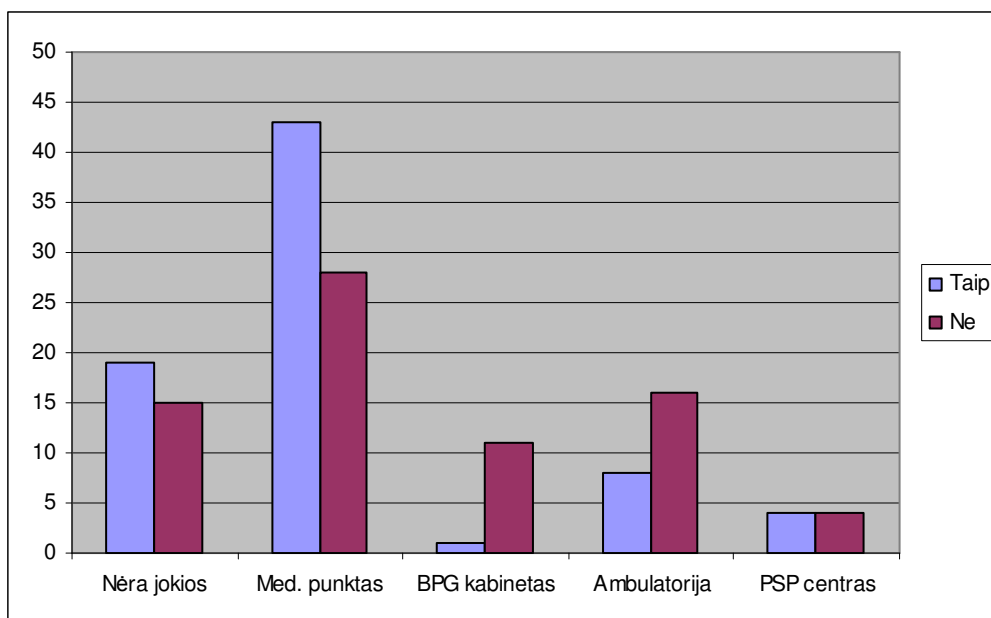
$$X = 28,426 \text{ df} = 9 \text{ p} < 0,05 \text{ (p} = 0,001)$$

Remiantis gautais rezultatais galime teigti, kad kilometrų atstumas įtakoja pacientų sveikatos kokybę, nes net 75% respondentų, kuriems iki gydymo įstaigos yra 16-20 km., nurodė, kad teko jau sunkesnėje ligos stadijoje kreiptis į BPG gydytoją, tuo tarpu 62,9% gyventojų, kuriems iki gydymo įstaigos yra 0-5 km., teigė, kad į BPG gydytoją visada kreipiasi laiku. Statistinis patikimumas šiuo klausimu $p < 0,05$ ($p = 0,012$).

Taip pat nustatyta, kad respondentai, gyvenantys 16-20 km. atstumu nuo gydymo įstaigos, daug dažniau gydėsi stacionare – 60,7%, ir kvietėsi GMP - 75% nei tie, kuriems iki gydymo įstaigos yra 0-5 km. atstumas – 37,1% ir 37,1%. Statistinis patikimumas abiem atvejais $p < 0,05$ ($p = 0,045$; $p = 0,006$).

Respondentai nurodė, kad pagrindinės priežastys, dėl kurių gyventojai linkę atididėti vizitą pas BPG, yra: dideli atstumai iki gydymo įstaigos – 30,7%, brangus susisiekimas - 32% ir netinkamai važiuojantis viešasis transportas - 18%

Be to tyrimo rezultatai parodė, kad gyventojų sveikatos kokybę įtakoja ir tai kokia įstaiga yra jų gyvenamojoje teritorijoje. Net 56,6% ir 26,3% visų respondentų teigusių, kad teko kreiptis į BPG pavėluotai, gyveno teritorijoje kur buvo medicinos punktas ar nebuvo jokios PSP įstaigos. Tuo tarpu tik 1,3 %, kurių gyvenamojoje teritorijoje buvo BPG kabinetas, į šį klausimą atsakė teigiamai. (14 pav.)



2

$\chi^2 = 14,895$ $df = 4$ $p < 0,05$ ($p = 0,005$)

14 pav. PSP įstaigos buvimo reikšmė respondentų sveikatos kokybei

Respondentai, kurių gyvenamojoje vietoje yra medicinos punktas ar nėra jokios PSP įstaigos, tvirtina, kad atvykimas pas BPG jiems sukelia įvairių sunkumų – 66,2% ir 73,3%, kurie taipogi daro poveikį jų sveikatai. Statistinis patikimumas $p < 0,05$ ($p = 0,003$).

4.4 Respondentų požiūris į komunikacinį tinklą

Tyrimo metu taip pat norėta išsiaiškinti kaip Panevėžio rajono gyventojai vertina komunikacinio tinklo išvystymą, t.y. konsultacijos telefonu, BPG atvykimas į namus, ir ar jis jiems prieinamas.

Remiantis gautais rezultatais galime teigti, kad dauguma respondentų turi galimybę konsultuotis telefonu – 76%, tačiau naudojami ja 68,4%. Iš visų respondentų, turinčių šią galimybę, labai palankiai ir palankiai ją vertina 19,3% bei 21,9%, nei palankiai, nei nepalankiai – 21,1%. Palankiai (27,8%) konsultaciją telefonu vertina ir tie, kurie šios galimybės neturi, tačiau didžioji dalis, neturinčių galimybės konsultuotis telefonu, respondentų ją verina neutraliai – 47,2%. Statistinis patikimumas $p < 0,05$ ($p = 0,001$).

Be to tyrimo metu nustatyta, kad konsultaciją telefonu palankiau vertina vyrai - 62,2% (l. palankiai – 8,1%, palankiai – 54,1%) nei moterys – 30,1% (l. palankiai – 16,8%, palankiai – 13,3%) $p < 0,05$ bei, kad vyrai šia galimybe naudojami dažniau – 72,7% nei moterys – 66,7%. Tačiau tvirtai teigti to negalime, nes statistinis patikimumas $p > 0,05$. Kitos socialinės – demografinės farakteristikos, kaip užimtumas, išsilavinimas, pajamos, atstumas iki gydymo įstaigos, gyvenamoji vieta, didelio poveikio, konsultacijos telefonu galimybei bei naudojimuisi ja, neturi.

Gauti tyrimo rezultatai parodo, kad net 82,7% respondentų teigė, jog BPG atvyksta pas juos į namus, tačiau tik 20,7% iš jų nurodė, jog BPG atvyksta pas juos ne tik darbo metu, bet ir po darbo. Šio klausimo analizė pagal respondentų gyvenamą vietą pateikiama 9 lentelėje.

9 lentelė

Klausimo: „Ar atvyksta BPG į namus?“ respondentų atsakymai pagal gyvenamą vietą.

| | | Ar atvyksta BPG į namus | | | Viso |
|-----------|--------------|-------------------------|------------------------------------|------------|------|
| | | atvyksta tik darbo metu | atvyksta ir darbo, ir nedarbo metu | neatvyksta | |
| Seniūnija | Karsakiškio | 70% | 10% | 20% | 100% |
| | Krekenavos | 65% | | 35% | 100% |
| | Miežiškių | 80% | 10% | 10% | 100% |
| | Naujamiesčio | 42.9% | 50.0% | 7.1% | 100% |
| | Panevėžio | 30.8% | 69.2% | | 100% |
| | Raguvos | 21.4% | 78.6% | | 100% |
| | Ramygalos | 78.9% | 10.5% | 10.5% | 100% |

| | | | | |
|----------|-------|-------|-------|------|
| Smilgių | 61.5% | | 38.5% | 100% |
| Upytės | 71.4% | | 28.6% | 100% |
| Vadoklių | 62.5% | | 37.5% | 100% |
| Velžio | 86.4% | | 13.6% | 100% |
| Viso | 62.0% | 20.7% | 17.3% | 100% |

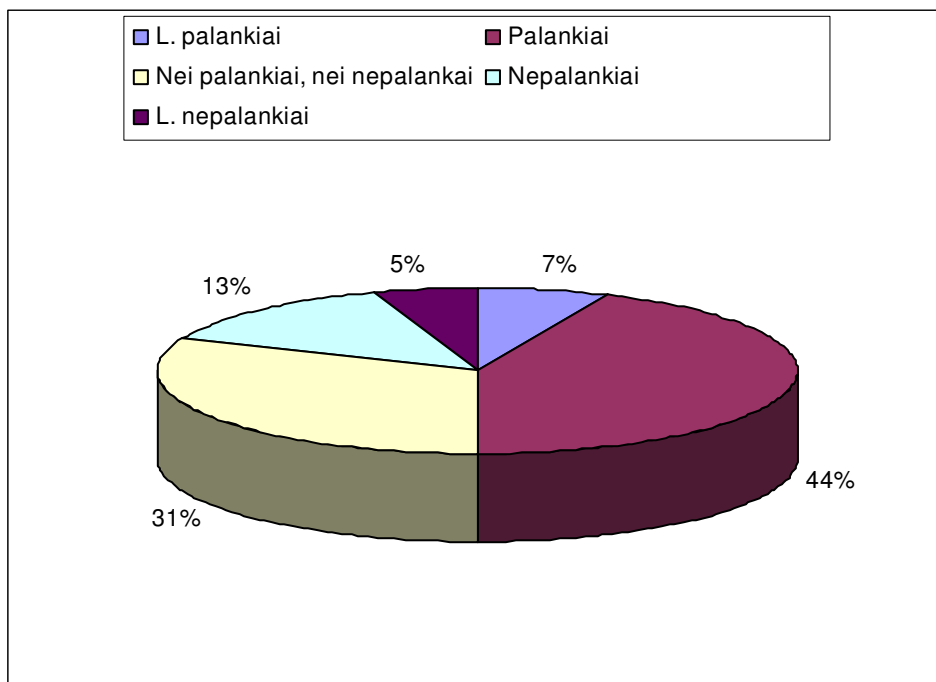
$$\chi^2 = 86,11 \text{ df} = 20 \text{ p} < 0,05 \text{ (p} = 0,001)$$

Tyrimo metu nustatytas ir tiesiogis ryšys tarp gydytojo atvykimo į namus ir kilometrų atstumo, nes iš visų teigusių, kad gydytojas pas juos atvyksta, daugiau nei pusė - 56% gyveno 0-5 km. atstumu, iš jų 35,5% nurodė, kad BPG atvyksta pas juos ir ne darbo metu, tačiau statistiškai reikšmingo nerasta ($p > 0,05$). Taip pat nustatyta, kad atvykimas į namus ne darbo metu yra susijęs ir su esama PSP įstaiga gyvenamojoje teritorijoje - 41,7% ir 37,5%, tai teigusių respondentų, gyvenamojoje teritorijoje buvo BPG kabinetas ar ambulatorija. Tačiau negalime to teigti užtikrintai, nes reikšmingo skirtumo nerasta $p < 0,005$

4.5 Gyventojų lūkesčiai dėl komunikacinio PSP paslaugų prieinamumo

Apklauso metu norėta išsiaiškinti, ką, Panevėžio rajono gyventojų manymu, reikėtų pakeisti, kad komunikacinis PSP paslaugų prieinamumas jiems būtų priimtinesnis. Į šį klausimą 44,7% respondentų atsakė, kad reikėtų įsteigti BPG kabinetą arčiau jų gyvenamosios vietos, 22% teigė, kad reikėtų pagerinti susisiekimą viešuoju transportu, 24,7%, kad reikia išvystyti komunikacinį tinklą.

Nagrinėjant klausimą dėl BPG kabinetų, respondentų buvo klausama kaip jie vertina privačių BPG kabinetų steigimą. Gyventojų nuomonės pasiskirstymas šiuo klausimu pateikiamas 15 pav.



15 pav. Respondentų nuomonė dėl privačių BPG kabinetų steigimo.

Privačių BPG kabinetų steigimą labai palankiai vertina 33,3% studentų, 22,2% namų šeimininkų, 6,7% dirbančių ir 4,2% pensininkų, palankiai – 42,2% dirbančių, 16,7% studentų, 47,4% bedarbių, 49,3% pensininkų ir 11,1% namų šeimininkų, statistinis patikimumas $p < 0,05$ ($p = 0,015$). Labai palankiai jį vertina 18,9% vyrų ir 2,7% moterų, palankiai - 27% vyrų, 48,7% moterų, tačiau dauguma vyrų privačių BPG kabinetų steigimą vertina neutraliai – 37,8%. Statistinis patikimumas $p < 0,05$ ($p = 0,001$).

23,3% respondentų teigė, kad kreiptusi į privatų BPG kabinetą, 49,3% kreiptusi, jei paslaugos būtų kompensuojamos 100% ir tik 8% nesikreiptų (19,3% nežino). Į privatų BPG kabinetą kreiptusi didesnė dalis moterų – 74,3% nei vyrų – 67,5%, iš jų net 52,2% moterų ir 40,5% vyrų kreipusi tik tada, jei paslaugos būtų kompensuojamos 100%. Analizuojant šį klausimą galime teigti, kad nepriklausomai nuo respondentų užimtumo, pajamų, išsilavinimo, seniūnijos, kilometrų atstumo iki gydymo įstaigos dauguma kreiptusi į privatų BPG kabinetą, jei paslaugos būtų kompensuojamos 100%. Ypač drąsiai tai tvirtinti galime išsilavinimo, seniūnijų ir kilometrų atstumo atžvilgiu, nes statistinis patikimumas $p < 0,05$.

Į klausimą „Kas turi rūpintis komunikacinio PSP paslaugų prieinamumo gerinimu?“ 38% respondentų teigė, kad savivaldybė, 34% - apskrities administracija, 20% - VšĮ PRSP administracija ir 8% - SAM.

4.6 Rezultatų aptarimas

Šio tyrimo metu pabandėme įvertinti pacientų, besilankančių Panevėžio rajono poliklinikoje bei jos pirminės sveikatos priežiūros filialuose, nuomonę apie teritorinį sveikatos priežiūros prieinamumą bei nustatyti veiksnius, susijusius su jų vertinimais.

Jung su bendraautoriais (2003) teigia, kad pacientų vertinimai apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą bei teikiamas paslaugas yra subjektyvus ir priklauso nuo pacientų socialinių ir demografinių charakteristikų, lūkesčių, patirties naudojantis pirminės sveikatos priežiūros centrų paslaugomis.

Analizuojant tyrimo veiksnius, susijusius su pacientų vertinimais apie komunikacinį pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą, nustatėme, jog pagrindinis požymis lėmęs pacientų teigiamą vertinimą apie komunikacinio PSP paslaugų prieinamumą buvo gyvenamoji vieta, t.y. komunikacinį PSP paslaugų prieinamumą palankiau vertino respondentai, gyvenantys seniūnijų centruose, kurių gyvenamojoje teritorijoje yra ambulatorija ar BPG kabinetas, bei tie, kuriems iki PSP įstaigos yra 0-5 km. atstumas. Panašius duomenis pateikia ir Milašauskienė su bedraautoriais (2006), nurodantys, kad sveikatos priežiūros centrų prieinamumas Šiaulių apskrityje geriau buvo vertinamas mieste negu miesteliuose. Be to tyrimo metu nustatėme, kad komunikacinio prieinamumo vertinimą įtakoja susisiekimo su PSP įstaiga galimybė. Komunikacinį prieinamumą palankiau vertino respondentai, turintys nuosavą automobilį bei tie, kurie susisiekimą viešuoju transportu vertino teigiamai. Mūsų tyrimo duomenimis susisiekimą viešuoju transportu palankiai vertino seniūnijų centrų ir gyvenviečių gyventojai. J. Kairys, E. Žebienė ir kt. (2004) taip pat pabrėžia, kad geresnis susisiekimas su poliklinika miestuose negu rajonų centruose ir kaimuose.

Vertinant socialinių ir demografinių veiksnių sąsajas su pirminės sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumo vertinimu, nustatėme, kad komunikacinį PSP prieinamumą palankiau vertino vyrai bei asmenys, turintys aukštąjį išsilavinimą, dirbantys, disponuojantys didesnėmis pajamomis. Statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo rasta tik analizuojant ryšį tarp komunikacinio prieinamumo ir respondentų lyties. Užsienio šalių mokslininkai taip pat pabrėžia nevienodą socialinių ir demografinių veiksnių įtaką pacientų vertinimams apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą. Jung'o ir kt. (2003) pateiki duomenys labai priešaringi. Jie teigia, kad iš 145 tyrimų, atliktų įvairiose šalyse duomenų, tik 33% tyrimų amžius ir ekonominė respondentų padėtis buvo reikšmingai susijusi su vertinimais apie teikiamas paslaugas, mažiau nei 25 proc. – nustatytas ryšys tarp išsimokslinimo ir lyties. J. Smith ir kt. (1992) pastebi, kad vyresnio amžiaus pacientai labiau patenkinti sveikatos priežiūros paslaugomis negu jaunesnio, tačiau moterys mažiau patenkintos suteiktomis paslaugomis negu vyrai.

Milašauskiene, Juodryte, Misevičiene ir kt. (2006) taip pat pabrėžia socialinių – demografinių charakteristikų poveikį pirminės sveikatos priežiūros centrų prieinamumo vertinimui, pavyzdžiui, aukštesnis pacientų išsimokslinimas buvo susijęs su centrų teritoriniu pasiekiamumu, laiku sugaištu laukiant šeimos gydytojo konsultacijos, centro aplinka; pacientų užimtumas – su sugaišto laiko registratūroje ir šeimos gydytojo kabinetų aplinkos vertinimais.

Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei kokybę analizavome žmonių, besikreipiančių į pirminės sveikatos priežiūros grandį, srautą ir skirtingų kriterijų poveikį lankymosi dažnumui. Tyrimo rezultatai parodė, kad du trečdaliai apklaustųjų kreipėsi į PSP įstaigą per pastaruosius metus ir, kad moterys kreipėsi dažniau. Beje šis rodiklis nepriklausė nuo respondentų gyvenamosios vietos ir šiuo atveju statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo. Panašius duomenis pateikia ir kitų tyrimų autoriai, pvz., Misevičienė ir Dregval (2002) teigia, kad į pirminės sveikatos grandį per pastaruosius 12-ką mėnesių kreipėsi 66,4% respondentų, moterys kreipėsi dažniau negu vyrai, atitinkamai 73,2% ir 57,1%. J. Kairio ir R. Gurevičiaus (2001) duomenimis, per pastaruosius dvejus metus į gydytojus poliklinikose kreipėsi 72,6% apklaustųjų, D. Jankauskienės (2000) - 74%. J. Kairys ir R. Gurevičius (2002) taip pat nurodo, kad vyresni pacientai poliklinikose lankosi dažniau negu jaunesni. 2000 m. gyvenamosios stebėsenos tyrimo (FINBALT HEALTH MONITOR) duomenimis, per pastaruosius 12-ka mėnesių į gydytojus kreipėsi 68,2% suaugusių Lietuvos gyventojų (76,4% moterų ir 58,4% vyrų) bei 67,7% Estijos gyventojų (75,2% moterų ir 58,6% vyrų), t. y. duomenys panašūs. Suomijoje (2000) per tą patį laikotarpį į gydytojus kreipėsi didesnis skaičius žmonių - 82,1%. Misevičienė ir Dregval (2002) taip pat nurodo, kad trečdalis respondentų (34,7%) lankėsi PSP įstaigose per pastarąjį mėnesį, ketvirtadalis (23,3%) per pastaruosius tris mėnesius ir kas septintas (14,7%) per pastarąjį pusmetį. Mūsų tyrimo rezultatai parodo, kad daugiau nei pusė Panevėžio rajono gyventojų į PSP įstaigas kreipiasi retai ar labai retai. Kreipimosi dažnis susijęs su kilometrų atstumu iki PSP įstaigos, nes rečiausiai kreipiasi tie gyventojai, kuriems iki gydymo įstaigos yra 16-20 km. Šie tyrimo duomenys sutampa su BPG paslaugų tinklo plėtros ir modernizavimo strategijos (2003) pateikiamais duomenimis. Be to, mūsų tyrimo metu, nustatyta, kad šie respondentai dažniau kvietėsi GMP, gydėsi stacionare bei kreipėsi į BPG jau sunkesnėje ligos stadijoje. Beje trečdalis respondentų nurodė, kad pagrindinė priežastis, dėl ko atideliuojamas vizitas pas BPG gydytoją, yra dideli atstumai iki PSP įstaigos.

Tyrimo metu mes taip pat bandėme išsiaiškinti apklaustųjų požiūrį į alternatyvų pas gydytojus kreipimosi būdą – konsultaciją telefonu. J. Kairys ir R. Gurevičius (2001) nurodo, kad konsultacijas telefonu su gydytoju apklausoje dalyvavę pacientai vertina įvairiai: kuo vyresnis pacientas tuo nepalankiau vertinama konsultacija telefonu. 40% vyresnio amžiaus pacientų tokią paslaugą vertina palankiai, tačiau teigia, kad ja nesinaudotu. Autoriai daro išvadą, kad

vyresnio amžiaus žmones, nepaisant teigiamo paslaugos vertinimo, nedrąsiai vertina galimybę naudotis atsiradusia paslauga. Mūsų tyrimo duomenimis dauguma Panevėžio rajono gyventojų turi galimybę konsultuotis telefonu (76%) bei ją naudojami (68,4%), tačiau teigiamai vertina ją tik 41,2%. Konsultaciją telefonu palankiau vertina vyrai, be to vyrai šia galimybe ir naudojami dažniau. Šia paslauga taip pat norėtų naudotis ir 27,8% respondentų neturiančių šios galimybės. Tyrimo metu mes nustatėme, kad 82,7% respondentų teigimu BPG atvyksta pas juos į namus, tačiau tik 20,7% iš jų nurodė, jog BPG atvyksta pas juos ne tik darbo metu, bet ir po darbo. Dažniausiai savo BP gydytojų nedarbo metu sulaukia Raguvos, Panevėžio ir Naujamiesčio seniūnijų gyventojai.

Analizuojant gyventojų lūkesčius dėl komunikacinės PSP paslaugų prieinamumo mums buvo įdomu ką labiausiai norėtų keisti pacientai. V. Leonavičiaus, M. Plieskio ir J. Petrauskienės (2003) duomenys rodo, kad Kauno mieste pacientai labiausiai norėtų keisti susisiekiimo ir patekimo pas gydytoją tvarką bei pageidautų geresnių diagnostikos priemonių: 63% pacientų pageidautų, kad gydytojas būtų aprūpintas šiuolaikinėmis diagnostikos priemonėmis, 55% norėtų keisti registravimo pas gydytoją tvarką, 53% - turėti galimybę gauti gydytojo konsultaciją telefonu, 51% - norėtų keisti nukreipimo pas specialistą tvarką, 48% - turėti galimybę susisiekti su savo gydytoju nedarbo dienomis, 43% - pakvietimo į gydytojo kabinetą tvarką. Mūsų tyrimo duomenimis beveik pusė Panevėžio rajono gyventojų norėtų, kad arčiau jų gyvenamosios vietos būtų įsteigtas BPG kabinetas, ketvirtadalis, kad būtų daugiau išvystytas komunikacinis tinklas. Analizuojant respondentų požiūrį į privačių BPG steigimą, nustatėme, kad palankiausiai privačių BPG kabinetų steigimą vertina dirbantys, pensininkai ir studentai. 23,3% respondentų kreiptusi į privatų BPG kabinetą, 49,3% kreiptusi, jei paslaugos būtų kompensuojamos 100%, didesnioji dalis visų besikreipiančių būtų moterys. Panašius duomenis pateikia ir J. Kairys, E. Žebienė ir kt. teigiantys, kad dauguma respondentų (70%–85%) palankiai vertina ir rinktusi privaciai dirbantį pirminės sveikatos priežiūros gydytoją, jei ligonių kasa kompensuotu 70% ar 100% apsilankymų pas privatų gydytoją išlaidų.

Išanalizavus visus tyrimo duomenis galime teigti, kad dalinai pasitvirtino hipotezė, jog komunikacinis Panevėžio rajono PSP paslaugų prieinamumas neatitinka gyventojų lūkesčių.

5 IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Remiantis empirinio tyrimo duomenų analize galime daryti šias išvadas:

1. Panevėžio rajono gyventojų nuomonė dėl komunikacinio PSP paslaugų prieinamumo pasiskirsti tolygiai: 46% – toks prieinamumas tenkina ir 46% – netenkina.
2. Esamas prieinamumas labiausiai tenkina seniūnijos centre gyvenančius žmones: viso 82,8%.
3. Net 85 % apklaustųjų, kuriems iki gydymo įstaigos, kur dirba jų šeimos gydytojas, yra daugiau nei 20 km., nepatenkinti komunikaciniu PSP paslaugų prieinamumu.
4. Komunikacinio prieinamumo vertinimui poveikį turi respondentų socialinės-demografinės charakteristikos.
5. Panevėžio rajono gyventojų turi galimybę konsultuotis telefonu (76%) bei ja naudojasi (68,4%).
6. Tik 20,7% respondentų nurodė, jog BPG atvyksta pas juos ne tik darbo metu, bet ir po darbo.
7. Beveik pusė Panevėžio rajono gyventojų norėtų, kad arčiau jų gyvenamosios vietos būtų įsteigtas BPG kabinetas.
8. 44% ir 7% respondentų privačių BPG kabinetų steigimą vertina palankiai ar labai palankiai.
9. 49,3% kreiptųsi į privatų BPG kabinetą, jei paslaugos būtų kompensuojamos 100%,

Remiantis gautais tyrimų duomenimis bei aukščiau suformuluotomis išvadamis teikiame pasiūlymus pirminės sveikatos priežiūros Panevėžio rajone kokybei pagerinti :

1. VŠĮ PRSP poliklinikos administracijai

1. Įsteigti BPG kabinetus Miežiškių ir Upytės seniūnijose.
2. Tobulinti komunikacinį tinklą, t.y. konsultacijas telefonu, registracija internetu, BPG atvykimus į namus.

2. Panevėžio rajono savivaldybės administracijai:

1. Pagerinti sąlygas steigti privatiems BPG kabinetams, skatinti jų steigimą.
2. Gerinti susisiekimą tarp gyvenamųjų vietovių viešuoju transportu.

6 PROGNOZUOJAMAS SIŪLOMŲ PRIEMONIŲ EFEKTAS

6.1 Socialinis efektas

Pagerinus PSP paslaugų komunikacinį – teritorinį prieinamumą yra laukiamas gyventojų, ypač vyresniojo amžiaus, pasitenkinimas, ir, tuo pačiu, savivaldybės ir centrinės valdžios taikomų sveikatos reformos priemonių didesnis palaikymas. Šio rezultato patikrinimo priemonė – gyventojų grupių apklausa.

6.2 Ekonominis efektas

Pagerinus PSP paslaugų komunikacinį – teritorinį 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 rajono mastu.

Skaičiavimo pavyzdys

Apsilankymų poliklinikose ir ambulatorijose skaičius (2006 m.) Panevėžio rajone siekė 229 tūkst. atvejų. Puse dienos anksčiau pradėtas gydymas galėtų sutrumpinti bendrą nedarbo dienų skaičių, kurį siūlytume prognozuoti taip:

$$229.000 \times 0,5 \times N\% = a,$$

Kur N – dirbančiųjų dalis tarp apsilankiusiųjų, proc.;

A – sutaupyto darbo dienų skaičius.

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

LITERATŪROS ŠALTINIAI

1. Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas. Programos aprašymas.SAM. 2007 .
2. Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema. Valstybinio audito ataskaita. Vilnius: LR valstybės kontrolė, 2007.
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. Bažanskienė V., Morkūnienė P. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa (projektas) Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 1998, Nr.5. p-511-523.
6. Bensing J. Doctor . patient communication and the quality of care. Soc Sci Med 1991;32;11:1301-10.
7. Barczyk C. C. Visuotinės kokybes vadyba (teorinis požiūris). Vilnius, 1999.
8. Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios 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.
9. 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)
10. 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.
11. 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.
12. Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos įsakymas.1998 10 06. Nr.571.// Valstybes žinios 1998 10 09 Nr. 897.
13. Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo. LR SAM nutarimas, Vilnius, 2003 m. kovo 18 d. Nr.335.// Valstybės žinios.2003. Nr.28-1147.
14. Dėl greitosios medicinos pagalbos koncepcijos patvirtinimo pakeitimo. LR SA ministro įsakymas 2005.12 .08 Nr. V-956.// Valstybės žinios, 2002, Nr. 76-3267.

15. Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo. LR Vyriausybės nutarimas Nr. 432.// Valstybės žinios, 1998, Nr.64-1842.
16. Dikavičius V., Stoškus S. Visuotinė kokybės vadyba. Kaunas: Technologija. 2003
17. Drain M. Quality improvement in primary care and the importance of patient perception. J Ambulatory Care Manage 2001;24(1):30-46.
18. Čereška A., Pauža V. Kokybės analizė ir valdymas. Vilnius: Techika. 2005
19. 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.
20. Elektroninės sveikatos sistemos plėtros Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos sektoriuje projektas (galimybių studija). Vilnius, 2004.
21. Edvanson B., Thommasson B., Ovretveit J. Quality of Service. Uviversity Press Cambrigde, 1994.
22. European health care reforms. Citizen's Choice and Patients Rights. WHO, Copenhagen, 1997.
23. Grabauskas V. ir kt. Lietuvos sveikatos programa (Lithuanian Health Programm.) Vilnius; 1988.
24. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Dregval L, Žaferis V, Prattala R ir kt. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamos tyrimas, 2000. (Health behaviour among Lithuanian adult population, 2000.) Helsinki; 2001. p. 27.
25. Grabauskas V., Peičius E., Kaminskas R. Pacientų vaidmuo priimant sveikatos priežiūros sprendimus. Medicina 2004; 40(11): p.1109-1116.
26. Health 21: the health for all policy frame.work for the WHO European Region.
27. Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. Fam Pract 2000;17(1):21-9.
28. Helakorpi S, Uutela A, Prattala R, Puska P. Health benaviour and health among Finnish adult population, Spring 2000. Helsinki; 2000. p. 38.
29. Jankauskiene D, Žemguliene J. Sveikatos priežiūros prieinamumas. (Accessibility of health care.) Medicina (Kaunas)1998;34:301-38.
30. Jung HP, Baerveldt C, Olesen F, Grol R, et al. Patients characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. Health Expectation 2003;6:160-81.
31. Young AF, Byles JE, Dobson AJ. Women.s satisfaction with general practice consultations. Med J Aust 1998;20;168.

32. Jankauskiene D. Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai: sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė. (Health impact assessment in health reform process: access and quality of health care services.) *Visuomenės sveikata* 2000;1(11):81-91 dency programs. *J Gen Intern Med* 2000;15(2):116-21.
33. Ovretveit J. *Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods For HealthServines* 1996.
34. Kilius, V., Liubarskienė Z. Paciento informuotumo problema. *Medicina*, 1996, 32/7 p.688-692.
35. Jankauskienė D. Šeimos gydytojo vaidmens pirminėje sveikatos priežiūroje palyginimas 1999 ir 2006 metais. *Medicinos teorija ir praktika* 2007;13 (20):152-159.
36. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje. *Gydymo menas* 2006 (6).
37. Kairys J., Žebienė E., Rutkys B.A., Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina* 2002; 40(2): 178-191.
38. Kasmel A, Lipand A, Markina A, Kasmel K. *Health Behavior among Estonian Adult Population*, Spring 2000. Tallinn; 2001. p. 32.
39. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas. *Medicina* 2002;38 (1): 94-102.
40. Kulik J., Balčiauskaitė D. Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos. VLK; 2004.
41. Kalėdienė R. Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. *Medicina* 2004; 40(9): p. 891-896.
42. Kokybės vadybos metodų diegimo viešojo administravimo institucijose stebėseną. Atskaita. LR VRM, Viešosios politikos ir vadybos institutas. 2007.
43. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. – Šiauliai: Liucilijus, 2005.
44. Konstitucinio Teismo 2002 01 14 , 2004 m. sausio 26 d. nutarimai.
45. Livingston M. Update on health care in Canada: what's right, what's wrong, what's left. *J Public Health Policy* 1998;19:267- 88.
46. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci & Med* 1988;12:283-92.
47. Lietuvos elektroninės sveikatos strategijos projektas 2005-2010 m. Vilnius, 2004.
48. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Vilnius, 1996 m. spalio 3d. Nr. I-1562.// Valstybės žinios.1996. Nr. 102-2317.

49. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas. Vilnius, 1998 m. gruodžio 1d. Nr. VIII-946.// Valstybės žinios.1998. Nr.112-3099.
50. Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios. 1992, Nr.33-1014.
51. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymas. Vilnius, 2002 m. gruodžio 3d. Nr. IX-1219.// Valstybės žinios.2002. Nr.123-5512.
52. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimo įstatymas. Vilnius, 1998 m. lapkričio 24 d. Nr. VIII-940.// Valstybės žinios.1998. Nr.109-2995.
53. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas. 2007.05.24. Nr. X – 1151. // Valstybės žinios. 2007 06 09 Nr. 64-2456.
54. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas.// Valstybės žinios, 2000 09 06 Nr. 74-2262
55. Lietuvos nacionaline sveikatos koncepcija. Valstybes žinios 1994 08 17 Nr. 63-1231.
56. Lietuvos Respublikos valstybinė audito ataskaita dėl pirminės sveikatos priežiūros. Vilnius, 2005 m. birželio 30d. Nr. 2010-2-78.
57. Lietuvos Respublikos Konstitucijos komentaras (I dalis)/ Ats.red. K. Jovaišas. – Vilnius, 2000.
58. Misevičienė I., Milašauskienė Ž. Visuomenės sveikatos stiprinimo integracija į sveikatos priežiūros sistemą: Sveikatą stiprinančios ligoninės. Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: Atsakas į laikmečio iššūkius Kaunas KMU, 2004, p.153-161.
59. Misevičienė I., Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Medicina 2002;38 (11): 1129-1135.
60. Milašauskienė Ž., Juodrytė I., Misevičienė I., Boerma W., Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. Medicina 2006;42 (3):231-237.
61. Peičius E. Sveikatos profesionalo ir paciento santykių transformacija: tarp paternalizmo ir autonomijos. 2006.
62. Rosen IM, Christie JD, Bellini, Asch DA. Health and health care among housestaff in four U.S. internal medicine residency programs. J Gen Intern Med 2000;15(2):116-21.
63. Plieskis M., Petrauskienė J., Leonavičius V. Pacientų pasitenkinimas bendrosios praktikos paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu. Sociologija. Mintis ir veiksmai 2003 Nr 1: 93-102.
64. Pečiūra R., Jankauskienė D., Gurevišius R. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas. Medicina 2006;42 (11):939-943.

65. Plieskis M., Petrauskienė J., Leonavičius V. Pokyčiai pirminėje sveikatos priežiūroje. Gyventojų pasitenkinimas paslaugomis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004;10: p.640-644.
66. Panevėžio apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planas. LR SA ministro įsakymas 2003.12.31. Nr. V-804.
67. Panevėžio regiono plėtros planas 2004-2006 m. Panevėžio apskrities viršininko administracija. 2004.
68. Panevėžio apskrities sveikatos programa 2004-2010 m. Panevėžio apskrities viršininko administracija. 2004.
69. Panevėžio rajono socialinės-ekonominės aplinkos analizė. Kaunas: KTU Savivldos mokymo centras, 2003.
70. Panevėžio rajono Tarybos veiklos 2003-2007m. programa. 2003 09 13.
71. Panevėžio rajono savivaldybės strateginis planas 2003-2007 m.
72. Sveikatos draudimo įstatymas. 1996 05 21 Nr. I-1343.// Valstybės žinios, 1996, Nr. 55-1287
73. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 06 06 Nr. I-1367.// Valstybės žinios, 1998, Nr. 109-2995.
74. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programa. LR SA ministro įsakymas 2004 09 14 Nr. V-642.
75. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Gyventojų apklausa. (Health care services accessibility. Survey of the population.) Sveikatos apsaugos reformu biuras; 1995.
76. Specialioji Europos regioninės plėtros fondo programa (bpd įgyvendinti). SAM 2007.
77. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. – Vilnius, 2000.
78. Sveikatos apsaugos ministerijos 2005-2007m. sutrumpintas strateginis veiklos planas. LR SAM nutarimas. Vilnius, 2005m. sausio 24d. Nr. 65.// Valstybės žinios.2005. Nr.12-374.
79. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa.// Valstybės žinios. 2004. Nr.144-5268.
80. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija Lietuvos Respublikos SAM įsakymas 2002.10.10. Nr.495 // Valstybės žinios 2002, Nr 124-3212.
81. Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programa. VLK. 2006.
82. Sveikatos draudimo įstatymas. LR Seimas 1996 05 21 Nr. I-1343. Valstybės žinios 1996;55:1287

83. Smiht J., Sanderson S. Wahts makes outpatient attendance worthwhile for patient? Qalyti assurance in health care 1992;4(2): 125-32.
84. Sveikata 21 Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione LR SAM.
85. Terry PE, Healey ML. The physician's role in educating patients. A comparison of mailed versus physician-delivered patient education. J Fam Pract 2000;49(4):314-8.
86. The World Health Report. Health systems: improving performance. World Health Organization, 2000.
87. Urbanskiene R., Coltley B., Jakštys J. Vartotojų elgsena. Kaunas: Technologija 2000.
88. Vasiljeviene N. Verslo etika ir elgesio kodeksai. Kaunas, 2000, p-472.
89. Vaitkevičius R., Sauadrgienė A. Statistika su SPSS psichologiniuose tyrimuose. Kaunas: VDU 2006.
90. Vinickienė V., Stančikas V. Medicinos audito instituto strategija. 2006.
91. Viešojo administravimo plėtros iki 2010 metų strategijos įgyvendinimo priemonių 2004 – 2006 metų planas. Lietuvos Respublikos vyriausybė 2004.04.28. Nr.488.
92. Žebienė E., Kairys J., Zokas I. Pacientų medicininės konsultacijos lūkesčių priklausomumas nuo socialinių bei demografinių paciento charakteristikų. Medicina 2004; 40(5): 467-473.
93. Sveikatos apsaugos ministerija. www.sam.lt
94. Valstybinė ligonių kasa. www.vlk.lt
95. Sveikata Lietuvoje. www.lsveikata.lt
96. Sveikatos ekonomikos centras. www.sec.lt
97. Lietuvos statistikos departamentas. www.stat.gov.lt
98. Lietuvos sveikatos informacinis centras. www.lsic.lt
99. Panevėžio rajona savivaldybė. www.panrs.lt
100. Wikipedia. <http://lt.wikipedia>.

PRIEDAI

Priedas Nr. 1

Organizacinis prieinamumas: atsako į klausimus:

- Ar užtikrinama sveikatos paslaugų įstaigų infrastruktūra teritorijoje?
- Ar visų rūšių paslaugos yra prieinamos?
- Ar pakanka specialistų ir kitų resursų (gydytojų, slaugytojų, kitų specialistų sveikatos priežiūros paslaugoms suteikti)?
- Ar tinkamos technologijos (vadybinės ir medicinos technikos)?
- Ar yra eilės? Kiek laiko reikia laukti pagalbos?
- Ar savivaldybėje yra strateginiai planai?
- Ar teikiama pilnoje apimtyje ambulatorinėje ir stacionarinėje grandyje?
- Kaip dirba sveikatos priežiūros įstaigos?
- Ar asmens sveikatos priežiūros įstaigose užtikrinama paslaugų kokybė ir kaip ji sekama bei monitoruojama?
- Kokia teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dinamika ir jos įtaka gyventojų sveikatos rodikliams?

Komunikacinis prieinamumas: vertinant komunikacinį prieinamumą svarbu atsakyti ir įvertinti tokius klausimus:

- Atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų ir jų išsidėstymą geografinė prasme? 3-5 km. atstumas laikomas normaliu.
- Visuomeninio transporto infrastruktūra ir privataus galimybės?
- Gyventojų demografinė padėtis?
- Teritorijų planavimas?
- Miškingumas, gyventojų tankumas?
- Ar yra telefonas, internetas ?

Ekonominis prieinamumas:

- Kiek gyventojui tenka mokėti ar primokėti už sveikatos paslaugas ir kiek galioja solidarumo principas?
- Ar paslaugos nėra tiek brangios, kad būtų nepakeliamos šeimos biudžetui?

- Ar gyventojams yra laiduojamos ir kokios nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos?
- Kokia privalomojo sveikatos draudimo apimtimi yra apdrausti gyventojai?

Priedas Nr. 2

ANKETA

Gerbiamieji, Mykolo Romerio universiteto viešojo administravimo fakulteto II magistrantūros kurso studentė Rūta Ramoškienė atlieka tyrimą, norėdama iširti Panevėžio rajono žmonių pasitenkinimą komunikaciniu pirminės sveikatos priežiūros prieinamumu rajone. Gauti duomenys bus panaudoti diplominiame darbe, todėl Jūsų nuoširdūs atsakymai yra labai svarbūs. Garantuoju Jūsų konfidencialumą ir atsakymų anonimiškumą. Dėkoju už supratimą ir pagalbą.

Prašau, labiausiai priimtina atsakymą, į šalia esantį kvadratėlį pažymėti „X“, ten kur parašyta: „galimi keli atsakymo variantai“ , galite žymėti kelis, Jums labiausiai priimtinus variantus.

Pagrindinės sąvokos:

Komunikacinis prieinamumas – 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.

Pirminės sveikatos priežiūros (PSP) paslaugos – tai nespecializuots kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra ir psichinės sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse.

Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, akredituotos pirminei sveikatos priežiūrai:

- medicinos punktai,
- ambulatorijos,
- poliklinikos,
- moterų konsultacijos,
- pirminės sveikatos priežiūros centrai,
- bendrosios praktikos gydytojų kabinetai,
- psichikos sveikatos centrai.

1. Jūsų amžius (įrašykite)_____

2. Lytis:

a) Vyras

b) Moteris

3. Išsilavinimas:

a) Pagrindinis

b) Spec. Vidurinis

c) Vidurinis

d) Aukštesnysis

e) Nebaigtas aukštasis

f) Aukštasis

4. Jūsų užimtumas:

a) Dirbu

b) studentas

d) bedarbis

e) pensininkas

f) namų šeimininkė

5. Jūsų gaunamos pajamos:

a) iki 500 lt.

b) 501 – 1000lt.

d) Per 1001 lt.

6. Kokioje seniūnijoje gyvenate? (įrašykite) _____

7. Jūs gyvenate:

a) Seniūnijos centre

b) Gyvenvietėje

c) Kaime

d) Vienkiemyje

8. Kokia pirminės sveikatos priežiūros įstaiga yra Jūsų gyvenamojoje vietovėje?

a) Nėra jokios

b) Medicinos punktas

c) bendrosios praktikos gydyrojo kabinetas

d) Ambulatorija

e) Pirminės sveikatos priežiūros centras

9. Koks yra atstumas Jums iki pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje dirba Jūsų gydytojas?

- a) 0 – 5 km.
- b) 6 – 10 km.
- c) 11 – 15 km.
- d) 16 - 20 km
- e) daugiau nei 20 km.

10. Kiek laiko Jus sugaušate atvykimui ?

- a) iki 5 min.
- b) 6 – 30 min.
- c) 31 – 60 min.

11. Kuo Jus dažniausiai atvykstate į PSP įstaigą?

- a) savu transportu
- b) viešuoju ptransportu
- c) atveža pažįstami
- d) kviečiu GMP

12. Ar geras yra susisiekimas viešuoju transportu su PSP įstaiga?

- a) Geras
- b) Iš dalies
- c) Blogas

13. Ar turite nuosavą automobilį?

- a) Taip
- b) Ne

15. Ar per pastaruosius 12 mėn. Teko lankytis PSP įstaigoje?

- a) Taip
- b) Ne

16. Kaip dažnai lankotės PSP įstaigoje?

- a) Labai retai
- b) Retai
- c) Kartą per 3 mėn.
- d) kartą per mėn ir dažniau

17. Ar turite galimybę konsultuotis telefonu su savo šeimos gydytoju?
- a) Taip
 - b) Ne
18. Jei taip, tai ar naudojates šia galimybe?
- a) Taip
 - b) Ne
19. Kaip vertinate šią galimybę?
- a) Labai palankiai
 - b) Palankiai
 - c) Nei palankiai, nei nepalankiai
 - d) Nepalankiai
 - e) Labai nepalankiai
20. Ar, esant reikalui, Jūsų šeimos gydytojas atvyksta pas Jus į namus?
- a) Atvyksta tik darbo metu
 - b) Atvyksta ir darbo metu, ir po darbo
 - c) Neatvyksta
21. Ar Jums teko, per pastaruosius metus, gydytis stacionare?
- a) taip
 - b) Ne
22. Jei taip, tai kiek kartų?
- a) 1 kartą
 - b) 2 – 3 kartus
 - c) Daugiau nei 3 kartus
23. Ar Jums, per pastaruosius metus, teko kviestis greitąją medicinos pagalbą (GMP)?
- a) Taip
 - b) Ne
24. Jei taip, tai kiek kartų?
- a) 1 kartą
 - b) 2 – 3 kartus
 - c) Daugiau nei 3 kartus
25. Ar Jums kyla sunkumu, kai reikia kreiptis į PSP įstaigą?

- a) Taip, tai man sukelia daug nepatogumų
- b) Tai man sukelia šiokių tokių nepatogumą, bet jie nereikšmingi
- c) man tai sukelia daug nepatogumų
- d) Kita

26. Jūsų manymu, dėl kokių priežasčių Panevėžio rajono gyventojai yra linkę atidėti vizitą į PSP įstaigą? (galimi keli atsakymo variantai)

- a) Didelis atstumas iki pirminės sveikatos priežiūros įstaigos
- b) Neturi kuo atvykti nes: neturi nuosavo automobilio
netinkamai važiuojantis viešasis transportas
- c) Brangus susikiekimas
- d) Menkos šeimos pajamos
- e) Kita

27. Ar Jums (Jūsų artimiesiems) dėl minėtų priežasčių yra tekę užilginus ligą kreiptis į savo šeimos gydytoją?

- a) Taip
- b) Ne

28. Ar Jums (Jūsų artimiesiems) yra tekę susidurti su problema, kuomet dėl negalavimų norėjosi kreiptis į savo gydytoją, bet jis tuo metu nedirbo (vakare, per šventes ir pan.)?

- a) Taip
- b) Ne

29. Jei taip, tai kur tuo metu kreipėtes?

- a) Ieškojote pažįstamo gydytojo
- b) Kreipėtės į ligoninės priėmimą
- c) Skambinote 03
- d) Kita

30. Kaip Jūs vertinate privačių BPG kabinetų steigimą?

- a) Labai palankiai
- b) Palankiai
- c) Nei palankiai, nei nepalankiai
- d) Nepalankiai
- e) Labai nepalankiai

31. Ar kreiptumėtės į privatų BPG kabinetą, jei šis būtų arčiau Jūsų gyvenamosios vietos, nei valstybinė PSP įsatiga?

- a) Taip
- b) Taip, jei paslaugos būtų kompensuojamos 100%
- c) Ne
- d) Nežinau

32. Ar Jus tenkina esamas komunikacinis PSP paslaugų prieinamumas?

- a) Tenkina
- b) Netenkina
- c) Neturiu nuomonės

33. Jei netenkina, tai ką reikėtų pakeisti, kad komunikacinis PSP paslaugų prieinamumas Jums būtų priimtinesnis?

- a) Įsteigti BPG kabinetą arčiau gyvenamosios vietos
- b) Pagerinti susisiekimą viešuoju transportu
- c) Išvystyti komunikacinį tinklą (konsultacijos su gydytoju telefonu, gydytojo atvykimas į namus)
- d) Kita

34. Kas, Jūsų manymu, turėtų rūpintis komunikacinio PSP paslaugų prieinamumo gėrinimu?

- a) Savivaldybė
- b) Apskritis administracija
- c) Rajono poliklinikos administracija
- d) Sveikatos apsaugos ministerija

Dėkoju už bendradarbiavimą