

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS  
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS  
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

**EGLĖ VALINSKIENĖ**

**PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ  
PRIEINAMUMAS TRIJOSE KAUNO RAJONO  
SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS  
ĮSTAIGOSE**

**Magistro baigiamasis darbas**

**Vadovė  
prof. dr. D. Jankauskienė**

**VILNIUS, 2011**

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS  
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS  
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

**PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ  
PRIEINAMUMAS TRIJOSE KAUNO RAJONO  
SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS  
ĮSTAIGOSE**

**Viešojo administravimo programos veiklos audito specializacijos magistro  
baigiamasis darbas  
Studijų programa 62603S204**

**Konsultantė**  
**Politikos mokslų katedra**  
..... doc. dr. D. Janušauskienė  
2011 12

**Vadovė**  
**Politikos mokslų katedra**  
..... prof. dr. D. Jankauskienė  
2011 12

**Recenzentas**  
.....  
2011 12

**Atliko**  
..... E. Valinskienė  
2011 12

**VILNIUS, 2011**

## TURINYS

<b>IVADAS</b> .....	9
<b>1. LITERATŪROS APŽVALGA</b>	
1.1. Pirminės sveikatos priežiūros koncepcija.....	12
1.2. Sveikatos priežiūros prieinamumas.....	15
1.2.1. Sveikatos priežiūros prieinamumo samprata ir problemos.....	15
1.2.3. Sveikatos priežiūros prieinamumo mokslinių tyrimų apžvalga.....	20
1.2.4. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo užtikrinimas Lietuvoje.....	26
<b>2. EMPIRINIAI TYRIMAI</b>	
2.1. Tyrimų metodika ir organizavimas.....	33
2.1.1. Vadovų nuomonės tyrimo metodika ir organizavimas.....	34
2.1.2. Šeimos gydytojų nuomonės tyrimo metodika ir organizavimas.....	35
2.1.3. Pacientų nuomonės tyrimo metodika ir organizavimas.....	36
2.2. Rezultatai ir jų aptarimas.....	40
2.1.1. Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų apibūdinimas.....	40
2.2.2. Gydomo įstaigos pasirinkimą nulėmę veiksniai.....	44
2.2.3. Komunikacinis paslaugų prieinamumas ir jo netolygumai Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose.....	45
2.2.4. Organizacinis paslaugų prieinamumas ir jo netolygumai Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose.....	56
2.2.5. Ekonominis paslaugų prieinamumas ir jo netolygumai Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose.....	72
<b>IŠVADOS</b> .....	80
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	82
<b>LITERATŪRA</b> .....	83
<b>ANOTACIJA LIETUVIŲ KALBA</b> .....	92
<b>ANOTACIJA ANGLŲ KALBA</b> .....	93
<b>SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA</b> .....	94
<b>SANTRAUKA ANGLŲ KALBA</b> .....	95
<b>PRIEDAI</b> .....	97

## PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Tyrime dalyvavusių pacientų suskirstymas į skirtingo amžiaus, išsilavinimo ir gaunamų pajamų grupes .....	98
2 priedas. Pacientų vertinimas, ar poliklinikos ir gydytojų darbo laikas patogus.....	99
3 priedas. Informavimas registratūroje apie gydytojų darbo laiką ir konsultavimo tvarką....	100
4 priedas. Pacientų vertinimas, ar pakanka suteiktos informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje .....	101
5 priedas. Klausimai, pateikti Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų vadovams .....	102
6 priedas. Klausimai, pateikti Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų šeimos gydytojams.....	103
7 priedas. Kauno rajono pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų požiūrio į teikiamų paslaugų prieinamumą apklausos anketa .....	104

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal Kauno rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose atliktas tyrimas.....	38
2 lentelė. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal amžių.....	38
3 lentelė. Tyrimo dalyvių gyvenamoji vieta.....	39
4 lentelė. Tyrimo dalyvių išsilavinimas .....	39
5 lentelė. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal pajamas.....	40
6 lentelė. Skirtingo amžiaus pacientų gydymo įstaigos pasirinkimo priežastys.....	45
7 lentelė. PSPC vadovų nuomonė apie komunikacinio paslaugų prieinamumo problemas..	46
8 lentelė. PSPC šeimos gydytojų nuomonė apie komunikacinio paslaugų prieinamumo problemas .....	46
9 lentelė. Kaime ir mieste gyvenančių pacientų vertinimas, ar jiems patogiu privačiu/ visuomeniniu transportu pasiekti savo sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas.....	48
10 lentelė. Vadovų nurodytos priežastys, dėl kurių PSPC neįdiegta e- registracijos sistema.....	50
11 lentelė. Atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, ar pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu .....	51
12 lentelė. Skirtingo amžiaus pacientų vertinimas, ar pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu.....	51
13 lentelė. Skirtingo išsilavinimo pacientų vertinimas, ar pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu.....	52
14 lentelė. Skirtingo išsilavinimo pacientų konsultavimasis su šeimos gydytoju telefonu...53	
15 lentelė. Atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientams dažniausiai šeimos gydytojo konsultacijai paskiriamas laikas .....	58
16 lentelė. Skirtingos lyties pacientams dažniausiai šeimos gydytojo konsultacijai paskiriamas laikas.....	58
17 lentelė. Skirtingų gaunamų pajamų pacientams dažniausiai tyrimų atlikimui paskiriamas laikas .....	60
18 lentelė. PSPC vadovų nuomonė apie organizacinio paslaugų prieinamumo problemas..	60
19 lentelė. Šeimos gydytojų nuomonė apie atliekant priskirtas funkcijas kylančias problemas.....	62
20 lentelė. Atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, kiek laiko sugaištama laukiant prie šeimos gydytojo kabineto .....	65

## LENTELIŲ SĄRAŠO TĘSINYS

21 lentelė. Skirtingos lyties pacientų vertinimas, kiek laiko sugaištama laukiant prie šeimos gydytojo kabineto.....	66
22 lentelė. Atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, ar poliklinikos ir gydytojų darbo laikas yra patogus.....	67
23 lentelė. Skirtingo išsilavinimo pacientų vertinimas, ar poliklinikos ir gydytojų darbo laikas yra patogus.....	67
24 lentelė. PSPC vadovų nuomonė, apie vizitavimą namuose užtikrinančias priemones.....	68
25 lentelė. Kaime ir mieste gyvenančių pacientų vertinimas, ar pakanka suteiktos informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje .....	70
26 lentelė. PSPC vadovų nuomonė apie ekonominio prieinamumo problemas .....	72
27 lentelė. PSPC šeimos gydytojų nuomonė apie ekonominio prieinamumo problemas .....	73
28 lentelė. Dažniausios priežastys, kam skirtingos lyties pacientai išleidžia pinigus dėl savo sveikatos sutrikimų.....	74
29 lentelė. Skirtingas pajamas gaunančių pacientų vertinimas, ar visada pakanka pinigų vaistams.....	76
30 lentelė. Atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, ar jiems užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų.....	77
31 lentelė. Skirtingo išsilavinimo pacientų vertinimas, ar jiems užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų.....	78

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Gydomo įstaigos pasirinkimo priežastys.....	44
2 pav. Pacientų vertinimas, ar jiems patogų privačiu/ visuomeniniu transportu pasiekti savo sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas.....	47
3 pav. Priežastys, dėl kurių pacientai nesikonsultuoja su šeimos gydytoju telefonu.....	54
4 pav. Susisiekimo su savo šeimos gydytoju bet kuriuo paros metu galimybių vertinimas	55
5 pav. Dažniausiai šeimos gydytojo konsultacijai paskiriamas laikas .....	57
6 pav. Dažniausiai tyrimų atlikimui paskiriamas laikas.....	59
7 pav. Laikas, kurį pacientai dažniausiai sugaišta registratūroje.....	63
8 pav. Pacientų vertinimas, kiek laiko sugaištama laukiant prie šeimos gydytojo kabineto..	64
9 pav. Dažniausios priežastys, kam pacientai išleidžia pinigus dėl savo sveikatos sutrikimų.....	74
10 pav. Pacientų vertinimas, ar jiems visada pakanka pinigų įsigyti vaistams.....	75
11 pav. Pacientų vertinimas, ar jiems užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų apimties.....	77

## SANTRUMPOS

ASPI- asmens sveikatos priežiūros įstaiga

d.- diena

GMP- greitoji medicinos pagalba

m.- metai

n- imties dydis

nr.- numeris

p.- puslapis

pav.- paveikslas

PSDF- privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO- Pasaulinė sveikatos organizacija

PSP- pirminės sveikatos priežiūros įstaiga.

PSPC- pirminės sveikatos priežiūros centras.

PSPI- pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

SAM- Sveikatos apsaugos ministerija

t. y.- tai yra

t. t.- taip toliau

TLK- teritorinė ligonių kasa

VšI- viešoji įstaiga

žr.- žiūrėti



## IVADAS

Sveikatos priežiūros tikslas- gerinti kiekvieno gyventojų ir visuomenės sveikatą. Tam nukreipti sveikatos politiką formuojančių, organizuojančių institucijų bei paslaugų teikėjų veiksmai.<sup>1</sup> Pacientas apibrėžiamas kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojas, jis turi teisę tikėtis, kad sistema atsižvelgs į jo poreikius bei lūkesčius ir juos išpildys.<sup>2</sup> Kad patenkinti kylančias visuomenės reikmes ir poreikius, būtina nustatyti tobulintinas sveikatos priežiūros teikimo grandis, siekti kokybiškesnio paslaugų teikimo.<sup>3</sup> Sveikatos priežiūros kokybė, jos užtikrinimas bei nuolatinis gerinimas tampa daugelio valstybių kasdienine praktika.<sup>4</sup> Tai tampa vis aktualiau ir Lietuvoje.

Sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas atskirais rodikliais laikomas vertingesniu procesu negu ieškojimas „absoliučios kokybės“ apibrėžimo, todėl pastaraisiais dešimtmečiais didelio visuomenės bei mokslininkų dėmesio susilaukė įvairūs sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektai. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra vienas sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sudedamųjų rodiklių.<sup>5</sup>

Sveikatos tyrimai rodo, jog prieinamumo prie kokybiškos sveikatos priežiūros skirtumai įtakoja skirtingom teritorinėm, socialinėm ir ekonominėm gyventojų grupėm būdingus sveikatos netolygumus. Visos Europos Sąjungos valstybės narės siekia sumažinti sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumus.<sup>6</sup> Lietuvos sveikatos politikos dokumentai taip pat kelia tikslus bei uždavinius, susijusius su šių skirtumų mažinimu.<sup>7 8</sup> Atliekami paslaugų vartotojų, organizatorių, teikėjų nuomonės tyrimai padeda nustatyti įvairaus pobūdžio paslaugų prieinamumo problemas. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tyrimais nustatomos prieinamumo prie sveikatos priežiūros kliūtys ir netolygumai, ribojantys paciento teisę į prieinamą sveikatos priežiūrą. Anksčiau atlikti tyrimai parodė, jog žemesnio socialinio ekonominio sluoksnio žmonių poreikiai

<sup>1</sup> Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“ 2007, birželio 26, Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius, 12.

<sup>2</sup> <http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Lietuvos+Respublikos+Valstybės+kontrolės+ataskaita+„Asmens+sveikatos+priežiūros+kokybės+užtikrinimo+sistema“+2007> [žiūrėta 2011-06-15].

<sup>3</sup> Žebienė E. Ir kt., „Pacientų poreikių bei nuomonės apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas vertinimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2001“, Vilnius: Baltijos kopija, 2002, p. 87-90.

<sup>4</sup> Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodika, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, 2010, p. 5,7.

<sup>5</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr.V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“, 2004, rugsėjo 14, Vilnius: Valstybės žinios, 2004, Nr.144-5256.

<sup>6</sup> Kairys J. ir kt., „Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose“, *Medicina* 40(2), 2004, p. 178, 179.

<sup>7</sup> Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje, Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, p. 8-13.

<sup>8</sup> Skurdo mažinimo Lietuvoje strategija, Vilnius, 2000, birželio 1, p. 38, <http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF-8&q=Skurdo+mažinimo+Lietuvoje+strategija> [žiūrėta 2011-09-10].

<sup>8</sup> Lietuvos Respublikos Nacionalinės kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksmų planas 2004-2006 m, p. 12, <http://www.stopskurdui2010.lt/index.php?1720031544> [žiūrėta 2011-09-10].

sveikatos priežiūrai yra didesni, tačiau kaip tik jiems sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra prasčiausias,<sup>9</sup> todėl svarbu analizuoti kas darosi kaimuose, nes ten ypač sunki socialinė padėtis.<sup>10</sup>

Pirminė sveikatos priežiūra- pirmo kontakto su sveikatos priežiūros sistema vieta. Čia pacientas gauna visas būtinausias sveikatos priežiūros paslaugas bei yra „palydimas“ specializuotų paslaugų link, todėl paslaugų prieinamumo kliūčių nustatymas bei netolygumų mažinimas šioje sveikatos priežiūros grandyje yra itin svarbus. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nemažai tyrinėtas, tačiau socialinių– ekonominių grupių santykiai ir išteklių nuolatos keičiasi, o tai jau po vienerių metų gali smarkiai atsispindėti pakitusiuose tyrimų rezultatuose.<sup>11</sup> Siekiant išspręsti paslaugų prieinamumo problemas, būtina žinoti dabartinę situaciją.<sup>12</sup>

**Tiriamoji problema.** Mokslinių tyrimų, nagrinėjančių pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Kauno rajono savivaldybėje, rasti nepavyko, taigi su kokiomis paslaugų prieinamumo problemomis susiduria didele aptarnaujamų kaimo gyventojų dalimi pasižyminčių Kauno rajono savivaldybės VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės bei VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientai ir kaip tas problemas išspręsti?

**Darbo objektas-** VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės ir VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose teikiamų prieinamumas.

**Darbo tikslas**– ištirti ir įvertinti VŠĮ, Garliavos VŠĮ Pakaunės bei VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose teikiamų paslaugų prieinamumą.

**Darbo uždaviniai:**

1. Išanalizuoti pirminės sveikatos priežiūros koncepciją, sveikatos priežiūros prieinamumo sampratą ir problemas, Lietuvoje ir užsienio šalyse šia kryptimi atliktus tyrimus bei pirminės sveikatos priežiūros užtikrinimą Lietuvoje.
2. Ištirti ir įvertinti VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės ir VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų vadovų, šeimos gydytojų bei pacientų nuomonę komunikaciniu, organizaciniu ir ekonominiu paslaugų prieinamumo aspektais.
3. Nustatyti ir įvertinti komunikacinio, organizacinio ir ekonominio paslaugų prieinamumo netolygumus tarp atskirų įstaigų bei skirtingų demografinių ir socialinių- ekonominių grupių.

<sup>9</sup> Plieskis M., „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtos kontekste“, daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005.

<sup>10</sup> Sveikatos priežiūros reforma: visuomenės lūkesčiai, vykdytojų ir ekspertų vertinimai, Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas, 2007, p. 22.

<sup>11</sup> Jankauskienė D., Pečiūra R., „Sveikatos politika ir valdymas“, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 175.

<sup>12</sup> Culyer A. J., „Equity and equality in health and health care“, *Journal of health economics* 12, 1993, p. 431-457.

### **Darbo hipotezės:**

- komunikacinį paslaugų prieinamumą VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja ribotos transporto galimybės;
- organizacinį paslaugų prieinamumą VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja eilės pas šeimos gydytoją;
- ekonominių paslaugų prieinamumą VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja aukštos vaistų kainos.

**Praktinis reikšmingumas.** Kokybiniai VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų vadovų bei šeimos gydytojų nuomonės tyrimai leis nustatyti šiose įstaigose aktualias paslaugų prieinamumo problemas, galimas jų priežastis. Atliktos pacientų apklausos analizė leis įvertinti teikiamų paslaugų prieinamumo komunikacines, organizacines bei ekonomines kliūtis, nustatyti skirtumus tarp atskirų demografinių, socialinių bei ekonominių grupių. Atsižvelgiant į darbo rezultatus, bus galima pagerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą šių įstaigų pacientams.

### **Naudoti tyrimo metodai:**

1. Teoriniai: mokslinės, metodinės literatūros, dokumentų analizė bei apibendrinimas.
2. Kokybiniai: 2 standartizuoti interviu, kokybinė turinio (Kontent) analizė.  
Pirmajame kokybiniame tyrime dalyvavo ir struktūruoto individualaus interviu būdu apklausta po vieną Kauno rajono VŠI Vilkijos, VŠI Garliavos ir VŠI Pakaunės PSPC aukščiausio lygio vadovą (direktorių); antro kokybinio tyrimo metu struktūruoto individualaus interviu būdu apklausta po tris atsitiktinai pasirinktus VŠI Vilkijos, VŠI Garliavos bei VŠI Pakaunės pirminės sveikatos priežiūros centrų šeimos gydytojus.
3. Sociologinis kiekybinis metodas- anketavimas. Anketavimo būdu apklausti 2 dienų laikotarpyje Kauno rajono VŠI Vilkijos, VŠI Garliavos bei VŠI Pakaunės pirminės sveikatos priežiūros centruose apsilankę 174 pacientai.

**Darbo struktūra:** darbas susideda iš dviejų dalių dalių. Pirmojoje, teorinėje dalyje, analizuojama pirminės sveikatos priežiūros koncepcija, sveikatos priežiūros prieinamumo samprata, problematika, apžvelgiami ta kryptimi atlikti moksliniai tyrimai bei pirminės sveikatos priežiūros užtikrinimas Lietuvoje.

Antrojoje darbo dalyje pristatoma tyrimų metodologija, apibūdinamos nagrinėjamos įstaigos, pristatomi, analizuojami ir aptariami gauti duomenys bei rezultatai.

Darbo pabaigoje pateikiamos išvados bei rekomendacijos, kaip pagerinti paslaugų prieinamumą VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose.

## I. LITERATŪROS APŽVALGA

### 1.1. PSP koncepcija

Pirminės sveikatos priežiūros koncepcija pirmą kartą Pasaulinės Sveikatos Organizacijos deklaruota 1978 m. Alma Atoje. Vieningo pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimo nėra. 1978 m. PSO pirminę sveikatos priežiūrą apibūdino sekančiai: „*Pirminė sveikatos priežiūra yra būtiniausia sveikatos priežiūros grandis, visuotinai prieinama atskiriems individams ir šeimoms, jiems patiems dalyvaujant procese priimtina forma ir už paslaugas mokant tiek, kiek bendruomenė ar šalis gali sau leisti mokėti. Pirminė sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos priežiūros sistemos, kurios pagrindu ji yra, ir bendros socialinės bei ekonominės šalies raidos dalis. Ji yra pirminė individų, šeimų ir bendruomenės kontakto su nacionaline sveikatos sistema grandis, priartinanti sveikatos priežiūrą prie žmonių gyvenimo ir darbo vietų, pirmasis nenutrūkstamo sveikatos priežiūros proceso elementas. Pirminė sveikatos priežiūra užsiima pagrindinėmis bendruomenės sveikatos problemomis, teikdama reikalingas profilaktikos, gydymo, sveikatos išsaugojimo bei reabilitacijos paslaugas.*“<sup>13</sup>

Pagal PSO, pirminės sveikatos pagrindą sudaro tokios veiklos sritys: tinkamas paplitusių ligų ir sužeidimų gydymas; būtinausių vaistų teikimas; sveikatos mokymas apie dažniausias sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją ir kontrolę; parama tinkamai mitybai, aprūpinimas maisto produktais; pakankamas aprūpinimas žmonių reikmėms naudojamu vandeniu ir pagrindinė sanitarijos veikla; motinos ir vaiko sveikatos priežiūra, šeimos planavimas; imunizavimas nuo svarbiausių infekcinių ligų; konkrečiai vietai būdingų ligų prevencija ir kontrolė.<sup>14</sup>

Pagrindiniai PSP principai, aptarti Alma-Atos deklaracijoje, kalba apie abu lygius–sveikatos priežiūros lygį ir bendrą požiūrį į sveikatos politiką bei sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Išsivysčiusiose šalyse PSP dažniausiai suprantama kaip pirmas sveikatos priežiūros lygmuo. Besivystančiose šalyse, kurios dažniausiai susiduria su sveikatos priežiūros prieinamumo iššūkiu, PSP suprantama kaip sisteminė– politinė strategija. Taigi, PSP bendrąja prasme suprantama kaip abiejų aukščiau paminėtų principų visuma su įvairuojančiu jai priklausančių veiklų rinkiniu.<sup>15</sup>

<sup>13</sup>World Health Organization, „Alma-Ata 1978: primary health care“, Geneva, 1978, p. 3,4, <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>> [žiūrėta 2011-07-10].

<sup>14</sup>Ten pat.

<sup>15</sup>The World health report: 2003: shaping the future, 2003, <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf)> [žiūrėta 2011-07-28].

Pirminė sveikatos priežiūra – tai būtinoji visų bendruomenės narių bei jų šeimų sveikatos priežiūra šaliai ir bendruomenei priimtina kaina. Tai priemonių kompleksas, padedantis pasiekti norimą sveikatos lygį visoje šalyje.<sup>16</sup> Ji turi būti bendruomenės socialinės raidos politikos dalis, pagrįsta socialiniu teisėtumu,<sup>17</sup> o jos tikslas – spręsti pagrindines bendruomenės sveikatos problemas.<sup>18</sup> Jos priemonės yra sveikatos propagavimas, mokymas, profilaktika, gydymo ir reabilitacijos paslaugos. Kadangi šios paslaugos labai priklauso nuo konkrečios bendruomenės ekonominių sąlygų bei socialinių ypatybių, tad PSP skirtumai tarp įvairių regionų neišvengiami.<sup>19</sup>

PSP- nespecializuota, tačiau kvalifikuota asmens sveikatos, psichinės sveikatos bei visuomenės sveikatos priežiūra.<sup>20</sup> Asmens sveikatos priežiūra- tai šeimos gydytojo institucijos, namų slaugos, pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų, greitosios medicinos pagalbos (GMP) bei palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninių paslaugų teikimas gyventojams.

Pirminės sveikatos priežiūros centre- šeimos gydytojas. Šeimos gydytojo paslaugos visų amžiaus grupių gyventojams teikiamos pagal šeimos gydytojo normos reikalavimus.<sup>21</sup> Šeimos gydytojas- medicinos gydytojas, įgijęs šeimos gydytojo profesinę kvalifikaciją. Šeimos gydytojas pagal minėtą kvalifikaciją ir nustatytą kompetenciją, nepriklausomai nuo amžiaus, lyties ar ligos, atlieka pirminę ir tęstinę asmens, šeimos ir bendruomenės sveikatos priežiūrą, kai pacientai priimami gydytojo kabinete ar jų namuose. Įvairiose pasaulio šalyse šeimos gydytojui keliami kiek skirtingi reikalavimai, tačiau tai, kad šeimos gydytojas yra sveikatos priežiūros sistemos ašis, pabrėžiama visur- jis koordinuoja įvairiose sveikatos priežiūros sistemos grandyse vykstantį paciento sveikatos priežiūros procesą.<sup>22</sup> Šeimos gydytojas komandoje dirba kartu su gydytoju odontologu, psichiatru, bendruomenės slaugytoju. Lietuvoje šeimos gydytojo paslaugas dar kai kur teikia „laikinoji“ gydytojų komanda, kurią sudaro vidaus ligų gydytojas arba vaikų ligų gydytojas, gydytojai akušeris, ginekologas ir chirurgas.<sup>23</sup>

PSP organizavimo principai pasaulyje įgyvendinami įvairiais būdais, kurie priklauso nuo šalies resursų, tradicijų, visuomenės sveikatos ir demografinės padėties. Norint įgyvendinti šiuos principus ir atlikti visas funkcijas būtinos tam tikros sąlygos.<sup>24</sup>

<sup>16</sup>Valius L., „Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina, Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 8- 16.

<sup>17</sup> Murauskienė L., „Sveikatos priežiūros organizacinė struktūra ir paslaugų teikimas, Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste“, Vilnius: sveikatos ekonomikos centras, 2000, p. 119-132.

<sup>18</sup> Valius L. *Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina. Šeimos medicinos pagrindai*, Kaunas: Vitae Litera, 2003, p. 8 - 16

<sup>19</sup> Jankauskienė D. *Sveikatos politikos ir strategijos planavimas, įgyvendinimas ir vertinimas, III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija.*, Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas, 2000, p. 98-103.

<sup>20</sup> *Socialinės apsaugos terminų žodyna*, s< [http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/termin1.html](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/termin1.html)> [žiūrėta 2011-07-28].

<sup>21</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1013 „Dėl...Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 Šeimos gydytojas Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“; 2005, gruodžio 22, Vilnius: Valstybės žinios 2006, Nr 3.

<sup>22</sup> Mačinskas Š., Valius L., „Šeimos medicina Lietuvoje ir kitose šalyse, Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas: Vitae Litera, 2003, p. 18– 32.

<sup>23</sup>Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2006, psl.36, <<http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0165514.pdf>> [žiūrėta 2011-06-16].

<sup>24</sup> Mačinskas Š., Valius L., „Šeimos medicina Lietuvoje ir kitose šalyse, Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas: Vitae Litera, 2003, p. 18– 32.

1. Plati kompetencija: PSP paslaugas teikiantis gydytojas turi turėti žinių ir įgūdžių visose klinikinės medicinos srityse, kad sugebėtų įvertinti paciento sveikatos būklę ir numatyti reikalingų sveikatos paslaugų poreikį. Be to turi vadovautis holistiniu požiūriu į sveikatą (sveikata- fizinė, psichinė, dvasinė ir socialinė žmogaus gerovė), turėti bendravimo įgūdžių, žinoti sveikatos sistemos organizavimo tvarką, turėti vadybos pagrindų bei komandinio darbo įgūdžių.

2. „Vartininko“ vaidmuo: į aukštesnio lygio medicinos įstaigą galima patekti tik po PSP gydytojo konsultacijos su jo siuntimu. Tai tarsi „filtravimas“: į aukštesnio, kartu ir brangesnio lygio medicinos įstaigą patenka tik tie pacientai, kuriems pagalba tikrai būtina (Pvz.: Didžioji Britanija, Lietuva). Lietuvoje Šeimos gydytojo (tuomet- BPG) vartininko funkciją įgyvendinta 1997 m., kartu pradėjo veikti ir nukreipimų (siuntimų) sistema.<sup>25</sup> Pagal šeimos gydytojo normą, šeimos gydytojo pareiga yra „esant medicininėms indikacijoms ir neaiškiais atvejais siųsti pacientus konsultuotis, hospitalizuoti, tirti ir kitoms sveikatos priežiūros paslaugoms gauti.“<sup>26</sup> Taigi, šeimos gydytojas- tas asmuo, kuris atveria duris ir palydi pacientą iki jam reikalingų paslaugų.<sup>27</sup> Pastebėta, jog šeimos gydytojai geriausiai vertinami tose šalyse (Belgija, Vokietija, Šveicarija), kur „vartininko“ vaidmens jie nevykdo.<sup>28</sup>

3. Bendruomenės (teritorinis) principas. PSP komandos veiklos efektyvumas priklauso nuo to, ar PSP paslaugos teikiamos bendruomenei, apribotai teritoriniu bei bendrais socialiniais (darbas, mokykla) ir kultūriniais interesais, ar atskiriems individams, išsibarsčiusiems didelėje teritorijoje. Antruoju atveju gydytojo veikla apima tik epizodinį ir tęstinį asmens konsultavimą, diagnozavimą bei gydymą, o poveikio bendruomenei (pvz. profilaktinis darbas ugdymo įstaigoje) nevykdo.

4. PSP grandies finansavimas. Kapitacijos principas: vienodas fiksuotas užmokestis, kai neatsižvelgiama į riziką. Apmokėjimas už suteiktas paslaugas: šeimos gydytojui mokama už kiekvieną prie jo prisirašiusį gyventoją. Vienas svarbiausių šio mokėjimo principų privalumų – sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjai yra motyvuoti prisirašyti kuo daugiau gyventojų ir dėl to atsižvelgti į pacientų pageidavimus.<sup>29</sup>

Pirminės sveikatos priežiūros įgyvendinimo esmė– galimybė laisvai pasirinkti šeimos gydytoją, komandinio darbo principų įgyvendinimas, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo

<sup>25</sup> Buivydas R. „Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija“, Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998, p. 18.

<sup>26</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 Šeimos gydytojas Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“; 2005, gruodžio 22, Valstybės žinios 2006, Nr 3.

<sup>27</sup> Valius L., „Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina, Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas: Vitae Litera, 2003, p. 8 - 16.

<sup>28</sup> Grof R. et al., „Patient in Europe evaluate general practice: an International comparison“, *British Journal of General Practice* 50, 2000, 882-885, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313852/pdf/11141874.pdf>> [žiūrėta 1911-06-04].

<sup>29</sup> Mačinskas Š., Valius L., „Šeimos medicina Lietuvoje ir kitose šalyse, Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas: Vitae Litera, 2003, p. 18– 32.

užtikrinimas, jų tęstinumas bei kokybė.<sup>30</sup> Be to, Alma-Atos deklaracijoje teigiama, kad pirminė sveikatos priežiūra „reikalauja ir skatina bendruomenės ir individualią atsakomybę ir dalyvavimą pirminės sveikatos priežiūros planavime, organizavime, veikloje ir kontrolėje.“<sup>31</sup>

Taigi, pirminė sveikatos priežiūra- pirmo asmens kontakto su sveikatos priežiūros sistema vieta, kurioje sprendžiamos pagrindinės jo, jo šeimos, o taip pat- ir visuomenės sveikatos problemos. PSP- principų visuma, kurios įgyvendinimas kiekvienoje šalyje priklauso nuo realių šios šalies galimybių, tačiau visur centrinė PSP figūra- šeimos gydytojas. Neprikaištinga šeimos gydytojo institucijos veikla- svarbi sąlyga visos PSP funkcionavimui, PSP paslaugų prieinamumo bei pacientų pasitikėjimo šalies sveikatos priežiūros sistema gerinimui.

## **1.2. Sveikatos priežiūros prieinamumas**

### **1.2.1 Sveikatos priežiūros prieinamumo samprata ir problemos**

Būdamas vienu iš sveikatos priežiūros kokybės rodiklių, prieinamumas pats yra multidimensinis dydis. Literatūroje pateikiamos įvairios sveikatos priežiūros prieinamumo sąvokos. Pagal prieinamumo sąvoką pasirenkami ir jo vertinimo kriterijai.

Anot Marko, sveikatos priežiūros prieinamumas gali būti suvokiamas kaip potencialus (asmenys nori ir gali, pagal laiką ir vietą, gauti sveikatos priežiūrą) ir jau realizuotas (gautos paslaugos, kai įveiktos prieinamumo kliūtys).<sup>32</sup>

Potencialios sveikatos priežiūros prieinamumo studijos analizuoja finansavimo schemas<sup>33</sup>, sveikatos priežiūros įstaigų išsidėstymą, sveikatos priežiūros pasiūlos ir paklausos faktorius<sup>34</sup>, lėšų švaistymą<sup>35</sup> ir kitus faktorius, turinčius įtakos bendram analizuojamos šalies gyventojų sveikatos priežiūros prieinamumui. Realizuota sveikatos priežiūra dažniausiai analizuojama

<sup>30</sup> Petrauskienė J. „Sveikatos politikos strategijos įgyvendinimo problema, Sveikatos priežiūros vadyba XXI a“, tezių rinkinys, Nida, 2000, p. 7-8.

<sup>31</sup> World Health Organization, „Alma-Ata 1978: primary health care“, Geneva., 1978, p. 3,4.

<sup>32</sup> Tamutienė I. ir kt., „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė* 2(1), 2011, p. 96.

<sup>33</sup> World Health Organization, „The World Health Report. Health System Financing: The Path to Universal Coverage“, 2010, <[http://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf)> [žiūrėta 2011 03 24].

<sup>34</sup> Ensor T., Cooper S., „Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side.“ *Health Policy and Planning* 19(2), 2004, p. 69–79.

<sup>35</sup> Bentley T. G. K., et al., „Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework.“ *The Milbank Quarterly* 86(4), 2008, p. 629–659, <<http://www.jstor.org/pss/25434113>> [žiūrėta 2011-10-05].

remiantis pacientų patirtimi, identifikavus kliūtis, kurios buvo įveiktos paslaugoms gauti arba dėl kurių asmenys negavo sveikatos priežiūros paslaugų ar jų atsisakė.<sup>36</sup>

Tradiciškai paslaugų prieinamumas matuojamas sveikatos draudimo mastais ir gyventojų galimybe patekti pas gydytoją.<sup>37</sup> Kaip prieinamumo rodiklis naudojami ir duomenys apie paslaugos vartojimą.<sup>38</sup> Prieinamumas susietas ir su poreikių, sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir sveikatos priežiūros paslaugų naudojimo sąveika.<sup>39</sup>

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) 2006 m. išleido leidinį *Quality of care*-dokumentą, skirtą sveikatos politiką formuojantiems ir sveikatos priežiūrai vadovaujantiems asmenims. Leidinio tikslas– padėti valstybės lygiu nuolat planuoti ir vykdyti veiksmingas priemones, gerinant sveikatos priežiūros kokybę. Šiame leidinyje sveikatos priežiūra laikoma prieinama, kai ji teikiama laiku, yra tinkama geografiniu požiūriu, o medicininiais poreikiais tenkinti skiriami įgūdžiai ir išteklių<sup>40</sup> (nesant pakankamam struktūrinių, finansinių ir žmogiškųjų išteklių kiekiui, teikiamų paslaugų prieinamumas pablogėja). Rodikliai, atspindintys populiacijos aprūpinimą sveikatos priežiūros ištekliais- gydytojų skaičius, stacionariųjų lovų skaičius 1000 gyventojų ir kt.

Pagal Simon R. J. Maxwell, prieinamumas– taip pat viena iš šešių kokybės savybių. Anot jo, paslaugos turi būti teikiamos tinkamoje vietoje, tinkamu laiku. Informacija apie sveikatos priežiūros struktūras, ypač kokybę, turi būti prieinama visiems, tai yra, turi būti aiški, pateikta visiems suprantama kalba. Sveikatos priežiūra turi būti teikiama visiems vartotojams vienodomis sąlygomis. Vertinant kokybę šiuo atžvilgiu, analizuojama, ar žmonės gauti medicinos paslaugas, kai jiems tai reikalinga ir kokių atsiranda kliūčių (didelis atstumas, blogas susisiekimas, neišgalėjimas susimokėti už paslaugą, laukiančiųjų sąrašas ir t. t.).<sup>41</sup>

Kathleen S. Andersen teigia, kad sveikatos priežiūros prieinamumas turėtų būti suprantamas kaip naudojimas sveikatos priežiūros paslaugomis esant reikalui: pvz. pirma neatidėliotina pagalba kuomet gresia pavojus gyvybei ar (ir) tuomet, kai yra minimalus sveikatos sutrikimas. Šis paslaugų diapazonas turėtų suteikti galimybę kiekvienam visuomenės piliečiui

<sup>36</sup> Zivanovic, A. M. „Equality in Health: Access to Health Care and Right of Access to Health Care for Children in the Central Bosnia Canton” *Materia Socio Medicine* 21(4), 2009, p. 203–206, <<http://www.scopemed.org/?mno=6936>> [žiūrėta 2011-09-01].

<sup>37</sup> van der Meer J. et al., „Socioeconomic differences`in the utilization of health services`in a Dutch population: the contribution of health status.“ *Health Policy* 37, 1996, p. 1-18, <<http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/socioeconomic-differences-in-the-utilization-of-health-services-in-a-PhbUueCnH2>> [žiūrėta 1011-06-08].

<sup>38</sup> Chavkin W, St Clair D. „Beyond prenatal care: a comprehensive vision of reproductive health.” *J Am Med Wom Assoc* 45, 1990, p. 55-57.

<sup>39</sup> Plieskis M., „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste“, daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B), Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005, p. 8.

<sup>40</sup> World Health Organization, „Quality of care: a process for making strategic choices in health systems“, 2006, <[http://www.visuomenei.lt/modules/document\\_publisher/documents/2/Valstybes\\_kontroles\\_ataskaita\\_asmens\\_sveikatos\\_prieziuros%20kokybes\\_uztikrinimo\\_sistema.pdf](http://www.visuomenei.lt/modules/document_publisher/documents/2/Valstybes_kontroles_ataskaita_asmens_sveikatos_prieziuros%20kokybes_uztikrinimo_sistema.pdf)> [žiūrėta 1011-07-10].



lygiavertiškai gauti sveikatos priežiūros paslaugas daugeliu aspektų.<sup>42</sup> Viena vertus, sveikatos priežiūra visiems vartotojams turi būti teikiama vienodomis sąlygomis,<sup>43</sup> bet visuotinis sveikatos paslaugų prieinamumas numato galimybę visiems asmenims sveikatos priežiūros paslaugas gauti pagal poreikius.<sup>44</sup>

Pechansky ir bendraautorai išskiria bruožus, charakterizuojančius prieinamumą kaip „atitikimo laipsnį“ tarp vartotojų ir sveikatos priežiūros sistemos:<sup>45</sup>

- priimtumas (sveikatos priežiūros vartotojų bei paslaugų teikėjų požiūrių sutapimas);
- įperkamumas (paslaugų kaina pacientui, apimanti tiesiogines ir netiesiogines išlaidas);
- naudingumas (adekvati paslaugų pasiūlos ir paklausos pusiausvyra);
- fizinis prieinamumas (paciento buvimo atžvilgiu bei jo galimybėmis judėti);
- prisiderinamumas (kaip paslaugų teikimas yra organizuotas atsižvelgiant į paciento poreikius bei tinkamumo suvokimą: darbo valandas, išankstinio rezervavimo galimybę, eiles).

Brigit Obrist prieinamumą prie sveikatos priežiūros taip pat apibrėžia per sveikatos priežiūros paslaugų prizmę, akcentuodama paslaugų tinkamumą, įperkamumą, pasiekiamumą, adekvatumą ir priimtumą.<sup>46</sup>

Leonas Valius vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą siūlo įvertinti pasiūlos ir paklausos santykį:

1. Pagal veiksnius, susijusius su gyventojais: geografiniu (atstumas, laikas), laiko (darbo režimas); ekonominiu (galimybė gydytis nepriklausomai nuo išteklių); socialiniu kultūriniu (kalba, religija).
2. Pagal gyventojų informuotumą apie gydymą.<sup>47</sup>

Pagal Michael Millman, informacija skatina visuomenės narius optimaliai naudotis sveikatos priežiūros sektoriaus teikiamomis paslaugomis ir stiprina konkrečios gydymo įstaigos vaidmenį, tuo pačiu užtikrindama pranašumą prieš kitas toje teritorijoje esančias gydymo

<sup>41</sup> Maxwell R. J., „Dimensions of Quality Revisited: from thought to Action“, *Quality Health Care* 1, 1992, p. 171-177, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055007/>> [žiūrėta 1011-07-11].

<sup>42</sup> Andersen K. S. „The reforming states group and the promotion of federalism.“, *MilbankQ* 76(1), 1998, p. 59-101, <<http://www.milbank.org/KSAarticle.pdf>> [žiūrėta 1011-07-11].

<sup>43</sup> Mačinskas Š., Valius L. „Bendrieji šeimos medicinos praktikos organizavimo principai ir medicinos audita,s Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas: Vitae Litera, 2003, p. 427.

<sup>44</sup> Socialinės apsaugos terminų žodynas, <[http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/termin1.html](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/termin1.html)> [žiūrėta 2011-07-28].

<sup>45</sup> Plieskis M., „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste“, daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005, p. 9.

<sup>46</sup> Obrist, B. „Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action“, *PLoS Med* 4(10), 2007, p. 1584-1588, <<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040308>> [žiūrėta 2011 03 24].

<sup>47</sup> Mačinskas Š., Valius L. „Bendrieji šeimos medicinos praktikos organizavimo principai ir medicinos auditas, Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas: Vitae Litera, 2003, p. 421.

įstaigas, tai yra, didindama įstaigos konkurencingumą. Informacija taipogi vaidina svarbų vaidmenį, perduodant pacientams didžiąją dalį atsakomybės už savo pačių sveikatą.<sup>48</sup>

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas sveikatos priežiūros prieinamumą apibrėžia taip: „Sveikatos priežiūros prieinamumas- valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ar visuomenei.“<sup>49</sup>

Komunikacinis (teritorinis) PSP prieinamumas nusako, kaip išdėstytas įstaigų tinklas, kad gyventojai būtų mediciniškai saugūs ir per nustatytą laiką galėtų pasiekti ir gauti PSP bei greitosios medicinos pagalbos paslaugas, susisiekti su savo gydytoju telefonu bei savu arba visuomeniniu transportu. Todėl vertinant komunikacinį prieinamumą atsižvelgiama į atstumus iki sveikatos priežiūros įstaigų, į jų geografinę padėtį, visuomeninio transporto infrastruktūrą, gyventojų demografinę padėtį, teritorijų planavimą, miškingumą, gyventojų tankumą.<sup>50</sup>

Organizacinis prieinamumas nusako, kaip PSP organizuota gyventojams: ar savivaldybėje yra PSP strateginiai planai; ar PSP teikiama pilnos apimties ambulatorinėje ir stacionarioje grandyje kaip dirba sveikatos priežiūros įstaigos, kiek laiko reikia laukti pagalbos, ar PSP įstaigose užtikrinama paslaugų kokybė ir kaip ji stebima.<sup>51</sup>

Ekonominis prieinamumas nusako, ar gyventojams PSP prieinama finansiškai, t. y. ar paslaugos nėra tokios brangios, kad būtų nepakeliamos šeimos biudžetui, ar gyventojams yra laiduojamos ir kokios nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos. Ekonominis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas gali būti vertinamas pagal tai, kaip kinta gyventojų tiesioginės sveikatos apsaugos išlaidos ir pačių ASPĮ finansavimas bei išlaidos paslaugoms teikti.<sup>52</sup>

Sveikatos priežiūros prieinamumo problematika susijusi su PSO pasiūlytais sveikatos politikos formavimo lygybės bei teismo principais. Lygybės principas sako, kad sveikatos priežiūra visų amžiaus, lyties, tautybės ar socialinės grupių atstovams turi būti prieinama vienodai, teismo principas- kad kiekvienam asmeniui turi būti sudarytos lygios galimybės siekti maksimalaus sveikatos potencialo, paskirstant sveikatos priežiūros išteklius ir panaikinant kliūtis bei skirtumus.<sup>53</sup> Pasak Mindaugo Plieskio, **kliūtis**, trukdančias vartotojams pasinaudoti paslaugomis, galima aptikti daugelyje sveikatos priežiūros paslaugų teikimo grandinės vietų: užmezgant kontaktą su sveikatos priežiūros įstaiga, įeinant į paslaugų teikimo sistemą, naudojant efektyvias, tinkamas ir priimtinas paslaugas, siekiant maksimaliai gero priežiūros rezultato ar kt.

<sup>48</sup> Millman ML. „Access to Health Care in America.“, Washington, DC: Institute of Medicine, *National Academy Press*, 1993, <[http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=2009&page=R1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=2009&page=R1)> [žiūrėta 2011 03 25].

<sup>49</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994, liepos 19, Vilnius: Valstybės žinios., 1994, Nr. 63-1231, str. 2.

<sup>50</sup> Jankauskienė D., Pečiūra R., „Sveikatos politika ir valdymas“, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 174.

<sup>51</sup> Ten pat.

<sup>52</sup> Ten pat.

<sup>53</sup> Ten pat, p. 18.

Kliūtys gali būti finansinės (dalinio arba pilno mokėjimo už paslaugas, netiesioginių sveikatos priežiūros kaštų), organizacinės (pageidaujamo gydytojo pasirinkimas, ilgas laukimo laikas, vizitas būtent norimu laiku pas savo gydytoją ir t.t.). Kita problema- paslaugų prieinamumo **netolygumai**, kurie gali būti susiję su pacientų įpročiais, finansinėmis pacientų ir paslaugų teikėjų paskatomis, esamos sveikatos priežiūros paslaugų struktūros ir išvystymo lygiu ir organizacinėmis bei kitomis kliūtimis.<sup>54</sup> Literatūroje išskiriama keletas prieinamumo teisumo aspektų. Teisumas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas- tai išteklių paskirstymo, prieinamumo teisumo, sveikatos priežiūros rezultato teisumo klausimai. Išteklių turėtų būti paskirstomi atsižvelgiant į poreikius. Anot Mindaugo Plieskio, prieinamumo teisumas turi du aspektus: horizontalus teisumas (egzistuoja tada, kai gyventojų grupės su tais pačiais poreikiais turi vienodą prieinamumą); vertikalus teisumas (kai gyventojų grupė su skirtingais poreikiais turi atitinkamai skirtingą prieinamumą).<sup>55</sup>

Adamo Wagstaffo ir kt. nuomone, siekiant įgyvendinti horizontalų teisumą, paslaugų prieinamumo skirtumai turi būti dėl poreikių skirtumų, tačiau ne dėl pajamų skirtumo.<sup>56</sup> Taip pat Adamas Wagstaffas ir Edis van Doorslaeris teigia, jog galimi du sveikatos priežiūros finansavimo teisumo nagrinėjimo aspektai: horizontalusis, reiškiantis, kad teisumas egzistuoja tada, kai žmonių grupės, turinčios vienodas galimybes mokėti, moka tiek pat; vertikalusis, reiškiantis, jog žmonės, turintys skirtingas galimybes mokėti, moka skirtingai.<sup>57</sup>

Tolesnės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenyse nurodoma, kad situacija, kai pacientas legaliai savo lėšomis neprimoka už jam suteiktas paslaugas ir ribota paslaugų pasiūla, sukuria padidintą paslaugų paklausą ir neišvengiamai veda prie šešėlinių mokėjimų už paslaugas paplitimo.<sup>58</sup> Anot Josepho P. Newhouse, paslaugų, už kurias tenka mokėti ar primokėti, pacientai vartoja mažiau. Taip mažėja lengvabūdiškas paslaugų vartojimas, didėja sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pajamos, o pacientams primenama apie jų gaunamų paslaugų vertę. Tačiau taip mažas pajamas gaunantys asmenys nebegali pasinaudoti paslaugomis,<sup>59</sup> kitaip tariant- ekonominiu požiūriu silpnoms gyventojų grupėms mažėja paslaugų prieinamumas.

<sup>54</sup> Plieskis M., „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste“, rankraštis, daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B), Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005, p. 11.

<sup>55</sup> Ten pat, p. 14

<sup>56</sup> Wagstaff AJ, et al., „On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care.“, *Journal of Health Economics* 10, 1991, p. 169-205.

<sup>57</sup> Wagstaff AJ, van Doorslaer E., „Equity in the finance of health care: some international comparisons.“ *Journal of Health Economics* 11, 1992, p. 361-387.

<sup>58</sup> Tolesnės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenys, <[http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes\\_sveikatos\\_sistemos\\_pletros\\_2008\\_2015\\_.pdf](http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemos_pletros_2008_2015_.pdf)> [žiūrėta 2011-06-02].

<sup>59</sup> Newhouse J. P., „Consumer-Directed Health Plans And The RAND Health Insurance Experiment“, *Health Affairs* 23(6), 2004, p. 107-113, <<http://content.healthaffairs.org/content/23/6/107.full>> [žiūrėta 2011-10-09].

Reikalavimai sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui yra skirtingi tarp įvairių gyventojų grupių ir keičiasi priklausomai nuo žmonių amžiaus, lyties, išsimokslinimo ir pajamų.<sup>60</sup> Pavyzdžiui, žmonės, gaunantys mažiausias pajamas, dažniau skundžiasi dėl sveikatos priežiūros poreikių, kurie liko nepatenkinti dėl ilgų eilių, tiesioginių finansinių sąnaudų ar atstumo iki sveikatos priežiūros įstaigos. Surinkti duomenys leidžia teigti, kad vidutinė mažesnes pajamas gaunanti šeima paprastai turi toliau keliauti iki ligoninės ar šeimos gydytojo. Be to, mažesnė tikimybė, kad mažas pajamas gaunantys žmonės bus priimti į ligoninę ar apžiūrėti specialisto.<sup>61</sup>

Empiriniai duomenimis grįstos studijos daugiausia dėmesio skiria prieinamumo kliūtims nustatyti.<sup>62</sup>

### 1.2.3. Sveikatos priežiūros prieinamumo mokslinių tyrimų apžvalga

JAV ir Vakarų Europos šalyse sveikatos priežiūros prieinamumo tyrimais pradėta domėtis anksčiau nei Lietuvoje, todėl šiuo metu vykdomų tyrimų apimtys yra kur kas didesnės, pavyzdžiui, įtraukiamos kelios ar net keliolika valstybių iš karto. Taip pat ten tiriami ir Lietuvoje dar neaktualūs sveikatos priežiūros prieinamumo aspektai.

Štai, 1995 m., 1997 m. ir 1999 m. periodinių telefoninių apklausų būdu, galvojant apie kalbinį prieinamumą pagal trimis (hebrajų, arabų ir rusų) kalbomis paruoštą klausimyną buvo vertinama reformuota Izraelio sveikatos sistema. Autorius Revitalis Grossas pristato, kaip remiantis šiomis apklausomis buvo suformuoti kokybės kriterijai, tarp kurių vienas svarbiausių paslaugų prieinamumas.<sup>63</sup>

2005 m. žurnale "Family medicine" Donaldas Barras ir Stanleys Wanatas skelbia, jog sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas tautinėms mažumoms, be kitų aspektų, dar apima ir kultūrinį, kalbinį (lingvistinį) bei finansinį aspektus. Šių autorių studija parodė, kad kai kuriais atvejais prieinamumo problemas sukuria ne gydytojų, bet viduriniojo medicinos personalo elgesys, galimai nulemtas dėl stereotipais pagrįsto nusistatymo prieš tam tikras etnines grupes.<sup>64</sup>

1996- 2000 m. Koichiro Otanis, Richardas Kurzas, Lisa Harris atliko tyrimą penkiose Indianos valstijoje prie universitetinių ligoninių įsikūrusiose PSPĮ– praėjus trims dienoms po

<sup>60</sup> Kairys J. ir kt., „Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose.“, *Medicina* 40(2), 2004, p. 179.

<sup>61</sup> Europos komisija, „Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje“, Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, p. 12, <[http://www.esparama.lt/lt/bpd/zemelapis/sekmingi\\_projektai/?id=7387](http://www.esparama.lt/lt/bpd/zemelapis/sekmingi_projektai/?id=7387)> [žiūrėta 2011-07-10].

<sup>62</sup> Bigeli M., Annear, P. L., „Barriers to Access and the Purchasing Function of Health Equity Funds: Lessons from Cambodia“, *Bull World Health Organ* 87, 2009, p. 560–564, <<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-053058.pdf>> [žiūrėta 2011-08-05].

<sup>63</sup> Gross R., „A consumer-based tool for evaluating the quality of health service in the Israeli health care system following reform.“ *Health Policy* 68(2), 2004, p. 143-158, <[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(03\)00168-4/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(03)00168-4/abstract)> [žiūrėta 2011-09-01].

vizito pas šeimos gydytojus išsiųsdavo klausimyną paštu, o vėliau skambindavo. Buvo tirti trys PSP teikimo aspektai: prieinamumas, personalo darbas ir gydytojo darbas. Buvo nustatyta, kad labiausiai pacientų pasitenkinimą įtakoja gydytojų darbas, ypač sugebėjimas paaiškinti, kas yra daroma, bei vizito trukmė. Antra pagal svarbą aspektas- personalo darbas, ypač jo elgesys. Mažiausiai pasitenkinimą įtakojo prieinamumo aspektas, tačiau pacientams buvo svarbus toks kriterijus kaip registratūros darbuotojų elgesys, t.y. rodoma pagalba, užuojauta, supratingumas.<sup>65</sup>

1998 m. Michel Wensing ir bendraautorai apklausė 15 996 pacientus iš devynių Europos šalių apie pirminę sveikatos priežiūrą. Vertinama buvo penki prieinamumo aspektai: galimybė užsiregistruoti vizitui, galimybė prisiskambinti, galimybė pakalbėti su šeimos gydytoju telefonu, laukimas prie gydytojo kabineto, skubios pagalbos suteikimas. Nustatyta, kad daugiau teigiamų vertinimų sulaukė tos pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, kur buvo mažiau šeimos gydytojų, išskyrus tuos atvejus kai tai buvo susiję su skubia pagalba. Mažiausiai teigiamų vertinimų sulaukė ketvirtasis aspektas, t.y. laukimas prie gydytojų kabinetų, tačiau buvo ženklų skirtumų priklausomai nuo šalies (Didžiojoje Britanijoje tik 50 proc. įvertino teigiamai laukimo prie gydytojo durų faktą, kai tuo tarpu Vokietijoje net 79 proc.). M.Wensing nuomone paskutinių metų pokyčiai PSP organizavime vyksta priešinga kryptimi negu norėtų pacientai.<sup>66</sup>

1999 m. Peteris Fosas ir Miguelis Zuniga savo straipsnyje apie PSP prieinamumo vertinimą Luizijanos valstijoje naudojant taškų sistemą akcentuoja, kad tokia sistema sudaro sąlygas priimti objektyvius sprendimus dėl išteklių paskirstymo. Taškų sistema yra efektyvi ir dėl to, kad visi 31 kriterijus (mirštamumas, sergamumas, draustumas, visuomeninio transporto buvimas ir pan.) yra rutiniškai renkama informacija, kurią tik belieka įvertinti ekspertui.<sup>67</sup>

1998-1999 m. Campbell su bendraautorais ištyrė 55 Londono PSPĮ darbą ir nustatė, jog tiek amžius, tiek rasė statistiškai patikimai įtakojo atsakymus. Vyresni respondentai palankiau įvertino PSPĮ paslaugas nei jaunesni, baltieji- geriau nei kitos etninės grupės. Pakistaniečiai, indai ir kilusieji iš Bangladešo PSP paslaugas įvertino blogiausiai. Iš Azijos kilę respondentai itin prastai įvertino registratūros darbuotojus.<sup>68</sup>

<sup>64</sup> Barr D. A., Wanat S. F., „Listening to patients:cultural and linguistic barriers to health care access“, *Family Medicine* 37, 2005, p. 199-204, <<http://www.stfm.org/fmhub/fm2005/march/donald199.pdf>> [žiūrėta 2011-09-05].

<sup>65</sup> Otani K. et al., „Managing primary care using patient satisfaction measures“, *Journal of Healthcare Management* 50(5), 2005, p. 311-324, <<http://www.highbeam.com/doc/1G1-137097584.html>> [žiūrėta 2011-09-05].

<sup>66</sup> Wensing M. et al. „Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison“, *International Journal for quality in Health Care* 14(2), 2002, p. 111-118, <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/14/2/111.full.pdf>> [žiūrėta 2011-09-05].

<sup>67</sup> Fos P.J., Zúniga M., „Assessment of primary health care access status: an analytic technique for decision making“, *Health Care Management Science* 2(4), 1999, p. 229-238, <<http://www.springerlink.com/content/g2n1114727t25311/>> [žiūrėta 2011-09-05].

<sup>68</sup> Campbell J. et al., „Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care“, *Quality in Health Care* 10(2), 2001, p. 90-95, < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757978/pdf/v010p00090.pdf> > [žiūrėta 2011-08-07].

2004 m. Craigas Chanteris su bendraautoriais, išanalizavęs iš 155 PSP teikimo vietų gautus 37981 užpildytus paciento klausimynus (naudotas Mančesterio universitete sukurtas General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) klausimynas) nustatė, jog 73 proc. respondentų prie gydytojo durų tenka laukti nuo 6 iki 20 minučių.<sup>69</sup>

2000 m. paskelbtame straipsnyje Olafsson ir Sigurdsson aprašo Islandijos kaimiškose vietovėse dirbančių šeimos gydytojų prieinamumą ne darbo valandų (angl. Out-of-hour seervice) metu. Nustatyta, kad ne darbo valandų metu šiuolaikinės telekomunikacijų priemonės užtikrina gerą šeimos gydytojų paslaugų prieinamumą, tačiau budėjimų telefonu krūvis yra didelis ir prieštarauja Europos Sąjungos normoms dėl minimalaus gydytojo poilsio laiko. Tais atvejais, kai į šeimos gydytojo pareigas įeina skubios pagalbos teikimas, 97 proc. atvejų su šeimos gydytoju buvo galima susisiekti per 5 minutes. Pagal islandų suvokimą esant geroms darbo sąlygoms, iki ne toliau kaip už 10 km esančio paciento, 70 proc. šeimos gydytojas nuvykdavo 30 minučių laikotarpyje. 84 proc. šeimos gydytojų turėjo telefoninių budėjimų 14 dienų per mėnesį ir daugiau, o sudėtingų pirmos pagalbos teikimo atvejų (gaivinimas, intubacija ir pan.) buvo labai mažai.<sup>70</sup>

2009 m. Vši „MTVC“ (Mokymų, tyrimų ir vystymo centras) Bulgarijoje, Rumunijoje, Ukrainoje, Vengrijoje ir Lenkijoje tyrė pacientų požiūrį į oficialius mokėjimus. Rezultatai parodė, jog pensininkai, dirbantys asmenys, neįgalieji ar lėtinėmis ligomis sergantys asmenys bendrai yra prieš oficialius pacientų mokėjimus. Studentai ir vaikus auginančios šeimos, atvirksčiai, remia pacientų mokėjimų egzistavimą. Tačiau pastaroji grupė yra prieš pacientų mokėjimus už būtinąją medicinos pagalbą. Pirmoji grupė mano, kad socialinis ir ekonominis statusas turėtų būti pagrindinis kriterijus atleidžiant nuo pacientų mokėjimų, kai tuo tarpu antroji grupė tokiu kriterijumi laiko amžių ir sveikatos būklę, pvz., vaikai, nėščios moterys, asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis. Rumunijos sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai mano, kad paslaugos, teikiamos neįgaliesiems ir skurdžiai gyvenantiems asmenims neturėtų būti apmokestintos. Dauguma sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų Ukrainoje mano, kad oficialūs pacientų mokėjimai už odontologų paslaugas, ambulatorines ir stacionarines paslaugas, net už pirminės sveikatos priežiūros paslaugas turi egzistuoti, tačiau turėtų būti specialios sąlygos neįgaliesiems, skurdžiai gyvenantiems, lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims bei nėščiosioms. Didžioji Vengrijos bei Lenkijos sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų dalis yra prieš šiuos

<sup>69</sup> Chanters C. et al., „Improving the patient experience in general practice with the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)“, *Quality in Primary Care* 13(4), 2005, p. 225-232.

<sup>70</sup> Olafsson G., Sigurdsson J.A., „Out-of-hours service in rural areas. An observational study of accessibility, attitudes and quality standards among general practitioners in Iceland. Scandinavian“, *Journal of Primary Health Care* 18, 2000, p. 75-79, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10944060>> [žiūrėta 2011-08-07].

mokėjimus, tačiau dauguma vartotojų Lenkijoje sutinka su jau ir taip egzistuojančiais mokėjimais už odontologų paslaugas.<sup>71</sup>

Sveikatos priežiūros prieinamumas Lietuvoje tirti pradėtas 1995 m. Autorės Danguolė Jankauskienė ir Jolanta Žemgulienė pateikia duomenis, jog nustatytas didesnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas studentų ir moksleivių, namų šeimininkų, vidutinių ir didžiųjų šalies miestų gyventojų bei jaunesnių asmenų grupėse.<sup>72</sup>

Trijų, 1995- 2003 m. pagal tą pačią klausimyno struktūrą Vilniaus universitete ir Kauno medicinos universitete atliktų tyrimų su reprezentatyviomis visos Lietuvos gyventojų imtimis rezultatai parodė, jog gyventojų dalis, kuriems susirgus buvo suteikta reikiama ambulatorinė medicinos pagalba, skyrėsi atskirose socialinėse ekonominėse grupėse. Samdomi darbuotojai ir verslininkai susirgę gauti reikiamą gydymą 1995, 1998 ir 2003 m. turėjo geresnes galimybes, nei ūkininkai. Pensininkai taip pat savo patekimo pas gydytoją galimybes vertino geriau, nei ūkininkai, bet 1995, 1998 ir 2003 m. atliktų tyrimų rezultatų palyginimas rodo, kad šios galimybės pensininkams sumažėjo. Lyginant miestų ir kaimų gyventojų atsakymus, galimybės gauti reikiamą gydymą mažuose miesteliuose 2003 m. buvo vertinamos prasčiau. Kaimo gyventojai šias galimybes vertino prasčiau nei miesto.<sup>73</sup>

2000 m. Danguolės Jankauskienės paskelbtame tyrime apie sveikatos reformos poveikį gyventojų sveikatai, nė vienoje gyventojų socialinėje ir ekonominėje grupėje didelių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemų nenustatyta. Tačiau rezultatai rodė, kad gyventojai dėl transporto turėjo sunkumų patekti į kaimo gydymo įstaigas.<sup>74</sup>

Gana teigiamai 2002 m., pagal bendrą projektą su PSO, pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą įvertino Irena Misevičienė ir Liudmila Dregval. Tyrimo autorės nustatė, kad moterys į gydytojus kreipėsi dažniau negu vyrai, vyresni žmonės- dažniau negu jaunesni. Pasirenkant pageidaujamą gydytoją, 57,7 proc. respondentų neturėjo jokių sunkumų, 16,5 proc.- turėjo nedidelių sunkumų, 10,1 proc. - turėjo ypač didelių sunkumų. Pusė (53,7 proc.) gyventojų neturėjo sunkumų gauti paslaugas kitoje poliklinikoje, tačiau 15,6 proc. atsakiusiųjų turėjo didelių arba ypač didelių sunkumų. Didžiąjai daliai (59,5 proc.) respondentų PSP įstaigose pagalba visuomet buvo suteikta iš karto.<sup>75</sup>

<sup>71</sup> Pacientų mokėjimų politikų vertinimas ir jų prognozės, atsižvelgiant į veiksmingumą, teisumą ir kokybę“, *ASSPRO CEE 2007*, Maastrichto universitetas, <<http://www.mtvc.lt/lt/veiklos/tyrimai.html>> [žiūrėta 2011-08-07].

<sup>72</sup> Jankauskienė D., Žemgulienė J., „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas“, *Medicina* 34, 1998, p. 301-338.

<sup>73</sup> Jankauskienė D., „Nuo sveikatos apsaugos reformos biuro idėjų iki restruktūrizavimo programos, *Sveikatos priežiūros reforma: visuomenės lūkesčiai, vykdytojų ir ekspertų vertinimai*“, Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas, 2007, p. 25.

<sup>74</sup> Jankauskienė D., „Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai: sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė“, *Visuomenės sveikata* 11(1), 2000, p. 81-91.

<sup>75</sup> Misevičienė L., Dregval L. „Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę“, *Medicina* 38(11), 2002, p. 1129-1135.

2002 m. Jonas Kairys ir Romualdas Gurevičius anketos- klausimyno pagalba ištyrė sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje ir nustatė, kad pacientai vidutiniškai sugaišta: registratūroje 16 minučių, prie gydytojo kabineto 30 minučių, prie procedūrų kabineto 17 minučių. Registruotis ir konsultuotis telefonu pacientai nėra linkę, o kuo mažesnės apklaustųjų pajamos, tuo dažniau jie lankosi poliklinikoje.<sup>76</sup> 2004 m. Jonui Kairiui ir bendraautoriams atlikus ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimą Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose, šeimos gydytojo institucijos atsiradimą palankiai įvertino 45 proc., nepalankiai- 42 proc. respondentų. Pagrindinės įvardintos problemos- eilės prie kabinetų bei didelė biurokratija. Kitos dažniau minėtos problemos- eilės registratūroje, kyšiai gydytojams bei sunkumai registruojantis konsultacijai pas norimą gydytoją.<sup>77</sup>

Jonas Kairys ir bendra autoriai 2002 m. atliko vaistų politikos Lietuvoje vertinimą paciento požiūriu. 70,9 proc. respondentų nurodė, kad gydytojas jiems išrašo tiek vaistų, kiek reikia, tačiau 63,8 proc. nurodė, kad vaistai yra per brangūs. 48,8 proc. pritarė, kad ir kompensuojant ne pilną kainą, bet kompensuojamų vaistų sąrašas būtų didesnis, o 39,8 proc. pageidautų, kad sąrašas būtų mažesnis, tačiau kompensuojama pilna kaina. 35,7 proc. nurodė, kad vaistinėse beveik niekada neinformuoja apie galimus medikamento pasirinkimus.<sup>78</sup>

2003 m. Jonas Kairys, Eglė Žėbienė ir Ignas Zokas apklausė Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientus apie sveikatos priežiūros paslaugas ir nustatė, kad pacientų nuomonė kinta pagal socialinę ir ekonominę padėtį. 53,9 proc. visų respondentų sveikatos priežiūros įstaigų darbą vertino palankiai („gerai“, „labai gerai“), tačiau nustatyta, kad mažas pajamas turintys (iki 500 Lt) daugiausiai, t. y. 63 proc., vertino tik patenkinamai. 67,9 proc. nepalankiai vertino, kad vietoj specialistų reikia kreiptis į vieną– bendrosios praktikos gydytoją.<sup>79</sup>

2004 m. Žemyna Milašauskienė ir kt. tyrė pacientų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. 78,2 proc. respondentų nurodė, kad jiems lengva pasiekti sveikatos priežiūros įstaigą. 73,6 proc. nurodė, kad registratūroje netenka laukti per ilgai, tačiau net 32,9 proc. nurodė, kad prie gydytojo kabineto durų jiems tenka laukti per ilgai. Mieste gyvenantys ir privačiose PSPĮ besilankantys pacientai buvo labiau patenkinti prieinamumu.<sup>80</sup>

<sup>76</sup> Kairys J., Gurevičius R., „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas“, *Medicina* 38(1), 2002, p. 94-102.

<sup>77</sup> Kairys J. ir kt. „Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose“, *Medicina* 40(2), 2004, p. 178-191.

<sup>78</sup> Kairys J. ir kt., „Vaistų politikos Lietuvoje vertinimas paciento požiūriu“, *Visuomenės sveikata* 19(4), 2002, p. 16-22.

<sup>79</sup> Kairys ir kt. „Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų socialinę ir ekonominę padėtį“, *Sveikatos mokslai* (1), 2004, p.78-83.

<sup>80</sup> Milašauskienė T. ir kt., „Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose“, *Medicina* 42(3), 2006, p. 231-237.



Violetos Tylienės ir kt. 2008 m. atliktoje apklausoje dalyvavusių pacientų nuomone, poliklinikos registratūroje, norint užsiregistruoti pas gydytoją, sugaištama nuo 5 iki 10 minučių. Didžioji dalis respondentų teigia, kad norint užsiregistruoti pas pageidaujamą gydytoją, registratūroje kartais tenka palaukti, tačiau nemano, kad per ilgai. Dažniausiai nurodoma, kad tenka palaukti prie gydytojo kabineto iki 30 minučių. Tokia nuomonė gali būti pagrįsta tuo, kad paprastai pacientai ateina prie gydytojo kabineto anksčiau nei nurodyta vizito lapelyje. Didžioji dalis respondentų nurodė, kad patenka pas gydytoją vizito lapelyje nurodytu laiku.<sup>81</sup>

Specifinių socialinių grupių prieinamumo prie sveikatos priežiūros studijų nėra daug. 2007 m. J. Brogaitė ir kt. tyrinėjo vyresnio amžiaus asmenų sveikatos priežiūros paslaugų problematiką ir nustatė, kad šios socialinės grupės sveikatos priežiūros paslaugas riboja prasta asmenų sveikatos būklė, t. y. jiems sunku laukti eilėse ir fiziškai pasiekti medicinos įstaigą.<sup>82</sup>

2010 m. atlikto kokybinio tyrimo rezultatai parodė, ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą riboja komunikacinės, organizacinės ir ekonominės kliūtys. Finansinės kliūtys– tai brangūs nekompensuojamieji ar iš dalies kompensuojamieji vaistai, mokamos paslaugos. Šios kliūtys būdingos ir miesto, ir kaimo gyventojams. Autoriai teigia, kad kaime gyvenantiems asmenims kelionės išlaidos taip pat yra didelė našta. Nustatytos kaimo gyventojams kylančios teritorinės kliūtys: viešasis transportas (prieinamumas, maršrutai ir tvarkaraščiai), didelis atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų. Žvelgiant į prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtis, atsirandančias dėl sveikatos priežiūros teikiančių institucijų administracinių- organizacinių charakteristikų, nustatyta: eilės registruotis pas sveikatos priežiūros specialistus, atvykus į gydymo centrus ir prie gydytojų kabinetų bei eilės pas specialistus tyrimams. Pastarosios problemos kyla dėl nepatogaus, pacientams per trumpo darbo laiko.<sup>83</sup>

Apžvelgus atliktus Lietuvoje atliktus sveikatos priežiūros prieinamumo tyrimus, galima teigti, jog vyrauja kiekybiniai tyrimai, o atskiroms socialinėms- ekonominėms grupėms priklausančių asmenų prieinamumo prie sveikatos priežiūros paslaugų tyrimų nėra daug. Tyrimų išvadomis, Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai susiduria su komunikacinėmis, organizacinėmis bei ekonominėmis kliūtimis, tarp kurių dažniausiai minimos ir pirminiam

<sup>81</sup>V. Tylienė, J. ir kt., „Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių“, *Sveikatos mokslai* (6), 2008, p. 2120- 2126.

<sup>82</sup> Brogaitė, J., ir kt.. „Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos“, *Gerontologija* 8(4), 2007, p. 230–235.

<sup>83</sup> Tamutienė I. ir kt., „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė* 2(1), 2011, p. 104.

sveikatos priežiūros lygiui labai aktualios: ribotos galimybės pasiekti gydymo įstaigą, eilės pas šeimos gydytoją bei aukštos vaistų kainos.

#### 1.2.4. PSP prieinamumo užtikrinimas Lietuvoje

Sveikatos priežiūros prieinamumo užtikrinimas- vienas iš pagrindinių 1991 metais patvirtintos Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos tikslų.<sup>84</sup> Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas<sup>85</sup> bei kiti teisės aktai taip pat nustato paciento teisę į prieinamą sveikatos priežiūrą. LR Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje įvardijamos devynios kokybės dimensijos, tarp kurių vieną prioritetinių vietų užima prieinamumas.<sup>86</sup>

PSP prieinamumo užtikrinime dalyvauja keletas reguliavimo, administravimo, finansavimo funkcijas atliekančių institucijų. Už asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimą atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija.<sup>87</sup> Vykstant decentralizavimui<sup>88</sup>, sveikatos priežiūros koordinavimą ir priežiūrą vietiniame lygmenyje pasidalino savivaldybės kartu su teritorinėmis ligonių kasomis.<sup>89</sup>

**Savivaldybių vaidmuo.** Pagal LR vietos savivaldos įstatymo nuostatas, tarp savivaldybėms priskirtų (ribotai savarankiškų) su sveikatinimo veikla susijusių funkcijų, yra ir pirminė sveikatos priežiūra.<sup>90</sup> Sveikatos sistemos įstatymas<sup>91</sup> nustato, kad Savivaldybės, kaip atitinkamą sveikatos priežiūrą organizuojančios institucijos, organizuoja pacientų teisių įgyvendinimo priežiūrą pirminio lygio ASPĮ. Viešosios įstaigos steigėjo kompetencijai priklauso<sup>92</sup> nustatyti privalomas veiklos užduotis asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Savivaldybės koordinuoja, kontroliuoja bei prižiūri įstaigų, kuriose teikiamos PSP paslaugos, veiklą. Įvertinusios asmens sveikatos priežiūros kokybės lygmenį savivaldybėje (savivaldybės ASPĮ), savivaldybės turėtų parinkti priemones asmens sveikatos priežiūros prieinamumui užtikrinti ir gerinti, prižiūrėti veiklą šioje srityje. Vietos savivaldos ir sveikatinimo veiklos

<sup>84</sup> Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas Nr. 1-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, 1991, spalio 31, Vilnius: Valstybės žinios, 1991, Nr.33-893.

<sup>85</sup> Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas Nr. IX-2361, 1994 liepos 13, Vilnius: Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317; 1998, Nr. 52-1425, str. 4.

<sup>86</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr.V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“, 2004, rugsėjo 14, Vilnius: Valstybės žinios, 2004, Nr.144-5268, d. I.

<sup>87</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1083 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos departamento nuostatų“, 2009, gruodžio 29, <<http://www.sam.lt/go.php/nuostatai>> [žiūrėta 2011-06-15].

<sup>88</sup> Decentralizacija- įgaliojimų ir atsakomybės perdavimas iš centrinių valdymo subjektų pavaldiems valdymo subjektams ar viešoms organizacijoms ir/arba privačiam sektoriui.

<sup>89</sup> Bagdonas E., Bagdonienė L., „Administravimo principai“, Kaunas: Technologija, 2000, p. 21.

<sup>90</sup> Lietuvos Respublikos Vietos savivaldos įstatymas Nr. I-533, 1994, liepos 4, Vilnius: Valstybės žinios., 1994, Nr. 55-1049, str.6.

<sup>91</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552, 1994, liepos 19, Vilnius: Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr.112-3099, str. 12.

įstatymai nukreipti į asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimą (tame tarpe ir prieinamumą), tačiau, remiantis 2007 m. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita, teisės aktų, tiesiogiai įpareigojančių savivaldybes rūpintis sveikatos priežiūros kokybe, nėra.<sup>93</sup>

Pagal Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymą savivaldybės institucijos privalo garantuoti PSP. Taip savivaldybėms buvo suteikta galimybė reguliuoti PSP plėtrą. Pagal 2007 m. liepos 1 d. įsigaliojusį Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15, 17, 29 ir 40 straipsnių pakeitimo įstatymą, savivaldybės leidimas steigiant naują PSPĮ nebereikalingas.<sup>94</sup> Negalėdama reguliuoti PSP plėtros, savivaldybė neturi galimybės reguliuoti ir teritorinio pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo.

Savivaldybės remia savo teritorijos gyventojų sveikatos priežiūrą ją papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų (pirminio sveikatos priežiūros organizavimo lygio būtinoji medicinos pagalba, nėščiąjų sveikatos priežiūra, vaikų iki 16 metų sveikatos priežiūra ir kt.).<sup>95</sup> Siekiant asmens sveikatos priežiūros prieinamumo, priimtimumo, savivaldybės organizuoja prevencinių programų, finansuojamų iš PSDF biudžeto lėšų, įgyvendinimą (pavyzdžiui, kai kurių navikinių susirgimų ankstyvos diagnostikos programos, vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa, kitos), iš savivaldybės biudžetų lėšų finansuojamos dantų protezavimo paslaugos socialiai remtiniams savivaldybių gyventojams ir kt.<sup>96</sup>

**Teritorinių ligonių kasų vaidmuo: paslaugų pirkėjai.** Pagrindinę PSP paslaugų finansavimo dalį sudaro finansavimas iš ligonių kasų per Privalomojo sveikatos draudimo fondą. Valstybinė ligonių kasa administruoja Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) pajamas, o teritorinės ligonių kasos (kurių šiuo metu yra 5)- administruoja fondo išlaidas.

Teritorinės ligonių kasos (TLK) su paslaugų teikėjais bendradarbiauja sutarčių pagrindu. TLK, sudarydama sutartis su pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, vadovaujasi savivaldybės patvirtintais plėtros planais, paslaugų teikėjo licencija bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei

<sup>92</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996 m. birželio 6, Nr. I-1367, Vilnius: Valstybės žinios, 1996, Nr. 66-1572, str. 28.

<sup>93</sup> Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“ 2007, birželio 26, Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius, p. 11.

<sup>94</sup> LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15, 17, 29, 40 straipsnių pakeitimo įstatymas Nr. X-1044, 2007, sausio 18, Vilnius: Valstybės žinios 2007, Nr. 17-630, str. 2.

<sup>95</sup> *Sveikatos ekonomikos centro internetinis puslapis*, <[http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/Kastai/apimtis.html#Anchor-21040](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/Kastai/apimtis.html#Anchor-21040)> [žiūrėta 2011-06-16].

<sup>96</sup> Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“ 2007, birželio 26, Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius, 12. <<http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Lietuvos+Respublikos+Valstybės+kontrolės+ataskaita+„Asmens+sveikatos+priežiūros+kokybės+užtikrinimo+sistema“+2007>> [žiūrėta 2011-06-15].

apmokėjimo tvarka.<sup>97</sup> Sutartyse nustatomi ASPĮ įsipareigojimai asmens sveikatos priežiūros prieinamumui užtikrinti. Sutartys nuolat tobulinamos, detalizuojamos.<sup>98</sup>

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos pagal metinę bazinę kainą (nustato SAM) už prie asmens sveikatos priežiūros įstaigos prisirašiusius aptarnaujamus gyventojus, už suteiktas skatinamąsias paslaugas (ankstyvąją piktybinių navikų diagnostiką, kraujo krešumo sistemos būklės įvertinimą ir kitas). Siekiant, kad pacientai sulauktų kuo daugiau šeimos gydytojų dėmesio, geresnės pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bei prieinamumo, nustatant konkrečius kriterijus buvo parengta papildomo apmokėjimo gydymo įstaigoms už šeimos gydytojų gerus darbo rezultatus tvarka.<sup>99</sup> (Už gerus darbo rezultatus mokama pagal šiuos rodiklius: vaikų ir suaugusiųjų priežiūros intensyvumas (vertinama, ar prisirašiusieji pacientai kreipiasi į šeimos gydytoją ar pediatrą bent kartą per metus dėl sveikatos patikrinimo), prevencinių programų vykdymas (atsižvelgiama į Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių ir Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programų rezultatus).

Siekiant tolygiai finansuoti šalies gyventojų sveikatos priežiūrą, 2009 m. skirstant PSDF biudžeto lėšas atsižvelgta į atskirų regionų gyventojų skaičių, lytį, amžių, faktines išlaidas ir kitus rodiklius, pvz., gyvenamoji vieta (miestas, kaimas).<sup>100</sup> Aptarnaujami gyventojai suskirstyti į septynias amžiaus grupes, priklausomai nuo apsilankymų pas šeimos gydytoją per metus skaičiaus. Patvirtinta skirtinga kiekvienos amžiaus grupės vieno gyventojų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina.<sup>101</sup>

Siekiant išspręsti eilių poliklinikose problemą 2005 m. buvo nustatyti keturi šeimos gydytojo aptarnaujamų apylinkių tipai pagal apylinkės gyventojų iki 18 metų skaičių. Kartu buvo nustatytas kiekvieno apylinkės tipo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvas, kuris, jei vaikai apylinkėje sudaro mažiau nei 20 proc., turi neviršyti 1550 gyventojų.<sup>102</sup> Viršijami aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvai įtakoja didesnę šeimos gydytojo darbo krūvį.

<sup>97</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų tvirtinimo“, 2005, gruodžio 5, Vilnius: Valstybės žinios Nr. 143-5205.

<sup>98</sup> Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“ 2007, birželio 26, Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius, p. 18.

<<http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Lietuvos+Respublikos+Valstybės+kontrolės+ataskaita+„Asmens+sveikatos+priežiūros+kokybės+užtikrinimo+sistema“+2007>> [žiūrėta 2011-06-15]

<sup>99</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-343, „Dėl papildomo apmokėjimo gydymo įstaigoms už šeimos gydytojų gerus darbo rezultatus tvarkos“, 2008, balandžio 29, Vilnius: Valstybės žinios.

<sup>100</sup> Valstybinės ligonių kasos 2009 metų veiklos ataskaita, 2010, vasario 1, Vilnius, p. 15.

<[http://www.vlk.lt/vlk/files/2010/darbu\\_planavimas/2009\\_VLK\\_veiklos\\_ataskaita\\_20100201.pdf](http://www.vlk.lt/vlk/files/2010/darbu_planavimas/2009_VLK_veiklos_ataskaita_20100201.pdf)> [žiūrėta 2011-06-12].

<sup>101</sup> Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“, 2005, gruodžio 5, Vilnius: Valstybės žinios, 2005, Nr. 143-5205.

<sup>102</sup> Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“, 2005, gruodžio 5, Vilnius: Valstybės žinios, 2005, Nr. 143-5205.

Sveikatos priežiūros įstaigų administracijoms suteikta teisė pagal galimybes užtikrinti optimalų gydytojo etatinį krūvį, jeigu apylinkėje prisirašiusių gyventojų skaičius neatitinka normatyvo. Tokiu būdu sveikatos priežiūros įstaigų administracijoms laikinai, kol įstaigos ras galimybes įdarbinti daugiau medikų, suteikiama galimybė taip sureguliuoti gydytojų darbo srautus, kad paslaugos būtų suteiktos visiems gydymo įstaigą pasirinkusiems gyventojams. Ligonų kasos įpareigos apmokėti už visiems gyventojams teikiamas paslaugas, net jei viršijami nustatyti šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvai.<sup>103</sup>

Teritorinės ligonų kasos pinigus perveda įstaigai. Tačiau Valstybės kontrolė pastebi, kad „apmokėjimas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų nesusietas su jokių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės“, tame tarpe- ir prieinamumo aspektu. „TLK, sudarydamos sutartis su licencijas turinčiomis ASPĮ, neatsižvelgia į kokybės sistemos funkcionavimą, o apmokant už suteiktas paslaugas bazinėmis kainomis paslaugos pagal prieinamumą nevertinamos“. Taigi, remiantis 2007 metų Valstybės kontrolės ataskaita, „apmokėjimo už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas tvarka neskatina ASPĮ siekti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo“.<sup>104</sup>

TLK analizuoja sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, vykdo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kitimo tendencijų analizę. Atlikdamos ASPĮ kontrolę, TLK vertina iš PSDF biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei atitikimą nustatytiems reikalavimams bei jų apmokėjimą reglamentuojantiems teisės aktams.<sup>105</sup> Tačiau, pagal jau minėtą 2007 m. valstybinio audito ataskaitą, TLK vykdoma ASPĮ teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolė nukreipta tik į asmens sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimo iš PSDF biudžeto pagrįstumą ir teisėtumą, o prieinamumo aspektas- neanalizuojamas. Valstybės kontrolės išvadomis, TLK asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, vertina tik kaip teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų atitikimą nustatytoms sveikatos priežiūros normoms ir kitiems teisės aktams, nes, pagal galiojančių teisės aktų nuostatas, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė yra jų atitikimas teisės aktų reikalavimams“<sup>106</sup>

<sup>103</sup> Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-474 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymo gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V- 943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“, 2006, birželio 9, Vilnius: Valstybės Žinios, 2011, Nr. 122- 5774.

<sup>104</sup> Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“ 2007, birželio 26, Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius, p. 17, <http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Lietuvos+Respublikos+Valstybės+kontrolės+ataskaita+„Asmens+sveikatos+priežiūros+kokybės+užtikrinimo+sistema“+2007> [žiūrėta 2011-06-15].

<sup>105</sup> Valstybinės ligonų kasos direktoriaus įsakymas Nr. 1K-41 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonų kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonų kasomis, kontrolės tvarkos aprašo“, 2006, kovo 24, nauja redakcija nuo 2010 birželio, Vilnius: Valstybės žinios, 2010, Nr. 66-3324.

<sup>106</sup> Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“ 2007, birželio 26, Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius, p. 20,

**Asmens sveikatos priežiūros įstaigų vaidmuo: paslaugų teikėjai.** Šiuo metu pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvos Respublikos teritorijoje teikia pirminės sveikatos priežiūros centrai (PSPC), poliklinikos, šeimos gydytojų kabinetai, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, ambulatorijos, psichikos sveikatos centrai. Šios įstaigos yra valstybinės arba privačios nuosavybės.<sup>107</sup>

Viešosios savivaldybės steigtos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos- 1997 metais įkurtos, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sudėtyje esančios, gyventojams pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, naudojančios steigėjų neatlyginamai panaudos pagrindais perduotą turtą (pastatus, medicininę įrangą, transportą ir kt.).<sup>108</sup> Įstatymai ir kitos reguliavimo normos, valstybinės valdžios įgyvendinimo institucijos (Sveikatos apsaugos ministerija, savivaldybės), Teritorinės ligonių kasos daro didžiulį poveikį šių organizacijų veiklai.<sup>109</sup>

Vyriausybei paskelbus programinę nuostatą, kad iki 2010 metų visa pirminė sveikatos priežiūra turi būti privati, šalia valstybinių viešųjų įstaigų pradėjo kurtis ir privačios medicinos įstaigos. Kuriantis privačioms PSP įstaigoms, įgyvendinus laisvo gydytojo pasirinkimo principą, išnyko monopolija. Paslaugų vartotojas (pacientas) turi galimybę pasirinkti gydymo įstaigą, taigi PSPC ir pacientų tarpusavio santykiams būdinga didėjanti „vartotojų galia“. PSPC pravartu žinoti jos pasirinkimo kriterijus (geras gydymo įstaigos įvaizdis, kompetentingi specialistai, artumas gyvenamajai vietai ir kt.), kad galėtų geriau patenkinti pacientų lūkesčius dabar ir ateityje. Išnykus monopolijai, atsirado konkurencija (konkurentai- taip pat pirminės sveikatos priežiūros organizacijoms įtaką darantis aplinkos veiksnys), kuri turi įtakos ir savivaldybės steigtomis PSP įstaigoms. Tačiau viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms šis aplinkos veiksnys nelabai rūpi- konkurenciją riboja teritorija. Čia svarbus vaidmuo tenka esamam susisiekimo tinklui. PSPC veiklai įtaką daro ir partneriai (pavyzdžiui, sveikatos priežiūros įstaiga perka tyrimus didesnėse ligoninėse), poreikio- paklausos faktorius, technologija.<sup>110</sup>

PSPC labai svarbūs darbo išteklių: atitinkamos kvalifikacijos vadovai, specialistai.<sup>111</sup> Kalbėdami apie pirminės sveikatos priežiūros koncepciją minėjome, jog pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirba šeimos gydytojai (arba laikina pirminės sveikatos priežiūros komanda- vidaus ligų gydytojai, vaikų ligų gydytojai, chirurgai, akušeriai ginekologai), gydytojai

<sup>107</sup>Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2006, p. 36, <<http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0165514.pdf>> [žiūrėta 2011-06-16].

<sup>108</sup>Lietuvos Respublikos Viešųjų įstaigų įstatymas Nr. I-1428, 1996, sausio 27, Vilnius: Valstybės žinios, 1996, Nr. 68-1633, 15 str.

<sup>109</sup> Bagdonas E., Bagdonienė L., „Administravimo principai“, Kaunas: Technologija, 2000, p. 31.

<sup>110</sup> Ten pat, p. 24, 25.

<sup>111</sup> Ten pat, p. 26- 29.

odontologai, psichiatrai, bendruomenės slaugytojai.<sup>112</sup> Šeimos gydytojų bei kitų žmogiškųjų išteklių veiklos organizavimą, jų skaičiaus įstaigoje reguliavimą, darbo užmokesčio nustatymą, paslaugų kokybės kontrolę (kokybės valdymas) įstaigose vykdo PSPĮ vadovai. Siekiant gero paslaugų prieinamumo, vadovo vaidmuo labai svarbus: vadovas turi įvertinti, darbe pasitaikančias kliūti, turi surasti problemos priežastis, jas pašalinti. Nuo vadovo priklauso įstaigos politikos formavimas, interesų derinimas, darbuotojų veiklos motyvacija, rūpinimasis darbuotojų kvalifikacija, personalo darbo vertinimas.<sup>113</sup> Be to, įstaiga pati perskirto gaunamas iš TLK gaunamas lėšas, taigi, čia yra sprendžiama, kokią dalį lėšų panaudoti paslaugų prieinamumui.

Asmens sveikatos priežiūros prieinamumas- būtina asmens sveikatos priežiūros sąlyga kurią, pagal LR Sveikatos sistemos įstatymą<sup>114</sup>, užtikrinti turi visi sveikatinimo veiklos subjektai. Kokybės sistemų diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkoje, patvirtintoje SAM, numatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos turėtų nustatyti Kokybės politiką, turėti Kokybės vadovą.<sup>115</sup> Tačiau daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų nėra įdiegtos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadybos sistemos arba ji tik formali.<sup>116</sup> Minimalius asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimus asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi užtikrinti pagal minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašą.<sup>117</sup>

Asmens sveikatos priežiūros įstaigose Kokybės sistemų funkcionavimą, prieinamumo užtikrinimą analizuoja ir vertina vidaus medicininio audito darbuotojai. Vidaus audito veikla dažniausiai planinė: vykdoma pacientų apklausų analizė, įstaigoje patvirtintų standartų ir procedūrų laikymosi kontrolė, neatitikčių analizė. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose vykdomose pacientų apklausose pacientai išsako kai kurias sveikatos priežiūros įstaigų veiklos problemas, pareiškia nuomonę dėl konkrečių paslaugų suteikimo arba personalo veiksmų. Į šią nuomonę įstaigos atsižvelgia nustatydamos uždavinius sveikatos priežiūros kokybei užtikrinti. Pacientai dažniausiai nurodo tokias sveikatos priežiūros paslaugų teikimo problemas: paslaugų prieinamumas, personalo bendravimas su pacientais, informacijos, teikiamos pacientams, stoka. Sveikatos priežiūros įstaigos sprendžia pacientų organizacijų keliamus kokybės uždavinius (dažniausiai- vietines paslaugų prieinamumo problemas). Neplaniniai sveikatos priežiūros įstaigų

<sup>112</sup>Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2006, psl.36, <<http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0165514.pdf>> [žiūrėta 2011-06-16].

<sup>113</sup> Bagdonas E., Bagdonienė L., „Administravimo principai“, Kaunas: Technologija, 2000, p. 140.

<sup>114</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552, 1994, liepos 19, Vilnius: Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr.112-3099, str.5.

<sup>115</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“, 1998, spalio 6, Vilnius: Valstybės žinios, 1998, Nr. 89-2469.

<sup>116</sup>Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenys, <[http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes\\_sveikatos\\_sistemos\\_plėtros\\_2008\\_2015.pdf](http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemos_plėtros_2008_2015.pdf)> [žiūrėta 11-08-26].

<sup>117</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-338 “Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų patvirtinimo”, 2008, balandžio 29, Vilnius: Valstybės žinios, 2008, Nr. 53-1992.

vidaus medicininiai auditai dažniausiai atliekami pagal pacientų skundus. Pažangos vertinimui reikalingi standartiniai prieinamumo rodikliai, tačiau šalies mastu jie nenustatyti. Kai kurios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, Teritorinės ligonių kasos asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą vertina pagal savo nusistatytus ir tik iš dalies jį atspindinčius rodiklius.<sup>118</sup>

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų **kokybės kontrolę** Lietuvoje taip pat **vykdo Sodros atstovai, auditoriai- ekspertai, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM** (atlieka planinę licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi priežiūrą)<sup>119</sup>, **Valstybinė medicininio audito inspekcija prie SAM** (numato asmens sveikatos priežiūros prieinamumo plėtojimo kryptis ir būdus,<sup>120</sup> atlieka rodiklių lyginamąją analizę, pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų apklausas, teikia pasiūlymus paslaugų kokybei gerinti,<sup>121</sup> nors, remiantis valstybės kontrolės 2007 m. ataskaita, šios institucijos paslaugų kokybės (ir prieinamumo) kontrolė vykdoma tik tiriant pacientų skundus, o nacionaliniu lygmeniu asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos sveikatos priežiūros kokybė neanalizuojama.)<sup>122</sup>

Apibendrinant galima pasakyti, kad valstybė sveikatos priežiūros prieinamumo užtikrinimui skiria ne mažą dėmesį, tačiau įvairiose užtikrinimo grandinės vietose aptinkama problemų, susijusių su reglamentavimu (savivaldybės pareigų ir galimybių nesuderinimas, geresnio paslaugų prieinamumo neskatinantis finansavimas) bei prieinamumo vertinimu (nenustatyti vertinimo rodikliai, Valstybinė medicininio audito inspekcija prieinamumą tiria tik pagal skundus), o įstaigos neskuba diegti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadybos sistemų. Dėl šių aplinkybių sunku pasiekti gero galutinio rezultato- užtikrintos paciento teisės į prieinamą sveikatos priežiūrą.

<sup>118</sup> Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“ 2007, birželio 26, Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius, p. 15- 23,

[http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Lietuvos+Respublikos+Valstybės+kontrolės+ataskaita+..Asmens+sveikatos+priežiūros+kokybės+užtikrinimo+sistema"+2007](http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Lietuvos+Respublikos+Valstybės+kontrolės+ataskaita+..Asmens+sveikatos+priežiūros+kokybės+užtikrinimo+sistema) [žiūrėta 2011-06-15].

<sup>119</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 97 „Dėl įstaigų sveikatos priežiūros licencijavimo“, 1999, kovo 1, Vilnius: Valstybės žinios, 1999, Nr. 23-670; 2006, Nr.41-1487, sk 11.

<sup>120</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1172 „Dėl valstybinio medicininio audito nuostatų patvirtinimo“, 1996, spalio 7, Vilnius: Valstybės žinios, 1996, Nr.: 98 -2248.

<sup>121</sup> Bubnienė D., Ruževičius J., „Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai“, *Verslo ir teisės aktualijos* 5, 2010, p. 25.

<sup>122</sup> Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“, 2007, birželio 26, Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius, p. 3,

[http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Lietuvos+Respublikos+Valstybės+kontrolės+ataskaita+..Asmens+sveikatos+priežiūros+kokybės+užtikrinimo+sistema"+2007](http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Lietuvos+Respublikos+Valstybės+kontrolės+ataskaita+..Asmens+sveikatos+priežiūros+kokybės+užtikrinimo+sistema) [žiūrėta 2011-06-15].



## 2. EMPIRINIAI TYRIMAI

### 2.1. Tyrimų metodika ir organizavimas

Kaip teigia Jennifer Mason, kokybiniai ir kiekybiniai tyrimų metodai, į tą pačią problemą leidžia pažvelgti iš įvairių pusių: kokybiniais metodais siekiama pažvelgti į gylį, o kiekybiniais- į plotį, <sup>123</sup> todėl darbe skirtingom nuomonėm ištirti naudotas kokybinis ir kiekybinis tyrimo metodai. Kaip teigia Tutty<sup>124</sup> kokybinis tyrimas ypatingai tinkamas, kai siekiama daugiau sužinoti apie egzistuojančią problemą. Tokio tyrimo rezultatai pateikia platesnę, problemą paaiškinančią, informaciją, nes surinkti duomenys yra įtakoti tyrimo dalyvių patyrimo ir prioritetų.

Sveikatos priežiūros sistemos orientacija į pacientą bei jo poreikius yra labai svarbi, tačiau įstaigose dirbantys vadovai ir gydytojai taip pat yra tiesioginiai įstaigų sveikatos priežiūros kokybės sistemos dalyviai<sup>125</sup>, taigi sveikatos priežiūros paslaugos vertinamos ir jų požiūriu. <sup>126</sup> Siekiant įvertinti paslaugų prieinamumą, svarbu ištirti, kokie vidinės ir (ar) išorinės aplinkos veiksniai įtakoja paslaugų prieinamumo kliūčių susidarymą konkrečioje įstaigoje, todėl atlikti Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų aukščiausio lygio vadovų (direktorių) bei šeimos gydytojų nuomonės į čia teikiamų paslaugų prieinamumą kokybiniai tyrimai. Kokybinuose tyrimuose naudoti individualaus struktūruoto interviu bei kokybinės turinio (angl. *content*) analizės metodai. „Kontent analizės paskirtis- atskleisti, susisteminti ir apibendrinti“ užfiksuotą informaciją apie žmonių „[...] administracinę ir kitą praktinę veiklą“. <sup>127</sup>

Kokybinių tyrimų klausimai buvo sudaryti atsižvelgiant į skirtingą vadovų bei šeimos gydytojų atliekamų pareigybių sąlygojamą patirtį bei galimybes atskleisti šią patirtį atitinkančius paslaugų prieinamumą įtakančius aspektus. Tyrimai leis nustatyti sveikatos priežiūros centrų vadovų bei šeimos gydytojų nuomonę apie paslaugų prieinamumą įtakančius veiksnius.

---

<sup>123</sup> Mason J., „*Qualitative Researching*“, London, 1996.

<sup>124</sup> Tutty L.M., 1996 <<http://joakimas.blogspot.com/1999/05/socialin-adaptacija-globoje4.html>> [žiūrėta 2011-08-10]

<sup>125</sup> Bubnienė D., Ruževičius J., „Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai“, *Verslo ir teisės aktualijos* 5, 2010, p. 37

<sup>126</sup> Kairys J. ir kt. „Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose“, *Medicina* 40(2), 2004, p. 178.

<sup>127</sup> Tidikis R., „Socialinių mokslų tyrimų metodologija“, Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003, p. 498.

### 2.1.1. PSPC vadovų nuomonės tyrimo metodika ir organizavimas

**Tyrimo tikslas:** ištirti ir įvertinti VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos PSPC vadovų nuomonę apie paslaugų prieinamumą.

**Tyrimo uždavinys:** ištirti VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos PSPC vadovų nuomonę apie komunikacinio, organizacinio ir ekonominio paslaugų prieinamumo problemas.

Tyrimo dalyvavo ir interviu būdu buvo apklausti 3 (po 1 iš kiekvienos įstaigos) VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos PSPC aukščiausio lygio vadovai (direktoriai).

Interviu vyko įstaigose, kuriose direktoriai dirba. Su tiriamaisiais buvo susitikta po vieną kartą. Interviu vidutinė trukmė 45 minutės. Tam, kad interviu būtų kuo tiksliau atgamintas, buvo prašoma leisti pokalbį įrašyti į diktofoną. Tiriamiesiems buvo užtikrinamas pokalbio konfidencialumas. Kokybinė interviu turinio analizė atlikta remiantis metodologiškai pagrįstais analizės principais:<sup>128</sup>

- interviu pažodžiui išrašytas ir daug kartų skaitytas;
- išskirti prasminiai vienetai (frazės, sakiniai), kategorizuota (grupuota į rastas literatūroje, pagal klausimą arba remiantis tyrimo duomenimis sukurtas kokybines kategorijas);
- kategorijų turinys skaidytas į subkategorijas;
- interpretuota ir pagrįsta įrodymais iš teksto.

Kokybinis įstaigų vadovų nuomonės tyrimas buvo atliktas 2011 metų liepos mėn. 18-28 dienomis.

PSPC vadovams skirtą klausimyną sudaro 5 komunikacinio, organizacinio ir ekonominio prieinamumo problemoms apibūdinti skirti klausimai, sudaryti remiantis teorine darbo dalimi.

Klausimai, skirti ištirti vadovų nuomonę apie komunikacinio paslaugų prieinamumo problemas: *su kokiomis komunikacinio paslaugų prieinamumo problemomis susiduria įstaigos pacientai; dėl kokių priežasčių įstaigoje neįdiegta elektroninė informacinė sistema, t.y. nesudaryta galimybė pacientams registruotis internetu.*

Prašymas *įvardinti įstaigoje aktualias organizacinio paslaugų prieinamumo problemas ir klausimas kaip, pacientams laisvai renkantis gydymo įstaigą ir gydytoją, šeimos gydytojais atlieka jų funkcijai priskiriamą darbą- vizitavimą namuose*, skirti ištirti vadovų nuomonę apie organizacinio paslaugų prieinamumo problemas.

<sup>128</sup> Žydžiūnaitė V. *Komandinio darbo kompetencijų edukacinė diagnostika ir jų vystymo, rengiant slaugytojus, pagrindimas*, nepublikuota daktaro disertacija, Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2003.

Klausimas *su kokiomis ekonominio paslaugų prieinamumo problemomis susiduria jūsų PSPC pacientai*, skirtas ištirti vadovų nuomonę apie pacientų ekonominio prieinamumo problemas.

Tiriamųjų charakteristika. n=3, lytis: moterys (33,3 proc.), vyrai (66,6 proc.).

### 2.1.2. PSPC šeimos gydytojų nuomonės tyrimo metodika ir organizavimas

**Tyrimo tikslas:** ištirti ir įvertinti VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos PSPC šeimos gydytojų nuomonę apie paslaugų prieinamumą.

**Tyrimo uždavinys:** ištirti VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos PSPC šeimos gydytojų nuomonę apie komunikacinio, organizacinio, ekonominio paslaugų prieinamumo problemas.

Tyrimo dalyvavo ir interviu būdu buvo apklausti 9 (po 3 iš kiekvienos įstaigos) atsitiktinai parinkti VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos PSPC šeimos gydytojai.

Interviu vyko įstaigose, kuriose šeimos gydytojai dirba. Su tiriamaisiais susitikta buvo po vieną kartą. Interviu vidutinė trukmė 45 minutės. Tam, kad interviu būtų kuo tiksliau atgamintas, buvo prašoma leisti pokalbį įrašyti į diktofoną. Tiriamiesiems buvo užtikrinamas pokalbio konfidencialumas.

Kokybinė interviu turinio analizė atlikta remiantis metodologiškai pagrįstais analizės principais:<sup>129</sup>

- interviu pažodžiui išrašytas ir daug kartų skaitytas;
- išskirti prasminiai vienetai (frazės, sakiniai, žodžiai), kategorizuota (grupuota į rastas literatūroje, arba remiantis tyrimo duomenimis sukurtas kokybines kategorijas);
- kategorijų turinys skaidytas į subkategorijas;
- interpretuota ir pagrįsta įrodymais iš teksto.

Kokybinis šeimos gydytojų nuomonės tyrimas buvo atliktas 2011 metų liepos mėn. 18-28 dienomis.

Šeimos gydytojų tyrimo klausimynas sudarytas iš 3 komunikacinių, teritorinių ir ekonominių prieinamumą apibūdinti skirtų klausimų, sudarytų remiantis teorine darbo dalimi.

Klausimas *kokios teritorinio paslaugų prieinamumo problemos aktualios įstaigoje*, skirtas ištirti šeimos gydytojų nuomonę apie komunikacinio paslaugų prieinamumo įstaigoje problemas.

<sup>129</sup> Žydžiūnaitė V. *Komandinio darbo kompetencijų edukacinė diagnostika ir jų vystymo, rengiant slaugytojus, pagrindimas*“, nepublikuota daktaro disertacija, Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2003.

Klausimas *kokių problemų kyla atliekant tiesiogines šeimos gydytojo funkcijas (konsultavimą, asmens ir bendruomenės sveikatos mokymą, ligų profilaktiką bei bendravimą su pacientu) ir pildant dokumentaciją*, skirtas ištirti šeimos gydytojų nuomonę apie organizacinio paslaugų prieinamumo įstaigoje problemas.

Prašymas *įvardinti savo pacientų ekonominio pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo problemas*, skirtas ištirti šeimos gydytojų nuomonę apie pacientų ekonominio prieinamumo problemas.

Tiriamųjų charakteristika: n=9, lytis- moterys (100 proc.).

### **2.1.3. Pacientų nuomonės tyrimo metodika ir organizavimas**

Kauno rajono savivaldybės steigtų Garliavos, Pakaunės bei Vilkijos PSPC pacientų požiūriui ištirti naudosime anketinę apklausą. Ji pasirinkta, kaip nagrinėjamu atveju labiausiai tinkantis sociologinio kiekybinio tyrimo metodas.

**Tyrimo tikslas:** ištirti ir įvertinti VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos PSPC pacientų nuomonę apie paslaugų prieinamumą.

#### **Tyrimo uždaviniai:**

1. Ištirti ir įvertinti VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos PSPC pacientų nuomonę komunikaciniu, organizaciniu bei ekonominiu paslaugų prieinamumo aspektais.
2. Nustatyti komunikacinio, organizacinio ir ekonominio paslaugų prieinamumo netolygumus tarp atskirų įstaigų bei skirtingų demografinių ir socialinių- ekonominių grupių.

Anketavimo būdu apklausti dviejų dienų laikotarpyje Garliavos, Pakaunės, bei Vilkijos PSPC poliklinikose bei ambulatorijose apsilankę pacientai. Pacientų apklausa vyko Pakaunės, Garliavos ir Vilkijos PSPC 2011 m. rugsėjo mėn. 26, 27 d. Apklausiai atlikti buvo duotas žodinis įstaigų vadovų sutikimas.

**Imties sudarymas ir apskaičiavimas.** Imties reprezentatyvumas priklauso ne tik nuo jos didumo, bet ir nuo jos sudarymo metodo. Tyrime dalyvauja 3 įstaigos, tad tyrime buvo naudojama lizdinė (klasterinė) imtis, kai populiacija skirstoma į lizdus (klasterius).<sup>130</sup> Pacientų nuomonės tyrimo imtis buvo paskaičiuota pagal prie įstaigų prisirašiusių pacientų skaičių. Prie bendrai prisirašę 41892 gyventojai. Tyrimo metu buvo numatyta apklausti suaugusius, nuo 18 metų amžiaus asmenis, taigi iš generalinės visumos buvo atskirta suaugusiųjų prisirašiusių pacientų dalis, kurią sudarė 33034 asmenys. Tam, kad apklaustieji pacientai reprezentuotų visus

<sup>130</sup> Puškorius S., „Veiklos auditas“, Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2004, p. 112.

Garliavos, Pakaunės, bei Vilkijos PSPC aptarnaujamus pacientus tyrimo generalinė aibė buvo paskaičiuota pagal formulę:

131

$$n = \frac{z^2 v(1-v)}{\left(1 - \frac{1}{N}\right) \Delta^2 + \frac{z^2 v(1-v)}{N}}$$

Patikimumas  $p=0,95$  ( $z=1,96$ ) ir ribinė paklaida-  $\Delta= 0,05$ , bei  $v= 0,1$  (remiantis kitų atliktų tyrimų rezultatais nustatyta, kad blogu paslaugų prieinamumu skundėsi apie 10 proc. pacientų) bei  $N= 33034$  (prisirašę prie PSPC pacientai nuo 18 metų amžiaus).

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{\left(1 - \frac{1}{33034}\right) 0,05^2 + \frac{1,96^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{33034}} = 138$$

Nustatyta, jog, imtis reprezentuos generalinę aibę, jei ją sudarys ne mažiau nei 138 pacientai. Imties skaičiavimo formulėje naudotą bendrą visų įstaigų suaugusių pacientų skaičių sudaranti skirtingų įstaigų pacientų dalis skiriasi savo proporcijomis. Atitinkamomis proporcijomis paskaičiuota, kokią tyrimo imties dalį turi sudaryti kiekvienos įstaigos pacientai. Nustatyta, jog tyrimo imtį turi sudaryti ne mažiau, nei 61 (44 proc.) Garliavos, 56 (41 proc.) Pakaunės bei 21 (15 proc. apskaičiuotos reprezentatyvios imties) Vilkijos PSPC pacientas.

**Tyrimo organizavimas.** Kas ketvirtam į poliklinikas bei ambulatorijas atvykusiam pacientui nuo 18 metų, registratūroje buvo įteikiama anketa ir prašoma ją užpildyti.

Viso išdalintos 233 anketos. Sugrįžo ir tolesnei analizei tiko 174 teisingai užpildytos anketos. Bendras visų įstaigų atsako į anketas dažnis- 74,6 proc.

**Anketos struktūra ir turinys.** Anketa sudaryta remiantis literatūros analize.

Anketą sudaro:

kreipimasis į respondentus, supažindinantis su tyrimo tikslu, anketos pildymo tvarka, suteikiamos anonimiškumo garantijos;

25 uždaro tipo klausimai. Pradžioje pateiktas 1 gydymo įstaigos pasirinkimo priežastį apibūdinantis klausimas. Pagrindinę dalį sudaro 18 klausimų, susijusių su PSP paslaugų komunikacinio, organizacinio bei ekonominio prieinamumo vertinimu. Paskutiniai 6 klausimai skirti, duomenims apie pajamas, demografines ir socialines respondentų charakteristikas (amžių, lytį, gyvenamąją vietą, išsimokslinimą, socialinę-profesinę grupę) surinkti.

<sup>131</sup> Sapagovas J. ir kt., „Informatikos ir matematinės statistikos pradmenys“, Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2000.

Prieš platinant anketas, atliktas žvalgybinis tyrimas. Tyrėjai stebint užpildytos 6 pacientų anketos, po to sunkiai suprantami klausimai buvo koreguojami. Žvalgybinio tyrimo metu pildant anketas surinkti duomenys į pagrindinio tyrimo rezultatus neįtraukti.

**Respondentų demografinė, bei socialinė- ekonominė charakteristika.** Tyrime dalyvavo 174 pacientai, iš kurių 58,6 proc. (n=102) sudarė moterys ir 41,4 proc. (n=72) sudarė vyrai. Tyrime dalyvavo pacientai, besigydantys trijose Kauno rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (žr. 1 lentelę), turintys įvairių socialinį statusą: 30,5 proc. sudarė valstybės tarnautojai, 23,6 proc. privataus sektoriaus darbuotojai, 6,9 proc. žemės ūkio darbuotojai, 20,1 proc. pensininkai, 5,2 proc. moksleiviai ir studentai, 5,2 proc. namų šeimininkės, 5,2 proc. bedarbiai ir kt.

**1 lentelė. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal Kauno rajono pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose atliktas tyrimas**

Pacientų lytis		Garliavos PSPC	Pakaunės PSPC	Vilkijos PSPC	Iš viso
Vyrai	<i>n</i>	34	25	13	72
	<i>Proc.</i>	47,2	34,7	18,1	100,0
Moterys	<i>n</i>	42	41	19	102
	<i>Proc.</i>	41,2	40,2	18,6	100,0
Iš viso	<i>n</i>	76	66	32	174
	<i>Proc.</i>	43,7	37,9	18,4	100,0

Kaip matyti 1 lentelėje, 43,7 proc. (n=76) pacientų yra iš Garliavos, 37,9 proc. (n=66) pacientų iš Pakaunės ir 18,4 proc. (n=32) pacientų iš Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų. Tiriamąją imtį sudarė įvairaus amžiaus pacientai (žr. 2 lentelę)

**2 lentelė. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal amžių**

Pacientų lytis		18 – 35 metai	36 – 55 metai	56 ir daugiau metų	Iš viso
Vyrai	<i>n</i>	22	29	21	72
	<i>Proc.</i>	30,6	40,3	29,2	100,0
Moterys	<i>n</i>	23	47	32	102
	<i>Proc.</i>	22,5	46,1	31,4	100,0
Iš viso	<i>n</i>	45	76	53	174
	<i>Proc.</i>	25,9	43,7	30,5	100,0

Kaip matyti 2 lentelėje, didžiausią tyrime dalyvavusių pacientų dalį sudarė asmenys, kurių amžius yra nuo 36 iki 55 metų (43,7 proc.), iš kurių 25,3 proc. sudarė asmenys, kurių amžius yra nuo 36 iki 45 metų ir 20,6 proc., kurių amžius yra nuo 46 iki 55 metų. Mažiausią dalį sudarė jauniausi pacientai nuo 18 iki 35 metų (25,9 proc.), iš kurių 13,2 proc. sudarė asmenys, kurių amžius yra nuo 18 iki 25 metų ir 12,6 proc., kurių amžius yra nuo 26 iki 35 metų. 30,6 proc. tyrimo dalyvių sudarė vyriausi tyrimo dalyviai, iš kurių 14,9 proc. sudarė asmenys, kurių amžius yra nuo 56 iki 65 metų ir 15,5 proc., kurių amžius yra nuo 56 metų ir vyresni. 3 lentelėje pateikiamas tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą.

**3 lentelė. Tyrimo dalyvių gyvenamoji vieta**

Pacientų lytis		Miestas	Kaimas/ miestelis	Iš viso
Vyrai	<i>n</i>	30	42	72
	<i>Proc.</i>	41,7	58,3	100,0
Moterys	<i>n</i>	44	58	102
	<i>Proc.</i>	43,1	56,9	100,0
Iš viso	<i>n</i>	74	100	174
	<i>Proc.</i>	42,5	57,5	100,0

Kaip matyti 3 lentelėje, šiek tiek didesnę tyrimo dalyvių dalį sudarė pacientai, gyvenantys kaimuose ar miesteliuose (57,5 proc.) ir šiek tiek mažesnę dalį, gyvenantys mieste (42,5 proc.). Tyrimo dalyvavusių moterų ir vyrų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą panašus. 4 lentelėje pateikiamas tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal išsilavinimą.

**4 lentelė. Tyrimo dalyvių išsilavinimas**

Pacientų lytis		Pradinis	Pagrindinis (Iki IX-X klasės)	Vidurinis	Aukštesnysis (Profesinis)	Aukštasis	Iš viso
Vyrai	<i>n</i>	6	8	21	18	19	72
	<i>Proc.</i>	8,3	11,1	29,2	25,0	26,4	100,0
Moterys	<i>n</i>	3	4	34	30	31	102
	<i>Proc.</i>	2,9	3,9	33,3	29,4	30,4	100,0
Iš viso	<i>n</i>	9	12	55	48	50	174
	<i>Proc.</i>	5,2	6,9	31,6	27,6	28,7	100,0

Kaip matyti 4 lentelėje, mažiausią tyrimo dalyvių dalį sudarė asmenys, kurių išsilavinimas yra žemesnis nei vidurinis: 5,2 proc., kurių išsilavinimas yra pradinis ir 6,9 proc., kurių išsilavinimas yra pagrindinis. Didžiausią dalį sudarė tyrimo, kurių išsilavinimas yra

aukštesnis nei vidurinis: 27,6 proc., kurių išsilavinimas yra aukštesnysis (profesinis) ir 28,7 proc., kurių išsilavinimas yra aukštasis. 31,6 proc. tyrimo dalyvių dalį sudarė asmenys, kurių išsilavinimas yra vidurinis. 5 lentelėje pateikiamas tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas.

**5 lentelė. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal pajamas**

Pacientų lytis		Iki 350 Lt.	351-700 Lt.	701-1050 Lt.	1051-1400 Lt.	Daugiau kaip 1400 Lt.	Iš viso
Vyrai	<i>n</i>	11	27	17	11	6	72
	<i>Proc.</i>	15,3	37,5	23,6	15,3	8,3	100,0
Moterys	<i>n</i>	12	50	22	12	6	102
	<i>Proc.</i>	11,8	49,0	21,6	11,8	5,9	100,0
Iš viso	<i>n</i>	23	77	39	23	12	174
	<i>Proc.</i>	13,2	44,3	22,4	13,2	6,9	100,0

Kaip matyti 5 lentelėje, daugiau kaip pusę tyrimo dalyvių dalį sudarė asmenys, kurių pajamos yra mažesnės nei 700 lt.: 13,2 proc., kurių pajamos yra iki 350 lt. ir 44,3 proc., kurių pajamos yra nuo 351 lt. iki 700 lt. Mažiausią dalį sudarė tyrimo dalyviai, kurių pajamos yra didesnės nei 1400 lt. (6,9 proc.).

Atlikta **kiekybinė duomenų analizė**. Apklauskos rezultatai buvo analizuojami naudojant kompiuterinį SPSS (angl. *Statistical Package for Social Science*), versija 15.0, o grafiniam duomenų vaizdavimui pasirinkta MS Excel 2003 programa. Norint patikrinti hipotezes naudota aprašomoji statistika bei  $\chi^2$  kriterijus. Pasirinktas statistinio patikimumo lygmuo- 0,05. Taip pat išskirtos tendencijos, kai  $0,05 < p < 0,1$ . Atsižvelgiant, kad apklaustųjų skaičius nėra didelis, darbo autorė siūlo duomenis interpretuoti ir vertinti atsargiai.

## 2.2. Rezultatai ir jų aptarimas

### 2.2.1. Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų apibūdinimas

1994 m. priimtas LR administracinių vienetų ir jų ribų įstatymas apibrėžia Lietuvos gyvenamųjų vietovių klasifikaciją, pagal kurią šiuo metu visos Lietuvos gyvenamosios vietovės yra skirstomos į miesto gyvenamąsias vietas (priskiriami įvairių dydžių miestai) ir kaimo



gyvenamąsias vietas (priskiriami miesteliai ir kaimai).<sup>132</sup> Didžiąją, 1496 km<sup>2</sup> užimančios, Kauno rajono savivaldybės (savivaldybė čia suprantama kaip teritorinis vienetas) teritorijos dalį sudaro kaimo vietovės ir tik apie 8.61<sup>2</sup> km užima Garliavos, Ežerėlio ir Vilkijos miestai.<sup>133</sup> Kauno rajono savivaldybei priklausančioje teritorijoje gyvena beveik 90.2 tūkst. gyventojų: 72.6 tūkst. jų- kaimo ir beveik 17.6 tūkst.- miesto gyventojai. Taigi, iš kitų kaimiškų rajonų Kauno rajonas išsiskiria labai didele kaimo gyventojų dalimi.<sup>134</sup> Rajonas yra vienas iš tankiausiai apgyvendintų šalyje<sup>135</sup> (60.3 žm./km<sup>2</sup>).<sup>136</sup>

Kauno rajono savivaldybės teritorijoje apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas apmokėjimą garantuoja Kauno Teritorinė ligonių kasa.

Kauno rajono savivaldybės teritorijoje veiklą vykdo 8 privačios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos ir 3 Kauno rajono savivaldybės tarybos steigtos VŠI: Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrai, kurių padaliniai išdėlioti skirtingose Kauno rajono teritorijos vietose.

**Garliavos PSPC** sudėtyje yra poliklinika, Ežerėlio, Girionių, Piliunos ambulatorijos, Kačerginės šeimos kabinetas, Girininkų ir Linksmakalnio medicinos punktai.

2011 m. šis centras aptarnavo 17.542<sup>137</sup> prisirašiusius gyventojus, iš kurių daugiau nei 50 proc.- kaimo vietovių gyventojai, ir apie 18 proc.- gyventojai nuo 65 metų amžiaus.

Garliavos PSPC paslaugas teikia 16 šeimos, 1 vidaus, 1 vaikų ligų gydytojas, 1 akušeris ginekologas, 2 chirurgai, 12 bendrosios praktikos gydytojų odontologų, 43 slaugytojai, 4 psichikos sveikatą užtikrinantys specialistai, kitas personalas (ne visi darbuotojai dirba pilnu etatu).

Pas 1 šeimos gydytoją prisirašę 1131-1522 gyventojai. 1 paciento priėmumui skirta apie 20 minučių.

Poliklinika darbo dienomis dirba 8-19 val., šeštadienį- 9-13 val. Ambulatorijų bei medicinos punktų darbo laikas įvairus.

**Pakaunės PSPC** sudėtyje yra poliklinika, Domeikavos, Babtų, Raudondvario, Karmėlavos, Neveronių, Kulautuvos, Vandžiogalos ambulatorijos bei Panevėžiuko (1 kartą per

<sup>132</sup> Lietuvos Respublikos teritorijos administracinių vienetų ir jų ribų įstatymas Nr. I-558, 1994, liepos 19, Vilnius: *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 60-1183, 3 str.

<sup>133</sup> Apskaičiuota pagal Vikipedijos laisvąją enciklopediją <[http://lt.wikipedia.org/wiki/Kauno\\_rajono\\_savivaldybė](http://lt.wikipedia.org/wiki/Kauno_rajono_savivaldybė)> [žiūrėta 2011-06-17]

<sup>134</sup> Kauno rajono vietos plėtros 2007-2013m. strategija p. 52. <[http://www.kaunorvvg.lt/info/projektai/kauno\\_r\\_vvg\\_%20integruotos\\_bandomosios\\_strategijos\\_tobulinimas/kauno\\_rajono\\_vietos\\_plėtros\\_2007\\_2013\\_strategija.pdf](http://www.kaunorvvg.lt/info/projektai/kauno_r_vvg_%20integruotos_bandomosios_strategijos_tobulinimas/kauno_rajono_vietos_plėtros_2007_2013_strategija.pdf)> [žiūrėta 2011-07-11].

<sup>135</sup> Ten pat, p. 7.

<sup>136</sup> „Demografijos metraštis 2010“, Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas, 2011, p. 33.

<sup>137</sup> Duomenys apie Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos PSPC gauti iš įstaigose už statistiką atsakingų darbuotojų

savaite konsultuoja šeimos gydytojas), Pagynės (šeimos gydytojas konsultuoja 1 kartą per 2 savaites), Voškonių (šeimos gydytojo konsultacijos taip pat 1 kartą per 2 savaites), Užliedžių medicinos punktai.

Pakaunės PSPC 2011 m. aptarnavo 17.500 prisirašiusių gyventojų gyventojų, iš kurių daugiau nei 95 proc.- kaimo vietovių gyventojai, ir apie 17 proc.- gyventojai nuo 65 metų amžiaus.

Sveikatos centre paslaugas teikia 11 šeimos, 2 vidaus, 3 vaikų ligų gydytojai, 3 akušeriai ginekologai, 3 chirurgai, 10 bendrosios praktikos gydytojų odontologų, 36 slaugytojai, psichikos sveikatą užtikrinantys specialistai, kitas personalas (ne visi darbuotojai dirba pilnu etatu).

Pas 1 šeimos gydytoją prisirašę 1100- 1700 gyventojų. 1 paciento priėmimui skirta 20 minučių.

Poliklinika dirba darbo dienomis 8-18 val. Ambulatorijų bei medicinos punktų darbo laikas įvairus.

**Vilkijos PSPC** sudėtyje yra poliklinika, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė (80 lovų suaugusiems) bei Batniavos, Padauguvos, Daugėliškių, Liučiūnų (1-2 kartus per mėnesį konsultuoja šeimos gydytojas) bei Čekiškių (šeimos gydytojas priiminėja 3 dienas per savaitę) medicinos punktai.

Vilkijos PSPC 2011 m. aptarnavo 6.850 prisirašiusių gyventojų (pastebėta mažėjimo tendencija), iš kurių apie 70 proc.- kaimo vietovių gyventojai, ir apie 15,6 proc.- gyventojai nuo 65 metų amžiaus.

Centre paslaugas teikia 4 šeimos, 2 vidaus, 1 vaikų ligų gydytojas, 1 akušeris ginekologas, 1 chirurgas, 2 bendrosios praktikos gydytojai odontologai, 6 slaugytojai, psichikos sveikatą užtikrinantys specialistai, kitas personalas (taip pat ne visi darbuotojai dirba pilnu etatu).

Pas 1 šeimos gydytoją prisirašę iki 1550 gyventojų. 1 paciento priėmimui skirta 20 minučių. Poliklinika dirba darbo dienomis 7.30-17.15 val.

Bendrai 2011 m. šios įstaigos aptarnavo 41.892 gyventojus. Viso Jose dirbo 31 šeimos gydytojas, 5 vidaus, 5 vaikų ligų gydytojai, 85 slaugytojai.

Garliavos PSPC prisirašę gyventojai teritoriniu atžvilgiu labai koncentruoti, Pakaunės PSPC- plačiai „išsibarstę“ dideliame plote. Vyrauja bendros Lietuvos demografinės bei sergamumo tendencijos (širdies kraujagyslių, plaučių ligos, vėžiniai susirgimai, traumas).

**Informacija apie paslaugas.** Savo informacinių leidinių įstaigos neturi. Kontaktinę informaciją apie šias įstaigas bei čia teikiamas paslaugas galima rasti internete. Garliavos PSPC savo internetinį puslapį. Išsamią informaciją apie paslaugas, jų apmokėjimą, nemokamus profilaktinius tikrinimus, pacientų teises visi trys sveikatos centrai pateikia stenduose.

Įstaigose paslaugos teikiamos visa LR medicinos normose numatyta apimtimi (šeimos gydytojo, bendrosios praktikos odontologo, psichikos sveikatos užtikrinimo, socialinio darbuotojo, minimalių tyrimų). Vykdomi šeimos gydytojo vizitai į namus, ambulatorinė slauga. Vilkijos PSPC sudėtyje esančioje slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje teikiamos stacionarinės slaugos ir paliatyvios medicinos paslaugos. Pakaunės PSPC teikia fizioterapijos, masažo paslaugas. Teikiamos ir kai kurios mokamos paslaugos: ginklų komisija, vairuotojų komisija, natūrali medicina (Garliavos PSPC), mokamos paslaugos neturintiems sveikatos draudimo Lietuvos bei užsienio valstybių piliečiams, kitų PSPC pacientams bei papildomos paslaugos, kurių pageidauja pacientas, tačiau jos nėra susijusios su pagrindinės ligos gydymu.

**Priėmimo tvarka.** *Išankstinė registracija* vykdoma vietoje ir telefonu. Garliavos ir Vilkijos PSPC skiriamas priėmimo pagal registracijos talonus. Iš anksto paliekama dalis registracijos talonų, kurie išduodami iš be registracijos atvykusiems pacientams. Pakaunės PSPC išankstinės registracijos talonų nėra: netikėtai atvykusieji priimami tą pačią dieną „gyvos eilės“ tvarka. Pacientus, atvykusius ne savo šeimos gydytojo darbo metu, priima kitas gydytojas (Garliavos ir Vilkijos PSPC rezervuojama dalis talonų pas iš anksto numatytus 1 ar 2 šeimos gydytojus).

*Po įstaigos darbo valandų* pagalba teikiama: Garliavos PSPC- sutartis su Respublikine Kauno ligonine (III), kur centro pacientai gali kreiptis į priėmimo skyrių. Pakaunės PSPC- sutartis su Kauno klinicine ligonine (II). Vilkijos PSPC pacientai visą parą po darbo valandų gali kreiptis į centrui priklausančią slaugos ligoninę, kur, pagal vidaus tvarką, per 30 min iš namų atvyksta budintis gydytojas.

*Skubi pagalba* teikiama pagal sutartis su GMP (greitoji medicinos pagalba) stotimi.

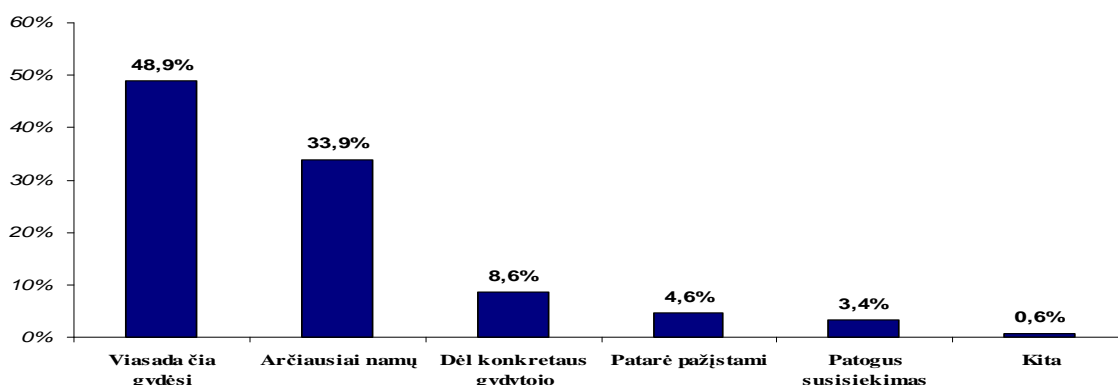
**Kokybės užtikrinimas.** Kokybės sistemų diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarka ir lokalaus medicininio audito nuostatai įpareigoja Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigas diegti kokybės sistemas.

Nei viename Kauno raj. viešajame PSPC įstaigoje sertifikuotos kokybės sistemos nėra. Siekiant užtikrinti minimalius asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimus, paslaugų kokybę įstaigose atlikdamas planinius ir neplaninius auditus tikrina vidaus auditorius (Pakaunės ir Vilkijos PSPC) arba audito grupė (Garliavos PSPC) bei stebėtojų tarybos. Siekiant išsiaiškinti pacientų nuomonę apie paslaugų prieinamumą, Garliavos bei Pakaunės PSPC periodiškai vykdomi pacientų anketavimai.

### 2.2.2. Gydomo įstaigos pasirinkimą nulėmę veiksniai

Pacientas turi galimybę pasirinkti paslaugos teikėją. Todėl būtina žinoti konkrečios įstaigos pasirinkimo kriterijus, kad būtų galima patenkinti vartotojo lūkesčius dabar ir ateityje.<sup>138</sup>

Šis klausimas sudarė galimybę išsiaiškinti kokie veiksniai lėmė Garliavos, Pakaunės bei Wilkijos PSPC pasirinkimą bei kiek renkantis įstaigą pacientams svarbūs pasirinkimo veiksniai, susiję su teritoriniu paslaugų prieinamumu.



#### 1 pav. Gydomo įstaigos pasirinkimo priežastys

Kaip matyti 1 paveikslėlyje, svarbiausios priežastys pacientams pasirenkant sveikatos priežiūros įstaigą yra įpratimas – ten gydėsi visada (48,9 proc.) bei mažas atstumas iki gydymo įstaigos (33,9 proc.). Kitos priežastys įvardintos rečiau: dėl konkretaus gydytojo (8,6 proc.), nes patarė pažįstami (4,6 proc.), patogus susisiekimas (3,4 proc.).

Tai, kad trečdalis pacientų svarbus mažas atstumas iki gydymo įstaigos, sutampa su Mindaugo Plieskio 2001 ir 2003 m. atliktų tyrimų rezultatais, kad atstumas nuo paciento gyvenamosios vietos yra svarbus kriterijus pasirenkant PSPĮ.<sup>139</sup>

Tyrimo metu taip pat analizuotas gydymo įstaigos pasirinkimą lemiantys veiksniai tarp skirtingų įstaigų, skirtingos gyvenamosios vietos, amžiaus, lyties, išsilavinimo ir skirtingas pajamas gaunančių pacientų grupių.

Pagal amžių, išsilavinimą ir gaunamas pajamas tyrime dalyvavę pacientai buvo suskirstyti į dvi skirtingo išsilavinimo ir skirtingų pajamų bei tris skirtingo amžiaus grupes (žr. 1 priedą).

6 lentelėje parodytos įstaigos pasirinkimo priežastys tarp skirtingo amžiaus pacientų:

<sup>138</sup> Bagdonas E., Bagdonienė L. „Administravimo principai“, Kaunas: Technologija, 2000, p. 24.

<sup>139</sup> Plieskis M., „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste“, daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005, p. 132.

**6 lentelė. Skirtingo amžiaus pacientų gydymo įstaigos pasirinkimo priežastys,  $\chi^2 = 23,53$ ,  $p = 0,009$**

Pacientų amžius	Visada čia gydėsi	Patarė pažįstami	Arčiausiai namų	Patogus susisiekimą	Dėl konkretaus gydytojo
	<i>n (proc.)</i>				
<b>18 – 35 metai</b>	19 (42,2)	7 (15,6)	15 (33,3)	2 (4,4)	2 (4,4)
<b>36 – 55 metai</b>	43 (56,6)	1 (1,3)	24 (31,6)	1 (1,3)	7 (9,2)
<b>56 ir daugiau metų</b>	23 (43,4)	0 (0)	20 (37,7)	3 (5,7)	6 (11,3)

Tyrimo rezultatai parodė, kad vyriausių (vyresnių nei 56 metų) pacientų gydymo įstaigos pasirinkimą statistiškai reikšmingai dažniau nulemia tai, ar įstaiga yra arčiau namų ar patogus susisiekimas bei dėl konkretaus gydytojo nei jaunesnių pacientų, o jaunesni (18-35 metų) pacientai dažniau nei vyresni pacientai gydymo įstaigą pasirenka pagal tai, ką pataria pažįstami. Jaunesnių (18-35 metų) pacientų grupės dažnesnis įstaigos pasirinkimas pagal tai, *ką pataria pažįstami*, gali būti susijęs su bet kuriais iš abiejų vyresnių grupių priklausančių tėvų, įstaigą pasirinkusių dėl kitų minėtų priežasčių, patarimais.

Gydymo įstaigos pasirinkimo priežastys tarp skirtingų įstaigų ( $\chi^2 = 13,36$ ,  $p = 0,204$ ), vyrų ir moterų ( $\chi^2=8,24$ ,  $p=0,143$ ), kaimo/ miesto tipo gyvenamosios vietovės ( $\chi^2 = 3,28$ ,  $p = 0,657$ ) bei skirtingo išsilavinimo ( $\chi^2=3,45$ ,  $p=0,631$ ) ir pajamų ( $\chi^2=7,00$ ,  $p=0,220$ ) pacientų statistiškai reikšmingai nesiskiria.

### **2.2.3. Komunikacinis paslaugų prieinamumas ir jo netolygumai Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose**

Darbe analizuojami šie teritorinio PSP paslaugų prieinamumo aspektai: pacientų patogumas pasiekti PSC teikiamas paslaugas, elektroninė registracija, konsultavimasis su šeimos gydytoju telefonu, galimybės su savo gydytoju susisiekti visą parą bei nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtis.

Nepaisant atskirų rajonų teritorijų santykinai nedidelių ribų, gyventojų patekimas į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas trikdomas rajonų visuomeninio transporto ribotų galimybių.<sup>140</sup> Siekdami ištirti komunikacinį paslaugų prieinamumą PSC vadovų požiūriu

<sup>140</sup> Pečiūra R. ir kt., „Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas“, *Medicina* 42(11), 2006, p. 939–943, <<http://medicina.kmu.lt/0611/0611-111.pdf>> [žiūrėta 2011-07-07].

klausėme, **su kokiais teritorinio paslaugų prieinamumo problemomis susiduria jų įstaigos pacientai.**

**7 lentelė. PSPC vadovų nuomonė apie komunikacinio paslaugų prieinamumo problemas**

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Problemos	Ribotos viešojo transporto galimybės	<i>„...vieninteliu rytiniu autobusu...“; „... vienintelio vakarinio autobuso...“; „...visą dieną laukia kito autobuso...“.</i>
	Kaimo specifika	<i>„...teritorinių problemų neišvengsi, kur kaimo specifika...“; „...tas būdinga kaimo specifikai...“</i>

Analizuojant vadovų nuomonę apie tai, su kokiais teritorinio paslaugų prieinamumo problemomis susiduria jų įstaigos pacientai, *problemų* kategorijoje išskirtos 2: *ribotų viešojo transporto galimybių* ir *kaimo specifikos* subkategorijos.

Komunikacinį prieinamumą, vadovų nuomone, neigiamai įtakoja tarpusavyje susiję viešojo transporto (netinkami autobusų grafikai) (*„...vieninteliu rytiniu autobusu...“; „... vienintelio vakarinio autobuso...“*) ir kaimo specifikos (kaimo tipo gyvenamoji vietovė) (*„...problemų neišvengsi, kur kaimo specifika...“; „...tas būdinga kaimo specifikai...“*) veiksniai. Galima teigti, kad vadovų nuomone, komunikacinio prieinamumo kliūtis- ribotos viešojo transporto galimybės- išskirtinai kaimo žmonių problema.

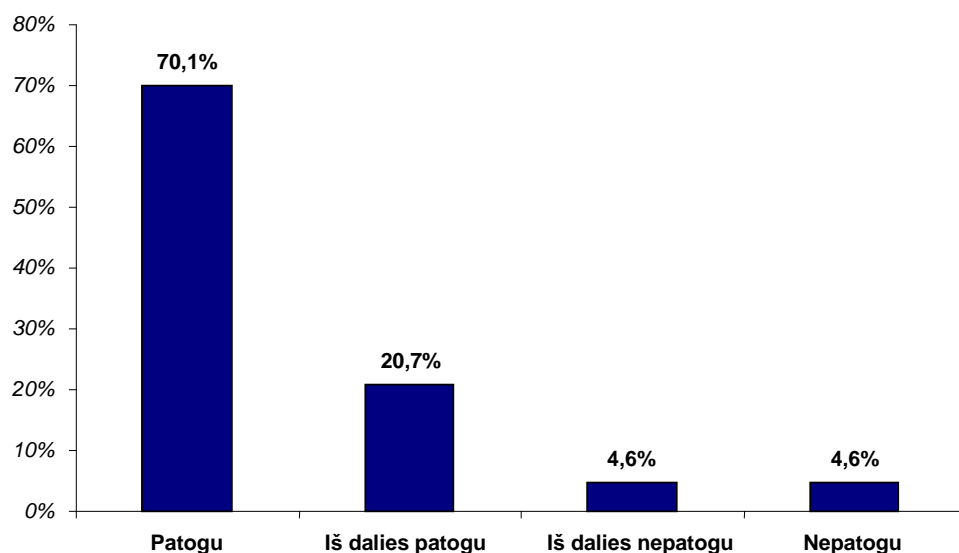
Šeimos gydytojų taip pat klausėme, **kokios teritorinio paslaugų prieinamumo problemos aktualios įstaigai, kurioje jie dirba.**

**8 lentelė. PSPC šeimos gydytojų nuomonė apie komunikacinio paslaugų prieinamumo problemas**

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Problemos	Ribotos viešojo transporto galimybės	<i>„...rytą suvažiuoja...“; „...nėra ankstesnio autobuso...“; „...laukia autobuso...“; „...jau kai atveža autobusas, tai visi iš karto...“; „...turi taikytis, kitaip nėra kaip atvažiuot...“;</i>
	Didelis atstumas iki gydymo įstaigos	<i>„...važiuoja ir iš kaimo, iš toliau, tai nėra taip patogus...“; „...daug yra iš kaimo, dideli atstumai...“; „...sunkiau su atvažiavimu kai kam iš kaimų...“.</i>

Paprašyti įvardinti teritorinio paslaugų prieinamumo problemas, *problemų* kategorijoje šeimos gydytojų teiginiai sutilpo į 2: *ribotų viešojo transporto galimybių* ir *didelio atstumo iki gydymo įstaigos* subkategorijas. Ribotų viešojo transporto galimybių subkategorijoje sudarė šeimos gydytojų teiginiai apie problemų keliančius autobusų grafikus („...*tokie grafikai yra...*“; „...*turi taikytis, kitaip nėra kaip atvažiuot...*“; „...*nėra ankstesnio autobuso...*“). Antrą, didelio atstumo iki gydymo įstaigos subkategoriją, sudaro teiginiai apie susisiekimo su sveikatos priežiūros centru sunkumus dėl didelių atstumų ir siejantys sušiuos sunkumus kaimo tipo gyvenamąją vietovę („...*daug yra iš kaimo, dideli atstumai...*“; „...*važiuoja ir iš kaimo, iš toliau, tai nėra taip patogu...*“). Remiantis šeimos gydytojų nuomone, nustatyta, kad pacientų galimybes pasiekti sveikatos priežiūros centrą bei jame teikiamas paslaugas riboja viešojo transporto galimybės (netinkami autobusų grafikai) bei dideli atstumai iki PSPC ir tai ypač aktualu tolimesnių kaimo vietovių gyventojams. Šeimos gydytojų tyrimo rezultatai sutampa su įstaigų vadovų nuomone, kad Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos PSPC pacientai susiduria su kaimo žmonėms būdinga komunikacinio prieinamumo kliūtimi- ribotomis viešojo transporto galimybėmis.

2 pav. pavaizduotas pacientų vertinimas, ar jiems patogu privačiu/ visuomeniniu transportu pasiekti savo sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas.



**2 pav. Pacientų vertinimas, ar jiems patogu privačiu/ visuomeniniu transportu pasiekti savo sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas**

Kaip matyti 26 paveiksle, dauguma tyrime dalyvavusių pacientų teigė, kad jiems yra patogu (70,1 proc.) ar iš dalies patogu (20,7 proc.) pasiekti savo sveikatos priežiūros centre

teikiamas paslaugas. 9,2 proc. teigė, kad pasiekti sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas jiems labiau nepatogu (4,6 proc.) ar visai nepatogu (4,6 proc.). Daugumos nuomonę, kad pasiekti paslaugas savo sveikatos priežiūros yra patogiu ar iš dalies patogiu paaiškina tai, kad viešojo bei privačių vežėjų transporto maršrutų tinklas Kauno rajone laikomas pakankamai gerai išplėtotu,<sup>141</sup> be to, daug kas vyksta nuosavu automobiliu. Tačiau 9,2 proc. pacientų nurodė, kad paslaugas pasiekti jiems iš dalies ar visai nepatogu. Jonas Kairys ir kt. 2003 m. atliko reprezentatyvų Lietuvos gyventojų tyrimą ir nustatė, kad patekimo į sveikatos priežiūros įstaigas galimybes, dauguma (87,3 proc.) respondentų galimybę atvykti į polikliniką, t. y. susisiekimą, vertina kaip patogų ir labai patogų. 12,2 proc. nurodė susisiekimą su poliklinika esant nepatogų.<sup>142</sup> Bernadetos Goštautaitės ir kt. 2011 m. atlikta „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų poreikių ir pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė“ parodė, kad Lietuvoje šeimos gydytojo paslaugų pasiekimo patogumą blogai ar labai blogai vertina apie 6 proc. 19- 64 m. ir apie 5 proc. asmenų nuo 65 m. amžiaus<sup>143</sup>.

9 lentelėje parodytas kaime ir mieste gyvenančių pacientų vertinimas, ar jiems patogiu privačiu/ visuomeniniu transportu pasiekti savo sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas.

**9 lentelė. Kaime ir mieste gyvenančių pacientų vertinimas, ar jiems patogiu privačiu/ visuomeniniu transportu pasiekti savo sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas,  $\chi^2 = 14,41$ ,  $p = 0,002$**

Pacientų gyvenamoji vieta	Patogu	Iš dalies patogiu	Iš dalies nepatogu	Nepatogu
	n(proc.)			
Miestas	62 (83,8)	11 (14,9)	1 (1,4)	0 (0)
Kaimas/ miestelis	60 (60,0)	25 (25,0)	7 (7,0)	8 (8,0)

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad kaime gyvenantys respondentai statistiškai reikšmingai rečiau nei mieste gyvenantys respondentai buvo linkę teigti, kad jiems patogiu privačiu/ visuomeniniu transportu pasiekti savo sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas. Taip pat kaimo gyventojai reikšmingai dažniau nurodė, kad paslaugas pasiekti iš dalies nepatogu, ir tik kaimo gyventojai nurodė, kad jas pasiekti visiškai nepatogu. Taigi, kaimo vietovių gyventojų galimybės pasiekti savo PSPC teikiamas paslaugas prastesnės nei miesto, todėl 9,2 proc.

<sup>141</sup> Kauno rajono vietos veiklos grupė, Kauno rajono vietos plėtros 2007-2013 m. strategija, Kauno raj., 2008, p. 71, <[http://www.kaunorvvg.lt/info/projektai/kauno\\_r\\_vvg\\_%20integruotos\\_bandomosios\\_strategijos\\_tobulinimas/kauno\\_rajono\\_vietos\\_plėtros\\_2007\\_2013\\_strategija.pdf](http://www.kaunorvvg.lt/info/projektai/kauno_r_vvg_%20integruotos_bandomosios_strategijos_tobulinimas/kauno_rajono_vietos_plėtros_2007_2013_strategija.pdf)> [žiūrėta 2011-07-11].

<sup>142</sup> Kairys J. ir kt. „Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose“, *Medicina* 40(2), 2004, p. 178-191.



respondentų nuomonę, kad paslaugas pasiekti iš dalies nepatogu ar visai nepatogu, galima sieti su kai kuriose atokesnėse kaimo vietovėse prasčiau išplėtotu privačių vežėjų transporto tinklu bei susisiekimo viešuoju transportu galimybes ribojančiais netinkamais viešojo transporto tvarkaraščiais.

Apibendrinant įstaigų vadovų, šeimos gydytojų bei pacientų nuomonės tyrimų rezultatus galima teigti, kad daugumos pacientų galimybės pasiekti Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos PSPC teikiamas paslaugas yra geros. Tai, kad kai kurių kaimo gyventojų galimybes riboja netinkami viešojo transporto tvarkaraščiai sutampa su Ilonos Tamutienės ir kt. 2011 m. atlikto tyrimo rezultatais, kad viešojo transporto prieinamumas, maršrutai, tvarkaraščiai kaimo ir mažų miestelių gyventojams būdinga kliūtis.<sup>144</sup> Jono Kairio ir kt. 2003 m. atliktame Lietuvos gyventojų tyrime taip pat konstatuotas geresnis susisiekimas su ambulatorine pirminės sveikatos priežiūros įstaiga miestuose negu rajonų centruose ir kaimuose.<sup>145</sup>

2007 m. Brogaitės J. ir kt.,<sup>146</sup> atlikto tyrimo rezultatu, kad vyresnis amžius įtakoja teritorinio susisiekimo su sveikatos priežiūros įstaigomis problemas, mūsų tyrimas nepatvirtino: kad privačiu/ visuomeniniu transportu pasiekti savo sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas patogiu ar iš dalies patogiu dažniausiai nurodė 36 – 55 m. (90,8 proc.), o kad iš dalies ar visai nepatogu- 56 ir daugiau m. respondentai (11,3 proc.), tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių nerasta ( $\chi^2 = 7,28$ ,  $p = 0,295$ ). Tai galima sieti su sveikatos priežiūros centro pasirinkimo priežastimis: mūsų tyrimo rezultatais, pasirenkant gydymo įstaigą, vyresni pacientai labiau linkę atsižvelgti į atstumą iki gydymo įstaigos ir patogų susisiekimą su ja, nei jaunesni.

Patogumo pasiekiant paslaugas vertinimas tarp atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų ( $\chi^2 = 3,25$ ,  $p = 0,776$ ), skirtingos lyties ( $\chi^2 = 3,98$ ,  $p = 0,263$ ), išsilavinimo ( $\chi^2 = 1,63$ ,  $p = 0,652$ ) bei pajamų ( $\chi^2 = 0,22$ ,  $p = 0,974$ ) pacientų statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Įprastiniai išankstinės pacientų registracijos būdai sąlygoja eiles prie registratūrų langelių ir gydytojų kabinetų, o padedančios šias problemas išspręsti elektroninės registracijos sistemos Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos PSPC dar nėra. Sveikatos priežiūros centrų vadovų paklausėme, **dėl kokių priežasčių jų vadovaujamoje įstaigoje neįdiegta elektroninė išankstinio registravimosi sistema t.y.- prisirašiusiems pacientams nesudaryta galimybė registruotis internetu.**

<sup>143</sup> Goštautaitė B. ir kt., „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų poreikių ir pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė“, I dalis, UAB Socialinės informacijos centras ir UAB Europos tyrimai, 2011, p. 50-60, <[http://www.sam.lt/lit/Pacientu\\_ir\\_sveikatos\\_prieziuros\\_paslauga/1184](http://www.sam.lt/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslauga/1184)> [žiūrėta 2011-07-15].

<sup>144</sup> Tamutienė I. ir kt., „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė* 2(1), 2011, p. 95-110.

<sup>145</sup> Kairys J. ir kt. „Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose“, *Medicina* 40(2), 2004, p. 178-191.

<sup>146</sup> Brogaitė, J. ir kt., „Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos“, 2007, *Gerontologija* 8 (4), p. 230–235.

**10 lentelė. Vadovų nurodytos priežastys, dėl kurių PSPC neįdiegta e- registracijos sistema**

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Kaina	Per brangus palaikymas	„... <i>privačių firmų siūlytas sistemas brangu palaikyti...</i> “; „... <i>reikia didžiulių lėšų vien palaikymui...</i> “.
Patogumas	Nepatogu vartoti	„... <i>buvo trikdžiai...</i> “; „ <i>buvo bandymų [...] neidavo užregistruoti...</i> “.
Lūkesčiai	Problemos sprendimas nacionaliniu mastu	„... <i>jeigu nacionaliniu mastu- kodėl ne...</i> “; „... <i>bus įdiegta visoje respublikoje...</i> “; „... <i>įdiegs SAM...</i> “

Duomenų analizės metu išryškėjo 3 elektroninės registracijos PSPC neįdiegimo priežasčių kategorijos: *kainos*, *patogumo* bei *lūkesčių*. Kainos kategorijoje išskirta *per brangaus palaikymo* subkategorija („... *privačių firmų siūlytas sistemas brangu palaikyti...*“; „...*reikia didžiulių lėšų vien palaikymui...*“); patogumo kategorijoje išskirta *nepatogumo vartoti* subkategorija („...*buvo trikdžiai...*“; „*buvo bandymų [...] neidavo užregistruoti...*“). Lūkesčių kategorijoje išskirta *problemos sprendimo nacionaliniu mastu* subkategorija („...*jeigu nacionaliniu mastu- kodėl ne...*“; „...*bus įdiegta visoje respublikoje...*“; „...*įdiegs SAM...*“). Taigi, įvertinus vadovų nurodytas elektroninės sistemos neįdiegimo priežastis, kad privačių įmonių siūlomų sistemų palaikymas įstaigoms per brangus, anksčiau siūlytas produktas buvo nepatogus vartoti, o šiuo metu įstaigos laukia SAM kuriamos e- sistemos įdiegimo nacionaliniu mastu, yra pagrindo manyti, kad Sveikatos ministerijai padedant ši problema bus išspręsta artimiausioje ateityje.

Norėjome iširti pacientų požiūrį į registravimosi internetu paslaugos galimybę. Nustatėme, kad 33 proc. respondentų pas gydytoją registruotis internetu nepageidautų, 31,6 proc. nėra apsisprendę, tačiau trečdalis (33,9 proc.) pacientų vizitui pas gydytoją registruotis internetu pageidautų. Tai, kad maždaug trečdalis respondentų registruotis internetu nepageidautų, o trečdalis dėl to neapsisprendę, neprieštarauja Bernadetos Goštautaitės ir kt. 2011 m. atliktos „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų poreikių ir pasitenkinimo teikiamų paslaugų

kokybe bei prieinamumu analizės” rezultatams, kurie parodė, kad Lietuvoje registruotis internetu gyventojai nėra linkę<sup>147</sup>

11 lentelėje parodytas atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, ar pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu.

**11 lentelė. Atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, ar pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu,  $\chi^2 = 36,39$ ,  $p = 0,0001$**

Įstaiga	Pageidautų	Nepageidautų	Nežino
	<i>n(proc.)</i>		
Garliavos PSPC	33 (43,4)	30 (39,5)	13 (17,1)
Pakaunės PSPC	15 (23,1)	12 (18,5)	38 (58,5)
Vilkijos PSPC	11 (34,4)	17 (53,1)	4 (12,5)
Iš viso	59 (34,1)	59 (34,1)	55 (31,8)

Tyrimo rezultatai parodė, kad Garliavos PSPC pacientai statistiškai reikšmingai labiau nei Pakaunės PSPC ir Vilkijos PSPC pacientai pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu. Kadangi elektroninės registracijos būdas reikšmingai dažniau paplitęs didžiuosiuose miestuose,<sup>148</sup> tad tokius rezultatus galima sieti su tuo, kad Garliavos miestas ir apylinkės yra šalia didmiesčio Kauno ir jaučia stiprią jo įtaką.

12 lentelėje parodytas skirtingo amžiaus pacientų vertinimas, ar pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu.

**12 lentelė. Skirtingo amžiaus pacientų vertinimas, ar pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu,  $\chi^2 = 16,27$ ,  $p = 0,003$**

Pacientų amžius	Pageidautų	Nepageidautų	Nežino
	<i>n(proc.)</i>		
18 – 35 metai	24 (53,3)	9 (20,0)	12 (26,7)
36 – 55 metai	27 (35,5)	27 (35,5)	22 (28,9)
56 ir daugiau metų	8 (15,4)	23 (44,2)	21 (40,4)

Tyrimo rezultatai parodė, kad jaunesnio amžiaus (18-35 metų) pacientai statistiškai reikšmingai dažniau pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu nei vyresni pacientai

<sup>147</sup> Goštautaitė B. ir kt., „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų poreikių ir pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė“, I dalis, UAB Socialinės informacijos centras ir UAB Europos tyrimai, 2011, p. 50-60, <[http://www.sam.lt/lit/Pacientu\\_ir\\_sveikatos\\_prieziuros\\_paslaug/1184](http://www.sam.lt/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaug/1184)> [žiūrėta 2011-11-19].

<sup>148</sup> Ten pat. [žiūrėta 2011-11-19].

(36-55 metų ir vyresni nei 56 metų), o vidutinio amžiaus (36-55 metų) pacientai dažniau pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu nei vyriausi (vyresni nei 56 metų) pacientai. Tai galima sieti su mažesniu vyresnių pacientų kompiuteriniu raštingumu ir neimlumu naujovėms.

13 lentelėje parodytas skirtingo išsilavinimo pacientų vertinimas, ar pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu.

**13 lentelė. Skirtingo išsilavinimo pacientų vertinimas, ar pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu,  $\chi^2=4,957$ ,  $p=0,084$**

Išsilavinimas	Pageidautų	Nepageidautų	Nežino
	<i>n(proc.)</i>		
<b>Žemesnis</b>	20 (26,3)	32 (42,1)	24 (31,6)
<b>Aukštesnis</b>	39 (40,2)	27 (27,8)	31 (32,0)

Aukštesnį išsilavinimą turintys pacientai taip pat statistiškai reikšmingai dažniau pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu nei žemesnį išsilavinimą turintys pacientai. Tai sietina su didesniu išsilavinusių žmonių kompiuteriniu raštingumu.

Kaimo gyventojai rečiau (31,3 proc.) nurodė, kad pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu nei miesto gyventojai (37,8 proc.), bet skirtumas statistiškai nereikšmingas ( $\chi^2 = 2,26$ ,  $p = 0,322$ ).

Pacientų vertinimas, ar pageidautų vizitui pas gydytoją registruotis internetu tarp pacientų vyrų ir moterų ( $\chi^2=0,036$ ,  $p=0,982$ ) bei skirtingas pajamas gaunančių ( $\chi^2=0,38$ ,  $p=0,826$ ) pacientų taip pat statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Apibendrinant vadovų ir pacientų nuomonę apie internetinę registraciją galima teigti, kad neįdiegta elektroninės registracijos sistema vadovų ir beveik trečdalis pacientų nuomone nėra problema, tačiau, trečdalis pacientų registravimosi internetu paslaugos pageidautų. Negalima nepaminėti, jog elektroninės registracijos sistema, lyginant su registracija telefonu, turi esminį trūkumą- registruojantis niekas nevertina registracijos priežasties. Visi kreipimosi atvejai registruojami bendra tvarka, neskirstant jų pagal skubumą. Taigi, šis registracijos būdas tinkamas tik neskubiems atvejams (pvz.: kompensuojamųjų vaistų pratęsimui).

Pagal Sveikatos Apsaugos Ministerijos Trumpalaikių ir ilgalaikių priemonių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti ir laukimui eilėse mažinti planą, sutartyse su TLK numatoma, jog ASPI savo pacientams užtikrins galimybę susisiekti su šeimos gydytoju

telefonu, o telefono numeris (-iai) ir gydytojų darbo grafikai bei laikas, kada pacientas gali susisiekti su savo gydytoju telefonu, turi būti skelbiami viešai pacientams prieinamose ir patogiose vietose.<sup>149</sup> Tai siejama su šeimos gydytojo normoje apibrėžta gydytojo asmenine atsakomybe už visapusišką ir nepertraukiamą pacientų priežiūrą.<sup>150</sup> Klausėme ar pacientai konsultuojasi su savo šeimos gydytoju telefonu. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad nors didesnė dalis pacientų konsultuojasi su savo šeimos gydytoju telefonu (62,6 proc.), tačiau nemaža dalis pacientų to nedaro (37,4 proc.). 2002 m. Kairys nustatė, kad konsultotis telefonu pacientai nėra linkę.<sup>151</sup> Su šeimos gydytoju telefonu konsultuojasi 56,6 proc. Garliavos, 71,2 proc. Pakaunės ir 59,4 proc. Vilkijos PSPC anketuotų pacientų, skirtumai statistiškai nereikšmingi ( $\chi^2 = 3,41$ ,  $p = 0,182$ ).

14 lentelėje parodytas skirtingo išsilavinimo pacientų konsultavimasis su šeimos gydytoju telefonu.

**14 lentelė. Skirtingo išsilavinimo pacientų konsultavimasis su šeimos gydytoju telefonu,**

$$\chi^2 = 5,78, p = 0,016$$

Išsilavinimas	Konsultuojasi	Nesikonsultuoja
	<i>n(proc.)</i>	
<b>Žemesnis</b>	40 (52,6)	36 (47,4)
<b>Aukštesnis</b>	69 (70,4)	29 (29,6)

Tyrimo rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai telefonu su šeimos gydytoju dažniau konsultuojasi aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai lyginant su tais, kurių išsilavinimas yra žemesnis.

Kaimo gyventojai kiek dažniau (65,0 proc.), nurodė, kad su šeimos gydytoju konsultuojasi telefonu nei miesto (59,5 proc.), bet skirtumai statistiškai nereikšmingi ( $\chi^2 = 0,55$ ,  $p = 0,455$ ).

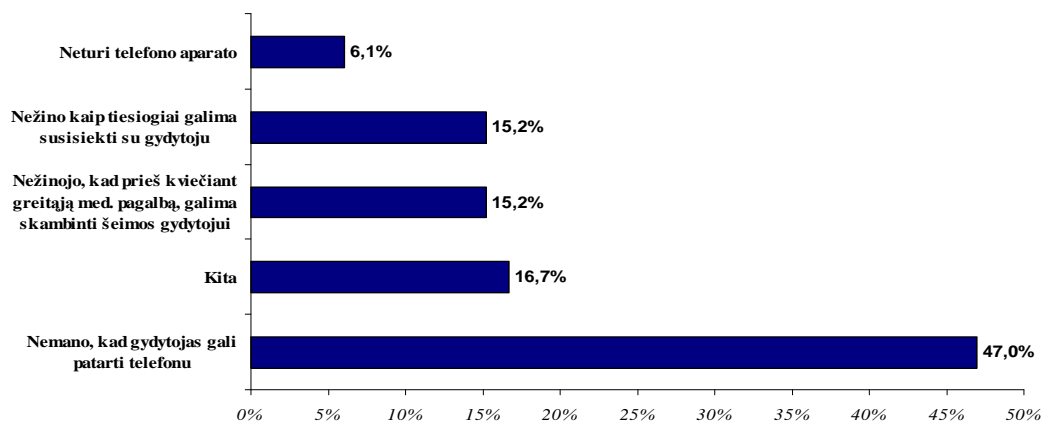
Skirtingų lyčių ( $\chi^2 = 0,12$ ,  $p = 0,726$ ), amžiaus ( $\chi^2 = 0,194$ ,  $p = 0,907$ ), pajamų ( $\chi^2 = 1,13$ ,  $p = 0,287$ ) respondentai vienodai linkę konsultotis su savo šeimos gydytoju telefonu.

3 paveiksle nagrinėjamos priežastys, kodėl pacientai nesikonsultuoja su savo šeimos gydytoju telefonu.

<sup>149</sup> Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos komiteto sprendimas Nr. 18 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijos Trumpalaikių ir ilgalaikių priemonių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti ir laukimui eilėse mažinti plano“, 2006, gruodžio 20, <[http://www3.lrs.lt/docs3/kad5/w5\\_istorija.show5-p\\_r=5239&p\\_d=64227&p\\_k=1.html](http://www3.lrs.lt/docs3/kad5/w5_istorija.show5-p_r=5239&p_d=64227&p_k=1.html)> [žiūrėta 2011-06-18].

<sup>150</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 Šeimos gydytojas Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“; 2005, gruodžio 22, Vilnius: Valstybės žinios 2006, Nr. 3.

<sup>151</sup> Kairys J., Gurevičius R., „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas“, *Medicina* 38(1), 2002, p. 94-102.



### 3 pav. Priežastys, kodėl pacientai nesikonsultuoja su šeimos gydytoju telefonu

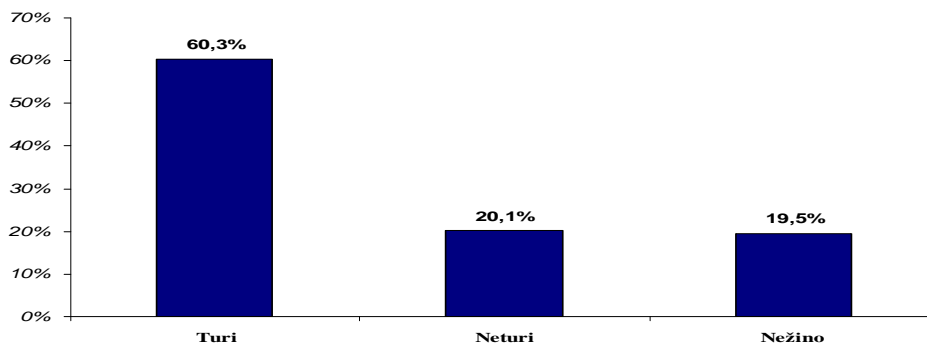
3 paveiksle matyti, kad beveik pusė iš nesikonsultuojančių su savo šeimos gydytoju telefonu pacientų mano, kad gydytojas negali patarti telefonu (47,0 proc.)– tai svarbiausia pacientams priežastis. Kitos priežastys: nežino, kaip tiesiogiai gali susisiekti su gydytoju (15,2 proc.), tiek pat- nežino, kad prieš kviečiant greitąją medicinos pagalbą galima skambinti šeimos gydytojui. Tarp 16,7 proc. pasirinkusių atsakymo „kita“ variantą, vyrauja nesikonsultavimo telefonu priežastis- „nereikėjo“, t. y., daliai respondentų nėra šios paslaugos poreikio. Analizuojant nesikonsultavimo telefonu priežastis, matome, kad trečdalis nesikonsultuojančių telefonu respondentų to nedaro, nes nežino kaip tai padaryti (kaip tiesiogiai gali susisiekti su gydytoju) arba kad yra galimybė tą daryti (kad prieš kviečiant greitąją medicinos pagalbą galima skambinti šeimos gydytojui). Taigi, galima teigti, kad trečdaliui iš nesikonsultuojančiųjų telefonu respondentų apie šią galimybę trūksta informacijos.

Priežastys, kodėl pacientai nesikonsultuoja su šeimos gydytoju telefonu tarp skirtingų įstaigų ( $\chi^2 = 9,50$ ,  $p = 0,302$ ), miesto/kaimo gyventojų ( $\chi^2 = 5,02$ ,  $p = 0,285$ ), amžiaus ir lyties ( $\chi^2=2,53$ ,  $p=0,638$ ), išsilavinimo ( $\chi^2=4,89$ ,  $p=0,298$ ) ir skirtingas pajamas gaunančių ( $\chi^2=2,84$ ,  $p=0,585$ ) pacientų reikšmingai nesiskiria.

Šiuo metu galiojančiuose teisės aktuose bei PSPĮ sutartyse su Teritorinėmis ligoninėmis, pagal kurias PSPĮ yra mokama už prisirašiusius gyventojus, numatyta, jog PSP paslaugų teikimas turi būti užtikrintas visą parą. Mindaugas Plieskis<sup>152</sup> nustatė, kad 2001 m., Kauno mieste tik mažiau nei trečdalis (28,6 proc.) turėjo susisiekti su savo gydytoju visą parą galimybę o 2003 m.- 42,5 proc. respondentų, taigi, susisiekti visą parą galimybės didėjo.

4 paveiksle nagrinėjamas mūsų tyrime dalyvavusių pacientų vertinimas, ar jie turi galimybę susisiekti su savo šeimos gydytoju bet kuriuo paros metu.

<sup>152</sup> Plieskis M., „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste“, daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005.



#### 4 pav. Susisiekimo su savo šeimos gydytoju bet kuriuo paros metu galimybių vertinimas

Kaip matyti 4 paveiksle, dauguma pacientų teigia, kad jie turi galimybę susisiekti su savo šeimos gydytoju bet kuriuo paros metu (60,3 proc.). Apie penktadalis (20,1 proc.) pacientų teigia, kad tokios galimybės neturi (teritorinio prieinamumo kliūtis) arba nežino, ar tokią galimybę turi (19,5 proc.) (informacijos apie šią galimybę trūkumas). Su savo šeimos gydytoju susisiekti bet kuriuo paros metu galimybes turi 65,6 proc. Vilkijos, 61,8 proc. Garliavos bei 56,1 proc. Pakaunės PSPC anketuotų pacientų, skirtumas statistiškai nereikšmingas ( $\chi^2 = 5,12$ ,  $p = 0,275$ ).

Pacientų galimybės susisiekti su gydytoju bet kuriuo paros metu tarp skirtingo gyvenamosios vietovės tipo ( $\chi^2 = 3,43$ ,  $p = 0,179$ ), lyties ( $\chi^2 = 2,60$ ,  $p = 0,272$ ), amžiaus grupių ( $\chi^2 = 4,58$ ,  $p = 0,332$ ), išsilavinimo ( $\chi^2 = 1,82$ ,  $p = 0,402$ ) ir skirtingas pajamas ( $\chi^2 = 2,51$ ,  $p = 0,285$ ) gaunančių pacientų taip pat statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Išanalizavus komunikacinę paslaugų prieinamumą, nustatyta, kad daugumai (70,1 proc.) respondentų Garliavos, Pakaunės bei Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose teikiamas paslaugas pasiekti patogiu ar iš dalies patogiu (20,7 proc.). Tik 9,2 proc. respondentų teigė, kad pasiekti sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas jiems labiau nepatogu (4,6 proc.) ar visai nepatogu (4,6 proc.) ir tai būdinga kaimo vietovių gyventojams, nes jų susisiekimo galimybes riboja viešojo transporto galimybės. Trečdalis (33,9 proc.) pacientų vizitui pas gydytoją registruotis internetu pageidautų, trečdalis nepageidautų ir dar tiek pat nėra apsisprendę. Dauguma (62,6 proc.) respondentų konsultuojasi su šeimos gydytoju telefonu. Su šeimos gydytoju telefonu konsultuojasi 56,6 proc. Garliavos, 71,2 proc. Pakaunės ir 59,4 proc. Vilkijos PSPC anketuotų pacientų. Dauguma respondentų turi galimybę susisiekti su savo šeimos gydytoju bet kuriuo paros metu (60,3 proc.). Apie penktadalis (20,1 proc.) teigia, kad tokios galimybės neturi arba nežino, ar tokią galimybę turi (19,5 proc.). Su savo šeimos gydytoju susisiekti bet kuriuo paros metu galimybes turi dauguma Vilkijos (65,6 proc.), Garliavos (61,8 proc.) bei Pakaunės (56,1 proc.) PSPC anketuotų pacientų.

Tyrimė dalyvavę Garliavos PSPC (43,4 proc.) pacientai labiau pageidautų registruotis internetu nei Vilkijos (34,1 proc.) ar Pakaunės (23,1 proc.) PSPC pacientai. Kaime gyvenantiems respondentams (patogu 60,0 proc.) mažiau patogu pasiekti savo sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas nei miesto gyventojams (patogu 83,8 proc.). Jauniausi respondentai (53,3) dažniau pageidautų registruotis internetu nei vidurinės amžiaus grupės respondentai (35,5 proc.), o vidurinė amžiaus grupė- pageidautų labiau nei patys vyriausi (15,4 proc.). Labiau išsilavinę respondentai (40,2 proc.) dažniau pageidautų registruotis internetu nei mažiau išsilavinę (26,3 proc.) bei dažniau teigia (70,4 proc.), kad konsultuojasi su šeimos gydytoju telefonu nei mažiau išsilavinę asmenys (52,6 proc.)

#### **2.2.4. Organizacinis paslaugų prieinamumas ir jo netolygumai Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose**

Darbe nagrinėjami tokie organizacinio prieinamumo aspektai: paciento registratūroje ir prie šeimos gydytojo kabineto sugaištas laikas, laikas nuo vizito paskyrimo iki priėmimo pas šeimos gydytoją, laiko trukmė nuo tyrimų paskyrimo iki atlikimo, įstaigos ir gydytojų laiko patogumas, vizitavimas namuose, informacija apie gydytojų darbo laiką ir konsultavimo tvarką, informacija apie siūlomas paslaugas bei atliekamus tyrimus ir procedūras.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrerijos parengtose tolesnės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenyse viena išvardintų pagrindinių nepakankamą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą sąlygojančių priežasčių- kad pacientams, norintiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas, tenka laukti eilėse.<sup>153</sup> Iona Tamutienė ir kt. 2010 nustatė, kad nepriklausomai nuo gyvenamosios vietovės, ilgos eilės (pradedant nuo išankstinės registracijos pas šeimos gydytoją ir baigiant „gyvomis“ eilėmis prie gydytojų kabineto durų) įvardinamos kaip pagrindinė prieinamumo problema. Eilės registratūroje, jau atvykus į sveikatos priežiūros centrą, taip pat suvokiamos kaip nemaloni organizacinio prieinamumo kliūtis.<sup>154</sup>

Laikas, per kurį pacientas gali patekti pas gydytoją, atlikti procedūras ir kt.– vienas pagrindinių rodiklių, rodančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.<sup>155</sup> Pagal SAM Trumpalaikių ir ilgalaikių priemonių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti

<sup>153</sup> Tolesnės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenys,

<[http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes\\_sveikatos\\_sistemos\\_plėtros\\_2008\\_2015\\_.pdf](http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemos_plėtros_2008_2015_.pdf)> [žiūrėta 2011-06-02].

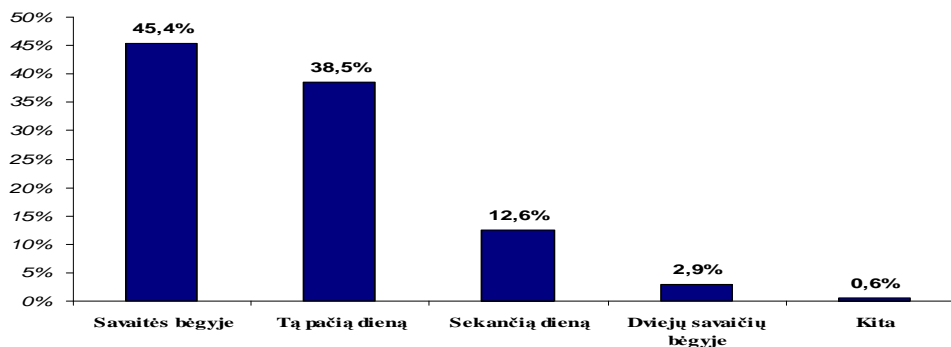
<sup>154</sup> Tamutienė I. ir kt., „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė* 2(1), 2011, p. 95-110.

<sup>155</sup> Kairys J., Gurevičius R., „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas“, *Medicina* 38(1), 2002, p. 94.



ir laukimui eilėse mažinti planą, sutartyse su TLK numatoma, jog ASPĮ garantuos pacientui galimybę planinę šeimos gydytojo pagalbą gauti per 3 dienas.<sup>156</sup>

5 paveiksle nagrinėjama, už kiek laiko registratūros darbuotojai dažniausiai paskiria priėmimą pas šeimos gydytoją.



**5 pav. Dažniausiai šeimos gydytojo konsultacijai paskiriamas laikas**

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dažniausiai pacientams pas šeimos gydytoją priėmimo laikas paskiriamas: 45,4 proc. savaitės bėgyje, 38,5 proc. tą pačią dieną ir 12,6 proc. sekančią dieną. Bernadetos Goštaitės ir kt. 2011 m. pateiktoje analizėje matome, kad visos Lietuvos mastu savaitės bėgyje laikas paskiriamas 24 proc 19- 64 m. ir 26 proc. pacientų nuo 65 m., tą pačią dieną- apie 46,8 proc pacientų nuo 19- 64 m. ir 35,1 proc. virš 65 m. ir sekančią dieną- 9,7 proc. 19- 64 m ir 8,2 proc. virš 65 m. amžiaus pacientų.<sup>157</sup> Tai reiškia, kad tiriant Lietuvos mastu pusė pacientų nuo 19 m. pas šeimos gydytoją patenka tą pačią ar sekančią dieną, o ketvirtadalis- laukia 2- 5 d.d. Virš 6 d. d. vidutiniškai laukia apie 16,5 proc. Lietuvos žmonių nuo 19 m. amžiaus. Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad daugiau nei pusė (51,1 proc.) respondentų pas šeimos gydytoją patenka tą pačią arba sekančią dieną. Galima teigti, kad organizacinį prieinamumą vertinant pagal laiko trukmės nuo konsultacijos pas šeimos gydytoją paskyrimo iki priėmimo kriterijų, šio tyrimo rezultatai atspindi bendrą Lietuvos situaciją

15 lentelėje parodytas atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientams dažniausiai šeimos gydytojo konsultacijai paskiriamas laikas

<sup>156</sup> Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos komiteto sprendimas Nr. 18 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijos Trumpalaikių ir ilgalaikių priemonių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti ir laukimui eilėse mažinti plano“, 2006, gruodžio 20, <[http://www3.lrs.lt/docs3/kad5/w5\\_istorija.show5-p\\_r=5239&p\\_d=64227&p\\_k=1.html](http://www3.lrs.lt/docs3/kad5/w5_istorija.show5-p_r=5239&p_d=64227&p_k=1.html)> [žiūrėta 2011-06-18].

<sup>157</sup> Goštautaitė B. ir kt., „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų poreikių ir patenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė“, I dalis, UAB Socialinės informacijos centras ir UAB Europos tyrimai, 2011, p. 50-60, <[http://www.sam.lt/lit/Pacientu\\_ir\\_sveikatos\\_prieziuros\\_paslauga/1184](http://www.sam.lt/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslauga/1184)> [žiūrėta 2011-11-01].

**15 lentelė. Atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientams dažniausiai šeimos gydytojo konsultacijai paskiriamas laikas,  $\chi^2 = 42,16$ ,  $p = 0,0001$**

Įstaiga	Tą pačią dieną	Sekančią dieną	Savaitės bėgyje	Dviejų savaitių bėgyje	Kita
	<i>n(proc.)</i>				
Garliavos PSPC	21 (27,6)	9 (11,8)	44 (57,9)	1 (1,3)	1 (1,3)
Pakaunės PSPC	40 (60,6)	11 (16,7)	15 (22,7)	0 (0)	0 (0)
Vilkijos PSPC	6 (18,8)	2 (6,3)	20 (62,5)	4 (12,5)	0 (0)
Iš viso	67 (38,5)	22 (12,6)	79 (45,4)	5 (2,9)	1 (0,6)

Iš 15 lentelės matome, kad dauguma (60,6 proc.) tyrime dalyvavusių Pakaunės PSPC pacientų pas šeimos gydytoją patenka tą pačią dieną, mažiau nei ketvirtadalis laukia iki savaitės, o daugiau nei savaitę nelaukia niekas. Garliavos PSPC tą pačią dieną pas šeimos gydytoją laikas paskiriamas daugiau nei ketvirtadaliui, Vilkijos PSPC- beveik penktadaliui respondentų, o daugumai Garliavos (57,9 proc.) ir Vilkijos (62,5 proc.) PSPC apklaustų pacientų laikas pas šeimos gydytoją paskiriamas savaitės bėgyje. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad Pakaunės pirminės sveikatos priežiūros centro pacientams statistiškai reikšmingai dažniau paskyrimo pas šeimos gydytoją tenka laukti mažiau lyginant su Garliavos ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientais. Laiko trukmės nuo laiko konsultacijai paskyrimo iki šeimos gydytojo priėmimo vienareikšmiškai vertinti negalima. Paskyrimo pas šeimos gydytoją laikas turi būti susijęs su paciento kreipimosi priežastimi, sveikatos būkle, t. y., atvejo skubumu, tačiau lyginant šiuos rezultatus su atspindinčiais bendrą Lietuvos situaciją galima teigti, kad Pakaunės PSPC teikiamų paslaugų prieinamumas pagal šį rodiklį yra įvertintas kiek geriau, o Garliavos ir Vilkijos PSPC- kiek prasčiau nei rodo bendri Lietuvos rezultatai, ilgiausiai gydytojo priėmimo nuo laiko paskyrimo tenka laukti Vilkijos PSPC respondentams.

16 lentelėje parodytas skirtingos lyties pacientams dažniausiai šeimos gydytojo konsultacijai paskiriamas laikas.

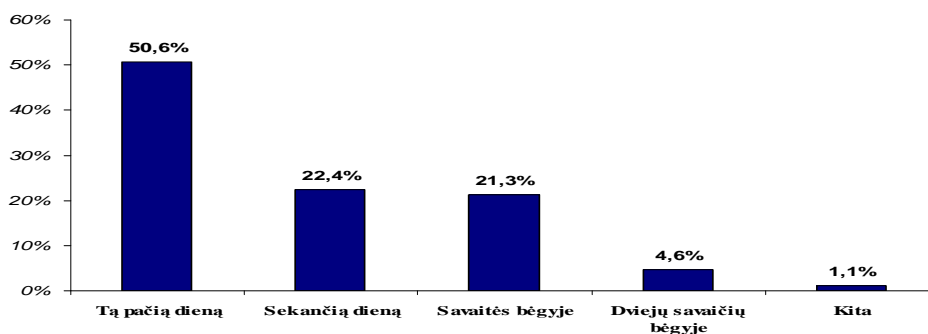
**16 lentelė. Skirtingos lyties pacientams dažniausiai šeimos gydytojo konsultacijai paskiriamas laikas,  $\chi^2=9,91$ ,  $p=0,042$**

Lytis	Tą pačią dieną	Sekančią dieną	Savaitės bėgyje	Dviejų savaitių bėgyje	Kita
	<i>n(proc.)</i>				
Vyrai	21 (29,2)	14 (19,4)	35 (48,6)	1 (1,4)	1 (1,4)
Moterys	46 (45,1)	8 (7,8)	44 (43,1)	4 (3,9)	0 (0)

Taigi, tyrimo rezultatai parodė, kad pacientės moterys buvo labiau nei pacientai vyrai linkusios manyti, kad pas šeimos gydytoją paskiriamas laikas yra tą pačią dieną, o pacientai vyrai statistiškai reikšmingai dažniau buvo linkę manyti, kad sekančią dieną.

Dažniau tą pačią dieną pas gydytoją patenkantys nurodė kaimo (44,0 proc.), nei miesto (31,1 proc.) gyventojai bet skirtumai statistiškai nereikšmingi ( $\chi^2=6,97$ ,  $p=0,137$ ). Bernadetos Goštataitės ir kt. 2011 m. pateikta analizė<sup>158</sup> parodė, kad laukimo laiką nuo registracijos iki patekimo pas gydytoją didžiuosiuose miestuose pacientai nuo 19 metų vertina reikšmingai prasčiau nei miesteliuose ir kaimo vietovėse. Taip pat ši analizė atskleidė, kad ilgiausiai apsilankymo pas gydytoją tenka laukti vyriausiesiems (nuo 65 m.) pacientams, tačiau mūsų tyrimo rezultatais skirtingų amžiaus ( $\chi^2=10,09$ ,  $p=0,258$ ) grupių, o taip pat išsilavinimo ( $\chi^2=3,95$ ,  $p=0,413$ ) ir skirtingas pajamas ( $\chi^2=1,73$ ,  $p=0,785$ ) gaunančių pacientų vertinimas, kada dažniausiai paskiriamas laikas pas šeimos gydytoją, statistiškai reikšmingai nesiskiria.

6 paveiksle nagrinėjama, kada dažniausiai pacientams paskiriamas laikas tyrimams.



#### 6 pav. Dažniausiai tyrimų atlikimui paskiriamas laikas

Dažniausiai pacientams tyrimams paskiriamas laikas artimiausiu metu: 50,6 proc. pacientų nurodė, kad pačią dieną, 22,4 proc. pacientų nurodė, kad tyrimams paskiriamas laikas sekančią dieną ar 21,3 proc.- jog savaitės bėgyje. Tarp pasirinkusiųjų variantą „kita“, vyravo atsakymas „nesinaudojau“. Taigi, pusei respondentų tyrimai dažniausiai atliekami tą pačią, kiek daugiau nei penktadaliui- sekančią dieną ir panašiai tiek respondentų jie atliekami savaitės bėgyje. Tiriant Lietuvos mastu, 2010- 2011 m. galimybė atlikti įprastinius tyrimus iš visų organizacinio prieinamumo aspektų visose pacientų grupėse įvertinta geriausiai.<sup>159</sup>

<sup>158</sup> <sup>158</sup> Goštautaitė B. ir kt., „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų poreikių ir pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė“, I dalis, UAB Socialinės informacijos centras ir UAB Europos tyrimai, 2011, p. 50-60, <[http://www.sam.lt/lit/Pacientu\\_ir\\_sveikatos\\_prieziuros\\_paslaug/1184](http://www.sam.lt/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaug/1184)> [žiūrėta 2011-11-04].

<sup>159</sup> Ten pat.

Garliavos PSPC tą pačią dieną laikas tyrimams paskiriamas daugumai (57,9 proc.), Pakaunės PSPC- 40,9 proc., Vilkijos PSPC- daugiau nei pusei respondentų (53,1 proc.), bet skirtumai tarp įstaigų nereikšmingi ( $\chi^2 = 12,34$ ,  $p = 0,137$ ).

17 lentelėje parodytas skirtingų gaunamų pajamų pacientams dažniausiai tyrimų atlikimui paskiriamas laikas.

**17 lentelė. Skirtingų gaunamų pajamų pacientams dažniausiai tyrimų atlikimui paskiriamas laikas,  $\chi^2=9,34$ ,  $p=0,053$**

Pajamos	Tą pačią dieną	Sekančią dieną	Sekančią dieną	Savaitės bėgyje
	<i>n(proc.)</i>			
Mažesnės	60 (60,0)	17 (17,0)	17 (17,0)	5 (5,0)
Didesnės	28 (37,8)	22 (29,7)	20 (27,0)	3 (4,1)

17 lentelėje matyti, kad didesnes pajamas gaunantys pacientai dažniau buvo linkę neigiamai vertinti tyrimams paskiriamą laiką lyginant su mažesnes pajamas gaunančiais pacientais ( $p < 0,1$ ).

Tyrimai tą pačią dieną dažniau atliekami kaimo (52,0 proc.), nei miesto (48,6 proc.) gyventojams, bet skirtumas statistiškai nereikšmingas ( $\chi^2 = 1,77$ ,  $p = 0,776$ ). Tarp gyvenamosios lyties ( $\chi^2=2,69$ ,  $p=0,611$ ), amžiaus ( $\chi^2 = 4,62$ ,  $p = 0,797$ ) bei išsilavinimo ( $\chi^2=2,23$ ,  $p=0,692$ ) pacientų laiko trukmės nuo paskyrimo iki tyrimų atlikimo vertinimas taip pat statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Įstaigų vadovų prašėme **įvardinti aktualias organizacinio paslaugų prieinamumo problemas.**

**18 lentelė. PSPC vadovų nuomonė organizacinio paslaugų prieinamumo problemas**

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Eilės	Su šeimos gydytojo norma nesusiję funkcijos	<i>„...daug pildomos dokumentacijos...“; „...SAM nenumato, kokį papildomą krūvį uždeda gydytojams...“; „...kiek visokio pildymo, gydytojai kaip buhalteriai...“</i>

18 lentelės tęsinys kitame puslapyje

18 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Eilės	Pacientų įprotis atvykti nesiregistravus	„...kaimo žmogui nebūdinga registruotis iš anksto...“; „...čia gi kaimo specifika, atvažiuoja ir sako: man dabar reikia pas gydytoją...“; „...nelinkę iš anksto registruotis. sėda, atvažiuoja su arkliuku...“.
	Ribotos viešojo transporto galimybės	„...suvažiuoja, kai jiems autobusas...“; „...rytą, kai atvažiuoja autobusas, tai jų čia tuntas „...kai randa, kas atveža...“.

Analizuojant vadovų požiūrį į organizacinio paslaugų prieinamumo problemas, sudaryta 1-: *eilių* kategorija. Eilių kategorijoje išskirtos 3 subkategorijos, nusakančios eilių susidarymo priežastis: *su šeimos gydytojo norma nesusiję funkcijos* („...daug pildomos dokumentacijos...“; „...kiek visokio pildymo, gydytojai kaip buhalteriai...“); *pacientų įprotis atvykti nesiregistravus* („...kaimo žmogui nebūdinga registruotis iš anksto...“; „...čia gi kaimo specifika, atvažiuoja ir sako: man dabar reikia pas gydytoją...“), kuris ir ypač būdingas kaimo žmonėms bei *ribotos viešojo transporto galimybės* (pacientai priklausomi nuo viešojo transporto). Remiantis vadovų nuomone apie organizacinio paslaugų prieinamumo problemas, išskirtos subkategorijos-organizacinio prieinamumo kliūtis- *eilių* už kabineto durų bei prie registratūros langelio susidarymą įtakojantys veiksniai. Visi minėti veiksniai įtakoja didelį šeimos gydytojo darbo krūvį, dėl kurio ir susidaro eilės prie šeimos gydytojo kabineto durų. Reikia pastebėti, kad tas pats prieinamumą įtakojantis veiksnys gali sąlygoti jo netinkamumą ne vienu aspektu: ribotos viešojo transporto galimybės neigiamai įtakoja tiek teritorinį, tiek organizacinį paslaugų prieinamumo aspektus.

Šeimos gydytojų buvo klausama, **kokių problemų kyla atliekant tiesiogines šeimos gydytojo funkcijas ir pildant dokumentaciją.**

**19 lentelė. Šeimos gydytojų nuomonė apie atliekant priskirtas funkcijas kylančias problemas**

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Eilės	Su šeimos gydytojo norma nesusiję funkcijos	„...pažiūrėkit, kiek visko supildyt...“; „...kol viską sutvarkai, tenka ir po darbo pasilikti...“; „...pilna dokumentacijos...“; „...tiek visokių dokumentų, nespėji rašyti...“; „...daug visokio rašymo...“; „...tie popieriai užima apie ketvirtadalį darbo laiko...“; „...darbo daug, stengiuosi, kad nereiktų, bet kartais tenka namo neštis...“; „...trūksta to laiko viskam...“.

19 lentelės tęsinys kitame puslapyje

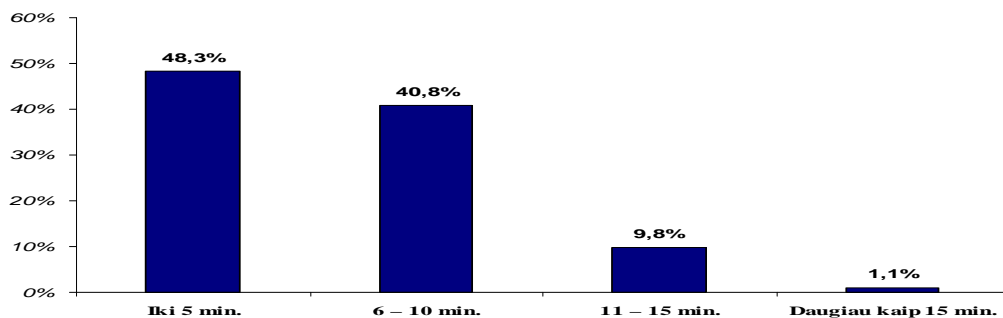
19 lentelės tęsinys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
	Pacientų įprotis atvykti nesiregistravus	<i>„...atvyksta be registracijos, kartais būna 3-4 žmonės į tarpus...“; „...daug be talonų...“; „...tenka daug priimt papildomai, kartais priėmimas sutrumpėja iki 10 minučių...“; „...suvąžiuoja nesiregistravę, o priimt reikia visus...“.</i>
	Netinkama konsultacijos telefonu tvarka	<i>„...tuo pačiu metu turi ir konsultuot telefonu...“; „...susitrukdo viskas, ką darai: trukdosi laikas, blaškosi dėmesys...“; „...atima dalį konsultacijos laiko...“; „...čia kalbi su žmogum, čia skamba telefonas- turi viską mest...“.</i>

Šeimos gydytojų išvardintos, atliekant tiesiogines funkcijas ir pildant dokumentaciją kylančios problemos, sudarė 1- eilių kategoriją. Šioje kategorijoje išskirtos 3: *su šeimos gydytojo norma nesusijusių funkcijų, pacientų įpročio atvykti nesiregistravus, netinkamos konsultacijos telefonu tvarkos* subkategorijos. Šeimos gydytojų nuomone, problemų kelia su šeimos gydytojo norma nesusiję funkcijos: šeimos gydytojams skirtos pildyti dokumentacijos yra per daug (*„...pažiūrėkit, kiek visko supildyt...“*, *„...pilna dokumentacijos...“*, *„...tiek visokių dokumentų, nespėji rašyt...“*; *„...daug visokio rašymo...“*), jai supildyti nepakanka darbo laiko (*„...kol viską sutvarkai, tenka ir po darbo pasilikti...“*; *„...darbo daug, stengiuosi, kad nereiktų, bet kartais tenka namo neštis...“*). Antras problemų keliantis veiksnys- pacientų įprotis atvykti nesiregistravus, dėl kurio didėja numatytas gydytojo darbo krūvis (*„...atvyksta be registracijos, kartais būna 3-4 žmonės į tarpus...“*; *„...daug be talonų...“*; *„...suvąžiuoja nesiregistravę, o priimt reikia visus...“*), sutrumpėja paciento konsultacijai skirto laiko trukmė (*„...tenka daug priimt papildomai, kartais priėmimas sutrumpėja iki 10 minučių...“*). Trečias problemų keliantis veiksnys- netinkama konsultacijos telefonu tvarka, kuri įpareigoja paciento konsultacijai skirtą laiką dėmesį eikvoti kitų pacientų konsultavimui telefonu, o tuo pačiu- skatina vėlavimą ir eilių už kabineto durų susidarymą (*„...tuo pačiu metu turi ir konsultuot telefonu...“*; *„...atima dalį konsultacijos laiko...“*; *„...susitrukdo viskas, ką darai: trukdosi laikas, blaškosi dėmesys...“*; *„...čia kalbi su žmogum, čia skamba telefonas- turi viską mest...“*). Šie gydytojų įvardinti veiksniai sudaro didelį šeimos gydytojo darbo krūvį ir sąlygoja organizacinės paslaugų prieinamumo kliūtis- eilių už gydytojo kabineto durų, o įprotis atvykti nesiregistravus- ir eilių prie registratūros langelio susidarymą.

Atvykus gydymo įstaigą dažnai tenka užtrukti registratūroje ar prie gydytojo kabineto. Pacientų klausėme apie jų registratūroje ir prie šeimos gydytojo kabineto sugaištamą laiką.

7 paveiksle pateikiamas pacientų registratūroje dažniausiai sugaištamasis laikas.



### 7 pav. Laikas, kurį pacientai dažniausiai sugaišta registratūroje

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dažniausiai pacientai registratūroje sugaišta nedaug laiko: 48,3 proc. pacientų sugaišta iki 5 minučių, 40,8 proc. pacientų sugaišta iki 10 minučių.

Garliavos PSPC dauguma (56,6 proc.) tyrime dalyvavusių pacientų registratūroje sugaišta iki 5 min., Pakaunės PSPC beveik pusė (48,5 proc.)- 6-10 min., Vilkijos PSPC dauguma (53,1)- sugaišta iki 5 min.,

Kairys 2002 m. nustatė, kad Vilniaus šeškinės poliklinikos pacientai vidutiniškai registratūroje sugaišta 16 minučių<sup>160</sup> Tylienė ir kt. 2008 m.- kad 5- 15 min. Taigi, mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad registratūros darbas Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos PSPC organizuotas gerai ir šioje vietoje pacientai laukia neilgai. Lyginant skirtingas amžiaus grupes, iki 5 min registratūroje dažniausiai sugaišta 18– 35 metų (55,6 proc.), o 11-15 min. ir daugiau nei 15 min.- 56 ir daugiau metų respondentai (18,9 proc.), tačiau šie skirtumai nėra statistiškai reikšmingi ( $\chi^2 = 9,81$ ,  $p = 0,133$ ).

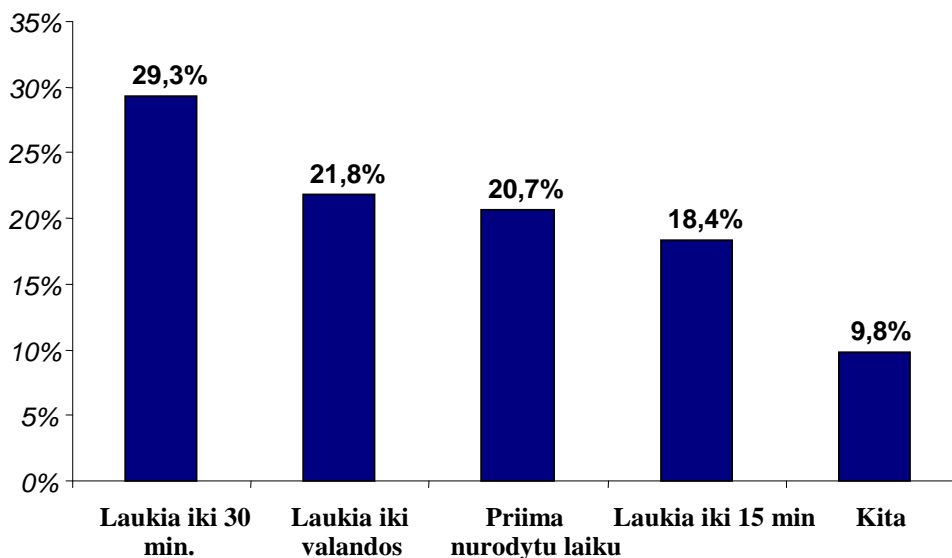
Pacientų vertinimas, kiek laiko dažniausiai sugaišta registratūroje tarp skirtingų įstaigų ( $\chi^2 = 11,62$ ,  $p = 0,171$ ), gyvenamosios vietovės tipo ( $\chi^2 = 3,59$ ,  $p = 0,308$ ), lyties ( $\chi^2=4,57$ ,  $p=0,206$ ) ir amžiaus ( $\chi^2 = 9,81$ ,  $p = 0,133$ ), išsilavinimo ( $\chi^2=1,87$ ,  $p=0,599$ ) ir skirtingas pajamas gaunančių ( $\chi^2=2,43$ ,  $p=0,487$ ) pacientų statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Sutartys su TLK, asmens sveikatos priežiūros įstaigas įpareigoja užtikrinti, kad pacientas pas gydytoją patektų ne vėliau kaip 30 min. nuo paskirto priėmimo laiko.<sup>161</sup>

8 paveiksle nagrinėjamas pacientų vertinimas, kiek laiko sugaištama laukiant prie šeimos gydytojo kabineto.

<sup>160</sup> Kairys J., Gurevičius R., „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas“, *Medicina* 38(1), 2002, p. 94-102.

<sup>161</sup> Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“ 2007, birželio 26, Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius, p. 18,19, <http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Lietuvos+Respublikos+Valstybės+kontrolės+ataskaita+„Asmens+sveikatos+priežiūros+kokybės+užtikrinimo+sistema“+2007> [žiūrėta 2011-06-15].



### 8 pav. Pacientų vertinimas, kiek laiko sugaištama laukiant prie šeimos gydytojo kabineto

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad tik penktadalis pacientų nurodė, kad jie pas gydytoją priimami nurodytu laiku (20,7 proc.), o didžioji dauguma pacientų buvo priversti laukti: 29,3 proc. iki 30 minučių, 21,8 proc. iki valandos, 18,4 proc. iki 15 minučių. Atsakymo variantą „kita“ pasirinkusieji respondentai nurodė laukimo laiką nuo 1 iki 4 val. Nurodyto laukimo laiko vidurkis-beveik 2 valandos.

Ilona Tamutienė ir kt. 2011 m. nustatė, kad išankstinės registracijos laikas yra tik formalumas<sup>162</sup>. Violeta Tylienė ir kt. 2008 m. nustatė, kad dauguma pacientų pas gydytoją patenka talonėlyje nurodytu laiku, o kiti,<sup>163</sup> kaip 2002 m. nustatė ir Jonas Kairys<sup>164</sup> - sugaišta iki 30 minučių ir šį laukimo laiką grindžia pacientų atėjimu per anksti. Mindaugo Plieskio 2001 ir 2003 m. Kauno mieste atliktų tyrimų rezultatais, apie du trečdaliai respondentų į gydytojo kabinetą buvo pakviečiami nustatytu laiku. Reikšmingai dažniau tą nurodė vyresni asmenys, iš paskirtu laiku į gydytojo kabinetą nepakviestų respondentų beveik pusė teko laukti iki pusės valandos, beveik trečdaliui – nuo pusės iki vienos valandos, o likusiems – dar ilgiau.<sup>165</sup> SAM užsakymu atliktos 2010 m. ir 2011 m. analizės duomenimis, paskirtu laiku pas šeimos gydytoją patenka apie 30 proc. pacientų nuo 19 m. amžiaus, prie šeimos gydytojo kabineto iki 15 min. laukia apie 23 proc., iki 30 min.- apie 24 proc., iki valandos- apie 14 proc. pacientų. Iš visų

<sup>162</sup> Tamutienė I. ir kt., „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė* 2(1), 2011, p. 95-110.

<sup>163</sup> Tylienė V. ir kt., „Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių“, *Sveikatos mokslai* 6, 2008, p. 2120- 2126

<sup>164</sup> Kairys J., Gurevičius R., „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas“, *Medicina* 38(1), 2002, p. 94-102.

<sup>165</sup> Plieskis M., „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste“, daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005, p. 132.



organizacinio prieinamumo aspektų, laukimo prie gydytojo kabineto laikas įvertintas prasčiausiai.<sup>166</sup> Lyginant su šios analizės rezultatais, mūsų tyrime dalyvavusių pacientų laiku į gydytojo kabinetą pakviečiama maždaug trečdaliu mažiau ir eilėse jie laukia kiek ilgiau.

20 lentelėje parodytas atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, kiek laiko sugaištama laukiant prie šeimos gydytojo kabineto.

**20 lentelė. Atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, kiek laiko sugaištama laukiant prie šeimos gydytojo kabineto,  $\chi^2 = 14,74$ ,  $p = 0,064$**

Įstaiga	Priima nurodytu laiku	Laukia iki 15 min.	Laukia iki 30 min.	Laukia iki valandos	Kita
	<i>n(proc.)</i>				
Garliavos PSPC	12 (15,8)	11 (14,5)	24 (31,6)	18 (23,7)	11 (14,5)
Pakaunės PSPC	17 (25,8)	18 (27,3)	19 (28,8)	10 (15,2)	2 (3,0)
Vilkijos PSPC	7 (21,9)	3 (9,4)	8 (25,0)	10 (31,3)	4 (12,5)
<b>Iš viso</b>	36 (20,7)	32 (18,4)	51 (29,3)	38 (21,8)	17 (9,8)

20 lentelėje matyti tendencija ( $p < 0,1$ ), kad Pakaunės pirminės sveikatos priežiūros centro pacientus statistiškai reikšmingai dažniau šeimos gydytojai priima nurodytu laiku lyginant su Garliavos ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientais ir prie kabineto jie laukia trumpiau nei Garliavos ir Vilkijos PSPC pacientai. Daugumai (56,1 proc.) Pakaunės PSPC tyrime dalyvavusių pacientų tenka laukti iki 15-30 min., o 15,2 proc. jų laukia iki valandos. Daugumai Garliavos (55,3 proc.) ir Vilkijos (56,3 proc.) PSPC pacientų tenka laukti iki 30 min. ar 1 val. Taigi, galima teigti, kad Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos PSPC pacientams aktuali eilių už šeimos gydytojo kabineto durų problema, o Pakaunės PSPC pacientų laukimo už šeimos gydytojo kabineto durų vertinimo rezultatai labiausiai atspindi bendras Lietuvos tendencijas. Pacientų nuomonės tyrimo rezultatai patvirtina vadovų bei šeimos gydytojų nuomonės tyrimų rezultatus (žr. 18 ir 19 lenteles), kur problemų kategorijoje įvardintos eilių susidarymo priežastys: didelį šeimos gydytojo darbo krūvį sąlygojantys veiksniai bei ribotos viešojo transporto galimybės.

21 lentelėje parodytas skirtingos lyties pacientų vertinimas, kiek laiko sugaištama laukiant prie šeimos gydytojo kabineto.

<sup>166</sup> Goštautaitė B. ir kt., „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų poreikių ir pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė“, I dalis, UAB Socialinės informacijos centras ir UAB Europos tyrimai, 2011, p. 50-60, <[http://www.sam.lt/lit/Pacientu\\_ir\\_sveikatos\\_prieziuros\\_paslaug/1184](http://www.sam.lt/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaug/1184)> [žiūrėta 2011-12-01].

**21 lentelė. Skirtingos lyties pacientų vertinimas, kiek laiko sugaištama laukiant prie šeimos gydytojo kabineto,  $\chi^2=9,56$ ,  $p=0,048$**

Lytis	Priima nurodytu laiku	Laukia iki 15 min.	Laukia iki 30 min.	Laukia iki valandos	Kita
	<i>n(proc.)</i>				
<b>Vyrai</b>	19 (26,4)	16 (22,2)	23 (31,9)	11 (15,3)	3 (4,2)
<b>Moterys</b>	17 (16,7)	16 (15,7)	28 (27,5)	27 (26,5)	14 (13,7)

Tyrimo rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai pacientės moterys yra labiau linkusios nei pacientai vyrai manyti, kad yra priverstos palaukti prie šeimos gydytojo kabineto, laukiant vizito. Siejant šį rezultatą su 16 lentele, manome, kad atvykusios be išankstinės registracijos moterys dažniau patenka pas gydytoją tą pačią dieną nei vyrai, tačiau dėl to tenka ilgiau palaukti prie gydytojo kabineto.

Paskirtu laiku pas šeimos gydytoją dažniau nurodė patenkantys kaimo (22,0 proc.) nei miesto (18,9 proc.) gyventojai, bet skirtumai statistiškai nereikšmingi ( $\chi^2 = 0,368$ ,  $p = 0,985$ ). Statistiškai reikšmingų skirtumų kiek sugaišta laiko laukiant prie šeimos gydytojo kabineto tarp skirtingų amžiaus grupių ( $\chi^2 = 11,72$ ,  $p = 0,164$ ), išsilavinimo ( $\chi^2=7,04$ ,  $p=0,134$ ), pajamų ( $\chi^2=2,18$ ,  $p=0,702$ ) respondentų taip pat nenustatyta.

Kita, tiesiogiai su eilėmis susijusi organizacinio pobūdžio kliūtis- nepatogus ir netinkamas šeimos gydytojų darbo laikas. Gydytojų darbo grafikas, sutampantis su dirbančių gyventojų darbo valandomis, sudaro pagrindą didesniems pacientų srautams rytais ir vakarais. Tuo metu tai gali tapti ilgo laukimo prie gydytojo kabineto durų priežastimi.<sup>167</sup> Sutartys su TLK, ASPĮ įpareigoja analizuoti pacientų srautus ir pagal juos užtikrinti pacientams patogias ASPĮ padalinių bei tarnybų darbo valandas, gydytojų darbo laiką koreguoti atsižvelgiant į sergamumo išaugimą. Pacientų klausėme, ar jiems poliklinikos ir gydytojų darbo laikas patogus(žr. 2 priedą). Didžioji dalis pacientų (87,9 proc.) mano, kad poliklinikos ir gydytojų darbo laikas jiems yra patogus. Tik mažesnioji pacientų dalis nurodė, kad poliklinikos ar gydytojų darbo laikas yra labiau nepatogus (4,0 proc.) ar visai (2,9 proc.) nepatogus.

22 lentelėje parodytas atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, ar poliklinikos ir gydytojų darbo laikas yra patogus.

<sup>167</sup> Tamutienė I. ir kt., „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė* 2(1), 2011, p. 106.

**22 lentelė. Atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, ar poliklinikos ir gydytojų darbo laikas yra patogus,  $\chi^2 = 17,87$ ,  $p = 0,007$**

Įstaiga	Patogus	Iš dalies patogus	Iš dalies nepatogus	Nepatogu
	<i>n(proc.)</i>			
Garliavos PSPC	72 (94,7)	0 (0)	4 (5,3)	0 (0)
Pakaunės PSPC	51 (77,3)	8 (12,1)	3 (4,5)	4 (6,1)
Vilkijos PSPC	30 (93,8)	1 (3,1)	0 (0)	1 (3,1)
Iš viso	153 (87,9)	9 (5,2)	7 (4,0)	5 (2,9)

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad Pakaunės pirminės sveikatos priežiūros centro pacientų teigimu, poliklinikos ir gydytojų darbo laikas jiems yra mažiau patogus lyginant su Garliavos ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientais. Tokius rezultatus galima sieti su tuo, jog Pakaunės PSPC aptarnaujamų gyventojų išsibarstymas pats didžiausias, įstaigos darbo laikas tik viena valanda ilgesnis už 8 valandų darbo dienos laiką, o savaitgaliais poliklinika nedirba.

23 lentelėje parodytas skirtingo išsilavinimo pacientų vertinimas, ar poliklinikos ir gydytojų darbo laikas yra patogus.

**23 lentelė. Skirtingo išsilavinimo pacientų vertinimas, ar poliklinikos ir gydytojų darbo laikas yra patogus,  $\chi^2=8,49$ ,  $p=0,037$**

Išsilavinimas	Patogus	Iš dalies patogus	Iš dalies nepatogus	Nepatogus
	<i>n(proc.)</i>			
Žemesnis	73 (96,1)	1 (1,3)	1 (1,3)	1 (1,3)
Aukštesnis	80 (81,6)	8 (8,2)	6 (6,1)	4 (4,1)

Tyrimo rezultatai parodė, kad žemesnį išsilavinimą turintys pacientai statistiškai reikšmingai labiau nei aukštesnį išsilavinimą turintys pacientai buvo linkę manyti, kad poliklinikos ir gydytojų darbo laikas yra patogus. Tai galima būtų sieti su sunkiau, turint žemą profesinę kvalifikaciją sunkiau susirandamu darbu bei griežtai neįpareigota dienotvarke, o tai sudaro didesnes galimybes prisiderinti prie nustatyto įstaigų darbo laiko.

Vertinimas, ar poliklinikos ir gydytojų darbo laikas yra patogus, tarp skirtingos gyvenamosios vietovės ( $\chi^2 = 1,66$ ,  $p = 0,645$ ), lyties ( $\chi^2=8,24$ ,  $p=0,143$ ) ir amžiaus ( $\chi^2 = 3,88$ ,  $p = 0,693$ ) bei skirtingas pajamas gaunančių ( $\chi^2=4,99$ ,  $p=0,172$ ) pacientų statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas<sup>168</sup>, gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarka<sup>169</sup> reglamentuoja, kad kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Tačiau čia asmens sveikatos priežiūros įstaigos susiduria su tam tikra problema- šeimos gydytojams dėl didelių atstumų ne visada yra galimybė lankyti ligonius namuose.

Siekiant sužinoti, kaip Garliavos, Pakaunės bei Vilkijos PSPC sprendžiama ši problema, centrų vadovų buvo klausiama, **kaip užtikrinamos šeimos gydytojo galimybės atlikti jų funkcijai priskiriamą vizitavimą namuose.**

**24 lentelė. PSPC vadovų nuomonė apie vizitavimą namuose, užtikrinančias priemones**

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Priemonės	PSPC priklausantis transportas	<i>„... centrui priklausančio transporto pagalba...“; „... yra įstaigos transportas...“; „...yra autobusiukai...“ .</i>
	Vizitavimo namuose galimybių išankstinis įvertinimas	<i>„...aptariama iš anksto, kas pasirūpins atvykimu...“; „...esant pageidavimams prisirašyti iš tolimų apylinkių sutariama, jog šeimos gydytojo atvykimu pasirūpins paciento namiškiai nuosavo transporto pagalba...“</i>

Analizuojant duomenis, priemonių kategorijoje buvo įvardintos 2, užtikrinančios vizitavimą namuose subkategorijos: *PSPC priklausantis transportas* („...yra įstaigos transportas...“; „...yra autobusiukai...“) bei *vizitavimo namuose galimybių išankstinis įvertinimas* („...aptariama iš anksto, kas pasirūpins atvykimu...“). Taigi, įstaigų vadovų nuomone, vizitavimas namuose jų įstaigose užtikrinamas įstaigai priklausančių mikroautobusų bei išankstinio vizitavimo namuose realių galimybių, išpareigojimų įvertinimo prieš pasirašant sutartį tarp įstaigos ir paciento pagalba.

2008 m. „Mokymų, tyrimų ir vystymo centras“ (MTVC) ištyrė 7 Lietuvos apskričių gyventojų nuomonę apie šeimos gydytojo paslaugų prieinamumą ir nustatė, kad, į maždaug 10 proc. iškviestųjų šeimos gydytojas neatvyko.<sup>170</sup> Siekiant sužinoti pacientų požiūrį į šį

<sup>168</sup> Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996, spalio 3, Nr. I-1562, Vilnius; Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-231, sk. II, str.5.

<sup>169</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr.583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“, 2001, lapkričio 9, Vilnius: Valstybės žinios, 2001, Nr. 96.

<sup>170</sup> Kardiologinės sveikatos priežiūros ir PSP (šeimos gydytojų) paslaugų, teikiamų ES struktūrinių fondų lėšomis modernizuotų sveikatos priežiūros įstaigų kokybės ir prieinamumo tyrimo galutinė ataskaita, Mokymų, tyrimų ir vystymo centras, Vilnius, 2008, p. 75.

organizacinio paslaugų prieinamumo aspektą, anketinės pacientų apklausos metu buvo teiraujamasi, ar iškvietus gydytoją į namus jis visada atvyksta.

1 tyrime dalyvavęs pacientas (0,6 proc.) nurodė, kad iškvietus šeimos gydytoją, jis neatvyksta. 62,6 proc. tyrimo dalyvių teigė, kad šeimos gydytojas, atvyksta, o 36,8 proc.– jo nekviatė.

Vertinant respondentų nuomonę, ar iškvietus šeimos gydytoją jis visuomet atvyksta tarp skirtingų amžiaus grupių ( $\chi^2=5,00$ ,  $p=0,082$ ), nustatyta tendencija ( $p<0,1$ ): mažesnes pajamas gaunantys pacientai labiau buvo linkę manyti, kad šeimos gydytojas iškvietus atvyksta lyginant su pacientais, kurių pajamos yra didesnės.

Pacientų vertinimas, ar iškvietus šeimos gydytoją jis visuomet atvyksta tarp skirtingų pirminės sveikatos priežiūros centrų ( $\chi^2= 4,60$ ,  $p=0,330$ ), gyvenamosios vietovės tipo ( $\chi^2= 1,76$ ,  $p= 0,413$ ), skirtingo amžiaus ( $\chi^2= 7,33$ ,  $p=0,119$ ) ir lyties ( $\chi^2=1,28$ ,  $p=0,527$ ) bei skirtingo išsilavinimo ( $\chi^2=1,23$ ,  $p=0,540$ ) respondentų statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Ištyrus PSPC vadovų ir pacientų nuomonę apie šeimos gydytojo apsilankymus namuose nustatyta, kad šeimos gydytojo vizitavimo namuose paslauga Garliavos, Pakaunės bei Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose užtikrinta.

Lietuvos įstatymuose apibrėžtas informacijos prieinamumas (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos<sup>171</sup> ir Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymai<sup>172</sup>), kur teigiama, kad kiekvienas gyventojas turi teisę turėti informacijos apie sveikatos priežiūros įstaigas, jų vidaus tvarkos taisykles ir kokybės politiką bei jų teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas (nemokamų ir mokamų paslaugų rūšis, jų teikimo mastą ir kainas), o asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalo užtikrinti, kad ši informacija būtų prieinama pacientų susipažinimui.

Pacientų klausėme ar registratūroje jie informuojami apie gydytojų darbo laiką ir konsultavimo tvarką (žr. 3 priedą). Tyrimo rezultatai parodė kad beveik absoliuti dauguma (96,6 proc.) tyrime dalyvavusių pacientų nuomone, registratūroje jiems visada suteikiama informacija apie gydytojų darbo laiką ir konsultavimo tvarką. Informaciją registratūroje apie gydytojų darbo laiką ir konsultavimo tvarką geriausiai įvertino 56 ir daugiau metų respondentai (100,0 proc.), tačiau skirtumai tarp skirtingų amžiaus grupių statistiškai nereikšmingi ( $\chi^2 = 7,07$ ,  $p = 0,314$ ). Žemynos Milašauskienės ir kt. 2004 m.<sup>173</sup> atliktu tyrimu nustatyta, kad Šiaulių apskrities PSPC prisirašiusieji miestelių gyventojai blogiau vertino suteiktą informaciją apie juos aptarnaujančių PSPC darbo laiką, nei miesto gyventojai, bet mūsų tyrimo rezultatais informavimo registratūroje

<sup>171</sup> Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994, liepos 19, Vilnius: Valstybės žinios., 1994, Nr. 63-1231, str. 5.

<sup>172</sup> Lietuvos respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Nr. VIII-940, 1998, lapkričio 24, , Vilnius: Valstybės žinios, 1998, Nr. 109-2995, str. 46.

<sup>173</sup> Milušauskienė Ž. ir kt. „Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose“, *Visuomenės sveikata* 42(3), 2006, p. 231- 237.

apie gydytojų darbo laiką ir konsultavimo tvarką vertinimas tarp skirtingo gyvenamosios vietovės tipo ( $\chi^2 = 1,50$ ,  $p = 0,681$ ), skirtingų įstaigų ( $\chi^2 = 6,81$ ,  $p = 0,338$ ), lyties ( $\chi^2=4,38$ ,  $p=0,223$ ), išsilavinimo ( $\chi^2=2,98$ ,  $p=0,395$ ) ir skirtingas pajamas gaunančių ( $\chi^2=2,16$ ,  $p=0,539$ ) pacientų statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Pacientų taip pat klausėme, ar pakanka suteikiamos informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje (žr. 4 priedą).

Didžioji dauguma (88,5 proc.) tyrimo dalyvių yra linkę manyti, kad informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje jiems pakanka.

25 lentelėje parodytas kaime ir mieste gyvenančių pacientų vertinimas, ar pakanka suteiktos informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje.

**25 lentelė. Kaime ir mieste gyvenančių pacientų vertinimas, ar pakanka suteiktos informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje,  $\chi^2 = 6,68$ ,  $p = 0,083$**

Pacientų gyvenamoji vieta	Pakanka	Iš dalies pakanka	Iš dalies nepakanka	Nepakanka
	<i>n(proc.)</i>			
<b>Miestas</b>	61 (82,4)	6 (8,1)	3 (4,1)	4 (5,4)
<b>Kaimas/ miestelis</b>	93 (93,0)	1 (1,0)	2 (2,0)	4 (4,0)

Vertinant respondentų nuomonę, ar pakanka suteiktos informacija apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje tarp kaimo ir miesto gyventojų, matyti tendencija ( $p<0,1$ ), kad kaimuose ir miesteliuose gyvenantys pacientai labiau buvo linkę teigti, kad jiems pakanka informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje lyginant su mieste gyvenančiais pacientais.

Pacientų vertinimas, ar pakanka suteiktos informacija apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje tarp skirtingų PSPC ( $\chi^2 = 5,43$ ,  $p = 0,489$ ), amžiaus ( $\chi^2 = 3,77$ ,  $p = 0,707$ ), lyties ( $\chi^2=5,21$ ,  $p=0,157$ ), išsilavinimo ( $\chi^2=1,32$ ,  $p=0,724$ ) ir skirtingas pajamas ( $\chi^2=3,73$ ,  $p=0,292$ ) gaunančių pacientų statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Ištyrus organizacinę paslaugų prieinamumą Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos PSPC, nustatyta, kad dauguma (51,1 proc.) respondentų pas šeimos gydytoją patenka greitai- dviejų

dienų laikotarpyje: tą pačią dieną 38,5 proc., o sekančią- 12,8 proc. respondentų o mažiau nei pusei dažniausiai laikas paskiriamas savaitės bėgyje. Tą pačią dieną pas šeimos gydytoją patenka dauguma (60,6 proc.) tyrime dalyvavusių Pakaunės, daugiau nei ketvirtadalis (27,6 proc.) Garliavos ir kiek mažiau nei penktadalis (18,8 proc.) Vilkijos PSPC pacientų. Pusei respondentų tyrimai dažniausiai atliekami tą pačią, kiek daugiau nei penktadaliui- sekančią dieną ir panašiai tiek respondentų jie atliekami savaitės bėgyje. Dažniausiai pacientai registratūroje sugaišta nedaug laiko: 48,3 proc. pacientų sugaišta iki 5 minučių, 40,8 proc. pacientų sugaišta iki 10 minučių. Vertinant organizacinę paslaugų prieinamumą laukimo prie šeimos gydytojo kabineto laiką nustatyta, kad čia Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos PSPC pacientai susiduria su eilėmis. Penktadalis respondentų pas gydytoją priimami nurodytu laiku (20,7 proc.), o dauguma priversti laukti: trečdalis (29,3 proc.) iki 30 minučių, daugiau nei penktadalis (21,8 proc.)- iki valandos, beveik penktadalis (18,4 proc.)- iki 15 minučių. Atsakymo variantą „kita“ pasirinkusių respondentų vidutinis nurodytas laukimo laikas- 2 valandos. Daugumai (56,1 proc.) Pakaunės PSPC tyrime dalyvavusių pacientų tenka laukti iki 15-30 min., o 15,2 proc. jų laukia iki valandos. Daugumai Garliavos (55,3 proc.) ir Vilkijos (56,3 proc.) PSPC pacientų tenka laukti iki 30 min. ar 1 val. Remiantis vadovų bei šeimos gydytojų nuomone apie organizacinio paslaugų prieinamumo problemas, nustatytos eilių už šeimos gydytojo kabineto susidarymo priežastys: gydytojų atliekamos su šeimos gydytojo norma nesusiję funkcijos, pacientų įprotis atvykti nesiregistravus, netinkama konsultacijos telefonu tvarka neišspręstos, teritorinio prieinamumo problemos. Visi minėti veiksniai įtakoja didelį šeimos gydytojo darbo krūvį, dėl kurio ir susidaro eilės prie šeimos gydytojo kabineto durų. Didžioji dalis pacientų (87,9 proc.) mano, kad poliklinikos ir gydytojų darbo laikas patogus. Poliklinikos ir gydytojų darbo laikas patogus 94,7 proc. Garliavos, 77,3 proc. Pakaunės ir 93,8 Vilkijos PSPC tyrime dalyvavusių pacientų.

1 tyrime dalyvavęs pacientas (0,6 proc.) nurodė, kad iškvietus šeimos gydytoją, jis neatvyksta. Dauguma (62,6 proc.) tyrimo dalyvių teigė, kad šeimos gydytojas, atvyksta, o 36,8 proc.– jo nekvieta. Įstaigų vadovų nuomone, pacientų vizitavimas namuose užtikrinamas įstaigai priklausančio transporto pagalba bei iš anksto įvertinus vizitavimo namuose realias galimybes pasirašant sutartį tarp įstaigos ir paciento. Dauguma (88,5 proc.) tyrimo dalyvių yra linkę manyti, kad informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje jiems pakanka. Beveik absoliuti dauguma (96,6 proc.) tyrime dalyvavusių pacientų nurodė, kad registratūroje jiems visada suteikiama informacija apie gydytojų darbo laiką ir konsultavimo tvarką.

Pakaunės pirminės sveikatos priežiūros centro pacientams dažniau paskyrimo pas šeimos gydytoją tenka laukti mažiau, nurodytu laiku pas šeimos gydytoją jie priimami dažniau ( $p < 0,1$ ),

tačiau poliklinikos ir gydytojų darbo laikas jiems ne toks patogus. Kaimuose ir miesteliuose gyvenantys pacientai buvo labiau linkę teigti ( $p < 0,1$ ), kad jiems pakanka informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje lyginant su mieste gyvenančiais pacientais. Moterys labiau nei vyrai linkusios manyti, kad šeimos gydytoją paskiriamas laikas yra tą pačią dieną, o pacientai vyrai statistiškai reikšmingai dažniau linkę manyti, kad sekančią dieną. Pacientės moterys yra labiau linkusios nei pacientai vyrai manyti, kad yra priverstos palaukti prie šeimos gydytojo kabineto. Žemesnį išsilavinimą turintiems respondentams poliklinikos ir gydytojų darbo laikas patogesnis, nei turintiems aukštesnį išsilavinimą. Mažesnes pajamas gaunantys pacientai labiau linkę manyti ( $p < 0,1$ ), kad šeimos gydytojas iškvietus atvyksta lyginant su pacientais, kurių pajamos yra didesnės. Didėses pajamas gaunantys pacientai dažniau buvo linkę neigiamai vertinti tyrimams paskiriamą laiką lyginant su mažesnes pajamas gaunančiais pacientais ( $p < 0,1$ ).

### 2.2.5. Ekonominis paslaugų prieinamumas ir jo netolygumai Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose

Darbe analizuojami šie teritorinio pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo aspektai: galimybė įsigyti vaistus, priežastys, kam išleidžiami pinigai dėl sveikatos sutrikimų, nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtis.

Ekonominis sveikatos priežiūros prieinamumas siejamas su gyventojų galimybe gauti sveikatos priežiūros paslaugas ir apsirūpinti vaistais bei medicinos priemonėmis, apmokant tai iš valstybinių ar privačių fondų.

Įstaigų vadovų buvo klausiama, **su kokiais ekonominio paslaugų prieinamumo problemomis susiduria jų PSPC pacientai.**

**26 lentelė. PSPC vadovų nuomonė apie ekonominio prieinamumo problemas**

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Problemos	Aukštos vaistų kainos	„... skundžiasi dėl brangių vaistų...“; „...vaistų tokios kainos, kad jau daug kam neįkandama...“; „...brangu įsigyti vaistus...“

PSPC vadovų požiūriu į pacientų ekonominio paslaugų prieinamumą *problemų* kategorijoje išskirtą 1- *aukštų vaistų kainų* subkategorija. Įstaigų vadovų požiūriu, ekonominės pacientų problemos susiję būtent su galimybėmis įsigyti vaistus. Vadovų nuomone, brangūs



vaistai („...skundžiasi dėl brangių vaistų...“) daug kam kelia sunkumų juos įsigyti („...vaistų tokios kainos, kad jau daug kam neįkandama...“). Taigi, nagrinėjant vadovų nuomonę nustatyta, kad ekonominį prieinamumą neigiamai įtakojančios aukštų vaistų kainų veiksnys.

PSPC dirbančių šeimos gydytojų buvo prašoma **įvardinti savo pacientų ekonominio pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo problemas.**

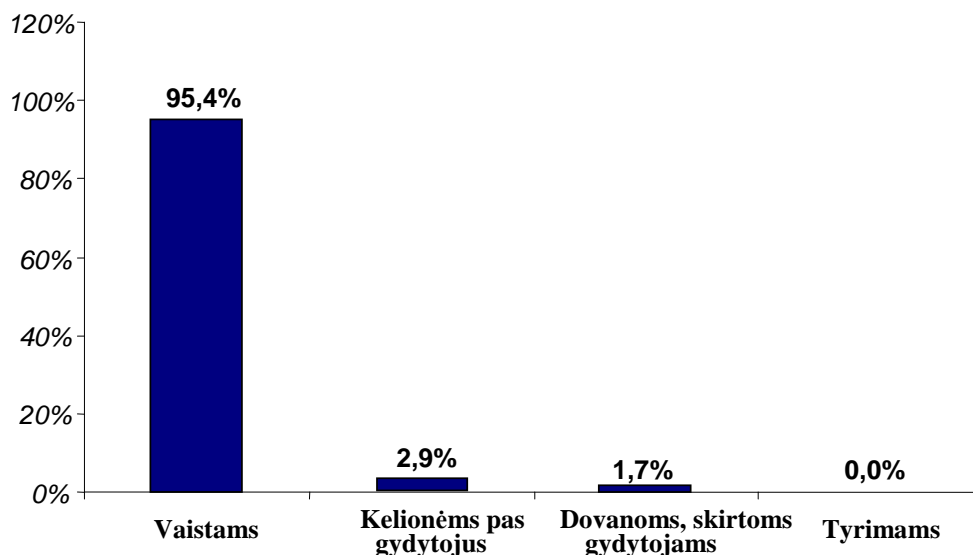
**27 lentelė. PSPC šeimos gydytojų nuomonė apie ekonominio prieinamumo problemas**

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai
Vaistai	Aukštos vaistų kainos	„... kartais neišgali susimokėti už vaistus, kai jie tiek kainuoja...“; „...sunku įsigyti vaistus: [...] kainos didelės...“; „...taigi vaistų kosminės kainos, kaip paprastam žmogui įpirkti...“; „...dabar šitiek vaistai kainuoja...“; „... vaistai brangūs, žmonės dejuoja...“.
	Netinkamas kompensuojamų vaistų sąrašas	„...įtraukti neefektyvūs medikamentai...“; „...sąrašė esantys vaistai prastai veikia, arba, pavyzdžiui, maži vaikai jų negeria...“; „...kompensuojami ne patys tinkamiausi preparatai...“.
Tyrimai	Per trumpas nemokamų tyrimų sąrašas	„... nemokamų tyrimų per mažai...“; „...mažai nemokamų tyrimų pirminiam lygy...“; „...reikėtų plėsti nemokamų tyrimų sąrašą, pavyzdžiui, geležies kiekio, kalcio kiekio kraujyje nustatymą...“; „...neišgali susimokėti už kai kuriuos tyrimus, kartais tenka skirti gydymą tik pagal klinikinius požymius...“; „...priemokos už tyrimus kaimo žmogui- didžiuliai pinigai...“; „...atrodo, nebrangūs tyrimai, bet kai mažos pajamos, kiekvienas litas- dideli pinigai...“.

Vertinant šeimos gydytojų nuomonę apie pacientų ekonominio prieinamumo problemas išskirtos 2: vaistų bei tyrimų kategorijos. Vaistų kategoriją sudaro 2: aukštų vaistų kainų bei netinkamo kompensuojamų vaistų sąrašo subkategorijos. Šeimos gydytojų nuomone, su vaistais susijusios ekonominio sveikatos priežiūros prieinamumo problemos yra aukštos jų kainos („...jie tiek kainuoja...“, „...kainos didelės...“; „...kosminės kainos...“) bei netinkamas kompensuojamų vaistų sąrašas, kuriame figūruoja netinkamai parinkti medikamentai („...įtraukti neefektyvūs medikamentai...“; „...sąrašė esantys vaistai prastai veikia...“; „...kompensuojami ne patys tinkamiausi preparatai...“). Nesant sąrašė efektyviai veikiančių tinkamų vaistų, tenka už efektyviau veikiančią preparatą mokėti pilną kainą, tuo būdu mažomis pajamomis disponuojantys asmenys įsigyti veiksmingą medikamentą dažnai nebeturi jokios galimybės. Šeimos gydytojų nuomone, atlikti tyrimus riboja antrajoje kategorijoje išskirtas veiksnys: per trumpas nemokamų

tyrimų sąrašas („... nemokamų tyrimų per mažai...“; „...mažai nemokamų tyrimų pirminiam lygy...“). Pirminiam sveikatos priežiūros lygiui priskirti tyrimai nėra brangūs, tačiau itin mažos pacientų pajamos gali tapti kliūtimi juos atlikti.

9 paveiksle nagrinėjamos dažniausios priežastys, kam pacientai išleidžia pinigus dėl savo sveikatos sutrikimų.



### 9 pav. Dažniausios priežastys, kam pacientai išleidžia pinigus dėl savo sveikatos sutrikimų

9 paveiksle matyti, kad beveik absoliuti dauguma (95,4 proc.) pacientų dėl savo sveikatos sutrikimų daugiausia pinigų išleidžia vaistams.

28 lentelėje parodytos dažniausios priežastys, kam skirtingos lyties pacientai išleidžia pinigus dėl savo sveikatos sutrikimų.

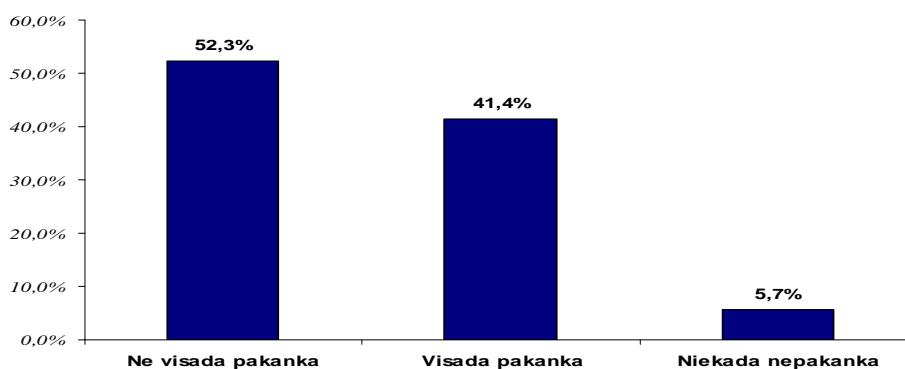
**28 lentelė. Dažniausios priežastys, kam skirtingos lyties pacientai išleidžia pinigus dėl savo sveikatos sutrikimų,  $\chi^2=5,91$ ,  $p=0,052$**

Lytis	Vaistams	Dovanoms gydytojams	Kelionėms pas gydytojus	Tyrimams
	<i>n(proc.)</i>			
<b>Vyrai</b>	72 (100,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Moterys</b>	94 (92,2)	3 (2,9)	5 (4,9)	0 (0)

Tyrimo rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai pacientai vyrai dažniau nei pacientės moterys pinigus dėl savo sveikatos sutrikimų išleidžia vaistams.

Skirtingų įstaigų ( $\chi^2 = 3,95$ ,  $p = 0,413$ ), gyvenamosios vietovės tipo ( $\chi^2 = 2,28$ ,  $p = 0,320$ ) amžiaus ( $\chi^2 = 3,72$ ,  $p = 0,445$ ), išsilavinimo ( $\chi^2 = 0,67$ ,  $p = 0,712$ ) ir skirtingas pajamas gaunančių ( $\chi^2 = 0,12$ ,  $p = 0,941$ ) pacientų vertinimas kokios yra dažniausios pinigų dėl savo sveikatos sutrikimų išleidimo priežastys, reikšmingai nesiskiria.

Tyręs Kauno m. gyventojų prieinamumą, Mindaugas Plieskis nustatė, kad 2001 m. visada pinigų vaistams užteko 36,8 proc. respondentų, 45,6 proc. jų pakako ne visada, o 14,1 proc. – nepakako niekada. 2003m. tyrimas parodė, kad 42,2 proc. pinigų vaistams užteko visada, beveik pusei pakako ne visada, o 8,3 proc. – nepakako niekada. Šiais tyrimais nustatyta, kad Kauno mieste gyventojų dalis, kuriems pakanka pinigų vaistams, didėja.<sup>174</sup> Pacientų klausėme, ar jiems pakanka pinigų įsigyti vaistams, jų vertinimas pateikiamas 10 paveiksle.



**10 pav. Pacientų vertinimas, ar jiems visada pakanka pinigų įsigyti vaistams<sup>175</sup>**

Kaip matyti 10 paveiksle, daugumai pacientų pinigų vaistams nepakanka: 52,3 proc. ne visada pakanka, 41,4 proc. pacientų pinigų vaistams pakanka visada, o 5,7 proc. – nepakanka niekada. Galima teigti kad tyrimo rezultatai atspindi minėtais Mindaugo Plieskio atliktais tyrimais nustatytas tendencijas.

Garliavos PSPC vaistų ne visada pakanka 54,7 proc., visada pakanka 38,7 proc., niekada nepakanka- 6,7 proc. respondentų. Pakaunės PSPC vaistų ne visada pakanka 56,1, proc., visada pakanka 40,9 proc., niekada nepakanka 3 proc. respondentų, Vilkijos PSPC vaistų ne visada pakanka 40,6 proc., visada pakanka 50 proc., niekada nepakanka 9,4 proc. respondentų. Tarp įstaigų statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta ( $\chi^2 = 3,46$ ,  $p = 0,483$ ).

29 lentelėje parodytas skirtingų gaunamų pajamų pacientų vertinimas, ar visada pakanka pinigų vaistams.

<sup>174</sup> Plieskis M., „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste“, daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005, p. 132.

<sup>175</sup> 0,6 proc. (n=1) tyrimo dalyvis į klausimą neatsakė

**29 lentelė. Skirtingas pajamas gaunančių pacientų vertinimas, ar visada pakanka pinigų vaistams,  $\chi^2=10,8$ ,  $p=0,004$**

Pajamos	Visada pakanka	Nevisada pakanka	Niekada nepakanka
	<i>n(proc.)</i>		
<b>Mažesnės</b>	31 (31,0)	60 (60,0)	8 (8,0)
<b>Didesnės</b>	41 (55,4)	31 (41,9)	2 (2,7)

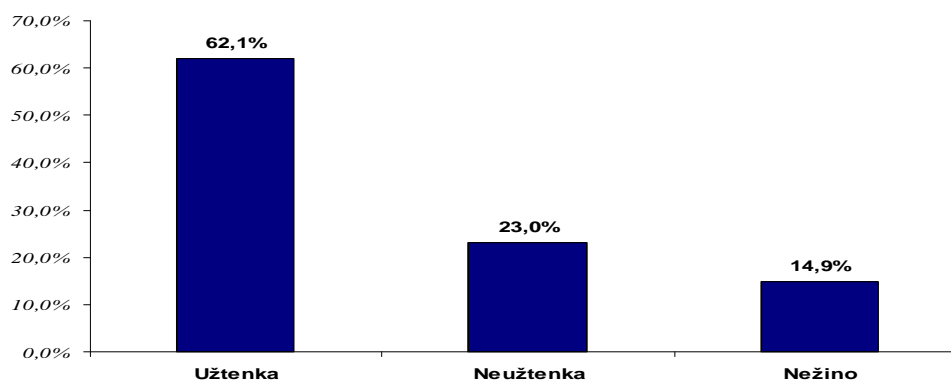
Kaip matyti 29 lentelėje, didesnes pajamas gaunantys pacientai statistiškai reikšmingai dažniau teigė, kad jiems pakanka pinigų vaistams. Tamutienė ir kt. 2011 m. nustatė, kad brangūs nekompensuojamieji ar iš dalies kompensuojamieji vaistai, mažas pajamas turintiems asmenims yra neįveikiama problema arba įveikiama tik išleidus santaupas ar apribojus kitus bazinius poreikius.<sup>176</sup> Mindaugas Plieskis<sup>177</sup> 2001 ir 2003 m. taip pat nustatė, kad Kauno mieste reikšmingai dažniau pinigų vaistams pirkti visada pakako aukštesnių pajamų gyventojams nei turintiems žemesnes pajamas. 2001 m. tyrimas taip pat parodė, kad Kauno mieste niekada pinigų vaistams pirkti neužteko 8,5 proc. vyrų ir 16,7 moterų. Mūsų tyrimo duomenimis jų niekada nepakanka 7 proc. vyrų ir 4,9 proc moterų (statistiškai reikšmingų skirtumų tarp lyčių nerasta,  $\chi^2=1,18$ ,  $p=0,553$ ). Vertinindami, ar visada pakanka pinigų vaistams, mieste gyvenantys pacientai dažniau nurodė (50,7 proc.), jog visada pakanka pinigų vaistams, nei gyvenantys kaime (35,0), bet skirtumai statistiškai nereikšmingi ( $\chi^2 = 4,35$ ,  $p = 0,113$ ).

Vertinimas, ar visada pakanka pinigų vaistams, tarp skirtingo amžiaus ( $\chi^2= 1,55$ ,  $p=0,817$ ), išsilavinimo ( $\chi^2=0,17$ ,  $p=0,918$ ) pacientų statistiškai reikšmingai nesiskiria.

11 paveiksle pateikiamas pacientų vertinimas, ar jiems užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų.

<sup>176</sup> Tamutienė I. ir kt., „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė* 2(1), 2011, p. 95-110.

<sup>177</sup> Plieskis M., „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste“, daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005.



**11 pav. Pacientų vertinimas, ar jiems užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų**

Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau kaip pusė (62,1 proc.) pacientų mano, kad nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų jiems užtenka, o daugiau kaip penktadalis (23 proc.)-jog neužtenka.

30 lentelėje parodytas atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, ar jiems užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų.

**30 lentelė. Atskirų pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų vertinimas, ar jiems užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų,  $\chi^2 = 12,06$ ,  $p = 0,017$**

Įstaiga	Užtenka	Neužtenka	Nežino
	<i>n(proc.)</i>		
Garliavos PSPC	48 (63,2)	20 (26,3)	8 (10,5)
Pakaunės PSPC	35 (53,0)	14 (21,2)	17 (25,8)
Vilkijos PSPC	25 (78,1)	6 (18,8)	1 (3,1)
<b>Iš viso</b>	<b>108 (62,1)</b>	<b>40 (23,0)</b>	<b>26 (14,9)</b>

Tyrimo rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai Pakaunės ir Garliavos PSPC pacientai labiau yra linkę manyti, kad jiems neužtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų, nei Vilkijos PSPC pacientai.

31 lentelėje pateikiamas skirtingo išsilavinimo pacientų vertinimas, ar jiems užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų.

**31 lentelė. Skirtingo išsilavinimo pacientų vertinimas, ar jiems užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų,  $\chi^2=4,65$ ,  $p=0,098$**

Išsilavinimas	Užtenka	Neužtenka	Nežino
	<i>n(proc.)</i>		
<b>Žemesnis</b>	54 (71,1)	13 (17,1)	9 (11,8)
<b>Aukštesnis</b>	54 (55,1)	27 (27,6)	17 (17,3)

Kaip matyti 31 lentelėje, žemesnį išsilavinimą turintys respondentai labiau linkę manyti, kad teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų jiems užtenka, nei turintys aukštesnį išsilavinimą.

Kad užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų, dažniau teigė kaimo gyventojai: nemokamų paslaugų pakanka 65,0 proc. kaimo ir 58,1 proc. miesto gyventojų, tačiau skirtumas statistiškai nereikšmingas ( $\chi^2 = 0,87$ ,  $p = 0,647$ ).

Pacientų vertinimas, ar jiems užtenka teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų tarp skirtingos lyties ( $\chi^2=0,116$ ,  $p=0,944$ ), amžiaus ( $\chi^2= 1,52$ ,  $p= 0,823$ ) ir skirtingas pajamas gaunančių ( $\chi^2=2,68$ ,  $p=0,261$ ) respondentų taip pat statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Išanalizavus ekonominį paslaugų prieinamumą Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos PSPC nustatyta, kad pagrindinės ekonominio prieinamumo problemos, su kuriomis susiduria šių centrų pacientai: aukštos vaistų kainos, netinkamas kompensuojamų vaistų sąrašas, per trumpas nemokamų tyrimų sąrašas. Absoliuti dauguma (95,4 proc.) tyrime dalyvavusių pacientų dėl savo sveikatos sutrikimų daugiausia pinigų išleidžia vaistams. Daugumai respondentų pinigų vaistams nepakanka: daugiau nei pusei (52,3 proc.) pakanka ne visada, mažiau nei pusei (41,4 proc.) pakanka visada, o 5,7 proc.- nepakanka niekada. Garliavos PSPC vaistų ne visada pakanka daugiau nei pusei (54,7 proc.), visada pakanka daugiau nei trečdaliui (38,7 proc.), niekada nepakanka- 6,7 proc. tyrime dalyvavusių pacientų. Pakaunės PSPC taip pat ne visada vaistams pinigų pakanka daugiau nei pusei (56,1, proc.), visada pakanka 40,9 proc., niekada nepakanka 3 proc. respondentų. Vilkijos PSPC pinigų vaistams ne visada pakanka 40,6 proc., visada pakanka pusei, niekada nepakanka 9,4 proc. reiškusių nuomonę pacientų.

Daugiau kaip pusė (62,1 proc.) respondentų mano, kad nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų jiems užtenka, o daugiau kaip penktadalis (23 proc.)- jog neužtenka.

Vyrai labiau nei moterys linkę manyti, kad dėl savo sveikatos sutrikimų dažniausiai pinigus išleidžia vaistams. Didesnes pajamas gaunantiems respondentams įsigyti reikalingus vaistus lengviau nei gaunantiems mažesnes pajamas. Pakaunės ir Garliavos PSPC

aptarnaujamiems pacientams teikiamų nemokamų paslaugų trūksta labiau nei Vilkijos PSPC prisirašiusiems, o aukštesnį išsilavinimą turintiems respondentams šių paslaugų trūksta labiau nei mažiau išsilavinusiems.

## IŠVADOS

1. Sveikatos priežiūros prieinamumo problematikos analizei ir tyrimams visame pasaulyje skiriamas didelis dėmesys. Nors Lietuvoje sveikatos priežiūros prieinamumas pradėtas tirti vėliau, o tyrimų apimtis mažesnė, ji nėra turtinga valstybė, joje aktualios skurdo, socialinės atskirties, sveikatos netolygumų problemos, todėl čia sveikatos paslaugų prieinamumo ir jo netolygumų vertinimas ne mažiau svarbus nei kitose šalyse. Paciento teisės į prieinamą sveikatos priežiūrą Lietuvoje užtikrinimą apsunkina nenustatyti vienodi prieinamumo vertinimo rodikliai, su jais nesusieta paslaugų apmokėjimo sistema bei su paslaugų prieinamumo vertinimu susijusi tobulintina Valstybinio medicininio audito veikla.

2. Ištyrus komunikacinę paslaugų prieinamumą Garliavos, Pakaunės bei Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose:

2.1. nustatyta, kad jis yra geras ir pagal daugelį rodiklių tarp įstaigų iš esmės nesiskiria. Dauguma (60,3 proc.) tyrime dalyvavusių pacientų turi galimybę susisiekti su savo šeimos gydytoju bet kuriuo paros metu, konsultuojasi su šeimos gydytoju telefonu (62,6 proc.), daugumai (70,1 proc.) paslaugas pasiekti patogiu ar iš dalies patogiu (20,7 proc.). Komunikacinio paslaugų prieinamumo kliūtys, su kuriomis susiduria Garliavos, Pakaunės ir Vilkijos PSPC pacientai: neįdiegta elektroninės registracijos sistema, informacijos apie konsultavimąsi telefonu trūkumas (30,4 proc. nesikonsultuojančiųjų respondentų), išskirtinai kaimo gyventojų problema- nepatogūs pasiekti gydymo įstaigą viešojo transporto tvarkaraščiai ir didelis atstumas iki jos;

2.2. nustatyti komunikacinio paslaugų prieinamumo netolygumai: kaimo gyventojų galimybės pasiekti centruose teikiamas paslaugas užtikrintos prasčiau; registruotis internetu labiau pageidautų Garliavos PSPC bei aukštesnį išsilavinimą turintys respondentai, jauniausi respondentai registruotis internetu pageidautų labiausiai, o vyriausi- mažiausiai.

3. Ištyrus organizacinę paslaugų prieinamumą Garliavos, Pakaunės bei Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose:

3.1. nustatyta, kad dauguma jo rodiklių visuose centruose vertinami gerai: informacija apie darbo laiką ir konsultavimo tvarką daugumai (96,6 proc.) suteikiama visada, informacijos apie paslaugas daugumai (88,5 proc.) pakanka, iškvietus į namus šeimos gydytojas atvyksta, daugumai (87,9 proc.) įstaigos ir gydytojų darbo laikas patogus, tyrimai pusei respondentų atliekami vienos dienos laikotarpyje, registratūroje dauguma (89,1 proc.) sugaišta nedaug- iki 5-10 min. Tą pačią dieną pas šeimos gydytoją patenka 38,5 proc. o nurodytu laiku į šeimos gydytojo kabinetą pakviečiami maždaug penktadalis (20,7 proc.) visų tyrime dalyvavusių



pacientų. Likusiems respondentams tenka laukti eilėse: daugumai (57,9 proc.) Garliavos PSPC respondentų gydytojo vizito tenka laukti iki savaitės, o prie gydytojo kabineto beveik penktadaliui (23,7 proc.) tenka laukti iki valandos. Pakaunės PSPC iki savaitės šeimos gydytojo vizito laukia daugiau nei ketvirtadalis (22,7 proc.), o prie gydytojo kabineto iki valandos laukia 15,2 proc. respondentų. Vilkijos PSPC dauguma (62,5 proc.) respondentų gydytojo vizito laukia iki savaitės, o prie gydytojo kabineto beveik trečdalis (31,3 proc.) laukia iki valandos. Eilių už kabineto durų šiuose PSPC susidarymą lemia didelį šeimos gydytojų darbo krūvį įtakojantys veiksniai bei neišspręstos teritorinio paslaugų prieinamumo problemos;

3.2. nustatyti organizacinio paslaugų prieinamumo netolygumai: Pakaunės PSPC pacientai vizito pas gydytoją laukia mažiau, nurodytu laiku į gydytojo kabinetą pakviečiami dažniau ( $p < 0,1$ ), bet jiems įstaigos ir gydytojų darbo laikas ne toks patogus; moterys paskirto vizito pas šeimos gydytoją laukia trumpiau, bet prie gydytojo kabineto ilgiau; didesnių pajamų grupės atstovams tyrimai atliekami vėliau; žemesnį išsilavinimą turintiems asmenims poliklinikos ir gydytojų darbo laikas patogesnis; kaimo gyventojams informacijos apie paslaugas, tyrimus ir procedūras pakanka labiau, nei gyvenantiems mieste ( $p < 0,1$ ).

4. Ištyrus ekonominį Garliavos, Pakaunės bei Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų prieinamumą:

4.1. nustatyta, kad blogiausiai vertinama galimybė įsigyti vaistus: dėl aukštų kainų daugumai (52,3 proc.) pinigų vaistams pakanka ne visada arba nepakanka niekada (6,7 proc.), išlaidos vaistams sudaro pagrindinę daugumos (95,4 proc.) respondentų išlaidų dėl sveikatos sutrikimų dalį, o šeimos gydytojų nuomone, kompensuojamųjų vaistų sąrašas- netinkamas. Daugumai (62,1 proc.) respondentų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų pakanka, tačiau gydytojų manymu, pirminio sveikatos priežiūros lygio nemokamų tyrimų sąrašas yra per trumpas.

4.2. nustatyti ekonominio paslaugų prieinamumo netolygumai: mažesnes pajamas gaunantiems respondentams įsigyti reikalingus vaistus sunkiau; Pakaunės ir Garliavos PSPC prisirašiusiems bei aukštesnį išsilavinimą turintiems respondentams teikiamų nemokamų paslaugų trūksta labiau.

5. Hipotezės: komunikacinį paslaugų prieinamumą VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės bei VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja ribotos transporto galimybės, organizacinį paslaugų prieinamumą VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės bei VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja eilės pas šeimos gydytoją, ekonominį paslaugų prieinamumą VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės bei VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja aukštos vaistų kainos, pasitvirtino.

## REKOMENDACIJOS

1. Siekiant išspręsti su prieinamumo užtikrinimu susijusias problemas, rekomenduojama:

1.1. *Sveikatos apsaugos ministerijai*: nustatyti nacionaliniu mastu vienodus prieinamumo vertinimo rodiklius; su nustatytais prieinamumo vertinimo rodikliais susieti paslaugų apmokėjimo sistemą; tobulinti Valstybinio medicininio audito veiklą, pradedant analizuoti ir vertinti sveikatos priežiūros kokybės rodiklius nacionaliniu lygmeniu;

1.2. *VšĮ Garliavos, VšĮ Pakaunės bei VšĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrams*: įdiegti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadybos sistemas.

2. Siekiant pagerinti komunikacinę paslaugų prieinamumą, rekomenduojama:

2.1. *Sveikatos apsaugos ministerijai*: medicinos punktus performuoti į šeimos gydytojo kabinetus, kur kiekviename iš jų paslaugas teiktų 1- 2 šeimos gydytojai;

2.2. *Kauno rajono savivaldybei*: koreguoti viešojo transporto tvarkaraščius bei plėsti privačių vežėjų teikiamas galimybes atokesnių kaimo vietovių gyventojams susisiekti su pirminės sveikatos priežiūros centrais;

2.3. *VšĮ Garliavos, VšĮ Pakaunės bei VšĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrams*: įdiegti elektroninės registracijos sistemą, užtikrinti suprantamos informacijos apie konsultavimąsi telefonu sklaidą.

3. Siekiant pagerinti organizacinę paslaugų prieinamumą, rekomenduojama:

3.1. *Sveikatos apsaugos ministerijai*: išplėsti bendruomenės slaugytojų funkcijas, suteikiant joms koordinatoriaus tarp šeimos gydytojo ir paciento vaidmenį ir šeimos gydytojo kompetencijos nereikalaujančias pacientų kreipimosi problemas nustatyti bei spręsti patyrusių bendruomenės slaugytojų lygyje.

3.2. *VšĮ Garliavos, VšĮ Pakaunės bei VšĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrams*: įsteigti daugiau bendruomenės slaugytojų etatų, pacientų priėmimui joms skirti atskirus kabinetus.

4. Siekiant pagerinti ekonominę paslaugų prieinamumą, *Sveikatos apsaugos ministerijai* rekomenduojama reguliuoti ir riboti vaistų rinkodaros veiklą, peržiūrėti kompensuojamųjų vaistų sąrašą dalį medikamentų pakeičiant efektyvesniais; praplėsti pirminio sveikatos priežiūros lygio nemokamų tyrimų sąrašą.

## LITERATŪRA:

1. „*Demografijos metraštis 2010*“, Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas, 2011.
2. Andersen K. S. „The reforming states group and the promotion of federalism.“, *MilbankQ* 76(1), 1998, p. 59-101, <<http://www.milbank.org/KSAarticle.pdf>> [žiūrėta 1011-07-11].
3. Bagdonas E., Bagdonienė L., „*Administravimo principai*“, Kaunas: Technologija, 2000.
4. Barr D. A., Wanat S. F., „Listening to patients:cultural and linguistic barriers to health care access“, *Family Medicine* 37, 2005, p. 199-204, <<http://www.stfm.org/fmhub/fm2005/march/donald199.pdf>> [žiūrėta 2011-09-05].
5. Bentley T. G. K., et al. “Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework.” *The Milbank Quarterly* 86(4), 2008, p. 629–659, <<http://www.jstor.org/pss/25434113>> [žiūrėta 2011-10-05].
6. Bigeli M., Annear, P. L., „Barriers to Access and the Purchasing Function of Health Equity Funds: Lessons from Cambodia“, *Bull World Health Organ* 87, 2009, p. 560–564, <<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-053058.pdf>>, [žiūrėta 2011-08-05].
7. Brogaitė, J., ir kt. „Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos“, *Gerontologija* 8(4), 2007, p. 230–235.
8. Bubnienė D., Ruževičius J., „Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai“, *Verslo ir teisės aktualijos* 5, 2010, p. 22-40.
9. Buivydas R. „*Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija*“, Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1998.
10. Campbell J. et al., „Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care“, *Quality in Health Care* 10(2), 2001, p. 90-95, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757978/>> [žiūrėta 2011-08-07].
11. Culyer A. J., „Equity and equality in health and health care“, *Journal of health economics* 12, 1993, p. 431-457.
12. Chanters C. et al., „Improving the patient experience in general practice with the General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)“, *Quality in Primary Care* 13(4), 2005, p. 225-232.
13. Chavkin W, St Clair D. „Beyond prenatal care: a comprehensive vision of reproductive health.“ *J Am Med Wom Assoc* 45, 1990, p. 55-57.
14. *e medicina*, <[http://www.emedicina.lt/?s\\_id=5374](http://www.emedicina.lt/?s_id=5374)> [žiūrėta 2011-05-19].
15. Europos komisija, „*Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje*“, Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2011.

16. Fos P. J., Zuniga M., „Assessment of primary health care access status: an analytic technique for decision making“, *Health Care Management Science* 2(4), 1999, p. 229-238, <<http://www.springerlink.com/content/g2n1114727t25311/>> [žiūrėta 2011-09-05].
17. Goddard M., „Access to Health Care Services – an English Policy Perspective.“ *Health Economics, Policy and Law* 4, 2009, p. 196- 208.
18. Goštautaitė B. ir kt., „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų poreikių ir pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe bei prieinamumu analizė“, I dalis, UAB Socialinės informacijos centras ir UAB Europos tyrimai, 2011. <[http://www.sam.lt/lit/Pacientu\\_ir\\_sveikatos\\_prieziuros\\_paslaug/1184](http://www.sam.lt/lit/Pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaug/1184)> [žiūrėta 2011-07-15].
19. Grabauskas V. Ir kt., „Lietuvos gyventojų sveikatos skirtumai: išsimokslinimas ir mitybos įpročiai“, *Medicina* 40(9), 2004, 875- 883.
20. Grol R. et al., „„Patient in Europe evaluate general practice: an International comparison“, *British Journal of General Practice* 50, 2000, p. 882-885, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313852/pdf/11141874.pdf>> [žiūrėta 1911-06-04].
21. Gross R., „A consumer-based tool for evaluating the quality of health service in the Israeli health care system following reform.“ *Health Policy* 68(2), 2004, p. 143-158, <[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(03\)00168-4/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(03)00168-4/abstract)> [žiūrėta 2011-09-01].
22. Jankauskienė D, Žemgulienė J., „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas“, *Medicina* 34, 1998, p. 301-338.
23. Jankauskienė D. *Sveikatos politikos ir strategijos planavimas, įgyvendinimas ir vertinimas, III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija.*, Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas, 2000, p. 98-103.
24. Jankauskienė D., „*Nuo sveikatos apsaugos reformos biuro idėjų iki restruktūrizavimo programos, Sveikatos priežiūros reforma: visuomenės lūkesčiai, vykdytojų ir ekspertų vertinimai*“, Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimas, 2007, p. 17-39.
25. Jankauskienė D., „Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai: sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė“, *Visuomenės sveikata* 11(1), 2000, p. 81-91.
26. Jankauskienė D., Pečiūra R., „*Sveikatos politika ir valdymas*“, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007.

27. Kairys J. ir kt. „Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose“, *Medicina* 40(2), 2004, p. 178-191.
28. Kairys J. ir kt. „Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas– nuomonė pagal pacientų socialinę ir ekonominę padėtį“, *Sveikatos mokslai I*, 2004, p.78-83.
29. Kairys J. ir kt., „Vaistų politikos Lietuvoje vertinimas paciento požiūriu“, *Visuomenės sveikata* 19(4), 2002, p. 16-22.
30. Kairys J., Gurevičius R., „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas“, *Medicina* 38(1), 2002, p. 94-102.
31. Kairys, J., Gurevičius, R., „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai– problemos Vilniaus mieste“, 2001, *Medicina* 37, p. 293–301.
32. Kardiologinės sveikatos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros (šeimos gydytojų) paslaugų, teikiamų ES struktūrinių fondų lėšomis modernizuotų sveikatos priežiūros įstaigų kokybės ir prieinamumo tyrimo galutinė ataskaita, Mokymų, tyrimų ir vystymo centras, Vilnius, 2008, p. 75, [http://www.esparama.lt/es\\_parama\\_pletra/failai/fm/failai/Ataskaitos/BPD\\_vertinimo\\_ataskaitos/SAM\\_30.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Ataskaitos/BPD_vertinimo_ataskaitos/SAM_30.pdf) [žiūrėta 2011-11-12]
33. Mason J., „*Qualitative Researching*“, London, 1996.
34. Maxwell R. J., „Dimensions of Quality Revisited: from thought to Action“, *Quality Health Care* 1, 1992, p. 171-177, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055007/> [žiūrėta 1011-07-11].
35. Milašauskienė Ž. ir kt., „Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose“, *Medicina* 42(3), 2006, p. 231-237.
36. Millman M. L., „Access to Health Care in America.“, Washington, DC: Institute of Medicine, *National Academy Press*, 1993, [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=2009&page=R1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=2009&page=R1) [žiūrėta 2011 03 25].
37. Misevičienė I., Dregval L., „Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę“, *Medicina* 38(11), 2002, p. 1129-1135.
38. Murauskienė L., „*Sveikatos priežiūros organizacinė struktūra ir paslaugų teikimas, Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*“, Vilnius: sveikatos ekonomikos centras, 2000, p. 119-132.

39. Newhouse J. P., „Consumer-Directed Health Plans And The RAND Health Insurance Experiment”, *Health Affairs* 23(6), 2004, p. 107-113, <<http://content.healthaffairs.org/content/23/6/107.full>> [žiūrėta 2011-10-09].
40. Obrist, B.. „Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action”, *PLoS Med* 4(10), 2007, p. 1584-1588, <<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040308>> [žiūrėta 2011 03 24].
41. Olafsson G., Sigurdsson J.A., „Out-of-hours service in rural areas. An observational study of accessibility, attitudes and quality standards among general practitioners in Iceland. Scandinavian”, *Journal of Primary Health Care* 18, 2000, p. 75-79, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10944060>> [žiūrėta 2011-08-07].
42. Otani K. et al., „Managing primary care using patient satisfaction measures”, *Journal of Healthcare Management* 50(5), 2005, p. 31, <<http://www.highbeam.com/doc/1G1-137097584.html>> [žiūrėta 2011-09-05].
43. Pacientų mokėjimų politikų vertinimas ir jų prognozės, atsižvelgiant į veiksmingumą, teisingumą ir kokybę“, *ASSPRO CEE 2007*, Maastrichto universitetas, <<http://www.mtvclt.lt/veiklos/tyrimai.html>> [žiūrėta 2011-08-07].
44. Petrauskienė J. „Sveikatos politikos strategijos įgyvendinimo problemos, Sveikatos priežiūros vadyba XXI a“, tezių rinkinys, Nida, 2000, p. 7-8.
45. Plieskis M., „Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste“, daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005, p. 132.
46. Puškorius S., „Veiklos auditas“, Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2004, p. 352.
47. Sapagovas J. ir kt., „Informatikos ir matematinės statistikos pradmenys“, Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2000.
48. *Socialinės apsaugos terminų žodynas*, <[http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/termin1.html](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/termin1.html)> [žiūrėta 2011-07-28].
49. *Sveikatos ekonomikos centro internetinis puslapis*, <[http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/Kastai/apimtis.html#Anchor-21040](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/Kastai/apimtis.html#Anchor-21040)> [žiūrėta 11-08-26].
50. Tamutienė I. ir kt., „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai“, *Kultūra ir visuomenė* 2(1), 2011, p. 95-110.

51. Tidikis R., „Socialinių mokslų tyrimų metodologija“, Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003.
52. The World health report: 2003: shaping the future, 2003, <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf)> [žiūrėta 2011-07-28].
53. Tylienė V. ir kt., „Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių“, *Sveikatos mokslai* 6, 2008, p. 2120- 2126.
54. Tutty L. M., 1996, <<http://joakimas.blogspot.com/1999/05/socialin-adaptacija-globoje4.html>> [žiūrėta 2011-08-10].
55. Valius L., „Šeimos medicinos pagrindai“, Kaunas: Vitae Litera, 2003.
56. van der Meer J. Et al., „Socioeconomic differences`in the utilization of health services`in a Dutch population: the contribution of health status.“ *Health Policy* 37, 1996, p. 1-18, <<http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/socioeconomic-differences-in-the-utilization-of-health-services-in-a-PhbUueCnH2>> [žiūrėta 1011-06-08].
57. Viešųjų paslaugų vartotojų pasitenkinimo indekso apskaičiavimo metodika, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, 2010, lapkritis, p. 68
58. Vikipedijos laisvoji enciklopedija, <[http://lt.wikipedia.org/wiki/Kauno\\_rajono\\_savivaldybė](http://lt.wikipedia.org/wiki/Kauno_rajono_savivaldybė)> [žiūrėta 1011-06-05].
59. Wagstaff A. J., van Doorslaer E., „Equity in the finance of health care: some international comparisons.” *Journal of Health Economics* 11, 1992, p. 361-387.
60. Wagstaff A. J. et al., „On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care.“, *Journal of Health Economics* 10, 1991, p. 169-205.
61. Wensing M. et al. „Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison”, *International Journal for quality in Health Care* 14(2), 2002, p. 111-118, <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/14/2/111.full.pdf>> [žiūrėta 2011-09-05].
62. World Health Organization 2010, „*The World Health Report. Health System Financing: The Path to Universal Coverage*”, <[http://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf)> [žiūrėta 2011 03 24].
63. World Health Organization, „*Alma-Ata 1978: primary health care*“, Geneva, 1978. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>> [žiūrėta 2011-07-10].

64. World Health Organization, „*Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*“, 2006.  
<[http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)> [žiūrėta 2011-06-03].
65. Zivanovic, A. M.. “Equality in Health: Access to Health Care and Right of Access to Health Care for Children in the Central Bosnia Canton” *Materia Socio Medicine* 21(4), 2009, p. 203–206, <<http://www.scopemed.org/?mno=6936>> [žiūrėta 2011-09-01].
66. Žėbieniė E. ir kt., „*Pacientų poreikių bei nuomonės apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas vertinimas. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2001*“, Vilnius: Baltijos kopija, 2002, p. 87-90.

*Teisiniai dokumentai:*

1. Kauno rajono vietos veiklos grupė, Kauno rajono vietos plėtros 2007-2013 m. strategija, Kauno raj., 2008, p. 146,  
<[http://www.kaunorvvg.lt/info/projektai/kauno\\_r\\_vvg\\_%20integruotos\\_bandomosios\\_strategijos\\_tobulinimas/kauno\\_rajono\\_vietos\\_pletros\\_2007\\_2013\\_strategija.pdf](http://www.kaunorvvg.lt/info/projektai/kauno_r_vvg_%20integruotos_bandomosios_strategijos_tobulinimas/kauno_rajono_vietos_pletros_2007_2013_strategija.pdf)> [žiūrėta 2011-07-11].
2. Lietuvos Respublikos Bendrasis aprėpties memorandumas, <[www.socmin.lt](http://www.socmin.lt)> [žiūrėta 2011-05-07].
3. Lietuvos Respublikos Konstitucija\_(su pakeitimais ir papildymais iki 1996, birželio 6), 1992, Lietuvos Respublikos Seimas, str. 53.
4. Lietuvos Respublikos Nacionalinės kovos su skurdu ir socialine atskirtimi veiksmų planas 2004-2006 m, p. 12, <<http://www.stopskurdui2010.lt/index.php?1720031544>> [žiūrėta 2011-09-10].
5. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas Nr. IX-2361, 1994 liepos 13, Vilnius: Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317; 1998, Nr. 52-1425, str. 4.
6. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996, spalio 3, Nr. I-1562, Vilnius; Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-231, str. 5.



7. Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos komiteto sprendimas Nr. 18 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijos Trumpalaikių ir ilgalaikių priemonių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti ir laukimui eilėse mažinti plano“, 2006, gruodžio 20, <[http://www3.lrs.lt/docs3/kad5/w5\\_istorija.show5-p\\_r=5239&p\\_d=64227&p\\_k=1.html](http://www3.lrs.lt/docs3/kad5/w5_istorija.show5-p_r=5239&p_d=64227&p_k=1.html)> [žiūrėta 2011-06-18].
8. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr.V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“, 2004, rugsėjo 14, Vilnius: Valstybės žinios, 2004, Nr.144-5256.
9. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“, 1998, spalio 6, Vilnius: Valstybės žinios, 1998, Nr. 89-2469.
10. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų tvirtinimo“, 2005, gruodžio 5, Vilnius: Valstybės žinios Nr. 143-5205.
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 97 „Dėl įstaigų sveikatos priežiūros licencijavimo“, 1999, kovo 1, Vilnius: Valstybės žinios, 1999, Nr. 23-670; 2006, Nr.41-1487, sk. 11.
12. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1083 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos departamento nuostatų“, 2009, gruodžio 29, <<http://www.sam.lt/go.php/nuostatai>> [žiūrėta 2011-06-15].
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 Šeimos gydytojas Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, 2005, gruodžio 22, Vilnius: Valstybės žinios 2006, Nr. 3.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-343, „Dėl papildomo apmokėjimo gydymo įstaigoms už šeimos gydytojų gerus darbo rezultatus tvarkos“, 2008, balandžio 29, Vilnius: Valstybės žinios, 2008.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų patvirtinimo“, 2008, balandžio 29, Vilnius: Valstybės žinios, 2008, Nr. 53-1992.
16. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr.583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“, 2001, lapkričio 9, Vilnius: Valstybės žinios, 2001, Nr. 96- 3400.

17. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas Nr. I-1367, 1996, birželio 6, Vilnius: Valstybės žinios, 1996, Nr. [66-1572](#), str. 28, 46.
18. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552, 1994, liepos 19, Vilnius: Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr.112-3099, str. 2, 5,12.
19. Lietuvos Respublikos teritorijos administracinių vienetų ir jų ribų įstatymas Nr. I-558, 1994, liepos 19, Vilnius: *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 60-1183, str.3.
20. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“ 2007, birželio 26, Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius, p. 39, <<http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Lietuvos+Respublikos+Valstybės+kontrolės+ataskaita+„Asmens+sveikatos+priežiūros+kokybės+užtikrinimo+sistema“+2007>> [žiūrėta 2011-06-15].
21. Lietuvos Respublikos Viešųjų įstaigų įstatymas Nr. I-1428, 1996, sausio 27, Vilnius: Valstybės žinios, 1996, Nr. 68-1633, 15 str.
22. Lietuvos Respublikos Vietos savivaldos įstatymas Nr. I-533, 1994, liepos 4, Vilnius: Valstybės žinios., 1994, Nr. 55-1049, str. 6.
23. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1172 „Dėl valstybinio medicininio audito nuostatų patvirtinimo“, 1996, spalio 7, Vilnius: Valstybės žinios, 1996, Nr.: 98 - 2248.
24. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2006, <<http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0165514.pdf>> [žiūrėta 2011-06-16].
25. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-474 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymo gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V- 943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“, 2006, birželio 9, Vilnius: Valstybės Žinios, 2011, Nr. 122-5774.
26. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“, 2005, gruodžio 5, Vilnius: Valstybės žinios, 2005, Nr. [143-5205](#).
27. Tolesnės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenys, <[http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes\\_sveikatos\\_sistemas\\_pletros\\_2008\\_2015\\_.pdf](http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemas_pletros_2008_2015_.pdf)> [žiūrėta 2011-06-02].

28. Valstybinės ligonių kasos 2009 metų veiklos ataskaita, 2010, vasario 1, Vilnius, p. 46, <[http://www.vlk.lt/vlk/files/2010/darbu\\_planavimas/2009\\_VLK\\_veiklos\\_ataskaita\\_20100201.pdf](http://www.vlk.lt/vlk/files/2010/darbu_planavimas/2009_VLK_veiklos_ataskaita_20100201.pdf)> [žiūrėta 2011-06-12].
29. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus įsakymas Nr. 1K-41 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, kontrolės tvarkos aprašo“, 2006, kovo 24, nauja redakcija nuo 2010 birželio , Vilnius: Valstybės žinios, 2010, Nr. 66-3324.
30. Skurdo mažinimo Lietuvoje strategija, Vilnius, 2000, birželio 1, p. 43, <<http://www.google.lt/search?sourceid=chrome&ie=UTF8&q=Skurdo+mažinimo+Lietuvoje+strategija>> [žiūrėta 2011-09-10].
31. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas Nr. 1-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, 1991, spalio 31, Vilnius: Valstybės žinios, 1991, Nr.33-893.
32. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15, 17, 29, 40 straipsnių pakeitimo įstatymas Nr. X-1044, 2007, sausio 18, Vilnius: Valstybės žinios 2007, Nr. 17-6.

**Valinskienė E.** Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas trijose Kauno rajono savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose, Viešojo administravimo programos veiklos audito specializacijos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė, konsultantė doc. dr. D. Janušauskienė. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2011, 96 p.

### **ANOTACIJA**

Magistro baigiamajame darbe ištirtas ir įvertintas pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas trijose Kauno rajono savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose, nustatytos jo problemos bei pateikti siūlymai kaip šias problemas spręsti. Darbas susideda iš dviejų dalių. Pirmojoje, teorinėje dalyje, analizuojama pirminės sveikatos priežiūros koncepcija, sveikatos priežiūros prieinamumo samprata, problematika, apžvelgiami ta kryptimi atlikti moksliniai tyrimai bei pirminės sveikatos priežiūros užtikrinimas Lietuvoje. Antrojoje darbo dalyje pristatoma tyrimų metodologija, apibūdinamos nagrinėjamos įstaigos, pristatomi, analizuojami ir aptariami gauti duomenys bei rezultatai. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados bei rekomendacijos, kaip pagerinti paslaugų prieinamumą VŠI Garliavos, VŠI Pakaunės ir VŠI Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose.

**Pagrindiniai žodžiai:** pirminė sveikatos priežiūra, komunikacinis, organizacinis, ekonominis prieinamumas, kliūtys, netolygumai.

Valinskienė, E. The Accessibility of Primary Health Care Services in Three Health Care Institutions of Kaunas District Municipality. MA Thesis; Program of Public Administration Performance Audit. Academic advisor prof. dr. D.Jankauskienė, consultant assoc. prof. dr. D.Janušauskienė. Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2011, 96 pp.

### ANNOTATION

The present master graduation thesis researches and assesses the accessibility of primary health care in three Kaunas district municipality health care institutions; problematic areas were established and suggestions how to deal with problems were presented. The thesis consists of two parts. The first theoretical part researches the concept of primary health care, the possible understanding of the term 'health care accessibility' and the problem issues; previous researches in the area and the provision of primary health care in Lithuania are overviewed. Part Two presents the methodology of the research, describes the researched institutions, presents, analyzes and discusses the obtained data and the results. The final part of the thesis presents conclusions and recommendations about the improvement of accessibility of services at public enterprises Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers.

**Key words:** primary health care, communicative, organizational and economic accessibility, obstacles, inconsistencies.

**Valinskienė E.** Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas trijose Kauno rajono savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose, Viešojo administravimo programos veiklos audito specializacijos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė, konsultantė doc. dr. D. Janušauskienė. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2011, 96 p.

## SANTRAUKA

Sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumai įtakoja skirtingų teritorinių, socialinių ir ekonominių gyventojų grupių sveikatos skirtumus, todėl siekiant nustatyti prieinamumo prie sveikatos priežiūros kliūtis, atliekami paslaugų prieinamumo tyrimai. Socialinių- ekonominių grupių santykiai ir išteklių nuolatos keičiasi, o siekiant išspręsti paslaugų prieinamumo problemas, būtina žinoti dabartinę situaciją.

Tiriamoji problema. Mokslinių tyrimų, nagrinėjančių pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Kauno rajono savivaldybėje, rasti nepavyko, taigi su kokiomis paslaugų prieinamumo problemomis susiduria didele aptarnaujamų kaimo gyventojų dalimi pasižyminčių Kauno rajono savivaldybės VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės bei VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientai ir kaip tas problemas išspręsti?

Darbo objektas: VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės ir VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose teikiamų paslaugų prieinamumas.

Darbo tikslas: ištirti ir įvertinti VŠĮ Vilkijos, VŠĮ Garliavos bei VŠĮ Pakaunės pirminės sveikatos priežiūros centruose teikiamų paslaugų prieinamumą.

Darbo uždaviniai: išanalizuoti pirminės sveikatos priežiūros koncepciją, sveikatos priežiūros prieinamumo sampratą ir problemas, Lietuvoje ir užsienio šalyse šia kryptimi atliktus tyrimus bei pirminės sveikatos priežiūros užtikrinimą Lietuvoje; ištirti ir įvertinti VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės ir VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų vadovų, šeimos gydytojų bei pacientų nuomonę komunikaciniu, organizaciniu ir ekonominiu paslaugų prieinamumo aspektais; nustatyti ir įvertinti komunikacinio, organizacinio ir ekonominio paslaugų prieinamumo netolygumus tarp atskirų įstaigų bei demografinių ir socialinių- ekonominių grupių.

Darbo hipotezės: komunikacinį paslaugų prieinamumą VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės ir VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja ribotos transporto galimybės; organizacinį paslaugų prieinamumą VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės ir VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja eilės pas šeimos gydytoją; ekonominį paslaugų prieinamumą VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės ir VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja aukštos vaistų kainos.

Tyrimo metodika: naudota mokslinės, metodinės literatūros, dokumentų analizė bei apibendrinimas, atlikti 2 (įstaigų vadovų bei šeimos gydytojų nuomonės) interviu bei jų turinio kokybinė (Kontent) analizė, pacientų nuomonei ištirti naudotas sociologinis kiekybinis metodas- anketavimas. Įstaigų vadovams bei šeimos gydytojams skirti klausimynai bei pacientų anketa sudaryta remiantis teorine darbo dalimi.

Atlikus tyrimą, hipotezės: komunikacinį paslaugų prieinamumą VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės bei VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja ribotos viešojo transporto galimybės, organizacinį paslaugų prieinamumą VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės bei VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja eilės pas šeimos gydytoją, ekonominį paslaugų prieinamumą VŠĮ Garliavos, VŠĮ Pakaunės bei VŠĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centruose sąlygoja aukštos vaistų kainos, pasitvirtino.

Valinskienė, E. The Accessibility of Primary Health Care Services in Three Health Care Institutions of Kaunas District Municipality. MA Thesis; Program of Public Administration Performance Audit. Academic advisor prof. dr. D.Jankauskienė, consultant assoc. prof. dr. D.Janušauskienė. Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2011, 96 pp.

## SUMMARY

Inconsistencies in health care accessibility impact differences in the state of health of the population groups in terms of territorial, social and economic criteria. In order to establish the obstacles of the accessibility of health care, analyses of service accessibility were performed. Relationships of socio economic groups and their resources undergo permanent shifts, but in order to resolve the ongoing issues, the awareness of the present situation is of utmost importance.

The issue of the research. No previous academic researches dealing with the accessibility of primary health care institutions in Kaunas district were found. As a result, the present thesis raises issues concerning the difficulties related with the accessibility of services encountered by the Kaunas district rural residents served by public institutions Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers; it also provides suggestions regarding the aforementioned issues.

The object of the research: the accessibility of services provided by public institutions Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers.

The aim of the thesis: to research and assess the accessibility of services provided by public institutions Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers.

The tasks of the thesis: to analyze the concept of primary health care institutions, the concept of health care accessibility and its issues, to research previous researches of this area performed in Lithuania and abroad, to investigate the provision of primary health care in Lithuania; to analyze and assess communicative, organizational and economic aspects of the accessibility of health care from the point of view of management, family doctors and clients of public institutions Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers; to establish and assess inconsistencies in terms of accessibility of primary health care services among different institutions and demographic or socio economic groups.

Hypotheses of the thesis: communicational accessibility of services at public institutions Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers are conditioned by limited transportation availability; the organizational accessibility of services at public institutions Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers are conditioned by the queues of getting to visit the family doctor; the economic accessibility of services at public institutions Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers are conditioned by high prices of medicines.

Methodology of the research: analysis of academic and methodological literature and documentation was performed, the data was generalized, two interviews were performed to obtain the opinion of the management and family doctors; quantitative analysis of the content was investigated. A questionnaire was used in order to find out the opinion of the patients, and the sociological quantitative method was used. The questionnaires filled by management and family doctors and those completed by patients were grounded on the investigations performed in the theoretical part of the research.

After completing the practical research, the hypotheses: communicational accessibility of services at public institutions Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers are conditioned by limited transportation availability; the organizational accessibility of services at public institutions Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers are conditioned by the queues of getting to visit the family doctor; the economic accessibility of services at public

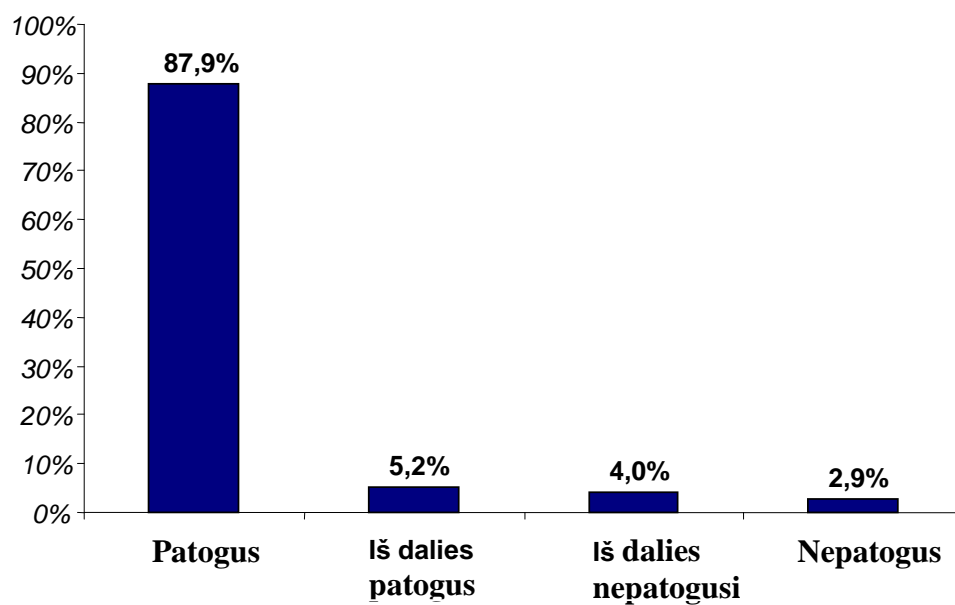
institutions Garliava, Pakaunė and Vilkija primary health care centers are conditioned by high prices of medicines, were confirmed.

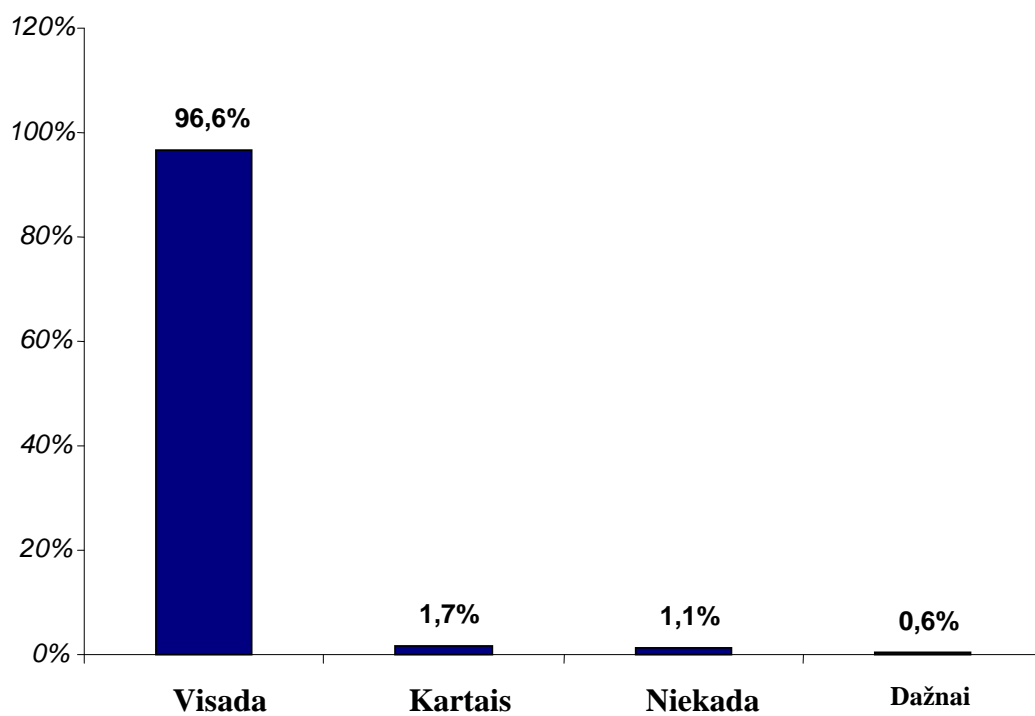


**PRIEDAI**

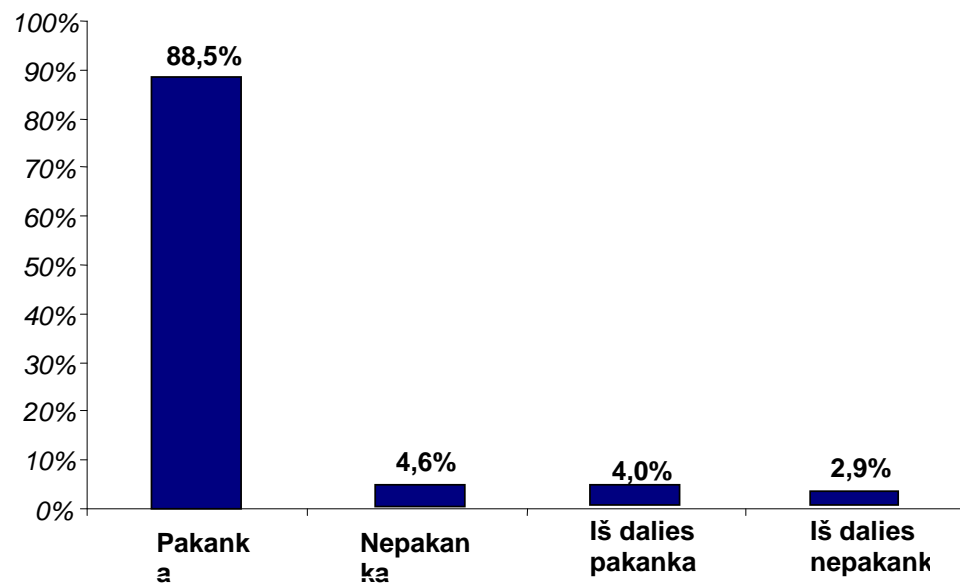
**Tyrimė dalyvavusių pacientų suskirstymas į skirtingo amžiaus, išsilavinimo ir  
gaunamų pajamų grupes**

Pacientų amžiaus grupės	n	Proc.
<i>18- 35 metai</i>	45	25,9
<i>36- 55 metai</i>	76	43,7
<i>56 ir daugiau metų</i>	53	30,5
Pacientų išsilavinimo grupės	n	Proc.
<i>Žemesnį išsilavinimą turintys (Vidurinis ir žemesnis nei vidurinis)</i>	76	43,7
<i>Aukštesnį išsilavinimą turintys (Aukštesnysis ir aukštasis)</i>	98	56,3
Pacientų grupės pagal gaunamas pajamas	n	Proc.
<i>Mažesnės pajamos (Iki 700 lt.)</i>	100	57,5
<i>Didesnės pajamos (Daugiau nei 700 lt.)</i>	74	42,5

**Pacientų vertinimas, ar poliklinikos ir gydytojų darbo laikas patogus**

**Informavimas registratūroje apie gydytojų darbo laiką ir konsultavimo tvarką**

**Pacientų vertinimas, ar pakanka suteiktos informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos įstaigoje**



**Klausimai, pateikti VšĮ Garliavos, VšĮ Pakaunės ir VšĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų vadovams:**

1. Su kokiomis teritorinio paslaugų prieinamumo problemomis susiduria Jūsų įstaigos pacientai?
2. Dėl kokių priežasčių Jūsų įstaigoje neįdiegta elektroninė informacinė sistema, t.y.- nesudaryta galimybė pacientams registruotis internetu?
3. Įvardinkite Jūsų įstaigai aktualias organizacinio paslaugų prieinamumo problemas.
4. Kaip, pacientams laisvai renkantis gydytoją, šeimos gydytojai atlieka jų funkcijai priskiriamą darbą- vizitavimą namuose?
5. Su kokiomis ekonominio paslaugų prieinamumo problemomis susiduria jūsų PSPC pacientai?

**Klausimai, pateikti VšĮ Garliavos, VšĮ Pakaunės ir VšĮ Vilkijos pirminės sveikatos priežiūros centrų šeimos gydytojams:**

1. Kokios teritorinio paslaugų prieinamumo problemos aktualios Jūsų įstaigai?
2. Kokių problemų kyla atliekant tiesiogines šeimos gydytojo funkcijas (konsultavimą, asmens ir bendruomenės sveikatos mokymą, ligų profilaktiką bei bendravimą su pacientu) ir pildant dokumentaciją?
3. Įvardinkite savo pacientų ekonominio sveikatos priežiūros prieinamumo problemas.

## KAUNO RAJONO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRŲ PACIENTŲ POŽIŪRIO Į TEIKIAMŲ PASLAUGŲ PRIEINAMUMĄ APKLAUSOS ANKETA

Gerbiamas paciente,

Siekiant pagerinti Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Kauno rajone šiuo metu yra atliekamas tyrimas, kurio tikslas – iširti viešųjų Pirminės sveikatos priežiūros centrų pacientų požiūrį į teikiamų paslaugų prieinamumą.

Šio tyrimo anonimiškumas garantuojamas. Jums pateikta anketa yra magistrinio darbo dalis. Anketos nebus analizuojamos ir interpretuojamos kiekviena atskirai, tyrimo rezultatai bus pateikti tik apibendrintoje analizėje.

Prašome apibraukti po vieną labiausia priimtina atsakymo numerį arba, kur reikia – įrašyti savo nuomonę.

Iš anksto dėkoju už Jūsų sugaištą laiką ir nuoširdumą atsakant į klausimus.

### 1. Pagrindinė priežastis, kodėl pasirinkote būtent ŠIĄ gydymo įstaigą?

- |                                |                                  |                                   |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <i>Visada čia gydžiausi</i> | 3. <i>Arčiausiai namų</i>        | 5. <i>Dėl konkretaus gydytojo</i> |
| 2. <i>Patarė pažįstami</i>     | 4. <i>Patogus susisiekimasis</i> | 6. <i>Kita: _____</i>             |

### 2. Ar Jums patogiu privačiu/ visuomeniniu transportu pasiekti savo sveikatos priežiūros centre teikiamas paslaugas?

- |                |                          |                        |              |
|----------------|--------------------------|------------------------|--------------|
| 1. <i>Taip</i> | 2. <i>Iš dalies taip</i> | 3. <i>Iš dalies ne</i> | 4. <i>Ne</i> |
|----------------|--------------------------|------------------------|--------------|

### 3. Ar pageidautumėte vizitui pas gydytoją registruotis internetu?

- |                |              |                   |
|----------------|--------------|-------------------|
| 1. <i>Taip</i> | 2. <i>Ne</i> | 3. <i>Nežinau</i> |
|----------------|--------------|-------------------|

### 4. Ar konsultuojatės su šeimos gydytoju telefonu?

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1. <i>Taip</i> | 2. <i>Ne</i> |
|----------------|--------------|

### 5. Jei „NE“, kodėl?

1. *Nežinojau, kad prieš kviečiant greitąją med. pagalbą, galima skambinti šeimos gydytojui*
2. *Nemanau, kad gydytojas gali patarti telefonu*
3. *Nežinau kaip tiesiogiai galima susisiekti su gydytoju*
4. *Neturiu telefono aparato*
5. *Kita: \_\_\_\_\_*

### 6. Ar turite galimybę susisiekti su savo šeimos gydytoju bet kuriuo paros metu (pvz., turite mobilaus telefono numerį)?

- |                |              |                   |
|----------------|--------------|-------------------|
| 1. <i>Taip</i> | 2. <i>Ne</i> | 3. <i>Nežinau</i> |
|----------------|--------------|-------------------|

### 7. Ar priėmimą pas šeimos gydytoją registratūros darbuotojai dažniausiai paskiria:

- |                          |                                  |                      |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------|
| 1. <i>Tą pačią dieną</i> | 3. <i>Savaitės bėgyje</i>        | 5. <i>Kita _____</i> |
| 2. <i>Sekančią dieną</i> | 4. <i>Dviejų savaitių bėgyje</i> |                      |

### 8. Ar laiką tyrimų atlikimui darbuotojai dažniausiai paskiria:

- |                          |                                  |                      |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------|
| 1. <i>Tą pačią dieną</i> | 3. <i>Savaitės bėgyje</i>        | 5. <i>Kita _____</i> |
| 2. <i>Sekančią dieną</i> | 4. <i>Dviejų savaitių bėgyje</i> |                      |

### 9. Kiek laiko dažniausiai sugaištate registratūroje?

- |                       |                                |                      |
|-----------------------|--------------------------------|----------------------|
| 1. <i>Iki 5 min.</i>  | 3. <i>11– 15 min.</i>          | 5. <i>Kita _____</i> |
| 2. <i>6 – 10 min.</i> | 4. <i>Daugiau kaip 15 min.</i> |                      |

### 10. Kaip ilgai laukiate eilėje prie šeimos gydytojo (ar gydytojo terapeuto) kabineto (neįskaitant per anksti atvykto laiko)?

- |                                 |                                |                       |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| 1. <i>Priima nurodytu laiku</i> | 3. <i>Laukiu iki 30 min.</i>   | 5. <i>Kita: _____</i> |
| 2. <i>Laukiu iki 15 min</i>     | 4. <i>Laukiu iki valandos.</i> |                       |



**11. Ar Jums patogus poliklinikos ir gydytojų darbo laikas?**

1. *Taip*                      2. *Iš dalies taip*                      3. *Iš dalies ne*                      4. *Ne*

**12. Ar registratūroje Jus aiškiai informuoja apie gydytojų darbo laiką ir konsultavimo tvarką?**

1. *Visada*                      2. *Dažnai*                      3. *Kartais*                      4. *Niekada*

**13. Ar personalas Jums suteikė pakankamai informacijos apie tai, kokios medicinos paslaugos teikiamos ir kokie tyrimai bei procedūros atliekamos šioje įstaigoje?**

1. *Taip*                      2. *Iš dalies taip*                      3. *Iš dalies ne*                      4. *Ne*

**14. Ar iškvietus šeimos gydytoją į namus, jis visuomet atvyksta?**

1. *Taip*                      2. *Ne*                      3. *Nekviečiau*

**15. Kam dėl sveikatos sutrikimų daugiausia išleidžiate pinigų?**

1. *Vaistams*                      3. *Kelionėms pas gydytojus*  
2. *Dovanoms gydytojams*                      4. *Tyrimams*

**16. Ar Jums pakanka pajamų įsigyti vaistams?**

1. *Visada pakanka*                      2. *Nevisada pakanka*                      3. *Niekada nepakanka*

**17. Ar pastaruoju metu teko mokėti už paslaugas savo pirminės sveikatos priežiūros centre?**

1. *Taip*                      2. *Ne*

**18. Jei „TAIP“, ar tai sukėlė piniginių sunkumų Jūsų šeimai?**

1. *Taip*                      2. *Ne*                      3. *Nežinau*

**19. Ar užtenka Jums teikiamų nemokamų sveikatos priežiūros paslaugų?**

1. *Taip*                      2. *Ne*                      3. *Nežinau*

**Ir keletas klausimų apie Jus:****20. Jūsų amžius:**

1. *18 – 25 m.*                      3. *36 – 45 m.*                      5. *56 – 65 m.*  
2. *26 – 35 m.*                      4. *46 – 55 m.*                      6. *65 ir daugiau metų*

**21. Jūs esate:**

1. *Vyras*                      2. *Moteris*

**22. Gyvenate:**

1. *Mieste*                      2. *Kaime/ miestelyje*

**23. Kiek pajamų vidutiniškai tenka vienam Jūsų šeimos nariui per mėnesį?**

1. *Iki 350 lt.*                      3. *701 – 1050 lt.*                      5. *Daugiau kaip 1400 lt.*  
2. *351 – 700 lt.*                      4. *1051 – 1400 lt.*

**24. Jūsų išsilavinimas?**

1. *Pradinis*                      3. *Vidurinis*                      5. *Aukštasis*  
2. *Pagrindinis (iki 9/10 klasės)*                      4. *Aukštesnysis (profesinis)*

**25. Koks Jūsų pagrindinis užsiėmimas?**

1. *Valstybinės įmonės darbuotojas arba valstybės tarnautojas*                      5. *Moksleivis, studentas*  
2. *Privataus sektoriaus darbuotojas (samdytas arba savininkas)*                      6. *Namų šeimininkė*  
3. *Žemės ūkio darbuotojas*                      7. *Bedarbis*  
4. *Pensininkas*                      8. *Kita: \_\_\_\_\_*

**DAR KARTĄ DĖKOJU UŽ ATSAKYMUS !**

Eglė Valinskienė  
+370 673 17403  
eglute@zmail.lt