

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS**  
**VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO FAKULTETAS**  
**VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

**Romualdos Kšivickienės**

Neakivaizdinio skyriaus Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo studijų  
programos II kurso studentės

**AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS**  
**PASLAUGŲ KONTROLĖS UŽTIKRINIMAS**

**MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS**

Darbo vadovas: doc. Dr. A.Gaižauskienė

Vilnius, 2006

# TURINYS

<b>IVADAS</b> .....	3
<b>1.AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ ORGANIZAVIMAS LIETUVOJE</b> .....	8
1.1.Pirminės sveikatos priežiūros raida Lietuvoje.....	8
1.2. Pirminės sveikatos priežiūros organizavimo ir apmokėjimo modeliai.....	13
1.3.Ambulatorinės konsultacinės pagalbos modelio pasirinkimas.....	21
1.4. Ambulatorinių konsultacinių paslaugų apmokėjimo organizavimas.....	23
<b>2. AMBULATORINIŲ PASLAUGŲ KONTROLĖS PROBLEMOS</b> .....	28
2.1. Kontrolės proceso svarba valdymo procese.....	28
2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės sistema.....	31
2.3.Teisės aktai reglamentuojantys sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolę.....	39
2.4.Paslaugų kontrolės ypatumai sveikatos priežiūros sistemoje.....	47
<b>3.AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KONTROLĖS VERTINIMAS</b> .....	50
3.1. Tyrimo metodika.....	50
3.2. Tyrimo analizė ir įvertinimas.....	52
<b>IŠVADOS</b> .....	67
<b>REKOMENDACIJOS</b> .....	68
<b>LITERATŪROS SĄRAŠAS</b> .....	69
<b>SANTRAUKA</b> .....	73
<b>SUMMARY</b> .....	75

## IVADAS

### **Temos aktualumas ir problematika**

Visos Europos šalys vykdo sveikatos reformas. Radikalios reformos įvyko Vokietijoje ir Jungtinėje Karalystėje bei Naujojoje Zelandijoje. Rytų Europoje sveikatos reformų poreikis buvo ypatingas, nes tai vertė daryti politiniai pokyčiai, susiję su buvusios Sovietų Sąjungos suirimu aštunto dešimtmečio pabaigoje.

Lietuvos sveikatos programoje buvo numatyta iki 2005 m. decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigų valdymą, sudaryti sąlygas privačių sveikatos priežiūros įstaigų plėtrai.

Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros plėtros strategijoje numatyta stiprinti bendrosios praktikos (Šeimos) gydytojų instituciją, skatinti privačių bendrosios praktikos gydytojų veiklos plėtrą<sup>1</sup>, decentralizuoti pirminės sveikatos priežiūros sistemą, palaipsniui pereinant nuo pirminės sveikatos priežiūros centrų modelio prie savarankiškų bendrosios praktikos gydytojo (nepriklausomo rangovo) institucijų bei grupinės praktikos, remti pirminių sveikatos priežiūros įstaigų kaimo vietovėse plėtrą, skatinti bendrosios praktikos gydytojų motyvaciją atlikti profilaktikos darbą, sveikatos mokymą bei ugdymą<sup>2</sup>.

Pakeitus pirminės sveikatos priežiūros finansavimą, atlikus asmens sveikatos priežiūros įstaigų decentralizaciją, atskiriant pirminę sveikatos priežiūros grandį nuo antrinės, pirminė sveikatos priežiūra tampa vis svarbesnė. Pradėjus reformuoti ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros sistemą visa ambulatorinė pagalba buvo suskirstyta į pirminę, antrinę ir tretinę<sup>3</sup>, tačiau ne visuose regionuose pirminė ir antrinė ambulatorinė asmens priežiūros grandis yra atskirta. Šis procesas ypač vangiai vyksta didžiuosiuose Lietuvos miestuose, kur stambios savivaldybės poliklinikos yra pakankamai sudėtingai valdomos, komplikuoti jų pertvarkymo mechanizmai<sup>4</sup>.

Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje galima išskirti trijų modelių (tipų) pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas, priklausomai nuo

---

<sup>1</sup> LR Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 "Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo"// Valstybės Žinios, 2004.11.04, Nr.: 160- 5860.;

<sup>2</sup> Gustainienė L.. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2003. -222 p. - ISBN 9955-530-48-0.

<sup>3</sup> LR Sveikatos sistemos įstatymas, I-552. Valstybės Žinios, 1994 Nr.63-1231; Sveikatos sistemos įstatymo pakeitimo įstatymas, VIII-946. Valstybės Žinios, 1998 Nr.112-3099

<sup>4</sup> Kulik J., Balčiauskaitė D. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos //Sveikatos drauda. -2005, Nr. 1.

paslaugų organizavimo ir nuosavybės tipo. Tai savivaldybės poliklinikos, teikiančios pirmines ir antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (*mišrios įstaigos*), savivaldybės pirminės asmens sveikatos priežiūros centrai (*savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros įstaigos*) bei privačios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos (*nepriklausomi rangovai*), sudariusios sutartis su teritorine ligonių kasa dėl paslaugų teikimo ir apmokėjimo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.

Diskusijos apie pirmines paslaugas teikiančių skirtingų tipų įstaigų privalumus ir trūkumus netyla, o išsamių mokslinių darbų, kuriuose būtų palyginta pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veikla, nėra.

Vilniaus teritorinė ligonių kasa nuolat analizuoja ambulatorinių paslaugų teikimo tendencijas, šių paslaugų prieinamumą. Ištyrus antrinio lygio konsultacijų teikimo tendencijas, paaiškėjo, kad suteikiamų konsultacijų dažnumas priklauso nuo to, kokią pirminės sveikatos priežiūros įstaigą pacientas yra pasirinkęs. Daugiausia konsultacijų teko pacientams, kuriems pirminės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos poliklinikose, teikiančiose ir pirminio ir antrinio lygio paslaugas (*mišrios įstaigos*). Tokių įstaigų pacientams vidutiniškai teko po 1,7 antrinio lygio konsultacijas per metus, o vien tik šeimos gydytojo paslaugas teikiančių įstaigų pacientams teko mažiau nei po vieną (0,97) antrinio lygio konsultaciją<sup>5</sup>.

Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolės užtikrinimas labai svarbus siekiant išsiaiškinti specializuotų ambulatorinių paslaugų prieinamumą, šių paslaugų pateikimo apmokėti iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų teisėtumą, antrinio lygio specializuotų paslaugų poreikį, sudarant sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis.

Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo kontrolė atliekama vadovaujantis LR SAM 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329 “Dėl bazinių kainų patvirtinimo“, tačiau jis moraliai pasenęs ir keistinas. Šiandien galiojančiuose teisės aktuose pasigendama ambulatorinės konsultacijos aprašymo. Neįvardinta, kas priskiriama ambulatorinei antrinio ir tretinio lygio konsultacijai, kokius veiksmus/tyrimus turi atlikti šią paslaugą teikiantis specialistas. Iki dabar nėra patvirtintos siuntimų gydyti, konsultuoti tvarkos. Nėra patvirtintos dispanserizacijos tvarkos.

Siekiant įvertinti antrinio lygio specializuotų gydytojo specialisto suteiktų paslaugų atitikimą norminiams teisės aktams analizuotos šias paslaugas teikiančių gydytojų specialistų teikiamos ambulatorinės konsultacijos Vilniaus miesto didžiosiose mišriose poliklinikose prisirašiusiems pacientams.

---

<sup>5</sup> Burokienė S. Ambulatorinių specializuotų paslaugų prieinamumas Vilniaus teritorinės ligonių kasos veiklos zonos gyventojams/Lietuvos sveikata, 2005 lapkričio 3 - 9 d. NR. 44 (6250)

Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės duomenys teritorinei ligonių kasai pravers sudarant sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, nes padės įvertinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo poreikį, prieinamumą ir tinkamumą. Suprantama, kad norint priimti tinkamus ir efektyvius vienos ar kitos problemos sprendimus, būtina detaliai žinoti problemos priežastis kuo platesniu mastu.

### **Temos ištyrimo lygis**

Lietuvos mokslininkai yra pakankamai išsamiai išanalizavę pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą. J. Kulik ir D. Balčiauskaitė (2005)<sup>6</sup> analizavo pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą ir jos perspektyvas. J. Kairys (2002)<sup>7</sup> atliko Vilniaus miesto ambulatorinės sveikatos priežiūros modelio vertinimo tyrimą. G. Černiauskas, A. Dobravolskas, L. Murauskienė (2000) pateikė sveikatos priežiūros sektoriaus socialinių – ekonominių pokyčių analizę bei įvertinimą. L. Gustainienė (2003)<sup>8</sup> savo darbe nagrinėjo sveikatos priežiūros politiką ir organizaciją. I. Misevičienė, Ž. Milašauskienė (2003)<sup>9</sup> nagrinėjo pacientų pasitenkinimo teikiamomis paslaugomis pokyčius Lietuvoje. Pacientų pasitikėjimą sveikatos priežiūra nagrinėjo Z. Liubarskienė, L. Šoliūnienė, V. Kilius, E. Peičius (2004)<sup>10</sup>.

Užsienio mokslininkai tokie kaip J. MacDonald, G.P. Davies, G. Hill (2001)<sup>11</sup> analizavo pirminės sveikatos priežiūros sustiprinimo/įgyvendinimo problemas. R.B. Saltman, J. Figueras (1998) analizavo Europos sveikatos priežiūros reformos įgyvendinimo problemas. J. Marriott, A.L. Mable (2000)<sup>12</sup> analizavo pirminės sveikatos priežiūros modelių efektyvumą. M. Sowney,

---

<sup>6</sup> Kulik J., Balčiauskaitė D. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos //Sveikatos drauda. -2005, Nr. 1.

<sup>7</sup> Kairys J. “Vilniaus miesto ambulatorinės sveikatos priežiūros modelio vertinimas: būklės – prieinamumo – kokybės parametrai”: daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata, Vilniaus universitetas, 2002.

<sup>8</sup> Černiauskas G., Dobravolskas A., Murauskienė L.. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektoriaus socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. - Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.

<sup>9</sup> Gustainienė L.. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2003. -222 p.

<sup>10</sup> Misevičienė I., Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimo teikiamomis paslaugomis pokyčiai Lietuvos sveikata stiprinančių ligoninių tinklo ligoninėse // Medicina, T (39), Nr. 6, 2003. P. 604-609.

<sup>11</sup> Liubarskienė Z., Šoliūnienė L., Kilius V., Peičius E. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra // Medicina, T (40), Nr. 3, 2004. P. 278-285.

<sup>12</sup> MacDonald J., Davies G.P., Hill G. The role of general practice in strengthening Primary care. A review of international experience. Kanbera, 2001., (Saltman R. B., Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms // Acad. Med. -1998, Vol. 73 (8). P. 865-870.).

<sup>13</sup> Marriott J., Mable A.L. Opportunities and Potential. A Review of International Literature on Primary Health Care Reform and Models. Canada. -2000.

O. Barr (2004)<sup>13</sup> analizavo sveikatos priežiūros prieinamumą žmonėms, turintiems mokymosi negalę, kurie turi teises gauti pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugas. Hans J. Schwanitz, Ulrike Riehl, Tanja Schlesinger, Meike Bock, Christoph Skudlik, (2003) atliko tyrimus apie efektyvų sveikatos mokymą tiek pirminėje, tiek antrinėje ir tretinėje ligų prevencijoje<sup>14</sup>.

Darbu apie antrinę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą stoka įgalino panagrinėti šią problemą antrinio lygio paslaugų teikimo ir pateikimo apmokėjimui iš privalomojo sveikatos draudimo fondo kontrolės aspektu.

**Darbo problema** – ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinio reglamentavimo ir mokslinių tyrimų stoka apsunkina ambulatorinių paslaugų teikimo kontrolę.

**Darbo tikslas** – išanalizuoti ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolės problemas ir pateikti sprendimo būdus.

**Darbo uždaviniai:**

1. Pateikti ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo Lietuvoje apžvalgą.
2. Įvertinti teisinius aktus, susijusius su sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės sistema.
3. Išanalizuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolės ypatumus.
4. Atlikti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės įvertinimą trijose Vilniaus miesto poliklinikose.

**Darbo hipotezė** – antrinės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (gydytojo specialisto konsultacija) dažnai teikiamos neviršijant pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikiamų reikalavimų.

**Darbe naudojami metodai:**

- *Literatūros šaltinių analizė* taikyta, analizuojant Lietuvos ir užsienio mokslininkų tyrimus.
- *Lyginamasis metodas*, taikytas analizuojant skirtingų valstybių pirminę ir antrinę sveikatos priežiūrą.
- *Dokumentų analizės metodas*, taikytas analizuojant Lietuvos Respublikos teisės aktus, LR SAM įsakymus, pirminę medicininę dokumentaciją.
- *Aprašomosios statistinės analizės metodas*, taikytas įvertinant turimus statistinius duomenis

---

<sup>13</sup> Sowney M., Barr O. Equity of access to health care for people with learning disabilities//Journal of Learning Disabilities. Vol 8 (3)– London: Sage Publications, 2004.

<sup>14</sup> Schwanitz H.J., Riehl U, Schlesinger T. Skin care management: educational aspects // Springer-Verlag, 2003.

## Pagrindinės sąvokos naudojamos darbe:

**Sveikata** - tai visapusiška individo ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas.

**Visuomenės sveikata** – tai mokslas ir menas, kaip organizuotomis pastangomis gerinti žmonių sveikatą.

**Sveikatos politika** - tai sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, kuri įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe.

**Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema (LNSS)** - valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema. Pagal Lietuvos sveikatos sistemos įstatymą nacionalinę sveikatos sistemą sudaro asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė veikla ir mokamos sveikatos priežiūros paslaugos.

**Sveikatos priežiūros įstaiga:** 1) įstaiga ar įmonė, įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus; 2) įstaigos ar įmonės, kuri verčiasi kita (ne sveikatos priežiūros) veikla, filialas ar padalinys, turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas.

**Sveikatos priežiūros paslaugos** - įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti LNSS veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys.

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

**Nemokamos paslaugos** – paslaugos, apmokamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų ar privalomojo sveikatos draudimo fondo, ar savivaldybių sveikatos fondų lėšų. Šias paslaugas įstaigoms užsako ir už jas apmoka LNSS veiklos užsakovai.

**Bendrosios praktikos (Šeimos) gydytojas** – gydytojas, baigęs bendrosios praktikos gydytojo specialybės antrinę arba pertraukiamąją rezidentūrą ir turintis bendrosios praktikos gydytojo licenciją, galintis savarankiškai vykdyti asmenų pirminę sveikatos priežiūrą nuo gimimo iki mirties, neatsižvelgiant į jų amžių.

**Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos** - tai nespacializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

**Gydytojo specialisto konsultacija** – paciento apsilankymas pas gydytoją specialistą turint siuntimą dėl konkrečios priežasties.

**Apsilankymas pas gydytoją specialistą** – pakartotinas (antras, trečias) paciento kreipimasis dėl tos pačios priežasties pas gydytoją specialistą.

# 1. AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ ORGANIZAVIMAS LIETUVOJE

## 1.1. Pirminės sveikatos priežiūros raida Lietuvoje

Sveikatos priežiūros sektoriaus socialinių – ekonominių pokyčius analizavo G. Černiauskas, A. Dobravolskas ir L. Murauskienė. Autoriai teigia, kad buvusi itin centralizuota sveikatos priežiūros sistema, lėmusi neefektyvų sveikatos priežiūros valdymą ir išteklių naudojimą, yra ankstesniosios sovietinės sveikatos politikos, neskatinusios nei žmonių, nei valstybės tausoti ir saugoti gyventojų sveikatą, rezultatas<sup>15</sup>. Reformos būtinumą nulėmė ir tai, kad specializuota Semaškos modelio sveikatos priežiūros sistema buvo brangi, stokojanti holistinio požiūrio į žmogų ir atsakomybės už jo sveikatą<sup>16</sup>. Nežiūrint į tai, kad net 80 procentų gyventojų sveikatą nulemia juos supanti aplinka, žmogaus gyvenimo būdas, visa atsakomybė už negalią tekdavo medikams: piliečiai nebuvo skatinami rūpintis savo sveikata, trūko bendradarbiavimo tarp atsakingų žinybų ir visuomeninių struktūrų.

LR sveikatos apsaugos reforma suplanuota remiantis PSO Liublianos chartija dėl sveikatos apsaugos reformos<sup>17</sup>. Daugelio tarptautinių ekspertų ir, visų pirma, Pasaulinės sveikatos organizacijos, Lietuva yra teigiamai vertinama už vykdomą nuoseklią ir efektyvią sveikatos politiką, pertvarkymus sveikatos priežiūros sistemoje<sup>18</sup>.

Vadovaujantis pasauliniais sveikatos politikos dokumentais, kurių vienas pagrindinių yra „Sveikata visiems 2000“, 1990 m. Lietuvoje buvo suformuotas vienas iš svarbiausių šalies sveikatos politikos dokumentų – Nacionalinė sveikatos koncepcija. 1991 spalį LR Seimas patvirtino Nacionalinę sveikatos koncepciją, kuri tapo pagrindiniu dokumentu, atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį. Šio dokumento esmė yra aktyvi sveikatos politika ir strategija. Pirminės grandies sveikatos apsaugos plėtojimas – tai prioritetinga sveikatos apsaugos kryptis. Reformuojant sveikatos apsaugos tarnybų struktūrą, bei jų funkcionavimą prioritetingas finansavimas teikiamas pirminės grandies medicininių bazių stiprinimui, personalo kvalifikacijai gerinti bei jų suinteresuotumui efektyviai dirbti didinti, tam tikslui panaudojant ekonominius švertus. Koncepcijoje numatyti Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos, pirminės sveikatos priežiūros plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje,

---

<sup>15</sup> Černiauskas G., Dobravolskas A., Murauskienė L.. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektoriaus socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. - Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.

<sup>16</sup> [http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/fr\\_sv\\_r\\_ist.html](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/fr_sv_r_ist.html); prisijungimo laikas: 2006-01-09.

<sup>17</sup> Liubliana Charter on reforming health care in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office For Europe, 1996 document EUR/ICP/CARE 9401/CN01 Rev.1.

<sup>18</sup> Sveikatos apsaugos finansavimo sistemos tobulinimas kompensacijos teikėjams ir sutarčių sudarymas // Ataskaita, Scandinavian Care Consultant Services AB, 2002.



sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarkos pagal Europos Sąjungos standartus, brangios specializuotos medicinos pagalbos koncentravimo universitetiniuose centruose prioritetai Lietuvą įtraukia į pažangiai mąstančių apie sveikatos priežiūrą ir ją plėtojančių Europos šalių gretas<sup>19</sup>.

1998 liepą patvirtintos Lietuvos sveikatos programos strategijos uždaviniai, kurių esmė saugoti ir stiprinti žmogaus sveikatą nuo gimimo iki mirties, susiję su sveikatos sistemos reformos pereinamojo laikotarpio problemomis. Įgyvendinant Nacionalinę sveikatos koncepciją ir PSO doktriną „Sveikata visiems XXI amžiuje“ ir siekiant sveikatos politiką perorientuoti į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą visose sveikatos priežiūros grandyse, taip pat užtikrinti gyventojų dalyvavimą formuojant sveikatos politiką, buvo numatyti artimieji ir tolimieji sveikatos apsaugos reformos uždaviniai<sup>20</sup>.

Artimieji Lietuvos sveikatos programos uždaviniai, įgyvendintini iki 2005 m., kuriuose numatyta pirminės sveikatos priežiūros pokyčiai, vykdant tolimesnį sveikatos priežiūros įstaigų valdymo decentralizavimą, išteklių racionalizavimą ir išlaidų optimizavimą, siekiant efektyviau naudoti lėšas bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, ambulatorinės pagalbos plėtra per bendrosios praktikos gydytojo instituciją, apylinkių terapeutų ir pediatrų bei specialistus perkvalifikavimas į bendrosios praktikos gydytojus, jų kabinetų steigimas bei grupinės praktikos diegimas, ypatingą dėmesį skiriant pirminės sveikatos priežiūrai kaimo vietovėse<sup>21</sup>.

Tolimieji Lietuvos sveikatos programos uždaviniai, įgyvendintini iki 2010 m. metų yra šie: gerinti gyventojų sveikatingumo rodiklius įgyvendinant specialius šios programos tikslus, gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą, įgyvendinti pirminę asmens sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos priežiūros reformą, tobulinti sveikatos draudimo sistemą<sup>22</sup>.

Lietuvos sveikatos programoje numatyta sveikatos reformos žingsnių monitoringas. Sveikatos reformos žingsniai turi būti nuolat vertinami moksliskai pagrįstais metodais, taip pat kainų efektyvumo, paslaugų kokybės bei bendros medicinos praktikos vertinimo prasme<sup>23</sup>.

2001 m. patvirtinta LR Vyriausybės 2001-2004 metų programa ir jos įgyvendinimo priemonės, atsakingi vykdytojai ir įvykdymo terminai. Sveikatos apsaugos srityje numatyti pagrindiniai tikslai: vykdyti ligų prevenciją, sveikatos ugdymą, mažinti šalies gyventojų

---

<sup>19</sup> Lord J.. Future of primary healthcare education: current problems and potential solutions // Postgraduate Medical Journal. -2003, 79:553-560.

<sup>20</sup> LR Sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos sveikatos programa. Vilnius, 1998.- ISBN 9986-9215-2-X. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. „Sveikata visiems XXI amžiuje“.

<sup>21</sup> LR Sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos sveikatos programa. Vilnius, 1998.- ISBN 9986-9215-2-X.

<sup>22</sup> Ten pat.

<sup>23</sup> LR Sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos sveikatos programa. Vilnius, 1998.- ISBN 9986-9215-2-X.

sveikatos lygio netolygumus; sustiprinti bendrosios praktikos gydytojo instituciją; užtikrinti, kad visiems pacientams būtų prieinama būtinoji medicinos pagalba; gerinti pirminę sveikatos priežiūrą, tobulinti sveikatos apsaugos finansavimą.

2003 m. kovą LR Vyriausybės nutarimu patvirtinta sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija, kurioje numatytos *trys prioritetinės restruktūrizavimo kryptys*, viena iš jų – *ambulatorinių paslaugų*, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtra. Numatoma skatinti privačių bendrosios praktikos gydytojų, dirbančių pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, veiklą, siekiant decentralizuoti pirminę sveikatos priežiūrą, sudaryti tokias pat veiklos sąlygas, kaip ir valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms; didinti tyrimų ir gydymo paslaugų apimtį ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose; daugiau dėmesio skirti ligų prevencijai, tobulinant šios veiklos finansavimo modelį; tobulinti ambulatorinių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemą – įvesti svertus, skatinančius teikti daugiau ir įvairesnių paslaugų, gerinti jų kokybę, labiau rūpintis kaimo žmonių medicininiu aptarnavimu<sup>24</sup>.

Įgyvendinant anksčiau minėtą Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją 2003 m. gruodį LR Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus. Plano tikslas - restruktūrizuojant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, užtikrinti geresnį gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikių tenkinimą, aukštesnę paslaugų kokybę, saugumą ir prieinamumą bei racionalesnį išteklių panaudojimą<sup>25</sup>.

2004 m. rugsėjį patvirtinta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programa, kurios įgyvendinimas pagerins pirminės sveikatos priežiūros kokybę, prieinamumą ir tinkamumą Lietuvos Respublikos gyventojams<sup>26</sup>.

2004 m. tryliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 - 2008 m. programoje taip pat didelis dėmesys skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai, programos nuostatos atitinka pasaulinių ir Lietuvos sveikatos politikos dokumentų nuostatas. Šioje programoje numatytas bendras asmens ir visuomenės sveikatos paslaugų teikimo modelis pirminės sveikatos priežiūros grandyje, *pirminio ir antrinio lygio ambulatorinių paslaugų atskyrimas*, pirminio lygio paslaugų apmokėjimo tvarkos tobulinimas, šalia apmokėjimo už įregistruotų pacientų skaičių įvedant apmokėjimą ir už realiai suteiktas paslaugas. Vyriausybė išipareigojo siekti, jog daugelis visų

---

<sup>24</sup> LR Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos“ //Valstybės žinios. - 2003, Nr.: 28-1147.;

<sup>25</sup> LR Sveikatos apsaugos ministerija 2003-12-22 įsakymas Nr.V-754 „Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“// Valstybės Žinios, 2004.01.13, Nr.: 7-153.;

<sup>26</sup> LR Sveikatos apsaugos ministerija 2004-09-14 įsakymas Nr.V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. -2004. Nr.144-5268.;

sveikatos problemų būtų išspręsta ambulatorijų lygiu, aktyviai šia kryptimi dirbančius sveikatos priežiūros subjektus skatinti finansiškai, remti sveikatos stiprinimo ir mokymo plėtrą pirminiu lygiu, sudaryti vienodas sąlygas privačioms ir valstybinėms sveikatos priežiūros įstaigoms, ypač daug dėmesio skirti pirminės sveikatos priežiūros infrastruktūros plėtrai kaimo vietovėse, finansiškai skatinti bendrosios praktikos gydytojus ten dirbti<sup>27</sup>.

Lietuvos sveikatos programoje deklaruojama, kad ne mažiau, kaip 80 proc. sveikatos problemų turėtų būti sprendžiama pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Šis uždavinys keliamas bendrosios praktikos gydytojui, kaip “sveikatos priežiūros vartininko” funkcijų vykdytojui. bendrosios praktikos gydytojas – tai tarsi pacientų filtras, atrenkantis pacientus, kurių problemų negali išspręsti pagal savo kompetenciją, gydytojų specialistų konsultacijai<sup>28</sup>. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis iš viso Lietuvoje 2003 metais užregistruoti 14,7 mln. apsilankymų asmens sveikatos priežiūros įstaigose pas pirminio lygio gydytojus arba 4,3 apsilankymai vienam gyventojui ir 7,4 mln. apsilankymų pas antrinio, tretinio lygio gydytojus, arba 2,2 apsilankymai vienam Lietuvos statistiniam gyventojui. Dideli hospitalizacijų ir antrinio bei tretinio lygio ambulatorinių paslaugų skaičiai liudija, kad Lietuvoje dar nepasiektas PSO rekomenduojamas 80 proc. problemų sprendimas pirminiame lygyje. Tik apie 60 proc. pacientų kontaktų su sveikatos priežiūros įstaigomis sudaro apsilankymai pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.

#### Lietuvos pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros veiklos rodikliai 2003 metais

Asmens sveikatos priežiūros paslaugos	Apsilankymų skaičius vienam gyventojui	Apsilankymų skaičius vienam pacientui	PSDF biudžeto lėšos vienam pacientui, Lt
Ambulatorinė PSP, vykdoma BPG su slaugos specialistais	2,99	4,31	70,65
Ambulatorinė PSP, vykdoma gydytojų komandos:	4,56	3,80	42,54
Terapeutas	2,64	3,97	37,92
Pediatras	5,79	5,46	49,5
Akušeris-ginekologas	0,76	2,9	41,7
Chirurgas	0,56	2,34	45,55
Pirminė psichikos sveikatos priežiūra	0,13	2,33	107,64
Ambulatorinės II, III lygio konsultacijos	2,67	5,5	76,08

1 lentelė. Šaltinis: J. Kulik, D. Balčiauskaitė (2005).

<sup>27</sup> LR Seimo 2004 m. gruodžio 14 d. nutarimas Nr. X-43 “Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos” // Valstybės žinios. -2004, Nr.181 -6703.;

<sup>28</sup> Kulik J., Balčiauskaitė D. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos //Sveikatos drauda. -2005, Nr. 1.

Vilniaus apskrityje 2005 m. sutartis su TLK buvo sudariusios 62 pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Vilniaus apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo plane buvo numatyta, kad 2005 metais tokių įstaigų bus 61. Šis rodiklis pasiektas decentralizuojant esamas įstaigas, skatinant naujų privačių įstaigų, dirbančių pagal sutartis su teritorine ligonių kasa, kūrimąsi, tikslu priartinti pirminę sveikatos priežiūrą prie vartotojų, ypač kaimo vietovėse<sup>29</sup>.

2005m. Vilniaus apskrityje poliklinikiniame – ambulatoriniame priėmime buvo užregistruoti 6159,6 tūkst. apsilankymai, vienam gyventojui teko 7,3 apsilankymai. Vilniaus mieste ambulatoriniame priėmime buvo užregistruota 4537,1 tūkst. Apsilankymų, vienam gyventojui teko 8,2 apsilankymai<sup>30</sup>.

Numatomas ateinančio laikotarpio paslaugų struktūros pokyčius turi užtikrinti adekvatus materialinių, žmogiškųjų ir finansinių išteklių persiskirstymas Vilniaus apskrities sveikatos priežiūros sektoriuje. Padidėjusio ligonių srauto poreikių ambulatorinės pagalbos grandyje patenkinimui numatoma padidinti darbuotojų pirminėje sveikatos priežiūroje skaičių, siekiant, kad iki 70 proc. apskrities gyventojų aptarnautų bendrosios praktikos (šeimoms) gydytojai (2002 m. jie aptarnavo 29,2 procento). Planuojama, kad šių gydytojų skaičius nuo 314 – 2002 m. išaugs iki 536–599 – 2005 m.

Tobulinant paslaugų pasiskirstymo proporcijas ir vadovaujantis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos strategijoje suformuotomis valstybės politikos nuostatomis, Vilniaus apskrityje numatomos šios sveikatos priežiūros paslaugų sferos tolimesnio vystymosi tendencijos: prioritetinė pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros plėtra, specializuotos ambulatorinės pagalbos apimčių augimas, spartus dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugų didėjimas, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų apimčių augimas, ambulatorinės slaugos plėtra pacientų namuose, redukavimas stacionarinių paslaugų apimtį bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse, mažinant nepagrįstai didelį hospitalizacijų skaičių ir vidutinę gulėjimo trukmę, užtikrinimas sąlygos, kad ambulatorinių, slaugos ir palaikomojo

---

<sup>29</sup> LR Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 “Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo”// Valstybės Žinios, 2004.11.04, Nr.: 160- 5860.;

LR SAM 2003-12-22 įsakymas Nr.V-754 „Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“//Valstybės Žinios, 2004.01.13, Nr.: 7-153.;

<sup>30</sup>LR SAM Lietuvos sveikatos informacijos centras „Lietuvos gyventojų bendrasis sergamumas 2001-2005m. privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis. Vilnius, 2006m

gydymo bei dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų plėtra pilnai kompensuotų stacionariųjų paslaugų redukavimą bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse<sup>31</sup>.

Įgyvendinus planą, prognozuojama, kad:

- Vilniaus apskrities sveikatos priežiūros paslaugų struktūra bus geriau subalansuota su gyventojų poreikiais;
- pagerės paslaugų kokybė, jų prieinamumas, padidės gyventojų pasirinkimo galimybės;
- bus racionaliau paskirstomi finansiniai, žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, padidės jų naudojimo efektyvumas;
- sveikatos sektorius taps patrauklesnis privačioms investicijoms ir užsienio fondams;
- bus sudaryta galimybė kurti geresnę ligų prevencijos sistemą, siekti geresnių gyventojų sveikatos rodiklių.

Įvertinus Lietuvos nueitą kelią, reformuojant sveikatos sistemą, galima teigti, kad Lietuvos sveikatos politika formuojama pagal pasaulinius sveikatos politinius dokumentus, didžiausią dėmesį skiriant pirminės sveikatos priežiūros plėtrai ir decentralizacijai, pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimui, profilaktinių priemonių stiprinimui. Sveikatos priežiūros sistemos baziniai dokumentai sudaro vientisą ir kompleksinę pagrindą sveikatos sistemos plėtrai laikotarpiui iki 2010 metų.

## **1.2. Pirminės sveikatos priežiūros organizavimo ir apmokėjimo modeliai**

Dabartinėse pasaulio sveikatos apsaugos sistemose vyrauja tendencija gerinti teikiamų paslaugų kokybę, nedidinant išlaidų. Sveikatos sistemos reformos Vidurio ir Rytų Europos šalyse vyksta nuo 1990 metų ir pagrindinis reformos aspektas yra finansavimo sistemos pertvarka. Įvairiose šalyse sveikatos priežiūros modeliai yra skirtingi, sveikatą apibūdinantys rodikliai taip pat skiriasi, bet visose šalyse atkreipiamas dėmesys, kad reikia stiprinti pirminės sveikatos priežiūros grandį<sup>32</sup>. Sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų efektyvus panaudojimas yra viena iš priežasčių, kodėl remiama pirminė sveikatos priežiūros grandis ir kartu šeimos medicinos institucija daugelyje pasaulio šalių<sup>33</sup>.

Kaip teigia J. Marriott ir A.L. Mable (2000), pirminės asmens sveikatos priežiūros organizavimo principai pasaulyje įgyvendinami įvairiais būdais – tai priklauso nuo šalies

---

<sup>31</sup> LR SAM Sveikatos apsaugos ministro 2003-12-22 įsakymas Nr.V-754 „Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“//Valstybės Žinios, 2004.01.13, Nr.: 7-153.;

<sup>32</sup> Kairys J. „Vilniaus miesto ambulatorinės sveikatos priežiūros modelio vertinimas: būklės – prieinamumo – kokybės parametrai“: daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata, Vilniaus universitetas, 2002.

<sup>33</sup> MacDonald J., Davies G.P., Hill G. The role of general practice in strengthening Primary care. A review of international experience. Kanbera, 2001. -ISBN 0642735980), (Saltman R. B., Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms // Acad. Med. -1998, Vol. 73 (8). P. 865-870.).

resursų, tradicijų, visuomenės sveikatos ir demografinės situacijos. Daugelyje šalių šeimos medicinos (bendrosios praktikos) institucija yra centrinė pirminės sveikatos priežiūros sistemos ašis. Pirminės sveikatos priežiūros sistemos pagal skirtingą apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas formą yra skirstomos į kelias grupes, tačiau pagrindiniai veikėjai yra tie patys - paslaugų gavėjai (pacientai), paslaugų teikėjai ir mokėtojai už paslaugas (valstybė, draudimo kompanijos)<sup>34</sup>.

Daugumoje šalių yra skirtingos sveikatos sistemos. Jos yra skirstomos į kelias grupes pagal skirtingą valdymo ir finansavimo tipą:

- visa apimanti sveikatos priežiūros sistema (Beveridžo), kai visiems gyventojams už jų sveikatos priežiūrą apmokama iš surenkamų mokesčių (Švedija, Anglija);
- iš socialinio draudimo apmokama valstybės prižiūrima, nesiekianti pelno sveikatos priežiūros (Bismarko) sistema (Prancūzija, Vokietija, Olandija);
- mišri privati/visuomeninė sistema - privataus sveikatos draudimas ir valstybinis draudimas tam tikroms populiacijos grupėms (JAV, Lotynų Amerika, Azija ir Afrika);
- Douglas nacionalinio sveikatos draudimo sistema, kai bendrieji mokesčiai pasidalijami valstybės ir organizuojančio lygmens provincijoje (Kanada, Australija).

Vienas iš būdų įvykdyti finansinę ir organizacinę sveikatos priežiūros reformą yra decentralizacija. Kai kuriose šalyse į decentralizaciją žiūrima kaip į pirminės sveikatos priežiūros ramstį. Tačiau praktikoje šis procesas yra labai skausmingas, nes daugelyje šalių grupės, atstovaujančios stacionarų sektorių ženkliai įtakoja sprendimus. Todėl šiame procese labai svarbu stiprinti vietines bendruomenes ir skatinti jų dalyvavimą<sup>35</sup>.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo ir valdymo reforma grindžiama nuostata, jog reikia atskirti paslaugų teikėją nuo pirkėjo. Dauguma Vidurio ir Rytų Europos valstybių įdiegė privalomojo sveikatos draudimo sistemas: Vengrija ir Estija nuo 1992 m., Čekijos Respublika – nuo 1993 m., Lietuva – 1997, Lenkija – 1999 m.<sup>36</sup>. Svarbu ne tik

---

<sup>34</sup> Marriott J., Mable A.L.. Opportunities and Potential. A Review of International Literature on Primary Health Care Reform and Models. Canada. -2000.

<sup>35</sup> Marriott J., Mable A.L.. Opportunities and Potential. A Review of International Literature on Primary Health Care Reform and Models. Canada. -2000), (Saltman R. B., Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms // Acad. Med. -1998, Vol. 73 (8). P. 865-870.

<sup>35</sup>Kairys J. "Vilniaus miesto ambulatorinės sveikatos priežiūros modelio vertinimas: būklės – prieinamumo – kokybės parametrai": daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata, Vilniaus universitetas, 2002. World Health Organization Regional Office for Europe. Health for all database: <http://www.who.dk:prisijungimo laikas 2006-05-15>

<sup>36</sup> J Kairys. "Vilniaus miesto ambulatorinės sveikatos priežiūros modelio vertinimas: būklės – prieinamumo – kokybės parametrai": daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata, Vilniaus universitetas, 2002

finansavimo reforma, bet ir šalių BVP dalies, tenkančios sveikatos priežiūrai, dydis, kuris Centrinės ir Rytų Europos valstybėse 1998 metais vidutiniškai siekė 5,3 proc. ir svyravo nuo 9,0 Kroatijoje iki 2,6 Rumunijoje. Lietuvoje šis rodiklis siekė 5,1 proc.<sup>37</sup>

Pagal kontaktų su sveikatos priežiūros įstaigomis charakterį, I.M. Šeiman išskiria du pagrindinius finansavimo sistemų tipus. Tai integracinis ir kontraktų modeliai. Integracinio tipo sistemoje paslaugų pirkėjo, organizatoriaus ir teikėjo funkcijos susilieja. Šioje sistemoje pagrindinis vaidmuo paprastai tenka valstybei. Valdymo sistema – ypatingai centralizuota. Kontraktinis modelis pagrįstas ekonominiais, o ne administraciniais santykiais tarp finansuojančios pusės ir gydymo įstaigų. Šių santykių pagrindas yra funkcijų tarp mokėtojo ir paslaugų teikėjo pasidalijimas. Čia galioja principas „pinigai paskui ligonį“. Kontraktų modelis labiausiai pasiteisino ten, kur finansuojanti pusė yra „trečia šalis“ – organizacija, kuri tiesiogiai nedalyvauja gydymo įstaigos valdyme.<sup>38</sup>

Skirtingose šalyse skiriasi ambulatorinių įstaigų privatizacija. Čekijos Respublikoje ir Slovakijos Respublikoje iki 1995 metų buvo privatizuota apie 90 proc. ambulatorinių įstaigų. Kitose regiono valstybėse tokios sparčios privatizacijos nebuvo, tačiau daugelyje šalių stomatologinė pagalba yra privačiose rankose<sup>39</sup>.

Pirminės sveikatos priežiūros efektyvumas ir jos reformos sėkmė labai priklauso nuo pasirinkto apmokėjimo už paslaugas modelio. Apmokėjimo struktūra turi būti tokia, kad skatintų gydytojus dirbti efektyviai. Veikla, didinanti šį efektyvumą turi būti atlyginta, o veikla, didinanti kaštus, o mažinanti efektyvumą – pristabdyta<sup>40</sup>.

Šiuo metu Europos regione naudojamos trys skirtingos išmokų PSP įstaigų gydytojams sistemos: apmokėjimas už atliktas paslaugas (angl. Fee-for-service), apmokėjimas pagal prisirašiusius gyventojus (angl. capitation) ir fiksuotas atlyginimas<sup>41</sup>.

Taikant sistemą „Apmokėjimas už suteiktas paslaugas“ (angl. Fee-for-service) gydytojui mokama už kiekvieną procedūrą. Užmokesčiu už suteiktas paslaugas gydytojų darbo

---

<sup>37</sup> World Health Organization Regional Office for Europe. Health for all database: <http://www.who.dk>; prisijungimo laikas 2006-02-15

<sup>38</sup> И. М. Шейман. Экономика здравоохранения. Москва, 2001.-324р.

<sup>39</sup> J Kairys. „Vilniaus miesto ambulatorinės sveikatos priežiūros modelio vertinimas: būklės – prieinamumo – kokybės parametrai“: daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata, Vilniaus universitetas, 2002, LR Sveikatos apsaugos ministro 2001-11-09 įsakymas Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“ // Valstybės žinios. -2001, Nr.96-3400

<sup>40</sup> LR Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 „Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo“// Valstybės Žinios, 2004.11.04, Nr.: 160- 5860.;

<sup>41</sup> Ten pat

apmokėjimo sistema skatina skirti daugiau dėmesio gydymui, brangioms diagnostinėms technologijoms nei profilaktikai, nes tai yra pelningiau. Ši sistema neskatina profilaktinio darbo ar medicinos pagalbos nenutrūkstamumo, jei profilaktika nėra struktūrizuota kaip konkreti paslauga. Pagrindinis trūkumas yra tas, kad PSP įstaigos neturi ekonominio suinteresuotumo gerinti gyventojų sveikatą, nes kuo daugiau sergančių žmonių, tuo daugiau apmokamų apsilankymų, įvairių tyrimų ir procedūrų (Nacionalinės sveikatos tarybos posėdžio “Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis” rezoliucija 2000 m. lapkričio 22d. Vilnius). Ši sistema taikoma JAV, Belgijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje<sup>42</sup>.

Apmokėjimas pagal prisirašiusių gyventojų skaičių “Capitation” – tai pinigų kiekis, skirtas nustatytų sveikatos priežiūros paslaugų, suteiktų vienam pas BPG užsiregistravusiam pacientui per nustatytą laikotarpį, apmokėjimui. Pagrindinis uždavinys, įvedant tokį apmokėjimo būdą, yra nustatyti teisingą metinio mokesčio dydžio apskaičiavimą<sup>43</sup>. Paprastai taikomas užsiregistravusiems pacientams (prisirašiusiems) priklausomai nuo jų amžiaus grupės, numatant didesnę apmokėjimą mažiems vaikams ir vyresnio amžiaus gyventojams<sup>44</sup>. Gydytojai gaudami vien “Capitation” apmokėjimą nesistengia teikti kuo daugiau paslaugų. *Ši sistema didina siuntimų gydytojams specialistams skaičių ir su tuo susijusias išlaidas.* Taip pat iškyla pavojus pacientams, sergantiems tam tikromis ligomis ar priklausantiems įvairioms rizikos grupėms, būti nepageidaujamais sveikatos priežiūros įstaigose. Tačiau administruoti šią sistemą yra pakankamai pigu, nes nereikia personalo, tvarkančio sąskaitas už atskiras pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, nei gydymo įstaigoje nei perkančioje pirminės sveikatos priežiūros paslaugas institucijoje. Vyrauja Olandijoje, Italijoje, Jungtinėje Karalystėje<sup>45</sup>.

Fiksuotą atlyginimą gydytojas gauna už tam tikrą laiką, kurį jis praleidžia atlikdamas gydytojo vaidmenį plačiąja prasme, o ne už atskirus tokio darbo epizodus. Atlyginimo dydis dažniausiai yra sprendžiamas medikų asociacijų ir finansavimo agentūros derybų metu. Ši sistema vyrauja Suomijoje, Švedijoje, Norvegijoje. Ši sistema neskatina gydytojo suinteresuotumo dirbti kokybiškai ir teikti kuo įvairesnes paslaugas.

---

<sup>42</sup> MacDonald J., Davies G.P., Hill G. The role of general practice in strengthening Primary care. A review of international experience. Kanbera, 2001. -ISBN 0642735980, World Health Organization Regional Office for Europe. Health for all database: <http://www.who.dk>; prisijungimo laikas 2006-02-15

<sup>43</sup> LR Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 “Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo”// Valstybės Žinios, 2004.11.04, Nr.: 160- 5860.;

<sup>44</sup> Шейман И. М. Экономика здравоохранения. Москва, 2001.-324р. -ISBN 5-7218-0350-9.

<sup>45</sup> MacDonald J., Davies G.P., Hill G. The role of general practice in strengthening Primary care. A review of international experience. Kanbera, 2001. -ISBN 0642735980), (Шейман И. М. Экономика здравоохранения. Москва, 2001.-324р. -ISBN 5-7218-0350-9.



Aukščiau paminėtos apmokėjimo sistemos dažniausiai būna tik vyraujančios, nes daugelyje šalių taikomi kelių apmokėjimo metodų elementai. Pavyzdžiui, Austrijoje ir Danijoje taikoma mišri sistema už gyventojus ir paslaugas. Mišrios apmokėjimo sistemos, kai mokama už aptarnaujamų gyventojų skaičių ir už atskiras paslaugas leidžia efektyviau kontroliuoti kaštus makrolygmeniu, tačiau mikrolygmenyje paslaugų kokybės ir efektyvumo atžvilgiu pacientai ir patys paslaugų teikėjai nėra visiškai patenkinti.

Kaip teigia J. Kairys (2002), kaip efektyviai dirba ambulatorinė grandis netiesiogiai parodo pacientų apsilankymų skaičius, tenkantis vienam asmeniui (angl.- outpatient contact per person per year). Vakarų Europos valstybėse šis rodiklis svyruoja nuo 11 - Šveicarijoje iki 2,9 – Švedijoje, vidurkis – 6.2 apsilankymų vienam gyventojui per metus. Rytų ir Vidurio Europos valstybėse (tame tarpe ir Lietuvos) apsilankymų skaičiaus vienam gyventojui vidurkis yra 6,97. Šioje šalių grupėje daugiausiai apsilankymų vienam gyventojui - 14,8 yra Čekijoje, mažiausiai - 1,7 apsilankymo, tenka vienam Albanijos gyventojui. Lietuvoje šis skaičius siekia 6,6. NVS šalyse apsilankymų ambulatorinėje grandyje daugiausiai užregistravo 11,4 Baltarusija, mažiausiai – 1,6 Gruzija<sup>46</sup>. Toks ryškus ambulatorinių apsilankymų svyravimas skirtingose šalyse atspindi ne tik skirtingus sveikatos priežiūros organizavimo metodus, bet ir nevienodą ambulatorinių apsilankymų traktavimą ir registravimą PSO duomenų bazėje. Ne visos šalys teikdamos ataskaitas PSO vadovaujasi PSO rekomendacijomis dėl sveikatos priežiūros rodiklių priskyrimo tam tikrai rodiklių grupei. Pavyzdžiui: Čekijoje tokį didelį apsilankymų skaičių įtakojo tai, kad šios šalies apsilankymų struktūroje, skirtingai nei kitose šalyse, yra įtrauktos

Lietuvos teisės aktuose pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra apibrėžiama kaip nespécializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Bendrosios praktikos gydytojo ir Bendrosios praktikos slaugytojo normų reikalavimus, kompleksas<sup>47</sup>. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra vykdoma bendrosios praktikos (Šeimos) gydytojo kartu su slaugytojais.

Bendrosios praktikos gydytojo kompetencija apibrėžta LR SAM 2005 m. gruodžio 22 d. įsakyme Nr. V-1013 “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 “Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė” patvirtinimo”. Jei pacientui reikalinga aukštesnės kvalifikacijos pagalba - pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros specialistas išduoda

---

<sup>46</sup>Lietuvos sveiktos informacijos centras, [http://www.lsic.lt/html/sv\\_statistika.htm](http://www.lsic.lt/html/sv_statistika.htm); prisijungimo laikas: 2006-05-01, World Health Organization Regional Office for Europe. Health for all database: <http://www.who.dk>; prisijungimo laikas: 2006-05-01.

<sup>47</sup>LR Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazių kainų sąrašo tvirtinimo“ //Valstybės Žinios, 2005.12.08, Nr.: 143-5205.;

jam siuntimą. Taigi bendrosios praktikos gydytojas atlieka “vartininko” funkciją. Pasak D. Jankauskienės (2002) šalys, įdiegusios šią funkciją (t.y. siuntimus į aukštesnį lygį), sveikatos apsaugai išleidžia mažiau pinigų. Tačiau vartininko funkcija neturi tiesioginės įtakos finansinėms pirminės sveikatos priežiūros išlaidoms<sup>48</sup>.

Lietuvoje vyrauja vienas pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros metodas – apmokėjimas už aptarnaujamų gyventojų skaičių (“capitation”). Mokestis už prirašytą gyventoją skiriasi priklausomai nuo amžiaus grupės ir vietovės (už kaimo gyventojų aptarnavimą mokama didesnė kaina, nei už tokio pat amžiaus miesto gyventoją). Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos pagal nustatytą metinę bazinę kainą už gyventoją, įrašytą į asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąrašą. Bendrosios praktikos gydytojo aptarnaujamų pacientų metinė bazinė kaina priklauso nuo paciento amžiaus ir siekia nuo 247,8 (už iki 1m. amžiaus pacientą) iki 41,4 (18 - 49 m amžiaus pacientą) balų<sup>49</sup>. Kiekvieno aptarnaujamo kaimo gyventojų metinė bazinė kaina didinama 31,1 balo. Aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvas priklauso nuo apylinkės tipo ir siekia nuo 950, kai apylinkėje daugiau kaip 90 proc. prisirašiusių yra iki 18 metų amžiaus, iki 1550, kai mažiau kaip 20 proc. prisirašiusių yra iki 18 metų amžiaus. Manoma, kad bendrosios praktikos gydytojas, aptarnaujantis daugiau nei normatyve numatyta gyventojų, negali atlikti visų pirminei ambulatorinei grandžiai priskirtų funkcijų, todėl pablogėja pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė.

2000 - 2005 metais buvo keičiama apmokėjimo už pirminę ambulatorinę asmens sveikatos paslaugas sistema, įvedant mišrią apmokėjimo sistemą, numatant:

- bazinį apmokėjimą už įrašytus į sąrašą aptarnaujamus gyventojus;
- už suteiktas skatinamąsias paslaugas, tokias kaip prevencinė veikla, kai kurias chirurgines procedūras;
- bazinio mokėjimo priedas už gerus darbo rezultatus, pagal nustatytus vertinimo kriterijus (už imunizacijos, hospitalizacijos ir kitus rodiklius).

2003 m. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinta papildomo mokėjimo už ambulatorines pirminės sveikatos priežiūros paslaugas tvarka, kuria numatyta skirti papildomą finansavimą už racionalų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų

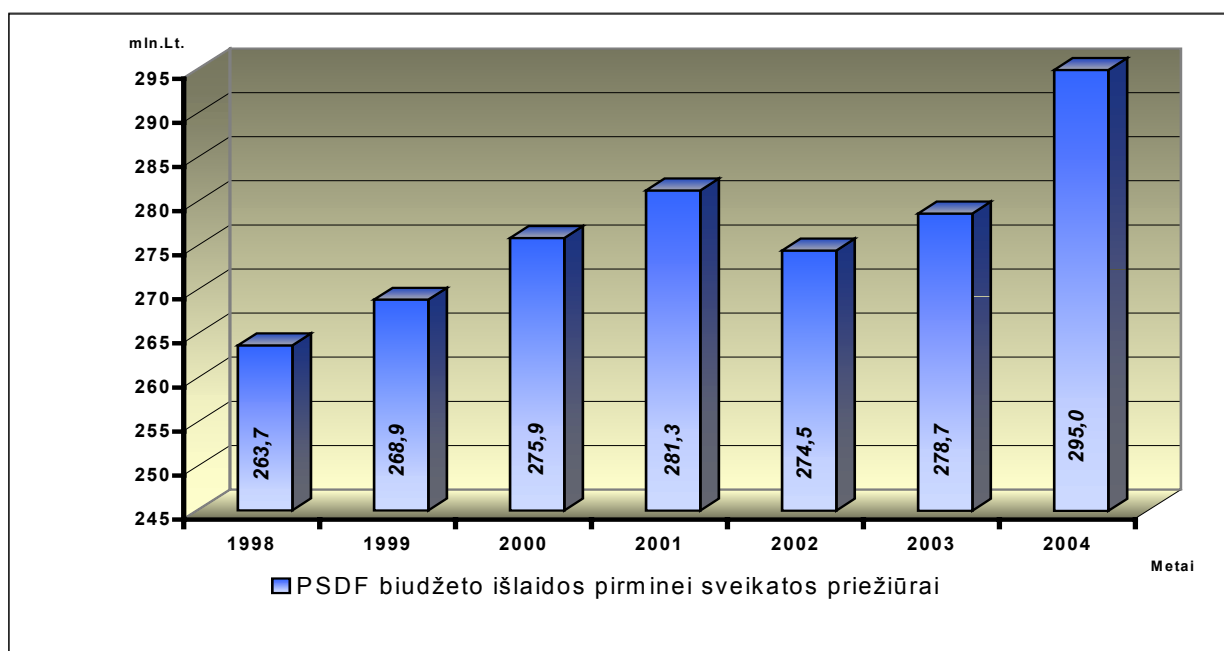
---

<sup>48</sup> Jankauskienė D. Mokslo įrodymais pagrįsti finansavimo metodai. VU Socialinės medicinos centras, Konferencijos “Sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: problemos ir perspektyvos” medžiaga, Druskininkai, 2002.

<sup>49</sup> LR SAM Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. 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“//Valstybės Žinios, 2005.12.08, Nr.: 143-5205.;

kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms panaudojimą bei už gerus darbo rezultatus, laiku įtarus ankstyvos stadijos piktybinę naviką ir pacientą nukreipus atitinkamo specialisto konsultacijai<sup>50</sup>.

Lietuvoje išibėgėja sveikatinimo programų rengimas ir vykdymas bei apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto: pradėta vykdyti gimdos kaklelio vėžio, krūties vėžio, prostatos vėžio profilaktikos programa bei vaikų dantų ėduonies profilaktinė programa. Siekiant plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, pagal galimybes didinamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos šioms paslaugoms finansuoti. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos pirminei sveikatos priežiūrai finansuoti parodytos 2 paveiksle.



2 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos pirminei sveikatos priežiūrai 1998 – 2003 m (J. Kulik, D. Balčiauskaitė; 2005)

Olandijos Utrechto universiteto Šeimos medicinos departamento dėstytojas Peter van Hasselt teigia, kad pasiekti aukštos kokybės pirminę sveikatos priežiūrą galima:

- Bendrosios praktikos (Šeimos) gydytojų atlyginimai turėtų būti didesni nei kitų specialistų, siekiant padidinti šios specialybės patrauklumą. Deramas dėmesys turi būti skiriamas patalpoms įrengti ir reikiamai aparatūrai įsigyti;
- Bendrosios praktikos (Šeimos) gydytojas, dalyvaujantis moksliniuose tyrimuose, turėtų būti paskatintas, pavyzdžiui, skiriant pinigų už kiekvieną atliktą klinikinį tyrimą;

<sup>50</sup> Kulik J., Balčiauskaitė D. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos //Sveikatos drauda. -2005, Nr. 1.

- profesinės sąjungos kartu su ligonių kasa gali išskirti tam tikras veiklos rūšis, kuriose gydytojams būtų mokama papildomai (pvz., nedidelės apimties chirurgija, imunizacija, sveikatos mokymas);
- užmokesčiu skatinti kvalifikacijos kėlimą.

Taigi šeimos gydytojo atlyginimas turi susidėti iš daugelio sudedamųjų dalių, tada gydytojas bus suinteresuotas tobulintis ir gerinti gydymo kokybę.

1996-1997m. daugelyje šalies miestų ir rajonų ambulatorinė grandis buvo atskirta nuo stacionaro, pirminė asmens sveikatos priežiūra atskirta nuo antrinės, pradėjo kurtis pirminės asmens sveikatos priežiūros centrai. Kai kur, dažniausiai didžiuosiuose šalies miestuose, pirminė asmens sveikatos priežiūra liko poliklinikose, ten pat teikiant ir antrines ambulatorines paslaugas<sup>51</sup>.

Literatūros šaltiniai teigia apie pasirenkamus skirtingus specializuotos pagalbos apmokėjimo būdus skirtingose valstybėse. Lietuvoje pasirinktas specializuotos priežiūros paslaugų apmokėjimas už atvejį (konsultacija) ir už kai kurias atskiras paslaugas (kataraktos operacija, ambulatoriškai atliekamos brangiosios procedūros ir tyrimai ir kt.). Autoriai nurodo, kad pasirinktas ambulatorinių paslaugų apmokėjimo metodas nėra išsemtas ir gali būti tobulinamas, siekiant paskatinti paslaugų teikėjus teikti ambulatoriškai didesnės apimties ir geresnės kokybės paslaugas.

Vadovaujantis privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų paskirstymo taisykle, lėšų skirstymo pagal gyventojų skaičių principu, siekiama sukurti aiškias pinigų skirstymo taisykles, suvienodinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visose Lietuvos vietovėse<sup>52</sup>. Lietuvoje ir užsienyje atliktas ne vienas tyrimas susijęs su paslaugų prieinamumu, pasitenkinimu teikiamomis paslaugomis, bet visi jie nagrinėja procesus, vykstančius pirminės asmens sveikatos priežiūros grandyje. Lietuvoje antro lygio paslaugas teikiančiose įstaigose apsilankymo atitikmuo yra konsultacija. Ambulatorinių konsultacinių paslaugų teikimo analizė ir vertinimas svarbus apžvelgiant procesus, vykstančius ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros grandyje.

Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų socialinę ir ekonominę padėtį - parodė, kad pacientai labiau linkę gydytis ambulatoriškai. Tik dalis (pensininkai ir bedarbiai) labiau linkę gydytis stacionare.

<sup>51</sup> PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje, 1998m. Vilnius.

<sup>52</sup> Nacionalinės sveikatos tarybos 2004 m. kovo 30d. nutarimas „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros plano“, Vilnius, 2004.

Didesnes pajamas gaunantieji beveik 100 proc. rinkęsi gydymąsi ambulatorinėje grandyje<sup>53</sup>. Kaip teigia autoriai, ligoninių poliklinikiniai padaliniai sveikatos priežiūros sistemoje tampa svarbia dalimi ir Jungtinėse Amerikos Valstijose, nes tokia pacientams teikiama pagalba yra pigesnė. Teikiant tokią pagalbą dalyvauja ne tik gydytojai, bet ir slaugytojos bei gydytojų asistentai<sup>54</sup>.

Įvertinant užsienio šalių patirtį, galima teigti, kad sveikatos priežiūros reforma - labai sudėtingas procesas. Kiekviena šalis turi skirtingą sveikatos priežiūros teikimo ir finansavimo sistemą, kuri priklauso nuo istorinių, politinių bei ideologinių faktorių. Iš Vakarų Europos šalių sukauptos patirties yra ko pasimokyti, tačiau šių sistemų negalima akiai kopijuoti. Atvirksčiai, į jas reikia žiūrėti kaip į daugelį galimų pavyzdžių, kuriuos galima tirti ir pritaikyti konkrečios šalies sąlygomis.

### **1.3. Ambulatorinės konsultacinės pagalbos modelio pasirinkimas**

Atkūrus nepriklausomybę Lietuvoje sveikatos sektorius paveldėjo Simaškos sveikatos sistemos organizavimo ir valdymo modelį. Biudžetinė sveikatos priežiūros įstaigų sistema buvo organizuojama atsižvelgiant į gydymo įstaigai priskirtų aptarnaujamų teritorijų gyventojų skaičių. Pagal gyventojų skaičių buvo planuojamas ambulatorinių gydymo įstaigų etatų skaičius, stacionarinėje grandyje – lovų skaičius. Šie rodikliai lėmė sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų sumą. Toks modelis neskatino paslaugų teikėjų racionaliai taupiai ir pagal poreikius planuoti žmoniškuosius ir finansinius resursus. Suteiktų paslaugų skaičius buvo dirbtinai didinamas, kad būtų pateisintas finansinių lėšų skyrimas. Lietuvai toks modelis buvo per brangus, todėl neišvengiamai turėjo keistis ir sveikatos sistemos organizavimas.

1996-1997m. daugelyje šalies miestų ir rajonų ambulatorinė grandis buvo atskirta nuo stacionaro, pirminė asmens sveikatos priežiūra atskirta nuo antrinės, pradėjo kurtis pirminės asmens sveikatos priežiūros centrai. Kai kur, dažniausiai didžiuosiuose šalies miestuose, pirminė asmens sveikatos priežiūra liko poliklinikose, ten pat teikiant ir antrines ambulatorines paslaugas. Rajonuose dažniausiai pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia pirminės asmens sveikatos priežiūros centrai – savarankiškos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, o antrines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia rajoninės ligoninės ambulatorinės pagalbos skyriuose – konsultacinėse poliklinikose. Skirtingi ambulatorinių paslaugų teikimo modeliai sveikatos priežiūros prieinamumui ir tęstinumui turi pakankamai

---

<sup>53</sup> Kairys J., Gurevičius R. "Sveikatos priežiūros paslaugų skirtumai – problemos Vilniaus mieste" *Medicina* 2001, 37:293-301.

<sup>54</sup> Yearbook of Health statistics in Latvia 2003, Ministry of Welfare of the Republic Latvia Health statistics and medical technology agency Riga, 2004.

didelę įtaką. Didžiuosiuose miestuose liko tokia praktika, kai pirminės ir antrinės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos mišriose poliklinikose. Toks paslaugų teikimo modelis turi ir teigiamų ir neigiamų pusių. Teigiamosios – geresnis prieinamumas pas antrinio lygio gydytojus specialistus, galimybė visapusiškai ištirti pacientą toje pačioje įstaigoje, nesiunčiant jo kitur, galimybė greičiau suteikti kokybiškas paslaugas. Neigiamosios – neprisiimama šeimos gydytojo atsakomybė už jį pasirinkusio paciento sveikatos problemas, galimybė dažniau pacientą siųsti pas antrinio lygio specialistą ir taip perkelti daugiau paslaugų į antrinę ambulatorinę grandį, o tai brangina ambulatorinę pagalbą bei apsunkina gydytojų specialistų darbą, teikiant sudėtingesnes ir aukštesnės specializacijos reikalaujančias paslaugas. Miestuose, turinčiuose išplėtotą sveikatos priežiūros infrastruktūrą, paslaugų teikėjo įtaka gerokai didesnė, negu rajonuose.

Vilniaus miesto poliklinikose 20 kartų daugiau negu Vilniaus rajono poliklinikose išduodama siuntimų gydytojų specialistų konsultacijoms, tuo tarpu siuntimų gydytis ligoninėje skaičius beveik vienodas<sup>55</sup>.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2003-08-15 nutarimu Nr.335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ numatė pagrindinius tikslus gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius. Restruktūrizacijos prioritetai – spartesnė ambulatorinių paslaugų plėtra, stacionarinių paslaugų redukavimas, paslaugų prieinamumo gerinimas, šeimos gydytojų veiklos plėtojimas kaimo vietovėse. Pažymint ambulatorinių paslaugų plėtrą ir ją įgyvendinant, numatoma didinti tyrimo ir gydymo paslaugų apimtį ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir plėtoti gydytojų specialistų teikiamas ambulatorines paslaugas.

Įvairiose valstybėse ambulatorinė specializuota pagalba organizuojama skirtingai, bet dažniausiai ši pagalba teikiama konsultaciniuose centruose arba padaliniuose prie stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų. Vengrijoje didžioji dalis specializuotų ambulatorinės pagalbos įstaigų veikia kaip ligoninių filialai. Dauguma konsultacines paslaugas teikiančių įstaigų yra valstybinės. Slovakijoje antrinę ambulatorinę sveikatos priežiūrą vykdo poliklinikos ir ligoninės, ambulatorinių ligonių priežiūra apmokama priklausomai nuo paslaugų sudėtingumo. Ambulatorinę pagalbą teikiantys privatūs ar valstybiniai specialistai dirba savarankiškai, bet jų kabinetai įsikūrę valstybinėse medicinos įstaigose. Norvegijoje specializuota ambulatorinė pagalba teikiama poliklinikiniuose ligoninių padaliniuose. Čekijoje specializuotą ambulatorinę

---

<sup>55</sup> LR Vyriausybės 2003-08-15 Nutarimas Nr.335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“// Valstybės žinios, 2003 Nr.28-1147, Nr.114-5132.

pagalbą teikia ir pavieniui dirbantys specialistai ir specialistai dirbantys poliklinikose bei ligoninių ambulatoriniai skyriai<sup>56</sup>.

Lietuva, reorganizuodama savo sveikatos priežiūros sistemą vadovaujasi Šiaurės šalių patirtimi. Čia yra sukurta gera pirminės sveikatos priežiūros sistema, aukšto lygio specialistų pagalba bei išvystytas stacionarinės pagalbos prieinamumas, šios paslaugos paprastai teikiama atskirose įstaigose. Specializuotos pagalbos teikimas Lietuvoje vystomas panašiai kaip ir Šiaurės regiono šalyse, tik skiriasi organizavimo ir finansavimo sistemos. Lyginant Čekijos, Lietuvos, Rumunijos ir Slovėnijos ambulatorinių paslaugų apmokėjimą per sveikatos draudimo sistemas, Lietuvą galima laikyti išimtimi, nes specialistų teikiamos paslaugos Lietuvoje yra apmokamos už konsultaciją ir atskirai už bangias manipuliacijas, kai kitose valstybėse taikomas apmokėjimas honorarais<sup>57</sup>.

Lietuvoje reikalaujama, kad pacientas, norėdamas gauti gydytojo specialisto paslaugas (konsultaciją) turėtų šeimos gydytojo siuntimą, bet atskiroms specialybėms (pvz. dermatologija) yra padarytos išimty<sup>58</sup>.

Danijoje, ir Suomijoje kreipiantis pas specialistą reikia bendrosios praktikos gydytojo siuntimo. Islandijoje pas specialistus galima kreiptis tiesiogiai, o siuntimas reikalingas norint gauti stacionarinę pagalbą. Lenkija ir Slovėnija turi griežtas siuntimo sistemas. Slovėnijoje šios paslaugos teikiamos tik turintiems šeimos gydytojo siuntimą. Čekijoje specialistų paslaugų prieinamumas santykinai mažai reguliuojamas, siuntimai pas ambulatorinės grandies specialistus yra rekomendacinio pobūdžio<sup>59</sup>.

#### **1.4. Ambulatorinių konsultacinių paslaugų apmokėjimo organizavimas**

##### *Konsultacinių paslaugų apmokėjimo sistema*

Pradėjus finansuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir siekiant jį subalansuoti, ambulatorinė sveikatos priežiūra buvo apmokama už vizitų (apsilankymų) pas specialistus skaičių pagal Sveikatos apsaugos ministro patvirtintas kainas litais ir nustatant, jog apmokamų vizitų skaičius kiekvienoje įstaigoje

---

<sup>56</sup> Health care systems in transition. Czech Republic. European Observatory on Health care System, 1999. Health care systems in transition. Hungary. European Observatory on Health care System, 1999. Health care systems in transition. Norway. European Observatory on Health care System, 1999.

<sup>57</sup> LR SAM 1998 m. birželio 18d. įsakymas Nr.329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“//Valstybės Žinios, 1998.06.24, Nr.: 57-1611.;

<sup>58</sup> Ten pat.

<sup>59</sup> Mykolo Romerio universiteto Viešojo administravimo fakulteto nuotolinio mokymo studijų metodinė medžiaga, doc . Jankauskienė D.

ribojamas 1996 m. vizitų pas specialistus skaičiumi. Jei vizitų pas specialistus skaičius mažesnis, ar lygus praeitų metų vizitų skaičiui, apmokama pilnai, o už vizitus, viršijančius numatytą vizitų skaičių, papildomai nemokama. Naujai įsteigtoms įstaigoms, neturinčioms 1996 m. statistinių duomenų buvo mokama pagal apskrities vizitų vidurkį, iš TLK/VLK rezervo<sup>60</sup>. Kaip alternatyva buvo siūlyta gydytojų specialistų paslaugas apmokėti už konsultacijas, neviršijant 1996 m. apsilankymų skaičiaus. 1998 m. antrinės ir tretinės ambulatorinės priežiūros paslaugoms apmokėti buvo taikoma mokėjimo už „atveji“ sistema. Atvejis – tai vieno specialisto konsultacija dėl vieno susirgimo atvejo. Tai reiškia, jog pirminės sveikatos priežiūros gydytojo pas specialistą siųstam pacientui teikiamas paslaugas TLK apmoka neatsižvelgdama į apsilankymų skaičių. Išimtis daroma tik lėtinėms ligoms. Jei lėtine liga sergančiam pacientui reikia nuolat lankytis pas specialistą, visi apsilankymai per trijų mėnesių laikotarpį laikomi viena konsultacija. Teritorinė ligonių kasa apmoka dvi ar daugiau konsultacijų, jei pacientas siunčiamas pas du ar daugiau specialistų. Vienas specialistas gali siųsti pacientą pas kitą specialistą. Teritorinės ligonių kasos apmokamų konsultacijų skaičius nebuvo ribojamas. Antrinės (kvalifikuotos) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos specialistų pagal ligonio poreikį visiškai apmokant už keturias konsultacijas metuose, dispanserizuotiems ligoniams – už šešias konsultacijas metuose (1997 m.). Tik kai kurios paslaugos (pvz. kataraktos operacijos) apmokamos papildomai.

Apmokėjimo už paslaugas ambulatorinėje grandyje sistemos neigiami aspektai (PHARE projekto konsultantų vertinimu):

- neribojant TLK apmokamų siuntimų konsultacijoms skaičiaus padidinama antrinės priežiūros paslaugų paklausa;
- pirminės sveikatos priežiūros įstaigos nesuinteresuotos savo paslaugomis keisti mediciniškai nebūtiną antrinės priežiūros;
- kuo daugiau pacientų šeimos gydytojas siunčia konsultacijoms, kai neribojamas mokėjimas už šias paslaugas, tuo didesnė tikimybė, kad pinigai plauks į tuos rajonus, kur istoriškai susikonglomeravusios antrinio ir tretinio lygio įstaigos<sup>61</sup>.

PHARE ekspertų teigimu, tokia konsultacinių paslaugų apmokėjimo sistema gana paprasta ir aiški paslaugų teikėjams bei plačiajai visuomenei, bet nėra jokių patikimų retrospektyvių statistikos duomenų, nurodančių konsultacijų dažnumą. Nėra jokio tikslaus šios sąvokos apibrėžimo.

---

<sup>60</sup> Buivydas R., Černiauskas G. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pereinamuoju laikotarpiu. Vilnius. Sveikatos ekonomikos centras. 1997 p.119.

<sup>61</sup> Misevičienė I., Dregval L. „Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. Medicina 2002; 38.



Atsižvelgdami į riziką, susijusią su 1997 m. įdiegta pereinamojo laikotarpio apmokėjimo sistema minėti ekspertai pasiūlė imtis tam tikrų priemonių:

- įvesti teritorinių ligonių kasų metinius biudžetus, siekiant skatinti teritorinių ligonių kasų išlaidų mažinimą;
- nustatyti fiksuotus pirminės sveikatos priežiūros, antrinio ir tretinio lygio paslaugų teritorinių ligonių kasų biudžetus bei nustatyti taškų (balų) sistemą antrinio ir tretinio lygmens veiklai. Kiekvienoje teritorinėje ligonių kasoje turi būti nustatyta pinigine balo vertė, paskirstant bendrąjį fondą stacionariniam finansavimui pagal apskrityje teikiamas paslaugas;
- įdiegti naujus konsultacijų ir apsilankymų statistikos kontrolės metodus.

Mokėjimas už vizitus palaiapsniui papildomas honorariniu finansavimu. Turint numatytas biudžeto lėšas ir apskaičiuotą konsultacijų skaičių, buvo paskaičiuota teorinė vienos konsultacijos kaina. Lėšų poreikio konsultacijoms skaičiavimas buvo paremtas apsilankymų skaičiumi pas specialistus prilyginus, kad viena konsultacija laikytini trys apsilankymai pas specialistą. Konsultacija vadinamas ligonio apsilankymas (apsilankymai) pas gydytoją specialistą (konsultantą) dėl konkrečios ligos. Konsultacijos metu gydytojas turi atlikti visus reikiamus nurodytus veiksmus. Konsultacija, kaip paslaugos sąvoka, apima anamnezės surinkimą, ligonio apžiūrėjimą, siuntimo dokumentų įvertinimą, papildomų tyrimų atlikimą, gydymo plano sudarymą bei nedarbingumo ekspertizę. 1998 metais buvo priimta, kad už gydytojo specialisto konsultaciją dėl konkrečios priežasties apmokamas pirmas (ketvirtas, septintas ir t.t.) apsilankymas dėl tos pačios priežasties pas tos pačios srities gydytoją specialistą<sup>62</sup>. Apmokėjimas vykdomas patvirtintomis bazinėmis kainomis, kurios vienodos visoje šalyje. Bazinė kaina - tai aukšto agregavimo lygio kaina, atitinkanti sveikatos priežiūros įstaigų už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas išlaidų normatyvus. Bazinės kainos nustatytos balais, balo vertė gali būti keičiama priklausomai nuo sveikatos draudimo biudžeto ir suteiktų paslaugų apimties. Bazinės kainos ir balo vertę nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Toks ambulatorinių specializuotos priežiūros paslaugų apmokėjimas už konsultaciją ir už kai kurias atskiras paslaugas (kataraktos operacijas, stomatologines plokšteles bei briketų sistemas, ambulatoriškai atliekamas brangias procedūras ir tyrimus) galioja iki šiol. Esamas ambulatorinių paslaugų apmokėjimo metodas tobulintas, siekiant paskatinti paslaugų teikėjus teikti ambulatoriškai didesnės apimties bei geresnės kokybės paslaugas. Viena iš tobulinimo krypčių – šiuo metu vykstantis konsultacijų (apmokėjimo atvejų) diferencijavimas pagal

---

<sup>62</sup>LR SAM 1998 m. birželio 18d. įsakymas Nr.329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“//Valstybės Žinios, 1998.06.24, Nr.: 57-1611.;

sąnaudas į kelias ar keliolika grupių. Kita galima kryptis – palaiptiui didinti atskirai apmokamų paslaugų skaičių.

Ambulatorines antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos finansuojamos pagal gydytojų specialistų suteiktų konsultacijų skaičių.

*Gydytojų specialistų teikiamų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka*

LR SAM 1998 m. birželio 18 įsakymas Nr.329 "Dėl bazinių kainų patvirtinimo" apibrėžė kriterijus, kuriais vadovaujantis teikiamos ir iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamos konsultacinės paslaugos:

- gydytojų specialistų, dirbančių poliklinikose, kuriose, specializuotos sveikatos priežiūros paslaugos atskirtos nuo pirminės sveikatos priežiūros paslaugų, taip pat specializuotų įstaigų savarankiškose poliklinikose, teikiamos paslaugos, nepriklausančios teikti pagal Bendrosios praktikos gydytojo medicinos normą, apmokamos pagal gydytojo specialisto konsultacijos (apsilankymo pas gydytoją specialistą) bazines kainas.
- gydytojo specialisto konsultacija laikomas paciento apsilankymas pas jį turint siuntimą dėl konkrečios priežasties. Apsilankymo metu atliekami pagal gydytojo specialisto kompetenciją visi pacientui būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai ir raštu teikiami patarimai siuntusiam gydytojui.
- jei pirmojo apsilankymo dėl konkrečios priežasties pas gydytoją specialistą metu nustatoma, kad pacientui būtina gydytis stacionare ir jis iškart siunčiamas į tos pačios įstaigos stacionaro skyrių, toks atvejis nelaikomas konsultacija ir apsilankymo išlaidos įskaičiuojamos į stacionaro gydymo bazinę kainą. Jei ambulatoriškai ištyrus arba gydant paaiškėja, kad pacientą reikia gydyti stacionare ir po to jis siunčiamas į stacionarą, tokios ambulatorinės konsultacijos apmokamos bendra tvarka.
- už gydytojo specialisto konsultaciją dėl konkrečios priežasties mokama pirmą kartą pacientui apsilankius. Jei dėl tos pačios priežasties pacientas lankosi pas tos pačios srities specialistą daugiau nei tris kartus, mokama pakartotinai.

Už gydytojo specialisto konsultaciją mokama, jei pacientas pirmą kartą dėl konkrečios priežasties kreipiasi į gydytoją specialistą. Vieno gydymo epizodo metu tos pačios srities gydytojas specialistas gali teikti skirtingai apmokamas specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Jeigu paciento antro arba trečio apsilankymo pas tos pačios srities gydytoją specialistą metu suteikiama brangiau apmokama specializuota ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros paslauga, tai pirmojo apsilankymo metu suteikta paslauga gali būti pateikta apmokėti brangiau kainuojančios paslaugos bazine kaina. Jeigu dėl tos pačios priežasties

pacientas kreipiasi į tos pačios srities gydytoją specialistą daugiau nei tris kartus, mokama pakartotinai. Už vėlesnius apsilankymus mokama tokia pačia tvarka.

Už kiekvieną paciento apsilankymą pas šiuos gydytojus specialistus mokama:

- radiologą ir rentgenodiagnostą - kai dėl tos pačios priežasties atliekami ne daugiau kaip trys rentgenoskopijos tyrimai, padaromos ne daugiau kaip trys fluorogramos (išskyrus profilaktines), ne daugiau kaip trys diagnostinės rentgenogramos (išskyrus dantų) ir aprašomos formos Nr. 025/a asmens sveikatos istorijoje (ambulatorinėje kortelėje, įdėtiniame lape) bei pateikiama išvada;
- endoskopoautoją ir echoskopoautoją - kai dėl tos pačios priežasties atliekami ne daugiau kaip trys diagnostiniai vieno ar kelių organų echoskopijos, endoskopijos tyrimai ir aprašomi formos Nr. 025/a asmens sveikatos istorijoje (ambulatorinėje kortelėje, įdėtiniame lape) bei pateikiama išvada;
- klinikos fiziologą - kai dėl tos pačios priežasties atliekami ne daugiau kaip trys galvos smegenų, nervų, kvėpavimo ir širdies-kraujagyslių sistemų tyrimai ar paimami mėginiai, neįrašyti į šeimos gydytojo normą, ir aprašomi formos Nr. 025/a asmens sveikatos istorijoje (ambulatorinėje kortelėje, įdėtiniame lape) bei pateikiama išvada;
- fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoją - kai paciento konsultacijos metu paskiriamas (keičiamas) ir atliekamas vienos rūšies procedūrų kursas bei aprašomas formos Nr. 025/a asmens sveikatos istorijoje (ambulatorinėje kortelėje, įdėtiniame lape);
- anesteziologą-reanimatologą - kai ambulatorijos sąlygomis atliekamos chirurginės ar diagnostinės manipuliacijos, taikant bendrąją nejautrą;
- nefrologą, vaikų nefrologą - kai peritoneine dialize gydomo paciento konsultacijos metu yra atliekami ir formos Nr. 025/a asmens sveikatos istorijoje (ambulatorinėje kortelėje, įdėtiniame lape) įvertinami tyrimai pagal Dializės paslaugų teikimo bendruosius ir specialiuosius reikalavimus.

LR SAM 1998-06-18 įsakymas Nr.329 "Dėl bazinių kainų patvirtinimo" moraliai pasenęs ir keistinas. Jame pasigendama ambulatorinės konsultacijos aprašymo. Neįvardinta, kas priskiriama ambulatorinei antrinio ir tretinio lygio konsultacijai, kokius veiksmus/tyrimus turi atlikti šią paslaugą teikiantis specialistas. Iki dabar nėra patvirtintos siuntimų gydyti, konsultuoti tvarkos. Nėra patvirtintos dispanserizacijos tvarkos.

## 2. AMBULATORINIŲ PASLAUGŲ KONTROLĖS PROBLEMOS

### 2.1. Kontrolės proceso svarba valdymo procese

Kiekvienas darbas turi pradžią ir pabaigą. Kiekviena organizacija vykdydama savo veiklą turi numatyti tos veiklos ribas ir apsibrėžti, ko ji nori pasiekti savo veikla.

Traktuojant vadybą kaip integratyvų mokslą, "galutinį tašką" padėjo G. Saimondsas (G. Symonds). Jo nuomone, valdant organizacijas, neišvengiamai būtina taikyti ekonomikos, sociologijos, psichologijos, teisės, inžinerijos, matematikos, karybos ir kitų mokslų principus bei metodus<sup>63</sup>. Tačiau be šių mokslų taikymo dar būtina įsisavinti ir taikyti specifinius vadybos mokslo principus ir metodus, kurių nenagrinėja kiti mokslai ir kurie susiformavo kaip specifinių žinių apie organizacijų vystymą visuma. G. Saimondso išvada reiškė, kad greta sampratos "mokslinis valdymas" atsiranda samprata "vadybos mokslas".

"Mokslinio valdymo" samprata reiškė, kad organizacijas reikia valdyti, vadovaujantis moksliniais pagrindais, tačiau tai galima daryti naudojantis kitų mokslų metodais<sup>64</sup>.

"Vadybos mokslo" samprata valdymą moksliniais pagrindais traktuoja kaip specifinių principų ir metodų naudojimą, juos taikant kartu su kitų mokslų metodais.

Orgvadybinės teorijos remiasi daugiausia inžinieriniais metodais, sociopsichologinės - sociologiniais ir psichologiniais metodais. Taip pat negalima tvirtinti, kad vadybos kaip specifinio mokslo traktavimas atsirado tik empirikų darbuose - dar H. Fajolis suformulavo 14 specifinių administravimo principų. Tačiau galutiniai ši samprata buvo suformuluota G. Saimondso ir kitų empirikų.

*Vadyba* – ekonomikos mokslo specialioji (konkrečioji arba praktinė) disciplina, specifinė darbinės veiklos rūšis, susiformavusi darbo pasidalijimo procese, pradėjus žmonėms burtis į bendro tikslo siekiančias grupes. Vadovavimo specifika reiškiasi tuo, kad išsiskiria žmogus ar asmenų grupė, lemianti kitų žmonių veiksmus ir pastangas, realizuojant bendrą tikslą, kad kuo efektyviau būtų panaudoti visi turimi ištekliai<sup>65</sup>.

---

<sup>63</sup> Butkus F.S. Organizacijos ir vadyba. – Vilnius, 1996 -9-12p.

<sup>64</sup> Zakarevičius P. Vadyba: genezė, dabartis, tendencijos. – Kaunas, 1998. – 130-131 p.

<sup>65</sup> Neverauskas B., Rastenis J. Vadybos pagrindai. – Kaunas, 2000. – 71-76 p.

Vadybos funkcijos:

Įvairūs specialistai ne visuomet sutaria dėl išsamaus vadybos (vadovavimo - administracinės) funkcijų sąrašo, tačiau sutarta, kad pagrindinės penkios Henri Fayol pasiūlytos funkcijos yra :

1. Planavimas
2. Organizavimas
3. Vadovavimas
4. Koordinavimas (Reguliavimas)
5. *Kontrolė*

Vadybines funkcijas galima išreikšti kaip dirbtinių sistemų valdymo ir žmonių motyvavimo funkcijų rinkinį:

1. Duomenų rinkimas
2. Pranešimo formavimas
3. Duomenų perdavimas per ryšio kanalus (komunikacija)
4. Apskaita
5. *Kontrolė*
6. Analizė
7. Prognozė
8. Planavimas
9. Operatyvus valdymas
10. Organizavimas ir koordinavimas
11. Sprendimo priėmimas / vykdymas
12. Stimuliavimas ir motyvavimas (Psichologijos objektas)

Socialinių - ekonominių (taip pat ir gamybinių) sistemų valdymas pirmąkart buvo pradėtas vadinti *vadyba* (angl. *management* kildinamas iš ital. *maneggiare* (išlaikyti rankose), kas savo ruožtu kyla iš lot. *manus* (ranka)) Mary Parker Follett (1868-1933) darbuose.

*Kontrolė* - procesas, kuriuo siekiama užtikrinti, kad reali veikla atitiktų planuojamą, faktinę situaciją - norimą.

Kontrolė numato sistemingą faktinės veiklos stebėjimą, siekiant nustatyti nukrypimus nuo veikiančių reikalavimų, taisyklių bei normų, analizuoti nukrypimų priežastis ir rengti pasiūlymus nukrypimams pašalinti<sup>66</sup>.

Kontrolės paskirtis - užtikrinti, kad tikslai būtų pasiekti, formuojant planus konkrečiam laiko tarpui. Įvertinant tai, jog organizacija, junginys funkcionuoja neapibrėžtumo sąlygomis, galimi nukrypimai nuo numatyto plano. Svarbu, kad valdymo subjektas laiku sužinotų apie esamus nukrypimus. Jei nesugebama išsiaiškinti nukrypimų ir jų ištaisyti, tai organizacija tikslo gali ir nepasiekti.

*Kontrolės funkcija* susideda iš pagrindinių elementų:

- normatyvų, kriterijų ar standartų nustatymas;
- pasiektų rezultatų matavimas (apskaita);
- pasiektų rezultatų palyginimas (analizė) su nustatytais kriterijais bei reikalingų veiksmų nustatymas.
- nukrypimų nuo standartų konstatavimas, pasirinktų veiksmų keitimas.

Kontroliuoti – t.y. lyginti planą su rezultatais atlikus kiekvieną operaciją, įvertinti tai, kas padaryta.

Kontrolė -tai palyginimas to, kas yra realistiška, su tuo, kas yra normatyvu. Tai fakto palyginimas su norma.

Tam, kad vykdyti kontrolę, būtina:

- įvardinti normą, kurios atžvilgiu vykdoma kontrolė. Normos nustatymas lemia tai, kad valdymo subjektas turi įvertinti realybę;
- faktinė situacija turi būti palyginama su *normine* tų pačių požymių pagrindu. Lyginama pagal tuos pačius požymius;
- faktas, kuris lyginamas su norma, turi būti įvertintas besąlygiškai.

Pagrindinis kontrolės tikslas - nustatyti, kaip laikomasi numatytų planų, kokie yra nuokrypiai, kokios jų nukrypimų nuo normų, numatytų planų priežastys. Kontrolė užtikrina grįžtamą valdymo ryšį, be jos neįmanoma valdyti situacijos.

Kontrolė - tai duomenų apie plano įgyvendinimą rinkimas, analizė ir įvertinimas. Kontrolės formos yra labai įvairios.

---

<sup>66</sup> Stoner J.A.F, Freeman R.E., Gilbert D.R., Jr. Vadyba. – Vilnius, 2000. – 546-572 p

Kontroliuoti galima:

- tiesiogiai - tiesioginė kontrolė vyksta tuomet, kai kontrolierius pats gauna pirminius duomenis ir jų pagrindu daro išvadas;
- netiesiogiai. Netiesioginė kontrolė - tai antrinių (išvestinių) duomenų analizė ir įvertinimas;

Laiko požiūriu kontroliuoti galima:

- nuolat - nuolatinė kontrolė - visą laiką, be pertraukų, vykstantis duomenų rinkimo ir apdorojimo procesas;
- periodiškai - periodinė kontrolė - kontroliavimas nustatytais momentais, kurie kartojasi tam tikra tvarka;
- atsitiktinai - atsitiktinė kontrolė - duomenų paėmimas atsitiktiniu momentu, dažniausiai netikėtai, nežinant kontroliuojam objektui ar subjektui.

Sudėtingi procesai dažnai kontroliuojami naudojant statistinės kontrolės formą<sup>67</sup> - surenkant reikiamą kiekį duomenų, statistiniais metodais juos apdorojant ir po to analizuojant.

## **2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės sistema**

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reguliuoja valstybė ir joje veikiantys teisės aktai. Sveikatos apsaugos reformos teorija pateikia 4 paslaugų teikimo reguliavimo modelius pagal paslaugų teikimo dalyvius:

technokratinis modelis – kai sveikatos sistemai vadovauja tam parengti ekspertai, remdamiesi savo žiniomis bei aukšta padėtimi politinėse ir ekonominėse institucijose. Jie atlieka normatyvinę analizę ir atsako už sistemos struktūrizavimą, monitoringą ir vertinimą;

medikų savaiminio reguliavimo modelis - kai gydytojai patys kuria nurodymus ir kontroliuoja savo darbą, remdamiesi tuo, kad jie yra sveikatos sistemos resursų naudotojai, todėl resursų panaudojimas turi priklausyti nuo jų sprendimų ir kontrolės;

rinkos modelis – reguliavimas, kuris vyksta dėl rinkos konkurencijos, priklausomai nuo paklausos ir pasiūlos laikantis nuostatos, kad valstybės kišimasis į ją turi būti minimalus;

demokratinis modelis – kai kiekvienas pilietis turi teisę ir atsakomybę dalyvauti priimant socialinius ir politinius visuomenės sprendimus. Dažniausiai pilietis veikia netiesiogiai (per

---

<sup>67</sup> Neverauskas B., Rastenis J. Vadybos pagrindai. – Kaunas, 2000. – 143 p

išrinktus atstovus). Tokiu būdu pasiekama, kad visuomenė pati formuluoja sveikatos apsaugos sistemos valdymo ir administravimo poreikį, problemas, prioritetus ir sprendimus.<sup>68</sup>

Praktikoje vienas atskiras modelis taikomas retai.

Nuo 1998 m. valstybės mastu susirūpinta sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. 1998 m. spalio 6 d. išleistas LR Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito“. Šiuo įsakymu sveikatos priežiūros įstaigos šalia įstatymais numatyto gydytojų ir įstaigų licencijavimo, privalėjo įsisteigti lokalaus medicinos audito tarnybas ir sukurti kokybės kontrolės sistemą įstaigose. Tačiau reikia pabrėžti, kad kokybės užtikrinimo žinių sveikatos priežiūros įstaigos lig šiol stokoja, todėl Valstybinės medicinos audito inspekcijos tyrimai rodo, jog kokybės užtikrinimo sistema Lietuvoje dar veikia neefektyviai<sup>69</sup>. 2004 m. rugsėjo 14 d. LR Sveikatos apsaugos ministras išleido įsakymą Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programos patvirtinimo“ kuriuo patvirtino Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 - 2010 m. programą.

Nacionaliniame lygmenyje Lietuvoje už sveikatos priežiūrą atsako, ją kontroliuoja ir koordinuoja eilė institucijų.

#### *Sveikatos apsaugos ministerija (SAM)*

SAM misija: formuoti ir įgyvendinti sveikatos politiką, užtikrinančią visuomenės sveikatą, aukštą sveikatinimo veiklos kokybę ir racionalų išteklių panaudojimą:

- Užtikrinti visuomenės sveikatos priežiūrą, stiprinant ligų prevenciją ir kontrolę.
- Užtikrinti prieinamą ir kokybišką sveikatos priežiūrą, tobulinant asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą.
- Užtikrinti, kad Lietuvos rinkoje būtų tik kokybiški, saugūs ir efektyvūs bei įperkami vaistai, atitinkantys ES reikalavimus.
- Užtikrinti efektyvią sveikatos priežiūrą, tobulinant sveikatos sistemos administravimą ir finansavimą.
- Užtikrinti efektyvų asmens sveikatos priežiūrai skirtų lėšų panaudojimą - vadovaujantis pagrindiniais sveikatos draudimo principais: teisingas lėšų administravimas, daugiau ir geresnių paslaugų ir pinigai - paskui pacientą; gerinti

---

<sup>68</sup> Mykolo Romerio universiteto Viešojo administravimo fakulteto nuotolinio mokymo studijų metodinė medžiaga, doc.Jankauskienė

<sup>69</sup> Ten pat.



sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą visiems šalies gyventojams; didinti sveikatos sistemos efektyvumą; nuolat ieškoti ir diegti efektyvesnes lėšų panaudojimo formas<sup>70</sup>.

#### *Valstybinė medicininio audito inspekcija (VMAI)*

Didžioji dalis skundų, susijusių su asmens sveikatos priežiūra, nukreipiama į Valstybinę medicininio audito inspekciją, kuri juos tiria. Ši Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldi inspekcija ištiria vis daugiau pacientų skundų dėl netinkamai suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų<sup>71</sup>. Gyventojai skundžiasi dėl medikų klaidų, nesuteiktos arba nekokybiškai suteiktos medicinos pagalbos. Inspektorai asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertina atsižvelgdami į tai, ar sveikatos priežiūros paslaugos buvo kokybiškos ir efektyvios, ar patenkino paciento lūkesčius, ar buvo prieinamos reikiamoje vietoje ir reikiamu laiku, ar buvo saugios, veiksmingos ir pan. Valstybinė medicininio audito inspekcija medikų teiktas paslaugas stengiasi įvertinti nešališkai ir objektyviai. Pasitaiko atvejų, kad pacientams teiktos paslaugos buvo tinkamos, tačiau pacientas jomis buvo nepatenkintas. Inspekcija visais atvejais besikreipiantiems asmenims surašo objektyvų atsakymą apie jiems teiktą asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę bei efektyvumą. Savo kompetencijos ribose inspekcija, nustačiusi itin grubius pažeidimus, gali priimti sprendimą stabdyti teikiamas paslaugas iki 3 mėnesių arba net teikti pasiūlymą dėl įstaigos licencijos sustabdymo. Valstybinė medicininio audito inspekcija taip pat kontroliuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prižiūri medicinos įstaigų, naudojančių rizikingas ir brangias medicinos technologijas, veiklą. Tačiau daugiausia dėmesio Valstybinė medicininio audito inspekcija stengiasi skirti tam, kad sveikatos priežiūros įstaigose būtų išvengta situacijų, kuomet nukentčia čia paslaugas gaunantys pacientai. Todėl ligoninių ir kitų sveikatos priežiūros įstaigų specialistai skatinami savarankiškai analizuoti ir tobulinti savo darbo kokybę. Inspekcija šiuo atžvilgiu juos nuolat konsultuoja<sup>72</sup>.

*Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VASPVT)* - ši tarnyba užtikrina, kad būtų sudarytos sąlygos teikti saugias ir

<sup>70</sup> <http://www.sam.lt/> prisijungimo laikas: 2006-06-25

<sup>71</sup> LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. kovo 23 d. įsakymas Nr. 154 "Dėl valstybinės medicininio audito inspekcijos prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų"// Valstybės Žinios, 1998.04.10, Nr.: 34

<sup>72</sup> <http://www.sam.lt/> prisijungimo laikas: 2006-06-25

kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kad būtų naudojami tik tie medicinos prietaisai, kurie atitinka būtinuosius saugos reikalavimus<sup>73</sup>.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams privalo teikti tik tinkamai tam pasirengę specialistai, kurių kvalifikacija atitinka Lietuvos (kartu Europos Sąjungos) reikalavimus. Mediko kvalifikaciją ir jos tobulinimą rodo jo turima galiojanti atitinkamos specialybės praktikos licencija (tam tikrais atvejais ir atitinkamų paslaugų sertifikatas). Akreditavimo tarnyba organizuoja tokių licencijų ir sertifikatų išdavimą. Medicinos paslaugos turi būti teikiamos saugioje ir kokybės reikalavimus atitinkančioje aplinkoje. Kiekviena įstaiga, teikianti asmens sveikatos priežiūros paslaugas (nesvarbu, ar ji privati, valstybės ar savivaldybių), turi būti tam visapusiškai pasirengusi. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba įvertina, kaip paraiškas pateikusios įstaigos atitinka reikalavimus, ir išduoda įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencijas. Šie dokumentai suteikia teisę įstaigai teikti konkrečias licencijoje nurodytas paslaugas. Pacientų, vartotojų ir kitų asmenų saugai, susijusiai su medicinos prietaisais, užtikrinti tarnyba organizuoja bei koordinuoja į Lietuvos rinką teikiamų (įvežamų iš užsienio ir gaminamų mūsų šalyje) medicinos prietaisų atitikties vertinimą<sup>74</sup>.

Šios įstaigos darbuotojai rengia ir derina sveikatos priežiūros veiklą reglamentuojančių normatyvinių dokumentų projektus, registruoja medicinos normas, koordinuoja standartizacijos ir metrologijos darbus asmens sveikatos priežiūros srityje, tvarko ir administruoja Gydytojų medicinos praktikos, Slaugytojų ir burnos priežiūros specialistų, Valstybinį sveikatos priežiūros įstaigų registrą, Medicinos gaminių registrą.

#### *Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (VVKT)*

Ši tarnyba vykdo nacionalinę vaistų politikos programą, kontroliuoja farmacinę veiklą, siekiant, kad Lietuvoje būtų vartojami kokybiški, efektyvūs ir saugūs vaistai. Ji išduoda leidimus atiduoti į apyvartą Lietuvoje pagamintus ir importuotus vaistus, vykdo vaistų kainų kontrolę, taip pat gali uždrausti vaistų atidavimą į apyvartą arba juos išimti iš apyvartos<sup>75</sup>.

---

<sup>73</sup>LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. sausio 30 d įsakymas Nr. 71 "Dėl valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos" // Valstybės Žinios, 1996.02.10, Nr.: 13

<sup>74</sup> <http://vaspvt.sam.lt/prisijungimo> laikas: 2006-06-25

<sup>75</sup>LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1995 m. rugsėjo 4 d įsakymas Nr. 451 "Dėl valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų tvirtinimo" // Valstybės Žinios 1995.09.08, Nr.: 74

Čia registruojami vaistai ir tvarkomas valstybinis vaistų registras, kontroliuojama įmonių farmacinė veikla, vaistų ir vaistinių medžiagų kokybė, atliekamos naujai sukurtų vaistų klinikinių tyrimų duomenų ekspertizės. Tarnyba reguliuoja narkotinių ir psichotropinių vaistų bei prekursorių legalią apyvartą, vaistų reklamą.

VVKT darbuotojai aktyviai bendradarbiauja su Europos vaistų vertinimo agentūra, Tarptautine narkotikų kontrolės taryba, Visų Europos institucijų, reguliuojančių farmacinę veiklą forumu, dalyvauja Farmacinių inspekcijų bendradarbiavimo programoje<sup>76</sup>.

### *Valstybinė ligonių kasa (VLK)*

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos yra privalomąjį sveikatos draudimą vykdanči Lietuvos Respublikos valstybės valdymo institucija<sup>77</sup>. Valstybinė ligonių kasa sprendžia jos kompetencijai priskirtus klausimus, dalyvauja įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės bei Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomą politiką sveikatos draudimo srityje, organizuoja įstatymų ir kitų teisės aktų įgyvendinimą, vykdo kitas Lietuvos Respublikos įstatymais, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais bei sveikatos apsaugos ministro įsakymais numatytas funkcijas.

Svarbiausias Valstybinės ligonių kasos uždavinys - teisės aktų nustatyta tvarka vykdyti privalomąjį sveikatos draudimą ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos nuostatas šioje srityje įgyvendindama jai pavestą uždavinį, Valstybinė ligonių kasa:

- garantuoja Sveikatos draudimo įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, asmens sveikatos priežiūros paslaugų - prevencinės medicinos pagalbos, medicinos pagalbos, medicininės reabilitacijos, slaugos, socialinių paslaugų ir patarnavimų, priskirtų asmens sveikatos priežiūrai, ir asmens sveikatos ekspertizės, teikimą bei šių paslaugų išlaidų apmokėjimą; vaistų ir medicinos pagalbos priemonių; galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo išlaidų kompensavimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto per teritorines ligonių kasa;
- rengia ir teikia Sveikatos apsaugos ministerijai Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą bei rengia jo vykdymo metinę apyskaitą Sveikatos draudimo įstatyme ir kituose teisės aktuose nustatytais terminais;

<sup>76</sup><http://www.vvkt.lt/prisijungimo> laikas:2006-06-25

<sup>77</sup>LR Sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343 Valstybės Žinios, 2002.12.24, Nr.: 123-5512

- įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka tvarko draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą;
- vykdo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą;
- disponuoja Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis;
- suderinus su Sveikatos apsaugos ministerija teritorinių ligonių kasų skaičių bei jų teritorinės veiklos zonas steigia teritorines ligonių kasas; tvirtina jų nuostatus ir prižiūri veiklą;
- kompensuoja išlaidas kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka;
- kompensuoja galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių išlaidas Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka;
- apmoka asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka<sup>78</sup>;

Valstybinė ligonių kasa turi teisę kontroliuoti:

- asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekį ir kokybę, bei šių paslaugų atitikimą nustatytiems reikalavimams;
- vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymo ir išdavimo teisėtumą bei su tuo susijusią sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių veiklą;
- ar teisingai išrašomos sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių sąskaitos ir su tuo susijusius buhalterinius ir kitus dokumentus;
- finansinę ir ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo ir sveikatos priežiūros paslaugų struktūros, prieinamumo bei kokybės kitimo tendencijų analizę;

Valstybinė ligonių kasa - Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldi institucija – savotiška sveikatos apsaugos sistemos buhalterija. Čia skaičiuojama, kiek ir kokių medicinos paslaugų valstybei reikėtų „nupirkti“ mūsų šalies sveikatos priežiūros įstaigose. Ši institucija organizuoja atvirus konkursus centralizuotai pirkti medicinos pagalbos priemones, kurios vėliau skiriamos jų reikalingiems pacientams, pvz intraokuliniams akių lęšiams įsigyti, klausos aparatams, kelio ir klubo endoprotezams, širdies stimulatoriams bei kitoms medicinos pagalbos priemonėms.

<sup>78</sup><http://www.vlk.lt/prisijungimo> laikas: 2006-06-25

Valstybinė ligonių kasa ir penki jos teritoriniai skyriai Vilniuje, Kaune, Panevėžyje, Šiauliuose ir Klaipėdoje atsako už tai, kad privalomuoju sveikatos draudimu apdraustam pacientui būtų suteiktos visos medicinos paslaugos, į kurias jam teisę suteikia Sveikatos draudimo įstatymas<sup>79</sup>.

Teritorinės ligonių kasos sveikatos priežiūros įstaigoms apmoka prevencinės medicinos pagalbos, medicinos pagalbos, medicininės reabilitacijos, slaugos, sveikatos ekspertizės, asmens sveikatos priežiūrai priskirtas socialines, paslaugas. Be to, jos gyventojams, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu, kompensuoja vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, galūnių, sąnarių bei organų protezavimo, protezų įsigijimo išlaidas.

Sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa įtakoja sveikatos priežiūros įstaigas, kad jos veiktų kuo patogiau pacientui. Gydomo įstaigos, kurios išsilaiko iš mokesčių mokėtojų lėšų, per sutartis su ligonių kasomis skatinamos teikti daugiau ambulatorinių, dienos chirurgijos, dienos stacionaro paslaugų.

Valdydama privalomojo sveikatos draudimo biudžetą, Valstybinė ligonių kasa yra suinteresuota, kad už turimas lėšas būtų įmanoma gyventojams kompensuoti kuo daugiau reikalingų vaistų.

Teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su vaistinėmis, kuriose išduodami kompensuojamieji vaistai bei užtikrina, kad juos pacientai gautų.

#### *Valstybinė visuomenės sveikatos tarnyba (VVSPT)*

Visuomenės sveikatos priežiūros sistema veikia tam, kad būtų užkirstas kelias kenksmingų sveikatai produktų vartojimui, gyvenamosios, darbo ir gamtinės aplinkos kokybės blogėjimui, ligoms bei traumoms, mažėtų gyventojų sergamumas, visuomenė būtų mokoma sveikos gyvensenos. Taip pat tam, kad valstybės institucijų ir gyventojų dėmesys būtų sutelktas sveikatos saugai ir stiprinimui.

Valstybinė visuomenės sveikatos tarnyba kontroliuoja bei analizuoja, kaip sveikatos saugos priemonės vykdomos sveikatos priežiūros, švietimo, socialinės globos ir rūpybos įstaigose<sup>80</sup>. Taip pat ji rūpinasi visuomenės sveikatos specialistų kvalifikacijos kėlimu, organizuoja sveikatos informacinės sistemos kūrimą. Palaikomi ryšiai su užsienio valstybių atitinkamomis

---

<sup>79</sup> LR Sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343// Valstybės Žinios, 2002.12.24, Nr.: 123-5512

<sup>80</sup>LR Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. rugsėjo 15 d įsakymas Nr.509 "Dėl valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos nuostatų patvirtinimo"/Valstybės Žinios, 2000.09.22, Nr.: 80-2432

institucijomis ir tarptautinėmis organizacijomis, koordinuojama užsienio valstybių parama visuomenės sveikatos priežiūros srityje<sup>81</sup>.

#### *Lietuvos bioetikos komitetas*

Lietuvos bioetikos komitetas vadovaujasi 2001 m. įsigaliojusiu Lietuvos Respublikos biomedicininį tyrimų etikos įstatymu, kuris įtvirtina skaidrius biomedicininį tyrimų dalyvių teisių ir orumo apsaugos principus<sup>82</sup>. Taip pat reglamentuoja Lietuvos bioetikos komiteto ir regioninių biomedicininį tyrimų etikos komitetų veiklą.

Kita svarbi komiteto veiklos sritis – plačiosios visuomenės, biomedikų informavimas bei švietimas apie modernios biomedicinos bei biotechnologijų plėtros kontekste iškylančias etikos problemas. Lietuvos bioetikos komitetas taip pat dalyvauja ir sveikatos priežiūros įstatymų ir kitų teisės aktų, susijusių su bioetika, rengime, bioetikos aspektu vertina kitų institucijų parengtus teisės aktus.

Komitetas atsakingas už metodologinę paramą sveikatos priežiūros įstaigose įsteigtoms medicinos etikos komisijoms ir regioniniams biomedicininį tyrimų etikos komitetams, paskaitų ir seminarų organizavimą, bioetikos literatūros vertimą, rengimą ir platinimą.<sup>83</sup>

Regioniniame arba apskričių lygmenyje įkurta *Apskritis gydytojo tarnyba*. Tai viešojo administravimo institucija apskrities struktūroje, sudaryta iš valstybės tarnautojų, atsakingų už asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros koordinavimą apskrityje. Jų pagrindinis tikslas tvarkyti sveikatinimo reikalus apskrityje, organizuoti sveikatos priežiūros planavimą ir paslaugų užtikrinimą, įgyvendinant Vyriausybės sveikatos politiką užtikrinti gyventojų sveikatos saugojimą, tausojimą ir gerinimą.

Savivaldos lygmenyje veikia *Savivaldybės gydytojo tarnyba*, atsakinga už pirminės sveikatos priežiūros organizavimą savivaldybėje. Šio valstybės tarnautojo uždaviniai: įgyvendinti savivaldybėje valstybės sveikatos politiką; derinti savivaldybės įmonių, įstaigų ir organizacijų veiklą, įgyvendinant sveikatos programas; organizuoti įmonių, įstaigų, organizacijų, esančių savivaldybės teritorijoje, sanitarinę priežiūrą; koordinuoti asmens, visuomenės sveikatos priežiūros ir farmacinės veiklos įstaigų veiklą savivaldybės teritorijoje.

---

<sup>81</sup> <http://www.vvspt.lt/> prisijungimo laikas: 2006-06-25

<sup>82</sup> LR Biomedicininį tyrimų etikos įstatymas //Valstybės Žinios, 2000.05.31, Nr.: 44-1247

<sup>83</sup> <http://www.sam.lt/> prisijungimo laikas:2006-06-25

### 2.3. Teisės aktai reglamentuojantys sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolę

Kalbant apie nacionalinę sveikatos teisę, reikėtų pradėti nuo jos raidos Lietuvoje istorinės retrospektyvos. Paminėtini šie aspektai:

- **Tarpukario** Lietuvoje buvo priimta nemažai teisės aktų, reguliuojančių medicinos srities problemas;
- **Sovietinė** teisė nepakankamai dėmesio skyrė žmogaus teisėms, jų apsaugai, teikdama prioritetą ne žmogaus, o valstybės interesams. „Sveikatos teisei sovietinėje teisės sistemoje neatsirado vietos. Sveikatos apsauga buvo valstybės monopolizuota, „nemokamos“ medicinos pagalba lyg ir neleido pateikti teismui ieškinių dėl netinkamo gydymo, žalos sveikatai. Valstybė pati, neatsiklausdama paciento sprendė apie jo sveikatos interesus. O tokia sveikatos priežiūros sritis kaip psichiatrija buvo naudojama ir represiniais tikslais. Pacientų teisių apsauga nebuvo nei teorinė, nei praktinė problema.“

1990 metais atkūrus Lietuvos nepriklausomybę Lietuvos sveikatos teisės koncepcija formavosi kartu su naujos sveikatos sistemos ir teisės doktrina. Neginčijama viso šio proceso pradžia – Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos sukūrimas ir jos patvirtinimas Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimu bei 1992 m. LR Konstitucijos priėmimas.

1991m. spalio 30 d. Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba priėmė nutarimą „Dėl Lietuvos nacionalinę sveikatos apsaugos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, kuriuo patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją ir įpareigojo atsakingas institucijas organizuoti sveikatos srities įstatymų rengimo darbą.

Ši koncepcija, numatydama Sveikatos politikos pagrindus, sveikatos ir jos apsaugos valstybinį reguliavimą, sveikatos sistemos valdymo pagrindus, sveikatos apsaugos ekonomikos pagrindus laikytina strateginiu dokumentu.

Sveikatos teisės doktrina turėjo orientuotis į koncepcijoje įtvirtintą nuostatą, kad sveikata yra socialinė vertybė visuomenės ir individo lygiu“. „Ligonio“ ir „gydymo“ terminus teisės aktuose ir sveikatos priežiūros doktrinoje pakeitė „pacientas“ ir „sveikatos priežiūros paslaugos“, medikas tapo „sveikatos paslaugų teikėju“ o valstybinių institucijų integruotos pastangos buvo nukreiptos į „sveikatinimo veiklą – asmens sveikatos priežiūrą, visuomenės sveikatos priežiūrą, farmacinę ir kitą sveikatinimo veiklą.“

Toma Birmontienė dar 1992 metais sveikatos teisę įvardijo kaip modernią kompleksinę teisės šaką,<sup>84</sup> nes Lietuvoje po Nepriklausomybės atkūrimo įgyvendinant nacionalinę sveikatos sistemos reformą, įvairūs teisės aktai sveikatos srityje buvo tik pradėti kurti ir priimti, nors galima teigti, jog gana energingai. Tuo tarpu dabar yra priimti ir įgyvendinami ne kartą pildyti ir taisyti daugiau nei 25 su sveikatos sritimi susiję įstatymai, daugybė antrinių teisės aktų.

Sveikatos teisės mokymo disciplina dėstoma MRU Bioteisės, Sveikatos įstaigų administravimo, Darbo ir socialinio aprūpinimo specialybių studentams, KMU, VU Medicinos fakulteto studentams.

Galima teigti, kad medicinos teisė šiuo metu atstovauja du požiūrius:

- pirmasis – tai medicinos susikirtimas su teise teismo medicinos vaidmenyje ir teisminiais ginčais dėl medikų atsakomybės – „senoji“ *medicinos teisė*;
- antrasis – „naujoji“ *medicinos teisė* – susijęs su socialine medicina, sveikatos draudimu, sveikatos apsaugos finansavimu ir išlaidų kontrole, sveikatos apsaugos institucijų organizavimu ir valdymu. Šis požiūris jau atstovautų sveikatos teisę.

Sveikatos priežiūros teisė apima ne tik medicinos praktiką, bet taip pat ir gydytojų bei kitų sveikatos priežiūros specialistų veiklą, sveikatos paslaugų administravimą, visuomenės sveikatos (public health) sritį.

Lietuvos sveikatos teisė apima tokias sritis kaip gydytojo ir paciento santykiai, pacientų teisės, medicinos personalo teisės ir pareigos, sveikatos priežiūra ir finansavimas, medicinos įstaigų funkcionavimas, sveikatos draudimas, farmacinė veikla, visuomenės sveikata ir pan.. Taigi, sveikatos teisė nėra tik iš „skirtingų akademinų disciplinų sudėliotų tam tikrų teisinių principų ir nuostatų rinkinys“.<sup>85</sup>

Jei plačiau kalbėtumėm apie administracinius – teisinius santykius sveikatos saugos sferoje – tai čia turimas omenyje valstybės išsipareigojimas laiduoti medicinos pagalbos suteikimą. Taip pat pastebėtina, jog dauguma sveikatos apsaugą reglamentuojančių teisės aktų ir yra administracinės – teisinės prigimties – tai įsakymai, taisyklės, instrukcijos, metodinės rekomendacijos ir t.t. Administracinės – teisinės normos reguliuoja priešepideminių, sanitarinių – higieninių priemonių ėmimosi sąlygas, medicinos pagalbos suteikimą, remiantis privalomuoju sveikatos draudimu, profilaktinius veiksmus dėl itin pavojingų infekcijų plitimo ir t.t.

Remiantis šiuolaikine teisės šaltinių klasifikacija galima išskirti šiuos sveikatos teisės šaltinius:

- Konstitucija;
- Ratifikuoti tarptautiniai dokumentai

---

<sup>84</sup> Birmontienė T. Sveikatos teisės problemos. Pacientų teisės. //Teisė, 1992 (26)

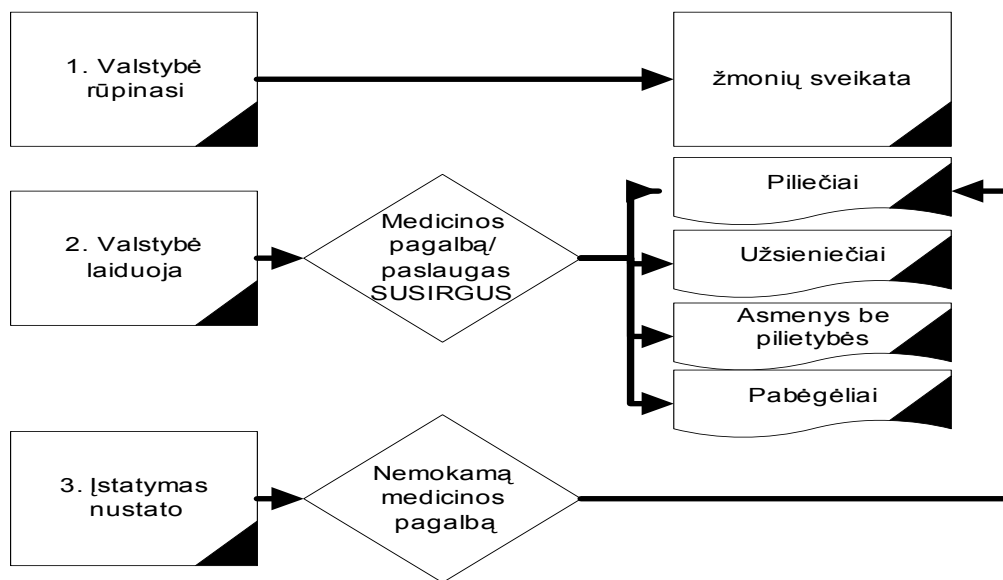
<sup>85</sup> Hervey T.K., McHale J.V. Health Law and The European Union. Cambridge university press, - 2004. P. 27



- Civilinis kodeksas;
- Įstatymai;
- Poįstatyminiai teisės aktai;

Sveikatos teisei svarbūs **LR Konstitucijos** 18, 19, 20, 21, 22, 25, 29, 30 straipsniai ir ypač 53 straipsnis dėl medicinos pagalbos ir paslaugų žmogui susirgus laidavimo, kurį aiškindamas Konstitucinis Teismas yra konstatavęs, kad žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių<sup>86</sup>, taip pat kad žmonių sveikatos apsauga yra konstituciškai svarbus tikslas, viešasis interesas, o rūpinimasis žmonių sveikata traktuotinas kaip valstybės funkcija.<sup>87</sup> Valstybė turi užtikrinti tam tikrus asmens ir visuomenės sveikatos saugos ir priežiūros standartus.<sup>88</sup>

LR Konstitucijoje teisė į nemokamą (valstybės laiduojamą) gydymą nustatyta **53** straipsnyje, kur įtvirtinta, kad valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą ir paslaugas žmogui susirgus, o įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką (3 pav.). Šios nuostatos įtvirtina vieną svarbiausių socialinių vertybių – žmogaus teisę į sveikatos priežiūrą. Tai konstitucinė teisė. Teisės į nemokamą gydymą įgyvendinimo pagrindus nustato LR Sveikatos sistemos įstatymas, kai kuriuos aspektus reglamentuoja LR Sveikatos draudimo įstatymas, LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas ir kiti teisės aktai.



3 pav. Teisė į sveikatos priežiūrą  
Specialūs sveikatos srities įstatymai

*Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymai:* Visuomenės sveikatos priežiūros 2002m.;  
Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) 2002m.; Žmonių užkrečiamųjų ligų

<sup>86</sup> Konstitucinio Teismo 2002 m. liepos 11 d. nutarimas

<sup>87</sup> Konstitucinio Teismo 2002 m. sausio 14 d., 2004 m. sausio 26 d. nutarimai

<sup>88</sup> Lietuvos Respublikos Konstitucijos komentaras (I dalis)/ Ats. red. K. Jovaišas. – Vilnius, 2000.

profilaktikos ir kontrolės, 1996m.; Geriamojo vandens 2001m.; Nuodingųjų medžiagų, 2001m.; Maisto, 2000m.; Produktų saugos, 2000m.; Tabako kontrolės, 1996m.; Alkoholio kontrolės, 1995m.; Narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės, 1997m.; Narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakų (prekursorių) kontrolės; 1999m., Radiacinės saugos, 1999m.; Profesinės sveikatos priežiūros 1999m.; Triukšmo valdymo, 2004m.

*Asmens sveikatos priežiūros įstatymai:* Sveikatos priežiūros įstaigų, 1996m.; Sveikatos draudimo 1996, 1997, 2002m.; Odontologų rūmų, 2003m.; Psichikos sveikatos priežiūros 1995m.; Narkologinės priežiūros, 1997m.

*Sveikatos priežiūros praktikos įstatymai:* Odontologijos praktikos 1996m.; Odontologų rūmų 2003m.; Medicinos praktikos 1996, 1998, 2004m.; Slaugos praktikos 1999m.

*Farmacinės veiklos įstatymai:* Farmacinės veiklos 1996m.; Vaistų 1996m.

*Asmens (paciento) teisių gynimo įstatymai:* Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo, 1996m.; Kraujo donorystės 1996m.; Biomedicininį tyrimų etikos 2000m.; Žmogaus mirties registravimo ir kritinių būklių įstatymas, 1998m.; Žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos, 1996m.; Biomedicininį tyrimų etikos įstatymas 2000, 2004m.

*LR Sveikatos sistemos įstatymas* – reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas.

*LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas* - nustato sveikatos priežiūros įstaigų klasifikaciją, jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo, veiklos, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų nomenklatūrą, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų santykius, atsakomybės už šio įstatymo pažeidimus pagrindus.

*LR Sveikatos draudimo įstatymas* - šis įstatymas nustato sveikatos draudimo rūšis, privalomojo sveikatos draudimo sistemą: privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms kompensavimo iš Privalomojo sveikatos

draudimo fondo biudžeto pagrindus, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančias institucijas, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros įstaigų teises bei pareigas vykdant privalomąjį sveikatos draudimą, ginčų nagrinėjimo tvarką, papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo pagrindus.

*LR Medicinos praktikos įstatymas* - įstatymo paskirtis - reglamentuoti medicinos gydytojo, šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto vertimosi medicinos praktika Lietuvos Respublikoje sąlygas.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisėtumo kontrolei labai svarbūs visi aukščiau išvardinti teisės aktai, nes jie laiduoja medicinos pagalbą ir paslaugas žmogui susirgus, nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką, reglamentuoja vertimosi medicinos praktika sąlygas ir teises.

*LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas* - įstatymo paskirtis - reglamentuoti paciento teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, paciento teisę į sveikatos priežiūros prieinamumą ir priimtinumą, paciento teisę pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą ir sveikatos priežiūros įstaigą, paciento teisę į informaciją, paciento teisę rinktis diagnostikos bei gydymo metodikas ir teisę atsisakyti gydymo, paciento teisę nežinoti, paciento teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą, paciento teisę skųstis, taip pat paciento teisę į žalos atlyginimą ir šios teisės įgyvendinimo tvarką. Pacientai turi ir kituose teisės aktuose nustatytas teises. Pacientų teises, kai teikiamos jiems sveikatos priežiūros paslaugos pagal asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutartis, be šio įstatymo, reglamentuoja Civilinis kodeksas.

Poįstatyminiai teisės aktai

*LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr.329 "Dėl bazinių kainų patvirtinimo"* - patvirtina ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas, asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarką, nustato, kad šiame įsakyme išvardintos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos skaičiuojamos prilyginant vieną balą vienam litui.

Tai pagrindinis teisės aktas, kuriuo vadovaujantis kontroliuojamas suteiktų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų pagrįstumas, vadovaujantis šio teisės akto nuostatomis ambulatorinės paslaugos priskiriamos apmokėti kaip antrinio (tretinio) lygio gydytojo specialisto konsultacija. Įsakymas nustato stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarką, nustato stacionarinių paslaugų pateikimo apmokėti pilna bazine kaina sąlygas, juo vadovaujantis kontroliuojamas stacionarinių paslaugų pateikimo apmokėjimui iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų pagrįstumas.

*LR Sveikatos apsaugos ministro* 2005 m. gruodžio 5 d. 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” – patvirtina pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašą bei bazines kainas. Teisės akte apibrėžta, kad pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra - tai nespacializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo ir Bendrosios praktikos slaugytojo bei Bendruomenės slaugytojo medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (t.y. įstaigoje, neteikiančioje stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų), kompleksas. Skatinamosios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos - tai paslaugos, apskaitomos atskirai ir apmokamos papildomai, taip siekiant aktyvesnės veiklos atskirose pirminės sveikatos priežiūros srityse. Prevencinių programų ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos - tai atskirai apskaitomos ir apmokamos paslaugos, teikiamos pagal prevencinių programų reikalavimus. Vadovaujantis šiuo teisės aktu kontroliuojama pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtis, organizacinis prieinamumas, kontroliuojamas skatinamųjų paslaugų ir prevencinių programų pateikimo apmokėjimui iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų pagrįstumas.

*LR Sveikatos apsaugos ministro* 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ - tvirtina statistinės apskaitos dokumentų formas: f.066/a-LK "Išvykusio iš stacionaro asmens statistinė kortelė" (toliau - f.066/a-LK), f.025/a-LK "Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelė" (toliau - f.025/a-LK), f.025-1/a-LK "Asmens ambulatorinio gydymo priėmimo skyriuje apskaitos kortelė" (toliau - f. 025-1/a-LK), tvirtina formų: 066/a-LK, 025/a-LK, 025-1/a-LK pildymo metodines rekomendacijas, nurodo nuo kada asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalo šias formas pildyti. Šios formos apima statistinę ir ekonominę informaciją, būtiną ir statistinei analizei bei ataskaitoms, ir gydymo kainai apskaičiuoti, ir ligonių kasų ataskaitoms sudaryti. Šiame teisės akte patvirtintas formas privalo pildyti visos ambulatorines ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Atliekant asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolę (ypač kiekybinę) asmens sveikatos priežiūros įstaiga privalo šias formas pateikti kontroliuojančiajai institucijai.

*LR Sveikatos apsaugos ministro* 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 "Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo“ - panaikina LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. kovo 26 d. įsakymą Nr. 174 "Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1996 "Bendrosios praktikos gydytojas. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė" ir LR Sveikatos apsaugos

ministerijos 1996 m. kovo 26 d. įsakymą Nr. 174 "Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1996 "Bendrosios praktikos gydytojas. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė" bei nustato šeimos gydytojo veiklos sritis, teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę. Ši medicinos norma privaloma visiems šeimos gydytojams, jų darbdaviams, taip pat institucijoms, rengiančioms ir tobulinančioms šiuos specialistus, licencijuojančioms ir kontroliuojančioms jų veiklą. Siekianti sudaryti sutartį dėl šeimos gydytojo paslaugų teikimo su teritorine ligonių kasa asmens sveikatos priežiūros įstaiga privalo atitikti visus šiame teisės akte keliamus reikalavimus.

Kontroliuojant pirminių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kontroliuojanti institucija vadovaujasi šiuo teisės aktu. Atliekant antrinių (tretinių) ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų – gydytojų specialistų (konsultacijų) - teikimo ir pateikimo apmokėti iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kontrolę, tai pagrindinis teisės aktas, kuriuo remiantis gydytojo specialisto suteikta paslauga priskiriama konsultacijai ir apmokama kaip gydytojo specialisto konsultacija, nes LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr.329 "Dėl bazinių kainų patvirtinimo" apibrėžia, kad gydytojų specialistų teikiamos paslaugos, nepriklausančios teikti pagal Bendrosios praktikos (Šeimos) gydytojo medicinos normą, apmokamos pagal gydytojo specialisto konsultacijos (apsilankymo pas gydytoją specialistą) bazines kainas.

*LR Sveikatos apsaugos ministro* 2004 m. kovo 23 d. įsakymas Nr. V-146 "Dėl Lietuvos medicinos normos MN 54:2004 "Gydytojas otorinolaringologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo – pripažįsta netekusiu galios LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. gruodžio 11 d. įsakymą Nr. 675 "Dėl Lietuvos medicinos normos MN 54:1997 "Gydytojas otorinolaringologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" bei nustato gydytojo otorinolaringologo veiklos sritis, teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę ir ši medicinos norma privaloma gydytojams otorinolaringologams, jų darbdaviams, taip pat institucijoms, rengiančioms ir tobulinančioms šiuos specialistus bei kontroliuojančioms jų veiklą.

Dauguma sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų ir yra administracinės – teisinės prigimties – tai įsakymai, taisyklės, instrukcijos, metodinės rekomendacijos ir t.t. Šiuos teisės aktus leidžia Sveikatos apsaugos ministras ir jais vadovautis privalo visi Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos vykdomieji subjektai. Čia paminėti tik keli su ambulatorine asmens sveikatos priežiūros paslaugų kontrole susiję norminiai teisės aktai. Labai svarbūs taip pat LR Sveikatos apsaugos ministro išleisti įsakymai „Dėl dializės paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų patvirtinimo“, „Dėl stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“, „Dėl Bendrųjų vidaus ligų gydymo profilio antrinio A, B ir C lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo

reikalavimų patvirtinimo” ir kiti, tačiau jie reglamentuoja stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

Gydytojo specialisto konsultacija laikomas paciento apsilankymas pas jį turint siuntimą dėl konkrečios priežasties; šio apsilankymo metu atliekami pagal gydytojo specialisto kompetenciją visi pacientui būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai ir raštu teikiami patarimai siuntusiajam gydytojui<sup>89</sup>. Gydytojo specialisto konsultacijos (kaip ir šeimos gydytojo) sudėtinė dalis – kompensuojamųjų vaistų paskyrimas ir išrašymas pacientui.

Kontroliuojant kompensuojamųjų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vaistų išrašymo pagrįstumą vadovaujamosi LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymais, reglamentuojančiais šių vaistų išrašymą: 2000 m. “Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo”; 2002 m. „Dėl ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, metodikų patvirtinimo”, kuriame reglamentuojamas cukrinio diabeto, dializuojamųjų pacientų ir ligonių po inkstų persodinimo, epilepsijos, glaukomos, arterinės hipertenzijos, krūties piktybinių navikų, plaučių piktybinių navikų, prostatos piktybinių navikų, širdies veiklos nepakankamumo, šizofrenijos ir afektinių sutrikimų, bipolinių afektinių sutrikimų, depresijos ambulatorinis gydymas: 2002 m. “Dėl Lėtinės obstrukcinės plaučių ligos diagnostikos ir gydymo metodikos patvirtinimo, 2003 m. “Dėl Hipopituitarizmo ir Turner sindromo diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikos patvirtinimo“; 2003 m. „Dėl Lėtinio virusinio hepatito C ir virusinės C kepenų cirozės diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, metodikos patvirtinimo“; 2004 m. “Dėl artrozės, žmogaus imunodeficito viruso, chlamydia trachomatis sukeltų ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo“; 2004 m. „Dėl Lėtinės obstrukcinės plaučių ligos, gonokokinės infekcijos, sifilio diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo“; 2004 m. „Dėl krūtinės anginos, suaugusiųjų ir vaikų pneumonijos, širdies ritmo sutrikimų diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo“; 2005 m. “Dėl Lėtinio virusinio hepatito B ir virusinės B kepenų cirozės diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, metodikos patvirtinimo“. Šiuose teisės aktuose

---

<sup>89</sup> LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr.329 “Dėl bazinių kainų patvirtinimo”// Valstybės Žinios, 1998.06.24, Nr.: 57-1611.;

taip pat pateikiami diagnostikos algoritmai, kurie labai praverčia kontroliuojant suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų tinkamumą.

## **2.4. Paslaugų kontrolės ypatumai sveikatos priežiūros sistemoje**

Ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse atlikti tyrimai akivaizdžiai rodo, jog sveikata - didžiausia žmogaus vertybė. Tačiau sprendžiant dėl resursų paskirstymo tarp sektorių sveikatos resursams niekuomet neskiriama tiek, kiek reikėtų sveikatos sistemai plėtoti.

Optimalus sveikatos sektoriaus resursų paskirstymas tarp bendros sveikatos ir sveikatos priežiūros yra didelė problema. Savo ruožtu ypač aktualus lėšų sveikatos priežiūrai paskirstymas tarp ligų prevencijos ir gydymo, tarp stacionarinio ir ambulatorinio gydymo, tarp valstybinio ir privataus sektoriaus.

Per pastaruosius du dešimtmečius sveikatos politika pasaulyje ir Europoje susidūrė su didele paslaugų kainų kilimo problema<sup>90</sup>. Išlaidų sveikatos priežiūrai augimą sukėlė gyventojų senėjimas, gausėjančios lėtinės ligos ir invalidumas<sup>91</sup>, antra vertus - gerėjančios medicinos technologijos ir nauji ligų gydymo metodai, bei vis didėjantys visuomenės reikalavimai sveikatos priežiūros kokybei. Daugelis šalių ėmėsi priemonių kontroliuoti sveikatos priežiūros paslaugų kaštų kilimą.

Sveikatos priežiūros įstaigos atlieka svarbų vaidmenį sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemoje ir turi jai daug įtakos. Išlaidos sveikatos priežiūrai sudaro nemažą bendrojo vidaus produkto dalį. Bendri ligoninių, pirminės sveikatos priežiūros centrų, visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų institucijų, slaugos ligoninių, globos namų ir kitų svarbių sveikatos priežiūros paslaugų srities dalyvių interesai ženkliai įtakoja teikiamų paslaugų struktūrą ir savybes.

Socialinių normų bei lūkesčių akcentavimas yra svarbus veiksnys, lemiantis sveikatos priežiūros paslaugų funkcionavimą. Besikeičiančios normos bei lūkesčiai įtakoja tokias svarbias sritis, kaip paslaugų prieinamumas, pasirinkimo galimybės ir atskaitomybė, įtakančias sveikatos priežiūrą.

Kartu auga ir atskaitomybės poreikis bei reikalavimas, kad į atskaitomybės sąvoką būtų įtraukti ne tik finansiniai, bet ir klinikiniai kriterijai.

---

<sup>90</sup>Macinko J., Starfield B., Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, psl.831-865.

<sup>91</sup>[http://www.lsic.lt/html/leid\\_sv.htm/](http://www.lsic.lt/html/leid_sv.htm/) prisijungimo laikas: 2006-06-25

Sveikatos priežiūros paslaugų kaštų mažinimas nekreipiant dėmesio į suteiktų paslaugų kokybę ar įtaką paciento sveikatos būklei yra nepriimtinas. Atskaitomybė akcentuoja vertę – kokybės ir kainos santykį, ar gaunamos naudos ir kaštų santykį, atitinkančius paslaugų pirkėjo ir vartotojo poreikius bei reikalavimus.

Augant reikalavimams bei pasirinkimo galimybėms, atskaitomybė labai apsunkina sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiųjų ir jų kokybę bei kaštus kontroliuojančiųjų darbą, kadangi siekiama stebėti vykstantį gydymo procesą bei jo rezultatus.

Kuo daugiau dėmesio skiriama atskaitomybei, tuo daugiau galimybių rinktis paslaugų teikėjus, kadangi privalomojo sveikatos draudimo planai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų organizacijos kompensuos tik kriterijus atitinkančių paslaugų teikėjų paslaugas.

Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų kokybe bei kaštais rūpinasi eilė institucijų (Valstybinė medicininio audito inspekcija, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, Valstybinė bei teritorinės ligonių kasos, Valstybinė visuomenės sveikatos tarnyba, Lietuvos bioetikos komitetas, Apskritis gydytojo tarnyba, Savivaldybės gydytojo tarnyba, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba), tačiau Sveikatos apsaugos ministerijoje atsakingų už bendrą sveikatos priežiūros kokybės koordinavimą kol kas nėra.

Visose penkiose teritorinėse ligonių kasose įsteigti kontrolės skyriai, kurių pagrindinės funkcijos yra sutarčių su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis vykdymo kontrolė:

- Suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolė;
- Suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų atitikimo nustatytiems reikalavimams vertinimas;
- Suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų medicininė ir ekonominė kontrolė bei ekonominio efektyvumo įvertinimas;
- Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybinė (esant apibrėžtiems vertinimo kriterijams) ir kiekybinė kontrolė<sup>92, 93</sup>.

Reikia pabrėžti, nors sveikatos priežiūros paslaugų teikimo *kiekybinė* kontrolė nesukelia rimtesnių problemų, tai paslaugų *kokybės* kontrolė iki šiol yra apsunkinta. Sveikatos priežiūros

---

<sup>92</sup> <http://www.vilniaustlk.lt/> prisijungimo laikas: 2006-06-25

<sup>93</sup> LR Sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343 //Valstybės Žinios, 2002.12.24, Nr.: 123-5512



paslaugų kokybės užtikrinimo žinių sveikatos priežiūros įstaigos lig šiol stokoja. 1998 m. spalio 6 d. išleistas LR Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito“ tačiau Valstybinės medicinos audito inspekcijos tyrimai rodo, jog kokybės užtikrinimo sistema Lietuvoje dar veikia neefektyviai.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigose suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų atitikimo nustatytiems reikalavimams vertinimą apsunkina tai, kad nors ir yra LR Sveikatos apsaugos ministro išleisti įsakymai „Dėl dializės paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų patvirtinimo“, „Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“, „Dėl Bendrųjų vidaus ligų gydymo profilio antrinio A, B ir C lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo“, tačiau dar ne visų paslaugų teikimo reikalavimai aprašyti ir ypač stokojama ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų teikimo reikalavimų aprašymo.

Gausėjančios lėtinės ligos ir invalidumas<sup>94</sup>, be to sparčiai gerėjančios medicinos technologijos ir nauji ligų gydymo metodai nors ir pagerina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tačiau dažnai kintantis atskirų ligų klinikinis vaizdas bei dažnai individualus kiekvieno paciento ligos ypatumas labai apsunkina suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų medicininę kontrolę.

Atlikdami Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų panaudojimo kontrolę asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kontroliuojančios institucijos specialistai susiduria su eile sunkumų, trukdančių atlikti kontrolę, ir vienodai, kaip ir kontroliuojama įstaiga, suprasti ir įvertinti suteiktą asmens sveikatos priežiūros paslaugą.

LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998-06-18 įsakymas Nr.329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ moraliai pasenęs ir keistinas. Šiandien galiojančiuose teisės aktuose pasigendama ambulatorinės konsultacijos aprašymo. Neįvardinta, kas priskiriama ambulatorinei antrinio (tretinio) lygio konsultacijai, kokius veiksmus/tyrimus turi atlikti šią paslaugą teikiantis specialistas, nėra patvirtintos siuntimų gydyti, konsultuoti tvarkos, nėra patvirtintos dispanserizacijos tvarkos. Greitosios medicinos pagalbos paslaugos nedetalizuotos ir nėra jų apskaitos informacinėje sistemoje SVEIDRA.

Ne visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi pasitvirtinę kokybės vadovą, todėl sunku įvertinti suteiktos paslaugos kokybę. Patvirtintos ne visų gydytojų specialistų medicinos normos.

---

<sup>94</sup>[http://www.lsic.lt/html/leid\\_sv.htm/](http://www.lsic.lt/html/leid_sv.htm/) prisijungimo laikas: 2006-06-25

### 3. AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KONTROLĖS VERTINIMAS

#### 3.1. Tyrimo metodika

*K. Kardelio* teigimu, metodologija suprantama kaip tyrimo panaudojimo logika, todėl konkrečiame tyrime reikėtų apsiriboti tuo, jog, visų pirma, svarbu išskirti ir apibrėžti tyrimo koncepciją, t. y. tą pagrindinę idėją, kurios pagrindu buvo sumanytas tyrimas, ir konkrečiai nusakyti tyrimo metodus.<sup>95</sup>

**Tyrimo aktualumas.** Pradėjus finansuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir siekiant jį subalansuoti, ambulatorinė sveikatos priežiūra apmokama už vizitų (konsultacijų) pas specialistus skaičių pagal Sveikatos apsaugos ministro patvirtintas kainas litais. Lėšų poreikio konsultacijoms skaičiavimas paremtas apsilankymų skaičiumi pas specialistus prilyginus, kad viena konsultacija laikytini trys apsilankymai pas specialistą. Konsultacija - paciento apsilankymas pas gydytoją specialistą turint siuntimą dėl konkrečios priežasties. Konsultacija, kaip paslaugos sąvoka, apima anamnezės surinkimą, ligonio apžiūrėjimą, siuntimo dokumentų įvertinimą, papildomų tyrimų atlikimą, gydymo plano sudarymą bei nedarbingumo ekspertizę. Už gydytojo specialisto konsultaciją dėl konkrečios priežasties apmokamas pirmas (ketvirtas, septintas ir t.t.) apsilankymas dėl tos pačios priežasties pas tos pačios srities gydytoją specialistą<sup>96</sup>.

Siekiant ištirti specializuotų ambulatorinių paslaugų, teikiamų Vilniaus miesto didžiosiose mišriose poliklinikose, prieinamumą analizuotos šias paslaugas teikiančių gydytojų specialistų teikiamos ambulatorinės konsultacijos. Tokios analizės duomenys teritorinei ligonių kasai pravers sudarant sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, nes padės įvertinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo poreikį, prieinamumą ir tinkamumą. Suprantama, kad norint priimti tinkamus ir efektyvius vienos ar kitos problemos sprendimus, būtina detaliai žinoti problemos priežastis kuo platesniu mastu.

**Tyrimo tikslas.** Atlikti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės įvertinimą trijose mišriose Vilniaus miesto poliklinikose.

---

<sup>95</sup> Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. – Kaunas: Technologija, 1997, p.55.

<sup>96</sup> LR SAM 1998 birželio 18 d. Įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“//Valstybės Žinios, 1998.06.24, Nr.: 57-1611.;

### ***Tyrimo uždaviniai:***

1. Identifikuoti, apibendrinti bei palyginti gydytojų specialistų teikiamas ambulatorines konsultacijas.
2. Įvertinti bei išskirti pagrindines bei svarbiausias ambulatorinių antrinio lygio konsultacijų neatitikimo norminiams teisės aktams priežastis.
3. Pateikti galimas alternatyvias nustatytų problemų sprendimo galimybes.

Kaip teigia, *K.Kardelis (1997)* tyrimas – tai tam tikrų praktinių arba pažintinių rezultatų gavimo būdas, taikant įvairias priemones<sup>97</sup>.

Šiame tyrime naudojamas *dokumentų analizės metodas* taikytas analizuojant Lietuvos Respublikos teisės aktus, LR SAM įsakymus, pirminę medicininę dokumentaciją ir *aprašomosios statistinės analizės metodas*, taikytas įvertinant turimus statistinius duomenis.

Dokumentai, kuriais remiantis atliktas tyrimas visose trijose Vilniaus miesto poliklinikose:

Norminiai teisės aktai:

- Vilniaus teritorinės ligonių kasos ir minėtų poliklinikų tipinės 2006 metų sutartys.
- Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro (toliau - LR SAM) 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr. 329 “Dėl bazinių kainų patvirtinimo” ir vėlesni jo pakeitimai.
- LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. 687 “Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo”.
- LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1999 m. gruodžio 16 d. įsakymas Nr. 553 “Lietuvos medicinos norma MN 14:1999 “Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė”.
- LR Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 “Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė” patvirtinimo”.
- LR Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“
- LR Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. kovo 23 d. įsakymas Nr. V-146 “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 54:2004 "Gydytojas otorinolaringologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo“

---

<sup>97</sup> Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. – Kaunas: Technologija, 1997, p.55.

### 3.2. Rezultatu analizė ir įvertinimas

Vilniaus teritorinė ligonių kasa nuolat analizuoja ambulatorinių paslaugų teikimo tendencijas, šių paslaugų atitikimą norminiams teisės aktams ir jų pateikimo apmokėti iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų pagrįstumą.

Ištyrus 2003 m. antrinio lygio konsultacijų teikimo tendencijas, paaiškėjo, kad suteikiamų konsultacijų dažnumas priklauso nuo to, kokią pirminės sveikatos priežiūros įstaigą pacientas yra pasirinkęs. Taip pat buvo įrodyta konsultacijų teikimo dažnio (skaičiaus) priklausomybė nuo pacientų amžiaus. Išaiškėjo, kad daugiausia konsultacijų teko pacientams, kuriems pirminės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos poliklinikose, teikiančiose ir pirminio ir antrinio lygio paslaugas (kuriose pirminio ir antrinio lygio ambulatorinės paslaugos nėra atskirtos). Tokių įstaigų pacientams vidutiniškai teko po 1,7 antrinio lygio konsultacijas per metus, o vien tik šeimos gydytojo paslaugas (pirminio lygio) teikiančių įstaigų pacientams teko mažiau nei po vieną (0,97) antrinio lygio konsultaciją. Tyrimas parodė, kad daugiausiai konsultacijų teko vyresniems nei 65 metų pacientams, o mažiausiai konsultacijų – 5 -15 metų pacientams<sup>98</sup>.

Vilniaus teritorinės ligonių kasos veiklos zonos pacientams Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose, sudariusiose sutartis su Vilniaus teritorine ligonių kasa, 2004 m. buvo suteikta 1 779 746 antrinio lygio konsultacijos. Vilniaus teritorinės ligonių kasos veiklos zonoje iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamas antrinio lygio konsultacijas teikė 70 asmens sveikatos priežiūros įstaigų, iš jų 40 (57 proc.) įsikūrusios Vilniaus mieste. Vilniaus teritorinės ligonių kasos veiklos zonos pacientams net 99 proc. antrinio lygio konsultacijų buvo suteikta Vilniaus ir Alytaus apskrities įstaigose ir tik 1 proc. – kitų teritorinių ligonių kasų veiklos zonų įstaigose.

Daugiausiai buvo teikiama radiologo, oftalmologo ir *otorinolaringologo* antrinio lygio konsultacijų.

Vienam Vilniaus teritorinės ligonių kasos aptarnaujamos zonos gyventojui 2005 m. vidutiniškai teko 1,69 antrinio lygio gydytojo specialisto konsultacijos - daugiausiai konsultacijų - net 1,97, teko vienam Vilniaus miesto savivaldybės gyventojui.

---

<sup>98</sup> Burokienė S. Ambulatorinių specializuotų paslaugų prieinamumas Vilniaus teritorinės ligonių kasos veiklos zonos gyventojams//Lietuvos sveikata, 2005 lapkričio 3 - 9 d. NR. 44 (6250)

Siekiant išanalizuoti antrinio lygio gydytojų otorinolaringologų teikiamas ambulatorines paslaugas, jų atitikimą norminiams teisės aktams ir pateikimo apmokėti iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų pagrįstumą, buvo atliktas tyrimas trijose didžiosiose mišriose Vilniaus miesto poliklinikose. Šiose poliklinikose teikiamos ir pirminės ir antrinės – specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Prisirašiusių gyventojų struktūra pagal amžių yra panaši.

Vilniaus miesto VšĮ Centro poliklinikoje 2006m. sausio 1 d. buvo prisirašę 143409 gyventojai, VšĮ Šeškinės poliklinikoje – 101405 gyventojai, VšĮ Karoliniškių poliklinikoje – 72187 gyventojai. Prisitašiusių gyventojų pasiskirstymas absoliučiais skaičiais pagal amžiaus grupes parodytas 1 lentelėje.

<b>Pavadinimas</b>	<b>Iki 3 metų</b>	<b>4 - 18 metų</b>	<b>Suaugusieji</b>
VšĮ Centro poliklinikos Lukiškių filialas	615	1676	34059
VšĮ Centro poliklinikos Naujamiesčio filialas	529	1440	22956
VšĮ Centro poliklinikos Senamiesčio filialas	408	1082	23327
VšĮ Centro poliklinikos diagnostikos centras	889	2591	29933
VšĮ Centro poliklinikos Vytenio filialas	3	8	9846
VšĮ Centro p. Naujamiesčio fil. G.Vilties skyrius	549	1526	11972
<b>VISO: VšĮ Centro poliklinikoje</b>	<b>2993</b>	<b>8323</b>	<b>132093</b>
<b>VšĮ Karoliniškių poliklinika</b>	<b>1775</b>	<b>5104</b>	<b>65308</b>
<b>VšĮ Šeškinės poliklinika</b>	<b>3085</b>	<b>8348</b>	<b>89972</b>

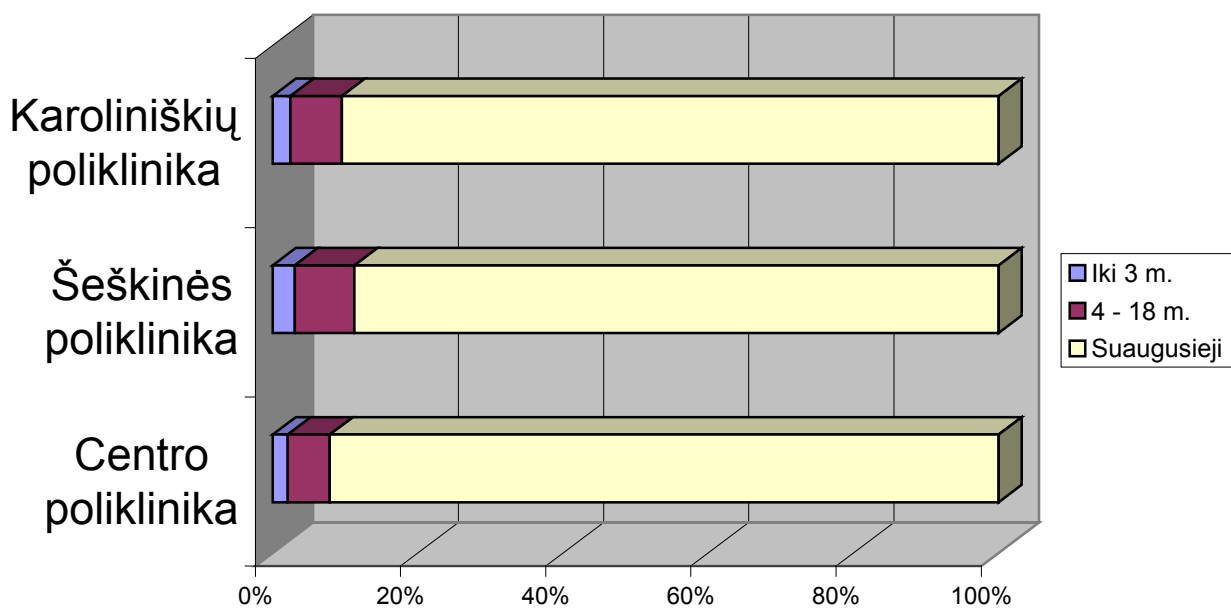
1 lentelė. Prisirašiusių gyventojų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 2006.01.01.

Visose trijose poliklinikose prisirašiusių gyventojų struktūra, išreikšta procentais, yra panaši: VšĮ Centro poliklinikoje vaikai iki 3m. amžiaus sudaro 2,8%, vaikai nuo 4 iki 18m. amžiaus – 5,8%, suaugusieji sudaro didžiąją dalį prisirašiusių gyventojų, net 92,1%.

VšĮ Šeškinės poliklinikoje 3,04% prisirašiusių gyventojų yra vaikai iki 3 m. amžiaus, 8,23% vaikai nuo 4 iki 18 metų, suaugusieji gyventojai siekia 88,7% nuo visų šioje poliklinikoje prisirašiusių.

VšĮ poliklinikoje vaikai iki 3m. amžiaus siekia 2,45%, vaikai nuo 4 iki 18 metų amžiaus sudaro 7,07% nuo visų prisirašiusių šioje poliklinikoje, didžiąją prisirašiusių gyventojų gali, kaip ir kitose pasirinktose poliklinikose, sudaro suaugusieji – 90,47%.

Prisirašiusių gyventojų struktūra procentais pagal amžiaus grupes pavaizduota 4 paveiksle.



4 pav. Prisirašymo struktūra proc. trijose poliklinikose.

Prisirašymo duomenys ir labai panaši prisirašymo struktūra leidžia palyginti visose trijose poliklinikose teikiamas antrinio lygio gydytojų otorinolaringologų konsultacijas, jų atitikimą norminiams teisės aktams ir pateikimo apmokėti iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų pagrįstumą.

Lietuvos sveikatos informacijos centras renka sergamumo duomenis iš visų sveikatos priežiūros įstaigų, kurios sudaro Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą. Su informacine sistema SVEIDRA dirba tik įstaigos, turinčios sutartis su ligonių kasomis. Tačiau atlikus abiejų sistemų duomenų palyginamąją analizę, paaiškėjo, kad SVEIDRA apima iki 98% stacionariųjų gydymo epizodų ir apie 92% ambulatorinių apsilankymų. Tai leidžia teigti, kad SVEIDROS duomenys pakankamai atspindi populiacinį lygį<sup>99</sup>.

Tyrime naudoti privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenys apie visose trijose poliklinikose 2006-01-01 – 2006-01-31 laikotarpiu prisirašiusiems pacientams suteiktas gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio paslaugas: konsultacijas, apmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų ir pakartotinus apsilankymų pas gydytoją specialistą, kurie neapmokami iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.

<sup>99</sup> LR SAM Lietuvos sveikatos informacijos centras „Lietuvos gyventojų bendrasis sergamumas 2001-2005m. privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis. Vilnius, 2006m.

### VšĮ Centro poliklinika

2006-01-01 – 2006-01-31 laikotarpiu suteikė ir pateikė apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai 2152 prisirašiusiems šioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje pacientams 3285 gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio paslaugas, iš jų:

- 2375 konsultacijas;
- 910 apsilankymų.

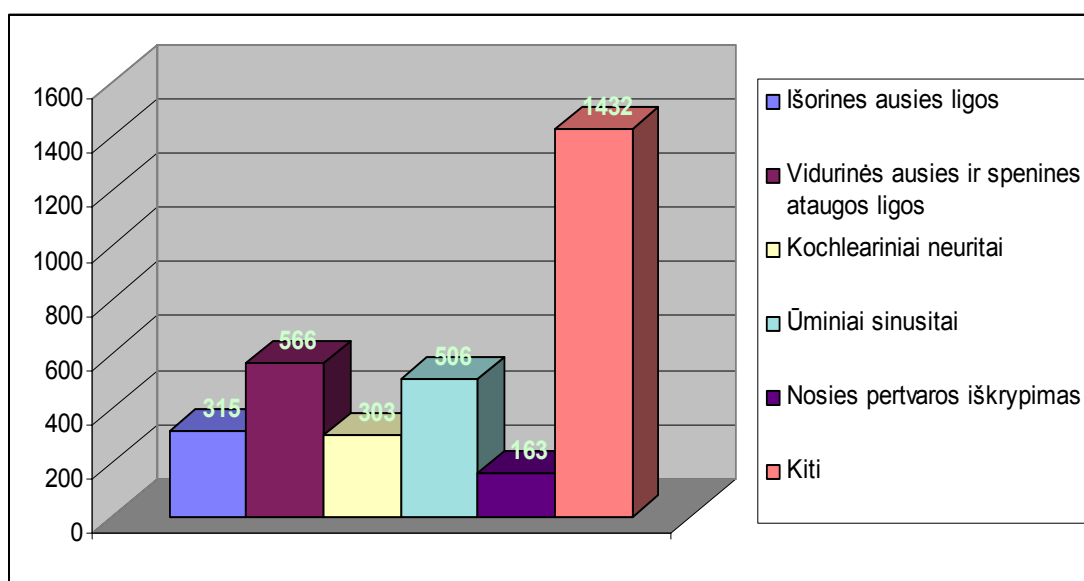
Vaikams iki 3 metų suteikta 50 konsultacijų, vaikams nuo 4 iki 18 metų suteiktos 134 konsultacijos, suaugusiems - 2191 konsultacija. Konsultacijų ir apsilankymų skaičius pagal amžiaus grupes matomi 2 lentelėje.

Paslaugos/amžius	Iki 3 m.	4 – 18 m.	Suaugę
Apsilankymai	48	60	802
Konsultacijos	50	134	2191

2 lentelė. Konsultacijų ir apsilankymų pas gydytoją otorinolaringologą skaičius pagal pacientų amžių 2006-01-01-2006-01-31 VšĮ Centro poliklinikoje.

Tyrimo metu išnagrinėta visa pirminė medicininė dokumentacija – asmens sveikatos istorijos, asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelės – viso 3285 gydytojų otorinolaringologų įrašai apie suteiktas ambulatorines antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

VšĮ Centro poliklinikoje 2006-01-01 - 2006-01-31 laikotarpiu suteiktos 3285 gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio paslaugos dėl įvairių susirgimų. 5 paveiksle parodytas diagnozių pasiskirstymas pagal stambias susirgimų grupes.



5 pav. Diagnozių pasiskirstymas pagal stambias susirgimų grupes VšĮ Centro poliklinikoje.

Išanalizavus gydytojų otorinolaringologų įrašus asmens sveikatos istorijose bei asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelėse, nustatyti šie neatitikimai norminių teisės aktų reikalavimams:

1. 882 (aštuoniais šimtais aštuoniasdešimt dviem) atvejais gydytojo otorinolaringologo suteiktas paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaiga, pateikdama apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijas, pažeidė LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 nuostatą, kad už gydytojo specialisto teikiamas paslaugas apmokama kaip už gydytojo specialisto konsultaciją tik tuo atveju, jei gydytojas specialistas suteikė paslaugas, nepriklausančias teikti pagal Šeimos gydytojo medicinos normą. Tuo tarpu visais šiais atvejais nurodytų ligų ir būklių diagnozavimas bei gydymas buvo šeimos gydytojo kompetencijos ribose. Minėtais atvejais gydytojas otorinolaringologas galėjo konsultuoti pacientus bei skirti jiems gydymą, tačiau šių jo suteiktų paslaugų asmens sveikatos priežiūros įstaiga neturėjo pateikti apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijos.
2. 54 (penkiasdešimt keturiais) atvejais gydytojo otorinolaringologo suteiktas paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaiga pateikė apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijas. Visais šiais atvejais tai jau buvo *pakartotinos* gydytojo otorinolaringologo konsultacijos, ir diagnozės jau buvo nustatytos anksčiau, t.y. pirmos gydytojo otorinolaringologo konsultacijos metu. Pakartotinos gydytojo otorinolaringologo konsultacijos neturėjo būti pateiktos apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai, kadangi diagnozėse nurodytų ligų bei būklių tolesnis gydymas ar sekimas po specialisto konsultacijos buvo šeimos gydytojo kompetencijos ribose. Pažeista anksčiau minėta LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 nuostata.
3. 23 (dvidešimt trys) atvejai, kai pacientų asmens sveikatos istorijose nerasta įrašų apie gydytojo otorinolaringologo jiems suteiktas konsultacijas – asmens sveikatos priežiūros įstaiga pažeidė LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 nuostatą, kad gydytojas specialistas, teikiantis ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jas aprašo asmens sveikatos istorijoje, nuroydamas paciento lankymosi datą ir laiką, anamnezę, aprašydamas paciento būklę, ligos eigą, paskirtus tyrimus ir gydymą.
4. 1 (vienam) pacientui suteiktą gydytojo otorinolaringologo paslaugą asmens sveikatos priežiūros įstaiga pateikė apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai kaip gydytojo



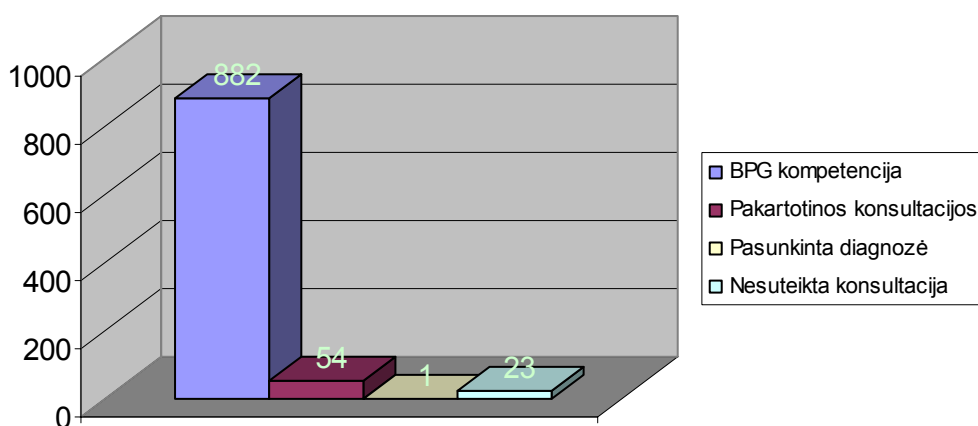
otorinologologo antrinio lygio konsultaciją esant balso klosčių ir gerklų paralyžiui, nors paciento asmens sveikatos istorijoje yra gydytojo otorinologologo įrašas, kad pacientas jaučiasi gerai – duomenų už asmens sveikatos priežiūros įstaigos nurodytą diagnozę nerasta. Minėtu atveju pacientui suteikta paslauga buvo šeimos gydytojo kompetencijos ribose.

Viso neteisėtai pateikta apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai 960 antrinio lygio gydytojo otorinologologo konsultacijų. Kaip matoma 3 lentelėje daugiausia neteisėtai pateiktų apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai konsultacijų suteikta suaugusiems pacientams.

Neteisėtai pateiktos apmokėti konsultacijos/amžiaus grupės	Viso		Iki 3 m.		4 – 18 m.		Suaugę	
	atvejai	%	atvejai	%	atvejai	%	atvejai	%
BPG kompetencija	882	91.87	5	0.52	80	8.33	797	83.02
Pakartotinos konsultacijos	54	5.62	15	1.56	9	0.94	30	3.12
Pasunkinta diagnozė	1	0.10	0	0	0	0	1	0.10
Nesuteikta konsultacija	23	2.39	0	0	4	0.41	19	1.98
Viso:	960	100	20	2.08	93	9.68	847	88.22

3 lentelė. Neteisėtai pateiktų apmokėti gydytojų otorinologologų antrinio lygio konsultacijų absoliutus skaičius ir proc. bei pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 2006-01-01-2006-01-31 VšĮ Centro poliklinikoje.

Viso neteisėtai pateikta apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai 960 (40,42% nuo visų pateiktų apmokėti) antrinio lygio gydytojo otorinologologo konsultacijų: 882 konsultacijos neviršijo šeimos gydytojo normos reikalavimų, 54 pakartotiniai apsilankymai pateikti apmokėti kaip antrinio lygio gydytojo otorinologologo konsultacijos, 23 atvejais nebuvo įrašų asmens sveikatos istorijose apie paciento apsilankymą, 1 atveju „pasunkinta“ paciento diagnozė.



6 pav. Neteisėtai pateiktos apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai antrinio lygio gydytojo otorinologologo konsultacijos VšĮ Centro poliklinikoje.

### VšĮ Karoliniškių poliklinika

2006-01-01 – 2006-01-31 laikotarpiu suteikė ir pateikė apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai 1308 prisirašiusiems šioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje pacientams 2147 gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio paslaugas, iš jų:

- 1514 konsultacijas;
- 633 apsilankymus.

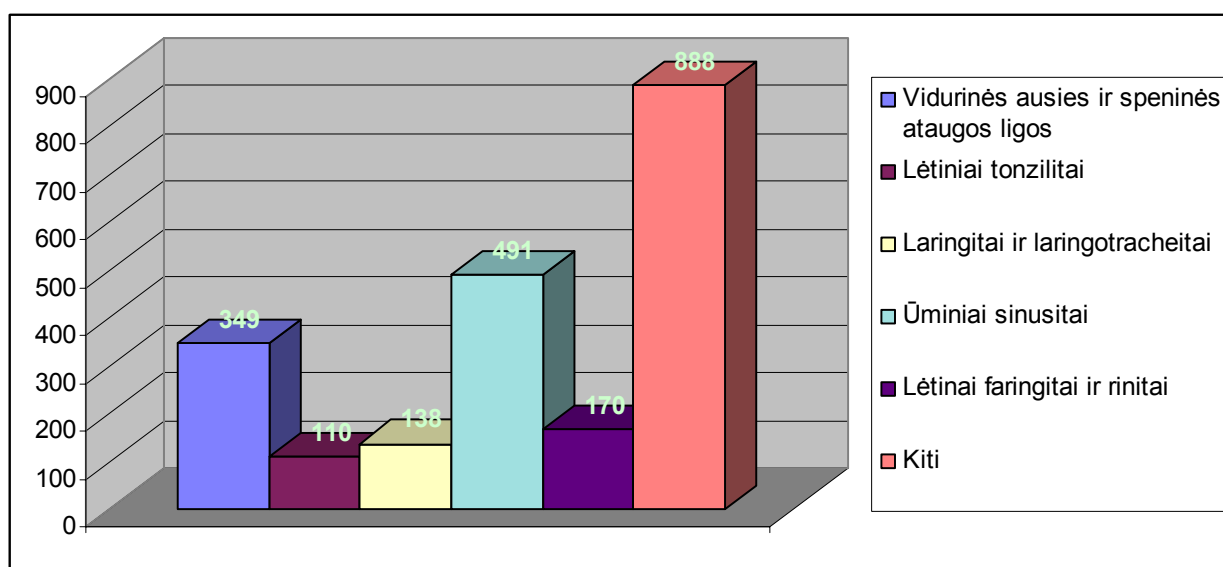
Vaikams iki 3 metų suteikta 35 konsultacijos, vaikams nuo 4 iki 18 metų suteiktos 110 konsultacijų, suaugusiems - 1369 konsultacijos. Konsultacijų ir apsilankymų skaičius pagal amžiaus grupes matomi 4 lentelėje.

Paslaugos/amžius	Iki 3 m.	4 – 18 m.	Suaugę
Apsilankymai	32	42	559
Konsultacijos	35	110	1369

4 lentelė. Konsultacijų ir apsilankymų pas gydytoją otorinolaringologą skaičius pagal pacientų amžių 2006-01-01-2006-01-31 VšĮ Karoliniškių poliklinikoje.

Tyrimo metu išnagrinėta visa pirminė medicininė dokumentacija – asmens sveikatos istorijos, asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelės – viso 2147 gydytojų otorinolaringologų įrašai apie suteiktas ambulatorines antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

VšĮ Karoliniškių poliklinikoje 2006-01-01 - 2006-01-31 laikotarpiu suteiktos 2147 gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio paslaugos dėl įvairių susirgimų. 7 paveiksle parodytas diagnozių pasiskirstymas pagal stambias susirgimų grupes.



7 pav. Diagnozių pasiskirstymas pagal stambias susirgimų grupes VšĮ Karoliniškių poliklinikoje.

Išanalizavus gydytojų otorinolaringologų įrašus asmens sveikatos istorijose bei asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelėse, nustatyti šie neatitikimai norminių teisės aktų reikalavimams:

1. 841 (aštuoniais šimtais keturiasdešimt vienu) atveju antrinio lygio gydytojo otorinolaringologo suteiktas paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaiga, pateikdama apmokėti Vilniaus teritorine ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijas, pažeidė LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ Nr. 329 nuostatą, kad už gydytojo specialisto teikiamas paslaugas apmokama kaip už gydytojo specialisto konsultaciją tik tuo atveju, jei gydytojas specialistas suteikė paslaugas, nepriklausančias teikti pagal Šeimos gydytojo medicinos normą. Tuo tarpu visais šiais atvejais nurodytų ligų ir būklių diagnozavimas bei gydymas buvo šeimos gydytojo kompetencijos ribose. Minėtais atvejais gydytojas otorinolaringologas galėjo konsultuoti pacientus bei skirti jiems gydymą, tačiau šių jo suteiktų paslaugų asmens sveikatos priežiūros įstaiga neturėjo pateikti apmokėti Vilniaus teritorine ligonių kasai.
2. 38 (trisdešimt aštuoniais) atvejais gydytojo otorinolaringologo suteiktas paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaiga pateikė apmokėti Vilniaus teritorine ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijas. Visais šiais atvejais tai jau buvo *pakartotinos* gydytojo otorinolaringologo konsultacijos, ir diagnozės jau buvo nustatytos anksčiau, t.y. pirmos gydytojo otorinolaringologo konsultacijos metu. Pakartotinos gydytojo otorinolaringologo konsultacijos neturėjo būti pateiktos apmokėti Vilniaus teritorine ligonių kasai, kadangi nustatytų ligų bei būklių tolesnis gydymas ar sekimas po specialisto konsultacijos buvo šeimos gydytojo kompetencijos ribose. Pažeista minėta LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 nuostata.
3. 71 (septyniasdešimt vienu) atveju gydytojo otorinolaringologo suteiktas paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaiga pateikė apmokėti Vilniaus teritorine ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijas. Visais šiais atvejais gydytojo otorinolaringologo įrašai pacientų asmens sveikatos istorijose bei nustatytos diagnozės neatitinka tų diagnozių, kurios buvo pateiktos apmokėti Vilniaus teritorine ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijos, t.y. pateiktose apmokėti Vilniaus teritorine ligonių kasai konsultacijose nurodyta kliniškai sunkesnės pacientų būklės nei tos, kurios aprašytos gydytojo otorinolaringologo pacientų asmens sveikatos istorijose. Rasto sieros kamščio ar užsilikusio vatos

tampono pašalinimas pateikiamas apmokėti kaip neurosensorinio prikurtimo ar klausos nervo pažeidimo diagnozavimas, užsitęsios slogos diagnozavimas bei skirtas gydymas – kaip ūminio ar lėtinio sinusito, ūminio tonzilito – kaip peritonzilinio absceso, ūminio faringito – kaip ūminio epiglotito, atliktas ausies tualetas ar paprasto vidurinio otito diagnozavimas bei skirtas gydymas – kaip lėtinio pūlingo tubotimpaninio vidurinio otito, paciento apžiūrėjimas po prieš tai buvusio kraujavimo iš nosies – kaip pagalba esant kraujavimui iš kvėpavimo takų. Visų šių nurodytų ligų ar būklių diagnozavimas, gydymas ar procedūrų atlikimas buvo šeimos gydytojo kompetencijos ribose.

4. 1 (vienu) atveju paciento asmens sveikatos istorijoje nerasta įrašo apie gydytojo otorinolaringologo jam suteiktą konsultaciją – asmens sveikatos priežiūros įstaiga pažeidė LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 nuostata, kad gydytojas specialistas, teikiantis ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jas aprašo asmens sveikatos istorijoje, nurodydamas paciento lankymosi datą ir laiką, anamnezę, aprašydamas paciento būklę, ligos eigą, paskirtus tyrimus ir gydymą. Be to, minėta gydytojo otorinolaringologo konsultacija pateikta apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai nenurodant nei diagnozės, nei ligos kodo pagal TLK-10.

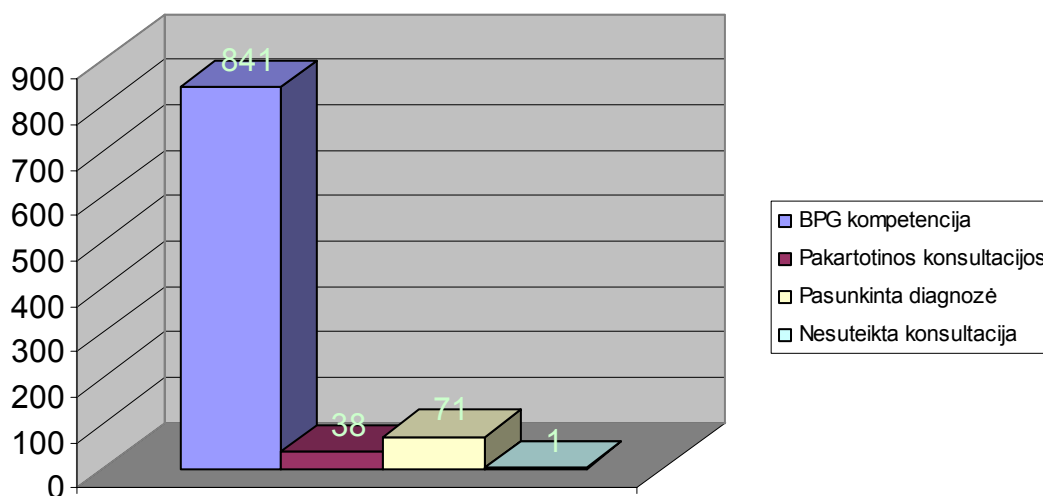
Daugiausia neteisėtai pateiktų apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai konsultacijų suteikta suaugusiems pacientams, tai parodyta 5 lentelėje.

Neteisėtai pateiktos apmokėti konsultacijos/amžiai aus grupės	Viso		Iki 3 m.		4 – 18 m.		Suaugę	
	atvejai	%	atvejai	%	atvejai	%	atvejai	%
BPG kompetencija	841	88.45	6	0.63	64	6.73	771	81.07
Pakartotinos konsultacijos	38	3.99	14	1.47	8	0.84	16	1.68
Pasunkinta diagnozė	71	7.46	2	0.21	7	0.74	62	6.52
Nesuteikta konsultacija	1	0.10	0	0	0	0	1	0.10
Viso:	951	100	22	2.31	79	8.31	850	89.3

5 lentelė. Neteisėtai pateiktų apmokėti gydytojų otorinolaringologų antrinio lygio konsultacijų absoliutus skaičius ir proc. bei pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 2006-01-01-2006-01-31 VšĮ Karoliniškių poliklinikoje.

Viso neteisėtai pateikta apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai 951 (62,81% nuo visų pateiktų apmokėti) antrinio lygio gydytojo otorinolaringologo konsultacijų: 841 konsultacijos neviršijo šeimos gydytojo normos reikalavimų, 38 pakartotiniai apsilankymai pateikti apmokėti kaip antrinio lygio gydytojo otorinolaringologo konsultacijos, 1 atvejis nebuvo įrašo asmens

sveikatos istorijoje apie paciento apsilankymą, 71 atveju „pasunkinta“ paciento diagnozė. Tai pavaizduota 8 paveiksle.



8 pav. Neteisėtai pateiktos apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai antrinio lygio gydytojo otorinolaringologo konsultacijos VšĮ Karoliniškių poliklinikoje.

#### *VšĮ Šeškinės poliklinika*

2006-01-01 – 2006-01-31 laikotarpiu suteikė ir pateikė apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai 1017 prisirašiusiems šioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje pacientams 1818 gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio paslaugas, iš jų:

- 1168 konsultacijas;
- 650 apsilankymų.

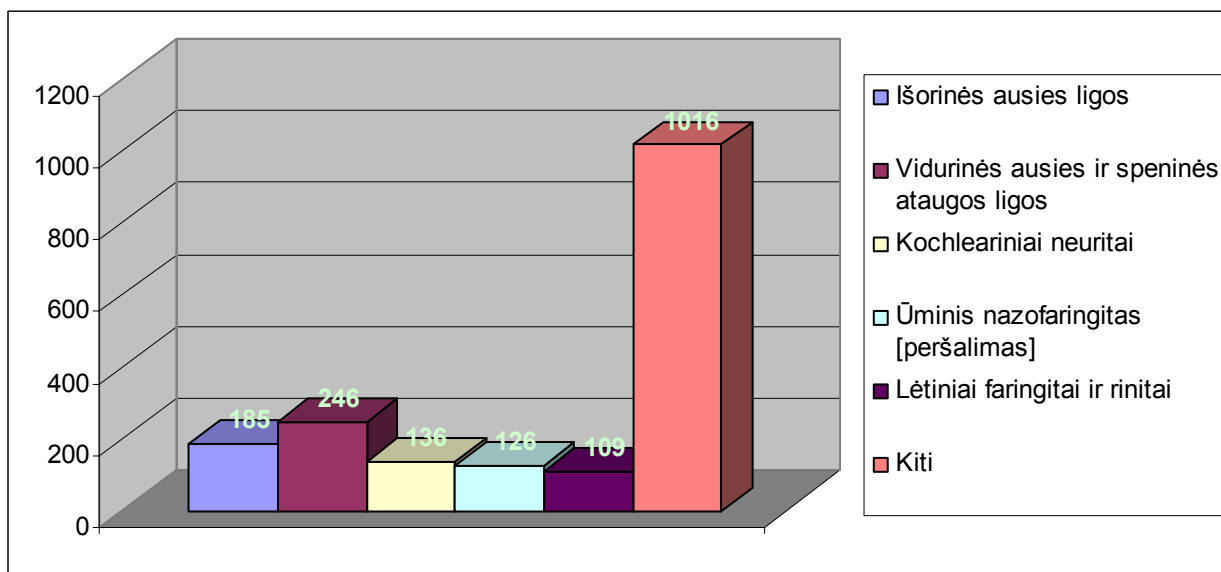
Vaikams iki 3 metų suteikta 38 konsultacijos, vaikams nuo 4 iki 18 metų suteiktos 111 konsultacijų, suaugusiems - 1019 konsultacijų. Konsultacijų ir apsilankymų skaičius pagal amžiaus grupes matomi 6 lentelėje.

Paslaugos/Amžius	Iki 3 m.	4 – 18 m.	Suaugę
Apsilankymai	37	52	561
Konsultacijos	38	111	1019

6 lentelė. Konsultacijų ir apsilankymų pas gydytoją otorinolaringologą skaičius pagal pacientų amžių 2006-01-01-2006-01-31 VšĮ Šeškinės poliklinikoje.

Tyrimo metu išnagrinėta visa pirminė medicininė dokumentacija – asmens sveikatos istorijos, asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelės – viso 1818 gydytojų otorinolaringologų įrašai apie suteiktas ambulatorines antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

VšĮ Šeškinės poliklinikoje 2006-01-01 - 2006-01-31 laikotarpiu suteiktos 1818 gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio paslaugų dėl įvairių susirgimų. 11 paveiksle parodytas diagnozių pasiskirstymas pagal stambias susirgimų grupes.



11 pav. Diagnozių pasiskirstymas pagal stambias susirgimų grupes VšĮ Šeškinės poliklinikoje.

Išanalizavus gydytojų otorinolaringologų įrašus asmens sveikatos istorijose bei asmens ambulatorinio gydymo apskaitos kortelėse, nustatyti šie neatitikimai norminių teisės aktų reikalavimams:

1. 303 (trimis šimtais trimis) atvejais gydytojo otorinolaringologo suteiktas paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaiga, pateikdama apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijas, pažeidė LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ Nr. 329 nuostatą, kad už gydytojo specialisto teikiamas paslaugas apmokama kaip už gydytojo specialisto konsultaciją tik tuo atveju, jei gydytojas specialistas suteikė paslaugas, nepriklausančias teikti pagal Šeimos gydytojo medicinos normą. Tuo tarpu visais šiais atvejais nurodytų ligų ir būklių diagnozavimas bei gydymas buvo šeimos gydytojo kompetencijos ribose. Minėtais atvejais gydytojas otorinolaringologas galėjo konsultuoti pacientus bei skirti jiems gydymą, tačiau šių jo suteiktų paslaugų asmens sveikatos priežiūros įstaiga neturėjo pateikti apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai.
2. 75 (septyniasdešimt penkiais) atvejais gydytojo otorinolaringologo suteiktas paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaiga pateikė apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijas. Visais

šiais atvejais tai jau buvo *pakartotinos* gydytojo otorinolaringologo konsultacijos, ir diagnozės jau buvo nustatytos anksčiau, t.y. pirmos gydytojo otorinolaringologo konsultacijos metu. Pakartotinos gydytojo otorinolaringologo konsultacijos neturėjo būti pateiktos apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai, kadangi nurodytų ligų bei būklių tolesnis gydymas ar sekimas po specialisto konsultacijos buvo šeimos gydytojo kompetencijos ribose. Pažeista minėto LR Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 nuostata.

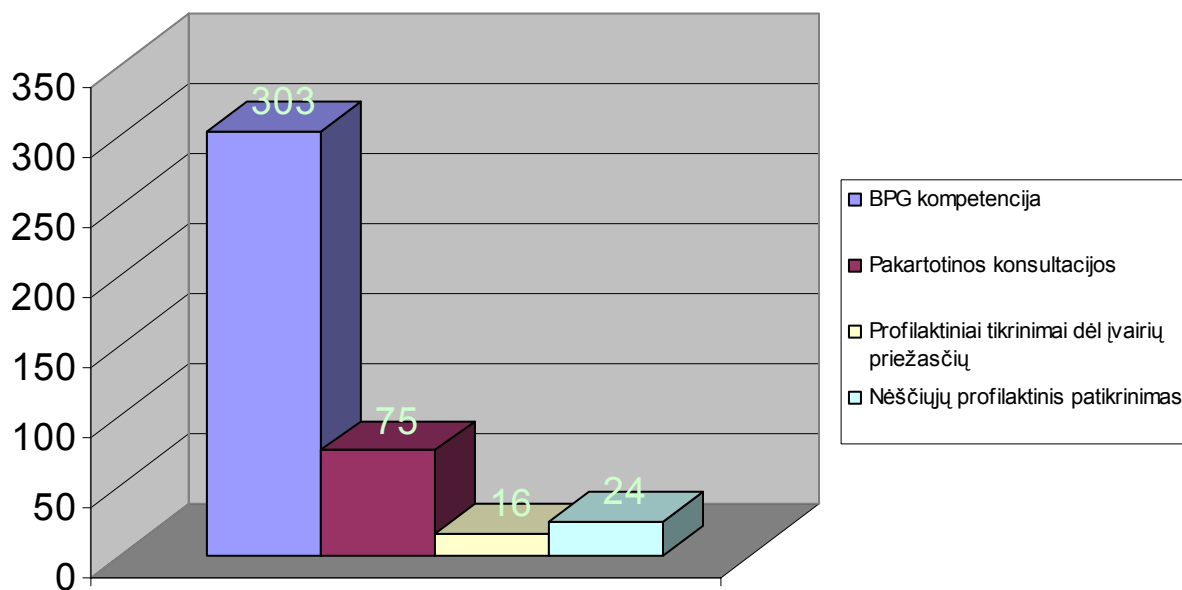
3. 19 (devyniolika) atveju, kai gydytojas otorinolaringologas profilaktiškai apžiūrėjo pacientus, siunčiamus į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą darbingumo lygiui nustatyti dėl kitų susirgimų, o jo suteiktas paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaiga pateikė apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijas, pažeista LR Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ nuostata.
4. 24 (dvidešimt keturi) atvejai, kai gydytojas otorinolaringologas profilaktiškai apžiūrėjo nėščias moteris, o jo suteiktas paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaiga pateikė apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai kaip gydytojo otorinolaringologo antrinio lygio konsultacijas, pažeista LR Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ nuostata.

Daugiausia neteisėtai pateiktų apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai konsultacijų suteikta suaugusiems pacientams, tai parodyta 7 lentelėje.

Neteisėtai pateiktos apmokėti konsultacijos/amžiaus grupės	Viso		Iki 3 m.		4 – 18 m.		Suaugę	
	atvejai	%	atvejai	%	atvejai	%	atvejai	%
BPG kompetencija	303	72,48	1	0.24	48	11.48	254	60.76
Pakartotinos konsultacijos	75	17,94	22	5.26	16	3.82	37	8.85
Profilaktiniai patikrinimai dėl įvairių priežasčių	16	3,82	1	0.24	5	1.19	10	2.39
Nėščiųjų profilaktinis patikrinimas	24	5,74	0	0	0	0	24	5.74
Viso	418	100	23	5.74	68	16.49	323	77.74

7 lentelė. Neteisėtai pateiktų apmokėti gydytojų otorinolaringologų antrinio lygio konsultacijų absoliutus skaičius ir proc. bei pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 2006-01-01-2006-01-31 VšĮ Šeškinės poliklinikoje.

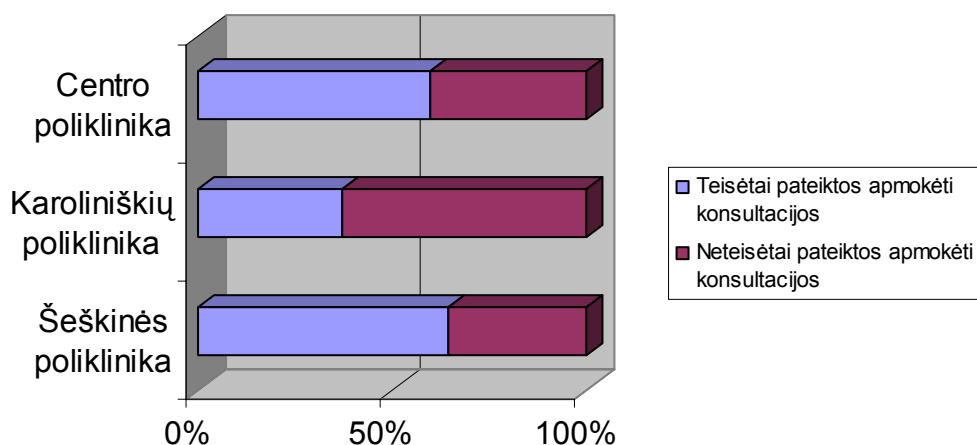
Viso neteisėtai pateikta apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai 418 (35,78% nuo visų pateiktų apmokėti) antrinio lygio gydytojo otorinolaringologo konsultacijų: 303 konsultacijos neviršijo šeimos gydytojo normos reikalavimų, 75 pakartotiniai apsilankymai pateikti apmokėti kaip antrinio lygio gydytojo otorinolaringologo konsultacijos, 16 atvejų profilaktiniai sveikatos tikrinimai dėl įvairių priežasčių, 24 atvejai profilaktiniai nėščiųjų tikrinimai. Tai parodyta 12 paveiksle.



12 pav. Neteisėtai pateiktos apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai antrinio lygio gydytojo otorinolaringologo konsultacijos VŠĮ Šeškinės poliklinikoje.

Atlikus tyrimą trijose didžiosiose mišriose Vilniaus miesto poliklinikose nustatyta, kad tarp visų pateiktų apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai antrinio lygio gydytojų otorinolaringologų konsultacijų neteisėtai pateiktos apmokėti konsultacijos VŠĮ Centro poliklinikoje sudarė 40,42% (pateiktos apmokėti 2375 konsultacijos, iš jų 960 neteisėtai), VŠĮ Karoliniškių poliklinikoje (atitinkamai 1514 ir 951 konsultacija) – 62,81% ir VŠĮ Šeškinės poliklinikoje (atitinkamai 1168 ir 418 konsultacijų) – 35,81%. Tai parodyta 14 paveiksle.





14 pav. Teisėtai/neteisėtai pateiktų apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai konsultacijų santykis VšĮ Centro, VšĮ Karoliniškių ir VšĮ Šeškinės poliklinikose.

Dažniausia neteisėto pateikimo apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai priežastis visose trijose poliklinikose – nuo 72,48% iki 91,87% - yra ta, kad gydytojai otorinolaringologai pateikė apmokėjimui iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paslaugas, kurios vadovaujantis LR Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1013 “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 “Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė” patvirtinimo” nuostatomis yra priskirtos tekti šeimos gydytojui. Minėtais atvejais gydytojas otorinolaringologas galėjo konsultuoti pacientus bei skirti jiems gydymą, tačiau šių jo suteiktų paslaugų asmens sveikatos priežiūros įstaiga neturėjo pateikti apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai. LR Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. kovo 23 d įsakymas Nr. V-146 “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 54:2004 "Gydytojas otorinolaringologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo“ įpareigoja gydytoją otorinolaringologą mokėti diagnozuoti ir gydyti visus susirgimus, kurie aprašyti ir LR Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1013 “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 “Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė” patvirtinimo” 25 punkte „Ausų, nosies ir gerklės ligos“, tačiau LR Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 “Dėl bazinių kainų patvirtinimo” 3.1. punkte sakoma, kad „gydytojų specialistų, dirbančių poliklinikose, kuriose specializuotos sveikatos priežiūros paslaugos atskirtos nuo pirminės sveikatos priežiūros paslaugų, taip pat specializuotų įstaigų savarankiškose poliklinikose, teikiamos paslaugos, nepriklausančios teikti pagal Bendrosios praktikos gydytojo medicinos

normą, apmokamos pagal gydytojo specialisto konsultacijos (apsilankymo pas gydytoją specialistą) bazines kainas“.

Pakartotiniai apsilankymai pas antrinio lygio gydytoją specialistą dėl tos pačios priežasties visose trijose poliklinikose sudaro nuo 3,99% iki 17,94%. Šiuo atveju yra nesivadovaujama LR Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 “Dėl bazinių kainų patvirtinimo” 3.11 punkto nuostata „, jeigu dėl tos pačios priežasties pacientas kreipiasi į tos pačios srities gydytoją specialistą daugiau nei tris kartus, mokama pakartotinai“.

Atlikdami Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų panaudojimo kontrolę asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kontroliuojančiosios institucijos specialistai susiduria su eile sunkumų, trukdančių kontrolę, ir vienodai, kaip ir kontroliuojama įstaiga, suprasti ir įvertinti suteiktą asmens sveikatos priežiūros paslaugą.

LR SAM 1998-06-18 įsakymą Nr.329 “Dėl bazinių kainų patvirtinimo” būtina papildyti tiksliau ambulatorinės konsultacijos aprašymu, įvardinti, kas priskiriama ambulatorinei antrinio (tretinio) lygio konsultacijai, kokius veiksmus/tyrimus turi atlikti šią paslaugą teikiantis specialistas, patvirtinti siuntimų gydyti/konsultuoti tvarką, patvirtinti dispanserizacijos tvarką.

Ne visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi pasitvirtinę kokybės vadovą, todėl sunku įvertinti suteiktos paslaugos kokybę.

## IŠVADOS

1. Įvertinus Lietuvos nueitą kelią reformuojant sveikatos priežiūros sistemą, galima teigti, kad Lietuvos sveikatos politika formuojama pagal pasaulinius sveikatos politikos dokumentus, didžiausią dėmesį skiriant pirminės sveikatos priežiūros plėtrai ir decentralizacijai, pirminės sveikatos priežiūros prieinamumui gerinti, profilaktinių priemonių stiprinimui.
2. Kiekviena šalis turi skirtingą sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir finansavimo sistemą, kuri priklauso nuo istorinių, politinių bei ideologinių faktorių. Skirtingos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo sistemos sudaro skirtingas prielaidas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo kontrolei. Literatūros šaltiniuose nerasta patikimų duomenų apie antrinio lygio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir jų kontrolę, nes tokios paslaugos dažniausiai teikiamos stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose.
3. Lietuvoje yra daug teisės aktų, susijusių su asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrole, tačiau šiuo metu galiojantys asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojantys teisės aktai nesudaro prielaidos pakankamai ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolei užtikrinti, nes dar ne visų paslaugų teikimo reikalavimai aprašyti ir ypač stokojama ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų teikimo reikalavimų aprašymo.
4. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kiekybinė kontrolė nesukelia rimtesnių problemų, nes yra patvirtintos statistinės apskaitos dokumentų formos, tačiau sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolė iki šiol yra apsunkinta, stokoja ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo žinių sveikatos priežiūros įstaigos.
5. Atlikus ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir pateikimo apmokėjimo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kontrolę trijose mišrioje Vilniaus miesto poliklinikose, nustatyta, kad antrinės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (gydytojo specialisto konsultacija) dažnai (36% - 63%) teikiamos neviršijant pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikiamų reikalavimų.

## REKOMENDACIJOS

1. LR Sveikatos apsaugos ministerijai detaliai aprašyti ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įvardijant privalomas atlikti diagnostines /gydomąsias procedūras ir jų teikimo reikalavimus, siekiant pagerinti antrinio (tretinio) lygio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę bei šių paslaugų apskaitos, kokybės ir pateikimo apmokėti iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų kontrolę. Aprašant ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas būtinas glaudus bendradarbiavimas su profesinėmis gydytojų asociacijomis.
2. Siekiant, kad kontroliuojančiosios institucijos specialistai ir kontroliuojamos asmens sveikatos priežiūros įstaigos specialistai (administracija ir gydytojai specialistai), vienodai suprastų ir įvertintų suteiktą asmens sveikatos priežiūros paslaugą būtina:
  - 2.1. įdiegti kvalifikacijos tobulinimo sistemą kontroliuojančiųjų institucijų specialistams, šiuo metu tokių specialistų neruošia jokia mokymo įstaiga, taip pat nėra ir parengtų kvalifikacijos kėlimo programų;
  - 2.2. kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos pasitvirtintų kokybės vadovą;
  - 2.3. kad į gydytojų specialistų kvalifikacijos kėlimo programas būtų įtraukti su privalomuoju sveikatos draudimu susiję klausimai.
3. Nesant norminių teisės aktų, reglamentuojančių antrinio lygio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, asmens sveikatos priežiūros įstaigų administracijoms pačioms aprašyti antrinio lygio gydytojų specialistų teikiamas paslaugas ir patvirtinti tokių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą sutartyje su teritorine ligonių kasa.
4. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų steigėjams ypatingą dėmesį skirti antrinio lygio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų administravimui mišriose (pirminio ir antrinio lygio ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose) poliklinikose.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Alma-Ata 1978: Primary health care. Ženeva, WHO, 1978 (Health for all series, No1).
2. Baubinas H., Iždonienė J., Balčiauskaitė D.. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos ir jų apmokėjimas Lietuvoje 1998 – 2002 metais //Sveikatos drauda. -2003, Nr. 4.
3. Černiauskas G., Dobravolskas A., Murauskienė L.. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektoriaus socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras. -2000.
4. Freeman et al. Continuity of care: an essential element of modern general practice?// Fam. Pract. -2003, 20:623-627.
5. Grabauskas V., Kalėdienė R., Valius L. Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmenčio iššūkius. Kaunas, 2004. -ISBN 9986-451-94-9.
6. Gustainienė L.. Sveikatos priežiūros politika ir organizacija. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 2003. -222 p. -ISBN 9955-530-48-0.
7. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross-sectional survey // BMJ. -1999, 319:738-743
8. [http://www.sec.lt/pages/spr/Alf\\_mok/Text/fr\\_sv\\_r\\_ist.html](http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/fr_sv_r_ist.html); 2006-01-25.
9. Jankauskienė D. Mokslo įrodymais pagrįsti finansavimo metodai. VU Socialinės medicinos centras, Konferencijos “Sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: problemos ir perspektyvos” medžiaga, Druskininkai, 2002.
10. Jankauskienė D. “Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990-1998 m. įvertinimas”: daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata, Kauno medicinos universitetas, 2000.
11. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas: Šviesa, 1999. -207p. -ISBN 5-430-02792-8.
12. Kairys J. “Vilniaus miesto ambulatorinės sveikatos priežiūros modelio vertinimas: būklės – prieinamumo – kokybės parametrai”: daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata, Vilniaus universitetas, 2002.
13. Kulik J., Balčiauskaitė D. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos //Sveikatos drauda. -2005, Nr. 1.
14. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2003 metais. Vilnius, 2004. -ISSN 1392-8155.
15. LR Seimo nutarimas „Dėl valstybės ilgalaikės raidos strategijos“//Valstybės žinios.- 2002. Nr.: 113, Nr.: 5029.

16. LR Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos“ //Valstybės žinios. -2003, Nr.: 28, Nr.: 1147.
17. Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. gruodžio 14 d. Nr. X-43 nutarimas “Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos” // Valstybės žinios. -2004, Nr.181 -6703.
18. Lietuvos Statistikos departamentas prie LRV, <http://www.std.lt/web/main.php?parent=980>, prisijungimo laikas 2006-05-01.
19. Lietuvos sveikatos statistika 2003. Lietuvos sveikatos informacijos centras. Vilnius, 2004. -ISSN 1648-0599.
20. Lietuvos sveikatos informacijos centras, [http://www.lsic.lt/html/sv\\_statistika.htm](http://www.lsic.lt/html/sv_statistika.htm); 2006-05-01.
21. Liubiana Charter on reforming health care in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office For Europe, 1996 (document EUR/ICP/CARE 9401/CN01 Rev.1).
22. Lord J.. Future of primary healthcare education: current problems and potential solutions // Postgraduate Medical Journal. -2003, 79:553-560.
23. LR Aukščiausiosios Tarybos 1991-10-31 nutarimas Nr. 1-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“// Valstybės žinios.-1991, Nr.33-893.
24. LR SAM 1999-12-16 įsakymas Nr. 553 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ //Valstybės žinios. -1999, Nr. 109-3196.
25. LR SAM 2000-06-14 įsakymas Nr. 327 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“//Valstybės žinios. -2000, Nr.50-1447.
26. LR SAM 2000-11-02 įsakymas Nr. 593 „Dėl bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programos 2000 - 2010 m. patvirtinimo“.
27. LR SAM 2001-11-09 įsakymas Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“ // Valstybės žinios. -2001, Nr.96-3400.
28. LR SAM 2003 – 2005 metų strateginis veiklos planas. [www.sam.lt](http://www.sam.lt); 2003-06-03.
29. LR SAM 2003-12-22 įsakymas Nr.V-754 „Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“ // <http://www.litlex.lt/scripts/sarasas2.dll?Tekstas=1&Id=69775&Zd>; 2006-02-25.
30. LR SAM 2003-12-31 įsakymu Nr.V-805 patvirtinta „Bendrosios praktikos gydytojų paslaugų tinklo plėtros ir modernizavimo strategija“ // [www.sam.lt/images/Dokumentai/sam%20bpg%20strategija](http://www.sam.lt/images/Dokumentai/sam%20bpg%20strategija); 2006-02-15.
31. LR SAM 2004-09-14 įsakymas Nr.V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. -2004. Nr.144, Nr.5268.

32. LR SAM 2004-10-15 įsakymas Nr.V-718 „Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo“// <http://litlex.lt/scripts/sarastas2.dtl?Tekstas=1&Id=78335&Vr=1&Pr=1>; 2006-02-25.
33. LR SAM įsakymas 1998-06-18 Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ //Valstybės žinios. -1998, Nr. 57-1611.
34. LR SAM. Lietuvos sveikatos programa. Vilnius, 1998.- ISBN 9986-9215-2-X.
35. LR Seimo nutarimas „Dėl Nacionalinės sveikatos tarybos nuostatų patvirtinimo“ //Valstybės žinios. -1998, Nr.7, Nr.: 136 .
36. LR Sveikatos draudimo įstatymas //Valstybės žinios. -2002, Nr. 123 – 5512.
37. LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas //Valstybės žinios.-1998, Nr. 109 – 2995.
38. LR Sveikatos sistemos įstatymas //Valstybės žinios. -1998, Nr. 112 – 3099.
39. MacDonald J., Davies G.P., Hill G. The role of general practice in strengthening Primary care. A review of international experience. Kanbera, 2001. -ISBN 0642735980.
40. Marriott J., Mable A.L.. Oportunities and Potential. A Review of International Literature on Primary Health Care Reform and Models. Canada. -2000.
41. Nacionalinės sveikatos tarybos 2004 m. kovo 30 d. nutarimas “Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros planas“, Vilnius, 2004.
42. Nacionalinės sveikatos tarybos posėdžio “Lietuvos sveikatos reforma: dabartis ir ateitis” rezoliucija 2000 m. lapkričio 22d. Vilnius.
43. Normantienė J. Įvertinta Vilniaus apskrities pirminės sveikatos priežiūros įstaigų veikla// <http://www.vlk.lt/Sveikatos%20drauda/2002/02%20Nr5-8.htm>; 2003-06-03.
44. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. „Sveikata visiems XXI amžiuje“. LR SAM.
45. Plevokas P. Sveikatos apsaugos reforma ir bendrosios praktikos medicina// Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. - 1998.- T.II, Nr. 1).
46. Saltman R. B., Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms // Acad. Med. -1998, Vol. 73 (8). P. 865-870.
47. Sapagovas J. ir kt.”Informatikos ir matematinės statistikos pradmenys”. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2000.
48. Starfield B. Is primary care essential? The Lancet, Ltd, 1994; 344:1129-1133.
49. Sveikatos apsaugos finansavimo sistemos tobulinimas kompensacijos teikėjams ir sutarčių sudarymas // Atskaita, Scandinavian Care Consultant Services AB, 2002.

50. Sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas Lietuvoje. II sub-komponentas: Nacionalinė ligoninių pertvarkymo strategija // Scandinavian Care Consultant Services AB, 2002.
51. Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategija/ LR SAM 2003-04-29 įsakymu Nr.V-248 sudaryta koordinacinė grupė, vadovė J. Kumpienė. - Vilnius, 2004.-140 p.-ISBN 9986-959-22-5.
52. Venning P. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care // BMJ. -2000, 320:1048-53.
53. Willams A.P. Comparing the characteristics and attitudes of physicians in different primary care settings: The Ontario Walk-in Clinic Study // Fam. Pract. -2002, 19:647-657.
54. World Health Organization Regional Office for Europe. Health for all database: <http://www.who.dk>; 2005-02-15.
55. Шейман И. М. Экономика здравоохранения. Москва, 2001.-324р. -ISBN 5-7218-0350-9.



## SANTRAUKA

Mykolo Romerio universitetas

Viešojo administravimo fakultetas

Viešojo administravimo katedra.

### Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės užtikrinimas

Romualda Kšivickienė

Darbo vadovas: doc. Dr. A.Gaižauskienė (Lietuvoos sveikatos informacijos centras)

M. Romerio universitetas, Viešojo administravimo fakultetas, Viešojo administravimo katedra.-  
Vilnius. 2006 - 77p.

Ambulatorinė (antrinė) sveikatos priežiūra – tai sveikatos priežiūros grandis, kurioje teikiamos specializuotos (antrinio lygio) gydytojų specialistų konsultacijos. Lietuvos nacionalinėje sveikatos sistemoje galima išskirti trijų modelių (tipų) pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas, priklausomai nuo paslaugų organizavimo ir nuosavybės tipo. Tai savivaldybės poliklinikos, teikiančios pirmines ir antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (mišrios įstaigos), savivaldybės pirminės asmens sveikatos priežiūros centrai (savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros įstaigos) bei privačios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos (nepriklausomi rangovai). Šiuo tyrimu siekiama įvardinti ambulatorines (antrinio lygio) sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių (mišrių) įstaigų sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės problemas.

**Darbo tikslas:** išanalizuoti ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolės problemas ir pateikti sprendimo būdus.

**Metodika:** išanalizuoti antrinio lygio gydytojų otorinolarinologų 2006-01-01 - 2006-01-31 teikiamas ambulatorines paslaugas, jų atitikimą norminiams teisės aktams ir pateikimo apmokėti iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų pagrįstumą.

Analizuoti Valstybinės ligonių kasos informacinės sistemos SVEIDRA duomenys ir pirminė medicininė dokumentacija. Tyrimas apėmė tris Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias pirminės ir antrinės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas (mišrios poliklinikos), sudariusias sutartis su Vilniaus teritorine ligonių kasa. Visos pasirinktos įstaigos pagal prisirašiusiųjų gyventojų struktūrą yra panašios. Vertintos šių įstaigų teiktos ir pateiktos apmokėti iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų Vilniaus teritorinei ligonių kasai antrinio lygio gydytojų otorinolarinologų teiktos paslaugos. **Rezultatai:** Vilniaus miesto trijose mišriose poliklinikose teiktos ir pateiktos apmokėti Vilniaus teritorinei ligonių kasai iš

privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų antrinio lygio (gydytojų otorinolaringologų) paslaugos 36% - 63% teikiamos neviršijant pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikiamų reikalavimų. **Išvados:** Šiuo metu galiojantys asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojantys teisės aktai nesudaro prielaidos pakankamai ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolei užtikrinti, nes dar ne visų paslaugų teikimo reikalavimai aprašyti ir ypač stokojama ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų teikimo reikalavimų aprašymo. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kiekybinė kontrolė nesukelia rimtesnių problemų, nes yra patvirtintos statistinės apskaitos dokumentų formos, tačiau sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolė iki šiol yra apsunkinta, stokojama ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo žinių sveikatos priežiūros įstaigose.

## SUMMARY

University of Mykolas Romeris, faculty of Public administration, cathedral of Public administration

### **Control secure of ambulant health services**

Romualda Ksivickiene

The leader of work: - doc. Dr. A.Gaizauskiene (Lithuanian health information centre)

University of Mykolas Romeris, faculty of Public administration, cathedral of Public administration.- Vilnius. 2006- 77 p.

Ambulant (secondary) health care is the chain of health care, where specialized (secondary level) consultations of doctors specialists are rendered. In Lithuanian national health system we can mark three models (types) of institutions which render ambulant health care services, depending on organization of services and type of ownership. These institutions are: municipality clinics, rendering primary and secondary health care services (mixed institutions), municipality centres of primary health care (municipality institutions of primary health care) and private institutions of primary health care (independent contractors). This research is a way to name problems, which emerge seeking to control mixed institutions, rendering (secondary level) health care services.

**The aim of work:** to analyse control problems of rendering ambulant health care services and propose possible ways of solutions.

**Methodology:** to analyse ambulant services, rendered by secondary level doctors otorinolaringologists in the period 2006-01-01 – 2006-01-31, equivalence of these services to law acts and validity of tender to discharge them from the budget of compulsory health insurance allocation.

Informational system data SVEIDRA of State patient fund and primary medicine documentary were analysed. Research involved three institutions (mixed clinics), rendering primary and secondary ambulant health care services in Vilnius city. These clinics had contracts with State patient fund. All chosen clinics were similar according the structure of prescribed residents. Services, rendered by secondary level doctors-otorinolaringologists and asked State patient fund to pay of compulsory health insurance budget allocation were evaluated in the research.

**Results:** 36% - 63% secondary level services of doctors otorinolaringologists in three mixed clinics of Vilnius city were given Vilnius territory patient fund for payment not exceeding the requirements form primary health care services.

**Issues:** Current law acts, which regulate rendering of health care services, do not embody assumption for sufficient control of ambulant health care services rendering because not all requirements of services rendering are described. Especially lack of description of requirements, rendering ambulant health care services, is seen. Quantitative control of health care services rendering do not raise serious problems because the forms of statistical accounting documents are confirmed. But control of health care services rendering is pressed till now. Also there is lack of knowledge in the health care services quality security in health care services institutions.