

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

JOLITA PESECKYTĖ

AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
PRIEINAMUMO GERINIMO POLITIKA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGOJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė

Prof. dr. Danguolė Jančiauskienė

Vilnius, 2019

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
PRIEINAMUMO GERINIMO POLITIKA SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGOJE

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 6211JX074

Vadovė

Prof. dr. Danguolė Jankauskienė

Recenzentas

2019

Atliko SPVvmis17-1

Stud. Jolita Peseckytė

2019-04-16

Vilnius, 2019

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	4
LENTELIŲ SĄRAŠAS	5
PRIEDŲ SĄRAŠAS	6
ĮVADAS	7
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO SĄVOKOS DAUGIADIMENSIŠKUMO REIKŠMĖ IR SU TUO SUSIJUSI POLITIKA TARPTAUTINIAME KONTEKSTE	12
1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvokos samprata	12
1.2. Tarptautinis prieinamumas.....	15
1.3. Prieinamumo vertinimas tarptautiniame kontekste.....	16
1.4. Sveikatos sistemos politika, lemianti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.....	20
2. LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO GERINIMO POLITIKA IR GERAI ŠIĄ PRAKTIKĄ ORGANIZUOJANTI ŠALIS	24
2.1. Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.....	24
2.2. Olandijos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas	34
2.3. Lietuvos ir Olandijos vykdomos politikos palyginimas	38
3. AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS ORGANIZACINIŲ ASPEKTU PASIRINKTOJE LIETUVOS LIGONINĖJE	44
3.1. Organizacinis prieinamumas įstaigoje	44
3.2. Prieinamumo mažėjimo priežastys	47
3.3. Prieinamumo gerinimo veiksmai	50
4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO POLITIKA ORGANIZACINIŲ ASPEKTU PASIRINKTOJE LIGONINĖJE (EMPIRINIS SOCIOLOGINIS KOKYBINIS TYRIMAS)	52
4.1. Bendroji tyrimo proceso logika	52
4.2. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu etapas (tyrimo etikos principai, metodai, imtis, instrumentai)	52
4.3. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu rezultatų analizė	53
4.4. Kokybinio tyrimo registratūrų darbuotojų interviu etapas (tyrimo metodai, imtis, instrumentai)	65
4.5. Kokybinio tyrimo registratūrų darbuotojų interviu rezultatų analizė	66
4.6. Kokybinio tyrimo apibendrinimas	74
IŠVADOS	76
PASIŪLYMAI	78
BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS	79
ANOTACIJA	83
ABSTRACT	84
SANTRAUKA	85
SUMMARY	86
PRIEDAI	87

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo suskirstymas. Cit. pagal Valstybinio audito ataskaitą „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą”, 2018.....	15
2 pav. Laukimo pas sveikatos priežiūros specialistus laikas Europoje (raudona – laukimas ilgiausias, geltona – trumpesnis, žalia – patekimas pas gydytoją greičiausias). Cit. Pagal EHCI duomenis, 2017, https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2018/02/EHCI-2017-report.pdf , žiūrėta, 2019-03-15.	19
3 pav. Patekimas pas gydytoją specialistą be šeimos gydytojo siuntimo Europoje. (1.0 = taip, 4.0 = tikrai ne), Cit. pagal EHCI, 2017, https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2018/02/EHCI-2017-report.pdf , žiūrėta, 2019-03-15.	221
4 pav. Gydytojų poreikio nustatymui reikalingi duomenys ir vertinimai. Cit. pagal Valstybinio audito ataskaitą „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą”, 2018.....	28
5 pav. 2014-2017m. pacientų įvardinti didžiausi sunkumai patenkant pas gydytoją. Cit. pagal Valstybinio audito ataskaitą „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą”, 2018.	32
6 pav. Gyventojų dalis (proc.) „gerai arba labai gerai vertinusi šeimos gydytojų ir gydytojų specialistų II lygio konsultacijų prieinamumą (laukimo laiką nuo siuntimo išdavimo iki patekimo pas gydytoją). Cit. pagal Valstybinio audito ataskaitą „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą”, 2018.	33
7 pav. Apsilankymai pas gydytojus Lietuvoje 2005m. – 2017m. Cit. pagal Higienos institutą, 2017m., http://hi.lt/php/spiv1.php?dat_file=spiv1.txt , žiūrėta, 2018-10-20.	33
8 pav. Kelionės trukmė iki artimiausios gydymo įstaigos Olandijoje (kairėje), ir artimiausios ligoninės (dešinėje). 2012m. Cit. pagal „Netherlands: Health system review Vol. 18 No. 2 2016”, Health Systems in Transition, 110-116, žiūrėta: 2019-01-20, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf?ua=1	36
9 pav. Gydytojai tenkantys 100 000 gyventojui (raudoni stulpeliai), vieno paciento vizitų pas gydytoją skaičius per metus (geltoni stulpeliai) Europoje. Cit. pagal OECD, 2015m.	41
10 pav. „Žuvies kaulo” schema, nurodanti sveikatos priežiūros įstaigos prieinamumo mažėjimą. Cit. pagal įstaigos darbuotojų pristatymą.	48
11 pav. Ligoninės pajamos iš PSDF pagal TLK išrašytas sąskaitas faktūras 2014m. – 2017m. Cit. pagal įstaigos 2014m. - 2017m. finansines ataskaitas.	49

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Įstaigos paslaugų prieinamumas ekspertų požiūriu.....	53
2 lentelė. Įstaigos paslaugų prieinamumo problemos ekspertų požiūriu	56
3 lentelė. Įstaigos informacijos sklaida ekspertų požiūriu	60
4 lentelė. Įstaigos paslaugų prieinamumui gerinti atlikti pokyčiai ekspertų požiūriu	61
5 lentelė. Ekspertų pasiūlymai įstaigos paslaugų prieinamumui gerinti.....	64
6 lentelė. Užsiregistravimo paslaugoms galimybės registratūrų darbuotojų požiūriu	67
7 lentelė. Skambinančiųjų papildomi klausimai registratūrų darbuotojų požiūriu	68
8 lentelė. Registratūrų darbo krūvis registratūrų darbuotojų požiūriu	69
9 lentelė. Registracijos problemos registratūrų darbuotojų požiūriu	70
10 lentelė. Reikalingi pokyčiai registracijoje registratūrų darbuotojų požiūriu	72

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 PRIEDAS. Patvirtinimas apie atlikto darbo savarankiškumą.....	88
2 PRIEDAS. Klausimynas ekspertams.....	89
3 PRIEDAS. Klausimynas registratūrų darbuotojams.....	90

ĮVADAS

Temos aktualumas. Galimybė laiku gauti prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas – yra vienas iš 20 principų Europos Sąjungos (ES) pagrindinių teisių chartijoje¹. Šie principai yra pagrindinis Europos socialinių teisių ramstis, Europos Sąjungos institucijos ir šalys narės tai bendrai pripažįsta. Ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra aktuali problema visoje Europoje, ji mažina socialinį - ekonominį augimo potencialą. Sveikatos politika turi didelę reikšmę šios problemos egzistavime, pavyzdžiui, prieinamumas gali mažėti valstybės taupymo sumetimais. Šį sprendimą pašalinus, prieinamumo rodikliai galėtų ženkliai gerėti, todėl politinėse diskusijose sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas turėtų būti vienas prioritetinių keliamų klausimų².

Sveikatos priežiūra pamažu tampa ne tik sveikatos sektoriaus problema, tačiau tai apjungia ir ekonominę, socialinę, politinę sritis.³ Politika, suformuota sveikatos priežiūros įstaigų veiklai, medikų ir pacientų tarpusavio supratimas, darbo aplinka ir kontekstas turi įtakos įstaigos funkcionavimui, vystymuisi.⁴ Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas išskiriamas kaip viena pagrindinių sveikatos priežiūros problemų, Lietuvoje ši problema taip pat sukelia nemažai problemų. Gyventojų vidutinio gyvenimo trukmės vidurkis šešeriais metais trumpesnis, o mirčių, kurių buvo galima išvengti, jeigu būtų kreiptasi į gydymo įstaigą, skaičius dvigubai didesnis nei Europos Sąjungos vidurkis. Lietuvoje tokių atvejų 431 - 100 tūkst. gyventojų, ES – 204 tūkst. Formuluojuama sveikatos politika turi didelę įtaką šiai problemai. Kitoje Lietuvos analizėje akcentuojama, kad per paskutiniuosius 10 metų Lietuvos gyventojų sveikatos būklė pagerėjo, tačiau sveikatos priežiūros srityje šalis gerokai atsilieka nuo daugumos ES narių⁵.

Analizuojant Sveikatos priežiūros organizacijose (SPO) susidariusių ilgų eilių priežastis, galima vertinti esamą situaciją ir kiek įmanoma ją koreguoti. Laukimas eilėje pas sveikatos priežiūros specialistą gali sukelti sudėtingas sveikatos pasekmes – pakartotines operacijas, hospitalizacijas, komplikacijas, neįgalumą ar net mirtį⁶. Tyrimai, kuriuose buvo nagrinėjamas ambulatorinis gydymas, rodo, kad ankstyvajame etape nustatyta ir gydyta liga kainuoja mažiau nei išsivysčiusi ir komplikuota,

¹ „Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartija (2016/C 202/02)“ 35str., žiūrėta, 2018-10-15, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=GA>

² „Monitoring access to healthcare to improve policy making. Opinion by the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)“, Europos Komisijos Ekspertų grupė, 2017, žiūrėta, 2018-12-28, https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/fact_sheets/factsheet_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf

³ Kavalier F., Alexander R. S., *Risk management in health care institutions: limiting liability and enhancing care. 3-nd ed.* (Barlington: Jones and Bartlet Learning, 2014).

⁴ Bate P., *Perspectives of Context.* London Health Foundation, 2014.

⁵ „State of Health in the EU, Lietuva, Šalies sveikatos profilis“, Europos Komisija, 2017, 1, žiūrėta: 2018-11-26, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_lt_lithuanian.pdf

⁶ Adeleke, R. A., Ogunwale, O. D., & Halid, „Application of Queuing Theory to Waiting Time of Out-Patients in Hospitals”. *Pacific Journal of Science and Technology*, 2009, 10(2):270-274.

kuri reikalauja sudėtingesnio ir brangesnio gydymo⁷. Sutrikus sveikatai, paslaugos turi būti prieinamos laiku. Suteiktos laiku paslaugos pateisina pacientų lūkesčius, gerina fizinę ir emocinę sveikatą, sumažina riziką komplikacijoms, nedarbingumui ar neįgalumui atsirasti⁸.

Europos Komisija vis daugiau dėmesio skiria sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, o metinėse ataskaitose nurodyti siekiai didinti darbo vietų skaičių gydymo įstaigose ir gerinti prieinamumą. Europos Komisijos Sveikatos sistemos vertinimo grupė skatina diskusijas tarp ES šalių narių ir tarptautinių organizacijų apie priemones ir veiksmus kaip įvertinti ir pagerinti prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų. Atliekami tyrimai siekiant analizuoti situaciją, atrasti geriausius metodus eilėms sumažinti. Viename jų⁹ nurodyta, kad sparčiai kintant pacientų poreikiams, didėjant eilėms, asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI) jaučia didelį spaudimą nesumažinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo. Todėl svarbi nuolatinė sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo analizė ir vertinimas.

Temos iširtumas. Europos Sveikatos Vartotojų Indekso duomenimis 2017m.¹⁰ pagal sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuva Europoje 21-24 vietoje iš 34, o 2014m¹¹. buvo 29-33 vietoje iš 37. Matomi teigiami pokyčiai šioje srityje. Detalizuojant pokyčių priežastis galima tęsti jų vykdymą ir toliau gerinti gydymo paslaugų prieinamumą šalyje. Šių pokyčių viena iš priežasčių buvo laikomi pokyčiai pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikime. Operatyvus sveikatos priežiūros paslaugų gavimas, Lietuvos Valstybės audito iniciuoto ir kitų tyrimų duomenimis laikomas didžiausia sveikatos sistemos problema¹².

2017m. atlikto Valstybinio audito duomenimis 55 proc. Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros sistemoje pagrindine problema laiko dideles eiles. Viena priežasčių nurodoma – gydytojų specialistų ir slaugytojų trūkumas. Daugiau nei pusė Lietuvoje apklaustų gyventojų (54%) šeimos gydytojų paslaugų prieinamumą norimu laiku vertina kaip patenkinamą arba blogą. O palankiai vertinusių šeimos gydytojų ir antro lygio specialistų prieinamumą gyventojų skaičius nuo 2010m. sumažėjo. Padaugėjo gyventojų, kurie nesikreipia į gydymo įstaigas ligos atvejų (nuo 23 proc. 2010m. iki 37 proc. 2017m.). Kas penktas toks gyventojas nesikreipia dėl didelių eilių¹³. Taip pat ataskaitoje nurodoma, kad negaudami nemokamų

⁷ Purdy, S., T. Griffin, C. Salisbury and D. Sharp, „Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians.” *Public health* 2009, 123(2): 169-173.

⁸ „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą”, Valstybinio audito ataskaita, *supra note* 9.

⁹ Mehandiratta Reetu, „Application of Queuing theory in Health Care”, *International Journal of Computing and Business Research*, ISSN (online): 22296166, Vol. 2 Issue 2 May 2011.,

¹⁰ „Euro Health Consumer Index”, Health Consumer Powerhouse, 2017, 30, žiūrėta, 2018-11-23, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>

¹¹ „Euro Health Consumer Index”, Health Consumer Powerhouse, 2014, 29, žiūrėta, 2018-03-19, <https://www.slideshare.net/Emergency-Live/ehci-euro-health-consumer-index-2014>

¹² „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą”, Valstybinio audito ataskaita, 2018m. lapkričio 18d., Nr. VA-2018-P-10-1-10, 11.

¹³ *Ibid.*

prieinamų paslaugų, 17 proc. pacientų naudojami mokamomis paslaugomis, kas antras šis pacientas tai pasirenka dėl didelių eilių¹⁴.

Valstybinio audito ataskaitoje tai pat įvardijami vykdomos politikos trūkumai¹⁵. Ataskaitoje teigiama „Ministerija neturi objektyvios informacijos apie eiles ir jų tendencijas, susidarymo priežastis, taigi negali suplanuoti veiksmingų priemonių, kaip jas mažinti, be to, neanalizuoja priimtų priemonių įtakos eilių kitimui“. Šiame teiginyje pastebima, kad Vyriausybė pakankamai neanalizuoja eilių susidarymo priežasčių bei nevykdo atliktų prieinamumo gerinimo veiksmų naudą analizės.

Darbo naujumas. Visos Europos Sąjungos (ES) gydymo įstaigos turi bendrą sveikatos priežiūros sistemų tikslą – gerinti žmonių sveikatą. Šiam tikslui pasiekti, sveikatos priežiūros paslaugos turi būti visiems prieinamos, nuolat tikrinant kokybę, sugebant prisitaikyti prie besikeičiančios aplinkos ir numatant būsimas problemas¹⁶. Pokyčiai ekonomikoje (krizės, skiriamų lėšų sumos), demografiniai (gyventojų senėjimas, migracija), politikoje (besikeičianti valdžia, kuri gali reikšti skirtingus požiūrius ir vykdyti vis naujas reformas), naujų technologijų išradimas, epidemiologijos kaita (didėjanti lėtinių ligų našta) sukuria naujas sąlygas sveikatos priežiūros įstaigoms veikti. Šios naujovės reikalauja prisitaikymo ir nuolatinio sveikatos politikos atnaujinimo, tobulinimo. Gydymo įstaigos yra priverčiamos perorganizuoti savo darbą, modernizuoti jį, prisitaikyti prie besikeičiančios aplinkos.¹⁷ Gydymo įstaigų vykdomos veiklos analizė, išsamus nagrinėjimas padeda surasti klaidas, kurios turi didelę reikšmę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, o jų sprendimai galbūt kainuoja mažiau nei sukeltos problemos.¹⁸

Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje¹⁹ įvardytas siekis gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą, pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai tarp regionų. Todėl prieinamumo gerinimui priimami sprendimai svarbūs plano įgyvendinime.

Didėjant visuomenės poreikiams sveikatos priežiūros įstaigai, kintant jų lūkesčiams, augant finansiniam spaudimui viešosiose gydymo įstaigose, auganti ne tik vidinė, bet ir tarptautinė konkurencija sveikatos priežiūros įstaigose, konkurencija tarp viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros sektorių, vykstant globalizacijai, pacientams vykstant gydytis svetur, atsiranda poreikis gerinti sveikatos sistemą. Būtina ieškoti naujų sprendimų, priemonių teikiamų paslaugų kokybei, prieinamumui gerinti²⁰.

¹⁴ „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, Valstybinio audito ataskaita „*supra note* 9.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ „State of Health in the EU. Companion Report, 2017, 10, žiūrėta, 2018-12-20, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf.

¹⁷ „Ageing Report projects the effects on health care spending up to 2060“, The 2015 Commission-EPC.

¹⁸ V. Janušonis, „Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje“, (Vilnius: LEIDYKLA, 2017), 15.

¹⁹ „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo 2014 m. Birželio 26 d. Nr. XII-964“, TAR, žiūrėta, 2019-01-20, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/OgmlScvCJ>

²⁰ Kosinskienė A. ir Ruževičius J. „Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui“, *Visuomenės sveikata* 1(52) (2011): 13–29.

Tyrimo objektas. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo politika sveikatos priežiūros paslaugų įstaigoje.

Problema. Koks sveikatos priežiūros ambulatorinių paslaugų prieinamumo gerinimo politikos veiksmingumas?

Darbo tikslas – įvertinti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo politiką pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvokos daugialypiškumą ir su tuo susijusią politiką tarptautiniame kontekste.
2. Palyginti Lietuvos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo politiką su gerai šią politiką organizuojančia šalimi.
3. Ištirti pasirinktos Lietuvos ligoninės sveikatos priežiūros organizacinę ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo politiką.
4. Atlikti pasirinktos Lietuvos ligoninės ambulatorinių paslaugų prieinamumo organizaciniu aspektu analizę.

Tyrimo metodai. Aprašomasis, palyginamosios analizės, kokybinis - pusiau struktūrizuotas interviu.

NAUDOJAMI SUTRUMPINIMAI

ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

EBPO (OECD) – Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (angl. Organisation for Economic Co-operation and Development).

EHCI – Euro Health Consumer Index (Europos sveikatos vartotojų indeksas).

EHIS – European Health Interview Survey (Europos sveikatos tyrimas apklausos būdu).

ES – Europos Sąjunga.

ESDK - Europos sveikatos draudimo kortelė.

EU-SILC – Europos pajamų ir gyvenimo sąlygų tyrimu (angl. EU statistics on income and living conditions).

EXPH – Europos Komisijos ekspertų grupė (angl. European Union Experts Group).

HFA-DB - European Health for All database (Europos Sveikata visiems tyrimų duomenys).

LNSS - Lietuvos Nacionalinė sveikatos sistema.

NHIF - Nacionalinis sveikatos draudimo fondas (angl. The National Health Insurance Fund).

PSO - Pasaulinė Sveikatos Organizacija.

PSD – privalomas sveikatos draudimas.

PSDF – privalomas sveikatos draudimo fondas.

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija.

SHA –Health Accounts methodology (Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenų tyrimas).

SPO – Sveikatos priežiūros organizacija.

SPI – Sveikatos priežiūros įstaiga.

TLK – teritorinė ligonių kasa.

VASPVK - Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba.

VLK – valstybinė ligonių kasa.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO SAŲOKOS DAUGIADIMENSIŠKUMO REIKŠMĖ IR SU TUO SUSIJUSI POLITIKA TARPTAUTINIAME KONTEKSTE

1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvokos samprata

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – daugiadimensinė sąvoka, turinti daug aspektų. Pagal užsienio literatūrą tai apima finansinį, asmeninį, struktūrinį, įperkamumo, priimtino, adekvatumo, fizinio prieinamumo, išteklių pakankamumo, kultūrinio priimtino, geografinį prieinamumą. Prieinamumas yra sudėtinga koncepcija, norint ją apibrėžti turi būti vertinamas ne vienas aspektas. Prieinamumo sudėtingumas yra tas, kad įvairūs informacijos šaltiniai gali suteikti informacijos apie skirtingus prieinamumo aspektus, tačiau sudėtinga visus veiksnius sujungti į vieną bendrą vaizdą, kad būtų gautas bendras situacijos vaizdas. Būtinai pasitelkimas papildomų tyrimų, apklausų, naudojimosi epidemiologinių tyrimų ir organizacinių tyrimų analizės.²¹

Prieinamumą sveikatos priežiūros įstaigose gali riboti finansinės, organizacinės, komunikacinės, socialinės ar kultūrinės kliūtys²². Finansinis prieinamumas ar įperkamumas yra ne tik gyventojų galimybė įpirkti paslaugas, tačiau įtraukiamos ir netiesioginės išlaidos, transporto išlaidos, laiko sunaudojimas, dėl kurio neatliekami kiti darbai. Organizacinį prieinamumą lemia gydymo įstaigų organizuotumas, paslaugų teikimo vadyba, gydytojų ir pacientų atitinkamas pasiskirstymas, paslaugų poreikio ir pasiūlos proporcijos. Prie prieinamumo sąvokos Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) priskiria ir informacijos prieinamumą, t.y., gyventojų teisę siekti, gauti ir skleisti informaciją, lemiančią gyventojų sveikatą, tačiau apribojant informacijos sklaidą, kad ji nepakenktų asmens teisei, neviešintų konfidencialios informacijos.²³

Šios sąvokos sudėtingiausias yra vertinimas bei rezultatų palyginimas. Europos Komisija sukūrė sveikatos priežiūros sistemos veiklos vertinimo ekspertų grupę, dirbančią kartu su Tarptautinio ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO), ir iniciavo nuolatinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stebėjimą, šiuo sprendimu palengvino tarpvalstybinį duomenų keitimąsi ir informacijos sklaidą. Ši grupė tiesiogiai atsakinga už sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimą, analizę, ir pateikiamas išvadas visuomenei. Europos Komisijos ekspertų grupė (EXPH) taip

²¹ Jean-Frederic Levesque, Grant Russell ir Mark F Harris „Patient – centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations”, *International Journal for Equity in Health*, 12(1):18 (2013): 1-3, žiūrėta, 2018-12-29, https://www.researchgate.net/publication/236051412_Patient-centred_access_to_health_care_Conceptualising_access_at_the_interface_of_health_systems_and_populations.

²² Martin Gulliford, Jose Figueroa-Munoz and etc., „What does „access” to health care mean?”, *Journal of Health Services Research & Policy*, July 1 (2002), žiūrėta: 2018-12-29, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135581902760082517>.

²³ „Accessibility”, World Health Organization, žiūrėta: 2018-12-30, <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en/>.

pat pabrėžia sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvokos daugialypiškumą „Politiniai sprendimai turi atspindėti prieinamumo daugialypiškumą, tarpsektorinį bendradarbiavimą bei specifinius nacionalinius ar regioninius kontekstus“²⁴. EXPH ataskaitoje buvo nustatytas kitų politikos sričių poveikis sveikatos politikai, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui nacionaliniu ir Europos Sąjungos (ES) mastu. Pasinaudojant Europos Komisijos ekspertų grupės išvadomis, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, privaloma atsižvelgti į skirtingus kontekstus ir daugialypį kylančių problemų pobūdį.²⁵

Kitų šaltinių duomenimis, sveikatos priežiūros sektoriuje prieinamumas apibūdina pacientų prieinamumą prie paslaugos, specialisto, ar įstaigos, apibrėžia gyventojų galimybę naudotis atitinkamomis paslaugomis proporcingai jų poreikiams. Tačiau pacientų poreikiai ne visuomet gali būti tikslūs ir realūs. Nepatenkinti pacientų poreikiai, nurodymas, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas jiems netinkamas, nėra objektyvus vertinimas. Pacientų lūkesčiai gali būti pernelyg dideli, ar paslaugas tiekiančių įstaigų sukurta pasiūla gali būti padidinta dėl finansinių paskatų.²⁶ Taip pat gyventojai turi skirtingus sveikatos priežiūros paslaugų poreikius dėl besiskiriančio požiūrio į savo sveikatą. Vieni pacientai gali kreiptis į gydymo įstaigą, kai iš tiesų to daryti nereikia, kiti – turėdami sveikatos problemų nesikreipia į specialistus. Galima bandyti vertinti, išskaidant pacientus pagal poreikius, o tai atlikti galima tik pasitelkus pačių pacientų apklausą, kuri taip pat nėra tiksli ir neatspindės esamos situacijos. Taip yra dėl tų pačių skirtingų poreikių, pavyzdžiui, turtingesni gyventojai įprastai reikalauja geresnių, labiau prieinamų paslaugų nei neturtingieji, o neturtingieji geriau įvertina gautas paslaugas, nors galbūt jos buvo mažiau prieinamos. Objektyviai įvertinti kur yra riba, kuomet poreikis realus yra keblu, tuo pačiu veikia ir pacientų požiūris bei naudojimas paslaugomis, todėl tiksliai nustatyti kiek paslaugų turi būti suteikta yra sudėtinga. Vis dėlto pagal pacientų srautus, jų kreipimosi į gydymo įstaigą dažnį, Lietuvoje sudaromi išlaidų planai kitiems metams. Teritorinės ligonių kasos toms gydymo įstaigoms, su kuriomis yra sudariusi sutartis, apskaičiuoja metines lėšas kompensuojamoms paslaugoms pagal įstaigoms skiriamų metinių lėšų planavimo tvarkos aprašus²⁷, kuriuos patvirtino sveikatos apsaugos ministras. Skiriama pinigų suma naujiems metams remdamasi praėjusių metų pacientų kiekiais bei finansinėmis valstybės galimybėmis. Pagal vizitų kiekį galima pamatyti

²⁴ „Expert panel of effective ways of investing in health”, European Commission, 2017, žiūrėta: 2018-01-19, https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/mandate_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ „Benchmarking access to healthcare in the EU: Expert Panel of effective ways of investing in Health (EXPH)”, European Commission, 2018, 15-18, žiūrėta: 2018-01-19, https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf.

²⁷ „Dėl teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo 2009 m. Gruodžio 18 d. Nr. V-1051” Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, TAR, žiūrėta, 2019-02-15, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.362269/stNqrxHDGH>.

susidarančias eiles ir pamatuoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, taip pat gerinti organizacinius veiksmus siekiant paskirstyti srautus.

Faktinį paslaugų panaudojimą lemia dar kiti veiksniai. Paslaugų įperkamumas, atsižvelgiant į paslaugų įkainius lemia paslaugų panaudojimą. Svarbios ir ne finansinės priežastys, fizinis paslaugų prieinamumas, apimantis atstumą iki gydymo įstaigos, laukimo eiles, kitų pacientų poreikį patekti pas gydytojus. Taip pat lemia paslaugų priimtinumą, gydytojo specialisto pripažinimas, socialinės atskirties poveikis, marginalizacijos²⁸.

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą įvardija kaip prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas tiems, kuriems jų pagrįstai reikia, paslaugos prieinamos dėl gydymo įstaigos darbo valandų, pacientų srautų skirstymo sistemos bei kitų paslaugų organizavimo ir suteikimo aspektų, kurie padeda pacientui gauti sveikatos priežiūros paslaugas kada jam jų reikia. Žmogaus teisių kontekste, sveikatos priežiūros įstaigos, prekės ar paslaugos turi būti saugiai pasiekiamos visiems gyventojams, nepriklausomai nuo jų socialinio sluoksnio, ypač atkreipiant dėmesį į labiausiai pažeidžiamas grupes.

Sveikatos priežiūra pamažu tampa ne tik sveikatos sektoriaus problema, tačiau tai apjungia ir ekonominę, socialinę, politinę sritis²⁹. Politika, suformuota sveikatos priežiūros įstaigų veiklai, medikų ir pacientų tarpusavio supratimas, darbo aplinka ir kontekstas turi įtakos įstaigos funkcionavimui, vystymuisi³⁰. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas išskiriamas kaip viena pagrindinių sveikatos priežiūros problemų, formuluojama sveikatos politika turi didelę įtaką šiai problemai.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas dažnai tapatinamas su paslaugų kokybe. Tačiau tai yra dvi skirtingos sąvokos, suteikiančios skirtingą reikšmę. Pagal Valstybinio audito ataskaitą, kuomet šalies sveikatos priežiūros įstaigose vertinama paslaugų kokybė, prieinamomis paslaugomis laikomos suteiktos laiku, geografiškai tinkamu atstumu bei ten, kur pakanka išteklių, dirba atitinkamos kvalifikacijos darbuotojai. Į kokybės sampratą įtraukiama ta pati prieinamumo sąvoka, drauge su saugiomis, veiksmingomis, į pacientą orientuotomis paslaugomis³¹.

Anot Valstybės kontrolės pagal Sveikatos sistemos įstatymo 2 str. sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas išskiriamas į tris sritis: ekonominį, komunikacinį ir organizacinį (1 pav.) EBPO teigimu, Lietuvoje funkcionuojanti privalomojo sveikatos draudimo sistema, kuri aprėpia nemažą paslaugų

²⁸ „Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health”, Commission on Social Determinants of Health, 2008. Geneva, žiūrėta, 2018-12-20, https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf.

²⁹ Kavalier F. *Supra note: 3*

³⁰ Bate P., *Perspectives of Context*. London Health Foundation, 2014.

³¹ „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas”, Valstybinio audito ataskaita, 2018m. rugsėjo 28d. Nr.VA-2018-P-9-3-9.

paketą, suteikia ekonominį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Komunikacinis prieinamumas taip pat vertinamas kaip labai geras³². Organizacinis prieinamumas laikomas vienu sudėtingiausiu.

ASMENIUI IR VISUOMENEI UŽTIKRINAMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ:	
EKONOMINIS PRIEINAMUMAS	↔ valstybė užtikrina sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimą.
KOMUNIKACINIS PRIEINAMUMAS	↔ tinkamas sveikatos priežiūros įstaigų tinklas, pasiekiamas geografiniu požiūriu.
ORGANIZACINIS PRIEINAMUMAS	↔ tinkamos ir (ar) reikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, suteikiamos / gaunamos laiku, teikia tinkami specialistai.

1 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo suskirstymas. Cit. pagal Valstybinio audito ataskaitą „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, 2018.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvoka apibrėžiama atsižvelgiant į daugelį skirtingų aspektų. Sąvokos daugiadimensiškumą lemia skirtingi rodikliai nurodantys prieinamumą. Lietuvoje jį vertinti galima atsižvelgiant į organizacinį, ekonominį ir komunikacinį prieinamumą. Vertinti šią sąvoką itin sudėtinga dėl plataus vertinimo spektro, todėl analizuojant prieinamumą svarbu iširti, kuris aspektas vertinamas, o lyginti tik taip pat vertintą prieinamumą. Paslaugų prieinamumo svarbą lemė poreikis matuoti naudojimąsi paslaugomis mastą ir prieinamumą, kurių rezultatai turi svarbų vaidmenį sveikatos politikos kūrimo. Tačiau sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas išlieka sudėtinga samprata, turinti įvairių autorių skirtingas interpretacijas³³.

1.2. Tarptautinis prieinamumas

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą galima vertinti ir pagal prieinamas paslaugas išvykus į kitą šalį. Kosmopolitiškoje šių dienų visuomenėje yra aktualus gydymas svetur. Tam reglamentuoti išleista Europos Parlamento ir Tarybos Direktyva nurodanti tarptautinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą tarp Europos Sąjungos šalių, Islandijos, Lichtenšteino ir Norvegijos. Reglamentuose nurodytos nuostatos perkeltos į šių šalių nacionalinius teisės aktus ir suteikia galimybę gyventojams gydytis užsienyje.

³² “State of Health in the EU: Lietuva, Šalies sveikatos profilis 2017”, Europos Komisija, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_lt_lithuanian.pdf, žiūrėta: 2018-11-26

³³ Jean-Frederic Levesque *supra note* 3:18.

Europos Parlamento ir Tarybos Direktyvoje 2011/24/ES³⁴ nurodyta, kad piliečiai turi teisę sumokėję už gydymą kitoje šalyje, savo šalyje pateikti prašymą dėl tokių paslaugų kompensavimo. Tai apima planuojamas paslaugas. Taip pat įteisinta Europos sveikatos draudimo kortelė (ESDK), kurios pagrindinė funkcija – suteikti galimybę kitoje šalyje kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą dėl ūmių, neatidėliotinių sveikatos sutrikimų. Ši kortelė nesuteikia galimybės nemokamai gydytis, bet suteikia teisę gauti būtinąją sveikatos pagalbą. Šių reikalavimų vykdyme egzistuoja daug sąlygų. Kiekviena šalis turi savo sveikatos sistemą, paslaugų įkainius, teikimo organizavimą. Todėl kiekviena gauta paslauga reikalauja paciento domėjimosi tos šalies taikomomis taisyklėmis. Viena bendra visoms šalims – toks pilietis privalo dalyvauti valstybiniame sveikatos draudime, mokėti sveikatos draudimo įmokas.

Tokie politiniai sprendimai suteikia galimybes piliečiams esant ūmiam sveikatos sutrikimui, gauti būtinąją pagalbą ar ieškoti geresnių gydymosi galimybių. Gydymosi užsienyje paslaugų kompensavimas suteikia gyventojams daugiau pasirinkimo, ieškojimo sau palankiausio ar priimtinausio gydymo. Tokia sistema gali paskirstyti pacientus, sumažinti laukiančiųjų eiles, leidžiant jiems vykti gydytis į kitą šalį, tačiau tuo pačiu gali susidaryti laukimo eilės pas tam tikrus, gerai vertinamus specialistus. Taip pat kiekvienoje šalyje paslaugų įkainiai skiriasi ir šalies gyventojas gali neatgauti visos kompensacijos. 2018m. Lietuvoje buvo gauti 129 prašymai kompensuoti tarpvalstybines sveikatos priežiūros išlaidas. Šis skaičius didesnis nei 2017m., kuomet buvo pateikti 98 prašymai, ar 2016m., kuomet buvo pateikti - 53. Besigydančių užsienyje daugėja, o išlaidų kompensavimas kasmet nesiekia nė pusės sumos, kurią prašoma kompensuoti³⁵.

Europos Sąjungos Direktyva 2011/24/ES nurodo šalių įsipareigojimus suteikti žmonėms galimybes gauti būtinąsias ar planuotas sveikatos priežiūros paslaugas. Šiuose dokumentuose nurodytos šalių pareigos, tačiau paslaugų suteikimo organizavimo tvarką nustato pačios šalys nacionaliniu mastu. Lietuvoje kasmet daugėja gyventojų, kurie pasinaudoja šia teise ir nusprendžia gydytis kitoje šalyje. Tai pagerina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą leidžiant pasirinkti ir užsienyje esančią gydymo įstaigą, tačiau lygiai taip pat ir į Lietuvą užsienio gyventojams suteikiama galimybė atvažiuoti gydytis.

1.3. Prieinamumo vertinimas tarptautiniame kontekste

Tarptautinis prieinamumo palyginimas reikalingas įvertinti šalies padėtį tarptautiniame kontekste. Norint kuo tiksliau palyginti šalių prieinamumą, būtinas vienodų vertinimo metodikų

³⁴ „Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES, 2011m. kovo 9d. dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo“, žiūrėta, 2019-02-22, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0024>.

³⁵ „2015-2018m. Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo rezultatai“, VLK.

lyginimas, svarbu atkreipti dėmesį į tai, kokiomis sąlygomis buvo tiriama. Europoje vykdomi tam tikri tyrimai, juos pritaikant lyginamoms šalims, kurių metu vertinami skirtingi prieinamumo rodikliai.

Vienas pagrindinių tyrimų, analizuojančių ir palyginančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kurio rodiklis - nepatenkintas sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, yra **Europos Sąjungos pajamų ir gyvenimo sąlygų tyrimas** (angl. European Union statistics on income and living conditions (EU-SILC)). Šiuo tyrimu remiasi ir Europos Komisijos įkurta Ekspertų grupė, kurios tikslas padėti šalims kurti tinkamą sveikatos politiką ir stebėti poveikį, skatina kurti politiką, kuria siekiama pašalinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo spragas.³⁶ Tyrimo apklausos vykdomos kasmet nuo 2005m. visose valstybėse narėse, o rezultatai daugelio rodiklių pagrindu naudojami duomenų bazėse.³⁷ Tyrimo metu apklausiami gyventojai, ar jiems buvo reikalingos asmeninės sveikatos priežiūros paslaugos, kurias nustatė gydytojas ar atitinkamas specialistas ir buvo reikalingos kaip tyrimas, diagnozei nustatyti ar kaip gydymas. Tačiau nebuvo įgyvendintas dėl asmeninių finansinių priežasčių, atstumo, ilgų laukimo eilių, gero specialisto nežinojimo, tikėjimo, kad sveikatos negalavimas pats susitvarkys ar kitų priežasčių.³⁸ Tačiau kaip ir visi tyrimai, šis taip pat turi tam tikrus apribojimus. Tyrimo dalyvių palyginti nedaug, apriboja tolimesnius pogrūpių palyginimus, ypač kuomet analizuojami tik tie, kurie atsakė tik teigiamai apie poreikį sveikatos priežiūros paslaugoms, likę dalyviai, atkrenta ir šia tema toliau neanalizuojami. Į tyrimą neįtraukiami socialinės rūpybos namų gyventojai, benamiai. O kaip tik šios grupės gali turėti blogesnę sveikatą ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą nei visi kiti gyventojai. Į apklausą neįtraukiami kaliniai, pacientai su psichinės sveikatos problemomis, kai kuriuos šalyse šių grupių žmonių yra nemaža dalis visų gyventojų. Kelia klausimų ir palyginamumo galimybė, kuomet duomenų surinkimo būdai skirtingose šalyse nėra vienodi.

EU-SILC, atliktu 2013m. - 2015m., nurodė, kad 2014m. 26,5% Europos Sąjungos (28 šalių) gyventojų nepasinaudojo sveikatos priežiūros paslaugomis dėl ilgų eilių gydymo įstaigose, finansinių priežasčių ar atstumo.³⁹ Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu nepatenkinti gyventojai pasiskirstė nuo 9,4% Kipre iki 40,6% Airijoje, Latvijoje šie skaičiai siekia 41,8%. Atskiriant tris pagrindines priežastis, dažniausia buvo nurodyta – ilgos eilės sveikatos priežiūros įstaigose, 18,7%, dėl finansinių priežasčių – 14,8%, atstumo – 3,6%.

Kitas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimo tyrimas – Organizacijos „Health Consumer Powerhouse” kasmet atliekama Europos šalių sveikatos sektoriaus analizė – **Europos**

³⁶ „Monitoring access to healthcare to improve policy making, Opinion by the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)”, Europos Komisijos Ekspertų grupė, *supra note 2.*

³⁷ Arora, V. S. ir kt., „Data Resource Profile: The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)”, *Int J Epidemiol*, 2015, 44(2): 451-461.

³⁸ „Benchmarking access to healthcare in the EU: Expert Panel of effective ways of investing in Health (EXPH)”, European Commission *supra note 22:21*.

³⁹ „Unmet health care needs statistics”, Eurostat, 2018, žiūrėta: 2018-11-26, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics.

sveikatos vartotojų indekso tyrimas (EHCI). Šalys lyginamos pagal pacientų teises ir prieinamą informaciją, gydymo prieinamumą, teikiamų paslaugų spektrą ir prieinamumą, vaistų prieinamumą, pagal sveikatos rezultatus, prevenciją. EHCI sveikatos priežiūros įstaigų prieinamumą nustato surinkdami duomenis iš nacionalinių nevyriausybinų organizacijų, jų atliktų apklausų ar interviu su už sveikatos priežiūros įstaigas atsakingais asmenimis, projektų duomenimis, remiasi Europos „Europos Sveikata visiems tyrimų duomenimis“ (European Health for All database – HFA-DB). Duomenys ne visuomet gali būti patikimi, taip pat gali išlikti paklaidos galimybė, nes informacija pasiekia iš antrinių, tretinių šaltinių.

EHIS tyrime 2016m. 4,5% Europos gyventojų nurodė, kad nenuvyko į jiems reikalingą patikrinimą ar gydymą dėl netinkamo sveikatos paslaugų prieinamumo. Daugiausiai tokių pacientų Graikijoje, Estijoje. Mažiausiai – Austrijoje, Vokietijoje, Ispanijoje. Kantriai, ir laukė eilėse Čekijoje, Danijoje, Prancūzijoje. Olandijoje nenuvyko į sveikatos patikrinimus ar gydymą, dėl kitų priežasčių nei buvo nurodyta. 2017m. Europos sveikatos vartotojų indekso duomenimis⁴⁰, pagal sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą matomas šalių suskirstymas į tris grupes (2 pav.). Raudonai pažymėtose teritorijose ilgiausios laukimo eilės, geltonai – trumpesnės eilės, žaliai – mažiausias laukimo laikas norint patekti pas gydytoją. Trumpiausias laukimo laikas nustatytas Šveicarijoje, Slovakijoje, Liuksemburge, Belgijoje, Albanijoje. Ilgiausiai eilėje pas sveikatos priežiūros specialistą tenka laukti Airijoje, Jungtinėje Karalystėje, Rumunijoje, Ispanijoje, kaip bebūtų keista – Švedijoje. Švedija išleido bilijoną eurų šalies regionuose, siekdami sumažinti eiles gydymo įstaigose, tačiau siektas efektas nepasiektas. Šis pavyzdys įrodo, kad nepakanka vien pinigų siekiant pagerinti prieinamumą, reikalingas tikslingas investavimas, lėšų paskirstymas, tinkama politika ir vadyba. Valstybei pigesnė sveikatos sistema, kurioje nėra eilių, laukimo eilės ne taupo pinigus, o juos eikvoja. Procedūros, vizitai be didelių pauzių ar pertraukimų – kainuoja mažiau. Lietuva taip pat įvertinta, kaip ilgiausias eiles gydymo įstaigoje turinti šalis.

⁴⁰ „Euro Health Consumer Index 2017“, Health Consumer Powerhouse, 2017, *supra note* 6:38.



2 pav. Laukimo pas sveikatos priežiūros specialistus laikas Europoje (raudona – laukimas ilgiausias, geltona – trumpesnis, žalia – patekimas pas gydytoją greičiausias). Cit. Pagal EHCI duomenis, 2017, <https://fronteiras.xxi.pt/wp-content/uploads/2018/02/EHCI-2017-report.pdf>, žiūrėta, 2019-03-15.

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (angl. OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development) vienija šalis bendradarbiauti sprendžiant ekonomines problemas, vystant gerąsias pasaulines praktikas, viešosios politikos standartus. Šalių ekspertai diskutuoja, analizuoja gaires, dalinasi patirtimi apimdami platų spektrą sričių. Šios organizacijos atliekami tyrimai vertinami tarptautiniame kontekste, yra sukaupta nemaža statistikos duomenų bazė. Lietuva į šią organizaciją oficialiai įstojo 2018m. liepos mėn., tais pačiais metais atlikta Lietuvos ekonominė apžvalga sveikatos priežiūros sektoriuje, sveikatos politika ir vykdoma praktika palyginta su kitomis šalimis⁴¹.

2015m. nustatyta, kad Lietuvoje 24 hospitalizacijos tenka 1000 gyventojų, tai trečia šalis daugiausiai išleidžianti hospitalizacijoms ir 50% viršija OECD vidurkį.⁴² Šie duomenys parodo, kad sveikatos priežiūros stacionariųjų paslaugų prieinamumas nėra labai suvaržytas. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, stacionaruose gydomų pacientų skaičius vis mažėja, 2017m. 2,7% mažiau

⁴¹ „Reviews of Health Systems: Lithuania 2018”, OECD, 2018, žiūrėta: 2018-11-26, <http://www.oecd.org/countries/lithuania/lithuania-9789264300873-en.htm>.

⁴² „Long-term care resources and utilisation” OECD Health Statistics 2017, žiūrėta: 2018-11-26, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

nei 2016m. to pasekoje pastebima, kad daugėja ambulatorinių paslaugų.⁴³ 2015m. atliktų apklausų rezultatų duomenimis 2.9% Lietuvos gyventojų patvirtino, kad nesinaudojo sveikatos priežiūros paslaugomis dėl finansinių priežasčių, didelio atstumo iki gydymo įstaigos, ar ilgo laukimo pas gydytoją, kai palyginus su OECD vidurkiu, tokių gyventojų kiekis siekia 3,2% gyventojų.

Bendras OECD, Eurostat, SPO duomenų tyrimas (SHA – Health Accounts methodology) kasmet pateikia sveikatos priežiūros duomenis tarptautiniu mastu. Analizuojamos išlaidos remiantis privačių bendrovių, draudimo kompanijų, nevyriausybinių organizacijų, namų ūkių išlaidų ataskaitomis. Tiriant nefinansinius aspektus, analizuojama ligoninių veikla, jų kiekis, prevencinės programos, konsultacijos.⁴⁴ Eurostat duomenų bazė pasitelkdamas nevyriausybinių organizacijų, vyriausybinių ministerijų, tarptautinių organizacijų ir kitų šaltinių duomenų bazes tampa pirminiu šaltiniu, o minėtosios organizacijos naudodamosi Eurostat statistika, kuria savus tyrimus ir dažnu atveju tampa antriniu šaltiniu.

Pagrindiniai tyrimai Europoje, kurių dėka analizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, atliekami remiantis gyventojų apklausomis. EU-SILC, EHCI, OECD, PSO atliekami tyrimai analizuoja gyventojų atsakymus klausimynuose, kurie kuriami nebūtinai šių organizacijų. Tyrimų rezultatai, kurie gauti iš gyventojų klausimynų, gali neatspindėti realios padėties vien dėl skirtingų gyventojų požiūrių, o lyginimas tarptautiniu kontekstu gali būti dar netikslesnis dėl skirtingo nacionalinių įstaigų tikslumo ir skiriamo dėmesio. Todėl rezultatai gauti sveikatos priežiūros paslaugų analizėse gali būti preliminarūs ir apytiksliai. Europos kontekste Lietuva įvertinta kaip viena ilgiausių eilių gydymo įstaigose turinti šalis. Išskiriant stacionarų teikiamas paslaugas, jos nėra labai suvaržytos, tačiau nuo 2016m. iki 2017m. jų kiekis sumažėjo. Palyginus su kitomis Europos šalimis, 2015m. OECD tyrimo duomenimis Lietuvos gyventojai rečiau nevyksta gydytis, dėl atstumo, finansinių priežasčių ar ilgų pacientų eilių, kai kiti Europos gyventojai nenuvyksta dažniau. Tokius šalies rezultatus patvirtina ir 2014m. EHIS tyrimas. Skirtingai nei Europos Sąjungos dauguma, pagrindine prieinamumo priežastimi Lietuvos gyventojai įvardija ilgas laukimo eiles, tačiau šią problemą Suomijos gyventojai patiria du kartus daugiau, o Estijos – daugiau nei penkis kartus.

1.4. Sveikatos sistemos politika, lemianti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą

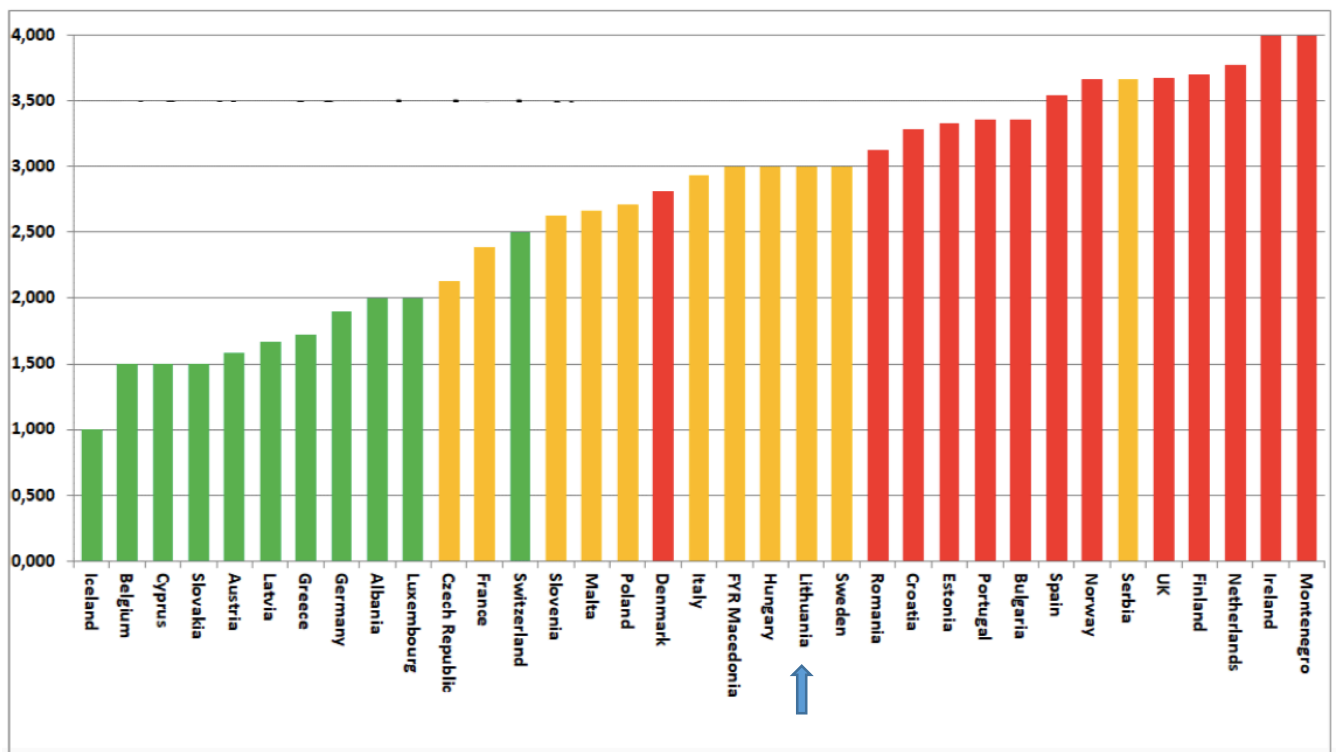
Prieinamumui įtakos turi vykdoma šalies sveikatos politika, sveikatos priežiūros įstaigos organizuotumas, vadybiniai sprendimai, procesų suvaldymas, standartų ruošimas, taikymas. Vykstant

⁴³ „Lietuvos statistikos metraštis, 2018“, Lietuvos statistikos departamentas, 2018, 73, žiūrėta: 2018-11-26, <https://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=31620>.

⁴⁴ „Health Accounts methodology“, World Health Organization, žiūrėta: 2019-02-05, <https://www.who.int/health-accounts/methodology/en/>

nuolatiniams pokyčiams, vyriausybė, ASPĮ ne visuomet spėja prisitaikyti. Taip pat daug lemia ir pacientų srautų pokyčiai, jų sąmoningumo, sergamumo skaičiai.

Reformuojant sveikatos priežiūros sistemas ir kuriant politiką, dažnai keliami du klausimai, lemiantys prieinamumą. Vienas jų – paciento patekimas pas antrinio lygio specialistą, tiesioginis, ar būtinas bendrosios praktikos gydytojo siuntimas. Norint patekti pas gydytoją specialistą reikalingas siuntimas iš šeimos gydytojo reiškia papildomą laukimą. Vyrauja nusistovėjusi nuomonė, kad tiesioginė prieiga prie antrinio lygio specialistų, padidina besikreipiančiųjų kiekį, tačiau tai nepasitvirtina. Airijoje, Jungtinėje Karalystėje ne tik vienos ilgiausių eilių Europoje, tačiau ir patekimui pas antrinio lygio specialistą reikalingas šeimos gydytojo siuntimas (3 pav.). Olandijoje ir Suomijoje laukimo laikas neilgas, tačiau siuntimas pas antrinio lygio specialistą būtinas. Taigi aiškios priklausomybės patekimui pas gydytoją, siuntimo poreikis nenurodo.



3 pav. Patekimas pas gydytoją specialistą be šeimos gydytojo siuntimo Europoje. (1.0 = taip, 4.0 = tikrai ne), Cit. pagal EHCI, 2017, <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2018/02/EHCI-2017-report.pdf>, žiūrėta, 2019-03-15.

Antras keliamas klausimas – sveikatos priežiūros įstaigų decentralizacija ar koncentraciją naudingesnė visuomenei. Decentralizuota sveikatos priežiūra suteikia geresnę geografinę prieinamumą, pacientas greičiau patenka į gydymo įstaigą, kaip dauguma pacientų pageidauja, dažniau gali lankyti šeimos nariai, draugai. Taip pat labiau prieinamas tolimesnis gydymas, ambulatoriškai besilankantys pacientai greičiau pasiekia gydymo įstaigą. Centralizuota sveikatos sistema galėtų būti naudinga dėl medicinos prietaisų, sveikatos priežiūros specialistų koncentruotumo.

Abiejų šių klausimų teisingo sprendimo nėra. Vieni sprendimai gali būti perspektyvesni dėl mažesnių kaštų, tačiau kituose regionuose įkainiai gali skirtis ir gauti rezultatai būti priešingi. Tyrimų rezultatai tai įrodo, mokslininkų nuomonės labai įvairios, nes rezultatus gali lemti regiono gyventojų skaičius, sergamumas tam tikromis ligomis, specialistų kiekis, ekonominės galimybės ir kiti veiksniai.

Sveikatos priežiūros prieinamumą riboja nuolat didėjantys paslaugų įkainiai, tai lemia naujų brangių technologijų išradimai, nauji efektyvūs medikamentai, senstanti visuomenė ir kiti veiksniai. Apskaičiuota, kad Europoje 2050m. gyventojų kuriems virš 65m. skaičius išaugs iki 224 milijonų, kai 2010m. buvo 129 milijonai. Ženkliai sumažės darbingo amžiaus gyventojų, todėl bus ilginama dirbančiųjų amžiaus riba, čia svarbi politika, kuri turės įtakos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui.⁴⁵ Retų ligų, specializuotų paslaugų dideli karšų problemos sprendimas, turi būti priimamas atsižvelgiant į kitus pacientus, pacientų mažuma neturi sudaryti sudėtingos situacijos didelei grupei gyventojų ir turi būti derinama. Turi būti gauta visuminė nauda visiems pacientams.

Skaitmeninės technologijos, tokios kaip nuotolinė medicina, internetinis prieinamumas, dirbtinis intelektas ar nauji gydymo aparatai suteikia naujų galimybių ir keičia sveikatos priežiūros sistemas. Tinkamai suplanuoti ir ekonomiškai efektyvūs šie novatoriški sprendimai gali pagerinti ne tik pacientų sveikatą, tačiau ir padidinti paslaugų prieinamumą.⁴⁶ Europos Sąjungos politikoje nuolat minima skaitmeninių sprendimų svarbą, ypatingai atkreipiamas dėmesys į e-sveikatą. „Dėl veiksmingų, prieinamų ir atsparių sveikatos sistemų“⁴⁷ ar „Metinėje 2016m. plėtros apžvalgoje“⁴⁸ akcentuojama, kokios naudingos gali būti skaitmeninės naujovės. Jų pagalba galimas sveikatos priežiūros paslaugų informacijos integravimas naujausiais informacijos kanalais, teikiamos paslaugos greičiau pasiektų pacientus, taptų veiksmingesnės. Taip pat padėtų išvengti klaidų, ar mažinti hospitalizacijų trukmę. Europos Sąjungos lėšos, skiriamos sveikatos priežiūrai, ilgalaikiam gydymui, šalims narėms, padidėjo, 2015m. ES lėšos sudarė 8,5% BVP, ir tikimasi, kad 2060m. ji galės siekti 12,5% BVP.⁴⁹ Didžiausia skiriamų lėšų dalis investuojama į naujas technologijas. Inovacijos kainuoja, tačiau jų paskirtis neapsiriboja vien sveikatos politika, jos gali turėti poveikį platesnei ekonomikai, t.y., poveikiui darbo jėgai ir našumui, kuris turi įtakos ekonomikos augimui, taip pat galimas poveikis fiskalinei ir socialinei politikai.

⁴⁵ Tooke J., *Future of healthcare in Europe*. The Future of Healthcare in Europe Conference, May 2011, London.

⁴⁶ „DisruptiveInnovation: Considerations for healthand health care in Europe”, *Expert Panel on effective ways of investing in health*, European Commission, 2016, žiūrėta: 2018-02-06, https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/012_disruptive_innovation_en.pdf

⁴⁷ European Commission „Communication from the commission: On effective, accessible and resilient health systems”, 2014, žiūrėta: 2018-02-06, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_en.pdf.

⁴⁸ „Annual Growth Survey 2016. Strengthening the recovery and fostering convergence COM 690 final”, European Commission.

⁴⁹ „Joint Report on Health Care and Long-term Care Systems and Fiscal Sustainability” European Commission, 2016, 1, žiūrėta, 2018-12-15, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/ip037_vol1_en_2.pdf.

Prieinamumą riboja dirbančių gydytojų kiekis. Vis daugiau sveikatos srities specialistų darbo ieško užsienio valstybėje. Toks judėjimas gali padėti ištaisyti gydytojų pasiskirstymo netolygumus. Europos komisijos Direktyva 2005/36 / EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo, suteikia Europos valstybėms teisę pripažinti vienai kitos kvalifikacijas. Direktyvoje nurodytas ne mažesnis šešerių metų universitetinis išsilavinimas, suteikiantis kitose šalyse galimybę dirbti gydytoju. Tačiau galioja PSO etinis kodas, kuriuo pasiturinčios valstybės įsipareigoja aktyviai nekalbinti medikų iš nepasiturinčių šalių, ar iš šalių, kuriose jų trūksta.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui turi esamos sąnaudos, t.y., fiziniai ištekliai (gydytojų skaičius, lovų skaičius ligoninėje), finansinės galimybės (kiek išleidžiama sveikatos priežiūrai). Tai lemia gydomų pacientų kiekį, mokesčius ligoninėms⁵⁰. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą mažina TLK nustatytas finansavimas tam tikram paslaugų kiekiui. Pajėgi priimti daugiau pacientų ASPI, priima optimalų skaičių, už kurį apmokėtų TLK pagal sveikatos ministro pasirašytus kompensuojamų paslaugų aprašus. Taip pat siekiant nenusižengti įstatymams, sveikatos priežiūros paslaugas suteikiančiose įstaigose nedidinami aptarnaujamų pacientų kiekiai. Gerinant sveikatos priežiūros prieinamumą sprendimas didinti apmokamų paslaugų kiekį Nacionalinio sveikatos draudimo fondo lėšomis būtų naudingas pacientams ir palengvintų finansinį prieinamumą, tačiau šioje situacijoje yra ir kitų šalių interesų. Privačios klinikos, neturinčios sutarčių su VLK netektų didelės pinigų sumos, kuomet potencialūs jų klientai pereitų gydytis nemokamai į valstybines įstaigas. Vienas pavyzdžių - Škotijoje bandytas įgyvendinti toks sprendimas sukėlė didelį privačių įstaigų nepasitenkinimą⁵¹.

Sveikatos priežiūros prieinamumą lemia sukurta sveikatos politika bei vadybiniai sprendimai siekiant ją įgyvendinti. Koreguojant sveikatos politiką, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą dažniausiai keliami klausimai apima siuntimo pas antrinio lygio specialistą poreikis, decentralizuotos ar centralizuotos sveikatos sistemos pasirinkimas tobulinant sveikatos sistemą. Vieningos nuomonės nėra priimta, kiekvienam sprendimui svarbus regionas, kuriame jis bus įgyvendintas, nes nuo jo gyventojų tankumo, poreikių, sergamumo ir kitų veiksnių priklauso, kuri sveikatos sistema naudingesnė. Paslaugų prieinamumą taip pat lemia gydytojų ir pacientų santykio pasiskirstymas, informacinių sistemų plėtra, didėjantys sveikatos priežiūros paslaugų įkainiai ir senstanti visuomenė. Prieinamumui įtakos turi ir daugybė kitų veiksnių, kurių poveikis kiekvienoje valstybėje skiriasi.

⁵⁰ Isabelle Joumard ir kt., "Health Care Systems", *OECD Economics Department Working Papers No. 769*, 25 (2010): 13, žiūrėta, 2018-12-21, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmfp51f5f9t-en.pdf?expires=1546249276&id=id&accname=guest&checksum=95CE6826ED95342E6A80BA3A6D4F1E18>.

⁵¹ McCartney, M., *The patient paradox* (London: Pinter & Martin Publishers, 2013)

2. LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO GERINIMO POLITIKA IR GERAI ŠIĄ PRAKTIKĄ ORGANIZUOJANTI ŠALIS

2.1. Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas

Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą lemia šalyje formuojama politika bei pasirinktos jos įgyvendinimo priemonės. Jau nuo 2003m. keturiais etapais šalyje vykdomos reformos siekiant pagerinti sveikatos paslaugų kokybę, prieinamumą, akcentuojamos ambulatorinės paslaugos. Pagal įteisintą politiką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas kontroliuojamas atsakingų institucijų, vykdomas gydymo įstaigų, kol paslaugos suteikiamos gyventojams.

Atsakingos institucijos. Pagrindiniai subjektai, atsakingi už sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, o tuo pačiu ir prieinamumą, yra Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Valstybinę ligonių kasa bei maždaug 1,2 tūkst. sveikatos priežiūros įstaigų.

Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) atsakinga už sveikatos apsaugos politikos formavimą. Organizuoja sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą, nurodo paslaugų prieinamumo reikalavimus, rūpinasi informacijos sklaida gyventojams, suteikiamą galimybę pacientams dalyvauti sprendimų priėmime. SAM vienas iš strateginių tikslų – organizuoti prieinamą, saugią ir kokybišką sveikatos priežiūrą⁵². SAM vykdydama sveikatos politiką, priima sprendimus gerinančius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Tačiau Valstybinio audito ataskaitoje įvardijami šios politikos trūkumai⁵³. Ataskaitoje teigiama „Ministerija neturi objektyvios informacijos apie eiles ir jų tendencijas, susidarymo priežastis, taigi negali suplanuoti veiksmingų priemonių, kaip jas mažinti, be to, neanalizuoja priimtų priemonių įtakos eilių kitimui“⁵⁴. Šiame teiginyje pastebima, kad Vyriausybė pakankamai neanalizuoja eilių susidarymo priežasčių bei nevykdo atliktų prieinamumo gerinimo veiksmų naudos analizės.

Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą prižiūrėti pagal Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 75 straipsnį pavesta Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VASPVT). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011m. rugsėjo 7d. įsakymu Nr. V-839 patvirtintose VASPVT nuostatose nurodoma, kokios teisės suteikiamos šiai tarnybai, kaip turi vykdyti asmens sveikatos priežiūros įstaigų kontrolę. Ši tarnyba taip pat vertina brangių medicinos įrenginių bei kitų medicinos priemonių

⁵² „Misija“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, žiūrėta, 2018-03-19, <https://sam.lrv.lt/lt/apie-ministerija/misija>.

⁵³ Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą”, Valstybinio audito ataskaita, *supra note* 9.

⁵⁴ *Ibid.*

panaudojimą. 2018m. Tarnyba pateikė Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose atlikto audito išvadas bei rekomendacijas⁵⁵.

Prie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo prisideda SAM pavaldi Valstybinė ligonių kasa (VLK) ir jai pavaldžios Teritorinės ligonių kasos (TLK). VLK rengia ir vykdo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžetą ir paskirsto valstybės surinktas lėšas iš PSDF Teritorinėms ligonių kasoms. Paskirstymo sąlygas nurodo VLK prie SAM direktoriaus įsakymas.⁵⁶ TLK kasmet pasirašo sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis, skirsto lėšas gydymo įstaigų paslaugoms apmokėti, vaistų kompensavimui. Čia yra svarbus pacientų poreikis, nes skiriamos lėšos apskaičiuojamos pagal praėjusių metų poreikį ir valstybės galimybes^{57,58}. Skiriami pinigai apskaičiuojami pagal aprašus, patvirtintus sveikatos apsaugos ministro įsakyme⁵⁹

60 Lietuvos savivaldybių rūpinasi pirminiu ir antriniu sveikatos priežiūros paslaugų organizavimu, o apie 1200 asmens sveikatos priežiūros įstaigų atsakingos už tinkamų paslaugų suteikimą⁶⁰.

Reglamentavimas. Lietuvoje teisę į prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas reglamentuoja Konstitucija, Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, kurio Prezidentės 2016m. liepos 12d. pasirašytos pataisos - viena svarbesnių eilių reguliavimo ir prieinamumo gerinimo priemonių. Pataisose ne tik numatomas sveikatos priežiūros įstaigų vertinimas ir reitingavimas, bet ir eilių reguliavimą.⁶¹ 153 straipsnio 2 punkto 1-5 nurodymai įpareigoja sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms, pacientams su nustatyta ūmia būkle, paslaugas suteikti ne vėliau kaip per 24 valandas; pirminę ambulatorinę sveikatos priežiūros paslaugą – ne vėliau kaip per 7, antro lygmens gydytojas privalo pacientą priimti per 30d., brangūs tyrimai atlikti per 30d., planinės operacijos – per 60 kalendorinių dienų. Nuo 2018m. Lietuvoje eilės jau reguliuojamos šio įstatymo. Toks eilių reguliavimas neišsprendžia paciento sveikatos problemų, ir kelia sąmyšį gydymo įstaigose⁶².

⁵⁵ Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą”, Valstybinio audito ataskaita, *supra note* 9.

⁵⁶ Valstybinės ligonių kasos prie SAM direktoriaus įsakymas, “Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutarties standartinių sąlygų patvirtinimo”, 2014 m. Vasario 6 d. Nr. 1k-23, žiūrėta: 2018-10-16, <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=3b3006708f2211e38a66b69ac9e82689>.

⁵⁷ Teritorinės ligonių kasos, žiūrėta: 2018-03-19, <http://www.vlk.lt/struktura-ir-kontaktai/teritorines-ligoniu-kasos>.

⁵⁸ Vilniaus teritorinė ligonių kasa, Veiklos sritys, žiūrėta: 2018-03-19, <http://www.vilniaustlk.lt/index.php?id=2435>.

⁵⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas “Dėl teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo 2009 m. Gruodžio 18 d. Nr. V-1051” *supra note* :23

⁶⁰ Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą”, Valstybinio audito ataskaita, *supra note* 9: 10.

⁶¹ “Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15², 15³ straipsniais įstatymo Nr. XII-2538 2, 3 ir 5 straipsnių pakeitimo įstatymas, 2017m. gruodžio 19 d. Nr. XIII-903”, žiūrėta: 2018-03-19, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/065574b0eb0f11e7acd7ea182930b17f>.

⁶² Barua B., Esmail N., “Waiting your turn: wait times for health care in Canada”, Fraser Institute Report, 2012, žiūrėta, 2018-10-18, <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/waiting-your-turn-2013.pdf>.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą kontroliuoja ir Sveikatos apsaugos ministro patvirtinti įsakymai, Ligoninių kasų įsakymai, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie SAM įsakymai⁶³. Sveikatos apsaugos ministro įsakymuose, kurie diferencijuojami pagal tam tikras paslaugas, nurodytos formulės, kaip apskaičiuoti kompensuojamų paslaugų kiekį, nurodo visą paslaugų apmokėjimo procesą. TLK skiriamos lėšos nurodo, kiek sveikatos priežiūros įstaiga gali priimti pacientų, už kuriuos paslaugos bus kompensuojamos iš PSDF.⁶⁴ Tačiau tai apima paslaugas, apmokamas iš PSDF, pacientai dažnai gali pasirinkti greitesnes paslaugas jei sutinka patys už jas sumokėti.

Privalomas sveikatos draudimas. Lietuva priklauso sveikatos draudimo modeliui, kuriam būdingas valstybės biudžeto finansavimas, lėšos skirstomos remiantis bendro biudžeto visai sveikatos sistemai skirstymo sprendimais. Visi nuolatiniai Lietuvos gyventojai ir teisėtai įdarbinti asmenys privalo kas mėnesį sumokėti privalomąjį sveikatos draudimą, t.y., 6-9% nuo gaunamų pajamų, be galimybės atsisakyti, nedirbantys asmenys taip pat priversti mokėti. Tuomet gaunamas nemokamas platus sveikatos priežiūros paslaugų paketas. Šis modelis naudingas, nes visi piliečiai yra užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų gavimu nepriklausomai nuo jų finansinės ar socialinės padėties. Tačiau tokioje sistemoje nėra konkurencijos.

Reformos. Siekiant labiau prieinamų sveikatos priežiūros paslaugų imtasi vykdyti sveikatos sistemos reformas. Nuo 2003m. Lietuvoje pradėtas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo konfigūravimas, kurio tikslas – ligoninių sektoriaus mažinimas. Jau nuo 1991m., kuomet Lietuvoje buvo 202 gydymo įstaigos, buvo sumažintas ligoninių skaičius iki 119 veikiančių ligoninių 2015m. O vieno profilio ligoninių skaičius sumažėjo nuo 39 ligoninių 2001m., iki 12 - 2015m.⁶⁵ Reformose nurodomos trys prioritetingos kryptys, kuriomis siekiami rezultatai: ambulatorinių, ypač pirminių, paslaugų plėtra; stacionarų veiklos optimizavimas; dėmesys slaugos ir ilgalaikio gydymo sričiai. Iki 2017m. pavyko išplėtoti ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas, padidinti dienos chirurgijos skyrių kiekį. Buvo uždaromos specializuotos ligoninės, jos perkeltos į daugiafunkcines ligonines, kai kurios įstaigos sujungtos. Viso buvo išskiriami keturi etapai pamažu siekiant tikslo. Šių keturių etapų planai reglamentuoti Vyriausybės nutarimuose 2003m., 2006m., 2009m., 2015m. Visi šie etapai įgyvendinti vėliau nei buvo numatyta bei organizacinio prieinamumo problemos visgi liko neišspręstos.

⁶³ “Teisės aktų, susijusių su asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimu ir teikiamų paslaugų kokybės priežiūra, sąrašas”, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, žiūrėta, 2018-03-19, <http://www.vaspvt.gov.lt/node/338>.

⁶⁴ “Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotų ambulatorinių, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamų, žmogaus genetikos, stebėjimo ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms kompensuotu planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo”, 2013, žiūrėta, 2018-10-16, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.A7DDF3CB0063>.

⁶⁵ “Lithuania Health system review”, Health Systems in Transition Vol. 15 No 2, 2013, žiūrėta: 2018-10-15, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/192130/HiT-Lithuania.pdf.

Sveikatos sistemą silpnina tai, kad daugelis ligoninių tiekia mažą spektrą paslaugų ar retai vykdo operacijas – 22 ligoninės kasdien vykdo mažiau nei vieną operaciją. Įvedami minimalūs paslaugų kiekiai, kurie ne visuomet išpildomi. Tinklo konsolidavimas išlieka nepakankamas, reikia daugiau reformų. Vykdomos reformos, prevencijos yra tinkamos krypties, reikia sukurti paslaugas, atitinkančias poreikį, ligų paplitimą. Šioms problemoms spręsti nustatytos koncentruotos paslaugos. Nuo 2016m. planuota, kad viena ligoninė nebūtų šalia kitos arčiau nei per 50km. Taip pat nebus finansuojama tam tikra paslauga gydymo įstaigoje, kurioje per metus gimsta mažiau nei 300 kūdikių, ar vyksta mažiau nei 400 operacijų⁶⁶.

2015-2017 m. vyko sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų konsolidavimas. Buvo siekiama padidinti ambulatorinių paslaugų skaičių, atlikti slaugos, geriatrijos paslaugų plėtrą. Vis dėlto nepavyko pasiekti numatytų 2 proc. suteiktų paslaugų kiekio padidėjimo nuo 2015 m. iki 2017 m. padidėjo 1,76 proc.⁶⁷ Suteiktų ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų kiekis visoje Lietuvoje kito netolygiai. Valstybės audito vertinimu to priežastis – savivaldybių nepajėgumas susitvarkyti. EBPO taip pat pabrėžia, kad šį klausimą reikia spręsti aukštesniu nei savivaldos lygiu.⁶⁸

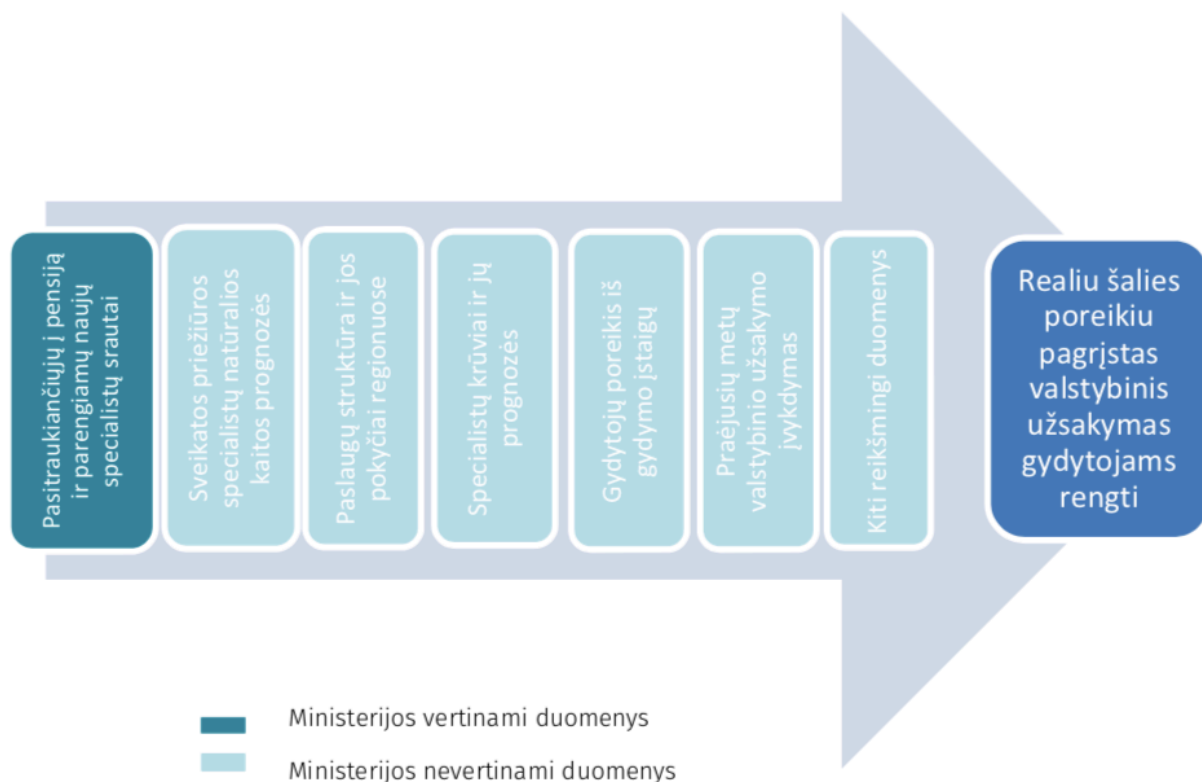
Specialistai. Svarbų vaidmenį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo politikoje atlieka specialistų poreikis. SAM formuodama sveikatos priežiūros specialistų poreikį studijas organizuojančioms įstaigoms, neįvertina visų pokyčių, lemiančių netinkamą poreikio apskaičiavimą. Pokyčius lemia kintantis specialistų poreikis regionuose, emigracijos nuspėjimas, paslaugų struktūrų pokyčiai, suteikiami krūviai specialistams. Daugiausia dėmesio skiriama į pensiją išeinančių specialistų pakeitimui, tačiau vis labiau svarbus tampa ir slaugytojų poreikis.

Planuojant gydytojų specialistų poreikį valstybė atsižvelgia ne į visus veiksnius. Yra veiksmų, nurodytų moksliniuose darbuose, kurie taip pat turi įtakos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančio personalo planavime (4 pav.). Įtakos turi studentų pasitraukimas iš studijų, sveikatos įstaigų struktūros pokyčius, tiekiamų paslaugų pokyčius, emigruojančius jaunos gydytojus ir kiti.

⁶⁶ Jurevičiūtė S. and Kalėdienė R. „Regional inequalities of avoidable hospitalisation in Lithuania: Health Policy and Management, Vol 1, Issue 9, 2016.

⁶⁷ „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligonių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo Vyriausybės 2015-12-09 nutarimu Nr. 1290“, žiūrėta, 2019-03-15, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/46a7a2709f4111e591078486468c1c39?jfwid=-9dzqnuqa7>.

⁶⁸ OECD *Review of health systems - Lithuania, 2018*, 22, žiūrėta, 2019-03-15, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lithuania_9789264300873-en#page2.



4 pav. Gydytojų poreikio nustatymui reikalingi duomenys ir vertinimai. Cit. pagal Valstybinio audito ataskaitą „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, 2018.

Atsižvelgdama į šią problemą SAM, vykdo projektą „Gydytojų rezidentų pakopinių kompetencijų modelio kūrimas ir diegimas“. Šis projektas reglamentuotas 2018m. birželio mėn. Medicinos praktikos įstatymo pakeitimuose ir finansuojamas ES. Projekto tikslas pritraukti kuo daugiau gydytojų tuose regionuose, kur jų trūksta. Suteikiama galimybė jiems mokytis nemokamai, tačiau įsipareigojant du metus po studijų dirbti tam tikroje įstaigoje, kurioje trūksta specialistų.

Vyriausybės programos įgyvendinimo plane vykdyto 2018m. nurodyta, kad siekiamas skatinimas gydytojų rezidentų darbas rajonuose⁶⁹. Jau 2019m. vasarį priimtas nutarimas „Dėl Medicinos rezidentūros studijų ir odontologijos rezidentūros studijų programų vykdymo reikalavimų ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“, kuriuo suteikiama teisė verstis savarankiška medicinos ar odontologijos praktika pagal kompetencijas.

Pagerinimai. Lietuvai reikšmingas įvykis laikomas 2018m. įstojimas į OECD. Priklausyti šiai organizacijai suteikia privilegijų, laikoma prestižu, tačiau taip pat įpareigoja vystyti šalyje politiką, keliančią šalies rodiklius. Prieš įstojant į šią draugiją, 2017m. ES Taryba Lietuvai pateikė

⁶⁹ „Vyriausybės programos įgyvendinimo plano, patvirtinto vyriausybės 2017m. kovo 13d. nutarimu Nr. 167, vykdymo 2018 metais pažangos ataskaita“, 2019, 149, žiūrėta, 2019-03-24, https://lrv.lt/uploads/main/documents/files/VPIP%20ataskaita%20uz%202018%20m_2019-03-06.pdf.

rekomendacijas. 2017-2018 metų ES Tarybos rekomendacijose Lietuvai⁷⁰ įvardinta rekomendacija didinti sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sumą plečiant slaugos paslaugas.⁷¹ Atsižvelgiant į tai pagerintas ambulatorinių slaugos paslaugų prieinamumas, padidinant skiriamą sumą. Visa tai reglamentuota Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017.m gruodžio 22d. įsakyme „Dėl ambulatorinių saugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo” pakeitimo. Taip pat atsižvelgta į 6.4. rekomendaciją psichikos sveikatos centrų optimizavimas, gerinant pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, didinant darbuotojų skaičių.

Nuo 2015m. VLK direktoriaus įsakymu⁷² gydymo įstaigos periodiškai pateikia duomenis apie laukimo eiles jų įstaigoje. VLK šiuos duomenis pateikia visuomenei. Tačiau šie duomenys gali būti iškreipti dėl skirtingų pacientų registracijų tipų, ne visi jie registruojasi pirmą kartą, pakartotiniams vizitams laikas gali būti skiriamas kitas. Tai sukelia problemų renkantis veiksmingus prieinamumo gerinimo variantus. Taip pat laukimo eilės gali būti didesnės nei nurodoma VLK. Yra įstaigų, kuriose pacientai užpildo visus laisvus laikus, o naujų gydytojų grafikų neturi, todėl prašoma pacientų skambinti vėliau, kuomet bus grafikai, šis veiksnys iš tiesų iškreipia laukimo terminus nei nurodomi.

Pačios įstaigos rengia eilių mažinimo planus, vykdo eilių stebėseną, o nesant gydytojų grafikams, įtraukia pacientus į laukiančiųjų eiles. Taip pat vykdo specialistų paieškas. Tokiais būdais įstaigos pačios organizuoja savo veiklą, kad ji vyktų sklandžiau, o paslaugos taptų labiau prieinamos. Tačiau gydymo įstaigos nepajėgios išspręsti nacionalinių problemų, kurias spręsti turėtų valstybė, formuodama tinkamą sveikatos politiką. Išorinėmis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemomis laikomos gydytojų trūkumas šalyje, dideli pacientų srautai tam tikrose gydymo įstaigose, o valdžios tvirtinimas, kad visi pacientai gali rinktis bet kurią gydymo įstaigą nukelia atsakomybę įstaigoms. Klaidingi ar nereikalingi siuntimai, kuriuos taip pat įstaigos nepajėgios sukontroliuoti, ar skiriamos lėšos iš PSDF neatitinka poreikių ir nekompensuojamo išlaidos papildomai priimtiems pacientams.

Valstybinio audito ataskaitoje⁷³ SAM buvo pateiktos rekomendacijos eilėms mažinti. Gerinant šeimos gydytojų darbą, siūlyta dalį jo darbo perleisti slaugytojui, taip gydytojo kompetencijos galėtų būti naudojamos tikslingiau. Taip pat reikšmingas pasiūlymas buvo atskirti šeimos gydytojų ir antro lygio specialistų kompetencijas, nubrėžti aiškias ribas. Kuomet trūksta aiškumo, išrašomi siuntimai pas antrinio lygio specialistus, kur sprendimus galėtų priimti šeimos gydytojas. Tai išspręstų ir trūkstamų

⁷⁰ “2017-2018 metų ES Tarybos rekomendacijų Lietuvai įgyvendinimo priemonių plano apžvalga”, žiūrėta, 2019-03-24, <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-national-reform-programme-lithuania-annex-lt.pdf>.

⁷¹ Ibid, 15.

⁷² “Dėl valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014-10-28 įsakymo Nr. 1K-287 “Dėl asmenų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles ir šių eilių stebėsenos tvarkos aprašo ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėsenos ataskaitų formų patvirtinimo VLK direktoriaus įsakymo pakeitimo, 2018-05-29, Nr. 1K-154, žiūrėta, 2019-02-25, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3b00c1b264401e8b7d2b2d2ca774092>.

⁷³ „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?, 2013-02-28 Nr. VA-2017-P-900”, 3-4.

pajamų paslaugoms apmokėti klausimą. Tačiau šie pasiūlymai nebuvo įgyvendinti, o problemos išlieka aktualios.

Kiti pagerinimai:

- Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą sunkių traumų atvejais 2018 m. liepos mėn. patvirtintas ministro įsakymas su tvarkos aprašu sunkių traumų atvejais⁷⁴.
- Nuo 2018 m. rugsėjo mėn. jau veikia sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl šeimos gydytojų nuotolinių konsultacijų. Tokias konsultacijas galima atlikti pakartotiniams pacientams išrašant receptus pakartotinai, esant stabiliai paciento būklei, ar paskiriant pakartotinius tyrimus.
- Įstaigos taip pat skatinamos greičiau priimti pacientus, nes pagal 2018 m. lapkričio mėn. ministro įsakymą įstaigų veiklos rezultatai bus vertinami pagal paciento laukimo trukmę, nuo momento, kada jis kreipiasi į įstaigą, iki tol, kol suteikiama paslauga.
- Įvedus Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme pataisymą 15 straipsnyje, bus galima atlikti eilių analizes naudojantis Išankstinės pacientų registracijos sistema (IPR). Sistemos pagalba pacientui nebus galima keliose įstaigose registruotis su ta pačia priežastimi iškart, nes pacientas turės nurodyti registracijos priežastį ir sistemoje bus matoma, jei su ta pačia priežastimi bus bandoma registruotis iškart per kelias vietas⁷⁵.

Problemos kylančios ilgėjant eilėms:

- pacientai moka už paslaugas arba nusprendžia „gydytis patys“.
- Pacientai ima kreiptis į skubiosios pagalbos centrus, todėl ilgėja prieinamumas skubios pagalbos skyriuose. Gydytojų nurodo, kad kas antras – penktas besikreipiančiųjų skubiajai pagalbai gauti, galėtų paslaugas gauti pas šeimos gydytoją, jo darbo metu.
- Taip pat sudėtingas prieinamumas skatina korupciją. Atliktas tyrimas nurodo, kad neoficialiai už paslaugas mokėjo 27 proc. apklaustųjų, iš kurių beveik pusė (49 proc.) sumokėjo tiems gydytojams, pas kuriuos ilgiausios laukimo eilės.

E-sveikata. 2016 m. Lietuvoje atlikto tyrimo metu, gydytojai specialistai nurodė, kad jų bendradarbiavimą su kitais gydytojais labiausiai pagerintų e-sistemos veiksmingas veikimas. Tai įrodo neveiksmingą Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenų įgyvendinimą. Šios programos vieni tikslų ir tobulintinų sričių buvo gydytojų komunikacijos gerinimas tvarkant e-sistemą, besidubliuojantys tyrimai, ataskaitos, skatinti sveikatos priežiūros įstaigas teikti daugiau pirminių ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų keičiant apmokėjimo sistemą. Deja, praėjus 5 metams nuo

⁷⁴ “Dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo 2018-07-19, Nr. V-824”, Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, žiūrėta, 2019-03-05, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/4ae9f5308c0211e8aa33fe8f0fea665f?jfwid=11dyhelyw5>.

⁷⁵ “Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas 1996-06-06, Nr. I-1367”, žiūrėta, 2019-03-15, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C81BD50A27C6/asr>.

programos pradžios, situacija nesikeitė, šios problemos išlieka prioritetinėmis sveikatos priežiūros srityje. Stringanti komunikacija tarp įstaigų kasmet sukelia vis daugiau problemų.

2017m. SAM veiklos ataskaitoje nurodoma, jog siekiant sveikatos priežiūros įstaigų patogesnio prieinamumo, būtinas efektyvesnis Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (ESPBI IS) naudojimas, todėl patobulintas e-recepto išrašymas, leidžiantis greičiau ir patogiau išrašyti e-receptus. 2017 m. pabaigoje kompensuojamųjų medikamentų išrašymas elektroniniu būdu padidėjo nuo 10 iki 45 procentų.⁷⁶ Numatyta atsisakyti dokumentų dubliavimo, draudžiama internete vedamus dokumentus perrašyti į popierines korteles. Nuo 2018m. kovo 1d. visose asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose privaloma ambulatorinio apsilankymo duomenis, e-receptą, vaiko gimimo liudijimą, mirties liudijimą, stacionaro epikrizę, vairuotojo sveikatos nustatymo pažymą pateikti elektroniniu būdu. Ministerija išskyrė šias sritis kaip prioritetines ir elektroninėje sistemoje prieinamas. Šios permainos parodo sveikatos politikos vystymą atsižvelgiant į problemas, tačiau tai tik maža dalis sprendžiant stringančius duomenų perdavimus tarp gydymo įstaigų. Svarbi problema – e-sveikata ir jos funkcionalumas. Tobulinant sistemos efektyvumą, plečiant nuotolinių paslaugų galimybes, telemediciną galimas geresnis paslaugų prieinamumas. EBPO taip pat rekomendacijose nurodo e-sveikatos plėtrą⁷⁷. Deja, šioje srityje vykdomi darbai vėluoja, trūksta esminių priemonių įgyvendinimo.⁷⁸

Informavimas. Pagal teisės aktus pacientai turi teisę gauti informaciją apie savo sveikatos būklę, įstaigos teikiamas paslaugas, tačiau tai tik dalis informacijos, kurią turėtų žinoti pacientas. Pacientams trūksta bendros informacijos apie sveikatos sistemą. 7-8 proc. gyventojų informacijos trūkumas, sukelia dvejonių dėl skaidrumo ir kelia nepasitikėjimą sveikatos sistema.

Atsakingos sveikatos sistemos įstaigos bendra informaciją talpina savo internetiniuose puslapiuose, tačiau pacientams būna lengvai prieinama tik kurį laiką. Trūksta apibendrintos informacijos vienoje vietoje. Eiliniam gyventojui sunku susigaudyti tarp įstaigų, informacijos gausos. 56,4 proc. piliečių bendras sveikatos raštingumas yra nepakankamas⁷⁹. Pagal užsienio praktiką, yra naudojamos interneto svetainės, kuriose pateikiama visa bendra informacija. Pacientus taip pat nepasiekia informacija apie jų pareigas. Pavyzdžiui, pareigą pranešti jei neatvyks užregistruotu laiku pas gydytoją. Tokių neatvykimų susidaro 10-20 proc. nuo visų registracijų pas gydytoją.

⁷⁶ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija „Dėl 2017 metų veiklos ataskaitos pateikimo Nr. (1.1.20-281)10-1934“, žiūrėta 2018-11-26, https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/2018-03-08%20raštas%20Nr_%2010-1934.pdf.

⁷⁷ „Reviews of Health Systems: Lithuania 2018“, OECD, 2018, *supra note* 36: 55-56.

⁷⁸ „Rekomendacijų įgyvendinimo ataskaita 2019 kovo mėn. 5d.“, Valstybės tarnyba.

⁷⁹ „Gyventojų sveikatos raštingumo vertinimas“, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas, 2017, žiūrėta, 2019-03-20, [http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/Lankstukai/Sveikatos_rastingumo_vertinimas.%202017%20\(1\).pdf](http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/Lankstukai/Sveikatos_rastingumo_vertinimas.%202017%20(1).pdf).

Pacientų įtraukimas. Pacientų interesus atstovauja 91 pacientų organizacija. Jų pareiga užtikrinti pacientų teises, dalyvauti sveikatos politikos formavime. Tačiau pagal 2016 - 2017m., įtraukti buvo tik į 28 proc. darbo grupių veiklas, nors turėtų dalyvauti 80 proc. Tai gali lemti ir SAM viešai neskelbiamos darbo grupės, į kurias negavusios pakvietimo pacientus atstovaujančios grupės apie tai nesužino ir negali prisijungti.

5 pav. pateikiamai duomenys, su kokiais sunkumais patenkant pas gydytoją susiduria Lietuvos gyventojai. 2017m. didžiausia dalis, t.y. 34 proc. apklaustųjų kaip sunkumą nurodė sunkumą prisiskambinti į gydymo įstaigų registratūras. Ir ši nuomone išsilaikė 2016m., kai 2014-2015m. daugiausiai buvo besiskundžiančių dėl vaikščiojimo į skirtingas gydymo įstaigas⁸⁰.

Vertinimo aspektas	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.
tenka vaikščioti į skirtingas gydymo įstaigas	32 %	28 %	28 %	32 %
atsainus gydymo įstaigų darbuotojų požiūris į pacientą	27 %	23 %	–	23 %
sunku prisiskambinti į registratūrą ar gydytojui	22 %	17 %	37 %	34 %
didelės oficialios priemokos gydymo įstaigai už tyrimus	20 %	15 %	28 %	21 %
bendros informacijos stoka	17 %	15 %	20 %	25 %
sudėtinga pacientų registracijos sistema	12 %	9 %	22 %	24 %
gydymo įstaigos personalo kvalifikacijos stoka	10 %	11 %	20 %	18 %
neteisėtomis priemokomis, mokamomis ne į gydymo įstaigos kasą	8 %	5 %	18 %	13 %

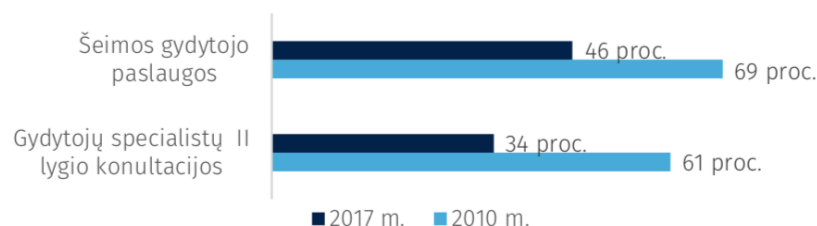
5 pav. 2014-2017m. pacientų įvardinti didžiausi sunkumai patenkant pas gydytoją. Cit. pagal Valstybinio audito ataskaitą „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, 2018.

Statistika. 2017m. atlikto Valstybinio audito duomenimis 55 proc. Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros sistemoje pagrindine problema laiko dideles eiles. Viena priežasčių nurodoma – gydytojų specialistų ir slaugytojų trūkumas. Daugiau nei pusė Lietuvoje apklaustų gyventojų (54%) šeimos gydytojų paslaugų prieinamumą norimu laiku vertina kaip patenkinamą arba blogą. O palankiai vertinusių šeimos gydytojų ir antro lygio specialistų prieinamumą gyventojų skaičius nuo 2010m. sumažėjo (pav. 6). Padaugėjo gyventojų, kurie nesikreipia į gydymo įstaigas ligos atvejų (nuo 23 proc. 2010m. iki 37 proc. 2017m.). Kas penktas toks gyventojas nesikreipia dėl didelių eilių⁸¹. Taip pat

⁸⁰ „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, Valstybinio audito ataskaita, *supra note* 9: 48.

⁸¹ *Ibid.*

ataskaitoje nurodoma, kad negaudami nemokamų prieinamų paslaugų, 17 proc. pacientų naudojami mokamomis paslaugomis, kas antras šis pacientas tai pasirenka dėl didelių eilių⁸². Didelės dalies gyventojų (66%) nuomone blogiausias patekimas pas gydytojus specialistus.



6 pav. Gyventojų dalis (proc.) „gerai“ arba „labai gerai“ vertinusi šeimos gydytojų ir gydytojų specialistų II lygio konsultacijų prieinamumą (laukimo laiką nuo siuntimo išdavimo iki patekimo pas gydytoją). Cit. pagal Valstybinio audito ataskaitą „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, 2018.

10 tūkst. gyventojų Lietuvoje tenka 77 slaugytojai, kai Europos vidurkis – 84, ir 43 gydytojai, kuomet Europoje – 43. Nors gydytojų vidurkis Lietuvoje viršija Europos vidurkį, tačiau per metus Lietuvoje vidutiniškai gydymosi įstaigose lankosi 8,6 karto, kai tuo tarpu Europoje 6,5. Dažniau lankantis, didėja ir specialistų poreikis. Higienos instituto duomenimis, kasmet didėja vizitų kiekis pas gydytojus (7 pav.), pacientų srautai, o tai apkrauna gydymo įstaigas dar labiau⁸³. Nuo 2005m. iki 2017m. apsilankymų kiekis padidėjo maždaug 16%, vieno gyventojų vidutinis apsilankymų kiekis per metus tuo pačiu laikotarpiu nuo 7,0, padidėjo iki 9,5 kartų.

	2005	2010	2015	2016	2017
Apsilankymai pas gydytojus, tūkst.	23109,2	22596,7	25618,4	26385,7	26876,6
vienas gyventojas vidutiniškai apsilankė, kartais	7,0	7,3	8,8	9,2	9,5
Apsilankymai pas odontologus, tūkst.	3950,7	3387,6	4149,5	4254,8	4477,1
vienas gyventojas vidutiniškai apsilankė, kartais	1,2	1,1	1,4	1,5	1,6

7 pav. Apsilankymai pas gydytojus Lietuvoje 2005m. – 2017m. Cit. pagal Higienos institutą, 2017m., http://hi.lt/php/spiv1.php?dat_file=spiv1.txt, žiūrėta, 2018-10-20.

Reikšmingus skirtumus tarp Europos ir Lietuvos atspindi gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė, Lietuvoje ji šešeriais metais trumpesnė, o mirčių, kurių buvo galima išvengti, jeigu būtų kreiptasi į gydymo įstaigą, skaičius dvigubai didesnis nei Europos Sąjungos vidurkis. Lietuvoje tokių atvejų 431 100 tūkst. gyventojų, ES – 204 tūkst.

⁸² „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą“, Valstybinio audito ataskaita, *supra note* 9.

⁸³ „Apsilankymai pas gydytojus Lietuvoje 1998-2017m.“, Higienos institutas, žiūrėta 2018-11-26, http://hi.lt/php/spiv1.php?dat_file=spiv1.txt.

Sveikatos priežiūros įstaigos kokybei palaikyti, klasifikacijai prižiūrėti įdiegtos akreditacijos programos, daugiau nei 120 klinikinių protokolų diagnozėms ir gydymui. Skatinamos prevencinės programos. Pasitenkinimas sveikatos priežiūros paslaugomis auga, 10 balų sistemoje 2011m. Lietuva surinko 5.2, EU28 vidurkis siekė 6.3, 2016m. Lietuva pasiekė Europos vidurkį, kuris po 5 metų pakilo iki 6.7.

Lietuvoje taip pat įprasti neoficialūs mokėjimai⁸⁴. „Transparency International” (TI) Korupcijos suvokimo indekso (KSI) duomenimis⁸⁵, 2017m. Lietuva pagal neoficialius mokėjimus surinkusi 59 balus iš 100 užima 16 vietą Europoje, ir 38 vietą iš 180 pasaulio šalių. Šis balų skaičius nesikeičia jau trejus metus. Apsklausų metu daugiau kaip pusė Lietuvos gyventojų įvardija Sveikatos apsaugos institucijas kaip labiausiai korumpuotas.⁸⁶

SAM atsakinga už tinkamą politiką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo klausimais. Kuriami įsakymai, įvedama nauja tvarka, gydymo įstaigos turi informuoti apie įstaigoje esančias eiles, receptams pratęsti sukuriama nuotolinė konsultacija sumažina ateinančių pacientų srautą. Tačiau Valstybės audito atliktoje analizėje pabrėžiamas SAM sukurtų gerinimo priemonių tolimesnis neprižiūrėjimas. Trūksta SAM iniciatyvos analizuojant pokyčių įtaką sveikatos sistemai. Vykdamos reformos vėluojamos įgyvendinti, ne visi rezultatai pasiekė tikslus. E-sveikatos kūrime darbai taip pat vėluoja, trūksta esminių priemonių įgyvendinimo. Vyriausybė kuria priemones sukuriant optimalų specialistų kiekį, ar skatinant jų tolygų pasiskirstymą šalyje, tačiau trūksta tikslesnių specialistų poreikio apskaičiavimų. Pacientų interesus atstovaujančioms organizacijoms taip pat nesuteikiama pilnavertė galimybė dalyvauti politikos kūrime. Lietuvoje apsilankymų pas gydytojus vidurkis kasmet didėja, didėja ir poreikis, tačiau didelė dalis apklausų metu teigia, kad nesikreipia pas specialistus dėl didelių eilių.

2.2. Olandijos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimas susijęs su tinkama sveikatos politika, sveikatos sistemos organizavimu ir tinkama gydymo įstaigų vadyba. Svarbus finansavimas, žmogiškieji ištekliai sveikatos sektoriuje, kuriuos tinkamai skirstant, gerėja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Tuo pačiu saugoma ar gerinama gyventojų sveikata. Tačiau kiekviena šalis vysto skirtingas sveikatos sistemas, skiriasi ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo rezultatai. Pagal Europos sveikatos vartotojų indeksą, Olandija – vienintelė šalis, kurios sveikatos sistema nuo 2005 m. kiekvienais metais įvertinama kaip viena geriausių. Nors Olandija – pusantro karto mažesnė šalis už

⁸⁴ “State of Health in the EU. Companion Report”, 2017, *supra note* 14:10.

⁸⁵ “Korupcijos suvokimo indeksas”, Transparency International, 2017, žiūrėta, 2018-08-05, <http://www.transparency.lt/korupcijos-suvokimo-indeksas-ksi/>.

⁸⁶ “Lietuvos korupcijos žemėlapis”, 2016 žiūrėta: 2018-08-05, http://www.transparency.lt/wp-content/uploads/2017/03/LKZ_2016-1.pdf.

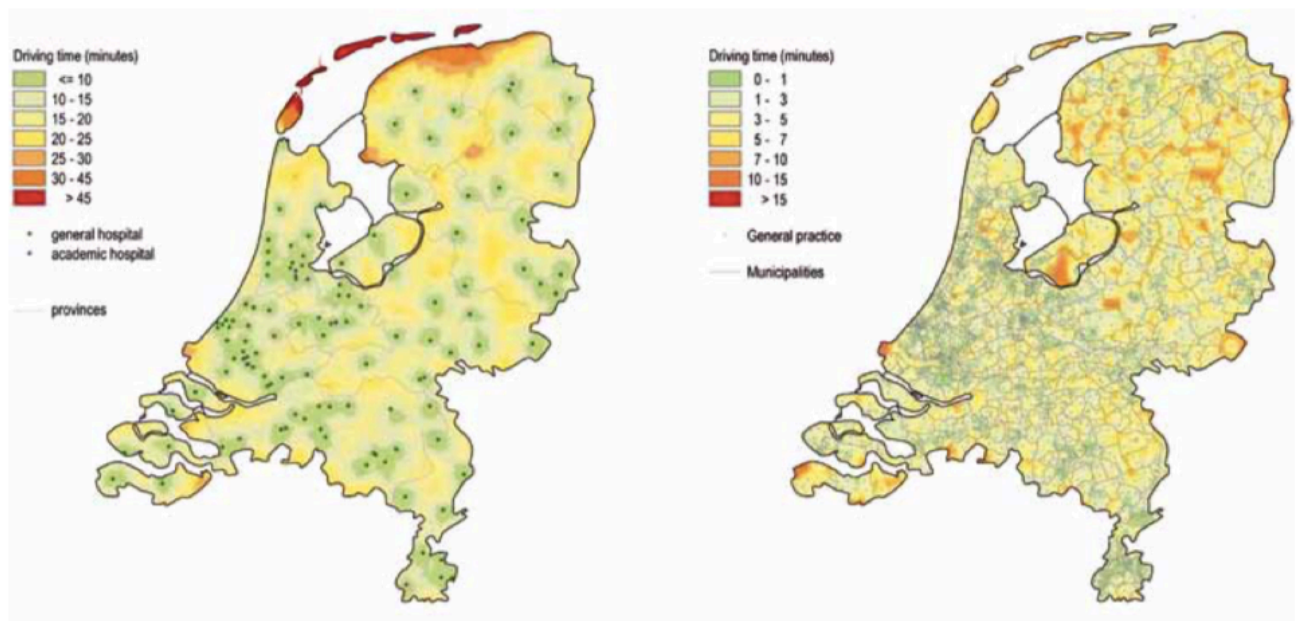
Lietuvą, kurioje gyvena penkis kartus daugiau žmonių nei Lietuvoje, ši turi geresnę sveikatos priežiūros prieinamumą. Gyventojai turi gerai vertinamas, prieinamas pirmines ir antrines sveikatos priežiūros paslaugas, kokybišką ilgalaikį gydymą.

Reformos. Olandijoje 2006m. įvykusios reformos pakeitė šalies sveikatos draudimo sistemą. Vyriausybė atsitraukė nuo tiesioginės apimties ir kainų kontrolės, buvo siekiama sumažinti centrinių valdymą, paskatinti konkurencingumą. Nuo 2006m. visi Olandijos piliečiai privalo draustis pagal Sveikatos draudimo įstatymą, pilnamečiai privalo įsigyti draudimą iš sveikatos draudėjo, kurį patys pasirenka. Privalomą sveikatos draudimą už dirbantį asmenį moka darbdavys, tačiau būna išimčių. Dirbantys savarankiškai ar valstybinėse įstaigose, uždirbantys itin dideles algas, nėra draudžiami privalomuoju (valstybiniu) sveikatos draudimu. Šie asmenys turi kreiptis į privačias draudimo įmones ir sudaryti sutartis su jais. Šis draudimas Olandijoje gana populiarus ir per metus žmogui kainuoja maždaug apie 1000 eurų. Iš privalomojo (valstybinio) draudimo fondų apmokami kompensuojami vaistai, apmokama didžioji dalis su liga susijusių išlaidų. Lėšos kaupiamos nevyriausybiniuose fonduose, tačiau įstatymų įteisintuose. Čia veikiančios privalomos ar konkuruojančios ne pelno siekiančios draudimo sistemos, pasižymi geresniu sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu. Olandijos draudimo rinkoje dominuoja keturios draudimo grupės, kurios sudaro 90 proc. visų apdraustųjų asmenų, draudikai teikia įstatyminių sveikatos draudimą nesiekdami pelno. 84 proc. sumokant pagrindinę sumą per metus, gaunamas paslaugų paketas, esminės paslaugos, į kurias įskaičiuotos beveik visos sveikatos priežiūros paslaugos, stacionarus gydymas, motinystės priežiūros, psichikos ir slaugos namuose priežiūros paslaugos. Olandijos gyventojų perka papildomą draudimą, kuris apima daugiau sveikatos priežiūros paslaugų, tačiau savanoriška didesnė draudimo įmoka nesuteikia teisių greičiau patekti pas specialistus, gauti didesnę pasirinkimą, jis tiesiog apima daugiau paslaugų. Taip pat įnašą moka ir darbdaviai, kurių surenka valstybės mokesčių inspekcija ir sujungia į bendrą sveikatos draudimo fondą. Iš šio fondo draudimo įmonėms skiriamos sumos pagal įvertintas jų apdraustų klientų kompensacijas.⁸⁷

2002m. Nyderlanduose išleistas įstatymas, kurio pagrindu gydytojai tapo įpareigoti suteikti sveikatos priežiūros paslaugas po įprastų darbo valandų. Dėl šių įsipareigojimų Olandijoje buvo įsisteigta papildomai greitosios pagalbos stočių, kur kiekviena jų apėmė nuo 100 000 iki 500 000 žmonių. Atliktų apklausų duomenimis, 72 proc. olandų patvirtino, kad lengva gauti sveikatos priežiūros paslaugas po darbo valandų, palankiai vertina tankius infrastruktūros tinklus, kai Amerikoje šis procentas siekia 42 proc., Kanadoje – 34 proc. 8 pav. pateikti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų ir ligoninių atstumai Olandijoje. Važiuojant automobiliu, artimiausią gydymo įstaigą galima pasiekti per 7min., o ligoninę per 25min. Po darbo valandų veikia 122 bendrosios praktikos centrai. Greitoji pagalba daugiau kaip 99

⁸⁷ Joost Wammes ir kt., “The Dutch Health Care System”, žiūrėta: 2019-01-20, <https://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>.

proc. gyventojų suteikiama iki 45 min., esant reikalui, šiaurės Olandijoje salų gyventojams naudojamas sraigtasparnis.⁸⁸



8 pav. Kelionės trukmė iki artimiausios gydymo įstaigos Olandijoje (kairėje), ir artimiausios ligoninės (dešinėje). 2012m. Cit. pagal „Netherlands: Health system review Vol. 18 No. 2 2016”, Health Systems in Transition, 110-116, žiūrėta: 2019-01-20, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf?ua=1.

Specialistai. Olandijoje medicinos specialistų planavimas išlieka vyriausybės valdžioje. Sveikatos priežiūros darbuotojams taikomas griežtas centrinis pajėgumų planavimas. Medicinos studentų srautas ir medicinos specialybių mokymo apimtis yra griežtai reguliuojama ir pagrįsta prognozavimo ir pajėgumų planais. Organizacija „The Capacity Body” reguliuoja Nyderlanduose visų specializuotų antrosios pakopos studijų programų poreikį. Ši įstaiga atsižvelgia į statistika, pateikia prielaidas ir preliminarinius skaičius, kiek gydytojų gali reikėti ateityje. Kitiems sveikatos priežiūros darbuotojams taip pat stebima rinka, jos pokyčiai, tačiau šios studijų programos turi mažiau apribojimų nei gydytojais⁸⁹.

Pacientų įtraukimas. Pacientai gali daryti įtaką sveikatos priežiūros įstaigų politikai ir valdymui. Kaip nustatyta Klientų atstovavimo įstatyme, sveikatos priežiūros organizacijos privalo turėti atstovaujama klientų tarybą, kuriai suteikta galimybė teikti įstaigai rekomendacijas. Nors ši mintis išpildo pacientų prieinamumą kuriant sveikatos politiką, tačiau palyginus su kitomis pacientų dalyvavimo formomis, šių tarybų išlaidos iš tiesų gana didelės.

Pagal Sveikatos draudimo įstatymą pacientai turi turėti poveikį ir sveikatos draudimo politikos kūrimui. Čia taip pat vykdomos apklausos, šaukiamos tarybos, Sveikatos priežiūros institucija (NZa)

⁸⁸ „Netherlands: Health system review Vol. 18 No. 2 2016”, Health Systems in Transition, 110-116, žiūrėta: 2019-01-20, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf?ua=1.

⁸⁹ „Netherlands: Health system review Vol. 18 No. 2 2016”, Health Systems in Transition, *supra* note 82:35.

prižiūri, kad šie reikalavimai būtų vykdomi.⁹⁰ Sistemos kūrimo periodiškai dalyvauja ir profesinės asociacijos. Sėkme laikomas ir skaidrumas, neslepiant faktų, išgryninamos tiesios ir tai leidžia atradus trūkumus tobulėti.⁹¹

E-sveikata. Eiles gydymo įstaigose sukelia tarp įstaigų neprieinama bendra informacija, Olandijoje daugiau nei 70 proc. gydytojų gali keistis informacija elektroniniu būdu. Taip pat lėtinėmis ligomis sergantys pacientai turi priskirtus atsakingus asmenis, kurie prižiūri juos, informuoja. Daugiau nei 92 proc. lėtinėmis ligomis sergančių pacientų, turi tokią pagalbą.⁹² Daugelis ligoninių investuoja į naujas informacines sistemas, leidžiančias dalintis informacija tarp gydymo įstaigų, taip pat su laboratorijomis ar vaistinėmis. Yra bendra pirminės priežiūros sistema *Nivel*, kuri renka duomenis iš Bendrosios praktikos gydytojų, kad galėtų stebėti sveikatos priežiūrą Olandijoje sveikatos politikos ir epidemiologijos tikslais. Vis dėl to nacionaliniu mastu nebuvo leista įdiegti centrinės sistemos, apimančios visų pacientų duomenų, dėl ne pilnai užtikrinto pacientų duomenų saugumo. Įdiegta sistema remiasi atskirų sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų duomenų bazėmis. Gydytojai, vaistininkai ir medicinos specialistai gali keistis tik apie tuos pacientus informacija, kurie aiškiai davė sutikimą.⁹³ Nyderlandai taip pat turi informacinę sistemą, kurioje pateikiama informacija apie sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų rezultatus, kainas ir laukimo laiką. Ši informacija yra viešai prieinama.

2015m. Olandijoje buvo reformuota ilgalaikė sveikatos priežiūra. Daugiau dėmesio skiriama namuose gydomiems pacientams, kai iki tol prioritetas buvo skiriamas institucinei priežiūrai. Tačiau šie pokyčiai atnešė nemažai sąmyšio, nes ši reforma apima didelius taupymo tikslus ir atsiranda didesnis spaudimas ilgalaikės priežiūros ieškantiems asmenims pirmiausia ieškoti sprendimo savo artimoje aplinkoje.

2016m. JAV esantis Sandraugos fondas atliko vienuolikos šalių sveikatos sistemų tyrimą ir nustatė, kad Olandija yra tarp jų stipriausia savo sveikatos sistema.⁹⁴ Pagal ECHI Olandija taip pat vertinama viena geriausių sveikatos sistemą turinti šalis, kuri užtikrina prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas. Tarptautinės sveikatos politikos viceprezidentas, Robin Orbin, teigia, kad teigiami Olandijos sveikatos sistemos rezultatai yra susiję su šalies investicijomis į pirmine priežiūrą „Jie turi geriausių prieigą prie tos pačios ar kitos dienos susitikimų, po darbo valandų priimami pacientai be greitosios medicinos pagalbos automobilių naudojimo. Kiekvienas asmuo yra registruotas pas pasirinktą bendrosios praktikos gydytoją, kuris žino savo pacientų ligos istorijas”.

⁹⁰ „Netherlands: Health system review Vol. 18 No. 2 2016”, Health Systems in Transition, *supra note* 82:55.

⁹¹ „State of Health in the EU: Netherlands. Country Health Profile 2017”, žiūrėta, 2018-11-26, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_nl_english.pdf.

⁹² „Access to Healthcare in Europe” *The Economist Intelligence Unit Limited*, 2017, žiūrėta, 2018-12-12, <http://acesstohealthcare.eiu.com/wp-content/uploads/sites/42/2017/06/AccessstohealthcareinEurope.pdf>.

⁹³ *Ibid*, 37.

⁹⁴ *Ibid*.

2.3. Lietuvos ir Olandijos vykdomos politikos palyginimas

Keičiantis žmonių poreikiams, vykstant ekonominiams, socialiniams pokyčiams, vyksta nuolatinis sveikatos politikos gerinimas. Tiek Lietuva, tiek Olandija per paskutiniuosius dvidešimt metų reformavo sveikatos sistemą siekiant suteikti labiau prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas. 2003m. Lietuvos sveikatos sistemos restruktūrizavimas tęsiasi iki šių dienų, kuomet didesnis dėmesys sutelkiamas į ambulatorines paslaugas, čia didinamas sveikatos priežiūros paslaugų kiekis, mažinant stacionarines paslaugas, mažinamas ligoninių skaičius. Vienos reikšmingiausių šiai dienai Olandijos reformos prasidėjo 2002m., kuomet imti atidarinti papildomi pirminės sveikatos priežiūros centrai.

Investicijos. Sveikatos išlaidos vienam gyventojui Lietuvoje 2015m. sudarė 1406 EUR, t.y., tik pusę ES vidurkio. Olandijoje išlaidos vienam gyventojui siekė 3954 EUR, tai sudarė 10,7% šalies BVP, tokių išlaidų vidurkis Europoje 2797 EUR.⁹⁵ Eurostat 2015m. duomenimis Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų didžiąsą dalį padengia privalomojo sveikatos draudimo įmokos - 57%. Olandijoje taip pat šios įmokos sudaro didžiąsą dalį, tačiau jų dalis siekia 71,4%. Tarp Lietuvos ir Olandijos skiriasi savanoriškų įmokų sumos, Lietuvoje jos sudaro 0,9%, Olandijoje – 5,9%. Lietuvoje dažnesni tiesioginiai mokėjimai iš gyventojų, jie sudaro 32,1%, Olandijoje – trečdali šio procento.⁹⁶

Savivaldybės. Abejose šalyse be vyriausybės, sveikatos priežiūra papildomai kontroliuojama savivaldybių. Lietuvos Respublikos Vietos savivaldos įstatymas įpareigoja savivaldybių kontroliuojamose institucijose suteikti pirminę ir antrinę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą.⁹⁷ Įstatymas galioja viešosioms ir biudžetinėms asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms, visoms įstaigoms ir įmonėms, kurios yra sudariusios sutartis su Valstybine bei teritorine ligonių kasa. Prie pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugas reguliuoti, kontroliuoti padeda savivaldybės administracijos direktorius, taryba, savivaldybės gydytojo institucija.⁹⁸ Šis papildomas reguliavimas padeda stebėti kiekvienos savivaldybės prieinamumą iš arčiau, gauti informaciją iš pirmųjų šaltinių, lengviau kontroliuoti mažesnės apimties teritorijas. Olandijoje 2015m. Socialinės paramos įstatyme savivaldybėms taip pat buvo suteikta daugiau savarankiškumo, buvo pavesta kiek įmanoma suteikti gyventojams sveikatos priežiūros paslaugas regioniniu mastu. Savivaldybės, kurios buvo per mažos įgyvendinti reikalavimus, buvo raginamos bendradarbiauti tarpusavyje. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams buvo suteikta daugiau laisvės reguliuoti pasiūlos planavimą suderinant su paklausa. Be to, savireguliacija visada buvo svarbus Nyderlandų sveikatos priežiūros sistemos bruožas. Todėl tiek

⁹⁵ „State of Health in the EU: Lietuva, Šalies sveikatos profilis 2017”, Europos Komisija, *supra note* 28.

⁹⁶ „Healthcare expenditure statistics”, Eurostat, 2015, žiūrėta 2018-11-26, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure_by_provider.

⁹⁷ „Lietuvos Respublikos Vietos savivaldos įstatymas, 1994m. liepos 7 d. Nr. I-533”, TAR, žiūrėta: 2018-04-29, https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D0CD0966D67F/TAIS_474775

⁹⁸ „Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, aktuali redakcija nuo 2010-11-27, žiūrėta, 2018-12-12, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.59052?jfwid=q8i88mcb>.

Olandija, tiek Lietuva suteikia daugiau teisių ir pareigų savivaldybėms, tai padeda kiekvienai jų reguliuoti pacientų srautus, prevencines programas, gydytojų etatus atsižvelgiant į konkretaus regiono pacientų kiekį, sergamumą tam tikromis ligomis. Taupomos lėšos neekvojant sveikatos priežiūros paslaugų veltui.

Nuotolinės konsultacijos. Sveikatos paslaugų prieinamumą gerina ir galimybė pasikonsultuoti su gydytoju telefonu. 88proc. olandų šeimos gydytojų nuolat konsultuoja pacientus telefonu, kai Jungtinėje Karalystėje 84 proc., Kanadoje – 19 proc., Amerikoje – 6 proc. Lietuva neteikia prioriteto šių paslaugų plėtroje, tačiau 2018m. Lietuvoje įsigaliojo sveikatos apsaugos ministro A. Verygos įsakymas, kuriame įtvirtinta naujovė, leidžianti gydytojams ir slaugėms telefonu pratęsti receptus vaistams ar paskirti pakartotinius tyrimus. Toks receptas suaugusiems galioja tris mėnesius, vaikams – vieną. Ši paslauga padės išvengti papildomų vizitų pas gydytojus, palengvins gydymą lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams^{99, 100}.

Informacija. Olandijoje Medicininio gydymo sutarties įstatyme nurodytos pacientų ir paslaugų teikėjų teisės ir pareigos. Kaip ir Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai privalo informuoti pacientus apie jų dabartinę ir būsimą sveikatos būklę, nurodyti galimas gydymo alternatyvas, suteikti galimybę sužinoti antra kito specialisto nuomonę.¹⁰¹

Olandijoje informacijos prieinamumas internete sumažino informacijos sklaidos kliūtis, pacientų įtraukimas priimant sprendimus, dalyvavimas analizuojant savo tyrimo rezultatus leidžia pacientams labiau domėtis savo sveikata, įsitraukti priimant sprendimus. Olandai taip pat išreiškia pasitikėjimą gydytojais, yra patenkinti savo šeimos gydytojo darbu, todėl neskuba naudotis savo teisėmis ir juos itin rinktis, nuolat keisti. Internetinių paslaugų tiekimas sveikatos priežiūros įstaigose nėra labai naudojamas, pacientai vis dar ne itin daug žino apie galimybes, nors sistemos veikia geriau nei Lietuvoje. Tačiau tobulintinos tos pačios sritys kaip ir Lietuvoje: informacijos mainai tarp gydymo įstaigų, nuotolinė priežiūra ir vaistų išdavimas.

Paslaugos. Lietuvoje pirminę sveikatos pagalbą gyventojams suteikia bendrosios praktikos gydytojas, šeimos gydytojas. Skubiąją pagalbą paprastai teikia gydytojai darbo valandomis, po darbo valandų pagalba suteikiama tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose. ES manoma, kad stipri pirminė sveikatos priežiūros sistema, turėtų didelę įtaką sklandžioms ir prieinamoms sveikatos priežiūros paslaugoms visoje sveikatos sistemoje. Tvirta pirminė sveikatos priežiūra užtikrina gydymo nuoseklumą, tinkama pacientų koordinavimą, padeda išvengti nereikalingų siuntimų gydyti į ligonines.

⁹⁹ Valstybinė ligonių kasa, „Receptus vaistams bus galima pratęsti nuotoliniu būdu“, žiūrėta, 2019-03-10, <http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Receptus-vaistams-bus-galima-prasitęsti-nuotoliniu-budu.aspx>.

¹⁰⁰ Valstybinė ligonių kasa „Pratęsti receptus medicinos pagalbos priemonėms jau galima telefonu“, žiūrėta 2019-03-10, <http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Pratęsti-receptus-medicinos-pagalbos-priemonems-jau-galima-telefonu.aspx>.

¹⁰¹ „Netherlands: Health system review Vol. 18 No. 2 2016“, Health Systems in Transition, *supra note* 82:45.

Todėl gerinant pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, gerėtų ir antrinio, tretinio lygio paslaugos. Olandija daug dėmesio skiria pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms.

Pirminė priežiūra Nyderlanduose yra stipri, palyginti su pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis daugelyje kitų Europos šalių. Ligoninėse, pirminės priežiūros centruose gydytojų darbai perkelti slaugytojams, dėl to egzistuoja naujos profesijos, pavyzdžiui, praktikos slaugytojai, slaugytojai-specialistai. Visas dėmesys nukreipiamas į pirminę sveikatos priežiūrą, daugiausia lėtinėms ligoms, mažos rizikos gydymui, nedidelėms operacijoms. Apie 93% visų pacientų kontaktų su bendrosios praktikos gydytojais tvarkomi pirminės sveikatos priežiūros įstaigose; tik 7% kontaktų paskatina kreiptis į antrinę priežiūrą. Gavę kreipimąsi, pacientai gali pasirinkti, kurioje ligoninėje jie nori būti gydomi, šis pasirinkimas galioja ir Lietuvoje, šią teisę reglamentuoja Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Lietuvos pirminei sveikatos priežiūrai gerinti veikia projektas „Pirminės asmens sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas“ remiamas Europos Sąjungos fondo lėšomis. Projektas skirtas pirminių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklos plėtimui, patalpų atnaujinimui, reikiamos įrangos įsigijimui. Tam skirta beveik 24 mln. eurų, taip pat 2mln. eurų prisideda ir Lietuvos vyriausybė.¹⁰²

Statistika. Pas šeimos gydytoją Olandijoje galima patekti per dvi dienas. Apie 93 proc. visų vizitų pas gydytoją vyksta pirminės sveikatos priežiūros įstaigose.¹⁰³ Olandijoje yra stipri pirminė sveikatos priežiūra palyginus su kitomis šalimis. Europoje atlikto tyrimo duomenimis, Olandijoje šeimos gydytojai suteikia daugiau paslaugų nei kitose šalyse. Lietuvoje tuo tarpu išplėstas kiekis ambulatorinių paslaugų namuose, skiriant daugiau ambulatorinių paslaugų vykstant pas pacientus¹⁰⁴. O nuo 2018 m. liepos 1d., priešingai, centralizuojami GMP punktai, jų sumažinta nuo 8 iki 5, panaikinant mažiausią pacientų kiekį aptarnaujančių dispečerinių.

Greitą gydymą lemia gydytojų kiekis, kiek jų tenka tam tikram skaičiui gyventojų, taip pat gyventojų sergamumas, lankymosi gydymo įstaigose dažnis. Olandijoje penkis kartus daugiau gydytojų nei Lietuvoje, tačiau atsižvelgiant į gyventojų kiekį, 2015m. 1000 gyventojų Lietuvoje teko 433,9, kai tuo tarpu Olandijoje – 347,5¹⁰⁵. Diferencijuojant pagal gydytojų sritis, Olandija viena mažiausiai turinti dantistų, farmacijos atstovų, tačiau išsiskiria kineziterapeutų gausa – 168 specialistai 1000 gyventojų, kai Lietuvoje – 110¹⁰⁶. Europos mastu Lietuvoje piliečiai pirmajame penktuke tarp daugiausiai gydytojų

¹⁰² „Šeimos medicinos plėtrai – ES investicijos“, Lietuvos Respublikos apsaugos ministerija, 2018, žiūrėta, 2018-10-15, <http://sam.lrv.lt/lt/naujienos/seimos-medicinos-pletrai-es-investicijos>

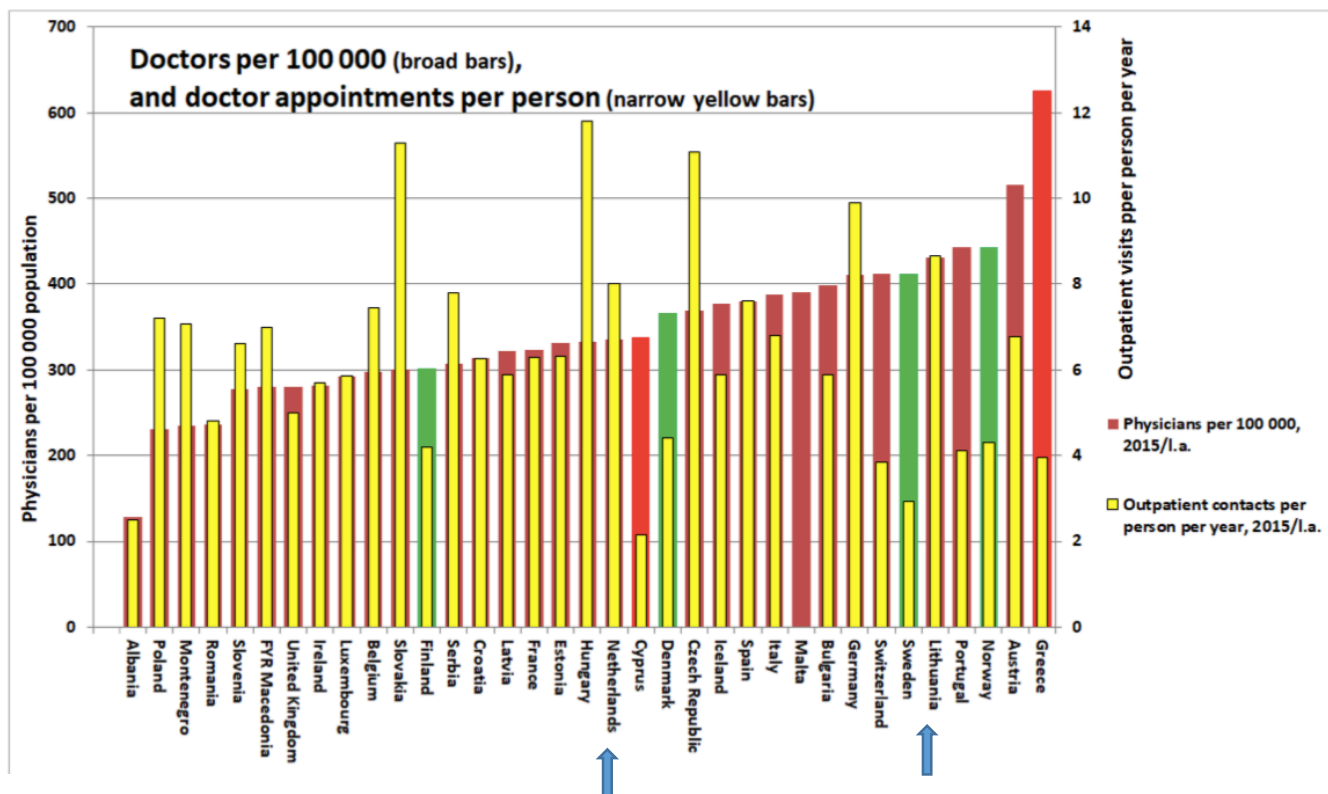
¹⁰³ „Netherlands: Health system review Vol. 18 No. 2 2016“, Health Systems in Transition, *supra note 82:140*.

¹⁰⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo 2007-12-14, Nr. V-1026“, žiūrėta 2018-11-26, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/ZEKjLWcogl>.

¹⁰⁵ “Physicians, by speciality, 2015, Eurostat, žiūrėta 2018-11-26, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Physicians,_by_speciality,_2015_HLTH17.png.

¹⁰⁶ “Health in the European Union – facts and figures”, 2015, žiūrėta, 2018-12-12, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_in_the_European_Union_-_facts_and_figures&oldid=402413.

tenkančių 1000 gyventojų. Olandija – 17-ta. Tačiau ir pacientų lankomumas Lietuvoje 2015m. nustatytas didesnis, Lietuvoje vienas žmogus per metus lankėsi 8,8 karto, Olandijoje – 8 kartus. (5 pav.) Tad šis sveikatos priežiūros specialistų kiekio skirtumas gali turėti ne itin svarią priežastį sėkmingesniai sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui dėl mažesnių pacientų srautų¹⁰⁷.



9 pav. Gydytojai tenkantys 100 000 gyventojui (raudoni stulpeliai), vieno paciento vizitų pas gydytoją skaičius per metus (geltoni stulpeliai) Europoje. Cit. pagal OECD, 2015m.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą lemia šių paslaugų tiekėjų pasiskirstymas. Pagal sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas, pacientų kiekis ligoninėse Lietuvoje panašus kaip Olandijoje. Srautai, kuriuos gauna ligoninės Europoje užima nuo 29,2% iki 47,2% (Lietuvoje – 34,2%, Olandijoje – 37,6%)¹⁰⁸. Ligoninės suteikia ne tik stacionarines paslaugas, tačiau ir dienos chirurgijos, ambulatorines ir kitas.

Prieinamumo sunkumus lemiančios priežastys Lietuvoje:

- Neapmokami viršyti vizitai.
- Specialistų trūkumas, naujų poreikio skaičiavimas - netinkamas.

¹⁰⁷ “Euro Health Consumer Index”, Health Consumer Powerhouse, 2017, *supra* note 6: 43.

¹⁰⁸ “Healthcare expenditure by provider”, 2015, Eurostat, žiūrėta 2018-12-10, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_provider_2015_\(%25_of_current_healthcare_expenditure\)_FP_18b.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_provider_2015_(%25_of_current_healthcare_expenditure)_FP_18b.png).

- Savivaldybėse netolygiai didėjo ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų kiekis, savivaldybėms savarankiškai susitvarkyti yra sudėtinga.
- Pacientų interesus atstovaujančios organizacijos nepilnavertiškai įtraukiamos į politikos kūrimą.
- E-sveikata funkcionuoja silpnai.
- Vėluojama įgyvendinti planus.
- SAM pakankamai neanalizuoja įdiegtų pokyčių poveikio.
- Lietuvoje gyventojai sveikatos draudimui moka mažesnes pinigų sumas nuo pajamų palyginus su Olandija. Surenkamos mažesnis sveikatos draudimo biudžetas.

Geresnį prieinamumą lemiantys politiniai sprendimai Olandijoje:

- Šeimos gydytojo paslaugos ir vaikų gydymas yra neapmokestinamas, remiamos neturtingos šeimos.
- Olandijos gyventojai gali pasirinkti daugiau sveikatos priežiūros paslaugų apimančią sveikatos draudimo paketą. Taip į bendrą šalies sveikatos draudimo biudžetą įnešdami didesnes pinigų sumas.
- 2002m. Nyderlanduose išleistas įstatymas, kuriame gydytojams nurodyta suteikti sveikatos priežiūros paslaugas po įprastų darbo valandų. Siekiant įgyvendinti šiuos nurodymus, papildomai įsteigta greitosios pagalbos stočių, kiekviena jų apėmė nuo 100 000 iki 500 000 žmonių. Įstaigos geografiškai išsidėsčiusios taip, kad artimiausią jų galima pasiekti per 7min. Po darbo valandų veikia 122 bendrosios praktikos centrai¹⁰⁹.
- Olandijos Vyriausybės investicijos į sveikatos sritį – vienos didžiausių Europoje. Svarbi investicijų kontrolė, kuri taip pat stipri Olandijoje.
- Šalis vykdo daug prevencinių programų, padedančių išvengti susirgimų ir tuo pačiu mažina sergančiųjų eiles gydymo įstaigose.
- Griežtai planuojami medicinos studentų poreikiai. Atsižvelgiama į statistiką, stebima rinka. Stebima ne tik gydytojų, tačiau ir kitų medicinos specialistų rinka.
- Olandijos sveikatos sistemos sėkme laikomas skaidrumas, viešai sprendžiamos problemos, pateikiami faktai.
- Aktyvus pacientų interesus ginančių organizacijų įtraukimas į sveikatos politikos kūrimą. Nors jis yra laikomas gana brangus, tačiau vis tiek aktyviai vykdomas.
- Lėtinėmis ligomis sergantys pacientai turi jiems priskirtus atsakingus asmenis, kurie juos prižiūri ir informuoja.

¹⁰⁹ “Netherlands: Health system review Vol. 18 No. 2 2016”, Health Systems in Transition, *supra note* 82: 110-116,

- 70 proc. Olandijos gydytojų gali keistis pacientų duomenimis per e-sistemą.
- Sukurta bendra pirminės sveikatos priežiūros stebėjimo sistema, padedanti formuojant sveikatos politiką, ir epidemiologiniais tikslais.
- Viešai prieinama paslaugų tiekėjų paslaugų, kainų, laukimo eilių informacija.
- 2015m. reformos metu investuota į ilgalaikę sveikatos priežiūrą. Pagerėjo paslaugų prieinamumas namuose gydomiems pacientams.
- Ligoninėse, pirminės priežiūros centruose gydytojų darbai perkeliama slaugytojams, dėl to egzistuoja naujos profesijos, pavyzdžiui, praktikos slaugytojai, slaugytojai-specialistai.
- Olandijoje vykusių sveikatos draudimo reformos lėmė didesnes šalies pajamas. Gyventojai pasirinkdami draudimo paketą, nustato kokią sumą įneš kasmet. Didesnis įnašas lemia didesnę valstybės suteikiamų paslaugų spektrą, todėl dalis gyventojų pasirinkdami brangesnįjį, padidina sveikatos sektoriaus biudžetą didesnėmis sumomis. Taip pat įmoka diferencijuojamos pagal atlyginimus, darbo pobūdį.
- Finansus gydymo įstaigoms skiriančios įstaigos, sveikatos politikos formuotojai, politikai ir biurokratai, Olandijoje turi mažesnę įtaką priimant operatyvius sveikatos priežiūros sprendimus nei kitoje Europos valstybėje. Tai galėtų būti vienas pagrindinių argumentų sėkmingoje sveikatos sistemoje.
- Olandijoje po reformų gydytojų darbo grafikas tapo lankstesnis, gydymo įstaigose dirba medicinos asistentai ir slaugytojai, todėl nukrenta krūvis nuo pirminės priežiūros gydytojo.

Atidaryti papildomi priėmimo punktai, kiekvienam gyventojui iki arčiausios gydymo įstaigos ilgiausiai gali tekti keliauti ne ilgiau nei 25 minutes, darbas po darbo valandų ir savaitgaliais sumažina eiles darbo dienomis. Taip pat sumažina riziką ligoms komplikotis belaukiant kol gydymo įstaiga atsidarys, kas reikštų brangesnį tolimesnį gydymą. Tačiau sudėtinga lyginti Lietuvą su Olandija dėl skirtingų šalių gyventojų kiekio. Olandijoje lengviau tankiau atidaryti sveikatos priežiūros centrų, nes pats šalies plotas yra mažesnis, o rizika, kad centras bus tuščias - mažesnė, nes gyventojų čia gyvena gerokai daugiau. Tačiau Lietuva turi ko pasimokyti iš Olandijos. Skirtingai nei Lietuvoje sprendimų priėmimo Olandijoje daug teisių turi pacientai. Suformuotos grupės, atstovai, dalyvauja politikos formavime, kaip numatyta teisės aktuose. Dauguma šaltinių teigia, kad Olandijos viena sėkmės priežasčių – skaidrus valdymas, tariantis su pacientais, išryškinant problemas viešai ir kartu ieškant palankių abejoms pusėms sprendimų. Lietuvoje taip pat stengiamasi daugiau kompetencijų suteikti šeimos gydytojams, pas antrinio lygio specialistą būtinas šeimos gydytojo siuntimas. Didinamas dienos centrų kiekis, skatina mažinti stacionarus, tačiau hospitalizuojamų pacientų kiekis išlieka didesnis nei Olandijoje.

3. AMBULATORINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS ORGANIZACINIŲ ASPEKTU PASIRINKTOJE LIETUVOS LIGONINĖJE

3.1. Organizacinis prieinamumas įstaigoje

2017m. duomenimis Lietuvoje funkcionavo 127 ligoninės¹¹⁰. Remiantis išlaidomis, Lietuvos ligoninės priima 34,2% visų Lietuvos pacientų (Eurostat, 2015m.). Pasirinktoje ligoninėje per metus apsilanko maždaug 1mln. ambulatorinių pacientų ir apie 100 tūkst. gydoma stacionaruose. Lyginant su kitomis Lietuvos ligoninėmis, šie srautai – intensyvūs. Administraciniai, organizaciniai sprendimai atlieka svarbų vaidmenį viso srauto reguliavime, gautų paslaugų kokybėje, pacientų sveikatai ir aukštam pasitenkinimo lygiui, o paciento sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą galima stebėti jau registruojantis pas gydytoją.

Ligoninė, reaguodama į pokyčius valstybėje, sudaro strateginius planus, nustato priemones, kuriomis sieks tikslų, apžvelgia planų rezultatus. Strateginiai planai padeda nustatyti įstaigos vystymosi kryptis, gerinti paslaugas, jų efektyvumą, kokybę, prieinamumą. Strateginiai tikslai apima medicinos paslaugų, mokslo inovacijų diegimo, ekonominio stabilumo kryptis. 2016-2025m. strateginio veiklos plano laukiamuose rezultatuose nurodytas paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo pagerėjimas. Darbuotojų kvalifikacijos, motyvacijos padidėjimas. Sukurta didesnė paslaugų pridėamoji vertė pacientui, aplinka partneriams bendradarbiauti.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti pasirinktos tokios priemonės, kaip bendradarbiavimo su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis gerinimo informacinių sistemų pagalba, susitikimų, pasitarimų organizavimu. Vykdyti prevencines programas, lemiančias ligų nustatymą kuo ankstesnėje stadijoje, vengiant komplikacijų. Centrų plėtra, naujų kūrimas, sukuriant naujų darbo vietų ir daugiau galimybių greičiau gydytis pacientams. Naujų medicinos kryptių kūrimas, esamų tobulinimas diegiant naujus gydymo metodus. Taip pat telemedicinos plėtojimas auditorijose, operacinėse. Naujų rezidentūrų bazės įtraukiančios daugiau potencialių būsimų darbuotojų, kurie padėtų perimti pacientų srautus. Siekiant išlaikyti teigiamą ekonominį ir finansinį veiklos rezultatą didinti sutarčių su TLK skaičių, tokių būdu padidėtų galimybė priimti daugiau pacientų. Informacinių technologijų inovacijos, padedančios organizuoti veiklą, sukauptų duomenų analizė veiklos valdymo tobulinimui. Akcentuojamas ir ligoninės valdymo optimizavimas, įgyvendintų struktūrinių pertvarkymų naudingumo, rezultatų vertinimas, veiklos gerinimas kuriant atskirų skyrių komitetus, kurie aptartų valdymo procesus, kurtų gerinimo planus. Aktualus ir registratūrų perorganizavimas, vieno langelio

¹¹⁰ “Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas 2017m.”, Higienos institutas, žiūrėta 2018-12-10, http://hi.lt/php/spr1.php?dat_file=spr1.txt.

projektas, kurio tikslas sukurti bendrą skambučių centrą. Informaciją apie patekimą į atitinkamus padalinius, medikų darbo vietą ir laiką, o taip pat įvairius kitus klausimus susijusius su jų sveikata pacientai gauna ne pačios geriausios kokybės dėl žmogiškųjų ir techninių resursų problemos. Ligoninės viešųjų ryšių sistema, personalo ir pacientų elgesio gerinimas ir atgalinis ryšys su pacientais ir darbuotojais yra kliūtis kokybei užtikrinti. Todėl siekiama sukurti ir įdiegti skambučių valdymo sistemą, įkuriant skambučių valdymo centrą, kuriame informacija pacientui bei registracija būtų sutelkta vienoje vietoje, skambučiai būtų peradresuojami ir nukreipiami iškart į reikalingus skyrius pagal paciento poreikį, būtų padalintas darbo krūvis. Taip pat daug nereikalingų skambučių su bendrais informacijos klausimais būtų nukreipiami ne į registratūras, o į informacijos suteikimo langelį. Informacijos suteikimas, išankstinė registracija vyktų naudojantis skambučių maršrutizavimo algoritmais, perskirsčius žmogiškuosius išteklius. Taip pat strateginiame plane, veiklos gerinimo priemone įvardintas ligoninės elektroninės ligonio istorijos sistemos tobulinimas pacientų srautų, procedūrų ir elektroninių dokumentų valdymui.

Ligoninė kainų sudaryme vadovaujasi LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15 straipsniu. Reglamente nurodyta, Lietuvos Nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) įstaigose teikiamų kainas nustato SAM, sutarusi su Valstybine konkurencijos ir vartotojų teisių gynimo tarnyba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Tačiau taip pat minima, kad vienodo sudėtingumo teikiamų paslaugų kainos gali skirtis ne daugiau kaip 20 procentų, nei nurodytos įstatymo nustatyta tvarka. Taip pat daugiafunkcinėje sveikatos priežiūros įstaigoje, kur teikiama daug skirtingų paslaugų, kiekviena paslauga yra diferencijuojama ir nors dalinai skiriantis paslaugoms, kainos negali būti tapatinamos.¹¹¹ Tokia sistema veikia ir šioje ligoninėje.

Nagrinėjamos sveikatos priežiūros įstaigoje veiklą kontroliuoti padeda įdiegta elektroninė ligos istorijos (ELI) informacinė sistema, skirta pacientų medicininiam duomenims, dokumentams saugoti, SPI valdymui. Šios sistemos pagalba valdomas pacientų judėjimas, jų registracija, priėmimas, archyvuojami radiologiniai vaizdai, renkami duomenys apie tyrimus, lovų užimtumą, vedamos statistikos, padeda vykdant viešuosius pirkimus.

Ligonių registraciją įstaigoje kontroliuoti padeda Internetinė pacientų registracijos (IPR) sistema. Tai visą Lietuvą apimantis projektas, kuris pradžioje apėmė 20 gydymo įstaigų, o 2019m. jau – 144. Šios sistemos dėka Lietuvos gyventojai papildomai gali pasirinkti registraciją pas gydytoją internetu. Taip pat sistema suteikia galimybę stebėti gydytojo užimtumą, grafiką, gauti pranešimus su priminimais apie vizitą, atšaukti registraciją. Pacientas gali peržiūrėti savo įvykusius ir planuojamus apsilankymus. Ši sistema suteikė galimybę pacientams pasirinkti, ar jie lauks eilėje, ar pasirinks kitą gydymo įstaigą, kurioje laukimo laikas trumpesnis. Gydytojai taip pat vienoje sistemoje mato savo

¹¹¹ „Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas 1996-06-06, Nr. I-1367“, *supra note*: 69.

pacientų vizitus, gydymo įstaigos administratoriai gali matyti pacientų pasiskirstymą, gydytojų užimtumą, automatiškai surinkti duomenis ir analizuoti sveikatos priežiūros įstaigos paslaugų prieinamumą. Siekiant užtikrinti Lietuvos e-sveikatos sistemos plėtrą bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientams, imtasi patobulinti esamos IPR sistemos funkcionalumą bei išplėsti jos naudojimą geografiniu aspektu. Praplėstas IPR sistemos funkcionalumas. Šios sistemos dėka sumažėja skambinančiųjų į registratūras kiekis.

Nagrinėjamoje ligoninėje veikia 13 skirtingų skyrių registratūrų, kurios vykdo registracijas pas savo skyriui priklausančius specialistus, konsultuoja pacientus iškilus klausimams. Kiekviena jų dirba skirtingomis valandomis, turi skirtingą kiekį darbuotojų. Žmogiškieji išteklių padalinti pagal ligoninės galimybes ir apskaičiuotą poreikį.

Kaip nurodyta Sveikatos apsaugos ministro įsakymo patvirtinti „Pacientų registravimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti tvarkos apraše“¹¹² registruotis pas gydytoją pacientai gali atvykę į ligoninę arba skambindami telefonu. Taip pat yra papildomos galimybės registruotis mokama telefono linija, kuri sujungs greičiau arba naudojantis Internetine pacientų registracijos (IPR) sistema. Kaip numatyta įsakyme, ligoninė patvirtina internetinę paciento registraciją ne ilgiau nei per vieną darbo dieną, apie tai informuoja pacientą. Visomis registracijos formomis yra naudojamosi. Greičiausiai užsiregistruoti galima internetu, tačiau tokio pobūdžio registracija kelia problemų pacientams, kurie siekia informacijos, nepateiktos sistemoje, kuriems reikalinga konsultacija ir nukreipimas. Taip pat registracija internetu kelia problemų, kuomet pacientas neturėdamas visos informacijos užsiregistruoja ne pas tą gydytoją, ne tos srities specialistą. Skambinant nemokama telefono linija, pacientams gali tekti bandyti skambinti ne vieną kartą, priklauso nuo tuo metu skambinančiųjų srauto. Telefonai neturi skambučių peradresavimo, atidėjimo funkcijos, t.y., jei tuo metu visi telefonai užimti, pacientai girdės užimto skambučio signalą, norėdami prisiskambinti turi bandyti vis iš naujo. Pacientai vengdami šio, kartais užsitęsiančio, proceso atvyksta registruotis į ligoninę, laukia gyvoje eilėje. Tai apsunkina gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą dėl registracijai reikalingo keliavimo iki gydymo įstaigos. Atvykus taip pat ne visuomet galima greitai atlikti registraciją. Registratūroje dirbantys darbuotojai dažniausiai tuo pačiu metu turi aptarnauti eilėje stovinčius pacientus bei pakelti skambančius telefonus. Tai stabdo kokybišką ir greitą aptarnavimą kiekvienoje eilėje laukiančių pacientų. Žinoma, ne visuomet ir ne visose registratūrose pacientų srautai nenutrūksta jada, dažniausiai pasikartoja didelis besikreipiančiųjų kiekis tam tikromis valandomis, kitose registratūrose tai priklauso ir nuo sezoniškumo.

¹¹² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pacientų registravimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti tvarkos aprašo patvirtinimo 2018-07-16, Nr. V-812“, žiūrėta, 2019-03-14, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/51fc98218f3411e8aa33fe8f0fea665f?jfwid=q8i88mfud>.

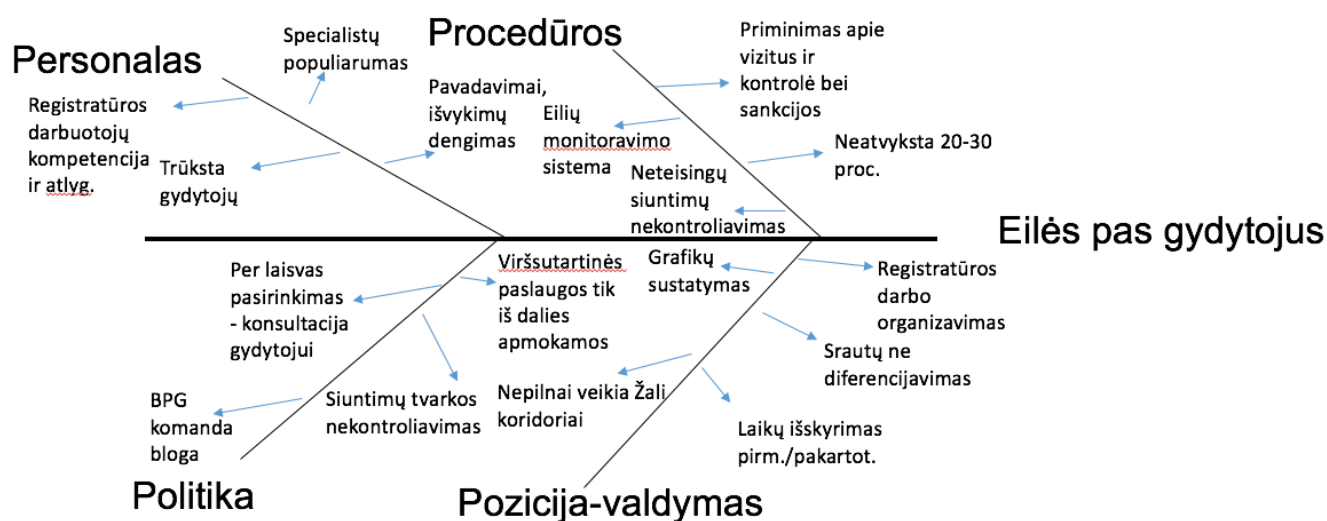
Nagrinėjama ASPĮ priima didelius pacientų srautus, siekdama labiau prieinamų, kokybiškesnių, efektyvesnių paslaugų, sudaro strateginius planus. Prisitaikydami prie kintančių sąlygų, planus ruošia reguliariai, nurodant laukiamus rezultatus. 2016-2025m. strateginiame veiklos plane akcentuojamos bendradarbiavimo, prevencinių programų, centrų plėtros, informacinių technologijų inovacijų, registratūrų perorganizavimo priemonės. Visos registravimo pas gydytoją formos nagrinėjamoje ASPĮ yra naudojamos. Registracija telefonu padeda teisingiau užsiregistruoti nei internetu, pacientas gali pasikonsultuoti su registruojančiu asmeniu, tačiau kliūčių sukelia prisiskambinimas į registratūras. Registracija internetu leidžia pacientui iškart matyti alternatyvius gydymosi variantus, matyti gydytojų grafikus, tačiau internete gali būti pateikti ne visų gydytojų darbo grafikai, ar pacientas gali pasirinkti netinkamą jam specialistą. Registracija atvykus į gydymo įstaigą sukelia nepatogumų pacientui, kuriam tenka vykti, taip pat gali tekti laukti eilėje prie registratūrų langelių, kuomet dažnai registratūrų darbuotojai registruoja ir eilėje stovinčius pacientus, ir telefonu skambinančius. Kiekviena registracijos forma turi tiek privalumų, tiek trūkumų, tačiau analizuojant problemų priežastis galimi sprendimo būdai gali palengvinti registraciją.

3.2. Prieinamumo mažėjimo priežastys

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo mažėjimą gali lemti skirtingų aspektų priežastys. Sprendimai, priimami valstybės politikoje tiesiogiai paveikia ASPĮ veiklą. ASPĮ priimami sprendimai taip pat lemia paslaugų kokybę. Analizuojamoje ligoninės suteikiamos ne tik ambulatorinės, tačiau ir stacionarinės paslaugos, todėl paslaugų kiekio gausa apsunkina sprendimų priėmimą. Įstaiga priimdama sprendimus turi įvertinti poveikį visoms teikiamoms paslaugoms. Paslaugų mažėjimo priežastis įstaiga nuolatos stebi ir vertina to priežastis.

Eilių pas gydytojus priežastims įvardinti remiamasi įstaigos darbuotojų atlikto pristatymo duomenimis (10 pav.). „Žuvies kaulo“ schema nurodo keturias priežasčių grupes: personalo, procedūrų, pozicijos-valdymo, politikos. Šiose grupėse nurodomos pagrindinės eilių priežastys įstaigoje.

EILIŲ PRIEŽASTYS „Žuvies kaulo“ schema: keturi „P“



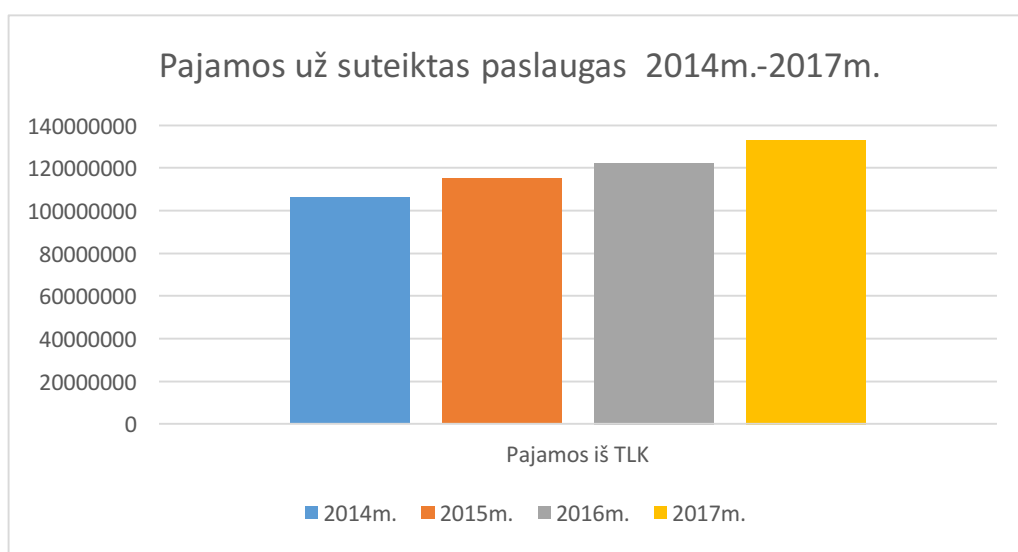
10 pav. „Žuvies kaulo“ schema, nurodanti sveikatos priežiūros įstaigos prieinamumo mažėjimą. Cit. pagal įstaigos darbuotojų pristatymą.

Personalo grupei priskiriama registratūros darbuotojų kompetencija, prie kurios galima būtų paminėti ir galimą jų trūkumą, nemotyvuojantį atlyginimą. Šie veiksniai nurodo registratūrų pajėgumą, darbo našumą, juos koreguojant, nustatius optimaliausius skaičius galimas geresnis paslaugų prieinamumas. Taip pat eilėms susidaryti įtakos turi gydytojų trūkumas, pacientų noras patekti tik pas tam tikrus specialistus ir pas juos sudaromos ilgesnės eilės. Pacientai pagal Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo principus turi teisę pasirinkti specialistą, todėl šis veiksnys sunkiau koreguojamas, tačiau visuomet galima pasiūlyti pacientams alternatyvius gydytojus, pas kuriuos eilė būtų trumpesnė. Eilių susidarymą lemia ir komplikotas specialistų, darbuotojų pavadinimas jiems susirgus, išvykus ar atostogaujant.

Eilių susidarymą gali padėti kontroliuoti tikslingas procedūrų organizavimas. Kita svarbi priežastis – pacientų neatvykimas neįspėjus įstaigos. Įstaigos duomenimis neatvyksta kas trečias – penktas pacientas, dėl tokios priežasties kiti pacientai negali patekti anksčiau dėl užimto vizito laiko. Taip pat yra pacientų, kurie registruojasi iškart keliose gydymo įstaigose, to niekas nekontroliuoja, o tokie pacientai nėra baudžiami ar nesulaukia kitokių sąlygų. Neatvykimams neįspėjus mažinti, likus 24 valandoms iki vizito, pacientų nurodytais kontaktais, siunčiami priminimai apie būsimą vizitą su prašymu informuoti, jei neatvyks. Nepranešus apie neatvykimą pacientas įspėjamas apie pareigų nevykdymą, tačiau jokių nuobaudų už tai jis nesulaukia. Ši funkcija sumažina tokių vizitų kiekį, tačiau problema išlieka svarbi. Pastebimas pacientų sąmoningumo ir atsakomybės trūkumas. Dar viena

procedūra, kuriai reikalingas dėmesys ir korekcija – neteisingas siuntimų užpildymas. Siunčiančios įstaigos dažnu atveju neteisingai užpildo siuntimus, nepateikia visos informacijos, o tai gali lemti pakartotinius tyrimus tiriamojoje gydymo įstaigoje, papildomą laiką aiškinantis trūkstančią informaciją. Čia nėra vykdoma kontrolė, tokiais atvejais būtų naudingas siunčiančių gydymo įstaigų informavimas apie jų klaidas, stengiantis jų išvengti ateityje. Žinoma, tai reikalauja papildomo laiko, kur tokiems administraciniams darbams gydytojai neturi laiko, o atsakingų asmenų nėra paskirtų.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos paslaugų prieinamumą mažina ir įstaigos valdymo spragos. Svarbų vaidmenį pacientų patekimui pas gydytoją lemia registravimo procedūra, eilių suskirstymo poreikis, pacientų apsilankymų laikų diferencijavimas pagal vizito tipą (pirminis ar pakartotinis). Vienas sprendimų, srautams diferencijuoti buvo priimtas „Žalio koridoriaus“ projektas, identifikuojant sunkesnes ligos formas turinčius pacientus ir sumažinant jų laukimo laiką, jiems sukuriant atskirą eilę. Šis sprendimas padeda išvengti sunkiai sergančių pacientų ligų komplikacijų. Tačiau vis dar atsiranda sunkumų fiksuojant registracijas, būtinas specialių tyrimų rezultatų pateikimas sukelia sunkumų pacientams įrodyti savo teisę patekti į šią eilę, taip pat atsiranda ir piktnaudžiaujančių pacientų, kurie bando patekti į šią eilę, nors jiems nepriklauso. Tai apsunkina atsakingų asmenų, tvirtinančių šias registracijas, darbą. Aktualus ir registratūrų darbo našumas. Sudėtingas prisiskambinimas registracijai kelia daug klausimų, ką būtų galima pakeisti siekiant greitesnio ir produktyvesnio darbo. Ypač svarbu gerinti registracijos sistemą dėl didėjančių pacientų srautų. Didėjantį pacientų kiekį galima matyti pagal didėjančias Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) išmokas už atliktas ligoines paslaugas. Už 2014m. pajamos iš PSDF pagal išrašytas TLK sąskaitas – faktūras sudaro 106 274 904,21eu, 2015m. padidėjo iki 115 009 343,02eu, 2016m. išmokėta 122 460 313,49eu, o 2017m. išmoka padidėjo iki 133 269 699,92eu (11 pav.).



11 pav. Ligoninės pajamos iš PSDF pagal TLK išrašytas sąskaitas faktūras 2014m. – 2017m. Cit. pagal įstaigos 2014m. - 2017m. finansines ataskaitas.

Vykdoma politika taip pat turi įtakos eilių susidarymui. ASPI didelę reikšmę turi TLK kompensuojamų paslaugų kiekis, prieinamumo sumažėjimo problemą kelia ribotas galimų suteikti paslaugų kiekis. Ligoninė gali priimti tokį pacientų kiekį, kokį numato apmokėti TLK, viršijus vizitų kiekį, ligoninei apmokamos ne visos išlaidos. Tai skatina ASPI įstaigą priimti optimalų pacientų kiekį, ne didžiausią kokį pajėgia. Taip pat politikos sprendimuose ypatingai daug diskusijų sulaukė minėtos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pataisos, įsigaliojusios 2018m., kuriose nurodomi terminai, per kuriuos pacientai turi patekti pas gydytojus. Toks eilių reguliavimas neišsprendžia paciento sveikatos problemų, nes šie laikotarpiai skirti užsiregistruoti pas gydytojus, bet ne pilnas paslaugos įvykdymas. Taip pat šie nurodymai apsunkina asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI) darbą, įpareigodami įstaigas laikytis terminų, tačiau kartais tai tampa fiziškai labai sunku dėl personalo, įrangos stokos. Tokie sprendimai nukreipia visą atsakomybę medikams ir ligoninių vadovams, politikai ir dalis pacientų būtent juos kaltina dėl ilgo laukimo sveikatos priežiūros paslaugoms gauti. Iš dalies jie turi įtakos eilėms, tačiau jiems patiems tokie darbo trikdžiai yra daug aktualiau nei vyriausybėms ir politikams¹¹³.

Eilių susidarymo priežastys nurodo sritis, kuriose reikalingos korekcijos, vadybiniai vykdomos politikos gerinimo sprendimai. Svarbus pakankamas specialistų kiekis, registratūrų darbuotojų kompetencija ir motyvacija. Pacientų srautų kontroliavimo būtinybę įrodo užsiregistravusių, tačiau neatvykusių pacientų kiekis, o siunčiančių gydymo įstaigų klaidų neįvardijimas ir nepranešimas joms, sukelia papildomų užduočių analizuojamoje ASPI. Būtinasis ir registratūros darbo organizavimas, padėsiantis produktyviau vykti registracijai. Taip pat priimti daugiau pacientų trukdo ir TLK neapmokami papildomai priimti pacientai, padengiamos ne visos išlaidos. Šios priežastys apsunkina pacientui prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, o didėjant pacientų srautams, didėja poreikis tobulinti esamą ligoninės sistemą.

3.3. Prieinamumo gerinimo veiksmai

Nagrinėjama ASPI analizuodama savo veiklą, kylančias problemas vykdo kasmetines veiklos ataskaitas, sudaro tikslų, uždavinių jiems pasiekti sąrašus, kuria strateginius planus. Eilėms reguliuoti atliktas vienas svarbiausių sprendimų – informacinių technologijų sukūrimas ar esamų atnaujinimas, tobulinimas. Remiantis užsienio patirtimi, informacinių sistemų pagalba, greičiau vyksta pacientų judėjimo procesai.

Eiles lemia gali lemti specialistų trūkumas, registratūrų darbas bei darbo organizavimas, vadybiniai sprendimai. Siekiant labiau prieinamų paslaugų ligoninėje, reikalingi inovatyvūs sprendimai. Pagal 2014-2020 metų Europos Sąjungos struktūrinių fondų investicijų veiksmų programos projekto

¹¹³ Barua B., *supra note* 56.

10.1 dalį „Investavimas į institucinių gebėjimų stiprinimą ir veiksmingesnį viešąjį administravimą bei viešąsias paslaugas nacionaliniu, regionų ir vietos lygmenimis, siekiant reformų, geresnio reglamentavimo ir gero valdymo”, kuriuo siekiama pritaikyti praktikoje patvirtintus metodus, tobulinti valdymo sistemas, vidaus administravimo veikimą, iškeltas tikslas pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę per veiksmingą valdymą, vadybinius sprendimus. Įstaigoje buvo atlikti projektai, finansuojami ES.

Įdiegti prieinamumo gerinimo sprendimai:

Diagnozės nustatymas konsultuojantis su kitais specialistais per atstumą. Nacionalinė klinikinių sprendimų palaikymo sistema (NKSPS) sukurta 2012m.-2015m., naudojama kaip platforma, kurioje keliama informacija ligų diagnostikai, dalinamasi patirtimi. Sistema geba pateiktus duomenis automatiškai išanalizuoti ir pateikti galimas diagnozes, ar rekomendacijas gydymui, kuriomis gydytojas gali remtis priimant sprendimus. Pažangios telemedicinos paslaugos įdiegtos 2012m. – 2015m. apimančios paslaugas dermatologijos, kardiologijos, oftalmologijos srityse. Paslaugos teikiamos gydytojams, kurie gali pasidalinti savo pacientų duomenimis su kitais specialistais ir remdamiesi jų pastebėjimais, nustatyti diagnozę. Ši priemonė leidžia nustatyti diagnozes konsultuojantis su specialistais, nesukuriant fizinio paciento ir gydytojo kontakto. Taip neužimamos eilės specializuotose gydymo įstaigose, ar kompetetingų retesnių susirgimų specialistų turinčiose ligoninėse. Tačiau praktikoje sistema nėra išplėtotą, dažnai naudojama ir populiari. Atsiranda sistemos trūkščių, trūksta gydytojų iniciatyvos.

„Žalieji koridoriai”. Sudarytos atskiros eilės pacientams, kuriems pirmą kartą nustatytos onkologinės ligos. Registruojantis būtini tai patvirtinantys dokumentai, tokioms registracijoms tvirtinti paskirti atsakingi asmenys.

Priminimai atvykti. Ligoninės duomenimis 20 – 30% užsiregistravusių pacientų neatvyksta. Šiai problemai spręsti imta automatiškai siųsti trumpąsias žinutes su priminimais apie būsimą vizitą. Apie neatvykimą pacientas gali pranešti greitai ir paprastai, atrašydamas trumpąja žinute. Taip pat vykdomi ir skambučiai su priminimais.

Informacijos sklaida. Ligoninės registratūrose, stenduose, monitoriuose talpinami priminimai su atmintinėmis, kokius dokumentus pasiimti vykstant pas gydytoją, kaip ir kokie siuntimai galioja, siekiant išvengti pakartotinių vizitų dėl neturimų visų duomenų pirmojo vizito metu. Taip pat leidžiamas periodinis ASPĮ leidinys, informacija skleidžiama specialiame internetiniame puslapyje.

Laukiančiųjų eilės įvedimas. Registruojantis pas gydytoją, kuomet dar nėra tolimesnio laisvo jo darbo grafiko, paciento pageidavimu, jis įtraukimas į laukiančiųjų eilę. Įkėlus grafiką, ar kitam pacientui atsisakius vizito, laukiančiajam eilėje pranešama apie galimą jo vizitą. Tokiu būdu mažinami bandymai registruotis, kuomet vis neatsiranda laisvų vietų.

4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO POLITIKA ORGANIZACINIU ASPEKTU PASIRINKTOJE LIGONINĖJE (EMPIRINIS SOCIOLOGINIS KOKYBINIS TYRIMAS)

4.1. Bendroji tyrimo proceso logika

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kaip minėta, sudėtinga išmatuoti bei įvertinti. Nagrinėjamame prieinamume organizaciniu aspektu, rodikliai tampa konkretesni, atsižvelgiama į pacientų laukimo eiles, į įstaigos galimybes suteikti paslaugas. Šis tyrimas pasirinktas siekiant aptarti politinius sprendimus, įvertinti šių reikšmę gydymo įstaigoje. Šiame tyrime atkreipiamas dėmesys į dažniausiai iškylančias problemas pačioje ligoninėje, trukdančias pacientams patekti ar užsiregistruoti pas gydytoją. Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą įstaigoje, taikyti du kokybiniai tyrimai. Pirmame tyrime apklausti 5 įstaigoje dirbantys ekspertai, antrame – 6 registratūrų darbuotojai, dirbantys skirtingose registratūrose. Kokybiniai tyrimai pasirinkti siekiant atrasti daugiau įžvalgų, pastebėjimų.

4.2. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu etapas (tyrimo etikos principai, metodai, imtis, instrumentai)

Tyrimo etikos principai. Vykdamt pusiau struktūrizuotą interviu, buvo laikytasi socialiniuose tyrimuose išvardintų etinių principų: privatumo, pagarbos, anonimiškumo, geranoriškumo, informacijos tikslumo ir kt.¹¹⁴ Tyrimo metu buvo gerbiamas respondento privatumas, konfidencialumas.

Tyrimo metodai. Tyrimui atlikti, siekiant išsiaiškinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problematiką, to priežastis, pasirinktas kokybinis – pusiau struktūrizuotas interviu. Apklausiami įstaigos vadovai, visiems pateikiami vienodi klausimai. Šio metodo pranašumas prieš struktūrizuotą interviu, tai galimybė respondentui atsakyti išsamiau, įterpian savo pastebėjimus. Klausimynas sudarytas, kaip pokalbio planas, nurodomos interviu kryptys. Tyrimas atliktas iš anksto gavus respondento sutikimą, susitarant susitikimo datą ir laiką. Analizuojant apklausos žodžiu (interviu) duomenis, naudotas kokybinės turinio analizės metodas (angl. *qualitative content analysis*). Duomenys pagal klausimus suskirstyti į kategorijas, kurios dar skirstytos į subkategorijas.

Tyrimo instrumentas. Ekspertų interviu sudarė 5 klausimai (2 priedas) apie įstaigos sveikatos

¹¹⁴ Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, JUDEX leidykla, 2002: p. 76-84.

priežiūros ambulatorinių paslaugų prieinamumo politiką, čia išskylančias problemas, pagerinimus ir pasiūlymus, informacijos sklaidą. Pokalbiai buvo įrašyti diktofonu, prieš tai gavus respondento sutikimą. Tokiu būdu respondentų atsakymai tyrime išlieka tikslūs, neblaškomas dėmesys interviu metu.

Tyrimo dalyvių imtis. 5 informantai: informatikos, statistikos skyriaus vadovai, pacientų registraciją koordinuojantys asmenys. Tyrimo imtis buvo sudaryta atsižvelgiant į respondentų patirtį, keliamus tyrimo uždavinius, siekiant tikslesnių tyrimo rezultatų. Šių respondentų nuomonės yra svarbios, nes jie tiesiogiai susiję su organizaciniu ambulatorinių paslaugų prieinamumu įstaigoje. Prioritetas suteikiamas ne ekspertų kiekyje, o jų patirtyje. Imtis nedetalizuojama išlaikant respondentų konfidencialumą.

Tyrimo tikslas – įvertinti asmenų, tiesiogiai susijusių su ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu gydymo įstaigoje, nuomonę.

Tyrimo laikas – ekspertų interviu tyrimas atliktas 2019m. vasario – kovo mėnesiais.

Tyrimo trukmė – iki 40 min.

Tyrimas buvo atliekamas tokiais etapais:

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

4.3. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu rezultatų analizė

Pirmuoju klausimu (*„Kaip vertinate ligoninės ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą?“*) siekta įvertinti ekspertų požiūrį į ligoninės paslaugų prieinamumą plačiame kontekste. Prieinamumas nekonkretizuojamas siekiant išvelgti daugiau prieinamumo sąvokos aspektų. Šiam klausimui išskirtos dvi kategorijos: Registracijos ir paslaugos suteikimo ir šešios subkategorijos.

Lentelė 1. Įstaigos paslaugų prieinamumas ekspertų požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Registracija	Registracijos būdai	„Pacientui suteikiami trys registracijos variantai: internetu, telefonu, atvykus, kiekvienas gali pasirinkti pagal poreikius, tai gerina paslaugų prieinamumą [...] gydytojas gali užrašyti į kitą įstaigą pacientą tolimesniam gydymui“. „Tikrai lengvai gali užsiregistruoti per Internetinę pacientų registraciją (IPR), žinoma, jeigu yra įkeltų talonų, vertinčiau kad prieinamumas pacientui yra gana neblogas, pateiktos galimybės

		<p>yra šiuolaikiškos [...] yra du taškai mūsų ligoninėje kur tu gali ateiti fiziškai ir užsiregistruoti [...] pacientai registruojasi skambindami, buvo tobulintos telefonų linijos siekiant kokybiškesnių paslaugų”.</p> <p>„Pakeitus prisijungimą prie IPR, padidinus prisijungiant įvedamų duomenų kiekį, padaugėjo skambučių registruotis telefonu maždaug penkiolika procentų, ne visi spėjami pakelti, tačiau pacientas turi pasirinkimą, kaip užsiregistruoti“.</p> <p>„Kai gydytojas pakonsultuoja ir jeigu skiria papildomą kažkokį vizitą pas kitą specialistą, jis pats užregistruoja, pacientui lengviau”.</p>
	Registracijos palengvinimai	<p>„Bendradarbiaujame su kitomis gydymo įstaigomis, mūsų gydytojai dalį savo talonų palieka kitų įstaigų gydytojams. Tai vidiniai talonai, kuriuos mato tik kitų įstaigų gydytojai ir gali tiesai užregistruoti pacientą. Tuomet ir pati registraciją tikslinga”.</p> <p>„Registruojantis pacientui, registracijos tikrinamos ir tvirtinamos registratoriaus, kuomet registruoja gydytojas, tuomet užregistruojama iškart”.</p> <p>„Talonėliai yra paskelbiami su laisvais laikais, dalis yra skiriama tik specialistams, kad galėtų registruoti tikslingai, didžioji dalis yra atiduodama į internetą, skambučių centrą, kad galėtų registruoti ir dalis yra skiriama Žaliems koridoriams”.</p>
Paslaugos suteikimas	Įstaigos populiarumas	<p>„Pacientai vis tiek taikosi į tam tikras įstaigas registruotis, nėra, kad pacientui reikia specialisto ir jis ieško bet kurios įstaigos”.</p> <p>„Pacientai ligoninę renkasi tikslingai, tas sumažina paslaugų prieinamumą, didina eiles”.</p> <p>„Srautas didelis. Žinoma ligoninė”.</p>

	<p>Prieinamumas pagal specialistus</p>	<p>„Kai kurių specialistų prieinamumas yra prastas, užsiregistravimui nėra vietų pusmetį”.</p> <p>„Onkologijos skyriuje eilių nėra, laukimas eilėse dabar trunka iki mėnesio laiko, dabar tai atitinka ministro įsakymą, manau prieinamumas geras, labai geras [...] įvedus „Žaliuosius koridorius”, prieinamumas tapo geresnis [...] paslaugos prieinamumas tai, laikas, per kurį galiu gauti paslaugą, ne pas žmogų, konkrečią pavadę, o pas specialistą konkrečios specialybės. Tai tas užtikrintumas onkologijos skyriuje yra užtikrintas pilnai”.</p> <p>„[...]įstaiga daro viską ką gali, kad paslaugos būtų prieinamos pacientams. Tačiau trūkumas kai kurių specialistų sudaro eiles pusei metų į priekį, o tai jau yra nacionalinė problema”.</p> <p>„Žinoma, kad reikia laukti ilgiau pas tam tikrus specialistus, bet vėl tai jau visos Respublikos problema, kad nėra tam tikrų specialistų”.</p>
	<p>Papildomi vizitai</p>	<p>„Nepriimam tik tiek, kiek apmoka už paslaugas, mes priimam tiek, kiek yra gydytojai maksimaliai gali priimti. Ir, žinoma, po to negauname viso apmokėjimo, bet mes teikiame tas paslaugas”.</p> <p>„Iš esmės mes priimam maksimalų kiekį pacientų, beje, deja, pagal seną, ministro įsakymą, kiek etatui reikia priimti pacientų per dieną. Onkologijos skyriaus specialistai priima tiek, kiek nurodyta. Priima ir daugiau”.</p> <p>„Pas mus pacientas nėra išleidžiamas, kol jis nėra užregistruojamas, nebent pacientas nusprendžia kitaip [...] paslauga suteikiama pilnavertiškai”.</p>

Apibendrinimas. Prieinamumo vertinimas išskirtas į galimybę užsiregistruoti paslaugai ir į pačios paslaugos suteikimo galimybes. Ekspertai išvardijo, kad užsiregistruoti galima internetu, telefonu, atvykus į įstaigą arba tai atlieka siunčiantis gydytojas vizito metu. Talonai taip pat atitinkamai registracijai išdalinami kiekvienam registracijos variantui.

Vienas iš ekspertų paminėjo, kad nemažai gydytojų teikia ne tik ambulatorines paslaugas, kai kurie šioms paslaugoms skiria tik mažąją dalį savo laiko, todėl ambulatorinių paslaugų prieinamumas pas juos sudėtingesnis: *„Gydytojai paskirsto pacientus, jei jis yra chirurgas, jis pirmiausiai priima pacientus, kuriems reikalinga operacija ir tada paskiria kelias valandas ambulatoriniams pacientams. Tie patys*

operuoti pacientai, turi papildomai atvykti pasikonsultuoti, kažkuri dalis yra ir naujų pacientų. Gydytojai skirsto pagal prioritetus, ir tvarkosi gana neblogai”;

Antruoju klausimu („Kokias pagrindines problemas išvelgiate įstaigos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamume? Kuri problema svarbiausia, kurią reikia spręsti?“) norėta atrasti problemas, keliančias sunkumų ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamume. Siekta akcentuoti vieną pagrindinę problemą respondentų nuomonių palyginimui. Šiam klausimui išskirtos septynios kategorijos ir dvylika subkategorijų.

2 lentelė. Įstaigos paslaugų prieinamumo problemos ekspertų požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Registracija	Internetinė paciento registracija (IPR)	<p>„Keisis IPR sistema, pacientai jungsis per valdžios vartus, kas buvo visiškai kitaip, beveik laisvai pats pacientas galėjo prisijungti naudojantis telefonu. Mano manymu tai truputį sumažins prieinamumą”.</p> <p>„Kaip supratau, Registrų centras naujoje IPR sistemoje nenumato išorinės paslaugos, mokamos registracijos telefono linijos, kuria pacientai galėjo registruotis visoje Respublikoje. Tai gali sumažinti prieinamumą”</p> <p>„Nauja IPR sistema dabar bus žingsnis atgal. Bus be palengvinimų, kurie iki šiol buvo tobulinami. Nors, žinoma, bus matyti kaip atrodys, kai sukurs”.</p>
	Registracija telefonu	<p>„Visose įstaigose turi egzistuoti pajėgūs skambučių centrai, kurie sugebėtų aptarnauti visą skambučių srautą. Pas mus jis pajėgus tai tikrai nėra”.</p> <p>„Būna tas pats žmogus prisiskambina tris kartus per dieną, kitas tris dienas negali prisiskambinti. Jaučiama nelygybė tarp pacientų”.</p> <p>„[...] nestato skambinančiojo į eilę, nepasako palaukti, nes operatorė šiuo metu yra užimta. Žmogui atrodo, kad numeti ragelį, žmonės skundžiasi”.</p>
Siunčiami pacientai	Tyrimai	<p>„Priimame pacientus, kurie nėra atlikę visų reikalingų tyrimų, tada gaištamas laikas juos atliekant čia, pacientas greitai negauna paslaugos”.</p> <p>„Jeigu pacientas siunčiamas kitos įstaigos, o prieš tai nėra padaryta eilė tyrimų, reiškia mes patys turime visą tai pasidaryti. Dažnai atlikus tyrimą paaiškėja, kad pacientui nebereikia mūsų</p>

		<p>konsultacijos. Tai mus apkrauna. Tai jeigu visa tai padarytų pirmas lygis, kur pilnai tai galėtų padaryti, tai mums būtų mažiau problemų“.</p> <p>„Kartais tyrimai būna dubliuojami, pacientas neturi rezultatų su savimi, o siunčiančios įstaigos duomenų bazėje – nepasiekiami. Turime vėl juos atlikti čia”.</p>
	Siuntimai	<p>„Šeimos gydytojai galbūt per lengva ranka rašo iškart siuntimus, siunčia iškart į trečią lygį, kur galėtų antras lygis pakonsultuoti. Tas mums sudaro dideles eiles.. Mes visą laiką kalbam apie tai, kad šeimos gydytojas turėtų daugiau dėmesio skirti”.</p> <p>„Iš pirminio lygio iškart siunčia pacientus į trečią. Galėtų dar antrinių specialistų paslaugomis pasinaudoti”.</p> <p>„Per greitas šeimos gydytojo sprendimas siųsti pas antro ar trečio lygio specialistus”.</p>
Žmogiškieji ištekliai	Darbuotojai	<p>„Pas mus irgi žmogiškųjų resursų yra ribotas kiekis, kur gydytojas tam tikrą laiką skiria”.</p> <p>„Tai iš tikrųjų skaičius darbuotojų yra minimalus, yra tam tikrų sričių, kur jis yra kritiškai mažas. Mes tik tuo stiprūs, kad mes turim rezidentūros bazę ir mums padeda studentai visuose darbuose. Žinoma, krūvis vienoj srity mažesnis, bet gydytojas turi krūvį studentą mokydamas”.</p> <p>„Manau mūsų ligoninės ambulatorinių paslaugų padalinyje yra netolygus darbo krūvis, kol kas niekas jo neapskaičiuoja. Rezidentai apkrauna mūsų krūvį, nes negalioja jų sprendimai, onkologijos sritis yra diagnostinė specifinė specialybė, bendro profilio rezidentai išvis negali padėti, o specialybiniai rezidentai vis tiek negali patys priimti sprendimų.”</p> <p>„Pagal srautus, darbuotojų kiekis nėra pakankamas”.</p>
Pacientų požiūris	Ligoninės autoritetas	<p>„Pacientai gavę siuntimą renkasi mus, nors galėtų pakonsultuoti kitų įstaigų specialistai. Tai dėl žmonių nesąmoningumo, kitas žmogus, kuriam tikrai reikia mūsų kvalifikacijos, kenčia ir negali gauti paslaugos [...] vizitus užima paprastesni pacientai, kur tikrai net šeimos gydytojo ribose jam gali būti suteikta paslauga”.</p> <p>„[...] pati geidžiamiausia įstaiga. Pacientai vertina neadekvačiai, užima eiles, nors yra kam labiau reikėtų to vizito. Atrodo, kad tik čia yra jiems yra tinkamas gydytojas”.</p>

		„Viešai valstybės demonstruojama nuomonė, pozicija, kad galite pasirinkti kurią norite įstaigą leidžia pacientams su minimaliais sveikatos sutrikimais užimti eiles pas aukštos kvalifikacijos specialistus”.
	Nepasitikėjimas gydytojais	„Problema – pacientų blaškymasis, nepasitikėjimas gydytojais, ieško antros trečios ir penktos nuomonės. Tas irgi padidina jų kiekį”. „Anksčiau buvo pagarba gydytojui, pacientas tikėdavo tuo, ką gydytojas skiria, jis viso to laikosi, dabar visi yra apsiskaitę, ateina ir gydytojui jau duoda nurodymus, kokį gydymą skirti, kokius vaistus išrašyti. Jeigu kitas gydytojas tam nepaklūsta, laiko, kad jis prastai dirba, registruojasi pas kitą specialistą”.
	Neatvykę pacientai	„Viename skyriuje apskaičiavome, apie dešimt procentų registruotų pacientų neatvyksta prieš tai neinformavę”. „Aktuali problema – pacientų neatvykimas nepranešus, nors siunčiamos priminimo žinutės, skyrių registratorės, kai turi laiko ir skambina pacientams. Paklausti ar atvyks, priminti apie vizitą”. „Pacientai nepraneša, kai neatvyksta”.
Informacinės sistemos	ESPBI sistema	„Jeigu pacientą kitos poliklinikos gydytojas siuntė, jis gali atsakymą matyti, bet jeigu siuntė trečias gydytojas, tai jis atsakymo jau nebematys.” „Šeimos gydytojai sako, kad įkeltos informacijos į sistemą su išrašais nežiūri, nes negaunama informacija, kad ji įkelta, o pats netikrinsi nuolatos, todėl atnešus popierinį išrašą, juo ir remiasi, taip daug greičiau”. „E-sistema stringa, nepatogi, reikalaujanti papildomo prisijungimo į kitą, ne vietinį saitą [...] jei kita, ne ESPBI, sistema pasirašytas dokumentas, o tokių būna dažnai, neleidžiama peržiūrėti”.
	IPR sistema	„Kolkas neuždarytas kelias registruotis po kelis talonus tam pačiam žmogui, pas tą patį specialistą. Po savaitės, po dviejų, po mėnesio gali užsiimti kelias vietas”. „Blogai, kai vienas žmogus gali registruotis pas tą patį specialistą kelis kartus”.
Įstaigos sprendimai	Grafikai	„Dabar turime pacientus, matome, kad reikia išspręsti problemą ar pasikonsultuoti, ar dėl ligos kokie pokyčiai, ar okulistui užrašyti, pulmonologui. Okulistui pusę metų nėra vietų, pulmonologų trys mėnesiai, tai ta problema yra”.

		<p>„Nepaduoti talonai, nėra suplanuotas darbas. Tai iš išorės kreipiantis pas tą specialistą yra nulis talonų du, tris mėnesius į priekį, taip negali būti”.</p> <p>„Kai kurių specialistų grafikai nesudaromi laiku, taip apsunkina darbą”.</p>
Finansavimas	Vizitų apmokėjimas	<p>„Finansavimas turi ribotą pinigų suma, kurią mums moka, ir ne visada atgaunami pinigai už papildomai suteiktas paslaugas”.</p> <p>„Neapmokamos papildomos paslaugos”.</p> <p>„Pacientų išvartyti negalime, suteikiame paslaugas, bet neatgauname pinigų, jei paslaugų suteikta daugiau, nei numatyta kvotoje”.</p>

Apibendrinimas. Prieinamumo problemos kyla iš registracijos prieinamumo, siunčiančių įstaigų, pacientų požiūrio. Įstaigos dažnai siunčia pacientus, kuriuos galėtų gydyti savo kompetencijų ribose, o pacientai dėl ligoninės autoriteto ir su mažiausiomis sveikatos problemomis užima eilę pas aukštos kvalifikacijos specialistus. Taip pat įstaigoje trūksta ir darbuotojų, tačiau tai tampa nacionaline problema. Gydytojai – rezidentai vienose srityse padeda sumažinti eiles, tačiau kitose apsunkina gydytojų darbą apkraudami atsakomybe juos mokyti ir prižiūrėti.

Ekspertai pagrindine problema įvardina:

„Mano nuomone, šiai dienai aktualiausia yra tai, kad neprisiskambina žmonės. Nepaisant to, kad viskas yra internete, yra didelis srautas registruojamas per telefonus”.

„Jos pinasi visos, kurias iššadinau tarpusavyje”.

„Visos problemos svarbios. Šiuo metu tai vidinis įstaigos sprendimas, nepaduoti talonai, nėra, nėra suplanuotas darbas”.

„Negalėčiau išskirti vienos”.

„Didžiausia problema, kad pacientai negali prisiskambinti”.

Trečiojo klausimo (*„Ką manote apie ligoninės informacijos sklaidą, pacientų informavimą?”*) tikslas buvo sužinoti kokiais būdais yra informuojami pacientai. Kaip juos pasiekia informacija apie jų sveikatos būklę bei informacija apie įstaigos paslaugas, jų suteikimo sistemą.

Šiam klausimui sudarytos kategorijos ir subkategorijos.

3 lentelė. Įstaigos informacijos sklaida ekspertų požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Informacijos sklaida	Pacientų informavimas	<p>„Informaciją žmogus gauna atvykęs pas gydytoją, kompensacijų naujienos pasiekia per valstybinių įstaigų paskleistas naujienas. Internetinėje pacientų kortelėje (IPK) prieinama informacija apie jo sveikatos būklę [...] pacientai skaito internete, skaito mūsų internetiniame puslapyje. Apie ligas yra specializuoti kiti puslapiai, kuriuose visos naujienos pateikiamos”.</p> <p>„Mes turim radiją, kur pateikiamos naujienos, televizoriai kuriuose skelbiami informaciniai pranešimai [...] įstaigoje yra daug dirbama ties tuo, kaip pacientus šviesti ir jiems teikti informaciją. Yra „Veidaknygėje” paskyra, informacija talpinama mūsų internetiniame puslapyje ir kituose portaluose”.</p> <p>„Išankstinėje registracijoje rašoma, ką pacientams turėti, ką atsinešti, greitėja aptarnavimas, daugiau pacientų atvyksta su visais reikiamais duomenimis, nereikalingas pakartotinis jų vizitas”.</p> <p>„Yra stendų apie pokyčius, prieinamumą [...] duomenys su tyrimų rezultatais perduodami ir diskeliuose”.</p> <p>„Plakatai, skrajutės. Kalbėjome per radiją, kai vyko dideli pokyčiai visoje sveikatos sistemoje”.</p>
	Bendradarbiavimas su kitomis įstaigomis	<p>„Su savivaldybe suderinta, kad informaciją galėtų skleisti viešuosiuose transportuose [...] investuojama daug, ne tik įstaigos ribose, bet ir už jos ribų stipriai. Yra organizuojami su poliklinikomis su greitosios stotimis susitikimai. Galvojama kokius bukletus išleisti, kaip informuoti pacientą, kada jis turėtų vykti į priėmimą, kada jis turi eiti pas šeimos gydytoją. Tai yra daroma kooperuojantis su kitomis įstaigomis ir tai yra daroma iš vidinės iniciatyvos [...] esant teisminiam, draudiminių įvykiui, atitinkamoms įstaigoms reikia duomenų apie pacientą. Dabar mes duodam tų įstaigų atstovams prisijungimą prie tų duomenų, gali pasižiūrėti. Jie nebevažinėja kaskart prireikus. Mes ne tik su pacientu, bet ir su partneriais bendradarbiaujam, kad būtų jiems lengviau”.</p>

Apibendrinimas. Informacija pacientams skleidžiama internetiniuose portaluose, per radiją, įstaigos stenduose, monitoriuose. Duomenis apie savo sveikatos būklę galima sužinoti Internetinėje paciento kortelėje, ar atvykus pas gydytoją. Įstaigoje aktyviai palaikomas informacijos dalinimasis su kitomis

įstaigomis. Organizuojami susitikimai, dalinamasi idėjomis, kaip būtų galima pagerinti pacientų informavimą, ar pagerinti pačių įstaigų veiklą.

Vienas iš ekspertų paminėjo projektą: „*Su viena miesto poliklinika turėjome projektą. Jie turi savo sistemą, mes turim savąją. Priėmimo skyriuje, keliose darbo vietose jie įdiegė prieigas, davė slaptažodžius, kad atvykus jų pacientui, mes galėtume tiesiai prisijungti prie jų sistemos. Galėtume pasižiūrėti atliktus tyrimus, kad čia nebereikėtų atlikti, bet praktika parodė, kad tai yra nenaudojama. Vienas dalykas, kad ten kelis kartus buvo bandyta prisijungti pasižiūrėti, bet gydytojui reikia perprasti naują sistemą, nėra tai paprasta susirasti, pasižiūrėti. Kitas dalykas, skiriasi aparatai, analizatoriai, ir t.t. Pavyzdžiui, rentgenas neryškus, vis tiek čia kartojame tyrimą. Iš to jokios naudos nesigavo. Tas tarp įstaigų bendradarbiavimas nelabai pavyko.*

Ketvirtuoju klausimu (**„Kokie ligoninėje įgyvendinti pokyčiai manote pagerino ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą?“**) bandoma atrasti įstaigoje priimtų sprendimų, pagerinusių paslaugų prieinamumą, ar politinių sprendimų, turėjusių įtakos.

Šiam klausimui išskirtos dvi kategorijos ir penkios subkategorijos.

4 lentelė. Įstaigos paslaugų prieinamumui gerinti atlikti pokyčiai ekspertų požiūriu

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Palengvinimai	Žali koridoriai	<p>„Turim „Žaliuosius koridorius“. Pacientams, su pirmą kartą nustatyta onkologine liga yra atskira eilė, čia pas gydytoją galima pakliūti per mėnesį, šiems pacientams suteikiamas prioritetas“.</p> <p>„„Žali koridoriai“ skirti tam, kad kad pacientai, turintys tam tikrą sveikatos problemą, negali laukti mėnesių mėnesius kol prieis eilę, tam yra paskirti atskiri laikai. Teoriškai tai yra kaip viršvalandžiai gydytojams, nes kaip ir nenumatyta kiek jų gali būti. Čia ypatingai atkreipiamas dėmesys į pacientus, yra žmonės, kurie tvirtina tas registracijas. Yra tikrinama kokie dokumentai prisegti, kokie tyrimai. Tam, kad taupyti laiką, visų resursus, dalis, kuri yra nepadaryta tinkamų tyrimų, yra atmetama ir gražinama į antrą lygį“.</p> <p>„2013m. buvo įsteigti „Žalieji koridoriai“ iš beviltiškos padėties, kad buvo be galo didelės eilės. Sugalvojome išskirti tam tikrus vizitus su greitesniu patekimu. Pradžioje nepaisant jokių prieraišų, rekomendacijų, kas turi registruotis, registravosi visi iš</p>

		<p>eilės ir užpildė momentaliai visam mėnesiui į priekį. Tuomet buvo priimtas sprendimas kad tuos vizitus tvirtina specialistas”.</p> <p>„Įvesti „Žalieji koridoriai” pagerino pacientų, kurie negali ilgai laukti dėl sveikatos būklės, patekimą pas gydytoją. Tik atsiranda labai daug bandančių užsiregistruoti, nors jiems nepriklauso”.</p>
	Nuotolinis konsultavimas	<p>„Visai neseniai įdiegėme nuotolinio konsultavimo paslaugą, Turim tokį modulį, pacientai pirmą kartą turi atvykti, pasirašyti prašymą. Tuomet gali užsiregistruoti nuotolinei konsultacijai. Gydytojai paskambina pacientui sutartu laiku ir atlieka konsultaciją. Yra nurodymai, kad pacientai neturi būti pirmą kartą užrašomi pas tą gydytoją, tai vaistų pratęsimui ypatingai. Tai tikrai turėtų sumažinti eiles”.</p> <p>„Šeimos gydytojo normoje yra išleistas įsakymas, kuriame nurodyta, kad galima teikti paslaugas nuotoliniu būdu, bet jis yra labai apribotas ir ta paslauga reiškia recepto pratęsimą. Gydytojas susisieks su jumis, paklausia apie jūsų būklę, jeigu niekas nepasikeitė, įsitikinęs jis gali pratęsti jums receptą dar mėnesiui. Bet dar kitą mėnesį jūs jau turite atvykti, tai yra tik tam palengvinimas, mažai sričiai [...] pas mus tai jau veikia”.</p> <p>„Vyksta konsultacijos telefonu. Dažniausiai dėl vaistų recepto pratęsimu. Pirmą kartą vis tiek turi atvykti ir pasirašyti sutartį dėl šios konsultacijos ir pasirodyti gydytojui“.</p>
Informacinė sistema	Internetinė paciento kortelė (IPK)	<p>„IPK – mūsų lygmenyje tikrai naudojama, ir tai tikrai stebina, kadangi mes anksčiau tuos prisijungimus išduodavome atvykus, kai eidavo, tai galiu pasakyti, kad kontingentas žmonių buvo vyresnio amžiaus. Dabar jau galima pasirašyti sutartį tiesiai per valdžios vartus. Ši sistema yra paprasta, kur tu gali pamatyti savo tyrimų atsakymus, kas irgi nukrauna papildomą pacientų atėjimą [...] darytus tyrimus, prisijungęs gali parodyti kitos įstaigos gydytojui. Galbūt neturi dokumentų, ar neprisimeni kokį tau vaistą išrašė, tai va jau gali prisijungti ir pasižiūrėti. Gal nebeturi popierinio varianto, gali prisijungęs atsispausdinti, visus išrašus pasidaryti. Pacientui tikrai yra patogiu“.</p> <p>„Pacientai tikrai aktyviai naudojami IPK”.</p> <p>„Nemažai pacientų pasiėmė IPK registraciją”.</p>
	Internetinė paciento registracija (IPR)	<p>„Su informacinėmis sistemomis, tai IPR, vienas iš pagrindinių atnaujinimų buvo. Kur daug įstaigų susikooperavo ir prisijungė į vieną registracijos sistemą”.</p>

		<p>„IPR sistemos dėka pacientai vienoje vietoje gali matyti gydytojų grafikus, laisvus laikus ir užsiregistruoti patogiu laiku [...] įdiegtos laukiančiųjų eilės pasiteisino”.</p> <p>„Pati IPR sistema pamažu tobulinta. Besinaudojant IPR sistema buvo sukurta papildomu priemonių, kurios palengvino naudojimąsi sistema [...] padeda sudaryta laukiančiųjų eilė, pacientai laukiantys įkeltų gydytojų grafikų neskambina nuolat jų klausdami“.</p>
	Telemedicina/ nuotolinis stebėjimas	<p>„Mes turime telekonferencijas”.</p> <p>„Telemedicina nėra labai išvystyta, tačiau einama tuo keliu”.</p> <p>„Turėjome tokį projektą vieną [...] gydytojas iškart gaudavo signalus, kai atsirasdavo nuokrypiai nuo kažkokių tai sveikatos parametrų. Tai gali kviesti tuos pacientus, rezervuoti laikus, o ne jie patys vaikščiotų, kas antrą dieną, kas savaitę [...] tačiau tai šiuo metu tai nėra naudojama”.</p>

Apibendrinimas. Ekspertai prie pokyčių labai akcentavo įdiegtą „Žaliųjų koridorių” sistemą, kuri sukuria atskirą eilę pacientams, kuriems pirmą kartą nustatyta onkologinė liga, turi būti tam tikros diagnozės. Šiems pacientams skiriami atskiri gydytojų talonai. Taip pat priėmus ministro įsakymą, įstaigoje pradėjo veikti konsultacijos telefonu, tačiau ši paslauga skirta vaistų receptams pratęsti, pacientas turi būti prieš tai konsultuotas gyvai, tai nukrauna pacientų srautą nuo įprasto registracijos. Informacinių sistemų įvedimas, jų tobulinimas irgi turėjo įtakos lengvesniam pacientų patekimui pas gydytoją. IPK pagalba sumažėjo besiregistruojančių pacientų, kurie tyrimo rezultatus sužinojo internetu. IPR dėka dalis pacientų registruojasi internetu, sumažindami registratūrų darbą. Taip pat įdiegtos „laukiančiųjų eilės” sumažina nuolat skambinančių pacientų, kurie vis laukia įkeltų vizitų laiku, srautus. Taip pat ekspertai prie pokyčių, palengvinusių prieinamumą paminėjo:

„Darbo valandas prailgino, padarė dvi pamainas, daugiau pacientų spėjama aptarnauti”.

„Buvo keistos telefonų linijos, stengiamasi jas gerinti”.

„Siuntime privaloma nurodyti ligos kodą, kuris padeda atrinkti pacientus ir tikslingai juos registruoti”.

Penktame klausime (*„Kaip, Jūsų nuomone, būtų galima pagerinti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Jūsų įstaigoje?”*) siekta atrasti sprendimo būdų, leidžiančių pacientams greičiau ir sklandžiau patekti pas gydytoją.

Šiam klausimui išskirta kategorija ir subkategorija.

5 lentelė. Ekspertų pasiūlymai įstaigos paslaugų prieinamumui gerinti

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Technologijos	Informacinės sistemos	<p>„IPR bus glaudžiai integruota su ESBI, glaudi integracija, iš ten kažkada bus ir siuntimai prisegami, ir tyrimai pažiūrimi, į ateitį žiūrint, gal ir nebloga idėja“.</p> <p>„Mes tikimės kad pagerės kartu su nacionaline IPR, kurią Registrų centras kuria. Visi talonai vizitai surašyti vienoje sistemoje ir tarsi įstaigas įpareigoja pacientui pasiūlyti artimiausią vizitą bet kurioje kitoje gydymo įstaigoje. Jam atsisakius tada jau statyti jį į eilę, tai tas irgi pagelbės. Nes šiai dienai mes neturėjome tokios sistemos, kur matytume visos Lietuvos gydytojus, aš jų laikus laisvus, tas turėtų pagerinti prieinamumą ir tikrai sumažinti eiles“.</p> <p>„[...] kad per atstumą būtų vykdomos konsultacijos per ekraną [...] mes skyriuje padiskutuojam, kaip galėtų būti trumpi šeimos daktarų konsultavimai, tam skirta prieiga, kad jie nesiųstų tiek pacientų mums, o pirma padarytų tyrimus pas save. Nebeliktų poreikio siųsti mums ir neužimtume vietų. Pacientai puse tyrimų neatsineša. Kartojame. Prieš siunčiant specialistui, šeimos gydytojai turi žinoti, ką jie turi pas save padaryti. Tam tikrose situacijose ir kartais atkristų poreikis siųsti. Mes onkologijos centre turime tą galvoje daryti, kad kažkokį gydytoją rotaciniu principu priskirti. Šeimos daktaras parašo, ką jie padarė o mes atrašom, ką reikia padaryti“.</p>
	Skambučių centras	<p>„Tikrai reikia įdiegti normalų skambučių centrą, su įranga, su suskirstymais, su srautais [...] normalus skambučių centras įstaigoje, jis tikrai pagerintų prieinamumą, jeigu kalbant apie vieną įstaigą, o jeigu kalbant, kurią pacientui pasirinkti įstaigą, na tai bus pokyčių internetinėje registracijoje, keisis dar viskas“.</p> <p>„Skambučių centro reikėtų“.</p> <p>„Reikia skambučių centro, žmonės labai pasipiktinę dėl galimybės prisiskambinti“.</p>
Žmogiškieji ištekliai	Etatų didinimas	<p>„Didinti reikia žmonių etatų, o ne vienam krūvį didinti. Neturi būti toks krūvis“.</p> <p>„Pacientų srautas didėja, darbuotojų - ne taip sparčiai“.</p>

Pacientai	Pacientų skirstymas	<p>„Jei būtų išfiltruoti pacientai. Būtų pilnai ištirti pacientai, ar tikrai reikia tokios mūsų įstaigos. Akinių atvažiuoja išsirinkti. Stipriai apkraunama. Negali nepriimti žmogaus, griežtai pasakyti ne. Sudėtinga nepaprastai yra. Reikia tos filtracijos, to diferencijavimo“.</p> <p>„Pacientai čia važiuoja su menkaisiomis sveikatos problemomis, galbūt reikėtų šioje vietoje juos skirstyti“.</p>
-----------	---------------------	--

Apibendrinimas. Siūloma įdiegti skambučių centrą, kuris padėtų suvaldyti pacientų srautus, vykdyti konsultacijas ekranu, konsultuojant kitus gydytojus, taip išvengiant nereikalingų siuntimų. Pastebimas ir pacientų paslaugų pasirinkimas, kurias galėtų atlikti daugelyje kitų įstaigų. Kvalifikuoti darbuotojai skiria laiką pacientams, su mažesniais sveikatos sutrikimais, kai tuo metu eilėje laukia žmonės, kuriems išties jų konsultacija reikalinga. Minimasis darbuotojų trūkumas.

Vienas iš ekspertų paminėjo dėl valdžios skleidžiamos nuomonės, kurią reikėtų koreguoti: „[...] *teisinga informacija iš valstybinių institucijų. Teisinga. Atspindinti realią situaciją. Drąsus pasakymas kad nėra tiek pinigų, o ne atsistojimas televizijoje ir pasakymas, visi viską gausite. Nėra taip. Pagal teritorinių ligų kasų įsakymą yra kvotos ir jos baigiasi gruodžio mėnesio pradžioje. Poliklinikų, ambulatorinėms konsultacijoms, o pacientai eina. Tai kas turi pasakyti, kad baigėsi kvotos, išnaudoti pinigai. Ne ligoninės administracija, ne tas kas teikia tas paslaugas, o turi iš valdžios pasakyti, kad buvo sudaryta sutartis, kuri deja pritrūkom pinigų. Tai viešas kalbėjimas bet teisingas, tai yra didžiulė problema sveikatos apsaugoje. Melas iš ministerijų, iš tų kas už mus atsakingas, už mediciną visą. Lieka kalta konkrečiai įstaiga. Suteiki paslaugas, paskui jų neapmoka, nesuteiki, kaip paaiškinti, kodėl nesuteiki. Visa tai su pacientų gausa į įstaigos lygį nuleista. Nors iš tiesų yra ne įstaiga kalta, kad prisilankė tiek tūkstančių žmonių ir tai buvo kvota“.*

4.4. Kokybinio tyrimo registratūrų darbuotojų interviu etapas (tyrimo metodai, imtis, instrumentai)

Siekiant išsamiau išanalizuoti organizacinio paslaugų prieinamumo įstaigoje problemas, pacientų eiles, jų registracijos eigą, atliktas papildomas kokybinis registratūros darbuotojų kokybinis tyrimas.

Tyrimo metodai. Tyrimui atlikti, pasirinktas kokybinis – pusiau struktūrizuotas interviu. Apklaunami registratūrų darbuotojai, kiekvienas jų dirbantis skirtingoje registratūroje. Visiems iš anksto buvo pateikti vienodi klausimynai (3 Priedas). Pasirinktas šis tyrimo metodas, dėl galimybių įžvelgti

papildomų veiksnių, turinčių įtakos eilių susidarymui įstaigoje. Taip pat suteikiama laisvė aptarti ne tik klausimuose nurodytus veiksnius. Klausimai sudaryti, kaip interviu kryptys. Tyrimas atliktas iš anksto gavus respondentų ir skyrių, kuriuose dirba, vadovų sutikimus, susitariant susitikimo datą ir laiką. Respondentai buvo informuoti dėl jų duomenų konfidencialumo. Analizuojant apklausos žodžiu (interviu) duomenis, naudotas kokybinės turinio analizės metodas (angl. *qualitative content analysis*). Duomenys pagal klausimus suskirstyti į kategorijas, kurios dar skirstytos į subkategorijas.

Tyrimo instrumentas. Respondentų interviu sudarė 5 klausimai (3 priedas) apie įstaigos registracijos sistemą, trukdžius, padedančius veiksnius. Pokalbiai buvo įrašyti diktofonu, prieš tai gavus respondento sutikimą. Tokių būdu respondentų atsakymai tyrime išlieka tikslūs, neblaškomas dėmesys interviu metu.

Tyrimo dalyvių imtis. 6 informantai: 6 skirtingų registratūrų darbuotojai, turintys šio darbo patirtį didesnę nei vieneri metai. Tyrimo imtis buvo sudaryta tikslingai, atsižvelgiant į respondentų patirtį, keliamus tyrimo uždavinius. Šių respondentų nuomonės yra svarbios, nes registruojant pacientus pasireiškia valstybės politinių sprendimų pasekmės, taip pat išryškėja įstaigos vadybinių sprendimų poveikis. Pasirinkti respondentai turi darbinės patirties šioje įstaigoje, todėl objektyviai gali vertinti vykdomą sistemą.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti ambulatorinėms paslaugoms pacientus registruojančių darbuotojų registracijos vertinimą įstaigoje.

Tyrimo laikas – interviu tyrimas atliktas 2019m. vasario – kovo mėnesiais.

Tyrimo trukmė – iki 30 min.

Tyrimas buvo atliekamas tokiais etapais:

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

4.5. Kokybinio tyrimo registratūrų darbuotojų interviu rezultatų analizė

Pirmuoju klausimu („*Keliais telefonais dažniausiai galima prisiskambinti Jūsų registruojamame skyriuje vienu metu? Ar tik tame skyriuje, ar skambinama ir per pagrindinę konsultacijų poliklinikos registratūrą?*“) norima sužinoti kokia yra tos registratūros apkrova, kokios pacientų galimybės užsiregistruoti to skyriaus paslaugoms.

Šiam klausimui iškelta viena kategorija.

6 lentelė. Užsiregistravimo paslaugoms galimybės registratūrų darbuotojų požiūriu

Lentelė 1.6

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Registracija	<p>„Mūsų registracija yra retų ligų ir į visuomeninį tinklą ji nepapuola. Yra du poskyriai su trimis telefonais. Tiek mūsų poskyrio, tiek kito talonai nepaduoti į internetinę registraciją. Bandom dabar paduoti, bet dažniausiai išeina taip, kad pacientai nežiūri, kokią specializaciją gydytojo, registruojasi pas bet kurį kardiologą, kai jam galbūt reikia tam tikros kompetencijos kardiologo [...] per pagrindinę registratūrą neužsiregistruosi – jie duos mūsų telefonus ir nukreips”.</p> <p>„Per pagrindinę registratūrą registruojasi pas specialistus, o pas mus skyriuje į kai kuriuos tyrimus, taip pat ir su internetinių registracijų tvirtinimu [...] telefonų trys, būnam dviese, trise, o po pietų liekam po vieną. Skambučių srautai kaip kada”.</p> <p>„Tik pas mus skyriuje galima registracija, arba važiuoja, arba skambina, arba internetu. Yra viena registratorė, kuri registruoja pas gydytojus specialistus, čia yra vienas telefonas, jei jis užimtas, tenka palaukti, atskirame kabinete – du telefonai procedūrų registracijai [...] mes tvirtiname internetines registracijas. Skambučiais daugiau registruojasi, jiems taip saugiau, paprasčiau, dar kažko pasiklausia [...] gydytojai patys neregistruoja. Užrašo tikrai laikus ant lapo, kada užsirašyti sekančiam vizitui pas juos, jeigu reikia biuletenių, kad ateitų tuo laiku, kad galėtų pratęsti”.</p> <p>„Iš bendros registratūros užregistruoti į šeimos centrą negali. Vienas yra numeris, bet mes turime du ragelius tam numeriui [...] jeigu pacientas nepriklauso šeimos medicinos centrui, tai mes jų užregistruoti pas kitą specialistą negalime, turi kreiptis į bendrą registratūrą [...] užrašyti pacientus kitam vizitui, kai kurie gydytojai praktikuoja, kai kurie – ne”.</p> <p>„Yra vietinis telefonas ir mobilusis [...] galima užsiregistruoti ir per bendrą registratūrą. Būna, kad kartais užsiregistruoja [...] kartais ir patys gydytojai po vizito iškart užrašo kitam apsilankymui”.</p> <p>„Kitame aukšte, mūsų registratūroje, būna trys registratorės, kurios kelia telefonus išankstinei registracijai ir priima gyvą eilę. Pirmame aukšte du arba trys registruoja gyvą eilę, visi kiti renka internetines registracijas. Jeigu yra daug žmonių, tie, kurie registruoja internetą, kelia ir tuos ragelius. Yra ir trečias poskyris su 3-4 telefonais, kuriais registruojami tam tikri specializuoti vizitai. Neregistruojame tik kelių skyrių vizitams, pagrindinė registracija vyksta pas mus [...] gydytojai patys neregistruoja, nebent pakartotinius vizitus”.</p>

Apibendrinimas. Pagrindinėje registratūroje dirba daugiausiai registratorių, jų kiekis reguliuojamas pagal žmonių srautą, kitose registratūrose yra du trys telefonų numeriai, kiekvienu jų galima užsiregistruoti tam tikroms paslaugoms. Per pagrindinę ligoninės registratūrą trijuose skyriuose

užsiregistruoti negalima, vienoje diferencijuojami vizitai, kuriuos registruoja. Anot ligoninės pagrindinės registratūros respondentės jų registratūroje neregistruojami tik keli skyriai, todėl galima daryti prielaidą, kad likę neapklausti 6 skyriai registruojami ir pagrindinėje registratūroje.

Antruoju klausimu („*Ar daug skambinančiųjų nori ne registruotis, tačiau klausia bendros informacijos? Kokie papildomi klausimai užduodami registratūrose?*“) siekta išsiaiškinti kokie klausimai kyla pacientams, kokią papildomai informaciją teikia registраторiai, kuri, žinoma, užima papildomo laiko.

Šiam klausimui iškelta viena kategorija.

7 lentelė. Skambinančiųjų papildomi klausimai registratūrų darbuotojų požiūriu

Lentelė 1.7

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Papildomi skambučiai	<p>„Mūsų skyrius yra specifinis, dirbam ir kaip konsultacinis kabinetas, skambina pasikonsultuoti, ne tik registracijai [...], skauda koją, ką man daryti“, „na kreipkitės pas šeimos daktarą, nes mes čia širdį gydom“, tai įvairių būna. „Su jumis nors pašnekėti galima“ - sako. Jeigu gyvų konsultacijų metu skambina, tai rašausi vardą, pavardę ir paskui perskambinu, nes kai yra pacientai, kartais net nebūna laiko“.</p> <p>„Būna ir labai daug būna skambinančių ne registracijai. Padedam susiorientuoti dar jiems, kur juos siunčia, paprastai žmonės nelabai susigauja, kur juos siunčia. Turime pasigilinti ir atsakyti, kas siuntime parašyta, aišku tai trukdo“.</p> <p>„Taip ir tikrai dažnai [...] klausia gydytojo darbo laiko, ar galima procedūrų nusipirkti, kokios kainos, tiesiog bendros informacijos, kokios eilės. Tiesiog skambina ir klausia kaip surasti jūsų skyrių“.</p> <p>„Taip, skambina ne vien tik užsiregistruoti, skambina paklausti ir kaip gydytojas dirba, ir pasikonsultuoti, kaip gydytis kartais, dėl pažymų, Kartais neprisiskambina į bendra registratūrą, suranda mūsų numerį, prisiskambina, skundžiasi, kad kitur negali prisiskambinti, bando per mus patekti į kitą registratūrą“.</p> <p>„Didžioji dalis skambina dėl bendrųjų klausimų. Tai registracijai skambinantys pacientai dažniausiai negali prisiskambinti dėl tų žmonių, kurie skambina tiesiog pasitarti. Arba pasiklausti kur mes randamės, kaip pas mus atvykti. Specifika visa mūsų ir apie vaistus ir apie viską turime atsakyti“.</p> <p>„Klausia ar gydytojas kalba rusiškai, ar gydytojas yra profesorius, ar turi praktikos, ar senas, ar jaunas. Paskambina būdamas pirmame aukšte ir klausia, kur jam eiti, ar priims iškart, ar reikės laukti, kuris gydytojas geresnis. Labai dažnai skambina iš skyrių, kurių neregistruojame, tai mes jau tą telefoną pasakome, nors tai nėra informacinio pobūdžio registratūra. Ar galima atvykti gimdyti, kur vyksta nėštumo paskaitos. Kiek laiko</p>

	užtruks konsultacija, kodėl nėra grafikų. Ar apsauga įleis važiuoti į ligoninę. Siuntimo informacijos klausia, gydytojas skambina klausia kaip ir kokį išrašyti siuntimą į Jūsų ligoninę. Per dieną registruoji nuo 12-16val., pakeli 80 skambučių, tai pusė iš jų - informacinio pobūdžio“.
--	--

Apibendrinimas. Visose registratūrose atsiranda skambučių, kurių tikslas ne registracija, tačiau informacijos gavimas. Per vieną registratūrą bando patekti į kitą. Visose kartojasi panašūs papildomi klausimai apie gydytojų grafikus, kaip surasti skyrių, klausia, kaip jam gydytis. Toks informacijos suteikimas užima telefonų linijas, tokie pokalbiai trunka ilgiau.

Trečiuoju klausimu („*Ar vienu metu priimate skambučius ir aptarnaujate atvykusius pacientus?*“) norėta sužinoti registratorių darbo apkrovą, atliekamus darbus.

Šiam klausimui iškelta kategorija ir subkategorijos.

8 lentelė. Registratūrų darbo krūvis registratūrų darbuotojų požiūriu

Lentelė 1 9

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Darbo krūvis	<p>„Aš dažniausiai būnu konsultacijos su gydytoju metu, kuomet skambina registracijoms. Kartais užregistruojama iškart, kartais jei iškyla papildomų klausimų, ar dvejonių dėl papildomų tyrimų, pasibaigus konsultacijoms tiesiog perskambinti ir ramiai susitarti [...] mes dažniausiai pakartotinių pacientų registraciją darom iškart, nebent tas pacientas turi ateiti po daugiau nei pusės metų. Mūsų pacientai gauna specifinius vaistus, kuriuos reikia pratęsti kas tris mėnesius, yra tikrinami reguliariai, tai mūsų grafikas sudaromas trims, keturiems mėnesiams į priekį. Tuos, kuriems reikia ateiti po trijų mėnesių iškart užregistruojame“.</p> <p>„Pas mus kai daug būna atvykusių pacientų prie langelio, tai mes tiesiog nekeliame telefonų ragelių. Pirmenybę teikiame atvykusiems“.</p> <p>„Mes kai eilėje dešimt žmonių, mes automatiškai teikiame pirmenybę atvykusiems, priimti pas daktarę atvykusius, korteles užregistruoti žmogų sistemoje, negu pakelti ragelį“.</p> <p>„Kartais kelia ir tie kurie gyvą eilę priiminėja, ar kas išbėgę kur, pagelbėjim vieni kitiems [...] gyvoje eilėje dvi dirba“.</p> <p>„[...] tuo labiau tikrai mes pirmenybę teikiame daktarui, jei jis kviečia, tai skambantis telefonas nėra pirmenybė. Po to perskambiname [...] yra ir užbėgančių užsiregistruoti, bet tikrai ne didžioji dalis. Neužima daug laiko. Labiau užima ne gyva eilė, o kitos pareigos [...] jei čia sėdi žmogus, tai nekalbėsi su pacientu telefonu. Jam reikia išrašyti ir kraujo tyrimus ir visa kita“.</p>

	„[...] neprisiskambina ir atvažiuoja. Trečias aukštas, kuris vykdo išankstinę registraciją, nukrauna srautą, bet jei ateina žmogus užsiregistruoti, mes jį užrašome, kad jis jau neitų į tą trečią aukštą, nes ten irgi eilė iki durų. Būtų gerai jei eitų registruotis į trečią aukštą, nes mūsų prioritetas atvykę pas gydytojus žmonės. Šie pacientai pyksta kad atvažiavę pas gydytoją laukia ilgai”.
--	---

Apibendrinimas. Visi analizuoti skyriai vienu metu kelia telefonus ir registruoja atvykusius pacientus. Prioritetas teikiamas atvykusiems, todėl skambinančiojo galimybės prisiskambinti priklauso nuo žmonių srauto pačioje ligoninėje.

Ketvirto klausimo („*Kokios problemos įstaigos registracijos sistemoje, Jūsų manymu, mažina ambulatorinių paslaugų prieinamumą?*”) tikslas sužinoti kliūtis, trukdančias sklandžiai dirbti, priežastis lemiančias pacientų eiles.

Šiam klausimui iškeltos dvi kategorijos ir penkios subkategorijos.

9 lentelė. Registracijos problemos registratūrų darbuotojų požiūriu

Lentelė 1.0

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Registracija	Skambučiai	<p>„Internete sunku surasti mūsų kontaktus, meta kitų skyrių informaciją. Todėl daug skambučių patenka į bendrąją registratūrą”.</p> <p>„Didžiausi srautai pagrindinėje poliklinikoje, ten gal labiausiai nespėja. Pas mus skundžiasi, kad neprisiskambina ten”.</p> <p>„Mano manymu, mes pakankamai spėjame pakelti telefonus”.</p> <p>„Būna, ypač piko metu, kai serga daug, nusiskundimų dėl nepakeliamų skambučių”.</p> <p>„Pas mus išankstinė registratūra, tai daug kas sako, kad neįmanoma prisiskambinti. Į skyrius labiau prieinama [...] telefonai nuolatos skamba, pacientai pastoviai skundžiasi, kad neprisiskambina, kasdieniniai skundai tokie [...] visų ragelių fiziškai neįmanoma pakelti [...] tos informacijos apie kitus skyrius pastoviai skambina pas mus. Informacinio pobūdžio labai daug klausimų”.</p>
	Klaidingos registracijos	„Pasitaiko, kad blogai užsiregistruoja ir atvyksta, tuomet reikia perregistruoti. Būna telefonu registruojasi, neteisingai perskaito siuntimą ir atvažiuoja pas mus”.

		<p>„Žmogus nelabai supranta, siuntimo, dar jo neturi ir ateina iš anksto užsiregistruoti [...] mes kas mėnesį gauname daktarų grafikus ir tikrai ne visas keliam registracijai internetu, nes žmonės pradeda registruotis ten, kur jiems nepriklauso. Čia yra tikrai svarbi problema”.</p> <p>„Būna pasibaigęs siuntimo laikas, tada mes vėl turime siųsti ligonį pas savo šeimos daktarą, kad naują siuntimą išduotų. Nes per mėnesį laiko turi užsirašyti [...] pas mus sistemoje matosi, kada skambino, kada registravosi”.</p> <p>„Su siuntimais būna blogai. Būna tikrai dažnai, atvyksta ir pamatom kad gydytojas nerašė, tai paslaugai, kuriai atvyko. Tada vėl reikia važiuoti atsivežti siuntimą. Bet gydytojas priima, pakonsultuoja”.</p>
	Didelis registratūrų krūvis	<p>„Nesvarbu ar ryte ar popiet visada yra skambučių. Žmonės būna ima skambinti ir per pietų pertraukas, nes matyt tuomet patys labiausiai gali kalbėti. Plius dar čia ateina, yra ką veikti [...] administratorės etato nėra, tiesiog kas spėja tas pakelia [...] galbūt, jeigu skambintų tik registruotis būtų lengviau, o kai skambina su informaciniais klausimais tai mes kokį 15 minučių dar šnekame telefonu. Reikėtų, kad tuo užsiimtų atskiras žmogus”.</p> <p>„Darbuotojų trūksta, nes pacientų kiekis didėja, gydytojų kiekis didėja, o mūsų, registratūroje, tiek pat. Darbas padidėjęs. Tas krūvis labai didelis. Ir registracijai skambučių, irgi tų žmonių turėtų dirbti daugiau”.</p> <p>„Tik srautai labai dideli. Nespėjame skambučių atsiliepti, jeigu daug atvykusių. Čia paskambina pranešti, kad susirgo, neatvyks, prašo pranešti gydytojui”.</p>
Pacientų požiūris	Gydytojų atranka	<p>„Būna specifiškai nori pas vieną gydytoją. Nori patekti pas gydytoją, pas kurį jau yra kažkada buvę, būtent tą specialistą ir laukia”.</p> <p>„[...] bet yra toks pasiskirstymas pas vieną gydytoją, pas kurį jau dabar turėtume rašyti 2020m. ir klausia kodėl taip ilgai, nors kiti gali priimti per mėnesį”.</p> <p>„O specialistai konsultuoja visos Lietuvos pacientus ir mes neturim, šeimos centras, išskirtinumo, mes priimame iš kitų miestų, irgi bendroje eilėje laukia [...] žmonės nusiteikę kad čia vietoje yra specialistai visi ir, kad jie čia galės konsultuotis“.</p>
	Neatvykę užsiregistravę .	<p>„Pasitaiko tokių, kurie užsiregistruoja ir nepraneša, kad neatvyks. Kartais praneša paskutinę minutę arba, kai jo laikas praeina. Priminimo žinutes siunčia automatiškai programa, mes nerašome. Mes iš vakaro</p>

		<p>skambiname pacientams, klausiamo ar atvyks, bet tikrai labai daug nekeliančių ragelių ir mes tiesiog negalim su jais susisiekti”.</p> <p>„Į savaitę gal būna keli pacientai, dažniausiai, kai užsirašo ir negali atvykti jie stengiasi atskambinti mums ir pranešti. Čia labai retai būna kai nepraneša, tada išbraukiam arba perrašom kitai dienai”.</p> <p>„[...] vienetai tikrai kurie neatšaukia ir neatvyksta. Jie tikrai labai saugotas vietas ir atvyksta”.</p> <p>„Būna, kad neatšaukia ir neatvyksta, bet dauguma praneša, nes vis tiek ilgą eilę laukia”.</p>
--	--	--

Apibendrinimas. Problemos kyla pačiame registracijos darbe, pacientai neprisiskambinę į vieną registratūrą, skambina į kitą, kurioje dažniausiai negali būti užregistruotas, taip dar labiau apkraunamas registratūrų darbas. Taip pat pacientai registruojasi ne toms procedūroms, kurioms jiems priklauso. Problemos kyla ir iš pacientų požiūrio. Jie renkasi laukti ilgesnėse eilėse pas pasirinktą gydytoją, nors jo kolega galėtų priimti anksčiau, taip pat nepraneša apie neatvykimą į vizitą. Taip lieka neišnaudotas gydytojų laikas. Tiesa, keliose registratūrose pacientai elgiasi labai atsakingai, praneša apie neatvykimą, bet dažniausiai atvyksta, nes ilgai laukę vizito, jo nenori prarasti.

Papildomai respondentai problemomis vardijo:

„Būna išsiunčiame žinutę neikite į registratūrą, kortelę nunešta, o jie vis tiek ateina”.

„Tik sistema galėtų nestrigti, nes kai užstringa sistema tai ir registracija stringa. Skambina ir negali užregistruoti. Labai dažnai pasitaikantis momentas”.

„Daktaras, kuris rašo siuntimą turėtų informuoti, kur žmogus gali registruotis, nes pacientai sako nežinantys”.

„Daug pacientų dabar eina, tikrai padaugėjo, nes sergamumas didėja Lietuvoje”.

Penktuoju klausimu (*„Ką, Jūsų manymu, reikėtų keisti įstaigos pacientų registravimo sistemoje?”*) norėta išsiaiškinti kas, registratorių nuomone, galėtų padėti objektyviau registruoti pacientus, skatinti greitesnę bei sklandesnę registraciją.

Šiam klausimui iškeltos trys kategorijos.

10 lentelė. Reikalingi pokyčiai registracijoje registratūrų darbuotojų požiūriu

Lentelė 1.10

Kategorija	Patvirtinantis teiginys
Skambučių centras	„Būtų tikslinga, jei vieną telefoną duoti ir jis išskirsto. Skambučių centras gal būtų labai logiška, nes žmogui vis tiek, kol suras, vyresni žmonės jie išvis neraz.

	<p>Skambini vienu telefonu ir gauni daugiau informacijos [...] būtų informacinis kažkoks centras, kur vienas telefonas, keli žmonės suteiktų informaciją”.</p> <p>„Būtų gerai, jei būtų skambučių centras, kuris nukreiptų pacientus iškart, kur jiems reikia”.</p> <p>„Telefonų linijos, kurios iškart peradresuotų paciento skambučių į jam reikiamą skyrių būtų patogiau ir mums, ir pacientams [...] galėtų būti skambinantiesiems įjungtas autoatsakiklis, kuris praneštų, kad registratorė šiuo metu yra užimta, prašoma palaukti. Nes irgi pyksta tikrai žmonės, kad mes nekeliame ragelio jiems [...] skambučių centras manau padėtų”.</p>
Technologijos	<p>„Elektroninė sistema galėtų būti, kad pacientai galėtų prieiti pagal numeriukus prie registratūros langelio. Kad nebūtų tokių pacientų, pribėga, aš tik paklausti noriu. Nes kiti labai pyksta tada žmonės”.</p> <p>„Galbūt galėtų būti elektroninė sistema, parodanti, iš kurios įstaigos ateina pacientas pas mus ir kokiam tikslui jis siunčiamas. Mums čia registratūroje pagelbėtų [...] skambina žmogus ir iškart registratorė mato jo duomenis kompiuteryje”.</p> <p>„Netgi mūsų el. puslapyje painus yra priėjimas, kad surasti mūsų skyriaus kontaktus. Bet suranda kam reikia, kažkaip reikėtų tobulinti galbūt pačią informaciją tinklapiu”.</p>
Gydytojų grafikai	<p>„Grafikų nėra, laikų nėra, jie visi išgraibstomi, na čia tas pats per tą patį toks ratas”.</p> <p>„Stabiliu laiku pateikiami darbo grafikai, nes pacientai skambina nuolat vis klausdami ar yra grafikai”.</p>

Apibendrinimas. Respondentai išskyrė skambučių centro poreikį. Labai pagelbėtų vienas telefono numeris, kuris gebėtų skirstyti skambučius ir peradresuoti į reikiamus skyrius. Taip pat nereikėtų pacientams ieškoti atskirų skyrių kontaktų, kas taip pat minima, kaip problema, nes pacientai dažnai lengvai neranda. Nestabilus gydytojų grafikų pateikimas, taip pat sukelia problemų.

Respondentai taip pat siūlė:

„Profilaktika reikalinga mūsų Lietuvos gyventojas, tada mažiau sirgtų ir mažesnis apkrovimas, greičiau patektų”.

„Mūsų skyriuje reikėtų kokio administruojančio žmogaus, kuris užsiimtų bendravimu su pacientais telefonu, vienu metu atliekame ir konsultacinę darbą, reikia padėti ir gydytojams”.

„Žinoma, jei būtų daugiau specialistų, tai mažesnės eilės būtų laukti.

O vieno skyriaus atstovė teigė, kad sąlygos skyriuje pakankamai geros ir keisti nelabai yra ką: „*Mums viskas gerai. Nesijaučia specialistų poreikio. Įrangos gedimai, aparatų kiekis sudaro eiles. Ilgai trunka ir pačios procedūros. Skambučiai priklauso nuo skambučių srauto, dažniausiai pakeliame tuos skambučius*”.

4.6. Kokybinio tyrimo apibendrinimas

Apibendrinus abiejų informantų grupių išsakytas mintis, galima spręsti, kad dauguma respondentų kaip problemą akcentavo registratūrų funkcionalumą sveikatos priežiūros įstaigos prieinamume, o pokyčiai gerinantys prieinamumą dažnu atveju sukurti įstaigos iniciatyva. Tolimesnis tyrimas apklausiant registratūrų darbuotojus padėjo įsigilinti į pačią registracijos sistemą, iš čia kylančias problemas ir kaip su jomis tvarkomasi.

Ekspertai įstaigos paslaugų prieinamumą išskyrė į dvi kategorijas, galimybę prisiregistruoti ir eilių ilgumą pas gydytojus. Prisiregistravimo galimybes visi laiko gana geras, nes yra galimybės užsiregistruoti per IPR sistemą, telefonu ar atvykus. Greitu metu sistemos valdymą perims Registru centras, todėl nuogaustaujama dėl pokyčių galimos įtakos registracijai. Neplanuojama mokamos telefono linijos paslauga, kuri iki šiol perimdavo nemažai pacientų. Patekimui pas gydytoją lemia, vietomis ji mažina, pacientų atranka pas tam tikrus specialistus, kuomet jie pasirenka laukti ilgiau ir sudaryti dideles eiles pas tam tikrus gydytojus. Taip pat ligoninės gydytojų kvalifikacija dažnai naudojama pacientams, kuriuos galėtų pakonsultuoti ir šeimos gydytojas. Pirmo lygio gydytojai dažnai netiksliai atsiunčia pacientus ar neatlieka visų reikiamų tyrimų ir ligoninėje šie kartojami. Problemų sukelia ir TLK finansavimas už suteiktas paslaugas. Skiriamos kvotos yra nepritaikytos šių dienų pacientų srautams. Pagrindinės problemos trys ekspertai neišskyrė, tačiau likę du nurodė skambučių administravimo problemą. Kaip veiklą pagerinusius veiksnius visi nurodė „Žaliųjų koridorių“ įkūrimą, kuomet tam tikras sąlygas atitinkantiems pacientams, sergantiems onkologinėmis ligomis patenka į kitą laukimo eilę ir patenka greičiau. Taip pat naujai ministro įsakymas dėl nuotolinių konsultacijų buvo realizuotas įstaigos veikloje, tai padeda sumažinti pacientų srautus.

Kiekvieno skyriaus registratūra turi skirtingą, specifiską registracijos sistemą. Retų ligų kabinetuose didelė dalis vizitų neleidžiama pacientams patiems registruotis internetu dėl pacientų daromų klaidų registracijoje. Kiti skyriai IPR sistemoje pateikia tam tikrą skaičių vizitų, į kuriuos gali registruotis pacientai. Visi skyriai vienu metu kelia telefonų ragelius ir aptarnauja gyvą eilę. Tuomet prioritetas suteikiamas atvykusiems žmonėms, būna ir tų, kurie kartais atvyksta neprisiskambinę. Skambučiai ne visi pakeliami. Skyrių srautus perima pagrindinė registratūra, nes ir čia galima registruoti pacientus iš kitų, tam tikrų skyrių. Tačiau čia gaunama daugiausiai skundų dėl nepakeliamų telefono

ragelių. Dažna problema, kad skambučiai susiję su bendros informacijos suteikimu, kuo respondentų nuomone turėtų užsiimti informacijos centras ar siūlomas skambučių centras.

Abiejų grupių respondentai, kaip trukdžius sklandžiai veiklai nurodė darbuotojų trūkumą, laiku nepateikiamus gydytojų grafikus, neatvykusius į vizitą ir apie tai nepranešusius pacientus. Ekspertai plačiau apžvelgė „prieinamumo“ sąvoką, išskirdami prisiregistravimo galimybes bei pati paslaugos suteikimą. Registratūrų darbuotojai objektyviau vertino ekspertų jau įvardintas registravimo problemas.

IŠVADOS

1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – sudėtinga daugiadimensinė sąvoka, turinti daug aspektų, pagal Sveikatos sistemos įstatymo 2 str. ši sąvoka skiriama į organizacinio, komunikacinio ir finansinio aspektus. Tyrime analizuojama ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų organizacinis prieinamumas, kuriam būdingos pacientų laukimo eilės, pačios įstaigos organizuojama veikla, paslaugų administravimas ir vadyba.
2. Tarptautiniame kontekste sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas dažniausiai lyginamas pagal OECD, PSO, EU-SILC, Eurostat, EHIS tyrimus, pagal tuos pačius rodiklius, stengiantis išlaikyti tas pačias tyrimo sąlygas. Organizaciniu aspektu dažniausiai analizuojamas laikas, per kurį pacientas patenka pas gydytoją, pacientai, kurie nenuvyko gydytis dėl sunkaus prieinamumo, nors buvo siunčiami. Šioms problemoms spręsti Europos Sąjungos politikoje nuolat minima e-sveikatos svarba, padidėjo Europos Sąjungos lėšos, skiriamos sveikatos priežiūrai šalims narėms.
3. Lietuvos sveikatos sistema vertinama blogiau, nei Olandijos, palyginus šių šalių vykdomas politikas, išryškėja Olandijos stiprus prioritetas pirminio lygio paslaugoms, atidaromi nauji skyriai, didinamas pirminio lygio specialistų etatas. Lietuvoje, vykstant įstaigų restruktūrizavimui, priešingai, uždaromi greitosios medicinos pagalbos centrai, nors ambulatorinės paslaugos plečiamos, didinamas dienos stacionarų kiekis.
4. Analizuojamos įstaigos 2016-2025m. strateginio veiklos plano laukiamuose rezultatuose nurodytas paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo pagerėjimas. SAM ministro įsakymas, kuriuo nurodyta, per kurį laiką privalo būti užregistruoti pacientai, apsunkino įstaigų veiklą, dažnai darbuotojai būna kaltinami pacientų ir politikų, tačiau ASPĮ tokie darbo trukdžiai yra daug aktualiau nei politikams. Registruojamų pacientų srautą įstaigoje kontroliuoti padeda Internetinė pacientų registracijos (IPR) sistema, o pacientų medicininiai duomenys keliami į elektroninę ligos istorijos (ELI) informacinę sistemą, įstaigoje veikia 13 skirtingų skyrių registratūrų.
5. Tyrimo metu išryškėjo nacionalinės sveikatos sistemos problemos: nepakankamos kompensuojamųjų paslaugų iš PSDF kvotos, specialistų trūkumas, klaidingi ar nereikalingi siuntimai, kai siunčiamus pacientus siunčiantys gydytojai galėtų gydyti savo kompetencijų ribose, e-sistemos neveiknumas, tyrimai kartojami jų negavus iš pirminio lygio, šių problemų įstaigos nepajėgios sukontroliuoti, jas spręsti turėtų valstybė, formuodama tinkamą sveikatos politiką. Pagrindinės pačios ligoninės problemos: nesukontroliuojamas skambučių skaičius, nors pati įstaiga rengia eilių mažinimo planus, vykdo eilių stebėseną, o nesant gydytojų grafikams, įtraukia pacientus į laukiančiųjų eiles.

6. Išanalizavus registratūrų darbuotojų nuomonę, pastebima, kad visuose skyriuose priimami atvykę pacientai ir keliami skambučiai vienu metu, prioritetas suteikiamas atvykusiems, todėl skambučiai nepakeliami, autoatsakiklio nebuvimas, skatina pacientus skambinti pakartotinai, didelė dalis skambučių – informacinio pobūdžio. Problemų kelia pacientų klaidingos registracijos, neatvykimai nepranešus. Respondentai siūlo skambučių centrą, kuriame skambučiai būtų peradresuojami, informaciją suteiktų informacijos centras.

PASIŪLYMAI

LR SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJAI:

1. Perorganizuoti būsimų specialistų poreikio apskaičiavimą, akcentuojant ne išėinančius į pensiją gydytojus, tačiau atkreipiant dėmesį ir į galimą pasitraukimą iš mokslų, praėjusių metų įgyvendinimą, įstaigų poreikius.
2. Suteikti daugiau kompetencijų pirminio lygio specialistams, aiškiai jas apibrėžti. Kuomet trūksta aiškumo, išrašomi siuntimai pas antrinio lygio specialistus, kur sprendimus galėtų priimti šeimos gydytojas. Tai išspręstų ir trūkstamų pajamų paslaugoms apmokėti klausimą.
3. Esant dideliame specialistų krūviui, atliekant darbus, kuriems jų kompetencijos nereikia, įdiegti naujas specialistų klases, kurie galėtų tuos darbus perimti.
4. Analizuoti įdiegtas prieinamumo gerinimo priemones, vertinti jų poveikį.
5. 2015-2017 m. vykęs sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų konsolidavimas vyko netolygiai, savivaldybės nepajėgios spręsti šios problemos, todėl reikėtų perimti šio proceso valdymą nacionaliniu mastu.
6. Savivaldybėse planuojant tolimesnius reformų planus, reikia ieškoti priežasčių lėmusių sveikatos priežiūros trūkumus. Vertinti trukdžiusius veiksnius, kad jie nesikartotų ateityje.
7. Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų nuolatinis švietimas, informavimas apie pokyčius. Kokiais atvejais ir kaip rašyti siuntimus.

VALSTYBINEI LIGONIŲ KASAI IR TERITORINĖMS LIGONIŲ KASOMS:

1. Tiksliai įvertinti išnaudojamų kompensuojamų paslaugų poreikį įstaigose. Reikalingas objektyvus įstaigos veiklos ir resursų panaudojimo vertinimas.
2. Viešai informuoti pacientus, kuriose įstaigose yra išnaudotos kvotos.

LIGONINEI:

1. Įdiegti skambučių centrą, daugeliui Lietuvos gyventojų didžiausia problema patekti pas gydytoją – tai sudėtingas prisiskambinimas į registratūrą, todėl ši problema yra išties aktuali.
2. Išplėsti informacijos skyrių, perkelti pacientų su bendrais klausimais srautą iš registratūros.
3. Reikalingas mechanizmas, kontaktui su siunčiančiomis įstaigomis. Jas informuoti, kad klaidos nesikartotų ateityje.
4. Paskirti etatą, kuris būtų atsakingas už nuotolines konsultacijos gydymo įstaigoms. Padėtų įvertinti, ar pacientą reikia siųsti į trečią lygį.
5. Vystyti projektą, kuomet pacientų sveikatos rodmenis gydytojai gauna nuolatos, gaudami signalus, taip sumažindami nuolatinių pacientų srautus, juos iškviečiant tik ligai paūmėjus.

BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. „Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartija (2016/C 202/02)“ 35str., žiūrėta, 2018-10-15, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=GA>
2. „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo 2014 m. Birželio 26 d. Nr. XII-964“, TAR, žiūrėta, 2019-01-20, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08/OgmllScvCJ>
3. „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo 2009 m. Gruodžio 18 d. Nr. V-1051“ TAR, žiūrėta, 2019-02-15, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.362269/stNqrxHDGH>.
4. „Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES, 2011m. kovo 9d. dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo“, žiūrėta, 2019-02-22, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0024>.
5. Valstybinės ligonių kasos prie SAM direktoriaus įsakymas, „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutarties standartinių sąlygų patvirtinimo“, 2014 m. Vasario 6 d. Nr. 1k-23, žiūrėta: 2018-10-16, <https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=3b3006708f2211e38a66b69ac9e82689>.
6. „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotų ambulatorinių, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamų, žmogaus genetikos, stebėjimo ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms kompensuotu planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2013, žiūrėta, 2018-10-16, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.A7DDF3CB0063>.
7. „Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15², 15³ straipsniais įstatymo Nr. XII-2538 2, 3 ir 5 straipsnių pakeitimo įstatymas, 2017m. gruodžio 19 d. Nr. XIII-903“, žiūrėta: 2018-03-19, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/065574b0eb0f11e7acd7ea182930b17f>.
8. „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligonių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo Vyriausybės 2015-12-09 nutarimu Nr. 1290“, žiūrėta, 2019-03-15, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/46a7a2709f4111e591078486468c1c39?jfwid=-9dzqneua7>.
9. „Dėl valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014-10-28 įsakymo Nr. 1K-287 „Dėl asmenų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles ir šių eilių stebėsenos tvarkos aprašo ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėsenos ataskaitų formų patvirtinimo VLK direktoriaus Įsakymo pakeitimo, 2018-05-29, Nr. 1K-154, žiūrėta, 2019-02-25, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3b00c1b2644011e8b7d2b2d2ca774092>.
10. „Dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo 2018-07-19, Nr. V-824“, Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, žiūrėta, 2019-03-05, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/4ae9f5308c0211e8aa33fe8f0fea665f?jfwid=11dyhelyw5>.
11. „Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas 1996-06-06, Nr. I-1367“, žiūrėta, 2019-03-15, <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C81BD50A27C6/asr>.
12. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija „Dėl 2017 metų veiklos ataskaitos pateikimo Nr. (1.1.20-281)10-1934“, žiūrėta 2018-11-26, https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/2018-03-08%20raštas%20Nr_%2010-1934.pdf.
13. „Lietuvos Respublikos Vietos savivaldos įstatymas, 1994m. liepos 7 d. Nr. I-533“, TAR, žiūrėta: 2018-04-29, https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D0CD0966D67F/TAIS_474775
14. „Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, aktuali redakcija nuo 2010-11-27, žiūrėta, 2018-12-12, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905?jfwid=q8i88mcob>.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo 2007-12-14, Nr. V-1026“, žiūrėta 2018-11-26, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.311861/ZEKjLWcogl>.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pacientų registravimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti tvarkos aprašo patvirtinimo 2018-07-16, Nr. V-812“, žiūrėta, 2019-03-14, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/51fc98218f3411e8aa33fe8f0fea665f?jfwid=q8i88mfud>

Kiti šaltiniai:

17. Adeleke, R. A., Ogunwale, O. D., & Halid, „Application of Queuing Theory to Waiting Time of Out-Patients in Hospitals“. *Pacific Journal of Science and Technology*, 2009, 10(2):270-274.

18. Arora, V. S. ir kt., „Data Resource Profile: The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)”, *Int J Epidemiol*, 2015, 44(2): 451-461.
19. Bate P., *Perspectives of Context*. London Health Foundation, 2014.
20. Barua B., Esmail N., „Waiting your turn: wait times for health care in Canada”, Fraser Institute Report, 2012, žiūrėta, 2019-03-18, <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/waiting-your-turn-2013.pdf>.
21. Jean-Frederic Levesque, Grant Russell ir Mark F Harris „Patient – centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations”, *International Journal for Equity in Health*, 12(1):18 (2013): 1-3, žiūrėta, 2018-12-29, https://www.researchgate.net/publication/236051412_Patient-centred_access_to_health_care_Conceptualising_access_at_the_interface_of_health_systems_and_populations.
22. Joost Wammes ir kt., „The Dutch Health Care System”, žiūrėta: 2019-01-20, <https://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>.
23. Joumard Isabelle ir kt., „Health Care Systems”, *OECD Economics Department Working Papers No. 769*, 25 (2010): 13, žiūrėta, 2018-12-21, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmfp51f5f9t-en.pdf?expires=1546249276&id=id&accname=guest&checksum=95CE6826ED95342E6A80BA3A6D4F1E18>.
24. Jurevičiūtė S. and Kalėdienė R. „Regional inequalities of avoidable hospitalisation in Lithuania: Health Policy and Management, Vol 1, Issue 9, 2016.
25. Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, JUDEX leidykla, 2002: p. 76-84.
26. Kavalier F., Alexander R. S., *Risk management in health care institutions: limiting liability and enhancing care. 3rd ed.* (Burlington: Jones and Bartlet Learning, 2014).
27. Kosinskienė A. ir Ruževičius J. „Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui”, *Visuomenės sveikata* 1(52) (2011): 13–29.
28. Martin Gulliford, Jose Figueroa-Munoz and etc., „What does “access to health care mean?”, *Journal of Health Services Research & Policy*, July 1 (2002), žiūrėta: 2018-12-29, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135581902760082517>.
29. McCartney, M., *The patient paradox* (London: Pinter & Martin Publishers, 2013)
30. Mehendiratta Reetu, „Application of Queuing theory in Health Care”, *International Journal of Computing and Business Research*, ISSN (online): 22296166, Vol. 2 Issue 2 May 2011.,
31. OECD *Review of health systems - Lithuania, 2018*, 22, žiūrėta, 2019-03-15, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lithuania_9789264300873-en#page2.
32. Purdy, S., T. Griffin, C. Salisbury and D. Sharp, „Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians.” *Public health* 2009, 123(2): 169-173.
33. Teritorinės ligonių kasa, žiūrėta: 2018-03-19, <http://www.vlk.lt/struktura-ir-kontaktai/teritorines-ligoniu-kasos>.
34. Tooke J., *Future of healthcare in Europe*. The Future of Healthcare in Europe Conference, May 2011, London.
35. Valstybinė ligonių kasa, „Receptus vaistams bus galima pratęsti nuotoliniu būdu”, žiūrėta, 2019-03-10, <http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Receptus-vaistams-bus-galima-pratęsti-nuotoliniu-budu.aspx>.
36. Valstybinė ligonių kasa „Pratęsti receptus medicinos pagalbos priemonėms jau galima telefonu”, žiūrėta 2019-03-10, <http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/Pratęsti-receptus-medicinos-pagalbos-priemonems-jau-galima-telefonu.aspx>.
37. Vilniaus teritorinė ligonių kasa, Veiklos sritys, žiūrėta: 2018-03-19, <http://www.vilniaustlk.lt/index.php?id=2435>
38. V. Janušonis, „Organizacinė elgsena ir kokybė sveikatos priežiūroje”, (Vilnius: LEIDYKLA, 2017), 15.
39. „Access to Healthcare in Europe” *The Economist Intelligence Unit Limited*, 2017, 6, žiūrėta, 2019-01-15, <http://accessstohealthcare.eiu.com/wp-content/uploads/sites/42/2017/06/AccessstohealthcareinEurope.pdf>
40. „Accessibility”, World Health Organization, žiūrėta: 2018-12-30, <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en/>.
41. „Ageing Report projects the effects on health care spending up to 2060”, The 2015 Commission-EPC.
42. „Apsilankymai pas gydytojus Lietuvoje 1998-2017m.”, Higienos institutas, žiūrėta 2018-11-26, http://hi.lt/php/spiv1.php?dat_file=spiv1.txt.
43. „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?”, 2013-02-28 Nr. VA-2017-P-900”, 3-4.
44. „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą”, Valstybinio audito ataskaita, 2018m. lapkričio 18d., Nr. VA-2018-P-10-1-10, 11, 10-48.
45. „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas” Valstybinio audito ataskaita, 2018m. rugsėjo 28d. Nr.VA-2018-P-9-3-9.
46. „Benchmarking access to healthcare in the EU: Expert Panel of effective ways of investing in Health (EXPH)”, European Commission, 2018, 15-18, 21, žiūrėta: 2018-01-19, https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf.
47. „Communication from the commission: On effective, accessible and resilient health systems”, European Commission, 2014, žiūrėta: 2018-02-06, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_en.pdf
48. „Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health”, Commission on Social Determinants of Health, 2008. Geneva, žiūrėta, 2018-12-20, https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf.

49. „DisruptiveInnovation: Considerations for healthand health care in Europe”, *Expert Panel on effective ways of investing in health*, European Commission, 2016, žiūrėta: 2018-02-06, https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/012_disruptive_innovation_en.pdf
50. „Euro Health Consumer Index 2017”, Health Consumer Powerhouse, 2017, 30-43, žiūrėta: 2018-10-15, <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2018/02/EHCI-2017-report.pdf>.
51. „Euro Health Consumer Index”, Health Consumer Powerhouse, 2014, 29, žiūrėta, 2018-03-19, <https://www.slideshare.net/Emergency-Live/ehci-euro-health-consumer-index-2014>
52. „Expert panel of effective ways of investing in health”, European Commission, 2017, žiūrėta: 2018-01-19, https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/mandate_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf.
53. „Gyventojų sveikatos raštingumo vertinimas”, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas, 2017, žiūrėta, 2019-03-20, [http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/Lankstukai/Sveikatos_rastingumo_vertinimas.%202017%20\(1\).pdf](http://www.smlpc.lt/media/image/Naujienoms/2017%20metai/Lankstukai/Sveikatos_rastingumo_vertinimas.%202017%20(1).pdf).
54. „Health Accounts methodology”, World Health Organization, žiūrėta: 2019-02-05, <https://www.who.int/health-accounts/methodology/en/>
55. „Health in the European Union – facts and figures”, 2015, žiūrėta, 2018-12-12, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_in_the_European_Union_-_facts_and_figures&oldid=402413.
56. „Healthcare expenditure by provider”, 2015, Eurostat, žiūrėta 2018-12-10, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_provider,_2015_\(%25_of_current_healthcare_expenditure\)_FP18b.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_provider,_2015_(%25_of_current_healthcare_expenditure)_FP18b.png).
57. „Healthcare expenditure statistics”, Eurostat, 2015, žiūrėta 2018-11-26, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure_by_provider.
58. „Joint Report on Health Care and Long-term Care Systems and Fiscal Sustainability” European Commission, 2016, 1, žiūrėta, 2018-12-15, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/ip037_voll_en_2.pdf.
59. „Korupcijos suvokimo indeksas”, Transparency International, 2017, žiūrėta, 2018-08-05, <http://www.transparency.lt/korupcijos-suvokimo-indeksas-ksi/>.
60. „Lietuvos korupcijos žemėlapis”, 2016 žiūrėta: 2018-08-05, http://www.transparency.lt/wp-content/uploads/2017/03/LKZ_2016-1.pdf.
61. „Lietuvos statistikos metraštis, 2018”, Lietuvos statistikos departamentas, 2018, 73, žiūrėta: 2018-11-26, <https://osp.stat.gov.lt/services-portlet/pub-edition-file?id=31620>.
62. „Lithuania Health system review”, Health Systems in Transition Vol. 15 No 2, 2013, žiūrėta: 2018-10-15, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/192130/HiT-Lithuania.pdf.
63. „Long-term care resources and utilisation” OECD Health Statistics 2017, žiūrėta: 2018-11-26, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
64. „Misija”, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, žiūrėta, 2018-03-19, <https://sam.lrv.lt/lt/apie-ministerija/misija>.
65. „Monitoring access to healthcare to improve policy making. Opinion by the Exper Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)”, Europos Komisijos Ekspertų grupė, 2017, žiūrėta, 2018-12-28, https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/fact_sheets/factsheet_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf
66. „Netherlands: Health system review Vol. 18 No. 2 2016”, Health Systems in Transition, 35 - 140, žiūrėta: 2019-01-20, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf?ua=1.
67. „Physicians, by speciality, 2015, Eurostat, žiūrėta 2018-11-26, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Physicians,_by_speciality,_2015_HLTH17.png.
68. „State of Health in the EU. Companion Report, 2017, 10, žiūrėta, 2018-12-20, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf.
69. „State of Health in the EU: Lietuva, Šalies sveikatos profilis 2017”, Europos Komisija, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_lt_lithuanian.pdf, žiūrėta: 2018-11-26
70. „State of Health in the EU: Netherlands. Country Health Profile 2017”, žiūrėta, 2018-11-26, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_nl_english.pdf.
71. „Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas 2017m.”, Higienos institutas, žiūrėta 2018-12-10, http://hi.lt/php/spr1.php?dat_file=spr1.txt.
72. „Šeimos medicinos plėtrai – ES investicijos”, Lietuvos Respublikos apsaugos ministerija, 2018, žiūrėta, 2018-10-15, <http://sam.lrv.lt/lt/naujienos/seimos-medicinos-pletrai-es-investicijos>
73. „Rekomendacijų įgyvendinimo ataskaita 2019 kovo mėn. 5d.”, Valstybės tarnyba.
74. „Reviews of Health Systems: Lithuania 2018”, OECD, 2018, 55-56, žiūrėta: 2019-01-26, <http://www.oecd.org/countries/lithuania/lithuania-9789264300873-en.htm>.

75. „Teisės aktų, susijusių su asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimu ir teikiamų paslaugų kokybės priežiūra, sąrašas”, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, žiūrėta, 2018-03-19, <http://www.vaspvt.gov.lt/node/338>.
76. „Unmet health care needs statistics”, Eurostat, 2018, žiūrėta: 2018-11-26, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics.
77. „Vyriausybės programos įgyvendinimo plano, patvirtinto vyriausybės 2017m. kovo 13d. nutarimu Nr. 167, vykdymo 2018 metais pažangos ataskaita”, 2019, 149, žiūrėta, 2019-03-24, https://lrv.lt/uploads/main/documents/files/VPIP%20ataskaita%20uz%202018%20m_2019-03-06.pdf.
78. „2017-2018 metų ES Tarybos rekomendacijų Lietuvai įgyvendinimo priemonių plano apžvalga”, 15, žiūrėta, 2019-03-24, <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-national-reform-programme-lithuania-annex-lt.pdf>.
79. „2015-2018m. Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo rezultatai”, VLK.

Peseckytė J. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo politika pasirinktoje įstaigoje / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. Dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos mokslų institutas, 2019. – 90 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotas ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pasirinktoje įstaigoje. Vertintos išskylančios problemos, trukdančios pacientams patekti pas gydytoją, pateikti pasiūlymai, kaip būtų galima šias problemas spręsti. Teorinėje dalyje analizuota sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvokos reikšmė, jos daugiadimensiškumas ir rodikliai pagal kuriuos ji vertinama. Palyginta Lietuvos sveikatos sistema paslaugų prieinamumo aspektu su vienos pirmaujančių Europos šalių – Olandijos sveikatos sistema. Atrasti esminiai sistemų skirtumai, kurie lemia tokius skirtingus rezultatus. Trečiojoje dalyje aptarta analizuojamos sveikatos priežiūros įstaigos veikla. Ketvirtojoje – nagrinėjamas įstaigos ekspertų ir registratūrų darbuotojų ambulatorinių paslaugų prieinamumo vertinimas.

Pagrindinės sąvokos: sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, registracija, laukimo eilės, IPR.

Peseckytė J. The improvement policy of accessibility to outpatient services in a health care institution / Final Master's thesis in Health policy and Management. Academic supervisor prof. D.Jankauskiene, PhD. Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2019. – p. 90

ABSTRACT

This Master's thesis analyses the improvement policy of accessibility to outpatient services in a selected clinic. It assesses the issues causing difficulties in accessing medical care, gives proposals to potential solutions to the problems. The theoretical part analyses the term of the accessibility to health care, its multidimensionality and indicators on which the term is assessed. A comparison of accessibility to health care providers is made between Lithuania and the system of one of the most leading countries in this field in Europe - the Netherlands. Substantial differences found between the systems are the likely cause of such different results. The third part discusses the practice of the selected clinic. The fourth part analysis the viewpoint of experts and reception staff of the clinic on the current accessibility to outpatient services.

Key terms: accessibility to outpatient services, registration, waiting times in queues, online registration system.

Peseckytė J. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo politika pasirinktoje įstaigoje / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. Dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos mokslų institutas, 2019. – 90 p.

SANTRAUKA

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nagrinėjamas daugeliu aspektų. Vienas dažniausiai tyrimuose akcentuojamų ir daugiausiai pacientams problemų sukeliantis - organizacinis prieinamumas. Šis aspektu analizuojamos susidariusios eilės pas gydytoją, registracijos sistema. Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje vykdomi projektai šiai problemai spręsti, investuojami pinigai. Aktualu išsiaiškinti, kuriose sveikatos sistemos dalyse iškyla problemos, kad būtų galima jas tikslingai spręsti.

Darbo tikslas: įvertinti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo politiką pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje. **Darbo uždaviniai** tikslui pasiekti: Išanalizuoti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvokos daugialypiškumą ir su tuo susijusią politiką tarptautiniame kontekste; palyginti Lietuvos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo politiką su gerai šią politiką organizuojančia šalimi; ištirti pasirinktos Lietuvos ligoninės organizacinio ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo politiką; atlikti pasirinktos Lietuvos ligoninės ambulatorinių paslaugų prieinamumo organizaciniu aspektu analizę. **Tyrimo objektas.** Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo politika sveikatos priežiūros paslaugų įstaigoje. **Darbo metodai.** Taikytas mokslinės literatūros, teisės aktų aprašymo ir analizės, apibendrinimo, palyginamosios analizės metodai, kokybinis - pusiau struktūrizuotas interviu. Rezultatai įvertinti turinio analizės ir apibendrinimo metodais.

Išvados: Lietuvoje ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nėra pakankamas. Tiroje įstaigoje išryškėjo nacionalinės problemos: gydytojų trūkumas, neveiksni e-sveikatos sistema, sunkus bendradarbiavimas tarp įstaigų, išnaudotos kompensuojamų paslaugų iš PSDF kvotos nekompensuojamos. Ligoninės problemos: įstaigos autoritetas, pacientai važiuoja iš visos Lietuvos, nepajėgi registracijos telefonu sistema. Įstaigoje priimami sprendimai prieinamumui gerinti, sukurtos „laukiančiųjų eilės“, plečiama įstaigos veikla, įdarbinami nauji specialistai. Valstybė turėtų atsakingiau analizuoti specialistų poreikį, vertinti priimtų priemonių prieinamumui gerinti poveikį, reikėtų tikslingesnio kompensuojamų paslaugų reglamentavimo, kuris padėtų įstaigoms priimti daugiau pacientų, o ne trukdytų.

Peseckytė J. The improvement policy of accessibility to outpatient services in a health care institution / Final Master's thesis in Health policy and Management. Academic supervisor prof. D.Jankauskiene, PhD. Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2019. – p. 90

SUMMARY

Accessibility to health care providers can be analysed from different aspects. One of the most highlighted by researchers and most problems for patients causing factors is organizational accessibility. It includes long waiting times, complicated bookings system. In Lithuania, like in the rest of the world, money is being invested and various projects are being carried out to solve the problems. In order to find an effective solution, it is of high importance to understand which part of the health care system the issues stem from.

The aim of the study: to evaluate the improvement policy of accessibility to outpatient services in a selected clinic. **The objectives of the study:** to examine the multidimensionality of the concept of accessibility to outpatient services and the related policy in international context; to compare the accessibility to outpatient services in Lithuania with a leading country in this sector; to examine the policy of organizational accessibility to outpatient services of a selected hospital in Lithuania; to do analysis of accessibility to outpatient services from an organizational aspect of a selected hospital in Lithuania. **The object of the study:** the improvement policy of accessibility to outpatient services in a health care institution. **The methods of the study:** applied scientific literature, description and analysis of legislation, generalization, comparative analysis methods, qualitative and half-structured interviews. Results evaluated applying analysis of the content and generalization methods.

The conclusion: Accessibility to outpatient services in Lithuania is not adequate. Results of the analysed clinic reveal the following national issues: shortage of doctors, insufficient e-health system, lack of collaboration between institutions, once quotas from the Compulsory Health Insurance Fund (CHIF) run out, some further health care services provided are not compensated. Problems of the clinic: highly prestigious status, patients come from all over Lithuania, deficient phone bookings system. The clinic has adopted several solutions to improve the accessibility, created queuing system. It seeks to expand the clinic's practice and hires new specialists. The state should analyse the need for specialists more carefully, evaluate the effect of the adopted means to improve the accessibility. There should be a more sensible regulatory framework for compensated services that would help the hospitals to admit more patients and not hinder the process.

PRIEDAI

Forma patvirtinta Mykolo Romerio universiteto
Senato 2012 m. lapkričio 20 d. nutarimu Nr.1SN- 10

PATVIRTINIMAS APIE ATLIKTO DARBO SAVARANKIŠKUMĄ

2019 - 04 - 16
Vilnius

Aš, Mykolo Romerio universiteto (toliau – Universitetas), Politikos mokslų instituto, Sveikatos politikos ir vadybos magistro programos studentė Jolita Peseckytė, patvirtinu, kad šis magistro baigiamasis darbas „Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo politika sveikatos priežiūros įstaigoje“:

1. Yra atliktas savarankiškai ir sąžiningai;
2. Nebuvo pristatytas ir gintas kitoje mokslo įstaigoje Lietuvoje ar užsienyje;
3. Yra parašytas remiantis akademinio rašymo principais ir susipažinus su rašto darbų metodiniais nurodymais.

Man žinoma, kad už sąžiningos konkurencijos principo pažeidimą – plagijavimą studentas gali būti šalinamas iš Universiteto kaip už akademinės etikos pažeidimą.

(parašas)

(vardas, pavardė)

Klausimynas ekspertams

1. Kaip vertinate ligoninės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą?
2. Kokias pagrindines problemas išvelgiate įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamume?
Kuri problema svarbiausia, kurią reikia spręsti?
3. Ką manote apie ligoninės informacijos sklaidą, pacientų informavimą?
4. Kokie ligoninėje įgyvendinti pokyčiai manote pagerino sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą?
5. Kaip, Jūsų nuomone, būtų galima pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Jūsų įstaigoje?

Klausimynas registratūroms

1. Keliais telefonais dažniausiai galima prisiskambinti Jūsų registruojamame skyriuje vienu metu? (Ar tik tame skyriuje, ar skambinama ir per pagrindinę konsultacijų poliklinikos registratūrą).
2. Ar daug skambinančiųjų nori ne registruotis, tačiau klausia bendros informacijos? Kokie papildomi klausimai užduodami registratoriams?
3. Ar vienu metu priimate skambučius ir aptarnaujate atvykusius pacientus?
4. Kokios problemos įstaigos registracijos sistemoje, Jūsų manymu, mažina paslaugų prieinamumą?
5. Ką, Jūsų manymu, reikėtų keisti įstaigos pacientų registravimo sistemoje?