MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA

JELENA KOZUPEJEVA

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO TYRIMAI: LAUKIMO EILĖ PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS TEIKIANČIOJE ĮSTAIGOJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Doc. dr. A. Gaižauskienė

VILNIUS

2013

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ KATEDRA

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO TYRIMAI: LAUKIMO EILĖ PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS TEIKIANČIOJE ĮSTAIGOJE

Viešojo administravimo magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 621N71001

Vadovas

_____ Doc. dr. A. Gaižauskienė

2013 -

Recenzentas

_____

2013

Atliko

_____stud. J. Kozupejeva

2013 -

VILNIUS

2013

TURINYS

LENTELĖS **4**

PAVEIKSLAI **5**

SANTRUMPOS **7**

ĮVADAS **8**

1. LITERATŪROS APŽVALGA **12**

1.1 Pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimas **12**

1.2 Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo struktūra **16**

1.3 Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas **21**

1.4 Laukimo eilė pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje **26**

1.5 Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo – laukimo eilės tyrimai **29**

1.6 Laukimo eilė pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose Kanadoje ir JAV **33**

1.7„Išankstinė pacientų registracijos sistema“ **38**

2. TYRIMO METODOLOGIJA **41**

3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ **43**

3.1. Demografinė analizė **43**

3.2. Paslaugų organizavimo sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimas **44**

3.3. Laukimo eilių sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimas **48**

3.4. Laukimo eilių priežasčių vertinimas **61**

IŠVADOS **66**

REKOMENDACIJOS IR PASIŪLYMAI **68**

LITERATŪROS SĄRAŠAS **69**

ANOTACIJA **75**

ANNOTATION **76**

SANTRAUKA **77**

SUMMARY **78**

PRIEDAI **80**

LENTELĖS

1 lentelė. **Planavimas apsilankyti pas šeimos gydytoją iš anksto priklausomai nuo pasitenkinimo sveikatos priežiūros įstaigos darbu 45**

PAVEIKSLAI

1pav. **Sveikatos priežiūros sistemos lygiai……13**
2 pav. **Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių…….43**
3 pav. **Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį……..43**
4 pav. **Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą……...44**
5 pav. **Tiriamųjų pasitenkinimas sveikatos priežiūros įstaigos darbo laiku…….44**
6 pav. **Patogiausias laikas planuoti vizitą pas šeimos gydytoją……..……46**
7 pav. **Patogiausias laikas planuoti vizitą pas šeimos gydytoją, priklausomai nuo socialinės padėties.....46**
8 pav. **Registracijos pas šeimo gydytoją laiko rinkimosi priežastys……...47**
9 pav. **Patogiausias laikas planuoti vizitą pas šeimos gydytoją, priklausomai nuo priežasčių, kodėl jie renkasi tokį vizito pas šeimos gydytoją laiką.....48**
10 pav. **Išankstinis planuojamas laikas apsilankyti pas šeimos gydytoją……...48**
11 pav. **Registracijos pas šeimos (bendrosios praktikos) gydytoją būdai……..49**
12 pav. **Planavimas apsilankyti pas šeimos gydytoją iš anksto priklausomai nuo registravimosi pas šeimos gydytoją būdo……..50**
13 pav. **Registravimosi pas šeimos gydytoją būdas priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus...51**
14 pav. **Skirtumai laukiant vizito užsiregistravus internetu ar registratūroje, priklausomai nuo to, kokiu būdu tenka registruotis pas šeimos gydytoją…….52**
15 pav. **Priežastys, dėl kurių reikia dar kreiptis į regirstratūrą, priklausomai nuo to, kokiu būdu tenka registruotis pas šeimos gydytoją……52**
16 pav. **Žinojimas apie tai, kad galima registruotis internetu ir tuo naudojimasis……...53**
17 pav. **Žinojimas apie tai, kad galima registruotis internetu ir tuo naudojimasis, priklausomai nuo amžiaus……..54**
18 pav. **Respondentų nuomonė apie tai, ar yra skirtumas laukiant vizito užsiregistravus internetu ar registratūroje……..55**
19 pav. **Laukimo registratūroje laikas……...56**
20 pav. **Tiriamųjų nuomonė apie sugaištamą laiką registratūroje norint užsiregistruoti pas šeimos gydytoją……56**
21 pav. **Tiriamųjų, laukiančių skirtingą laiką registratūroje, nuomonė apie sugaištamą laiką registratūroje norint užsiregistruoti pas šeimos gydytoją……..57**
22 pav. **Priežastys, dėl kurių reikia dar kreiptis į registratūrą……58**
23 pav. **Dienų skaičius, kurį tenka laukti planinio vizito pas savo šeimos gydytoją……..59**
24 pav. **Dienų skaičius, kurį tenka laukti planinio vizito pas savo šeimos gydytoją, priklausomai nuo to, kokiu būdu tenka registruotis pas šeimos gydytoją…….59**

25 pav. **Dienų skaičius, kurį tenka laukti planinio vizito pas savo šeimos gydytoją, priklausomai nuo respondentų amžiaus……60**
26 pav. **Laikas, kada jie patenka pas gydytoją, atvykus į sveikatos priežiūros įstaigą talonėlyje nurodytu laiku……61**
27 pav. **Priežastys, dėl kurių reikia laukti šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo konsultacijos……62**
28 pav. **Priežastys, dėl kurių respondentai nepatenka pas gydytoją nurodytu laiku……62**
29 pav. **Priežastys, dėl kurių respondentai nepatenka pas gydytoją nurodytu laiku, priklausomai nuo laiko, kada patenka pas gydytoją, atvykę talonėlyje nurodytu laiku…..63**
30 pav. **Respondentų nuomonė apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje……..64**
31 pav. **Tiriamųjų nuomonė apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje, priklausomai nuo to, kiek jiems laiko tenka laukti……...……...65**
32 pav. **Situacijų buvimas, kai dėl ilgų užsirašymo eilių, nepavyko net užsiregistruoti ir patekti pas šeimos gydytoją……65**

SANTRUMPOS

LR	Lietuvos Respublika
ES	Europos Sąjunga
LNSS	Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
m	metai
pav	paveikslas
proc	procentai
PSO	Pasaulinė sveikatos organizacija
JAV	Jungtinės Amerikos Valstijos
min	minutė
val	valanda
PSP	Piriminė sveikatos priežiūra
PSPĮ	Pirminės sveikatos priežiūros įstaiga
ASPĮ	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
VšĮ	Viešoji įstaiga
VLK	Valstybinė ligonių kasa
BPG	Bendrosios praktikos gydytojas
PAASP	Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra
SP	Sveikatos priežiūra
BVP	Bendrasis vidau produktas
p	Statistinis reikšmingumas
pvz	pavyzdys
E. sveikata	Elektroninė sveikata

ĮVADAS

LR sveikatos sistemos įstatyme teigiama, kad „...gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė.

Sveikata – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė“.[1]

LR Konstitucijos 53 straipsnis nurodo: „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“.[2]

Pagal Lietuvos sveikatos programą 2020 ir pagal PSO rekomendacijas: „Lietuvos sveikatos programos uždaviniai atitinka sveikatos politikos vertybes: visuotinę aprėptį, teisumą, solidarumą, lygybę, sveikatos priežiūros prieinamumą bei priimtinumą. Laikytis šių vertybinių nuostatų skatina šalių teigiama patirtis bei PSO rekomendacijos“.[3]

Temos aktualumas.

Kiekvienas žmogus turi teisę į sveikatą, turi teisę pasirinkti gydymo įstaigą, gydytoją, slaugytoją. Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos ir kokybiškai suteikiamos kiekvienam, nepaisant paciento amžiaus, rasės, lyties, religinių, politinių įsitikinimų, gyvenamosios vietos, uždarbio ir kitų veiksnių.[4]

Daugelyje Europos šalių vyksta sveikatos priežiūros sistemos reformos. Reformos vyksta dėl to, kad netenkina visuomenės narių, politikų, sveikatos priežiūros įstaigų vadovų padėtis sveikatos sistemoje, bei jos organizavime.[5]

Šiuolaikinėje visuomenėje didelis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – tai vienas iš pagrindinių paslaugų kokybės vertinimo rodiklių. Sveikatos paslaugos prieinamumą ir jos suteikimo greitį dažnai pacientas vertina labiau nei kokybę ar jos kainą. Laukimo eilė vienas dažniausiai vartojamų

---

[1] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, Vilnius, Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231. – URL: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=371265, žiūrėta 2012 12 30

[2] Lietuvos Respublikos konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume, 53 str. – URL: http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm, žiūrėta 2012 12 30

[3] Lietuvos sveikatos programa 2020. – URL: http://www.sveikatosprojektai.org/node/41 , žiūrėta 2013 03 20

[4] Tamutienė I., Černiauskaitė I., Sruogaitė A. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai // Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. – 2011. Nr. 2(1), p. 95 – 110. – ISSN 2029-4573

[5] Janušonis V. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas // Sveikatos mokslai. – 2004. Nr. 1, p. 69 - 73

prieinamumo matavimo rodiklių. Pacientų priėmimo pas gydytojus organizavimas, kad jiems nereikėtų laukti eilėje – tai svarbus konkurencinis pranašumas.[6]

Laukimo eilė pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje yra pagrindinė svarbiausia ir aktualiausia vadybinė ir politinė problema, su kuria Lietuvos, JAV ir Kanados pacientai susidūrė kreipimosi metu į pirminę sveikatos priežiūros įstaigą ir kuri sukėlė pasipiktinimą tarp pacientų, nes jiems reikia laukti šeimos gydytojo konsultacijos ilgą laukimo laiką. Pastaruoju metu laukimo eilė sulaukė daug diskusijų tarp mokslininkų ir žmonių.[7]

Temos naujumas.

Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir laukimo eilės pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje nėra plačiai tirti. Per paskutiniuosius dešimt metų buvo atlikta mokslinių tyrimų. 2002 m. J. Kairys ir R. Gurevičius atlikto Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir poliklinikos darbo įvertinimo tyrimą.[8] 2006 m. R. Pečiūra, D. Jankauskienė, R. Gurevičius atliko pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimo tyrimą.[9] Tais pačiais metais D. Jankauskienė atliko tyrimą apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvoje.[10] 2008 m. J. Kairys ir bendraautoriai Šeškinės poliklinikoje atliko tyrimą apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų išsilavinimą ir gaunamas pajamas. Tyrimo metu buvo nustatyta, kad pacientams vidutiniškai pas gydytoją tenka laukti savaitę.[11] 2011 m. J. Kairys ir bendraautoriai Šeškinės poliklinikoje atliko tyrimą apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų išsiskirstymą pagal išsilavinimą, socialinę ir ekonominę padėtį. Tyrimo rezultatuose pastebėta, kad pacientai dažniausiai lankosi poliklinikoje po 19 val., ir derina apsilankymo laiką su darbu. Dažniausiai pacientams vizito pas gydytoją tenka laukti nuo 7 – 10 dienų.[12]

Pastarąjį dešimtmetį ypač didelis susidomėjimas yra sveikatos priežiūros paslaugų srityje: suteikti pacientams galimybę patiems išreikšti savo nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.[13] Subjektyvios pacientų nuomonės tyrimai yra reikšmingi, nes parodo galimas

---

[6] Janušonis V. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiniai aspektai: monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008; p. 205

[7] Rachilis M. M., Public solutions to health care wait lists // CCPA, 2005. - 1-38 p.

[8] Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas // Medicina. – Kaunas, 2002, Nr. 38(1), p. 94 - 102

[9] Pečiūra R. ir kt. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas* // Medicina. – Kaunas, 2006, Nr. 42(11), p. 939 - 941

[10] Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje // Gydymo menas: specializuotas leidinys gydytojams ir farmacininkams. – 2006, Nr. 6(129), p. 12 – 13. – ISSN 1392-527X

[11] Kairys J. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų išsilavinimą ir gaunamas pajamas // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2008, Nr. 3, p. 1643 - 1646

[12] Kairys J. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų išsilavinimą, socialinę ir ekonominę padėtį // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2011, Nr. 21(6), p. 42 - 58

[13] Brogienė D, Gurevičius R. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę // Medicina. – Kaunas, 2009, Nr. 45 (3), p. 226 –237.

silpnąsias vietas sveikatos įstaigos darbo organizavime ir parodo galimus problemų sprendimo būdus. Pacientų teigiami atsiliepimai ir vertinimai atskirais sveikatos paslaugų aspektais tampa svarbia sveikatos priežiūros sistemos vertinimo dalimi.[14] Vertinamos įvairių sveikatos paslaugų problemos: pradedant nuo paslaugų prieinamumo ir medicininės apžiūros ir baigiant tarpasmeniniais santykiais tarp personalo ir pacientų.[15]

Pacientų apklausos padeda tobulinti administracinė darbo organizavimą sveikatos priežiūros įstaigose.[16]

Ištirti laukimo eilę Karoliniškių poliklinikoje yra nauja ir aktualu. Tai svarbu šios įstaigos darbuotojams ir darbo vadovams įvertinti bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tobulinti administracinį darbo organizavimą. Šitoje įstaigoje sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nebuvo nagrinėtas. Įvertinus pacientų nuomonę, kokia yra situacija apie laukimo eiles Karoliniškių poliklinikoje, bus galima įvertinti poliklinikos darbą ir palyginti su prieš tai Lietuvoje kitose įstaigose atliktais moksliniais tyrimais. Tik, atlikus tyrimą, bus galima numatyti priemones, kuriomis galima sumažinti laukimo eiles pas šeimos gydytojus.

Tyrimo problema.

Pacientai dažnai skundžiasi dėl prasto darbo organizavimo pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje. Dažniausios aptarnavimo problemos, su kuriomis susidūrė Lietuvos pacientai – tai ilgos laukimo eilės išankstinei registracijai pas gydytoją, ilgos laukimo eilės registratūroje ir prie gydytojų kabinetų. Todėl yra reikšminga ieškoti būdų, kaip tobulinti darbo organizavimą pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Darbo tikslas: ištirti laukimo eilę įvairiose pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo etapuose.

Tyrimo objektas – laukimo eilė VšĮ Karoliniškių poliklinikoje pirminės sveikatos priežiūros grandyje

Hipotezė – egzistuojančios laukimo eilės dalinai tenkina pacientus.

Darbo uždaviniai:

1. Apžvelgti teorinius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pagrindus bei laukimo eilės sampratą, trukmę ir įtakojančius veiksnius.
2. Ištirti ir įvertinti respondentų laukimo eilę VšĮ Karoliniškių poliklinikoje
3. Ištirti ir įvertinti respondentų laukimo eilės priežastis.
4. Pateikti pasiūlymus, kaip tobulinti laukimo eilę pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

[14] Kairys J. ir kt. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose // Medicina. – Kaunas, 2004, Nr. 40(2), p. 178 – 191

[15] Riklikienė O. Slaugos rezultatų vertinimas palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje: pacientų pasitenkinimas priežiūra // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2010; Nr. 1, p. 2961 – 2967

[16] Brogienė D, Gurevičius R. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę // Medicina. – Kaunas, 2009, Nr. 45 (3), p. 226 –237.

Tyrimo metodai:

- Mokslinės literatūros analizė
- Empirinis sociologinis kiekybinis tyrimas – respondentų anketinė apklausa
- Tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant SPSS statistinės analizės paketą

Darbo struktūra:

Pirmoje dalyje apžvelgiama Lietuvos pirminė sveikatos priežiūros sistema, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, laukimo eilės samprata, trukmė bei priežastis, Kanadoje ir JAV laukimo eilės, elektroninė išankstinė registracija ir jos privalumai.

Antrojoje dalyje pateikiamas respondentų anketinės apklausos tyrimo rezultatų apibendrinimas.

Pabaigoje pateikiamos išvados ir rekomendacijos.

LITERATŪROS APŽVALGA

1.1 Pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimas

Sveikatos priežiūra ES ir kitose Europos šalyse visą laiką yra stebima politinių institucijų ir politikų, nes visuomenės ir jos narių sveikata – tai ne tik medicininė problema, bet ir politinė, ir ekonominė. Daugelyje Europos šalių vyksta sveikatos priežiūros sistemų reformos.[17] Lietuvos mokslininkas V. Janušonis taip apibūdino sveikatos priežiūros reformą „...tai darnus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas vyriausybės, nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti“.[18] Reformos vyksta dėl to, kad politikų, gyventojų ir sveikatos priežiūros sistemos bei jos organizacijų vadovų netenkina esama padėtis sveikatos priežiūros organizavimo, finansavimo ir paslaugų teikimo prasme.[19] Sveikatos priežiūros reforma turi konkrečiai apibrėžti reformos tikslus, prioritetus, procesą, politiką. Pagrindinis sveikatos priežiūros reformos rodiklis – tai yra teigiami gyventojų sveikatos pokyčiai. Dažniausiai reformos susietos su politines valdžios pasikeitimu.[20] Vienas iš pagrindinių esminių elementų reformoje – tai sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija. Šios restruktūrizacijos tikslas yra tobulinti ir gerinti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą.[21]

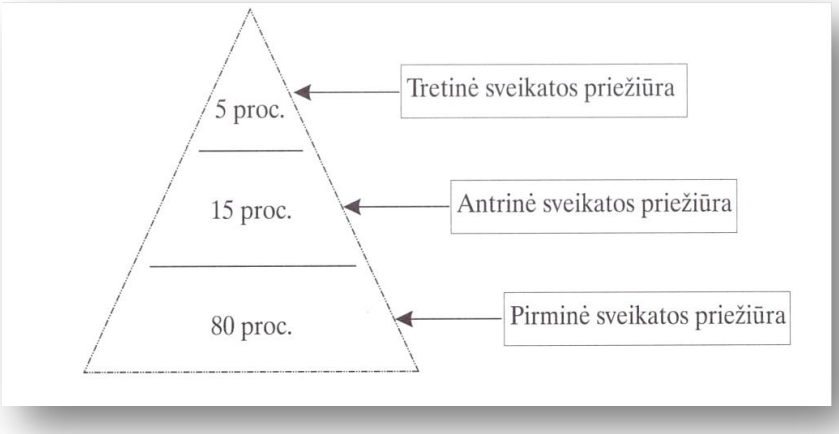
Lietuvoje per pastaruosius metus sveikatos apsaugos sistemoje įvyko daug pokyčių – pasikeitė gydytojų ir viduriniojo medicinos personalo rengimo sistema, įkurta bendrosios praktikos gydytojo institucija, intensyviai plėtojama privati medicinos praktika.[22]

1995 m. Lietuvoje pirmą kartą priimta pirminė sveikatos priežiūros strategija, o 1996 m. pradėta vykdyti pirminė sveikatos priežiūros plėtojimo investicinė programa.[23] 1991 m. – 1996 m. Lietuvos Respublikos teismas priėmė 3 įstatymus: Sveikatos draudimo įstatymas, Sveikatos

[17] Janušonis V. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2004, Nr. 1, p. 69 - 73
[18] Janušonis V. Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2011, Nr. 21(4), p. 5
[19] Janušonis V. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2004, Nr. 1, p. 69 - 73
[20] Janušonis V. Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2011, Nr. 21(4), p. 5 - 11
[21] Plieskis M. ir kt. Pirminės sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje 2002 – 2006 m. Ar pasieksime užsibrėžtą tikslą? // Medicina. – Kaunas, 2008, Nr. 44(6), p. 472 – 481
[22] Liubarskienė Z. ir kt. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra // Medicina.- Kaunas, 2004, Nr. 40(3), p. 278 - 285
[23] Kairys J. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų išsilavinimą ir gaunamas pajamas // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2008, Nr. 3, p. 1643 - 1646

priežiūros įstaigų įstatymas, Sveikatos priežiūros sistemos įstatymas. Jie kartu sudarė tvirtą teisinį pagrindą sveikatos reformoms įvykdyti.[24]

Galima įsivaizduoti, kad sveikatos priežiūros sistema tai – piramidė, kurios pavidalas sudarytas iš trijų lygių. (žr. 1 pav.[25]) Šios piramidės pagrindą sudaro pirminė sveikatos priežiūra.[26] Galima įsivaizduoti, kad PSP tai yra tiltas tarp antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros.[27] Nemažiau kaip 80 proc. visų sveikatos problemų, turėtų būti sprendžiama pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Šis uždavinys keliamas bendrosios praktikos gydytojui. BP gydytojas turi atrinkti pacientus, kuriems reikalingos specialistų konsultacijos, kurių problemų negali išspręsti pats pagal savo kompetenciją. Antrinė ir tretinė sveikatos priežiūros – tai kiti aukštesni sveikatos priežiūros lygiai.[28] 15 proc. visų sveikatos problemų yra sprendžiamos antriniam sveikatos priežiūros lygyje, o tik 5 proc. – tretiniame sveikatos priežiūros lygyje.



Šaltinis: Jankauskienė, D., Pečiūra, R. 2007. p. 153

1pav. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai

[24] Keniausytė I. ir kt. Lietuvos sveikatos programos demografinių ir sveikatos rodiklių įvertinimas 1997 – 2008 m. ir palyginimas su Europos sąjungos šalimis // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2009, Nr. 2(45), p. 20 - 26
[25] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 153
[26] Corder D. Ar valstybinio valdymo decentralizacija pagerins sveikatos priežiūrą Lietuvoje? // Konferencija. – URL: http://jga.lt/uploads/studijos/konferencija%201995.pdf, žiūrėta 2012 11 05
[27] Poliakovienė R., Gurevičius R. Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2011, Nr. 1(52), p. 30 – 41
[28] Burokienė S., Kundrotaitė I., Škliarinskis A. Vilniaus apskrities pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos palyginimas . – URL: http://vilniaustlk.lt/failai/istaigoms/Statistika/ST_ID5.html , žiūrėta 2011 10 18

Didžioji dalis sveikatos priežiūros paslaugų yra teikiamos pirminės sveikatos priežiūros lygiu. Pagal tam tikrus kriterijus galima atskirti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas nuo antrinio ir tretinio lygio:

- ✓ Paprastumas ir sudėtingumas
- ✓ Numatomas rezultatas
- ✓ Žinių ir sugebėjimų, būtinų medicininių paslaugų tiekimas
- ✓ Nesudėtingų technologijų panaudojimas.[29]

Įstaigos, kurios teikia antrinės sveikatos priežiūros paslaugas – tai ligoninės, joms reikalingos tam tikro personalo įgūdžių bei sugebėjimų ir sudėtingesnių technologijų panaudojimas. Dažnai tokiose sveikatos įstaigose teikiamos medicininės paslaugos, susijusios su paciento hospitalizavimu tam tikram laikotarpiui.

Tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigos teikia aukštos specializacijos paslaugas, kurioms reikalingas aukštas techninis lygis. Toks aukštas techninis lygis paprastai siejamas su paslaugomis, kurios yra teikiamos universitetiniuose ligoninėse arba specializuotose ligoninėse.[30]

Lietuvos sveikatos sistemos įstatyme pirminė sveikatos priežiūra pavadinta tokiu terminu – „pirminė sveikatinimo veikla“, šitame apibrėžime sakoma: „Pirminė sveikatinimo veikla apima savivaldybių teritorijos administracinius vienetus“.[31]

Tikriausias visaapimantis pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimas yra pateiktas Alma Atos deklaracijoje 1978 m. (PSO): „esminė sveikatos priežiūra, paremta praktinėmis, mokslinėmis žiniomis ir socialiai priimtinais metodais bei technologijomis, dėl kurių ji tampa visuotinai prieinama asmenims ir šeimoms bendruomenėse dėl jų glaudaus dalyvavimo procese ir lėšų, kurias bendruomenė ir šalis gali skirti kiekviename jos plėtros etape“.[32] PSO pirminės sveikatos apibrėžimas apima 8 veiklos sritis, kurios sudaro pirminės sveikatos priežiūros pagrindą:

- ✓ Labiausiai paplitusių ligų ir sužalojimų, gydymas ir prevencija;
- ✓ Būtiniausių vaistų teikimas;
- ✓ Sveikatos mokymas apie sveikatos problemas, jų nustatymą, prevenciją, kontrolę
- ✓ Sveikos mitybos mokymas;
- ✓ Higienos mokymas;
- ✓ Motinos ir vaikos sveikata, šeimos planavimas;

---

[29] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 154

[30] Tas pats

[31] Corder D. Ar valstybinio valdymo decentralizacija pagerins sveikatos priežiūrą Lietuvoje? // Konferencija. – URL: http://jga.lt/uploads/studijos/konferencija%201995.pdf, žiūrėta 2012 11 05

[32] Poliakovienė R., Gurevičius R. Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2011, Nr. 1(52), p. 33

- ✓ Imunizavimas
- ✓ Endeminių ligų prevencija ir kontrolė.[33]

PSO įtvirtino pagrindinius sveikatos priežiūros principus: ji turi būti nukreipta į žmogaus orumą, teisingumą, solidarumą, medikas turi laikytis profesinių etikos principų. Didžioji dalis dėmesio turi būti skiriama žmonių sveikatai, sveikatos paslaugų kokybei. Sveikatos priežiūra turi būti orientuota į pirminę sveikatos priežiūrą.[34]

Lietuvoje, kuriant pirminės sveikatos priežiūros modelį, darbo grupė pasiūlė apibrėžimą panašų į PSO apibrėžimą. Numatytos šios Lietuvos apibrėžtos PSP sritys:

- ✓ Skubios ir būtinosios pagalbos teikimas nelaimingų atsitikimų ar ligos atveju
- ✓ Pagrindinės diagnostikos ir gydymo priemonės individams ir šeimoms, esant būtinybei siusti juos specializuotai pagalbai arba į ligoninę
- ✓ Prevencinių programų patikrinimai
- ✓ Sveikatos mokymas
- ✓ Pagrindinės visuomenės sveikatos paslaugos: infekcinių ligų prevencija, kontrolė, higiena
- ✓ Motinos ir vaiko sveikatos priežiūra
- ✓ Imunizavimas
- ✓ Sergančių lėtinėmis ligomis, neįgalų ir senų žmonių priežiūra.[35]

Apibendrinant, pirminė sveikatos priežiūra – tai nespecializuota kvalifikuota asmens, įskaitant fizinę ir psichinę sveikatą, ir visuomenės sveikatos priežiūrą, kuri yra teikiama pagal bendrosios praktikos gydytojo, šeimos gydytojo, bendruomenės slaugytojo medicinos normų reikalavimus pagal gyvenamąjį vietą.[36]

[33] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. 2007, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 154
[34] Poliakovienė R., Gurevičius R. Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2011, Nr. 1(52), p. 30 – 41
[35] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. 2007, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 155
[36] Černiauskas G. ir kt. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. 2010, Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, p. 154

1.2 Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo struktūra.

Pagal LNSS įstatymo 12 straipsnio yra skiriami 3 asmens sveikatos priežiūros lygiai: pirminis, antrinis ir tretinis.[37]

Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos skirstomos į ambulatorines ir stacionarines. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai nespecializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra ir psichinės sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.[38]

Ligonių kasos už PASP paslaugas moka pagal įrašytų į ASPĮ gyventojų sąrašą ir pagal nustatytą vieno asmens metinę sveikatos priežiūros bazinę kainą pagal 7 amžiaus grupės: iki 1 m., 1 – 4 m., 5 – 6 m., 7 - 17 m., 18 – 49 m., 50 – 65 m., vyresni negu 65 m.. Taipogi mokama už suteiktų paslaugų, tyrimų, procedūrų skaičių. Papildomai mokama už prevencines programas bei gerus gydytojų darbo rezultatus. Esant reikalui, kaina paskirstoma pagal PASP paslaugas teikiančių gydytojų specialybes: apylinkės, šeimos, vidaus ligų gydytojo, akušerio – ginekologo, bendrosios praktikos gydytojo chirurgo, pediatro, bendrosios praktikos gydytojo stomatologo.[39]

Asmenys, prisirašę prie pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, kuri yra sudariusi sutartį su ligonių kasom, gauna medicinines paslaugos nemokamai. Mūsų šalyje pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą tvarką: pacientas turi teisę pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos arba jam patogiau pasiekiamą pirminės sveikatos priežiūros įstaigą. Pagal Valstybės ligonių kasos 2005 m. duomenis, prisiregistravusių prie PASP įstaigose asmenų skaičius buvo 3 478 985, iš jų 80.3 proc. valstybinėse, o privačiuose 684 362, ir tai sudarė 19.7 proc.[40] Pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje vidutiniškai kiekvienas gyventojas lankosi kelius kartus per metus. 2010 m. pagal pateiktus VLK informacijos sistemos „SVEIDROS“ duomenimis, pas šeimos gydytojus buvo 273,28 apsilankymų 100 gyventojų.[41]

Savivaldybės remia savo teritorijos gyventojų sveikatos priežiūrą, ją papildomai finansuodamos iš savivaldybių biudžetų lėšų. Savivaldybės remia šios sveikatos priežiūros paslaugos:

- ✓ Pirminio sveikatos priežiūros organizavimo lygio būtinoji, skubioji medicinos pagalba;
- ✓ Nėščiųjų sveikatos priežiūra;

---

[37] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, Vilnius, Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231

[38] Kasiulevičius V. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros finansavimas. – URL: http://www.medpraktika.lt/medicinine_teise/text/4/Pirmines-ambulatorines-asmens-sveikatos-prieziuros-finansavimas , žiūrėta 2012 11 05

[39] Valstybės ligonių kasų tinklalapis. Ligonių kasos: 2010 – ųjų apžvalga. – URL: http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/VLK_2010_APZVALGA.pdf , žiūrėta 2012 11 10

[40] Ten pat

[41] Gurevičius R., Valentaitė J., Kutkaitė S. Šeimos gydytojų požiūris į bendravimą su visuomenės sveikatos sektoriumi // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2012, Nr. 2(57), p. 25 – 34

- ✓ Vaikų iki 16 metų sveikatos priežiūra;
- ✓ Bedarbių, nedarbingų šeimos narių asmens sveikatos priežiūra;
- ✓ Asmenų, kurių pajamos yra mažesnės už valstybės remiamas, sveikatos priežiūra;
- ✓ Našlaičių iki 18 metų sveikatos priežiūra;
- ✓ Asmenų, pripažintų nedarbingais, ir asmenų, sulaukusių pensinio amžiaus, kuriems teisės aktų nustatyta tvarka yra nustatytas didelių specialiųjų poreikių lygis, sveikatos priežiūra;
- ✓ Nustatytų kategorijų asmenų dantų protezavimas;
- ✓ Kitos savivaldybės remiamos sveikatos priežiūros paslaugos, kurių sąrašą ir teikimo tvarką nustato savivaldybių tarybos.[42]

Kad funkcionuotų LNSS ir kad būtų teikiamos sveikatos paslaugos Lietuvoje, šitą procesą reglamentuoja trys įstatymai: Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos priežiūros įstatymas ir Sveikatos draudimo įstatymas.[43]

LR sveikatos sistemos įstatymas reglamentuoja, kad Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia Lietuvos Nacionalinės Sveikatos Sistemos licencijas turinčios įstaigos ir įmonės.[44]

PSP paslaugas teikia ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, akredituotos pirminei sveikatos priežiūrai: pirminės sveikatos priežiūros centrai, šeimos gydytojų kabinetai, poliklinikos, medicinos punktai, moterų konsultacijos, bendrosios praktikos gydytojų kabinetai, ambulatorijos, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės bei psichikos sveikatos centrai.[45]

1995 m. Lietuvoje įgyvendinant Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, buvo pradėta steigti šeimos gydytojo institucija. 2004 m. Lietuvoje šeimos gydytojo specialybė buvo įvesta atsižvelgiant į kitų šalių patirtį. Bendrosios praktikos gydytojas tapo šeimos gydytoju, o šeimos medicina buvo apibrėžta kaip šeimos gydytojo praktika.[46] Nuo 2006 m. Lietuvoje įsigaliojo nauja, šeimos gydytojo statusą nustatanti medicinos norma, kuri savyje sujungia: teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę.[47] Šeimos gydytojas arba bendrosios praktikos gydytojas – tai gydytojas, baigęs bendrosios praktikos gydytojo rezidentūrą, galintis savarankiškai vykdyti visos šeimos bei atskirų individų pirminę sveikatos priežiūrą,

[42]Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, Vilnius Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231
[43] Černiauskas G. ir kt. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, p.146
[44] Ten pat p. 148
[45] Kasiulevičius V. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros finansavimas. – URL: http://www.medpraktika.lt/medicinine_teise/text/4/Pirmines-ambulatorines-asmens-sveikatos-prieziuros-finansavimas , žiūrėta 2012 11 05
[46] Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste // Sveikatos politika ir valdymas. – Vilnius, 2012, Nr. 1(4), p. 116 – 125
[47] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. 2007, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 152

neatsižvelgiant į pacientų amžių, lytį, politinius bei religinius įsitikinimus.[48] Jis rūpinasi savo pacientų sveikata nuo gyvenimo pradžios iki paciento gyvenimo pabaigos, nuo pirmosios ligos stadijos iki paskutiniosios stadijos.[49] Bendrosios praktikos gydytojas konsultuoja pacientą, atlieka reikalingą ištyrimą, paskiria gydymą, esant reikalui nukreipia pas specialistus tolimesniam ištyrimui. Šeimos gydytojo pareiga ne tik gydyti, jis turi propaguoti sveiką gyvenseną, sveikatos mokymą, ligų profilaktikos priemones, mokyti pacientus profilaktikos įgūdžių, skirti prevencines programas, mažinti bendruosius rizikos veiksnius – turi vykdyti pirminę profilaktiką.[50] Gydytojas yra sveikatos priežiūros proceso dalyvis, jis turi objektyviai vertinti savo veiklos rezultatus, o ne tik remtis savo intuicija ir asmenine patirtimi, bet ir asmeniniais įgūdžiais.[51] Šeimos gydytojas teikia paslaugas kartu su pirminės sveikatos priežiūros komanda – su bendrosios praktikos slaugytoju. Į slaugytojo pareigas įeina sveikos gyvensenos mokymas, sveikatos išsaugojimas, stiprinimas, ligų profilaktika, sveikų ir sergančių žmonių fizinė, psichinė ir socialinė priežiūra, suaugusių ir vaikų slauga, įtraukti į slaugos procesą paciento artimuosius.[52]

Pagal PSO dokumentus, sveikatos priežiūros procese centrinė figūra yra pacientas, tai ašis apie kurią sukasi visas sveikatos sistemos procesas.[53]

„Pacientas – tai asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis, ir gaudamas šias paslaugas turi įstatymų nustatytas teises bei pareigas“.[54]

Lietuvos sveikatos programoje traktuojama, kad ne mažiau kaip 80 proc. sveikatos problemų turi būti išsprendžiamos pirminiame sveikatos priežiūros lygyje, tai reiškia, kad šis uždavinio sprendimas atitenka bendrosios praktikos gydytojui kaip „sveikatos priežiūros vartininko“ funkcijų vykdytojui. BP gydytojas, kaip galima teigti, yra savotiškas filtras, o ne

---

[48] Stulpinanitytė S. Pacientų teisės pasirinkti pirminės sveikatos priežiūros įstaigą vertinimas konkurencijos sąlygomis: magistro darbas: Visuomenės sveikata. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2006. – 25 p. – URL: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D_20060607_153107-92334/DS.005.0.02.ETD , žiūrėta 2012 12 10

[49] Poliakovienė R., Gurevičius R. Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2011, Nr. 1(52), p. 30 – 41

[50] Gurevičius R., Valentaitė J., Kutkaitė S. Šeimos gydytojų požiūris į bendravimą su visuomenės sveikatos sektoriumi // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2012, Nr. 2(57), p. 25 – 34

[51] Janušonis V. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiniai aspektai: monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008; p. 147

[52] Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste // Sveikatos politika ir valdymas. – Vilnius, 2012, Nr. 1(4), p. 116 – 125

[53] Brogienė D, Gurevičius R. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę // Medicina. – Kaunas, 2009, Nr. 45 (3), p. 226 –237

[54] Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562, Vilnius,Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317. – URL: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=31932 , žiūrėta 2012 11 20

pacientų siuntinėtojas.[55] BP gydytojas tiria pacientus, pats sprendžia jo kompetencijai priskirtas sveikatos problemas ir tik tuo atveju, kada negali išspręsti pats sveikatos problemų, siunčia pas antrinį ar tretinį lygį specialisto konsultacijai.[56]

2005 m. užregistruota 6,5 proc. daugiau apsilankymų pas BP gydytojus, negu 2003 m. Pagal pateiktu Vilniaus teritorines ligonių kasos duomenimis, VšĮ PSP įstaigoje pacientai pas BP gydytojus (šeimos) lankėsi dažniausiai (4,34 karto), o privačių PSP įstaigų – mažiausiai (3,35 karto).[57]

Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos PSC arba asmens sveikatos priežiūros įstaigų psichikos sveikatos priežiūros kabinetuose visiems asmenims, kurie pastoviai gyvena savivaldybės teritorijoje. Už sveikatos priežiūros paslaugas, kurios yra teikiamos PSC, mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, vadovaujantis nustatyta metine vieno gyventojo psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazine kaina, jeigu PSC dirba visa komanda. PSC narių komandą sudaro: suaugusių gydytojas psichiatras, priklausomybės ligų gydytojas psichiatras, vaikų ir paauglių gydytojas psichiatras, psichologas, socialiniai darbuotojai, psichikos sveikatos slaugytojos. Jeigu savivaldybė neįsteigė PSC, tai psichikos sveikatos paslaugas teikia gydytojas psichiatras, dirbantis pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.[58]

Stacionarinės pirminio lygio palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos. Šitos paslaugos teikiamos pacientams, sergantiems įvairiomis lėtinėmis ligomis ir neįgaliesiems asmenims, kai yra nenaudinga reabilitacija specializuotuose skyriuose, jas teikia palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės. Ligoninės bendradarbiauja su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis pagal sutartis, esant reikalui galima kviesti specialistus, jeigu reikalinga jų konsultacija. Ligoninėse dirbantis personalas bendradarbiauja su savivaldybės socialinės paramos skyriumi, socialiniais darbuotojais, seniūnijomis ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigomis.

Medicinos punktai. Jie randasi kaimo vietovėse, juose dirba bendruomenės slaugytoja. Ji teikia kasdieninę medicininę priežiūrą, pirmąją medicinos pagalbą, akušerinę priežiūrą, slaugą namuose.

---

[55] Kulik J., Balčiauskaitė D. Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos . – URL: www.vlk.lt/vlk/pag/files/sd05_1_japp.doc , žiūrėta 2012 11 05

[56] Burokienė S., Kundrotaitė I., Škliarinskis A. Vilniaus apskrities pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos palyginimas . – URL: http://vilniaustlk.lt/failai/istaigoms/Statistika/ST_ID5.html , žiūrėta 2011 10 18

[57] Ten pat

[58] Sveikatos informacijos centras. Piriminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos. – URL: http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/Pirmin/pirmin.html , žiūrėta 2011 10 18

Ambulatorija - tai įstaiga, kurioje taikoma grupinė praktika, būdingiausia mažiems miesteliams ir yra atsakinga už nespecializuotą pirminę priežiūrą. Ją sudaro vienas arba du bendrosios praktikos gydytojai, akušerė, odontologas.

Poliklinika. Aprūpinta medicininė įranga. Poliklinikose yra rentgeno kabinetas su rentgeno aparatu, ultragarso aparatūra, kita diagnostikos technika, įrengtos laboratorijos. Jose dirba nuo 10 iki 20 įvairiausių specializacijų gydytojai. Poliklinikose taikomos pirminė ir antrinė nestacionarinė asmens sveikatos priežiūra, taipogi teikiamos ambulatorinės chirurginės paslaugos, įsteigti dienos stacionarai.

Privačios PSP paslaugos. PSP paslaugas tai pat teikia ir privačiai dirbantys gydytojai: šeimos gydytojai, odontologai, ginekologai, gydytojai konsultantai. Dažniausiai gydytojai užsiėminėja monopraktika, arba dirba nedidelėmis grupėmis.[59]

Kasmet daugėja Lietuvoje PAASP paslaugas teikiančių įstaigų: 2010 m. Lietuvoje tokių įstaigų buvo 390, iš jų privačių – 221, o 2009 m. jų skaičius 391, iš jų privačių sveikatos įstaigų – 221. Palyginus su 1998 m., privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų buvo 2.3 karto mažiau. Taip pat ryškiai daugėja bendrosios praktikos (šeimos) gydytojų, dėl to sumažėjo komandomis dirbančių gydytojų. 1998 m. dirbo 230 šeimos gydytojų, o 2008 m. jų padaugėjo net iki 1900, o 2010 m. gruodžio mėnesį šeimos gydytojų skaičius siekia 2003. Lietuvoje kiekvienas pacientas turi teisę pasirinkti šeimos gydytoja, slaugos specialistą ir sveikatos priežiūros įstaigą.[60]

Apibendrinant, šeimos gydytojų teikiamos paslaugos yra lengviau ir patogiau prieinamos gyventojams. Pas šeimos gydytojo pacientai gali kreiptis iškilus bet kokiam klausimui, kuris susijęs su sveikatos būkle, nes į gydytoją pareigą įeina stebėti lėtinėmis ligomis sergančius ligonius, atlikti nuolatinę profilaktinę priežiūrą, ir suteikti pagalbą ūmiai susirgusiems.

[59] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. 2007, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 162 – 165

[60] Valstybės ligonių kasų tinklalapis. Ligonių kasos: 2010 – ųjų apžvalga. – URL: http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/VLK_2010_APZVALGA.pdf , žiūrėta 2012 11 10

1.3 Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, 1991 m. Seimas patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, kurioje vienas iš svarbiausiu prioritetu buvo – pirminė sveikatos priežiūra, kur pagrindinis vaidmuo atiteko bendrosios praktikos gydytojui.[61] Sveikatos priežiūros prieinamumas pirmą kartą buvo paminėtas šitame dokumente.

Pagal LR sveikatos apsaugos ministerijos įsakymą, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros prieinamumas – „tai visuma priemonių, kurių dėka juridiniai bei fiziniai asmenys gali laiku ir tinkamai pasinaudoti asmens bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugomis“.[62] Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros paslauga pacientui turi būti lengvai prieinama ir greitai suteikta. Paslaugos prieinamumą ir jos suteikimo greitį dažnai pacientas vertina labiau nei kokybę ar jos kainą. Todėl pacientų priėmimo pas gydytojus organizavimas, kad jiems nereikėtų laukti eilėje – tai yra svarbus konkurencinis pranašumas.[63] Sveikatos priežiūros prieinamumas – tai vienas iš pagrindinių paslaugų kokybės vertinimo rodiklių.

Sveikatos politikoje ir sveikatos srityje prieinamumo sąvoka yra labai plati, yra daug lemiamų veiksnių, kurie daro įtaką pacientams, kurie gali tinkamai naudotis reikiamomis medicininėmis paslaugomis.[64] Galimybę gauti norimą paslaugą įtakoja daug veiksnių ir faktorių, įskaitant kelionę, atstumą, laukimo laiką registratūroje ir apsilankymo metu pas gydytoją, paslaugos kokybė, turimus finansinius išteklius ir tam tikros paslaugos buvimą, paslaugos teikėjo reitingą visuomenėje.[65]

Sveikatos priežiūros prieinamumas, kaip galima teigti – tai yra multidimencinis dydis, kuris įjungia savyje ekonominį, komunikacinį, organizacinį prieinamumą.[66]

Komunikacinis (teritorinis) sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Jis susijęs su tuo kaip pacientas gali pasiekti PSP įstaigą. Atspindi PSP įstaigos išsidėstymą ir susiesikimo

---

[61] LR aukščiausioji taryba 1991 10 30 nutarimas. Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo. Nr. 1-1939. Žin., 1991, Nr. 33-893. – URL: http://jga.lt/uploads/studijos/1991_10_30_LR_AT_Nutarimas_I_1939_Nacionaline_.pdf , žiūrėta 2012.11.30

[62] LR sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas. Dėl teikianų asmens sveikatos paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės. 1997 liepos 4 d. Nr. 372. –URL: http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/ministro_isakymai?id=23216 , žiūrėta 2012.11.30

[63] Janušonis V. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiniai aspektai: monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008; p. 205

[64] Sveikatos paslaugų administracijos 2007 – 2012 m. Nacionalinė tarpkultūrinė sveikatos strategija. Dokumento santrauka ir rekomendacijos. – URL: http://www.integration.ie/website/omi/omiwebv6.nsf/page/AXBN-7ZFLGP154546-en/$File/NIHS_Summary_Lithuanian%5B1%5D.pdf , žiūrėta 2012.11.30

[65] Tylienė V. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2008, Nr. 6, p. 2120 – 2126

[66] LR sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I – 1343, Vilnius, Valstybės žinios, 1996, Nr. 55 – 1287. – URL: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=267446&p_query=&p_tr2= , žiūrėta 2012.11.30

galimybes. Tai yra atstumas iki PSP įstaigos viešuoju transportu arba savu, kad gauti medicininės paslaugas, arba susisiekti su gydytoju telefonu, internetu.[67]

Reikia atsižvelgti į atstumus, į geografinę padietį, gydymo įstaigos išsidėstymą tam tikrame teritoriniame administraciniame vienete – savivaldybėje, viešojo transporto infrastruktūrą, gyventojų demografinę padėtį.[68] Kiek pacientas sugaišta laiko, norint pasiekti PSP įstaigą, ir kokios gali būti kliūtys. Pvz.: viešojo transporto prieinamumo problemos dažniausiai būna didžiausia kliūtis daugeliui kaimo ir mažų mietelių gyventojams. Nes kaimo gyvenvietėse labai didelis atstumas iki gydymo įstaigos, čia autobusai važinėja tik 1 arba 2 kartus per dieną arba karta per savaitę. Būna, kad pacientas pasiekia gydymo įstaigą, o grįžti namo galimybės nėra, nes autobusas važinėja tik vieną kartą per dieną. Pagal Lietuvos mokslininkų atliktus tyrimus I. Tamutienė, I. Černiauskaitė, A. Sruogaitė 2011 m. „...Respondentų nurodyti atstumai iki gydymo įstaigos svyruoja nuo 10 iki 80 kilometrų, o vidutinis atstumas siekia net 25 kilometrus...“, tačiau „...miesto gyventojai apskritai beveik nesusiduria su teritorinio susisekimo kliūtimis“.[69] Tokią susiklosčiusią padėtį galima gerinti, renovuojant kaimo gyvenvietėse PSP paslaugas teikiančių įstaigų tinklą: ambulatorijų, bendrosios praktikos gydytojų kabinetų, medicinos punktų, bei plečiant jį.[70] Sveikatos politika turi ieškoti būdų, kaip pritraukti trūkstančius sveikatos specialistus darbui į mažus miestelius ir rajonus, padidinti kaimuose ir rajonuose dirbančių sveikatos priežiūros specialistų įkainius, aprūpinti būstu, pasiūlyti socialinę paramą jauniems gydytojams.[71]

Pagal 2007 m. J. Brogaitės, J. Kairio, A. Gaižauskienės atlikto tyrimą „..kad prasta vyresnio amžiaus asmenų sveikata riboja prieinamumą prie sveikatos priežiūros...“.[72] Per didelis atstumas iki stotelės, tai yra didelė teritorinė problema senyvo amžiaus žmonėms, nes jie ne visada gali savarankiškai pasiekti stotelę, dėl blogos sveikatos būsenos.[73]

Taip pat prie komunikacinio prieinamumo galima priskirti prieinamumą kitose ES šalyse, kai Lietuvos gyventojas kelionės metu arba gyvenant, dirbant turi teisę kreiptis į SP įstaigą. Nuo

---

[67] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 174
[68] Pečiūra R. ir kt. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas* // Medicina. – Kaunas, 2006, Nr. 42(11), p. 939 - 941
[69] Tamutienė I., Černiauskaitė I., Sruogaitė A. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai // Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. – 2011. Nr. 2(1), p. 103. – ISSN 2029-4573
[70] Pečiūra R. ir kt. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas* // Medicina. – Kaunas, 2006, Nr. 42(11), p. 939 - 941
[71] Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008 – 2015 metų metmenys. – URL: http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemos_pletros_2008_2015_.pdf , žiūrėta 2012.11.10
[72] Brogaitė J., Kairys J., Gaižauskienė A. Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos // Gerontologija. – Vilnius, 2007, Nr. 8(4), p. 230 - 235
[73] Ten pat

2004 m. įsigaliojo Europos sveikatos draudimo pažymėjimas, kuris užtikrina teisę, kad susirgusiam žmogui bus suteikta reikalinga medicininė pagalba bet kurioje kitoje ES šalyje.[74]

Ekonominis sveikatos priežiūros prieinamumas. Ekonominis sveikatos priežiūros prieinamumas atspindi, ar gyventojams PSP prieinama finansiškai.[75] Pagal LR sveikatos įstatymą, sveikatos priežiūros paslaugos, draustiems privalomuoju sveikatos draudimu gyventojams, suteikiamos nemokamai, kompensuojama dalis vaistų ir medicinos pagalbos priemonių. O nedraustiems asmenims nemokamai – suteikiama tik būtinoji pagalba.[76]

Vertinant ekonominį prieinamumą, taipogi galima priskirti privačias pacientų išlaidas: kiek asmeniui reikia išleisti pinigų, pasiekti gydymo įstaigą, kiek pacientas skiria pinigų dovanoms medicinos personalui, moka už medicinines paslaugas, norint patekti anksčiau numatytos dienos pas gydytoją, papildomi mokami laboratoriniai tyrimai, nekompensuojami vaistai.

Atviros Lietuvos fonde Sveikatos ekonomikos centro atlikti tyrimai rodo, kad nuo 1998 m. iki 2001 m. mažėja privatūs pacientų mokėjimai, susiję su dovanomis medicinos personalui, tačiau auga išlaidos vaistams. Pagal nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenis pastebėta, kad nuo 2004 m. gyventojų privačios išlaidos augo tiek mažuose miesteliuose, tiek mieste, ir tai sudaro 29 proc. nuo visų sveikatos išlaidų.[77]

Organizacinis sveikatos priežiūros prieinamumas. Organizacinis sveikatos priežiūros prieinamumas atspindi, kaip PSP užtikrina paslaugų organizuotumą gyventojams. Sveikatos priežiūros įstaigų darbo laikas, ar pakankamas skaičius bendrosios praktikos gydytojų, specialistų gydytojų, slaugytojų, palaikomojo gydymo darbuotojų.[78]

Lietuvoje, vertinant organizacinį sveikatos priežiūros prieinamumą, galima išskirti pagrindinius kriterijus: sveikatos priežiūros darbuotojų dėmesys pacientui, sveikatos paslaugos laukimo laikas, procedūrų laukimo laikas.[79]

Pagal 2004 m. (Kairys) atlikto Lietuvos didžiuosiuose miestuose tyrimo metu buvo nustatytos pagrindinės problemos, su kuriomis susidūrė PSP įstaigas lankantys pacientai. Šitos problemos buvo sugrupuotos į dvi grupes: vadybinės ir profesinės. [80]

---

[74] Bulovienė D. Rokiškio rajono vyresnio mokyklinio amžiaus vaikų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą: magistro darbas: visuomenes sveikata. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2009. - p. 101. – URL: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2009~D_20090609_142922-83224/DS.005.0.01.ETD , žiūrėta 2012.10.18

[75] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 147

[76] LR sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I – 1343, Vilnius, Valstybės žinios, 1996, Nr. 55 – 1287. – URL: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=267446&p_query=&p_tr2= , žiūrėta 2012.11.30

[77] Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje // Gydymo menas: specializuotas leidinys gydytojams ir farmacininkams. – 2006, Nr. 6(129), p. 12 – 13. – ISSN 1392-527X

[78] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 174

[79] Stulpinanitytė S. Pacientų teisės pasirinkti pirminės sveikatos priežiūros įstaigą vertinimas konkurencijos sąlygomis: magistro darbas: Visuomenės sveikata. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2006. – 65 p. – URL: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D_20060607_153107-92334/DS.005.0.02.ETD , žiūrėta 2012 12 10

- ✓ Vadybinės – tai ilgas laukimo laikas prie gydytojų kabinetų, didelės eilės registratūroje, apsilankymo pas gydytoją reikia laukti savaites ir mėnesius, sunku užsiregistruoti pas gydytojus, per didelė biurokratija, kyšio poreikis, ilgas tyrimų laukimo laikas, neskyrimas nemokamų tyrimų ir kompensuojamų vaistų.
- ✓ Profesinės, etinės – medicinos personalo nesiskaitymas su pacientais, dėmesio stoka pacientų atžvilgiu, nemandagumas, atsakomybės stoka, rūpinimosi stoka, darbo metu medicinos personalas sprendžia savo asmenines problemas, skirsto pacientus pagal pajamas, amžių. Tačiau privačiose institucijose tokios problemos yra retos. Taipogi pagrindinėmis organizacinio prieinamumo kliūtimis yra laikomas dažnai nereikalingas siuntinėjimas iš vieno kabineto į kitą.[81]

Viena, iš organizacinio prieinamumo pagrindinė problema, su kuria tenka susidurti pacientams apsilankymo metu PSP įstaigoje – medicinos personalo ne kompetingumas ir neprofesionalumas. Iš anksto registruodamiesi pacientai susiduria su nemaloniu ir nemandagiu registratūros darbuotojų bendravimu. [82]

Antra problema – tai prastas darbo organizavimas įstaigose. Nepatogus ir netinkamas šeimos gydytojų darbo laikas. Gydytojų darbo laikas dažniausiai sutampa su dirbančių asmenų darbo laiku. Dėl tokio grafiko susidaro eilės. Per trumpas specialistų darbo laikas, dėl to pacientams yra sunku užsiregistruoti pirminei konsultacijai, o jeigu pavyksta užsiregistruoti – tai tenka laukti vizito nuo kelių savaičių iki kelių mėnesių.[83]

Trečia – pagrindinė organizacinio prieinamumo problema ir pagrindinis rodiklis, rodantis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą – tai eilės. Eilės registratūroje, eilės prie gydytojų kabineto, eilės išankstinei registracijai, eilės tyrimams atlikti. Tai, per kiek laiko pacientas gali pateikti pas šeimos gydytoją, atlikti tyrimus.[84]

Pirmą kartą Lietuvoje sveikatos priežiūros prieinamumą tyrė D. Jankauskienė 1995 m. 1998 m. „Medicinos“ žurnale autorė pateikia duomenis, „...kad 1995 m. palyginus duomenis, prieinamesnės sveikatos priežiūros paslaugos yra studentams ir moksleiviams, namų

---

[80] Kairys J. ir kt. autoriai. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose // Medicina. – Kaunas, 2004, Nr. 40(2), p. 178 – 179.

[81] Tamutienė I., Černiauskaitė I., Sruogaitė A. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai // Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. – 2011. Nr. 2(1), p. 95 - 110. – ISSN 2029-4573

[82] Ten pat

[83] Ten pat

[84] Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas // Medicina. – Kaunas, 2002, Nr. 38(1), p. 94 – 102.

šeimininkėms, privatiems savininkams, vidutinių ir didžiųjų šalies miesto gyventojams bei 15 – 24 metų amžiaus grupės asmenims“.[85]

Apibendrinant matome, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu laikoma galimybė susirgus ar iškilus klausimui dėl sveikatos būklės kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas. Tačiau sveikatos priežiūros prieinamumą žmonėms riboja komunikacinės, ekonominės ir organizacinės kliūtys.

[85] Jankauskienė D., Žemgulienė J. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas // Medicina. – Kaunas, 1998, Nr. 34, p. 301 – 338.

1.4 Laukimo eilė pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje

Laukimo eilė pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje yra pagrindinė svarbiausia vadybinė ir politinė problema, su kuria Lietuvos gyventojai susidūrė kreipimosi metu į pirminę sveikatos priežiūros įstaigą.[86] Su laukimo eile pacientai susiduria, pradedant nuo išankstinės registracijos pas šeimos gydytojus registratūroje, telefonu, internetu ir baigiant eilėmis prie gydytojų kabineto durų, ilgos eilės pas specialistus ir į laboratoriją tyrimams atlikti.[87]

Pagal LR 2007 m. priimtu įsakymu „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“ sąvoka: „...paslaugų laukimo eilė – tai laikotarpis, kurį pacientui tenka laukti nuo jo kreipimosi į ASPĮ dienos iki paslaugos suteikimo dienos...“. Galima išskirti dvi paslaugų laukimo trukmės – tai trumpiausia ir ilgiausia.

- ✓ „Trumpiausia laukimo eilėje trukmė – trumpiausias laikotarpis nuo paciento užsiregistravimo ASPĮ dienos reikiamai asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti iki artimiausios dienos, kada ši paslauga pacientui gali būti suteikta;
- ✓ Ilgiausia laukimo eilėje trukmė – laikotarpis nuo paciento užsiregistravimo ASPĮ dienos, reikiamai asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti pas gydytoją specialistą, kurio paslaugų laukiančiųjų eilė yra ilgiausia, iki artimiausios dienos, kada ši paslauga pacientui gali būti suteikta...“.[88]

Registratūroje pacientams tenka daug laiko sugaišti dėl didelių eilių, nes administracija mažai dėmesio skiria įstaigų darbo organizavimui. Per mažas skaičius registratūros darbuotojų, didelis skaičius aptarnaujamų pacientų, todėl didelis darbo krūvis tenka medicinos registratoriams.[89] Galimybė pacientui registruotis pas gydytojus telefonu arba internetu sutrumpina laukimo eilę registratūroje ir trumpina darbo krūvį medicinos registratoriams.[90] Registratūros darbuotojas privalo užregistruoti visus pacientus, kurie kreipėsi į PSP įstaigą ir nori užsiregistruotis pas gydytojus. Medicinos registratorius turi pacientui pasiūlyti ankščiausią galimą paslaugos suteikimo dieną, o jeigu pacientas atsisakė registruotis pasiūlytai dienai, tai turi

---

[86] Stulpinanitytė S. Pacientų teisės pasirinkti pirminės sveikatos priežiūros įstaigą vertinimas konkurencijos sąlygomis: magistro darbas: Visuomenės sveikata. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2006. – 65 p. – URL: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D_20060607_153107-92334/DS.005.0.02.ETD , žiūrėta 2012 12 10

[87] Tamutienė I., Černiauskaitė I., Sruogaitė A. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai // Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. – 2011. Nr. 2(1), p. 95 - 110. – ISSN 2029-4573

[88] Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos minesterijos. Įsakymas.- URL: http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=077CB58F-09C6-488F-A578-F670B211AAA8 , žiūrėta 2012.12.05

[89] Tamutienė I., Černiauskaitė I., Sruogaitė A. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai // Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. – 2011. Nr. 2(1), p. 95 - 110. – ISSN 2029-4573

[90] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 174

pacientą užsiregistruoti pagal jo pageidautiną vėlesnę datą. Laukimo eilės trukmė pas gydytojus yra skaičiuojama kalendorinėmis dienomis.[91]

Remiantis pagal, I. Tamutienės, I. Černiauskaitės ir A. Sruogaitės atliktą tyrimą, pacientai nepatenkinti išankstinės registracijos pas BPG veikimu ir baigiant eilėmis prie kabineto durų. Pacientai mano, kad registracija telefonu ir internetu yra neefektyvi, nes vis tiek tenka laukti eilėje prie gydytojų durų.[92]

Tai pat galima stebėti skirtumus, vertinant skirtingas gydymo įstaigas, galimybes pacientams užsiregistruotis pas šeimos gydytojus planiniam vizitui. Vienoje gydymo įstaigoje planinis apsilankymas gali būti po 1 – 2 kalendorinių dienų, o kitoje po 4 – 5, o kai kuriose ir tą pačią kreipimosi dieną. Bet pasitaiko, kad paslaugų laukimo eiles trukmė gali užsitęsti ir mėnesį arba kelis mėnesius. Tačiau kiekviena gydymo įstaiga stengiasi užtikrinti, kad pacientas pas gydytoją patektų per ko trumpiausią laiką.[93]

Pastebėta, kad paslaugų laukimo eilę gali įtakoti dauguma faktorių: medikų stygius, sezoniškumas.[94]Sezoninių epidemijų metu padaugėja aptarnaujamų žmonių skaičius PSP įstaigose, dėl to pailgėja paslaugų laukimo eilės trukmė. Vasaros metu sumažėja eilės pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje, nes vasarą mažiau žmonių serga, nebūdingos sezonines epidemijos.[95]

BP gydytojų (šeimos gydytojų) ir slaugytojų stygius Lietuvoje – tai svarbiausias politinis ir vadybinis šių dienų rūpestis. Nes Lietuvoje susidarė tokia sveikatos sektorių finansinė situacija, kuri skatina gydytojus ir slaugytojus migruoti į kitas užsienio šalis arba iš viso atsisakyti šios profesijos, arba persikvalifikuoti.[96] Galima palyginti su kitomis pasaulio valstybėmis, pvz. JAV išleido daugiausia lėšų sveikatos priežiūrai, lyginant su kitomis šalimis, JAV gydytojai uždirba daugiausiai paliginus su Kanados, Japonijos ir Europos kolegomis.[97] Lietuvoje dėl medikų

---

[91] Šukys R. Lietuvos Respublikos 2010 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas. – URL: http://www.lrv.lt/Posed_medz/2011/110504/07_papildymas.pdf , žiūrėta 2013.01.03

[92] Tamutienė I., Černiauskaitė I., Sruogaitė A. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai // Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. – 2011. Nr. 2(1), p. 95 - 110. – ISSN 2029-4573

[93]Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas,2007, p. 176

[94] Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006. Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje. Vilnius, 2007, p. 38 – 40. ISSN 1648-7338

[95] Tamutienė I., Černiauskaitė I., Sruogaitė A. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai // Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. – 2011. Nr. 2(1), p. 95 - 110. – ISSN 2029-4573

[96] Kosinskienė A., Ruževičius J. Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2011, Nr. 1(52), p. 13 – 29.

[97] Kairys J., Žėbienė E., Zokas I. Gydytojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2005, Nr. 1, p. 87 – 92.

stokos, sveikatos įstaigoje dirbantis gydytojas būna perkrautas pacientų skaičium, pavargęs, perkrautas biurokratiniu darbu, nepakankamai laiko skiria paciento konsultacijai.[98]

Vertinant gydytojo darbą su pacientu vieno planinio vizito metu susiduriama su laiko stokos problema dėl perkrauto, su medicina nesusijusio darbo, kas įtakoja paciento aptarnavimo kokybei bei gydymo kokybei. Kažkur 60 – 70 proc. skirto priėmimo laiko tenka dokumentų pildymui: ligos istorijai, kompensuojamiems vaistams išrašyti, nemažai laiko užtrunka susipažinti su paciento ligos istorija, susipažinti su tyrimo atsakymais, siuntimų, atsakymų, išrašų parašymams, įforminti slaugą, nustatyti specialiuosius poreikius, ilgalaikių nedarbingumo pažymėjimų tęsimas, laikino nedarbingumo nustatymas, socialinių problemų sprendimas.[99] Vidutiniškai paciento vizitas pas šeimos gydytoją užtrunka kažkur 15 min. iš jų apie 10 min. – įrašų darymui, 5 min. skiriama pacientui apžiūrai, per kurią turi surinkti ligos anamnezę, atlikti apžiūrą, bei nustatyti diagnozę bei parinkti gydymą.[100]

Kiekviena pirminė sveikatos priežiūros įstaiga stengiasi užtikrint, kad pacientai prie gydytojų kabinetų lauktų kuo trumpiau ir pas gydytojus patektų jiems nurodytu laiku, kad laukimo laikas būtų ne ilgesnis kaip 20 – 30 min. Ši tvarka numatoma teritorinių ligonių kasų sutartyse su PSP įstaigomis. PSP įstaigos vidaus tvarkos taisyklėse ir kokybės vadovuose.[101]

Apibendrinat, nors kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga stengiasi užtikrinti ir organizuoti įstaigos darbą taip, kad pacientams laukti eilėje planiniam vizitui pas šeimos gydytoją reikėtų kuo trumpiau. Tačiau Lietuvoje paslaugų laukimo eilė lieka viena iš pagrindinės pirminės sveikatos priežiūros problemų. Yra daug faktorių, kurie neigiamai veikia į organizacinį prieinamumą: šeimos gydytojų stygius, didelis skaičius aptarnaujamų pacientų vienam gydytojui. Gydytojo laiką gaišina įvairūs papildomi darbai: ligos istorijos, tyrimų, siuntimų, spec. poreikių pildymai.

---

[98] Tamutienė I., Černiauskaitė I., Sruogaitė A. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai // Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. – 2011. Nr. 2(1), p. 95 - 110. – ISSN 2029-4573

[99] Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste // Sveikatos politika ir valdymas. – Vilnius, 2012, Nr. 1(4), p. 116 – 125

[100] eSveikatos sistemos projektas. – URL: http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/el_sveikata/gs_esveikata_web_version.pdf , žiūrėta 2012.11.05

[101] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, p. 176

1.5 Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo – laukimo eilės tyrimai

Pacientų apklausa – tai informatyvus ir adekvatus indikatorius, kuris vertina pokyčius sveikatos priežiūroje. [102]

Vienas iš pagrindinių Jungtinės Karalystės Nacionalinės sveikatos sistemos uždavinių – tai trumpinti eiles, dėl kurių pacientai laukia, prieš gaunant medicininę paslaugą. Lietuvoje ilgą laiką neegzistavo problema dėl eilių, tačiau, sumažėjus medikų skaičiui ir nustačius tam tikrus apribojimus iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokomoms paslaugoms jų kiekio prasme, atsiranda problema dėl susidariusių eilių pirminėje sveikatos priežiūroje ir tam tikroms specialistų konsultacijoms.[103]

2001 m. ir 2003 m. M. Plėskis atliko tyrimą, kurio metų buvo analizuojami organizacinio PSP paslaugų prieinamumo rodikliai: ar pacientai į gydytoją kabinetą buvo pakviesti paskirtu laiku; kiek laiko teko laukti prie gydytojo durų. Buvo nustatyta, kad 2001 m. 67.8 proc. pacientų į gydytoją kabinetą buvo pakviesti jiems nurodytu laiku ant talonėlio, bet 32.2 proc. teko laukti. Tiems kuriems teko laukti, 46.7 proc. laukimo laikas užtruko iki 30 min., 28.8 proc. – laukė nuo 30 min – 60 min., 11.5 proc. – nuo 1 val. iki pusantros valandos, o net 13 proc. laukti teko daugiau negu pusantros valandos. 2003 m. 70.5 proc. tyrime dalyvavusių pacientų nereikėjo laukti ir jie buvo pakviesti jiems nurodytu laiku. 29.5 proc. teko laukti iki 30 min., 31.2 proc. – nuo 30 min. – 60 min., 7.9 proc. – 1val. iki pusantros valandos, 7.5 proc. laukė virš pusantros valandos. Pastebėta, kad laukimo laiko eilė per 2 metus beveik nepakito.[104]

Remiantis 2002 m. J. Kairio ir R. Gurevičiaus atliktu tyrimu, kurio tikslas buvo išsiaiškinti per kiek laiko pacientas gali patekti pas šeimos gydytoją, atlikti procedūras, tenka laukti registratūroje, ir išsiaiškinti kokia yra šių eilių priežastis. Pagal gautus duomenis matome, kad pacientams registratūroje vidutiniškai tenka laukti apie 16 minučių. Tokia laukimo trukmė susidaro dėl to, kad mažiau negu pusė dalyvavusių tyrime, naudojasi registracija telefonu, o didesne dalis pacientų registruojasi tiesiogiai atvykstant į polikliniką. Prie šeimos gydytojų kabineto vidutiniškai laukia apie 30 minučių. Tokią laukimo trukmę reikia vertinti objektyviai, nes dalis pacientų nėra užsiregistravę iš anksto, jie, atėję į polikliniką, gauna talonėlį su nurodytu laiku tai pačiai dienai dėl ūmaus susirgimo, dėl kurio turi būti suteikta skubi medicininė pagalba

[102] Brogienė D, Gurevičius R. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę // Medicina. – Kaunas, 2009, Nr. 45 (3), p. 226 –237

[103] Plieskis M. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste: daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10B). – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005. – 132 p.

[104] Ten pat

ir turi būti paskirtas gydymas. Tokie ūmiai susirgę ligoniai priimami be eilės, todėl kitiems pacientams tenka laukti ir dėl to jie nepatenka pas gydytojus nurodytų laiku.[105]

Remiantis Ž. Malašauskienės ir bendraautoriais 2004 m. birželio mėnesį atlikto tyrimo, kurio tikslas buvo išsiaiškinti pacientų nuomonę apie PSP prieinamumą Šiaulių apskrities PSP centruose. Buvo analizuojami privatūs centrai ir viešoji įstaiga. Matome, kad didžiausia kliūtis pacientams - registratūra, kur pacientams tenka laukti. 73.6 proc. pacientų atsakė, kad jiems tenka laukti trumpai. Taip pat vertinant prieinamumą, svarbus rodiklis – kiek pacientams tenka laukti prie šeimos gydytojo kabineto. Viešoje PSP įstaigoje 32.9 proc. apklaustų pacientų teigė, kad jiems reikėjo laukti labai ilgai prie gydytojo durų. Lyginant privačius centrus su viešąja įstaiga, pastebėjome, kad iš privačių įstaigų mažesnė dalį pacientų laukė trumpesnį laiką pas šeimos gydytojus.[106]

2006 m. S. Stulpinaitė atliko apklausą, kurios tikslas buvo sužinoti, ar pacientai gauna talonėlį tai pačiai dienai ir kiek pacientams tenka laukti registratūroje, lyginant privačias ir viešą PSP įstaigas. Privačiuose PSP įstaigose net 84.4 proc. pacientų gauna talonėlį tai pačiai dienai, kurią kreipėsi į registratūrą. Tačiau viešoji PSP įstaigoje tik 50 proc. teigė, kad talonėlį gauna tai pačiai dienai. Tiek Privačiuose įstaigose 89.5 proc., tiek viešoji PSP įstaigoje 82.6 proc. pacientų registratūroje tenka laukti iki 15 min. 15 min – 30min. reikėjo laukti 10 proc. ir privačiose ir viešojoje, tačiau viešoji PSP įstaigoje buvo tokiu žmonių, kuriems reikėjo laukti iki 45 min. ir daugiau.[107]

Remiantis tyrimo duomenimis pagal 2008 m. Lietuvos mokslininkus J. Kairys, E. Žėbienė, V. Tylienė, ir V. Tomkevičius atlikto tyrimo, kurio metu buvo atlikta pacientų apklausa. Matome, kad pacientams dažniausiai laukimo laikotarpis, kol pateks pas gydytojus, būna nuo savaitės iki 10 dienų. Sunkiausia pas gydytojus pacientams patekti per vieną dieną.[108]

Pasak L. Petrylaitės 2010 m. atlikto tyrimo duomenis, kurio metu vertino respondentų nuomonę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvoje ir Airijoje, šio tyrimo metu pastebėta, kad Lietuvoje respondentai vizito pas šeimos gydytoją vidutiniškai laukia iki 2 savaičių. Tačiau Šiaurės Airijoje – vizito tenka laukti vidutiniškai apie 3 – 4 savaites. Vertinant

---

[105] Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas // Medicina. – Kaunas, 2002, Nr. 38(1), p. 94 – 102.

[106] Milašauskienė Ž., ir kt. autoriai. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose** // Medidina. – Kaunas, 2006, Nr. 42(3), p. 231 – 237.

[107] Stulpinanitytė S. Pacientų teisės pasirinkti pirminės sveikatos priežiūros įstaigą vertinimas konkurencijos sąlygomis: magistro darbas: Visuomenės sveikata. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2006. – 65 p. – URL: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D_20060607_153107-92334/DS.005.0.02.ETD , žiūrėta 2012 12 10

[108] Kairys J. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų išsilavinimą ir gaunamas pajamas // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2008, Nr. 3, p. 1643 - 1646

kiek laiko tenka respondentams sugaišti prie kabineto: Lietuvoje vidutiniškai tenka laukti apie 30 min., tačiau Šiaurės Airijoje respondentams tenka laukti 30 – 60 min. prie gydytojo kabineto.[109]

Remiantis 2011 m. J. Kairio ir bendraautorių atliko tyrimo duomenimis, kurio tikslas buvo sužinoti, kaip pacientai naudojasi informaciniomis technologijomis, kuriomis buvo siekiama, kad pacientai turėtų galimybę registruotis internetu, nebūtų siunčiami į registratūrą registracijai pas gydytojus, kad sumažinti laukimo eilę registratūroje, ir buvo pastebėta, kad 45.1 proc. iš visų dalyvavusiųjų tyrime nurodė, kad naudojasi pasiūlytomis informacinėmis technologijomis. Pacientai registruojasi pas gydytojus internetu. Daugiausiai internetu registruojasi jaunesnių žmonių grupės 21 m. – 30 m., tačiau vyresni žmonės vengia pasinaudoti tokia registracijos galimybe, jie registruojasi poliklinikoje. Medicininė informacinė sistema pakeitė visą įstaigos darbo organizavimą, personalas, informacinė sistema arba elektroninė registracija matoma kaip neatsiejama darbo dalis, kuri padėtų kokybiškai atlikti savo darbą. Elektroninė registracija palengvino darbo krūvį medicinos registratoriams, pacientai yra registruojami apsilankymo metu tiesiai iš gydytojų kabinetų, iš namų, sumažėjo eilės registratūroje.[110]

2011 m. J. Kairys ir bendraautoriai vykdė pacientų apklausą, kuri vyko Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikoje. Iš tyrimo duomenų matome, kad pacientai dažniausiai lankosi poliklinikoje po 19 val., nuo 14 val. iki 19 val. pacientai rečiausiai lankosi pas gydytojus. Pacientai savo vizitus pas gydytojus derina su darbu. Šio tyrimo metu išsiaiškinta, kad didžioji dalis pacientų vizito pas gydytojus laukia 1 savaitę. Kiek mažesnei daliai pacientų tenka laukti 10 dienų. Mažesnė tikimybė patekti pas gydytojus kreipimosi dieną.[111]

Lyginant su 2011 m. R. Valiaus ir bendraautoriais atlikto tyrimo, iš kurio matome, kad laukimo laikas prie šeimos gydytojo kabineto svyravo nuo 15 – 30 minučių. Didžioji dalis respondentų nurodė pagrindinę priežastį, dėl kurios susidaro eiles prie kabineto – tai noras priimti kuo daugiau pacientų.[112]

Apibendrinant, matome, kad per paskutiniuosius trylika metų Lietuvoje laukimo eilei buvo skirta nemažai dėmesio. Mokslininkai atliko nemažai tyrimų apie laukimo eilę PSP įstaigose. Pastebėta, kad išlieka toks pats laukimo laikas prie gydytojų kabinetų kažkur apie 30 min. Tačiau pacientams viešose įstaigose tenka laukti ilgiausią laukimo eilę pas šeimos gydytojus vizitui ir

---

[109] Petrylaitė L. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybė Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje šiaurės Airijos lietuvių bendruomenės požiūriu: magistro darbas: 10B – Visuomenės sveikata. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2010. – 1 – 76 p. – URL: http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2010~D_20100621_094150-77151/DS.005.0.01.ETD , žiūrėta 2012.11.10

[110] Kairys J. ir kt. autoriai. Pacientų nuomonė apie informacinių technologijų panaudojimą Vilniaus miesto Centro ir Šeškinės poliklinikose pagal pacientų amžių // Medicinos teorija ir praktika. – Vilnius, 2011, Nr. 17(1), p. 55 - 64

[111] Kairys J. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų išsilavinimą, socialinę ir ekonominę padėtį // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2011, Nr. 21(6), p. 42 - 58

[112] Valius L. irk t. autoriai. Evaluation of the Quality Of Services in primary health care institutions // Medicina. – Kaunas, 2011, Nr. 47(1), p. 57 – 61.

šitas laikotarpis yra nuo 7 iki 10 dienų. Bet privačiuose sektoriuose mažiau tenka laukti tik kelias dienas. Matome, kad laukimo eilė per trylika metų išlieka viena iš pagrindinių sveikatos priežiūros prieinamumo problemų.

1.6 Laukimo eilė pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose Kanadoje ir JAV

Maždaug prieš keturiasdešimt metų, lyginant sveikatos priežiūros sistemas tarp Kanados ir JAV, nebuvo pastebėta jokio reikšmingo skirtumo, jos buvo vienodos. Tačiau nuo 1971 m. viskas pasikeitė, abi šalys pasuko skirtingom kryptim ir pradėjo reformuoti savas sveikatos priežiūros sistemas, kad pasiekti geresnius savo šalies sveikatos priežiūros rezultatus.

Kanadiečiai savo sveikatos priežiūros sistemai išleidžia 8.7 proc. BVP, JAV išleidžia 11.8 proc..[113]

Daugiau negu 37 milijonai JAV gyventojų neturi jokio sveikatos draudimo. JAV sveikatos draudimas yra dvejų rūšių: valstybinis ir privatus. Dalinai valstybės finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos tiekiamos tokiems asmenims:

- ✓ dirbantieji, vidutines pajamas gaunantis asmenys, kurie turi pastovų draudimo polisą.

Pirmines sveikatos priežiūros paslaugas pacientai gauna iš privačių gydytojų. Tokį apsilankymą pas gydytojus finansuoja nevalstybiniai fondai, vartotojas pats moka tiesiogiai per privačias sveikatos draudimo kompanijas. O draudimo kompanija pati sumoka medicininei įstaigoje už kliento gydymą. Jeigu apsilankymų metu pas gydytoją būtina atlikti laboratorinius tyrimus, rentgeną, ar išrašyti vaistus, tai dauguma šių paslaugų yra finansuojami individualiai, pacientas moka tiesiogiai. O jeigu pacientui reikia pasinaudoti industrializuotomis struktūromis, kaip ligoninė – tada už paciento gydymą sumoka draudimo bendrovė. Pacientai laisvai gali pasirinkti gydytojus, draudimo kompanijas, ir net ligonines. Tačiau kai žmonės sulaukia 65 metų, jiems sveikatos priežiūros paslaugos suteikiamos nemokamai, jie tampa tinkami „Medicare“ programai – tai valstybės finansuojama ir prižiūrima sveikatos draudimo programa. „Medicare“ apima 40 proc. sveikatos priežiūros išlaidų.[114]

- ✓ Bedarbiai, neapdrausti, vargšai ir jų šeimos nariai, neturintis pastovaus draudimo poliso. Ši grupė žmonių neturi pastovaus šeimos gydytojo, kokį turi žmonės su vidutinėmis pajamomis. Dauguma sveikatos priežiūros paslaugų bedarbiai ir jų šeimos nariai gauna ambulatorinėse klinikose, miesto ar apygardos ligoninėse. Neturintys pajamų žmonės už medicinos paslaugas moka per visuomeninius fondus. Pacientai su žemomis pajamomis gali priklausyti „Medicaid“ sveikatos draudimo programai – tai programa, skirta mažas pajamas turintiems, vyresnio amžiaus žmonėms, taip pat – neįgaliesiems ar kitiems asmenims, turintiems teisę į valstybes teikiamas lengvatas.[115]

---

[113] Elaine B. The politics of Canada's health care system. – URL: http://www.law.harvard.edu/programs/lwp/healthc.pdf žiūrėta 2013.01.05
[114] Ten pat
[115] Ten pat

Kanadoje daugiau negu 30 milijonų žmonių turi savo šeimos gydytoją. Kanadiečiai pasitiki savo gydytojais ir visada kreipiasi, iškilus kokiai nors sveikatos problemai. Šeimos gydytojai nustato ligą, paskiria tyrimus, procedūras, gydymą, esant reikalui nukreipia pas specialistus tolimesniam ištyrimui ir gydymui. Šeimos gydytojas atlieka svarbų vaidminį Kanados sveikatos priežiūros ir medicinos švietimo sistemose kaip gydytojai, sveikatos mokytojai, sveikatos administratoriai.[116]

Kanadoje visiems žmonėms sveikatos priežiūros paslaugos taikomos nemokamai tiek turtingiems, tiek turintiems mažas pajamas ir nepriklausomai nuo amžiaus arba nuo darbo statuso. Pacientai gali laisvai kreiptis į pasirinktą gydytoją ir kreiptis į ligoninę, ir medicininės paslaugos bus suteikiamos nemokamai. Iš esmės Kanados piliečiams nėra jokių finansinių kliūčių naudotis sveikatos priežiūros įstaigos teikiamomis paslaugomis. Tačiau Kanadoje egzistuoja ir privatus draudimas. Iš privačių draudimų galima apmokėti dalinius mokėjimus, kai pacientams reikia apmokėti tiesiogiai, kai kreipiasi į privatų sveikatos sektorių arba apmokėti už paslaugas, kurias nepadengia Kanados valstybė. Didžioji dalis gydytojų užsiima privačia praktika, apmokėjimą gauna už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Kiekvienais metais gydytojų organizacijos derisi su provincijos sveikatos priežiūros agentūromis dėl apmokėjimo. Kanadoje didžioji dalis ligoninių yra privačios, tačiau pelno nesiekiančios. Jos gauna pelną iš pasaulinių biudžetinių organizacijų.[117]

Remiantis neseniai atlikto JAV nacionalinio tyrimo, du trečdaliai respondentų pasakė, kad JAV sveikatos sistemos priežiūra finansiniu požiūriu turi būti panaši į Kanados. Jie palankiau vertina Kanados finansinę sveikatos sistemos pusė.

Kanadoje ir JAV apmokėjimai gydytojams yra vienodi, gydytojams moka už suteiktas sveikatos paslaugas, už atliktas procedūras. Toks mokėjimas skatina gydytojus atlikti nereikalingas medicinines paslaugas, kad uždirbti daugiau pinigų. Vis dėl to yra skirtumas, 75 proc. JAV gydytojų sudaro specialistai, o Kanadoje 50 proc. yra specialistai, o kiti šeimos gydytojai.[118]

Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, pagrindinė politinė problema, su kuria susiduria Kanados ir JAV sveikatos priežiūros sistemos ir kuri pastaruoju metu sulaukė daug diskusijų tarp mokslininkų tai – yra laukimo eilė.[119]

Ilgas laukimo laikas pas gydytojus atspindi, kad Kanados sveikatos sistema yra neefektyvi ir prastos kokybės.[120] Šeimos gydytojų stygius Kanadoje sąlygoja ilgas laukimo eilės pas šeimos

---

[116] A vision for Canada, Family Practice. The patient's medical home, 2011. – URL: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/PMH_A_Vision_for_Canada.pdf , žiūrėta 2013.01.05

[117] Elaine B. The politics of Canada's health care system. – URL: http://www.law.harvard.edu/programs/lwp/healthc.pdf žiūrėta 2013.01.05

[118] Ten pat

[119] Rachilis M. M., Public solutions to health care wait lists // CCPA, 2005. - 1-38 p.

gydytojus, net tūkstančiai piliečių neturi savo šeimos gydytojo. Bet pacientams, kurie turi savo gydytojus tenka irgi laukti eilėje vizitui, dėl to, kad gydytojai priiminėja papildomus nesavus pacientus.[121] Ir piliečiai ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai susirūpino dėl to kad, laukimo laikas yra pernelyg ilgas, net kai kuriems pacientams gresia pavojus, ar net mirtis nesulaukus reikalingo paskirto gydymo.

„Fraser“ institutas 1992 m. pirmą kartą Kanadoje atliko tyrimą apie pacientų laukimo eilę pas gydytojus. Šiuo tyrimo metu pastebėta, kad per 12 metų dvigubai padaugėjo siuntimų specialistų konsultacijoms, kurioms siunčia šeimos gydytojas.[122] Terminas „laukimo laikas“ arba „laukimo eilė“ sulaukė daug diskusijų tarp mokslininkų ir visuomenes narių ir nekaip negali jie prieiti prie vieno apibrėžimo. Vienas iš apibrėžimų – laukimo laikas arba eilė – tai laikas, kai pacientas kreipiasi į pirminę sveikatos priežiūros įstaigą, uzsiregistruoti planiniam vizitui arba užsirašyti į laukiančiųjų sąrašą gydytojo konsultacijai, ir kol bus suteikta reikalinga planinė konsultacija. Bet yra ir išimtis Kanadoje, kai pacientui nereikia laukti bendroje laukimo eilėje, tai kai reikalinga būtinoji medicininė pagalba.[123]

Kanadoje ir JAV skirtingi autoriai laukimo eilę, kaip apibrėžimą, traktuoja panašiai pvz.:

- ✓ Laukimo eilė – tai toks laukimo laikotarpis – nuo paciento kreipimosi dienos į sveikatos įstaigą iki tol kol pateks pas šeimos gydytoją ir bus skirtas reikalingas gydymas;
- ✓ Laukimo eilė – tai laikas kol pacientas po šeimos gydytojo konsultacijos pateks specialisto konsultacijai;
- ✓ Laukimo eilė – tai pacientų kiekis, kam reikalinga planinė konsultacija vienai gydytojo darbo dienai;
- ✓ Laukimo eilė – kol pacientas pateks į ligoninę;
- ✓ Laukimo eilė operaciniam gydymui.[124]
- ✓ Laukimo eilė – tai laukimo laikas po specialisto konsultacijos iki tol, kol bus suteiktas reikalingas gydymas.[125]

Tačiau plačiau nagrinėsime pirmą apibrėžimą, kuris yra panašus į Lietuvos apibrėžimą apie laukimo eilę – tai laukimo laikotarpis nuo paciento kreipimosi dienos į sveikatos įstaigą iki tol, kol pateks pas šeimos gydytoją ir bus paskirtas reikalingas gydymas.

---

[120] Davies R. F. Waiting lists for health care: A necessary evil? // CMAJ. – Canada, 1999, Nr. 160 (10), p. 1469 – 1470.
[121] A vision for Canada, Family Practice. The patient’s medical home, 2011. – URL: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/PMH_A_Vision_for_Canada.pdf , žiūrėta 2013.01.05
[122] Rachilis M. M., Public solutions to health care wait lists // CCPA, 2005. - 1-38 p
[123] Chua K., Rutledge J. Waiting Lists in Canada reality or hype? // American medical student association, 2006, p. 1 - 7.
[124] Cook L., Landry M., Cott C. Waiting lists and wait times for community – based adult rehabilitation in Ontario. – URL: http://www.acreu.ca/pdf/pub5/06-02.pdf , žiūrėta 2013.01.05
[125] Barua B., Rovere M., Skinner B. Waiting your turn wait times for health care in Canada. 2011. – URL: http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2011.pdf , žiūrėta 2013.01.05

Kanadoje pacientams planinio apsilankymo pas šeimos gydytoją vidutiniškai tenka laukti 4 – 6 savaites. Bet, pacientams ūmiai susirgus, arba kai reikalinga būtinoji medicininė pagalba, pas gydytoją patenka tą pačią dieną, kurią jis kreipiasi į sveikatos įstaigą. Iš pradžių, ūmiai susirgusį pacientą, konsultuoja slaugytoja, nustato kokia yra paciento sveikatos būklė ir kokia medicinos pagalba reikalinga, ir tada pacientui tenka laukti prie gydytojų kabineto, laukimo laikas prie kabineto gali užsitęsti net iki 6 valandų, priklausomai nuo sveikatos būklės. Tačiau, jeigu pacientas nenori laukti, jis gali kreiptis į privačią sveikatos įstaigą, kur jam iškarto bus suteikta gydytojo konsultacija ir paskirtas reikalingas gydymas, tačiau šita paslauga valstybės neapmoka ir ligoniui reikės pačiam užmokėti už apsilankymą, tyrimus ir už paskirtą gydymą.[126] Ilgiausios laukiamos eilės yra pas specialistus, vidutiniškai reikia laukti kažkur apie 90 dienų.

2009 m. Kanadoje buvo atliktas tyrimas kiek užtrunka pacientui laukti po pirmo apsilankynimo pas šeimos gydytoją iki tol kol pateks konsultacijai pas specialistą. Remiantis tyrimo duomenimis matome, kad reikėjo laukti 8.2 savaites, o 2010 m. laukimo laikas pailgėjo – reikėjo laukti 8.9 savaites, bet palyginus su 1993 m. duomenimis, pacientams laukti reikėjo 3.7 savaites. Trumpiausios laukimo eilės specialisto konsultacijai pasiskirsto tarp regionų: Saskačevanas (6.7 sav.), Ontario (7.8 sav.), Britų Kolumbija (8.2 sav.). Ilgiausios laukimo eilės: Naujasis Brunsvikas (24.6 sav.), Niufaundlandas ir Labradoras (14.7 sav.). [127]

Remiantis 2009 m. JAV Merritt Hawkins & Associates atlikto tyrimo duomenimis pastebėta, kad tą pačią kreipimosi dieną sveikatos paslaugą pacientui neįmanoma gauti, vidutiniškai laukimo laikotarpis pas šeimos gydytoją yra nuo 14 dienų iki 21 dienos. Tyrimas buvo atliktas 15 JAV valstijose. Laukimo eilė kiekvienoje valstijoje skiriasi, tai priklauso nuo šeimos gydytojų bendro skaičiaus, nuo gyventojų skaičiaus ir nuo pasiūlos. Pvz.: Sietle, Portlende, Dalase pas šeimos gydytoją vidutiniška laukimo eilė yra apie 8 dienas. Majamise – 7 d., Antantoje ir Filadelfijoje – 9 d. Niujorke – 24 d. Trumpiausia laukimo eilė yra San Diege – čia pas gydytojus galima patekti jau sekančią dieną. Ilgiausiai pacientams tenka laukti Los Andžele – 59 d. ir Bostone – 63 d. Taipogi JAV galima pas gydytoją patekti ir ta pačią dieną kaip ir Kanadoje ir Lietuvoje, esant prastai sveikatos būklei, ūmiai susirgus, traumos atveju, ir, kai reikalinga būtinoji medicinos pagalba. Būtinąją pagalbą suteikia šeimos gydytojas arba toje pačioje komandoje ir įstaigoje dirbantis gydytojas, arba galima kreiptis į ligoninę.[128]

---

[126] Rachilis M. M., Public solutions to health care wait lists // CCPA, 2005. - 1-38 p

[127] Barua B., Rovere M., Skinner B. Waiting your turn wait times for health care in Canada. 2011. – URL: http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2011.pdf , žiūrėta 2013.01.05

[128] 2009 survey of physician appointment wait times. – URL: http://www.merritthawkins.com/pdf/mha2009waittimesurvey.pdf , žiūrėta 2013.01.05

Apibendrinant, laukimo eilė Lietuvoje, Kanadoje ir JAV yra pagrindinė politinė ir vadybinė problema, kuri sulaukė daug diskusijų dėmesio. Laukimo eilė yra vienas iš svarbiausių sveikatos kokybės vertinimo rodiklių. Kiekvienoje iš išvardintų šalių, pacientai neigiamai vertina ilgą laukimo eilę yra nepatenkinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Tačiau palyginus su JAV ir Kanada, Lietuvoje – laukimo eilė dar nėra tragiška, bet vis tiek pacientams tenka laukti apie 10 dienų. Toks laukimo laikas išprovokuoja žmonių nepasitenkinimą organizaciniu sveikatos priežiūros prieinamumu.

1.7 „Išankstinė pacientų registracijos sistema“

PSO ilgai svarstė e. sveikatos klausimą, tačiau pastaruoju metu, įvertinusi šios sistemos efektyvumą, pradėjo skatinti ir plėtoti e. sveikatos priemones visame pasaulyje. 58 – osios PSO Generalinės Amsablėjos sesijos metu, kuri įvyko 2005 m. Globalia e. sveikatos observatorija išanalizavo šalių poreikius e. sveikatos priemonėms ir paslaugoms ir juos apibendrino 2006 m. PSO ataskaitoje. PSO ataskaitoje pažymima, kas e. sveikata vienas iš svarbiausių dalykų, keliantis sveikatos priežiūros kokybės lygį. Ir kad PSO planuojama aktyviai veikti sveikatos priežiūros srityje: plėtoti ir skatinti pagrindinių priemonių e. sveikatos funkcijoms įgyvendinti – vaistų registrų, į pacientą orientuotų informacinių sistemų, teikti metodinę pagalbą keičiantis patyrimu, sveikatos informacija bei vykdant mokymą. [129]

2007 m. Lietuvoje pradėjo įgyvendinti e. sveikatos 2007 – 2015 m. plėtros strategiją. Šios strategijos tikslas – subalansuoti jau esančios ir naujai atsirandančias informacines ir komunikacines galimybes, kad būtų užtikrinta e. sveikatos sistemos plėtra, gerinant sveikatos priežiūros kokybę.[130]

E. sveikatos apibrėžimas e. sveikatos sistemos 2009 – 2015 m. plėtros programoje: „... E. sveikata – tai nauja sritis, kurios atsiradimas sąlygoja sveikatos apsaugos, medicinos informatikos ir administracinės veiklos visumą, užtikrinama diegiant informacines ir ryšių technologijas, organizacines veiklos naujoves ir naujus įgūdžius ir skirta sveikatinimo (asmens, visuomenės, farmacijos) paslaugoms tobulinti operatyviai pateikiant išsamią veiklai reikalinga informaciją“.[131]

E. sveikata yra viena iš svarbiausių ir efektyviausių priemonių gerinant sveikatos apsaugą ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei prieinamumą.

Augant šalies ekonomikai, kartu auga ir gyventojų poreikiai ir reikalavimai sveikatos priežiūros paslaugoms. Pacientai reikalauja geresnės ir kokybiškesnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, garantijų, gina savo teises, siekdami laisvai pasirinkti medicininę įstaigą ir gydytoją. Pacientai migruoja tarp įstaigų, ieškodami geresnės paslaugų kokybės. Naujų gydymo metodų ir informacinių technologijų diegimas SPĮ atveria naujas paslaugų galimybes ir gerina paslaugų kokybę.[132]

---

[129] Lietuvos e. sveikatos 2007 – 2015 metų plėtros strategijos įgyvendinimo planas. – URL: http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/higienos_normos?id=60167 , žiūrėta 2013.01.10

[130] Ten pat

[131] E. sveikatos sistemos 2009 – 2015 metų plėtros programa. – URL: http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=87CA1795-38FC-4147-8175-81CFCF5B92B0 , žiūrėta 2013.01.10

[132] Lietuvos e. sveikatos 2007 – 2015 metų plėtros strategijos įgyvendinimo planas. – URL: http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/higienos_normos?id=60167 , žiūrėta 2013.01.10

Remiantis 2009 m. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės atlikto tyrimo duomenimis, visose sveikatos priežiūros įstaigose , kuriose dirbo daugiau negu 10 darbuotojų, kasdieninėje veikloje naudojamas kompiuteris ir internetas.

2007 m. SAM įgyvendino pirmąjį NESS etapą, kurio rezultatų pasekmė – buvo sukurta pagrindinė e. sveikatos sistemos dalis ir realizuotos 4 pagrindinės funkcijos. Viena iš svarbiausių funkcijų, kurią plačiai aptarsime – tai išankstinė pacientų registracijos sistema.[133]

Projektas „išankstinė pacientų registracijos sistema“ įgyvendintas nacionaliniu mąstu. Šiame projekte dalyvauja VŠĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė Santariškių klinikos ir 19 partnerių. Pagrindines dalyvaujančias įstaigas sudaro iš 49 savivaldybių – tiek mietų, tiek rajonų. Šita bendra sistema leidžia efektyviai panaudoti paskirtas lėšas ir suteikia pacientams galimybę pasirinkti gydymo įstaigą ir medicinos specialistų paslaugas.[134]

Ankščiau, iki e. sveikatos sistemos įdegimo, pacientų registracija buvo vykdoma kitaip, panaudojant „popierinę“ registraciją. Buvo naudojami popieriniai žurnalai arba pacientai tiesiog atvykdavo į PSP įstaigas be išankstinės registracijos ir sudarydavo gyvas eiles prie gydytojų kabinetų. Pacientams sunku buvo arba praktiškai neįmanoma pasirinkti tinkamą apsilankymui laiką. Su popieriniu žurnalu galėjo dirbti tik viena registratorė, tai ribojo efektyvų darbą, sudarydavo eiles prie registratūros langelių, pacientams tekdavo daug laiko sugaišti registratūroje, laukiant eilės. Akivaizdu, kad „popierinės“ sistemos efektyvumas buvo gana žemas ir netenkino tiek paciento, tiek medicinos personalo poreikių. Buvo sunaudojama per daug pacientų ir darbuotojų laiko įprastoms operacijom atlikti.[135]

Tačiau, įdiegiant išankstinę paciento registraciją, pagerėjo paslaugų kokybė. Ši sistema neriboja pasirinkimo galimybės, leidžia pacientams pasirinkti gydytoją, pasirinkti patogiausią laiką apsilankymui. Leidžia rezervuoti laiką gydytojo priėmimui internetu ir telefonu. Gydytojai iš savo kabinetų gali registruoti pacientus pakartotiniam apsilankymui arba konsultacijai pas specialistus, taip sutaupo paciento laiką, nereikia laukti eilėje registratūroje. Užsiregistravusiam pacientui galima internete stebėti visus savo planuojamus bei įvykusius apsilankymus. Įstaigos administratoriai gali matyti gydytojų darbo krūvius, pacientų pasiskirstymą, automatiškai gauti statistines ataskaitas ir kitą reikalingą informaciją, analizuoti pacientų registracijos procesą: kokiu laiku, koks skaičius pacientų dažniausiai registruojasi ir, remiantis gauta informacija, planuoti įstaigos valdymą ir darbo organizavimą.[136]

---

[133] E. sveikatos sistemos 2009 – 2015 metų plėtros programa. – URL: http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=87CA1795-38FC-4147-8175-81CFCF5B92B0 , žiūrėta 2013.01.10

[134] Išankstinės pacientų registracijos sistema. – URL: http://www.esparama.lt/old/lt/bpd/zemelapis/sekmingi_projektai/?id=7387 , žiūrėta 2013.01.15

[135] Ten pat

[136] E-sveikata. – URL: http://www.santa.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=183&Itemid=195 , žiūrėta 2013.01.15

Tačiau įgyvendinant šią sistemą, buvo ir sunkumų. Reikėjo aprūpinti visus darbuotojus kompiuterine technika, juos apmokinti dirbti su šia sistemą.

Apibendrinant, įkuriant šią sistemą, pagerėjo sveikatos priežiūros prieinamumas, registratūroje teikiamų paslaugų kokybė. Pacientas gali registruoti pas gydytojus neišeinant iš namų, pasirinkti tinkamiausią laiką. Ši sistema SMS būdu automatiškai informuoja pacientą apie busimą apsilankymą, taip pat jis gali atšaukti vizitą. Nereikia sugaišti daug laiko registratūroje, laukiant eilėje.

2. TYRIMO METODOLOGIJA

Tyrimo tikslas: ištirti laukimo eilę įvairiose pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo etapuose.

Tyrimo objektas – laukimo eilė VšĮ Karoliniškių poliklinikoje pirminės sveikatos priežiūros grandyje.

Siekiant pasiekti darbo tikslą, buvo pasirinktas anoniminės apklausos metodas. Buvo iš anksto panaudota šio mokslino darbo autorės parengta anketa. Anketą sudarė 20 klausimų. Anketa buvo padalinta į keturias dalis. Pirmoji anketos dalis skirta nustatyti respondentų demografines charakteristikas, antroji – nustatyti paslaugų organizavimą poliklinikoje, trečioji – nustatyti kokios yra laukimo eilės poliklinikoje ir ketvirtoji dalis, skirta nustatyti šių laukimo eilių priežastis. (žr. 1 priedą). Tyrimas vyko 2013 m. vasario 1 d. – kovo 4 d. VšĮ Karoliniškių poliklinikoje. Apklausoje dalyvavo VšĮ Karoliniškių poliklinikos pacientai.

Apklausai atlikti buvo gautas VšĮ Karoliniškių poliklinikos direktorės pavaduotojos žodinis sutikimas. Tiriamieji buvo paprašyti patys užpildyti anketas. Prieš tai jiems buvo paaiškintas tyrimo tikslas ir siekiai, garantuotas tyrimo anonimiškumas.

Tyrimo imtis. Siekiant gauti reprezentatyvius tyrimo rezultatus buvo išanksto apskaičiuota tyrimo imtis, taikant šią formulę:

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

(Sapagovas, 2000)

Buvo pasirinktas 95 proc. patikimumas, z koeficientas surandamas iš Stjudento pasiskirstymo lentelių, lygus z=1,96. Imties vidutinis kvadratinis nuokrypis S=50, duomenys bus išreiškiami procentais. Taipogi pasirinkome 5 proc. leistiną netikslumą, skirtumas tarp atrankinės ir generalinės visumos vidurkio. Kadangi VšĮ Karoliniškių poliklinikoje per metus pas šeimos gydytojus apsilanko 31040 pilnamečių pacientų. Taigi populiacijos tūris bus N=31040, atvejų skaičius atrankinėje grupėje bus:

$$n = \frac{1{,}96^2 * 50^2}{\left(1 - \frac{1}{31040}\right) * 5^2 + \frac{1{,}96^2 * 50^2}{31040}} = 379{,}470$$

Pagal nurodytą apskaičiavimą, kad imtis reprezentuotų generalinę aibę, ją turėtų sudaryti ne mažiau negu 380 pacientų. Anoniminė anketa buvo išdalinta 410 pacientams.

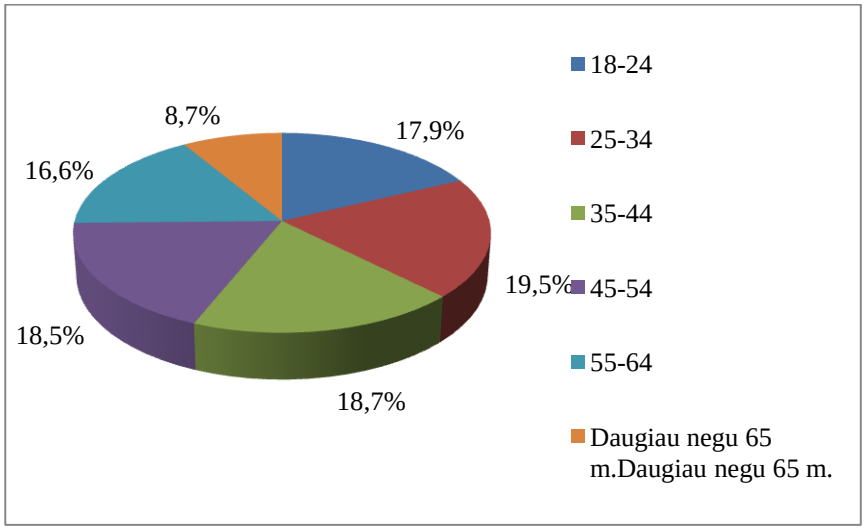
Respondentai buvo apklausiami, gavus žodinį sutikimą ir patys užpildė anketas. Atsakant į klausimus, reikėjo pažymėti jiems tinkamą atsakymą. Respondentai užpildytas anketas grąžindavo slaugytojams. Tinkamų duomenų analizei buvo pasirinktos 383 anketos.

Tyrimo metu gauti duomenys buvo, analizuoti ir apdoroti „SPSS for Windows 17.0“ programa. Buvo atlikta dažnio analizė, duomenų statistiškai patikimo skirtumo paskaičiavimas (p reikšmė: vidurkių skirtumas yra statistiškai patikimas, kai $p<0,05$), ir vertinimui buvo taikytas Chi – Square Test. Anketos rezultatai pateikti lentelėse ir diagramose. Diagramos braižytos Microsoft Excel programa.

3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ

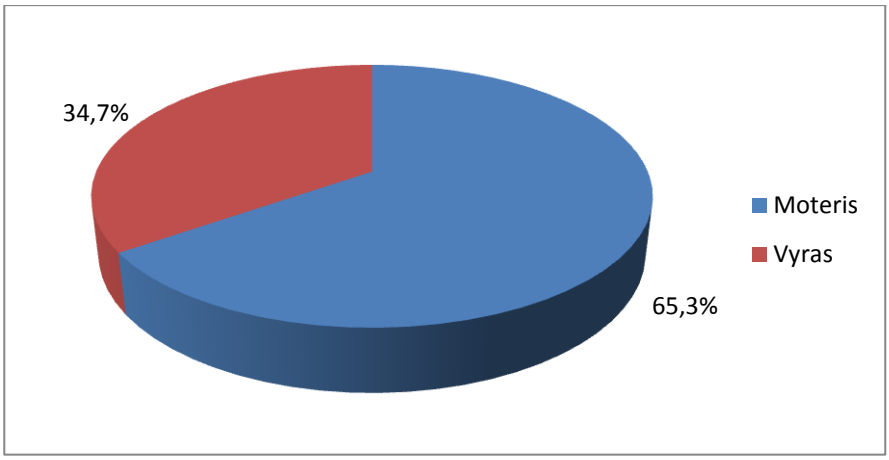
3.1. Demografinė analizė

Įvertinus tiriamųjų pasiskirstymą pagal amžių, nustatyta, kad respondentai pagal amžių pasiskirstė gana tolygiai. Mažiausiai šiame tyrime dalyvavo vyriausiosios amžiaus grupės respondentų (8,7 proc.) (žr. 2 pav.).



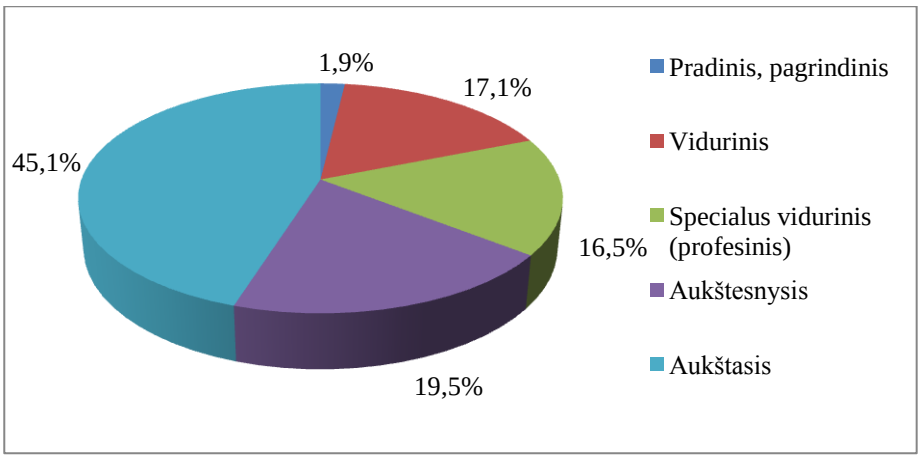
2 pav. **Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių**

Kaip matyti iš 3 pav., tyrime dalyvavo ženkliai daugiau moterų (65,3 proc.) negu vyrų (34,7 proc.) (žr. 3 pav.).



3 pav. **Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį**

Įvertinus respondentų pasiskirstymą pagal išsilavinimą, gauta, kad didžiausias procentas tiriamųjų turi aukštąjį išsilavinimą (45,1 proc.), 19,5 proc. nurodė, turintys aukštesnįjį išsilavinimą, 17,1 proc. vidurinį, 16,5 proc. specialų vidurinį (profesinį), 1,9 proc. pradinį, pagrindinį (žr. 4 pav.)

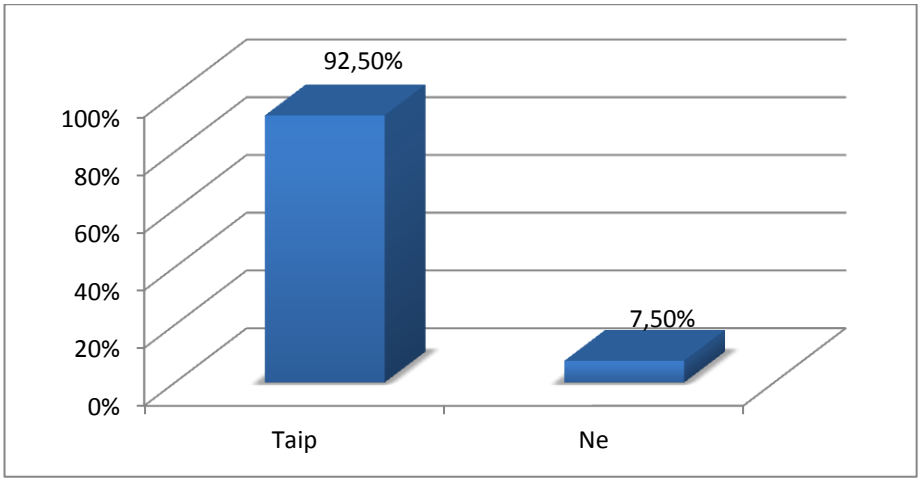


4 pav. **Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą**

3.2. Paslaugų organizavimo sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimas

Siekiant įvertinti, kaip organizuojamos paslaugos sveikatos priežiūros įstaigose, respondentų pirmiausia buvo klausiama, ar juos tenkina sveikatos priežiūros įstaigos darbo laikas. Nustatyta, kad didžiąją daugumą sveikatos priežiūros įstaigos lankytojų darbo laikas tenkina (92,5 proc.) (žr. 5 pav.).

2011 m. J. Kairys ir bendraautoriai savo tyrime ištyrė, kad taip pat dauguma respondentų Šeškinės poliklinikos darbo laikas tenkina ir tai sudaro 90,8 proc..[137]



5 pav. **Tiriamųjų pasitenkinimas sveikatos priežiūros įstaigos darbo laiku**

Analizuojant, ar tiriamųjų planavimas apsilankyti pas šeimos gydytoją iš anksto yra susijęs su jų pasitenkinimu sveikatos priežiūros įstaigos darbu, buvo skaičiuotas Chi kvadrato

[137] Kairys J. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų išsilavinimą, socialinę ir ekonominę padėtį // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2011, Nr. 21(6), p. 42 - 58

testas – statistiškai reikšmingo ryšio negauta (p=0,501) (žr. 1 lentelę). Vadinasi galima teigti, kad sveikatos priežiūros įstaigos lankytojų išankstinis vizito planavimas pas šeimos gydytoją nepriklauso nuo to, ar jie yra patenkinti sveikatos priežiūros įstaigos darbo laiku.

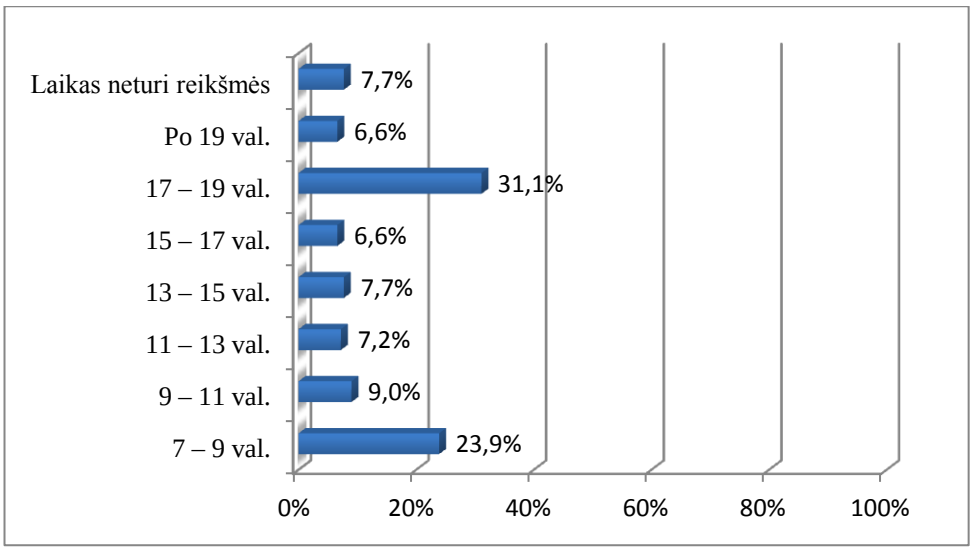
1 lentelė. Planavimas apsilankyti pas šeimos gydytoją iš anksto priklausomai nuo pasitenkinimo sveikatos priežiūros įstaigos darbu

Prieš kiek laiko planuojate apsilankyti pas šeimos gydytoją iš anksto? * Ar Jus tenkina sveikatos priežiūros įstaigos darbo laikas?					**p-reikšmė**
			Ar Jus tenkina sveikatos priežiūros įstaigos darbo laikas?		
			Taip	**Ne**	
Prieš kiek laiko planuojate apsilankyti pas šeimos gydytoją iš anksto?	**Neplanuoju iš anksto**	**Tiriamųjų skaičius**	117	12	0,501
		Procentai	34,10%	42,90%	
	Prieš 1 savaitę	**Tiriamųjų skaičius**	58	6	
		Procentai	16,90%	21,40%	
	Prieš 2 savaites	**Tiriamųjų skaičius**	74	5	
		Procentai	21,60%	17,90%	
	Prieš 3 savaites	**Tiriamųjų skaičius**	36	4	
		Procentai	10,50%	14,30%	
	Prieš 1 mėnesį	**Tiriamųjų skaičius**	46	1	
		Procentai	13,40%	3,60%	
	Prieš 2 mėnesius	**Tiriamųjų skaičius**	12	0	
		Procentai	3,50%	0,00%	

Kaip matyti iš 6 pav., daugumai respondentų patogiausias laikas vizitui pas šeimos gydytoją yra laikas ne darbo metu: 30,8 proc. pasirinko 17 – 19 val., 23,9 proc. – 7 – 9 val.

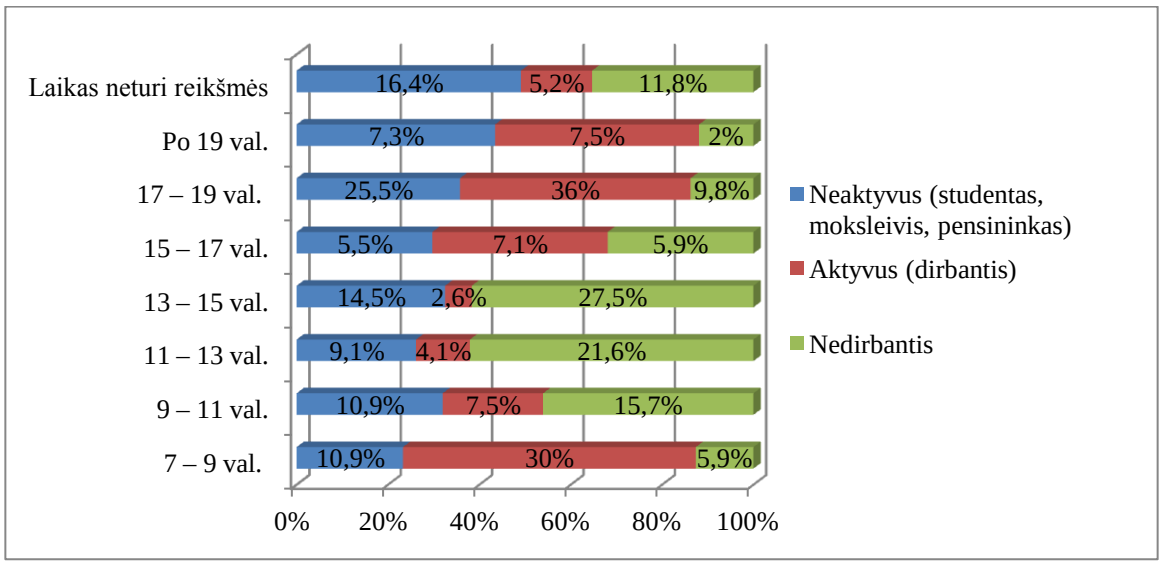
2011 m. J. Kairys ir bendraautoriai atliko tyrimą Šeškinės poliklinikoje ir pastebėjo skirtumą, Šeškinės poliklinikos dauguma respondentų pageidavo lankytis pas gydytoją po 19 val..[138]

[138] Kairys J. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų išsilavinimą, socialinę ir ekonominę padėtį // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2011, Nr. 21(6), p. 42 - 58



6 pav. **Patogiausias laikas planuoti vizitą pas šeimos gydytoją**

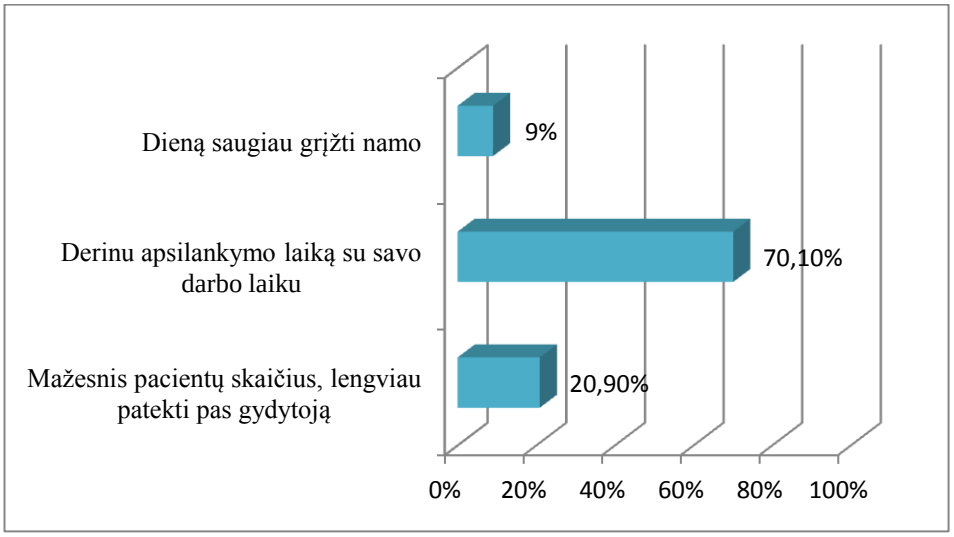
Lyginant skirtingos socialinės padėties respondentų patogiausio vizito laiko pas šeimos gydytoją pasirinkimus, buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,000). Nustatyta, kad daugiausiai – neaktyvių, t.y. studentų, moksleivių, pensininkų (25,5 proc.), lygiai taip pat, kaip ir daugiausia aktyvių, t.y. dirbančių (36 proc.), sveikatos priežiūros įstaigos lankytojų patogiausias laikas planuoti savo vizitą pas šeimos gydytoją yra taip pat ne darbo valandomis, t.y. 17-19val. Tuo tarpu nedirbantiems tiriamiesiems patogiausi laikai yra popiet, t.y. 11-13 val. (21,6 proc.) ir 13-15 val. (27,5 proc.). Taip pat galima būtų paminėti, kad 16,4 proc. neaktyvių respondentų nurodė, kad jiems laikas, planuojant vizitą pas šeimos gydytoją, neturi reikšmės, 14,5 proc. rinkosi popietinį laiką, t.y. 13-15h. Trečdalis aktyvių respondentų taip pat rinkosi rytinį laiką, kuris neįeina į darbo valandas, t.y. 7-9 val. (30 proc.) (žr. 7 pav.).



7 pav. **Patogiausias laikas planuoti vizitą pas šeimos gydytoją, priklausomai nuo socialinės padėties**

Pasiteiravus tiriamųjų, dėl kokių priežasčių jie renkasi tokį laiką, nustatyta, kad dauguma tiriamųjų renkasi būtent tokį laiką vizitui pas šeimos gydytoją, nes derina apsilankymo laiką su savo darbo laiku (70,1 proc.). Penktadalis respondentų teigė, kad jie renkasi tokį laiką, nes tuo metu yra mažesnis pacientų skaičius ir yra lengviau patekti pas gydytoją (20,9 proc.) (žr. 8 pav.).

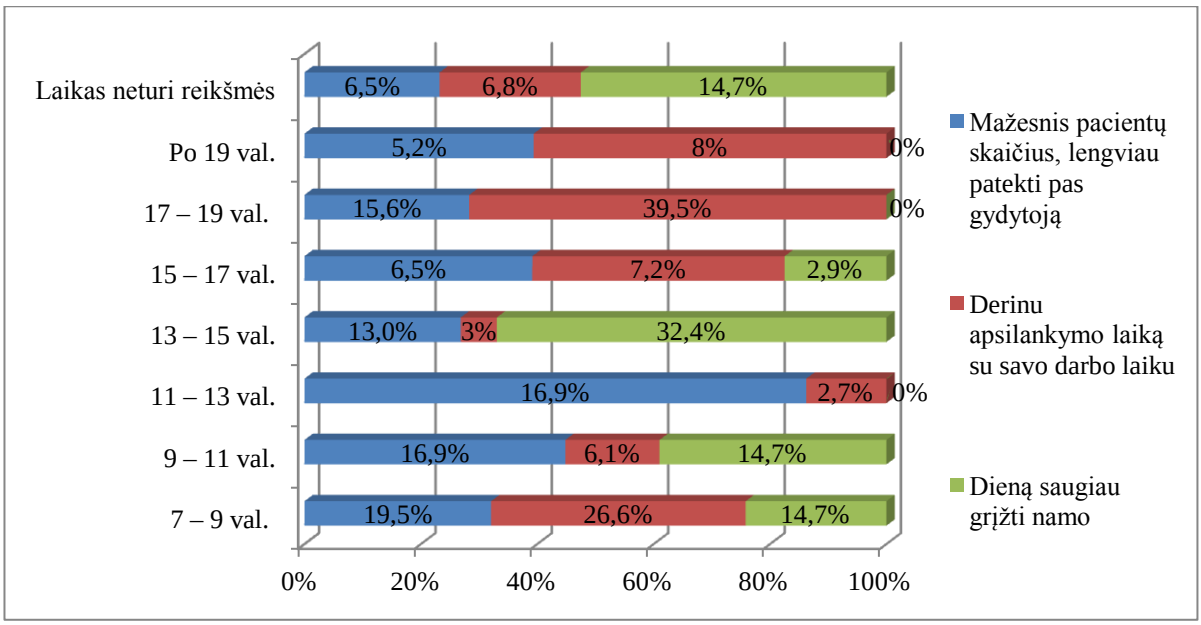
Pagal J. Kairio ir bendraautorių atliktą tyrimą 2011 m. pastebėjome, kad dauguma Šeškinės poliklinikos respondentų – 72,3 proc. savo apsilankymo laiką derina su savo darbu.[139]



8 pav. **Registracijos pas šeimos gydytoją laiko rinkimosi priežastys**

Palyginus tiriamųjų atsakymus į klausimą apie priežastis, kodėl jie renkasi tokį vizito pas šeimos gydytoją laiką ir jų laikų pasirinkimus, buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,000). Vadinasi galima teigti, kad tiriamųjų vizito pas šeimos gydytoją laiko pasirinkimo priežastys yra susijusios, renkantis tokį laiką. Iš 9 pav. matyti, kad tiriamųjų, kurie rinkosi priežastį „Mažesnis pacientų skaičius, lengviau patekti pas gydytoją“, rezultatai pasiskirstė gana tolygiai daugumos išvardintų laikų atžvilgiu: 19,5 proc. respondentų nuomone mažesnis pacientų skaičius yra nuo 7-9 val., 16,9 proc. mano, kad toks laikas yra nuo 9-11val., taip pat 16,9 proc., kad nuo 11-13 val., 15,6 proc. pasirinko 17-19 val. Daugiausia tiriamųjų, kurie renkantis vizito pas šeimos gydytoją laiką derina jį su savo darbo laiku, rinkosi 7-9 val. (26,6 proc.) ir 17-19 val. (39,5 proc.). Daugumo respondentų, kurie kaip priežastį nurodė „Dieną saugiau grįžti namo“, rinkosi popietinį laiką: 20,6 proc. 11-13 val., 32,4 proc. 13-15 val.

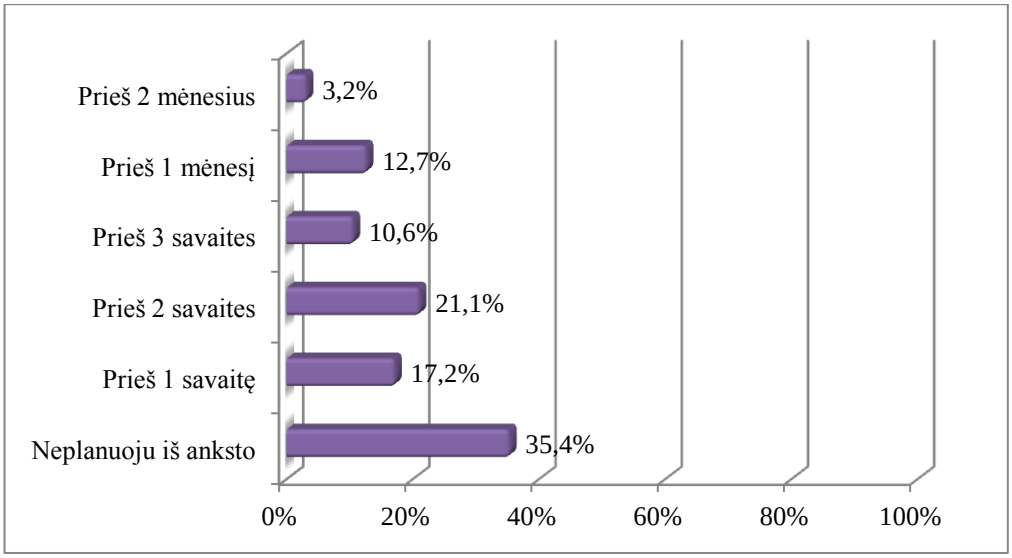
[139] Kairys J. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų išsilavinimą, socialinę ir ekonominę padėtį // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2011, Nr. 21(6), p. 42 - 58



9 pav. **Patogiausias laikas planuoti vizitą pas šeimos gydytoją, priklausomai nuo priežasčių, kodėl jie renkasi tokį vizito pas šeimos gydytoją laiką**

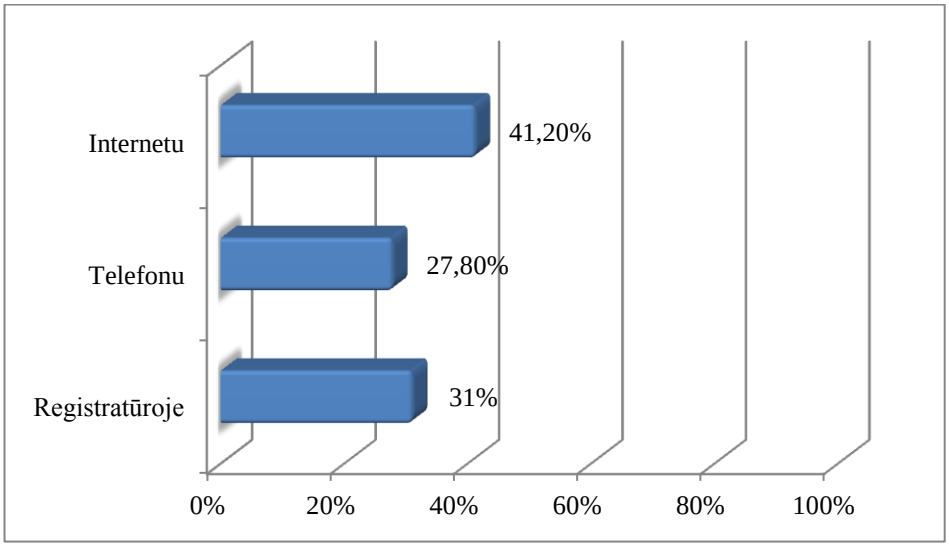
3.3. Laukimo eilių sveikatos priežiūros įstaigoje vertinimas

Tyrimo metu buvo nustatyta, kad šiek tiek daugiau negu trečdalis respondentų savo apsilankymo pas šeimos gydytoją neplanuoja iš anksto (35,4 proc.). Tuo tarpu likusieji 64,6 proc. tiriamųjų planuoja savo apsilankymą pas šeimos gydytoją: penktadalis tiriamųjų savo apsilankymą planuoja prieš dvi savaites (21,1 proc.), 17,2 proc. nurodė, kad prieš savaitę, 12,7 proc. rinkosi atsakymą – prieš mėnesį, 10,6 proc. – prieš tris savaites (žr. 10 pav.).



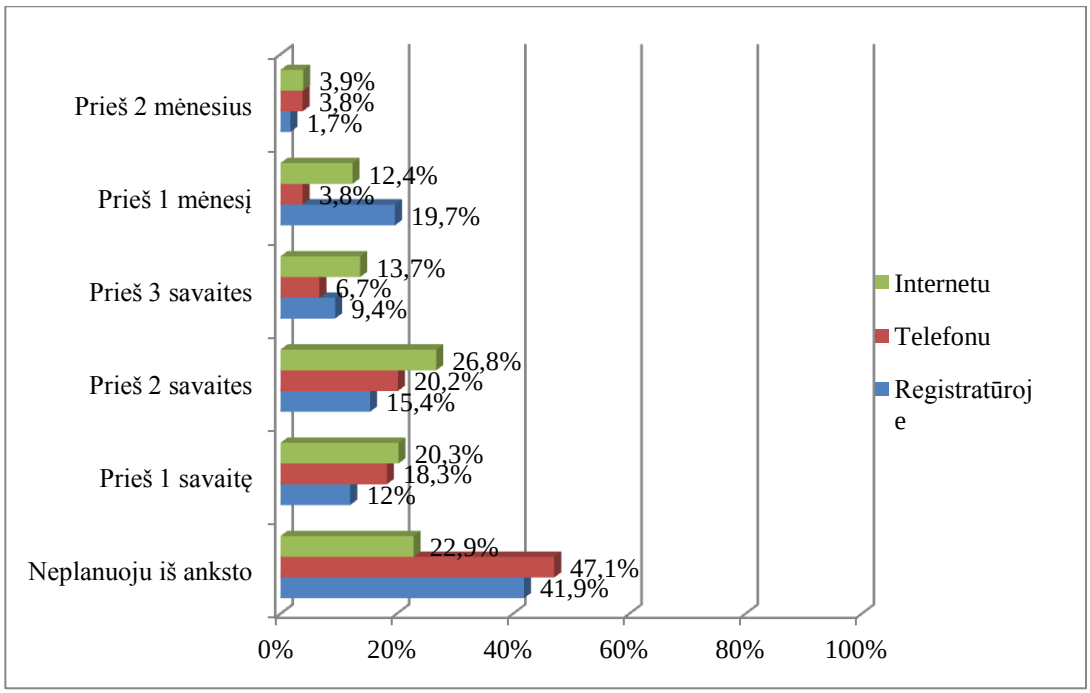
10 pav. **Išankstinis planuojamas laikas apsilankyti pas šeimos gydytoją**

Tiriamųjų buvo klausiama, kokiu būdu jiems tenka registruotis pas šeimos (bendrosios praktikos) gydytoją. Iš 11 pav. matyti, kad tiriamųjų atsakymai į šį klausimą pasiskirstė gana tolygiai: didžiausia dalis respondentų, dalyvavusių šiame tyrime, dažniausia registruojasi internetu (41,2 proc.), trečdalis nurodė, kad dažniausiai jiems tenka registruotis registratūroje (31 proc.) , 27,8 proc. dažniausiai registruojasi telefonu (žr. 11 pav.).



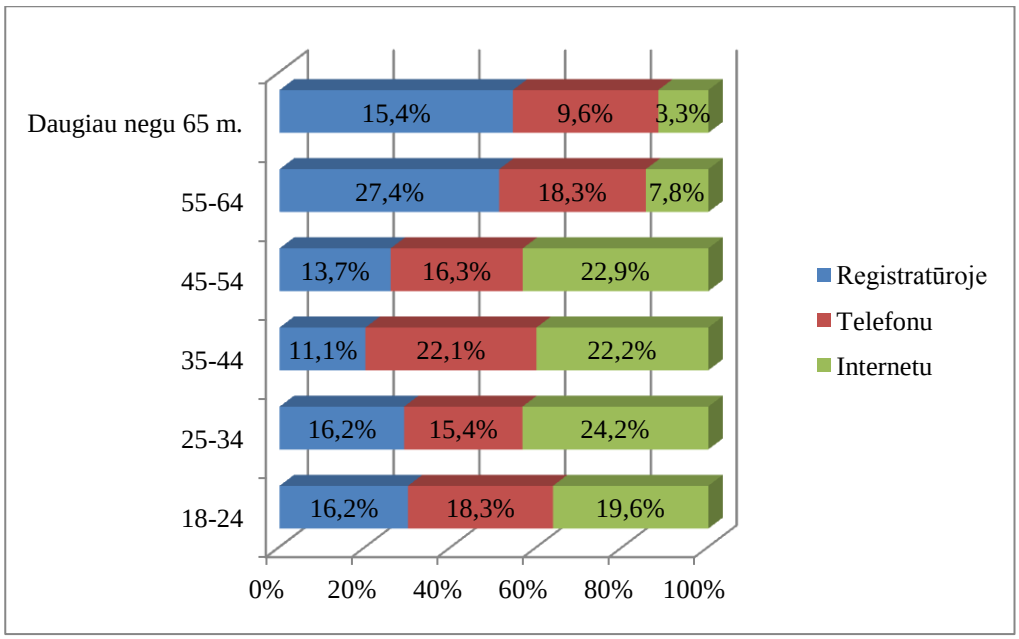
11 pav. **Registracijos pas šeimos (bendrosios praktikos) gydytoją būdai**

Siekiant nustatyti, ar apsilankymo pas šeimos gydytoją planavimas yra susijęs su tuo, kokiu būdu respondentai registruojasi pas šeimos gydytoją, buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,000). Vadinasi galima teigti, kad apsilankymo pas šeimos gydytoją planavimas yra susijęs su respondentų registravimo pas šeimos gydytoją būdu. Nustatyta, kad beveik pusė respondentų, kurie pas šeimos gydytoją registruojasi registratūroje (41,9 proc.) arba telefonu (47,1 proc.) neplanuoja apsilankymo iš anksto pas šeimos gydytoją. Tuo tarpu respondentų, kurie registruojasi internetu, tokių yra tik penktadalis (22,9 proc.) (žr. 12 pav.). Tai rodo, kad žmonės, kurie moka ir noriai naudojasi internetu, turi didesnę galimybę planuotis savo veiklas, įskaitant ir apsilankymą pas šeimos gydytoją, sutaupyti laiko, vaikščiojant į sveikatos priežiūros įstaigą (jeigu gydytojas nepriima iš karto) ir tokiu būdu jie gali išvengti laukimo eilėse pas šeimos gydytoją.



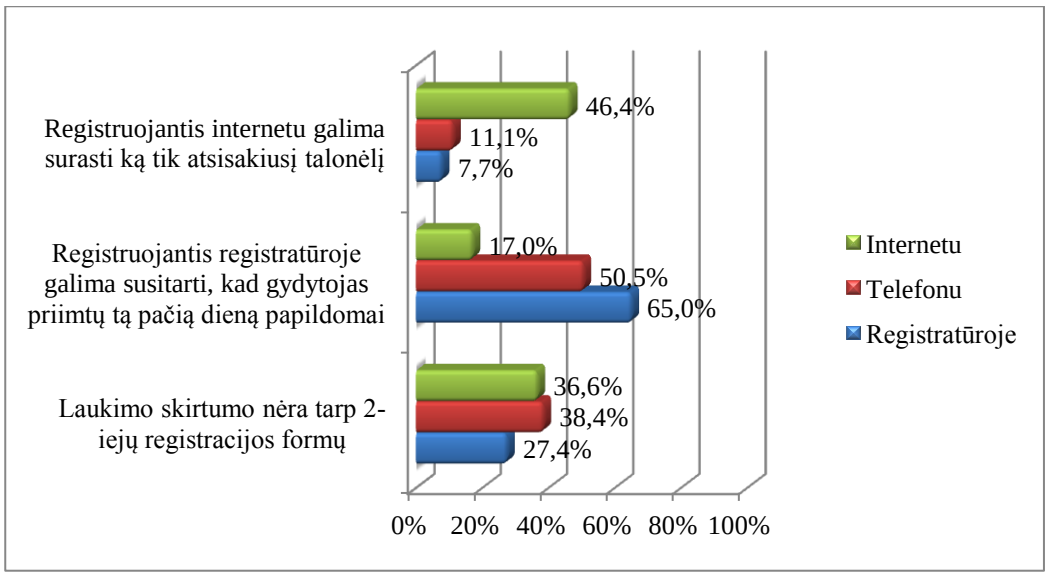
12 pav**. Planavimas apsilankyti pas šeimos gydytoją iš anksto, priklausomai nuo registravimosi pas šeimos gydytoją būdo**

Tyrimo metu buvo siekiama sužinoti, ar registravimosi pas šeimos gydytoją būdas priklauso nuo tiriamųjų amžiaus. Chi kvadrato testas parodė, kad registravimosi pas šeimos gydytoją būdas priklauso nuo tiriamųjų amžiaus, nes gauta $p > 0,05$ ($p=0,000$). Iš 13 pav. matyti, kad daugiausia tiriamųjų, kurie pas šeimos gydytoją registruojasi registratūroje yra vyriausios amžiaus grupės, t.y. 55-64 metų. Kaip matyti iš 13 pav., registravimosi būdas telefonu yra paplitęs tarp įvairių amžiaus grupių: 22,1 proc. 35-44 metų, 18,3 proc. 18-24 metų, 18,3 proc. 55-64 metų amžiaus. Registravimosi būdas internetu taip pat vyrauja įvairiose amžiaus grupėse – rezultatai per visas amžiaus grupes yra pasiskirstę praktiškai tolygiai – išskyrus vyriausiąsias amžiaus grupes, t.y. 55-64 metų (7,8 proc.) ir daugiau negu 65 metai (3,3 proc.). Tai rodo, kad vyresni žmonės vis dar linkę daugiau vaikščioti ir bendrauti gyvai, negu kad naudotis naujosiomis technologijomis, tuo tarpu kitos amžiaus grupės renkasi įvairius registravimo pas šeimos gydytoją būdus.



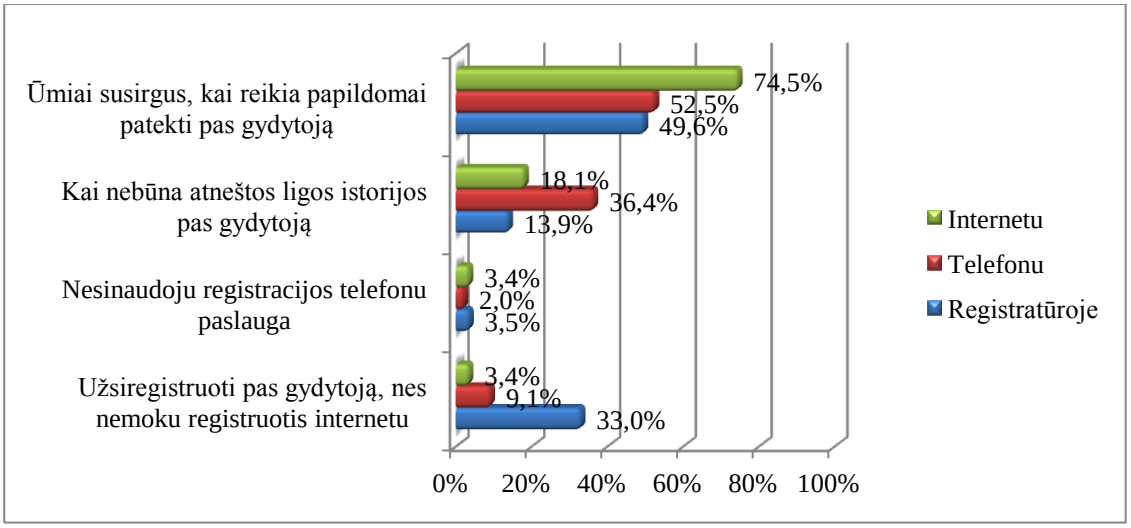
13 pav. **Registravimosi pas šeimos gydytoją būdas priklausomai nuo tiriamųjų amžiaus**

Lyginant tiriamųjų atsakymus į klausimą apie tai, ar yra skirtumas, laukiant vizito, užsiregistravus internetu ar registratūroje, priklausomai nuo to, kokiu būdu jiems tenka registruotis pas šeimos gydytoją, buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,000). Kaip rodo 14 pav. duomenys, daugiausia respondentų, kurie registruojasi registratūroje (65 proc.) arba telefonu (50,5 proc.) mano, kad registruojantis registratūroje galima susitarti, kad gydytojas priimtų tą pačią dieną papildomai, tuo tarpu taip manančių, kurie registruojasi internetu yra 17 proc. Didžiausias skaičius tiriamųjų, kurie registruojasi internetu, mano, kad registruojantis internetu galima surasti, ką tik atsisakiusį, talonėlį (46,4 proc.). Pastarieji rezultatai rodo, kad respondentai, kurie naudojasi interneto registracijos būdu, turi didesnę galimybę anksčiau patekti pas gydytoją, nes jie turi prieigą matyti atsisakiusiųjų laisvus talonėlius. Taip pat galima būtų paminėti, kad pakankamai didelis procentas tiriamųjų, registruojantis visais trimis būdais, mano, kad laukimo skirtumo nėra tarp 2-iejų registracijos formų. Galima būtų kelti prielaidą, kad sveikatos priežiūros įstaigos lankytojai nėra išsamiai informuoti apie tai, kad, registruojantis iš anksto telefonu arba internetu, jie gali išvengti eilių laukimo ir taip sutaupyti savo laiko ir išvengti galimai nemalonių situacijų, siekiant tą pačią dieną, iš anksto neužsiregistravus, patekti pas šeimos gydytoją.



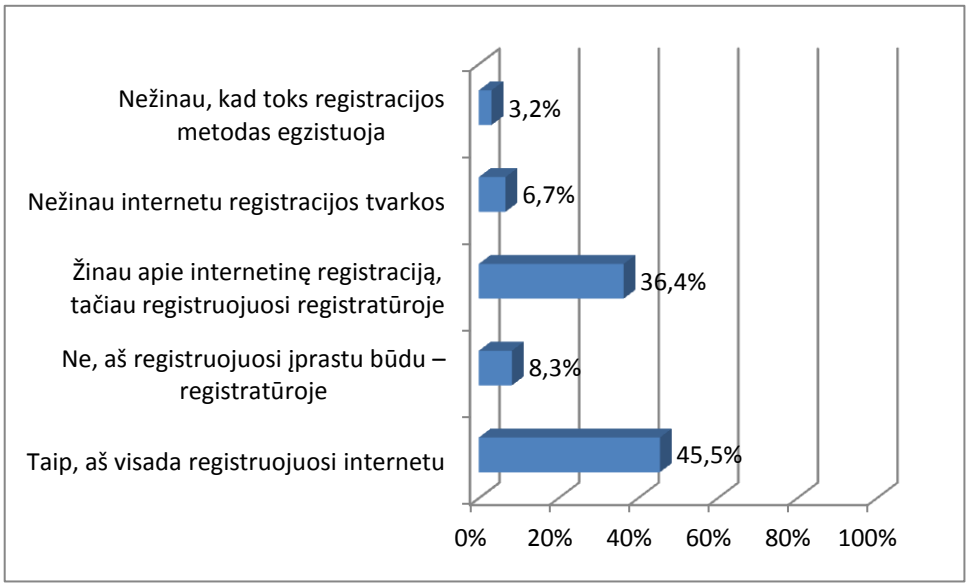
14 pav. **Skirtumai, laukiant vizito užsiregistravus internetu ar registratūroje, priklausomai nuo to, kokiu būdu tenka registruotis pas šeimos gydytoją**

Taip pat buvo siekiama palyginti tiriamųjų atsakymus į klausimą dėl kokių priežasčių, jų nuomone, reikia kreiptis į registratūrą, priklausomai nuo to, kokiu būdu jiems tenka registruotis pas šeimos gydytoją. Gautas statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,000). Daugiausia tiriamųjų visose lyginamose grupėse rinkosi atsakymo variantą „Ūmiai susirgus, kai reikia papildomai patekti pas gydytoją“. Daugiausia šį atsakymo variantą rinkosi tie, kurie pas šeimos gydytoją registruojasi internetu (74,5 proc.). 36,4 proc. tiriamųjų, kurie pas šeimos gydytoją registruojasi telefonu, nurodė, kad į registratūrą dar reikia kreiptis tuomet, kai nebūna atneštos ligos istorijos pas gydytoją. 33 proc. tiriamųjų, kurie pas šeimos gydytoją registruojasi internetu nurodė, kad jie kreipiasi į registratūrą, nes nemoka naudotis internetu (žr. 15 pav.).



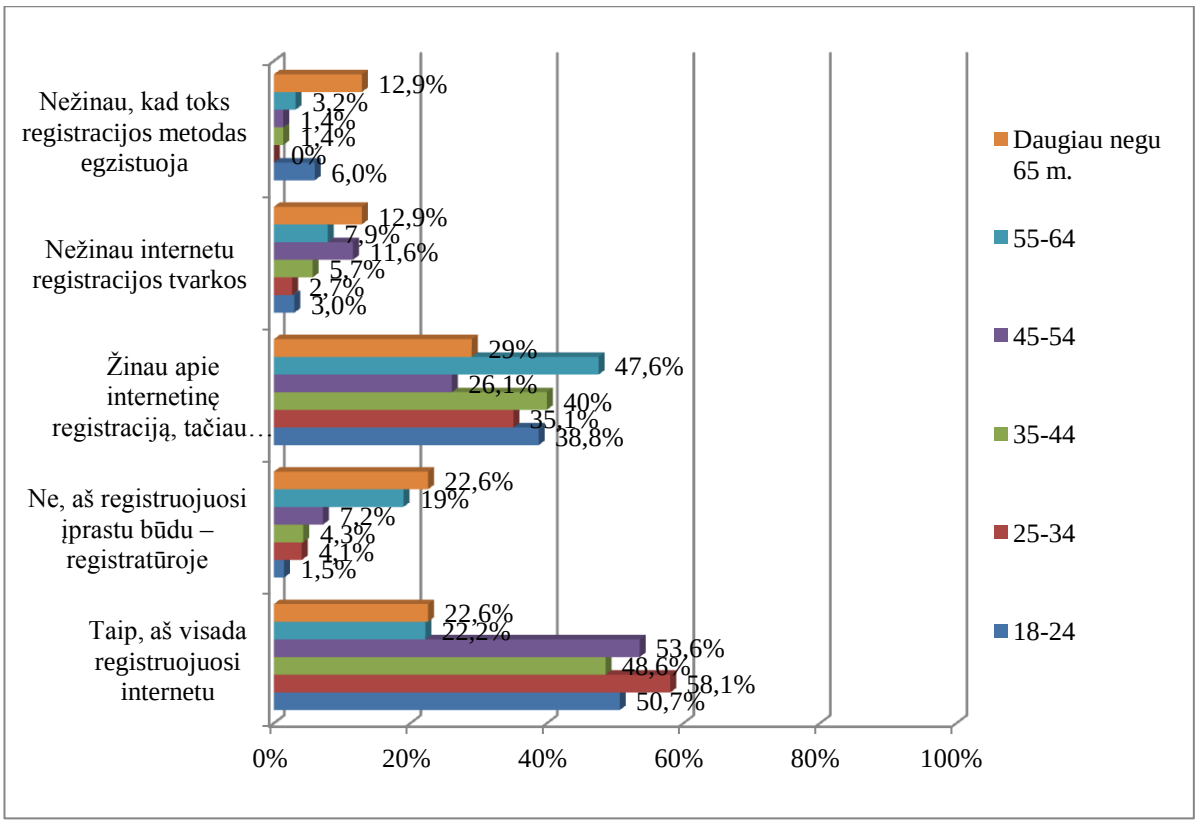
15 pav. **Priežastys, dėl kurių reikia dar kreiptis į regirstratūrą, priklausomai nuo to, kokiu būdu tenka registruotis pas šeimos gydytoją**

Respondentų buvo klausiama, ar jie žino, kad gali registruotis internetu ir ar jau tuo naudojasi. Kaip matyti iš 16 pav., 45,5 proc. tiriamųjų nurodė, kad jie žino apie tai, kad gali registruotis internete ir visada registruojasi internetu, 36,4 proc. respondentų teigė, kad jie žino apie internetinę registraciją, tačiau registruojasi registratūroje. Taip pat galima būtų paminėti, kad 8,3 proc. respondentų vis dar nežino apie tai, kad gali registruotis internetu ir todėl registruojasi registratūroje, 6,7 proc. nurodė, kad jie nežino internetu registracijos tvarkos, 3,2 proc. respondentų teigė išvis nežinantys apie tokio registracijos metodo egzistavimą.



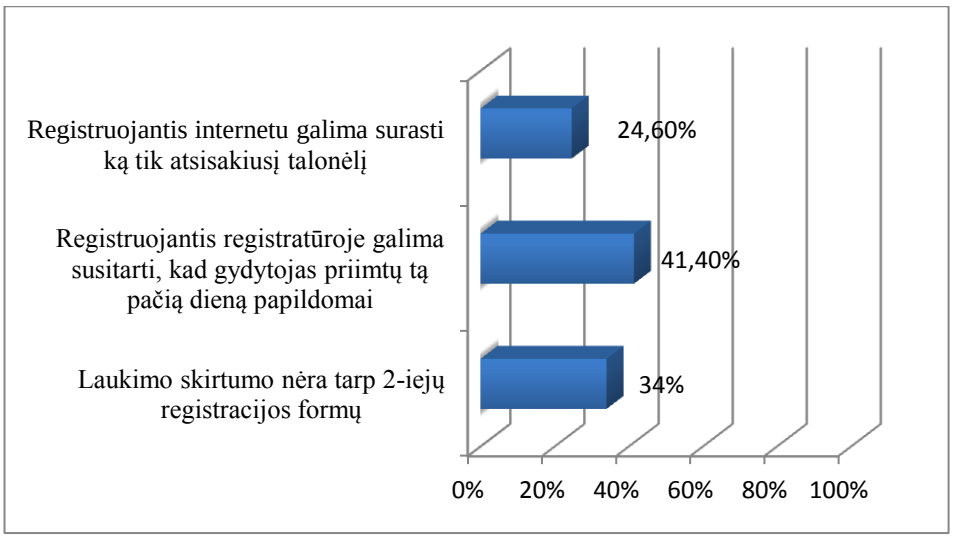
16 pav. **Žinojimas apie tai, kad galima registruotis internetu ir tuo naudojimasis**

Tyrimo metu buvo siekiama palyginti, ar skirtingo amžiaus tiriamieji žino apie tai, kad gali registruotis internetu ir ar tuo naudojasi. Šiam uždaviniui pasiekti gautas statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,000). Iš 17 pav. matyti, kad apie pusę tiriamųjų visose amžiaus grupėse iki 55 metų žino, kad gali registruotis internetu ir tuo jau naudojasi, tačiau taip pat pakankamai didelė dalis respondentų iš tų pačių amžiaus grupių (nuo 26 proc. iki 40 proc.) žino apie internetinę registraciją, tačiau vis tiek dar registruojasi registratūroje. Tai rodo, kad šiuolaikinės technologijos medicinos paslaugų srityje nėra taip greitai adaptuojamos sveikatos priežiūros įstaigos lankytojų ir jie linkę vis dar naudoti įprastas ir laiko patikrintas registracijos formas.



17 pav. **Žinojimas apie tai, kad galima registruotis internetu ir tuo naudojimasis, priklausomai nuo amžiaus**

Respondentų buvo klausiama, ar yra skirtumas, laukiant vizito, užsiregistravus internetu ar registratūroje. Gauti rezultatai parodė, kad dauguma respondentų mano, kad toks skirtumas yra: 41,4 proc. respondentų teigė, kad skirtumas yra, nes registruojantis registratūroje galima susitarti, kad gydytojas priimtų tą pačią dieną papildomai, 24,6 proc. respondentų taip pat teigė, kad skirtumas yra, nes, registruojantis internetu, galima surasti ką tik atsisakiusį talonėlį, tuo tarpu trečdalis tiriamųjų (33,4 proc.) nurodė, kad laukimo skirtumo tarp 2-iejų registracijos formų nėra (žr. 18 pav.). Remiantis šiais rezultatais, galima teigti, kad abejos registracijos formos turi savų privalumų ir sveikatos priežiūros įstaigos lankytojai patys atsirenka, kuri registracijos forma jiems yra naudingesnė.



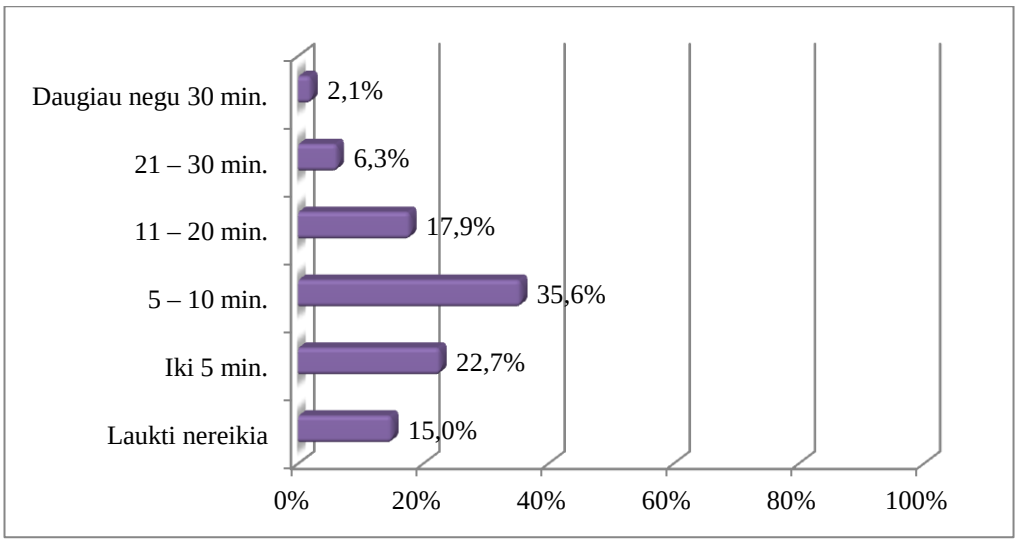
18 pav. **Respondentų nuomonė apie tai, ar yra skirtumas, laukiant vizito, užsiregistravus internetu ar registratūroje**

Siekiant palyginti, ar tiriamųjų nuomonė apie tai, ar yra skirtumas laukiant vizito, užsiregistravus internetu ar registratūroje, priklauso nuo jų išsilavinimo, buvo skaičiuotas Chi kvadrato testas, kuris parodė, kad tiriamųjų nuomonė apie tai, ar yra skirtumas laukiant vizito, užsiregistravus internetu ar registratūroje, nepriklauso nuo jų išsilavinimo, nes gauta $p < 0,05$ ($p=0,322$).

Tyrimo metu buvo nustatyta, kad daugumai tiriamųjų registratūroje tenka laukti iki 10 min.: 35,6 proc. 5-10 min., 22,7 proc. iki 5 min. 15 proc. tiriamųjų nurodė, kad jiems atvykus į registratūrą, visiškai netenka laukti (žr. 19 pav.).

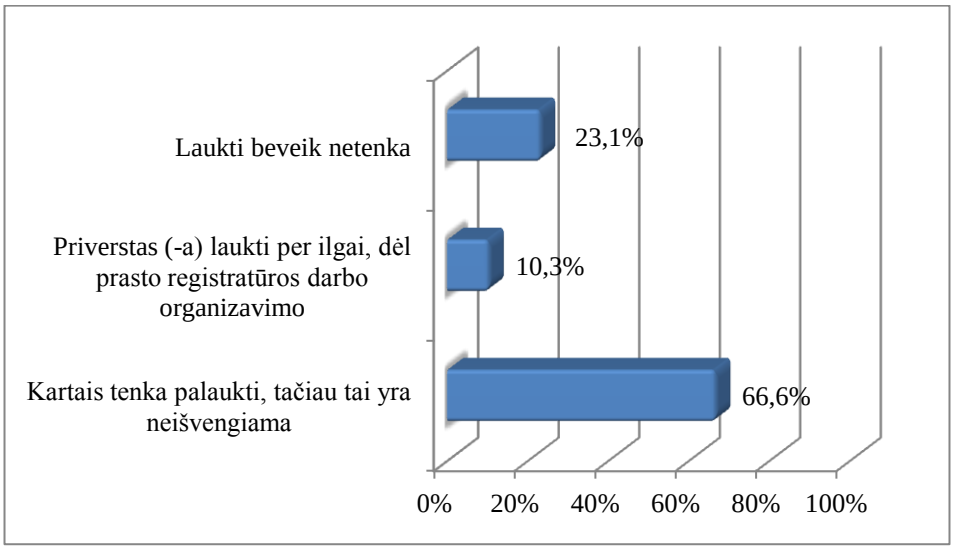
2002 m. J. Kairys ir R. Gurevičius atliko tyrimą, kur buvo ištirta, kiek tenka Šeškinės poliklinikos respondentams laukti registratūroje. Jiems tekdavo vidutiniškai laukti 16 min. Jų laukimo laikas yra ilgesnis.[140]

[140]Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas // Medicina. – Kaunas, 2002, Nr. 38(1), p. 94 - 102



19 pav. **Laukimo registratūroje laikas**

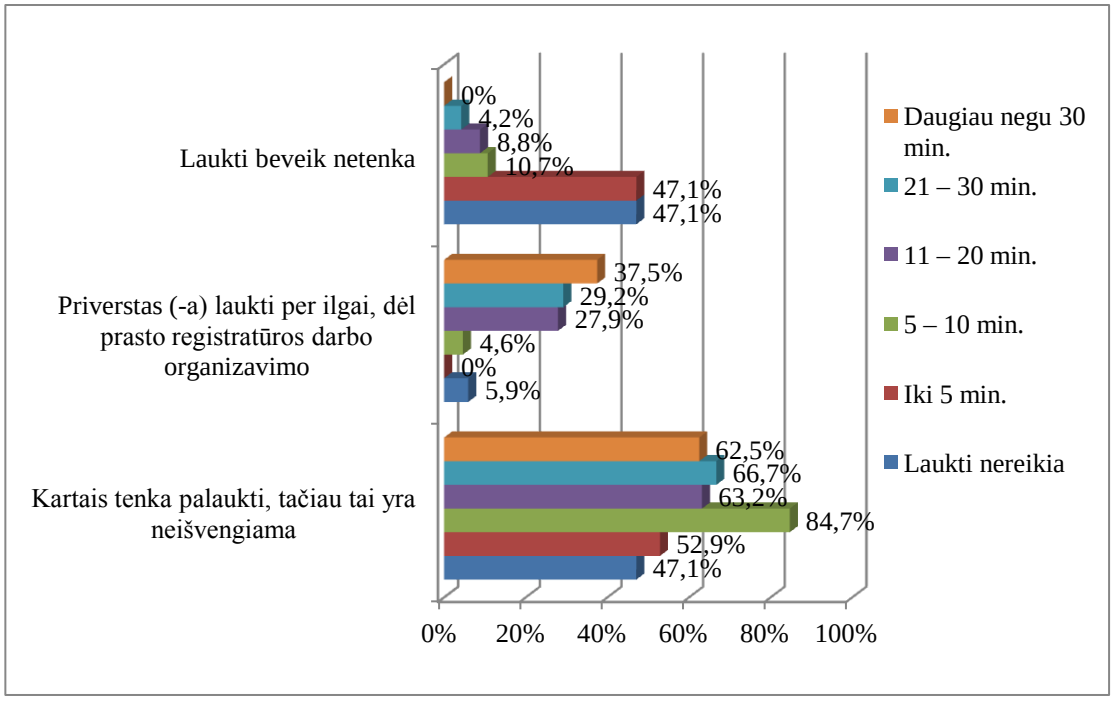
Pasiteiravus tiriamųjų apie jų nuomonę dėl sugaištamo laiko registratūroje, norint užsiregistruoti pas šeimos gydytoją, gauta, kad dauguma tiriamųjų yra palankios nuomonės šiuo klausimu, nes jų nuomone, kartais tenka palaukti, tačiau tai yra neišvengiama (66,6 proc.). 23,1 proc. respondentų nurodė, kad jiems laukti beveik netenka. 10,3 proc. respondentų nurodė, kad jie yra priversti laukti per ilgai dėl prasto registratūros darbo organizavimo (žr. 20 pav.).



20 pav. **Tiriamųjų nuomonė apie sugaištamą laiką registratūroje norint užsiregistruoti pas šeimos gydytoją**

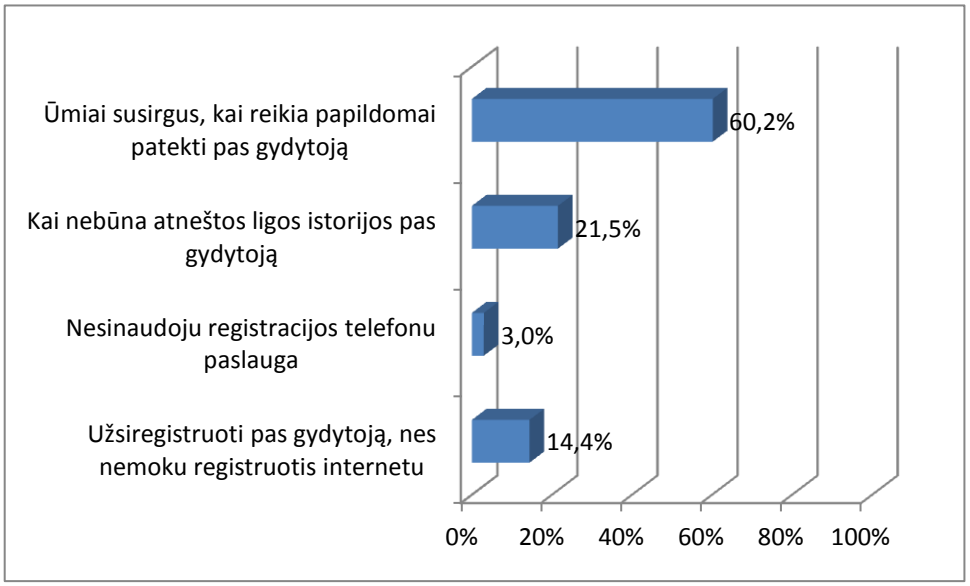
Tyrimo metu buvo siekiama palyginti tiriamųjų, nuomonę apie sugaištama laiką registratūroje, norint užsiregistruoti pas šeimos gydytoją. Gauti statistiškai reikšmingi nuomonių skirtumai $p < 0,05$ ($p=0,000$). Kaip matyti iš 21 paveikslo, visi respondentai yra supratingi žmonės ir dauguma jų, nepriklausomai nuo to, kiek tenka laukti registratūroje, teigė, kad kartais

tenka palaukti, tačiau tai yra neišvengiama (nuo 47,1 proc. iki 84,7 proc.). Daugiausia tiriamųjų, turinčių tokią nuomonę, buvo iš tų, kuriems registratūroje tenka laukti 5-10 min. (84,7 proc.). Iš pateikto paveikslo galime matyti tendenciją, kad kuo ilgiau tiriamiesiems reikia laukti, tuo daugiau tiriamųjų mano, kad jie yra priversti laukti per ilgai dėl prasto registratūros darbo organizavimo (nuo 27, 9 proc. iki 37,5 proc.). Remiantis šia tendencija, galime teigti, kad sveikatos priežiūros įstaigos darbo organizavimas yra tinkamai atliktas ir tik maža dalis respondentų yra nepatenkinti tuo, kaip yra organizuojamas darbas registratūroje.



21 pav. **Tiriamųjų, laukiančių skirtingą laiką registratūroje, nuomonė apie sugaištamą laiką registratūroje, norint užsiregistruoti pas šeimos gydytoją**

Nustatyta, kad dauguma tiriamųjų mano, kad į registratūrą reikia kreiptis ūmiai susirgus, kai reikia papildomai patekti pas gydytoją (60 proc.). Penktadalis respondentų teigė, kad papildomai į registratūrą tenka kreiptis, kai nebūna atneštos ligos istorijos pas gydytoją (21,5 proc.). Taip pat galima būtų paminėti, kad 14,4 proc. respondentų nurodė, kad jie kreipiasi į registratūrą, nes nemoka registruotis internetu (žr. 22 pav.).

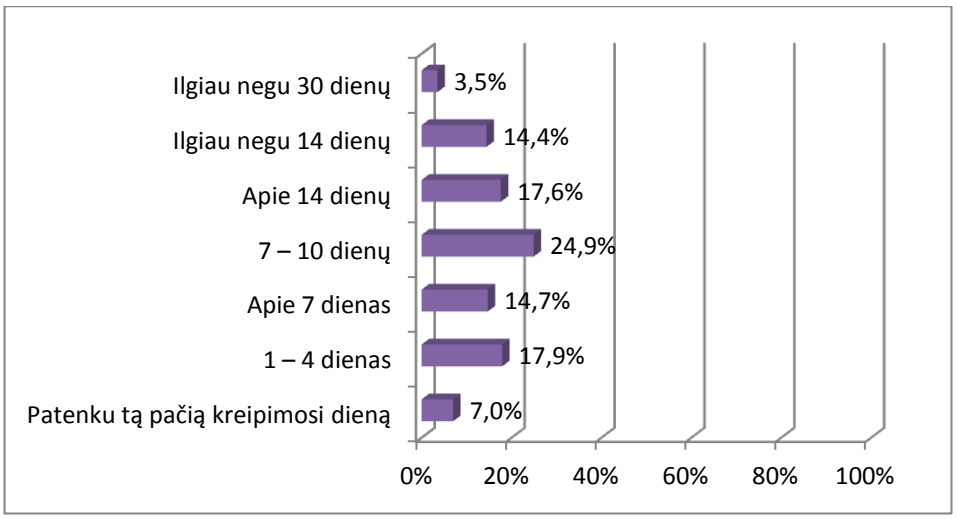


22 pav. **Priežastys, dėl kurių reikia dar kreiptis į registratūrą**

Kaip matyti iš 23 pav., kuriame yra pateiktas dienų skaičius, kurį tenka laukti planinio vizito pas savo šeimos gydytoją, didžiajai daugumai sveikatos priežiūros įstaigos lankytojų tenka kažkiek laiko palaukti, kol jie patenka pas savo šeimos gydytoją ir tik 7 proc. sveikatos priežiūros įstaigos lankytojų pas savo šeimos gydytoją patenka tą pačią kreipimosi dieną. Remiantis 23 pav. galime teigti, kad gauti duomenys pasiskirstė gana tolygiai, t.y. skirtingiems sveikatos priežiūros įstaigos lankytojams tenka laukti skirtingą dienų skaičių: 17,9 proc. respondentų planinio vizito pas savo šeimos gydytoją tenka laukti 1-4 dienas, 14,7 proc. nurodė, kad jiems tenka laukti apie savaitę, penktadaliui sveikatos priežiūros įstaigos lankytojų planinio vizito pas savo šeimos gydytoją tenka laukti 7-10 dienų (24,9 proc.), 17,6 proc. apie 14 dienų, 14,4 proc. ilgiau negu 14 dienų, 3,5 proc. ilgiau negu 30 dienų.

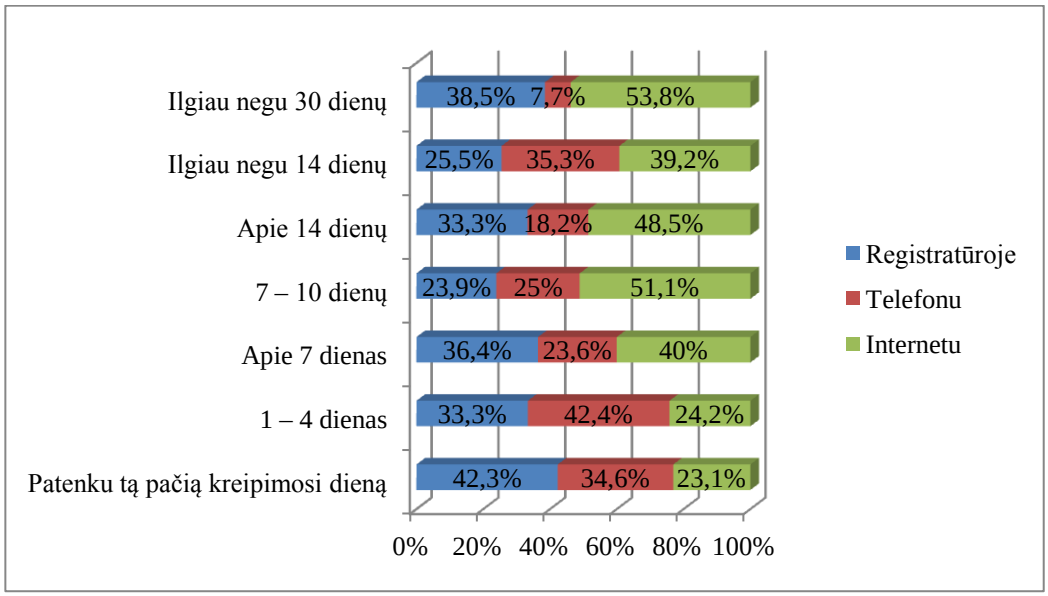
Lyginant su 2008 m. J. Kairio ir bendraautorių atliktą tyrimą Šeškinės poliklinikoje, dažniausiai respondentams pas šeimos gydytoją teko laukti iki 10 dienų (62,3 proc.). Matome, kad, praėjus 5 m., laukimo laikas nepakito.[141]

[141] Kairys J. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų išsilavinimą ir gaunamas pajamas // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2008, Nr. 3, p. 1643 - 1646



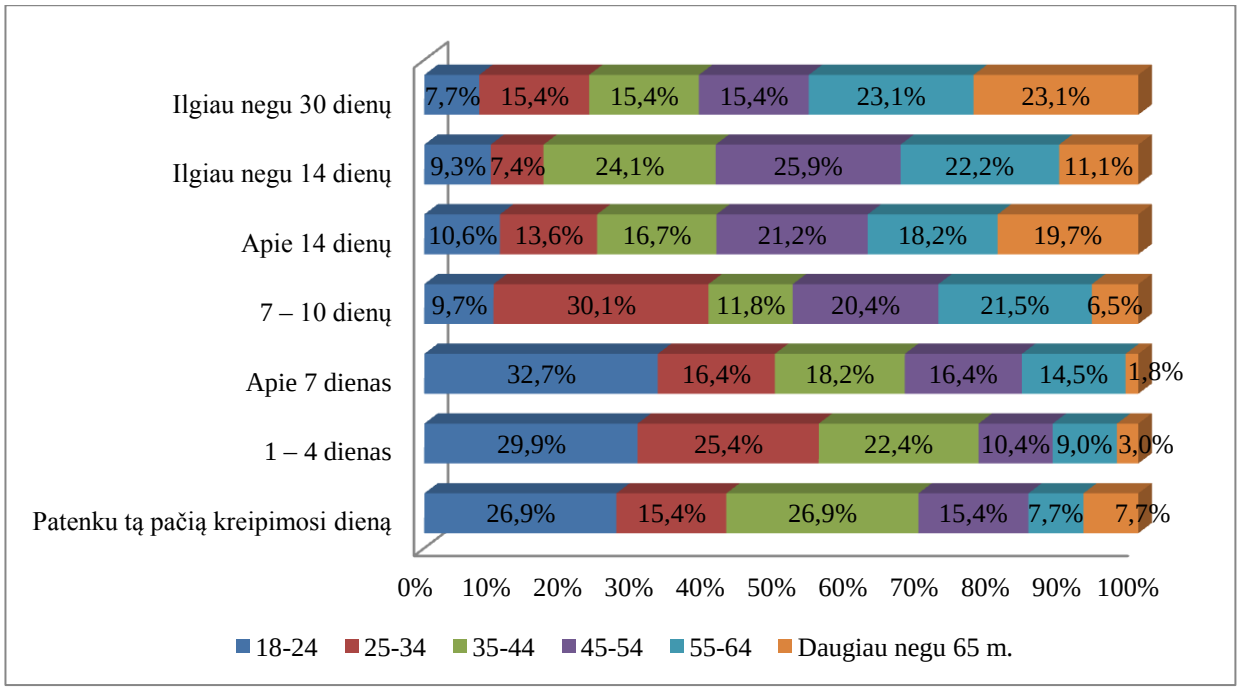
23 pav. **Dienų skaičius, kurį tenka laukti planinio vizito pas savo šeimos gydytoją**

Siekiant nustatyti, ar yra skirtumas, laukiant planinio vizito pas savo šeimos gydytoją registruojantis telefonu, registratūroje ar internetu, buvo skaičiuotas Chi kvadrato testas, kuris parodė, kad skirtumas yra statistiškai reikšmingas, nes gauta p reikšmė yra mažesnė už 0,05 (p=0,013). Vadinasi galima daryti išvadą, kad priklausomai nuo to, kokiu būdu yra registruojamasi pas šeimos gydytoją, respodentams tenka laukti skirtingą dienų skaičių. Nustatyta, kad daugiausia tiriamųjų, kurie registruojasi pas šeimos gydytoją registratūroje, patenka tą pačią dieną (42,3 proc.) negu tie, kurie registruojasi telefonu (34,6 proc.) ar internetu (23,1 proc.). Kaip matyti iš 23 pav., kad tiriamiesiems, kuriems reikia laukti nuo 4 dienų ir ilgiau, norint patekti pas savo šeimos gydytoją, didžiąją tiriamųjų dalį sudaro tie, kurie registruojasi internetu, mažesniąją sudaro tie, kurie registruojasi telefonu arba registratūroje.



24 pav. **Dienų skaičius, kurį tenka laukti planinio vizito pas savo šeimos gydytoją, priklausomai nuo to, kokiu būdu tenka registruotis pas šeimos gydytoją**

Tyrimo metu buvo siekiama nustatyti, ar skirtingo amžiaus tiriamiesiems tenka laukti planinio vizito pas gydytoją vienodą dienų skaičių. Šiam uždaviniui pasiekti gauta $p < 0,05$ ($p=0,000$). Tai rodo, kad dienų skaičius, kurį tenka laukti, norint patekti pas šeimos gydytoją, priklauso nuo tiriamųjų amžiaus. Iš 24 pav. galima matyti tendenciją, kad didesnis skaičius jaunesnio amžiaus sveikatos priežiūros įstaigos lankytojų (18-24 metų 26,9 proc.; 35-44 metų 26,9 proc.) patenka pas šeimos gydytoją tą pačią dieną nei vyresnio amžiaus (55-64 metų 7,7 proc.; daugiau negu 65 metų 7,7 proc.). Taip pat iš 24 pav. matyti, kad mažesnį dienų skaičių, t.y. iki 7 dienų, tenka laukti tiems sveikatos priežiūros įstaigos lankytojams, kurie yra jaunesnio amžiaus, t.y. nuo 18 iki 44 metų, nes jie sudaro didesnį laukiančiųjų procentą negu vyresnio amžiaus tiriamieji, t.y nuo 55 iki 65 ir vyresni. Tuo tarpu vyresnio amžiaus sveikatos priežiūros įstaigos lankytojai sudaro didesnį skaičių tų tiriamųjų, kuriems tenka laukti ilgesnį dienų skaičių, t.y. nuo 7-10 dienų iki ilgiau negu 30 dienų.

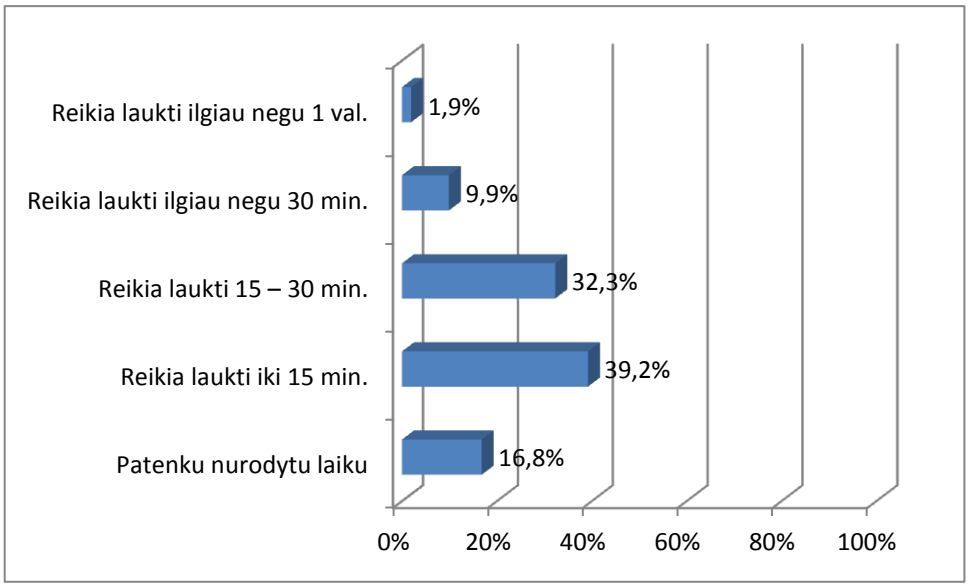


25 pav. **Dienų skaičius, kurį tenka laukti planinio vizito pas savo šeimos gydytoją, priklausomai nuo respondentų amžiaus**

Tačiau patikrinus, ar skirtingos lyties tiriamiesiems tenka laukti planinio vizito pas gydytoją vienodą dienų skaičių, statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo gauta ($p=0,411$). Tai rodo, kad tiek, vyrams, tiek moterims tenka laukti vienodą dienų skaičių planinio vizito pas šeimos gydytoją.

Pasiteiravus respondentų apie tai, kada jie patenka pas gydytoją, atvykę į sveikatos priežiūros įstaigą talonėlyje nurodytu laiku, gauta, kad 16,6 proc. respondentų nurodė, kad

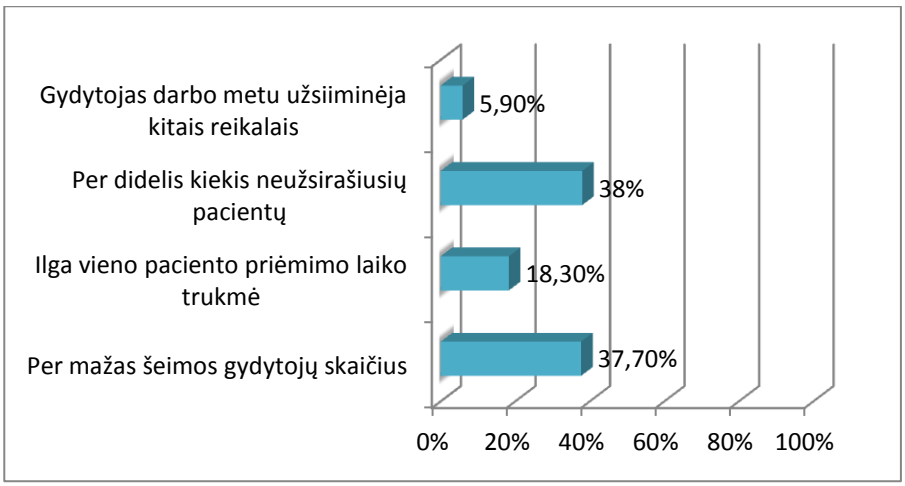
patenka nurodytu laiku. Vadinasi, likusiems daugumai respondentų, tenka palaukti tam tikrą laiko kiekį, norint patekti pas šeimos gydytoją. 39,2 proc. tenka palaukti iki 15 minučių, 32,3 proc. 15-30 minučių, 9,7 proc. nurodė, kad jiems tenka laukti ilgiau negu 30 minučių. 7 tiriamieji (1,8 proc.) teigė laukiantys ilgiau negu 1 val.. (žr. 26 pav.)



26 pav. **Laikas, kada jie patenka pas gydytoją, atvykus į sveikatos priežiūros įstaigą talonėlyje nurodytu laiku**

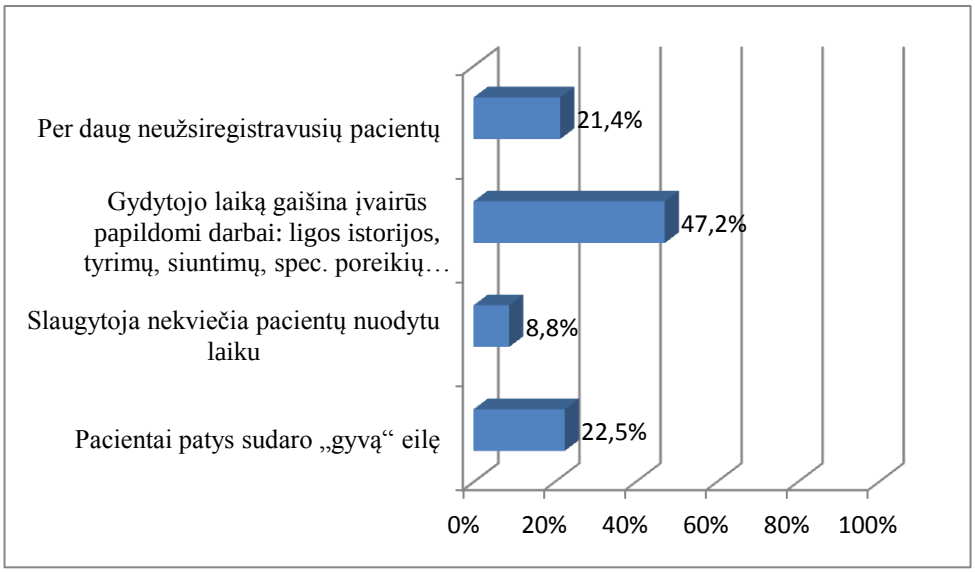
3.4. Laukimo eilių priežasčių vertinimas

Siekiant nustatyti laukimo eilių pirmines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose institucijose, respondentų buvo klausiama, dėl kokių priežasčių reikia laukti šeimos gydytojo konsultacijos. Kaip matyti iš 27 pav., dalis tiriamųjų mano, kad priežastis yra ta, kad yra per mažas šeimos gydytojų skaičius (37,7 proc.), kita dalis teigia, kad taip yra dėl per didelio kiekio neužsirašiusių pacientų (38 proc.). 18,3 proc. tiriamųjų nurodė, ilgai tenka laukti dėl ilgo vieno paciento priėmimo laiko trukmės. 5,9 proc. respondentų nuomone, gydytojas darbo metu užsiiminėja kitais reikalais.



27 pav. **Priežastys, dėl kurių reikia laukti šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo konsultacijos**

Vertinant tiriamųjų nuomonę apie priežastis, dėl kurių jie nepatenka pas gydytoją nurodytu laiku, nustatyta, kad daugiau negu pusė gydymo įstaigų lankytojų mano, kad taip yra dėl medicinos personalo, t.y. gydytojo arba slaugytojos kaltės: gydytojo laiką gaišina įvairūs papildomi darbai: ligos istorijos, tyrimų, siuntimų, spec. poreikių pildymai (47,2 proc.), slaugytoja nekviečia pacientų nuodytu laiku (8,8 proc.). Tuo tarpu mažiau negu pusė tiriamųjų laikosi nuomonės, kad kalti yra patys pacientai: pacientai patys sudaro gyvą eilę (22,5 proc.), perdaug neužsiregistravusių pacientų (21,4 proc.) (žr. 28 pav.).

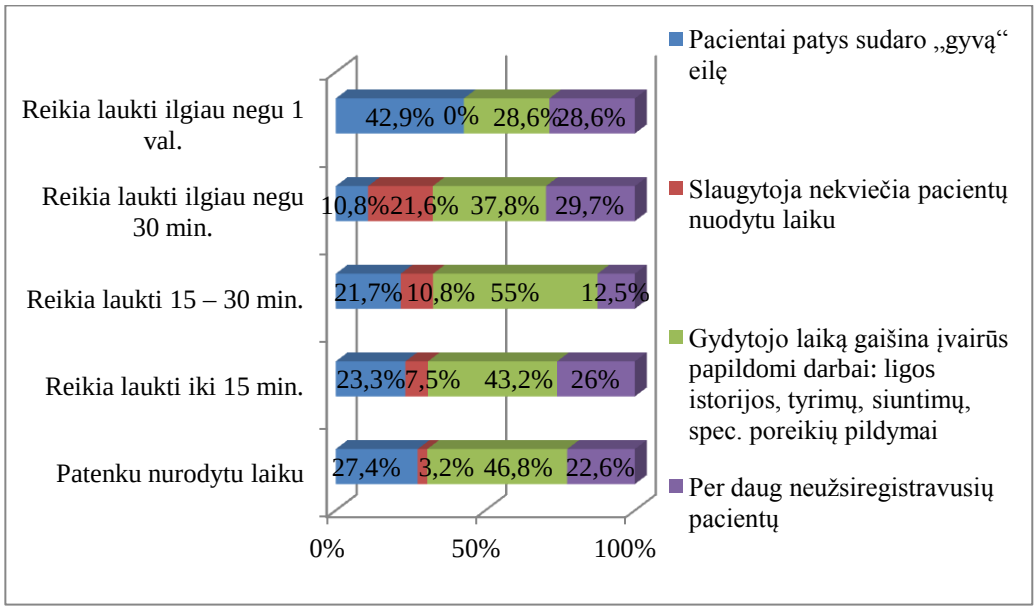


28 pav. **Priežastys, dėl kurių respondentai nepatenka pas gydytoją nurodytu laiku**

Siekiant nustatyti, ar skiriasi tiriamųjų nuomonė apie priežastis, kodėl jie nepatenka pas gydytoją nurodytu laiku, priklausomai nuo to kada jie patenka pas gydytoją, atvykę talonėlyje nurodytu laiku, gautas $p < 0,05$, kuris parodė, kad respondentų nuomonė skiriasi statistiškai reikšmingai ($p=0,015$). Nustatyta, kad didesnis procentas tiriamųjų, kurie patenka iškart pas

gydytoją nurodytu laiku arba tie, kuriems tenka laukti iki 30 min., laikosi nuomonės, kad gydytojo laiką gaišina įvairūs papildomi darbai: ligos istorijos, tyrimų, siuntimų, spec. poreikių pildymai (nuo 43,2 proc. iki 55 proc.). Tuo tarpu didesnis procentas tiriamųjų, kuriems nuo 30 min iki valandos ir ilgiau, linkę visą kaltą suversti patiems pacientams, kurie ateina neužsiregistravę (28,6 proc. ir 29,6 proc.) (žr. 29 pav.).

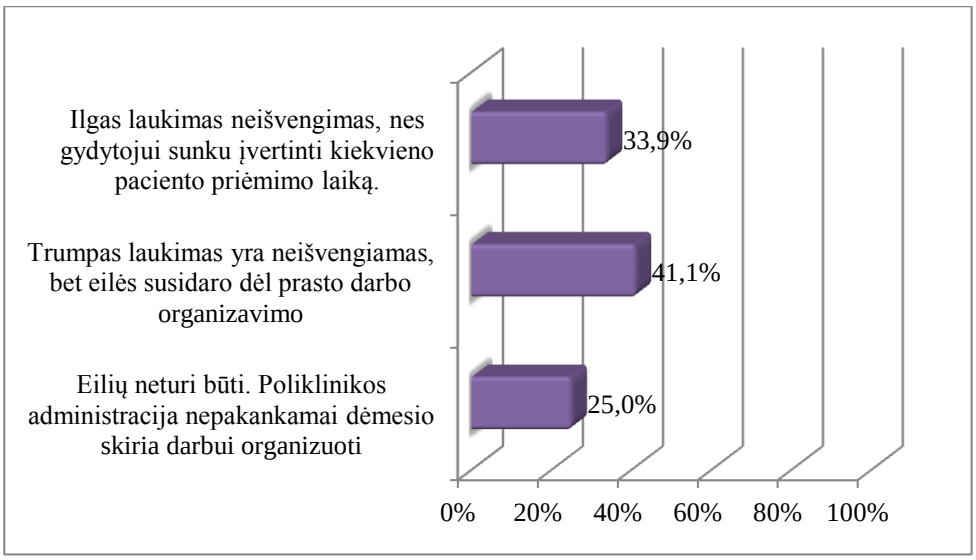
Lyginus 2002 m. J. Kairio ir R Gurevičio atliktua tyrimus Šeškinės poliklinikoje, matome, Šeškinės poliklinikos respondentams prie gydytojo kabineto tekdavo laukti apie 30 min.. Pagrindinė priežastis, kurią nurodė respondentai – ateina daug pacientų, kurie neužsiregistavę iš anksto, t.y. jie atėjo į polikliniką ir gavo registratūroje papildomą talonėlį.[142]



29 pav. **Priežastys, dėl kurių respondentai nepatenka pas gydytoją nurodytu laiku, priklausomai nuo laiko, kada patenka pas gydytoją, atvykę talonėlyje nurodytu laiku**

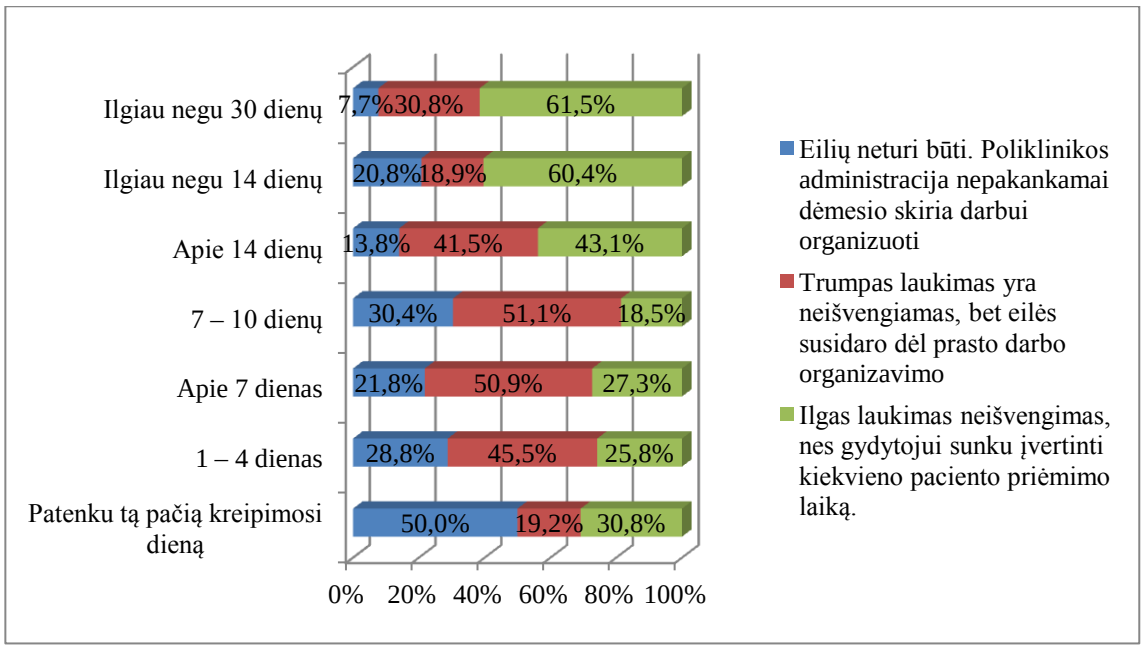
Pasiteiravus respondentų apie tai, ką jie apskritai mano apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje, nustatyta, kad didžiausias tiriamųjų skaičius laikosi nuomonės, kad trumpas laukimas yra neišvengiamas, bet eilės susidaro dėl prasto darbo organizavimo (41,1 proc.). Trečdalis respondentų nurodė, kad ilgas laukimas neišvengimas, nes gydytojui sunku įvertinti kiekvieno paciento priėmimo laiką (33,9 proc.), ketvirtadalis mano, kad eilių neturi būti, sveikatos priežiūros įstaigos administracija nepakankamai dėmesio skiria darbui organizuoti (25 proc.) (žr. 30 pav.).

[142] Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas // Medicina. – Kaunas, 2002, Nr. 38(1), p. 94 - 102



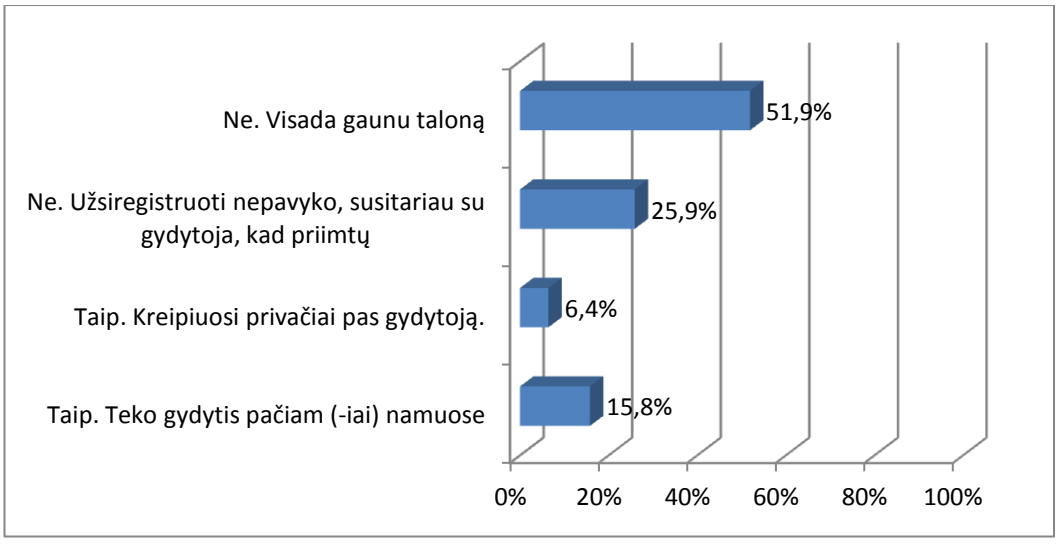
30 pav. **Respondentų nuomonė apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje**

Siekiant įvertinti, ar skiriasi tiriamųjų nuomonė apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje, priklausomai nuo to, kiek jiems laiko tenka laukti, gauta $p < 0.05$ ($p=0,000$), kuri parodė, kad respondentų nuomonė statistiškai reikšmingai skiriasi. Tai rodo, kad tiriamieji, kuriems tenka šeimos gydytojo konsultacijos laukti skirtingą laiko kiekį, pateikia skirtingą nuomonę apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje. Kaip matyti iš 31 pav., respodentai, kurie pas gydytoją patenka tą pačią dieną, mano, kad eilių išvis neturėtų būti. Jų nuomone sveikatos priežiūros įstaigos administracija nepakankamai dėmesio skiria darbui organizuoti. Taip manančiųjų yra 50 proc. Iš x pav. taip pat galima matyti tendenciją, kad tiriamųjų, kuriems tenka kažkiek laiko palaukti, nuomonės išsiskyrė: didesnis skaičius tiriamųjų, kuriems tenka laukti nuo 1 iki 10 dienų, apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje mano, kad trumpas laukimas yra neišvengiamas, bet eilės susidaro dėl prasto darbo organizavimo (nuo 45,5 proc. iki 51,1 proc.); ženkliai daugiau tiriamųjų, kuriems tenka laukti nuo 14 iki 30 dienų ir ilgiau, teigia, kad ilgas laukimas neišvengiamas, nes gydytojui sunku įvertinti kiekvieno paciento priėmimo laiką.



31 pav. **Tiriamųjų nuomonė apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje, priklausomai nuo to, kiek jiems laiko tenka laukti**

Respondentų buvo klausiama, ar buvo tokių situacijų, kai dėl ilgų užsirašymo eilių, nepavyko net užsiregistruoti ir patekti pas šeimos gydytoją. Nustatyta, kad šiek tiek daugiau negu pusė tiriamųjų teigė, kad tokių situacijų nebuvo ir jie visada gauna taloną (51,9 proc.). Tačiau šiek tiek mažiau negu pusė tiriamųjų nurodė, kad dėl vienų ar kitų priežasčių tokių situacijų buvo: 25,9 proc. nurodė, kad jiems užsiregistruoti nepavyko, tačiau susitarė su gydytoja, kad priimtų; 15,8 proc. nurodė, kad jie yra patyrę tokių situacijų ir, kad jiems teko gydytis patiems namuose; 6 proc. teigė, kad jiems taip pat nepavyko užsiregistruoti ir patekti pas gydytoją, tokdėl jie kreipėsi privačiai pas gydytoją (žr. 32 pav.).



32 pav. **Situacijų buvimas, kai dėl ilgų užsirašymo eilių, nepavyko net užsiregistruoti ir patekti pas šeimos gydytoją**

IŠVADOS

1. Mokslinėje literatūroje randama, kad:
   - sveikatos priežiūros prieinamumo sąvoka apima ekonominį, komunikacinį, organizacinį prieinamumą;
   - Lietuvoje išskiriamos dvi laukimo eilių sąvokos: trumpiausia laukimo eilė ir ilgiausia laukimo eilė
   - pagrindines laukimo eilių priežastys Lietuvoje – tai medikų stygius, sezoniškumas, papildomi neužregistruoti pacientai
2. Atlikus pacientų anketinę apklausą nustatyta, kad:
   - dauguma tiriamųjų (64,6 proc.) planuoja savo apsilankymą pas šeimos gydytoją;
   - apsilankymo pas šeimos gydytoją planavimas yra susijęs su respondentų registravimo pas šeimos gydytoją būdu: beveik pusę respondentų, kurie pas šeimos gydytoją registruojasi registratūroje arba telefonu (41,9 proc.), neplanuoja iš anksto apsilankymo pas šeimos gydytoją; o kiti, kurie registruojasi internetu, savo vizitą planuoja iš anksto;
   - daugiausia respondentų, kurie registruojasi registratūroje (65 proc.) arba telefonu (50,5 proc.) mano, kad, registruojantis registratūroje, galima susitarti, kad gydytojas priimtų tą pačią dieną papildomai, didžiausias skaičius tiriamųjų (46,4 proc.), kurie registruojasi internetu, mano, kad, registruojantis internetu, galima surasti ką tik atsisakiusį talonėlį;
   - daugumai tiriamųjų registratūroje tenka laukti iki 10 min .; kuo ilgiau tiriamiesiems (37,5 proc.) reikia laukti, tuo daugiau tiriamųjų mano, kad jie yra priversti laukti per ilgai. Galime teigti, kad sveikatos priežiūros įstaigos darbo organizavimas yra tinkamai atliktas ir tik maža dalis respondentų (37, proc.) yra nepatenkinti tuo, kaip yra organizuojamas darbas registratūroje.
   - didžiajai daugumai poliklinikos lankytojų (64,5 proc.) tenka laukti 10 dienų, kol jie patenka pas savo šeimos gydytoją;
3. Nustatyta, kad:
   - dalis tiriamųjų (67,7 proc.) mano, kad priežastis, kodėl reikia laukti pas gydytoją, atvykus talonėlyje nurodytu laiku, yra ta, kad yra per mažas šeimos gydytojų skaičius, kita dalis (38 proc.) teigia, kad taip yra dėl per didelio kiekio neužsirašiusių pacientų; daugiau negu pusė gydymo įstaigos lankytojų (56 proc.) mano, kad taip yra dėl medicinos personalo, t.y. gydytojo arba slaugytojos kaltės, tuo tarpu mažiau negu pusė tiriamųjų laikosi nuomonės, kad kalti yra patys pacientai.

- tiriamieji, kuriems tenka šeimos gydytojo konsultacijos laukti skirtingą laiko kiekį, pateikia skirtingą nuomonę apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje: pusė respodentų, kurie pas gydytoją patenka tą pačią dieną, mano, kad eilių išvis neturėtų būti. Jų nuomone poliklinikos administracija nepakankamai dėmesio skiria darbui organizuoti. Didesnis skaičius tiriamųjų (69,6 proc.), kuriems tenka laukti nuo 1 iki 10 dienų, apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje mano, kad trumpas laukimas yra neišvengiamas, bet eilės susidaro dėl prasto darbo organizavimo; ženkliai mažiau tiriamųjų, kuriems tenka laukti nuo 14 iki 30 dienų ir ilgiau, teigia, kad ilgas laukimas neišvengiamas, nes gydytojui sunku įvertinti kiekvieno paciento priėmimo laiką;

REKOMENDACIJOS IR PASIŪLYMAI

1. Siekinat sumažinti pacientų eilės registratūroje, rekomenduotina sveikatos priežiūros įstaigos administracijai plačiau informuoti pacientus apie tai, kad galima užsiregistruoti ir internetu. Toks registracijos būdas suteikia pacientams galimybę išanksto planuoti savo vizitus pas gydytoją, kad nereikėtų kelis kartus tuo pačiu klausimu eiti į polikliniką. Rekomenduotina registracijos internetu vaizdines priemones populiarinti įstaigos skelbimų lentose, taip pat skelbti per vietinį poliklinikos radiją, sukurti atmintines su vaizdine informacija, kad pacientai galėtų parsinešti į namus.
2. Siūlyti poliklinikos administracijai koreguoti šeimos gydytojų darbo grafikus, atsižvelgiant į pacientų lankomumą, kad sumažėtų išankstinės registracijos eilės.
3. Rekomenduotina poliklinikos administracijai organizuoti šeimos gydytojų, kurie aptarnautų ūmiai susirgusius pacientus ir ligonius, kuriems paūmėjo lėtiniai susirgimai visos darbo dienos budėjimus. Apie tai informuoti poliklinikos pacientus.
4. Siekiant išvengti laukimo eilių prie gydytojų kabinetų, rekomenduotina slaugytojoms pacientus kviesti pagal nurodytą laiką talonėlyje.
5. Kad pacientai trumpiau lauktų prie kabineto, o gydytojai galėtų sutaupyti laiko, siūlytina – dalį sveikatos paslaugų perduoti slaugytojoms, kaip antai: receptų išrašymas, tyrimų komentavimas, įvairių atskaitomybės formų pildymas.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

KNYGOS:

1. Jankauskienė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas: vadovėlis. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007. – p. 153 – 179. – ISBN 978-9955-19-073-8
2. Janušonis V. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiniai aspektai: monografija. – Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008. – p. 147 – 205.- ISBN 978-9986-31-244-4
3. Černiauskas G. ir kt. Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010. – p. 146 – 154. – ISBN 978-9955-562-75-7

STRAIPSNIAI:

4. Brogaitė J., Kairys J., Gaižauskienė A. Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos // Gerontologija. – Vilnius, 2007, Nr. 8(4), p. 230 – 235
5. Brogienė D, Gurevičius R. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę // Medicina. – Kaunas, 2009, Nr. 45 (3), p. 226 –237
6. Chua K., Rutledge J. Waiting Lists in Canada reality or hype? // American medical student association, 2006, p. 1 - 7
7. Davies R. F. Waiting lists for health care: A necessary evil? // CMAJ. – Canada, 1999, Nr. 160 (10), p. 1469 – 1470
8. Gurevičius R., Valentaitė J., Kutkaitė S. Šeimos gydytojų požiūris į bendravimą su visuomenės sveikatos sektoriumi // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2012, Nr. 2(57), p. 25 – 34
9. Janušonis V. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas // Sveikatos mokslai. – 2004. Nr. 1, p. 69 - 73
10. Janušonis V. Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2011, Nr. 21(4), p. 5 – 11
11. Jankauskienė D., Žemgulienė J. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas // Medicina. – Kaunas, 1998, Nr. 34, p. 301 – 338
12. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje // Gydymo menas: specializuotas leidinys gydytojams ir farmacininkams. – 2006, Nr. 6(129), p. 12 – 13. – ISSN 1392-527X

13. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas // Medicina. – Kaunas, 2002, Nr. 38(1), p. 94 – 102
14. Kairys J. ir kt. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose // Medicina. – Kaunas, 2004, Nr. 40(2), p. 178 – 191
15. Kairys J., Žėbienė E., Zokas I. Gydytojų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2005, Nr. 1, p. 87 – 92
16. Kairys J. ir kt. autoriai. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų išsilavinimą ir gaunamas pajamas // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2008, Nr. 3, p. 1643 - 1646
17. Kairys J. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų išsilavinimą, socialinę ir ekonominę padėtį // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2011, Nr. 21(6), p. 42 - 58
18. Kairys J. ir kt. autoriai. Pacientų nuomonė apie informacinių technologijų panaudojimą Vilniaus miesto Centro ir Šeškinės poliklinikose pagal pacientų amžių // Medicinos teorija ir praktika. – Vilnius, 2011, Nr. 17(1), p. 55 – 64
19. Keniausytė I. ir kt. Lietuvos sveikatos programos demografinių ir sveikatos rodiklių įvertinimas 1997 – 2008 m. ir palyginimas su Europos sąjungos šalimis // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2009, Nr. 2(45), p. 20 - 26
20. Kosinskienė A., Ruževičius J. Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2011, Nr. 1(52), p. 13 – 29
21. Liubarskienė Z. ir kt. Pacientų pasitikėjimas sveikatos priežiūra // Medicina.- Kaunas, 2004, Nr. 40(3), p. 278 - 285
22. Milašauskienė Ž., ir kt. autoriai. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose** // Medidina. – Kaunas, 2006, Nr. 42(3), p. 231 – 237
23. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006. Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje. Vilnius, 2007, p. 38 – 40. ISSN 1648-7338
24. Pečiūra R. ir kt. Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas* // Medicina. – Kaunas, 2006, Nr. 42(11), p. 939 - 941
25. Plieskis M. ir kt. Pirminės sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje 2002 – 2006 m. Ar pasieksime užsibrėžtą tikslą? // Medicina. – Kaunas, 2008, Nr. 44(6), p. 472 – 481

26. Poliakovienė R., Gurevičius R. Sveikatos sinergija – visuomenės sveikatos komponento sustiprinimas pirminės sveikatos priežiūros srityje // Visuomenės sveikata. – Vilnius, 2011, Nr. 1(52), p. 30 – 41
27. Rachilis M. M., Public solutions to health care wait lists // CCPA, 2005. - 1-38 p.
28. Riklikienė O. Slaugos rezultatų vertinimas palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje: pacientų pasitenkinimas priežiūra // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2010; Nr. 1, p. 2961 – 2967
29. Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste // Sveikatos politika ir valdymas. – Vilnius, 2012, Nr. 1(4), p. 116 – 125
30. Tamutienė I., Černiauskaitė I., Sruogaitė A. Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai // Kultūra ir visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas. – 2011. Nr. 2(1), p. 95 – 110. – ISSN 2029-4573
31. Tylienė V. ir kt. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių // Sveikatos mokslai. – Vilnius, 2008, Nr. 6, p. 2120 – 2126
32. Valius L. irk t. autoriai. Evaluation of the Quality Of Services in primary health care institutions // Medicina. – Kaunas, 2011, Nr. 47(1), p. 57 – 61

INTERNETINIAI ŠALTINIAI:

33. A vision for Canada, Family Practice. The patient's medical home, 2011. – URL: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/PMH_A_Vision_for_Canada.pdf [žiūrėta 2013 01 05]
34. Barua B., Rovere M., Skinner B. Waiting your turn wait times for health care in Canada. 2011. – URL: http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2011.pdf [žiūrėta 2013 01 05]
35. Bulovienė D. Rokiškio rajono vyresnio mokyklinio amžiaus vaikų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą: magistro darbas: 10 B - Visuomenes sveikata. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2009. - p. 101. – URL: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2009~D_20090609_142922-83224/DS.005.0.01.ETD [žiūrėta 2012 10 18]
36. Burokienė S., Kundrotaitė I., Škliarinskis A. Vilniaus apskrities pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos palyginimas . – URL: http://vilniaustlk.lt/failai/istaigoms/Statistika/ST_ID5.html [žiūrėta 2011 10 18]

37. Corder D. Ar valstybinio valdymo decentralizacija pagerins sveikatos priežiūrą Lietuvoje? // Konferencija. – URL: http://jga.lt/uploads/studijos/konferencija%201995.pdf, [žiūrėta 2012 11 05]
38. Cook L., Landry M., Cott C. Waiting lists and wait times for community – based adult rehabilitation in Ontario. – URL: http://www.acreu.ca/pdf/pub5/06-02.pdf [žiūrėta 2013 01 05]
39. Elaine B. The politics of Canada's health care system. – URL: http://www.law.harvard.edu/programs/lwp/healthc.pdf [žiūrėta 2013 01 05]
40. E. sveikatos sistemos 2009 – 2015 metų plėtros programa. – URL: http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=87CA1795-38FC-4147-8175-81CFCF5B92B0 [žiūrėta 2013 01 10]
41. E-sveikata. – URL: http://www.santa.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=183&Itemid=195 [žiūrėta 2013 01 15]
42. eSveikatos sistemos projektas. – URL: http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/el_sveikata/gs_esveikata_web_version.pdf [žiūrėta 2012 11 05]
43. Išankstinės pacientų registracijos sistema. – URL: http://www.esparama.lt/old/lt/bpd/zemelapis/sekmingi_projektai/?id=7387 [žiūrėta 2013 01 15]
44. Kasiulevičius V. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros finansavimas. – URL: http://www.medpraktika.lt/medicinine_teise/text/4/Pirmines-ambulatorines-asmens-sveikatos-prieziuros-finansavimas [žiūrėta 2012 11 05]
45. Kulik J., Balčiauskaitė D. Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra ir jos perspektyvos . – URL: www.vlk.lt/vlk/pag/files/sd05_1_japp.doc [žiūrėta 2012 11 05]
46. LR aukščiausioji taryba 1991 10 30 nutarimas. Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo. Nr. 1-1939. Žin., 1991, Nr. 33-893. – URL: http://jga.lt/uploads/studijos/1991_10_30_LR_AT_Nutarimas_I_1939_Nacionaline_.pdf [žiūrėta 2012 11 30]
47. Lietuvos respublikos konstitucija, priimta Lietuvos Respublikos piliečių 1992 m. spalio 25 d. referendume, 53 str. – URL: http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm [žiūrėta 2012 12 30]
48. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, Vilnius, Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231. – URL: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=371265 [žiūrėta 2012 12 30]

49. LR sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas. Dėl teikiamų asmens sveikatos paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės. 1997 liepos 4 d. Nr. 372. –URL: http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/ministro_isakymai?id=23216 [žiūrėta 2012 11 30]
50. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562, Vilnius, Valstybės žinios, 1996, Nr. 102-2317. – URL: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=31932 [žiūrėta 2012 11 20]
51. LR sveikatos draudimo įstatymas 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I – 1343, Vilnius, Valstybės žinios, 1996, Nr. 55 – 1287. – URL: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=267446&p_query=&p_tr2 [žiūrėta 2012 11 30]
52. Lietuvos e. sveikatos 2007 – 2015 metų plėtros strategijos įgyvendinimo planas. – URL: http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/higienos_normos?id=60167 [žiūrėta 2013 01 10]
53. Lietuvos sveikatos programa 2020. – URL: http://www.sveikatosprojektai.org/node/41 [žiūrėta 2013 03 20]
54. Petrylaitė L. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybė Lietuvoje ir Jungtinėje Karalystėje šiaurės Airijos lietuvių bendruomenės požiūriu: magistro darbas: 10B – Visuomenės sveikata. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2010. – 1 – 76 p. – URL: http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2010~D_20100621_094150-77151/DS.005.0.01.ETD [žiūrėta 2012 11 10]
55. Plieskis M. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste: daktaro disertacija: biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10B). – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2005. – 132 p. – URL: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2005~D_20050913_145542-26384/DS.005.0.01.ETD [žiūrėta 2012 11 10]
56. Stulpinanitytė S. Pacientų teisės pasirinkti pirminės sveikatos priežiūros įstaigą vertinimas konkurencijos sąlygomis: magistro darbas: 10 B – Visuomenės sveikata. – Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2006. – 65 p. – URL: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2006~D_20060607_153107-92334/DS.005.0.02.ETD [žiūrėta 2012 12 10]
57. Sveikatos informacijos centras. Piriminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos. – URL: http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/Pirmin/pirmin.html [žiūrėta 2011 10 18]

58. Sveikatos paslaugų administracijos 2007 – 2012 m. Nacionalinė tarpkultūrinė sveikatos strategija. Dokumento santrauka ir rekomendacijos. – URL: http://www.integration.ie/website/omi/omiwebv6.nsf/page/AXBN-7ZFLGP154546-en/$File/NIHS_Summary_Lithuanian%5B1%5D.pdf [žiūrėta 2012 11 30]
59. Šukys R. Lietuvos Respublikos 2010 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas. – URL: http://www.lrv.lt/Posed_medz/2011/110504/07_papildymas.pdf [žiūrėta 2013 01 03]
60. Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008 – 2015 metų metmenys. – URL: http://jga.lt/uploads/studijos/Tolesnes_sveikatos_sistemos_pletros_2008_2015_.pdf [žiūrėta 2012 11 10]
61. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos minesterijos. Įsakymas.- URL: http://tar.tic.lt/Default.aspx?id=2&item=results&aktoid=077CB58F-09C6-488F-A578-F670B211AAA8 [žiūrėta 2012 12 05]
62. Valstybės ligonių kasų tinklalapis. Ligonių kasos: 2010 – ųjų apžvalga. – URL: http://www.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/VLK_2010_APZVALGA.pdf [žiūrėta 2012 11 10]
63. 2009 survey of physician appointment wait times. – URL: http://www.merritthawkins.com/pdf/mha2009waittimesurvey.pdf [žiūrėta 2013 01 05]

Kozupejeva J. Sveikatos priežiūros prieinamumo tyrimai: laukimo eilė pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje / Viešojo administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. Aldona Gaižauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – 83 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe buvo išanalizuota pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas, laukimo eilės sąvokos, trūkmės, bei įtakojantys veiksniai. Buvo įvertinta VšĮ Karoliniškių poliklinikos pacientų nuomonė apie laukimo eilę šitoje įstaigoje. Buvo iškeltos laukimo eilės problemos bei pateikti siūlymai, kaip šias problemas išspręsti. Magistro darbą sudaro 2 dalys. Pirmoje dalyje, reminatis literatūros šaltiniais, apžvelgiama Lietuvos pirminė sveikatos priežiūros sistema, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, laukimo eilės samprata, trukmė bei priežastys, Laukimo eilės Kanadoje ir JAV, Elektroninė išankstinė registracija ir jos privalumai. Antrojoje dalyje pateikiamas respondentų anketinės apklausos tyrimo rezultatų apibendrinimas.

Pagrindiniai žodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, pirminė sveikatos priežiūros įstaiga, prieinamumas, laukimo eilė, eilė

Kozupejeva J. Access to health care research: waiting queue in a primary health care institution / Final thesis, issued by the Master of public administration. Supervisor doc. dr. Aldona Gaižauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of politics and management, 2013. – 83 pgs.

ANNOTATION

Accessibility to the primary health care, the conception, length of the waiting queue and the factors, influencing it, were analyzed in the Master's final thesis. The opinion of the patients, visiting the Public institution Karoliniškės Polyclinic, about the waiting queue in that institution was evaluated. The problems, related to the waiting queue, were revealed and the suggestions how to settle them were submitted. The Master's thesis consists out of 2 parts. By referring to the literary sources, the primary health care system in Lithuania, accessibility to the health care services, the concept, length and reasons of formation of the waiting queue, the waiting queues in Canada and in the USA, the electronic preliminary registration and its advantages are surveyed in the first part. The second part contains generalization of the research data, obtained as a result of interrogation of the respondents with the help of the questionnaire.

Key-words: primary health care, primary health care institution, accessibility, waiting queue, queue.

Kozupejeva J. Sveikatos priežiūros prieinamumo tyrimai: laukimo eilė pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje / Viešojo administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. Aldona Gaižauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2013. – 83 p.

SANTRAUKA

Šiuolaikinėje visuomenėje didelis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui. Pacientai dažnai skundžiasi dėl prasto darbo organizavimo pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje. Dažniausios aptarnavimo problemos, su kuriomis susidūrė Lietuvos pacientai – tai ilgos laukimo eilės registratūroje, prie gydytojų kabinetų, bei ilgos laukimo eilės išankstinei registracijai pas gydytoją. Vienas iš svarbiausių uždavinių – tai tobulinti administracinį darbo organizavimą sveikatos priežiūros įstaigose, kad sumažėtų laukimo eiles.

Darbo tikslas: ištirti laukimo eilę įvairiose pirminės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo etapuose.

Darbo uždaviniai: Apžvelgti teorinius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pagrindus bei laukimo eilės sampratą, trukmę ir įtakojančius veiksnius. Ištirti ir įvertinti respondentų laukimo eilę VšĮ Karoliniškių poliklinikoje. Ištirti ir įvertinti respondentų laukimo eilės priežastis. Pateikti pasiūlymus, kaip tobulinti laukimo eilę pirminėje sveikatos priežiūros įstaigoje.

Tyrimo metodai: Mokslinės literatūros analizė, empirinis sociologinis kiekybinis tyrimas – respondentų anketinė apklausa**.** Tyrimo duomenų analizė buvo atlikta naudojant SPSS statistinės analizės paketą.

Buvo įrodyta iškelta hipotezė: egzistuojančios laukimo eilės dalinai tenkina pacientus.

Pagrindinės išvados:

1. Didžiajai daugumai poliklinikos lankytojų (73 proc.) tenka laukti 10 dienų, kol jie patenka pas savo šeimos gydytoją.

2. Daugumai tiriamųjų (64,5 proc.) registratūroje tenka laukti iki 10 min.; kuo ilgiau tiriamiesiems reikia laukti, tuo daugiau tiriamųjų mano, kad jie yra priversti laukti per ilgai dėl prasto registratūros darbo organizavimo.

3. Didesnis skaičius tiriamųjų (69,6 proc.), kuriems tenka laukti nuo 1 iki 10 dienų, apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje mano, kad trumpas laukimas yra neišvengiamas, bet eilės susidaro dėl prasto darbo organizavimo.

Kozupejeva J. Access to health care research: waiting queue in a primary health care institution / Final thesis, issued by the Master of public administration. Supervisor doc. dr. Aldona Gaižauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of politics and management, 2013. – 83 pgs.

SUMMARY

Much attention in the modern society is focused on accessibility to the health care services. Usually the patients complain of poor work organization in the primary health care institution. Long waiting queues in the reception, at the doors of the doctors' consulting-rooms and long waiting queues of the patients, seeking for preliminary registration to consult the doctor, are the usual problems with attendance, to which the patients are faced in Lithuania. Improvement of the administrative work organization in the health care institution, seeking for reduction of the waiting queues, serves as one of the most important tasks.

Purpose of the thesis: to investigate the waiting queue in various primary health care organization stages.

Tasks of the thesis: An overview of theoretical access to health services and the waiting queue conception, its duration and influencing factors. Examine and evaluate respondents' waiting queue in PI / Public institution Karoliniškės clinic. To investigate and to evaluate the reasons of formation of the waiting queue of the respondents. To submit the suggestions, i.e. how to improve the situation with the waiting queue in the primary health care institution.

The raised hypothesis has been proven: existing waiting queues satisfies patients partially.

Research methods: Analysis of the scientific literature, empirical social quantitative research – interrogation of the respondents with the help of the questionnaire. The analysis of the research data was done with the help of the SPSS software package, assigned for the statistical analysis.

Main conclusions:

1. The majority of the patients, visiting the polyclinic (73 perc.), have to wait 10 days until they get to their family doctor's consulting-room.

2. The majority of the patients (64,5 perc.) have to wait up to 10 min. in the reception; the longer they have to wait, the more they start to think that they are forced to wait too long through the poor work organization of the reception.

3. The major part of the patients (69,6 perc.), who have to wait from 1 up to 10 days in the waiting queues in the health care institution, think that waiting within a short period of time is inevitable, but the queues form through the poor work organization.

PRIEDAI

Priedas 1

RESPONDENTŲ APKLAUSOS ANKETA

Gerbiami respondentai, esu Mykolo Romerio universiteto politikos ir vadybos fakulteto Viešojo administravimo katedros studentė. Universitete atliekamas tyrimas „laukimo eilė pirmines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose institucijose“. Prašau skirti savo laiko ir užpildyti anketą. Jums tinkantį atsakymą apibraukite. Anketa yra anoniminė ir bus naudojama tik tyrimo tikslams. Iš anksto dėkoju.

I. Bendrieji duomenys:

1. Koks Jūsų amžius?

1. 18-24,
2. 25-34,
3. 35-44,
4. 45-54,
5. 55-64,
6. Daugiau negu 65 m.

2. Jūsų lytis:

1. Mot.
2. Vyr.

3. Jūsų išsilavinimas:

1. Pradinis, pagrindinis
2. vidurinis
3. specialus vidurinis (profesinis)
4. aukštesnysis
5. aukštasis

4. Socialinė padėtis:

1. Neaktyvus (studentas, moksleivis, pensininkas)
2. Aktyvus (dirbantis)
3. Nedirbantis

II. Paslaugų organizavimas poliklinikoje:

5. Ar Jus tenkina poliklinikos darbo laikas?

1. Taip
2. Ne

6. Kokiu laiku Jums patogiausia planuoti vizitą pas šeimos gydytoją?

1. 7 – 9 val.
2. 9 – 11 val.
3. 11 – 13 val.
4. 13 – 15 val.
5. 15 – 17 val.
6. 17 – 19 val.
7. Po 19 val.
8. Laikas neturi reikšmės

7. Dėl kokių priežasčių renkatės tokį laiką?(keli atsakymo variantai)

1. Mažesnis pacientų skaičius, lengviau patekti pas gydytoją
2. Derinu apsilankymo laiką su savo darbo laiku
3. Dieną saugiau grįžti namo

III. Laukimo eiles poliklinikoje:

8. Prieš kiek laiko planuojate apsilankyti pas šeimos gydytoją iš anksto?

1. Neplanuoju iš anksto
2. Prieš 1 savaitę
3. Prieš 2 savaites
4. Prieš 3 savaites
5. Prieš 1 mėnesį
6. Prieš 2 mėnesius

9. Kokiu būdu Jums tenka registruotis pas šeimos (bendrosios praktikos) gydytoją?(keli atsakymai)

1. Registratūroje
2. Telefonu
3. Internetu

10. Ar žinote, kad galite registruotis internetu? Ar jau naudojatės?

1. Taip, aš visada registruojuosi internetu
2. Ne, aš registruojuosi įprastu būdu – registratūroje
3. Žinau apie internetinę registraciją, tačiau registruojuosi registratūroje
4. Nežinau internetu registracijos tvarkos
5. Nežinau, kad toks registracijos metodas egzistuoja

11. Jūsų nuomonė – ar yra skirtumas laukiant vizito užsiregistravus internetu ar registratūroje?

1. Laukimo skirtumo nėra tarp 2-iejų registracijos formų
2. Registruojantis registratūroje galima susitarti, kad gydytojas priimtų tą pačią dieną papildomai
3. Registruojantis internetu galima surasti ką tik atsisakiusį talonėlį

12. Kiek laiko Jums tenka laukti registratūroje?

1. Laukti nereikia
2. Iki 5 min.
3. 5 – 10 min.
4. 11 – 20 min.
5. 21 – 30 min.
6. Daugiau negu 30 min.

13. Ką manote apie sugaištamą laiką registratūroje norint užsiregistruoti pas šeimos gydytoją?

1. Kartais tenka palaukti, tačiau tai yra neišvengiama
2. Priverstas (-a) laukti per ilgai, dėl prasto registratūros darbo organizavimo
3. Laukti beveik netenka

14. Dėl kokių priežasčių, jūsų nuomone, reikia kreiptis dar į registratūrą? (keli atsakymai)

1. Užsiregistruoti pas gydytoją, nes nemoku registruotis internetu
2. Nesinaudoju registracijos telefonu paslauga
3. Kai nebūna atneštos ligos istorijos pas gydytoją
4. Ūmiai susirgus, kai reikia papildomai patekti pas gydytoją

15. Kiek dienų tenka laukti planinio vizito pas savo šeimos gydytoją?

1. Patenku tą pačią kreipimosi dieną
2. 1 – 4 dienas
3. Apie 7 dienas
4. 7 – 10 dienų
5. Apie 14 dienų
6. Ilgiau negu 14 dienų
7. Ilgiau negu 30 dienų

16. Atvykę pas gydytoją talonėlyje nurodytu laiku, kada patenkate pas gydytoją:

1. Patenku nurodytu laiku
2. Reikia laukti iki 15 min.
3. Reikia laukti 15 – 30 min.
4. Reikia laukti ilgiau negu 30 min.
5. Reikia laukti ilgiau negu 1 val.

IV. Laukimo eilės priežastis:

17. Jūsų nuomone, dėl kokių priežasčių reikia laukti šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo konsultacijos?

1. Per mažas šeimos gydytojų skaičius
2. Ilga vieno paciento priėmimo laiko trukmė
3. Per didelis kiekis neužsirašiusių pacientų
4. Gydytojas darbo metu užsiiminėja kitais reikalais

18. Dėl kokių priežasčių, jūsų nuomone, nepatenkate pas gydytoją nurodytu laiku?

1. Pacientai patys sudaro „gyvą“ eilę
2. Slaugytoja nekviečia pacientų nuodytu laiku
3. Gydytojo laiką gaišina įvairūs papildomi darbai: ligos istorijos, tyrimų, siuntimų, spec. poreikių pildymai
4. Per daug neužsiregistravusių pacientų

19. Ką Jūs manote apskritai apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje?

1. Eilių neturi būti. Poliklinikos administracija nepakankamai dėmesio skiria darbui organizuoti
2. Trumpas laukimas yra neišvengiamas, bet eilės susidaro dėl prasto darbo organizavimo
3. Ilgas laukimas neišvengimas, nes gydytojui sunku įvertinti kiekvieno paciento priėmimo laiką.

20. Ar buvo tokių situacijų, kai dėl ilgų užsirašymo eilių, nepavyko net užsiregistruoti ir patekti pas šeimos gydytoją?

1. Taip. Teko gydytis pačiam (-iai) namuose
2. Taip. Kreipiuosi privačiai pas gydytoją.
3. Ne. Užsiregistruoti nepavyko, susitariau su gydytoja, kad priimtų
4. Ne. Visada gaunu taloną

Ačiū už paaukotą laik

Jelena.kozupejeva@gmail.com