MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
VALSTYBINIO VALDYMO FAKULTETO
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA

GINTARĖ VAITKIENĖ

NEAKIVAIZDINIŲ MAGISTRO STUDIJŲ, VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO PROGRAMOS
SVEIKATOS APSAUGOS ĮSTAIGŲ ADMINISTRAVIMO SPPECIALIZACIJOS

Medicininės reabilitacijos paslaugų veiklos rodiklių palyginimas 1992 – 2005 m. Lietuvoje

Magistro baigiamasis darbas

Magistrinio darbo vadovas -

M.dr.doc. D.Jankauskienė

Vilnius, 2006

TURINYS

ĮVADAS 3
1. REABILITACIJOS SAMPRATA, SĄVOKOS 6
1.1 Reabilitacijos sąvokos 6
1.2 Reabilitacijos priemonės 8
2. REABILITACIJOS ISTORIJA 12
3. POKYČIAI LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE 15
4. REABILITACIJOS RAIDA LIETUVOJE 18
4.1 Reabilitacijos sistemos kūrimosi laikotarpiai 18
4.2 Reabilitacijos etapai 23
4.3 Medicininės reabilitacijos paslaugų rūšys 25
4.4 Aktualiausios reabilitacijos problemos 27
5. LIETUVOS REABILITACIJOS PASLAUGŲ POKYČIAI 1992 – 2005 m. 30
5.1 Reabilitacijos paslaugas reglamentuojančių teisės aktų analizė 30
5.2 Reabilitacijos paslaugų pokyčių Lietuvos sveikatos sistemoje tyrimas 1994 – 2005 metais 38
5.3 Lietuvos reabilitacijos sistemos reformos vertinimas – ekspertų apklausa 51
IŠVADOS 62
PASIŪLYMAI 63
LITERATŪROS SĄRAŠAS IR ŠALTINIAI 64
SANTRAUKA 69
SUMMARY 70
PRIEDAI 72

ĮVADAS

Ilgą laiką prioritetinė sveikatos priežiūros kryptis buvo ūmių ligų diagnostika, gydymas ir profilaktika. Medicinos pažanga, kurios dėka vis daugiau žmonių išlieka gyvi po sunkių ligų ir traumų, ilgėjantis gyventojų vidutinis amžius lemia tai, kad gyventojų sergamumo struktūroje pradėjo vyrauti lėtinės ligos, kurių profilaktikos, gydymo efektyvumas yra daug mažesnis, nei ūminių ligų. Tam , kad būtų užtikrinta žmonių biosocialinių funkcijų realizacija, bei neįgaliųjų integracija į visuomenę, būtina taikyti kompleksines reabilitacijos priemones. Reabilitacija įvairiose šalyse organizuojama priklausomai nuo socialinių, sveikatos apsaugos sistemos, socialinio draudimo būklės, nacionalinių ir vietinių tradicijų. Lietuvoje reabilitacijos sistemos kūrimą galima suskirstyti į tris laikotarpius: pirmasis – pavienių gydomosios fizinės kultūros, fizioterapijos priemonių taikymas iki 1991m., antrasis – daugiaprofilinės reabilitacijos plėtra 1992 – 2001m., trečiasis – kompleksinis reabilitacijos sistemos kūrimas nuo 2001m.

Nuo 1999 m. reabilitacija pradėta vykdyti reabilitacijos specialistų komandos principu. Pradėti rengti nauji reabilitacijos specialistai – Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai, ergoterapeutai, kineziterapeutai, socialiniai darbuotojai, FMR slaugytojos. Vystant kompleksinę reabilitaciją buvo akcentuojama ne tik ligonio klinikinė būklė, pradėta vertinti ligonio biosocialinės funkcijos, sugebėjimas judėti, orientuotis , save apsitarnauti, naudotis kompensacinės technikos priemonėmis, būti nepriklausomu, sugebėjimas dirbti, būti aktyviu visuomenės nariu [27].

Medicininės reabilitacijos paslaugos, ypač jų struktūra, ekonominės sąnaudos ir efektyvumas, per paskutinius penkiolika metų vystėsi ir kito labai sparčiai. Tai įtakojo įvairūs valstybiniu lygiu priimti sprendimai bei norminiai aktai ir dokumentai. Todėl ekonominių sąnaudų ir efektyvumo problema organizuojant medicininės reabilitacijos paslaugas yra svarbus medicinos politikos formuotojų, ir jos tyrėjų uždavinys. Kol kas juridinių svertų organizuojant medicininės reabilitacijos paslaugas Lietuvoje tema tyrėjų buvo mažai nagrinėta. Ši tema buvo šiek ties paliesta Kauno universiteto išleistuose leidiniuose 1996 m. „Reabilitacija“ bei 2002 m. „Reabilitacijos metodų ir priemonių efektyvumas“. Išsamiau reabilitacijos raida nagrinėta prof. A.Kriščiūno darbe „Reabilitacijos sistema Lietuvoje (Praeitis, dabartis, ateitis)“, Medicina Kaunas 2005 m.

Tyrimo objektas

Medicininės reabilitacijos paslaugos.

Tyrimo dalykas

Medicininės reabilitacijos paslaugų struktūra bei jų finansavimas.

Hipotezė

Medicininės reabilitacijos paslaugų struktūros kitimą labiausiai įtakojo paslaugų finansavimo pokyčiai, o ne pati reabilitacijos strategija.

Darbo tikslas

Įvertinti medicininės reabilitacijos sistemos reformos pagrindinius trūkumus ir privalumus, nustatyti pagrindinius tai įtakojančius veiksnius.

Darbo uždaviniai

1. Išanalizuoti medicininės reabilitacijos sistemos pokyčių aktualumą, reformos esmę ir tikslus;
2. Įvertinti teisės aktų, reglamentuojančių medicininės reabilitacijos teikimą, įtaką paslaugų struktūros pokyčiams ir reabilitacijos strategijos įgyvendinimui;
3. Palyginti medicininės reabilitacijos paslaugų struktūros kitimą pagal paslaugų apimtis (pacientų skaičius, lėšos, skirtos medicininei reabilitacijai);
4. Atlikti reabilitacijos sistemos reformos dalyvių (reabilitacijos ekspertų, formuojančių politiką, paslaugų gavėjų, paslaugų teikėjų ir reabilitacijos specialistų rengėjų) apklausą, tikslu išsiaiškinti medicininės reabilitacijos sistemos reformos sėkmę Lietuvoje;
5. Įvertinus reabilitacijos sistemos problemas bei reabilitacijos specialistų nuomonę, pateikti pasiūlymus reabilitacijos paslaugų kokybės gerinimui.

Tyrimo metodai

Teoriniai metodai:

Aprašomasis tyrimas, dokumentų turinio content (teisės norminių aktų, mokslinės literatūros, elektroninės informacijos) analizė.

Aprašomosios statistines analizes metodas, taikytas įvertinant turimus statistinius duomenis (pacientų, gavusių medicininės reabilitacijos paslaugas skaičius, lėšos, skirtos medicininei reabilitacijai, reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų skaičius ir kt.).

Lyginimo metodas, naudotas analizuojant medicininės reabilitacijos paslaugų struktūrą, taip pat lyginant panašumus ir skirtumus tarp teisės aktų bei kitų dokumentų ir reabilitacijos paslaugų rodiklių kitimo.

Ekspertų apklausa, kurios metu apklausti reabilitacijos sistemos dalyviai, kurie tiesiogiai įtakoja reabilitacijos sistemos pokyčius ir turi reabilitacijos srities žinių.

Darbo tikslui įgyvendinti pasirinkau tokią darbo struktūrą:

Pirmoje darbo dalyje analizuojamas medicininės reabilitacijos sąvokos ir reabilitacijos sistemos samprata. Antroje dalyje apžvelgiama medicininės reabilitacijos istorija pasaulyje. Trečioje dalyje paliečiami Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos pokyčiai, turėję įtaką reabilitacijos sistemos raidai. Lietuvos reabilitacijos sistemos reformos kūrimosi prielaidos, aplinkybės ir teisinė bazė nagrinėjama ketvirtoje dalyje. Įvardijami pagrindiniai teisiniai aktai reglamentuojantys medicininės reabilitacijos veiklą, išskiriamos medicininės reabilitacijos paslaugų rūšys, reabilitacijos teikimo etapai, paliečiamos pagrindinės reabilitacijos paslaugų teikimo problemos.

Penktoje darbo dalyje analizuojamas medicininės reabilitacijos sistemos reformavimas. Įvertinama sistemos teisinė bazė ir jos santykis su reabilitacijos paslaugų pokyčiais bei Lietuvos reabilitacijos strategijos nuostatomis. Nagrinėjama medicininės reabilitacijos sistemos paslaugų struktūros pokyčiai. Analizuojamos medicininės reabilitacijos sistemos reformos privalumai ir trūkumai. Vertinami reabilitacijos ekspertų pasiūlymai bei pastabos.

Tyrimo metu buvo išanalizuoti galiojantys teisės aktai reglamentuojantys medicininės reabilitacijos paslaugų teikimą Lietuvoje, Lietuvos Respublikos nutarimai, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės skelbiami statistiniai duomenys. Analizuoti duomenys pagal ligonių skaičių, kuriems suteiktos medicininės reabilitacijos skaičius, Privalomo sveikatos draudimo lėšų kiekis, panaudotas medicininės reabilitacijos paslaugų finansavimui bei reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų skaičiaus pokyčiai.

Darbą sudaro įvadas, 5 skyriai, išvados, pasiūlymai ir rekomendacijos, naudotos literatūros sąrašas, priedai. Darbo apimtis – 68 puslapiai, jame yra 16 paveikslų ir 4 lentelės. Prieduose yra viena anketa ir viena anketos atsakymų santrauka. Bibliografinį aprašą sudaro 67 šaltiniai.

1. REABILITACIJOS SAMPRATA, SĄVOKOS

1.1 Reabilitacijos sąvokos

Reabilitacija – lot. Reabilitatio – atgavimas – tai priemonių, padedančių atgauti žmonių su sutrikusiom organizmo funkcijom sveikatą ir darbingumą kompleksas [23].

Reabilitacija – koordinuotas, kompleksinis medicininių, socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių naudojimas, siekiant maksimalaus reabilituojamojo funkcinio aktyvumo [25].

Šiandien žodis **„reabilitacija“** reiškia kompleksinį medicininių, socialinių, pedagoginių ir profesinių priemonių naudojimą, siekiant maksimalaus reabilituojamo asmens fizinio, psichologinio bei socialinio savarankiškumo. Terminas „reabilitacija“ dažnai tapatinama su terminu „fizinė medicina“, bet tai nėra sinonimai, tiksliau „fizinė medicina“ yra viena iš „reabilitacijos“ sudedamųjų dalių. Fizinė medicina tradiciškai yra siejama su ligų gydymu, naudojant specialią techniką ir fizines priemones (šilumą, šaltį, vandenį, elektrą, magnetines bei kvantines bangas ir kt.) [29].

Medicininė reabilitacija – tai kompleksinis medicininių reabilitacijos priemonių (fizioterapijos, kineziterapijos, ergoterapijos, ortopedinių ir kompensacinių priemonių, psichologinės pagalbos, gydymo vaistais, dieta, pacientų ir jų artimųjų mokymo ir kt.) taikymas siekiant kuo daugiau sugrąžinti sutrikusias funkcijas (sveikatos grąžinamasis gydymas), jas kompensuoti (reabilitacija III, reabilitacija II, pakartotinė reabilitacija) ir palaikyti pasiektą funkcinio pajėgumo lygį (palaikomoji reabilitacija) [15].

Palaikomoji reabilitacija – tai medicininės reabilitacijos priemonių (fizioterapijos, kineziterapijos, ergoterapijos, ortopedinių ir kompensacinių priemonių, gydymo dieta, vaistais, psichologinės pagalbos, ligonio mokymo) ir socialinių priemonių kompleksas, padedantis palaikyti individo anksčiau pasiektą funkcinio pajėgumo lygį [15].

Sunkią negalią turintiems pacientams gali būti skiriama **pakartotinė reabilitacija,** kuri teikiama pirmus tris metus po sunkios ligos ar traumos [26].

Sveikatos grąžinamasis gydymas (SGG) - tai medicininių reabilitacijos priemonių kompleksas (fizioterapija, kineziterapija, gydymas vaistais, dieta, psichologinė pagalba, ligonio mokymas), padedantis kuo greičiau sugrąžinti sutrikusias funkcijas (grįžtamų funkcijų sutrikimų atvejais) ir ligonio darbingumą, išvengti komplikacijų ir invalidumo bei ūmios ligos perėjimo į lėtinę formą [15].

Antirecidyvinis gydymas – tai kompleksinis procedūrų taikymas, ligoniams, sergantiems lėtinėmis ligomis. Antirecidyviniam gydymui naudojami natūralūs ir performuoti gamtiniai veiksniai: mineraliniai vandenys, gydomasis purvas, klimatoterapija [15].

Kompleksinė reabilitacija – koordinuotas medicininių, psichologinių, socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių taikymas reabilituojamiems asmenims, turintiems biosocialinių funkcijų sutrikimų, didesniam fiziniam, psichiniam, socialiniam savarankiškumui pasiekti, siekiant visavertės integracijos į visuomenę [16].

. **Neįgalumo lygis** – tai kompleksiškai įvertinus nustatytas asmens sveikatos būklės, savarankiškumo kasdienėje veikloje ir galimybių ugdytis netekimo mastas [17].

Darbingumo lygis – tai asmens pajėgumas įgyvendinti anksčiau įgyta profesinę kompetenciją ar įgyti naują profesinę kompetenciją arba atlikti mažesnės profesinės kompetencijos reikalaujančius darbus [18].

Specialieji poreikiai – specialieji poreikiai tenkinami specialiosios pagalbos priemonėmis (techninės pagalbos bei finansinės pagalbos priemonės, socialinės paslaugos), kurių tikslas – jas gaunančiam neįgaliajam užtikrinti lygias ugdymo, profesines, socialines bei visaverčio integravimosi į visuomenę galimybes [17].

Profesinė reabilitacija – tai asmens darbingumo, profesinės kompetencijos bei pajėgumo dalyvauti darbo rinkoje atkūrimas arba didinimas ugdymo, socialinio, psichologinio, reabilitacijos ir kitomis poveikio priemonėmis [18].

Profesinės reabilitacijos tikslas yra atkurti neįgaliųjų darbingumą ir didinti jų įsidarbinimo galimybes.

Profesinės reabilitacijos pašalpa – tai pašalpa, mokama asmens dalyvavimo profesinės reabilitacijos programoje laikotarpiu, bet ne ilgiau kaip 180 kalendorinių dienų. Pašalpa mokama iš Valstybinio socialinio draudimo fondo arba iš valstybės biudžeto lėšų. Jos dydis – ne mažiau kaip 2 bazinės pensijos per mėnesį. Ši pašalpa skiriama ir mokama, neatsižvelgiant į kitas asmens gaunamas pajamas [17].

Sanatorija - tai stacionarinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kuri teikia lėtinėmis progresuojančiomis ir pasikartojančiomis ligomis sergančių pacientų antirecidyvinio gydymo paslaugas, taikant natūralius (balneo-, peloido-, klimato terapiją) bei performuotus gamtinius veiksnius. Sanatorijos, kurios įsteigė specialius reabilitacijos skyrius ir turi atitinkamą leidimą, gali teikti medicininės reabilitacijos paslaugas [15].

Lietuvos kurortai - tai išskirtinės reikšmės Lietuvos Respublikos teritoriniai vienetai, teikiantys rekreacines paslaugas žmonių sveikatos atstatymui bei poilsiui ir turintys aukštą

pridedamąją vertę, formuojantys šalies įvaizdį. Kurorto statusą Lietuvoje turi Druskininkai, Palanga, Birštonas, Likėnai [16].

Reabilitacijoje naudojami terminai: invalidumas, funkcijos sutrikimas, negalia, biosocialinės funkcijos.

Funkcijos sutrikimas – tai psichologinės ar fiziologinės funkcijos arba anatominės struktūros pažeidimas ar netekimas.

Negalia yra asmens būklė, kai jis dėl sutrikusios sveikatos negali atlikti tų funkcijų, kurias paprastai atlieka sveikas žmogus.

Liga ar trauma gali sutrikdyti žmogaus **biosocialines funkcijas:**

*tai yra galimybė - judėti supančioje aplinkoje;

*nepriklausomai egzistuoti ir garantuoti fiziologinius poreikius (valgymas, asmens higiena, seksualinė funkcija);

*orientuotis aplinkoje ir normaliai reaguoti į dirgiklius;

*gyventi įprastą gyvenimą;

*tenkinti savo profesinius ir kultūrinius poreikius;

*dalyvauti visuomenės gyvenime;

*bendrauti su aplinkiniais;

*išlaikyti socialinį bei ekonominį aktyvumą ir savarankiškumą [25].

1.2 Reabilitacijos priemonės

Kineziterapija – tai gydymas judesiu ir fiziniais veiksniais (masažu, šiluma, šalčiu ir kt.). Judesys yra natūralus veiksnys, gerinantis judamojo aparato, kraujotakos ir kvėpavimo sistemų būklę, atstatantis pažeistų organų funkcijas, koreguojantis ligos eigą. Kineziterapija yra taikoma daugelio ligų atvejais ir skiriama iš karto, kai ligonio būklė stabilizuojasi, siekiant sugrąžinti ar kompensuoti judėjimo funkciją, sumažinti komplikacijų (trombinės embolijos, kvėpavimo takų infekcijos, pragulų, sumažėjusio sąnarių paslankumo ir kt.) galimybę, palaikyti bendrą paciento fizinį pajėgumą.

Po įvairių ligų ir traumų nusilpsta raumenys, sumažėja sąnarių paslankumas, sutrinka natūralūs judesiai, nukenčia visos žmogaus fizinės savybės. Kineziterapeutas stengiasi, kad po ligų ar patirtų traumų žmogus kuo greičiau grįžtų į aktyvų gyvenimą, sustiprėtų, jaustųsi saugiai ir gerai. Dėl to reikia pagerinti paciento atramos-judamojo aparato būklę: atstatyti sąnarių paslankumą, stiprinti raumenis, skirti dėmesį judesių koordinacijai, laikysenai, mobilumui, treniruoti širdies ir kvėpavimo sistemų funkciją. Labai svarbu, kad kineziterapija būtų pradėta taikyti kuo anksčiau, tada

galima tikėtis geresnių gydymo rezultatų. Pasyvus kineziterapijos metodas, naudojama reabilitacijoje – tai masažas. Jis gali būti klasikinis, refleksinis ir taškinis.

Kineziterapija vandenyje. Vandenyje žmogus sveria dešimtadalį įprastinio kūno svorio, todėl mažiau apkraunami sąnariai ir lengviau atlikti judesius, stovėti, eiti. Vandenyje pakyla diafragma, gerėja periferinė kraujotaka, vanduo mažina skausmą, raumenų dirglumą, spazmiškumą, galūnių drebėjimą, gerina pacientų emocinę būklę.

Ergoterapija – tai paciento funkcinių galimybių atstatymas, palaikymas ar sutrikimų kompensavimas tikslinga veikla, kuri pacientui padeda savarankiškai gyventi, atsižvelgiant į jo norus, poreikius bei visuomenės nustatytus reikalavimus. Tikslingą veiklą sudaro: Kasdieninė veikla – tai kiekvieną dieną savarankiško ir nepriklausomo individo atliekama veikla (valgymas, rengimasis, prausimasis, asmens higiena). Darbinė veikla – tai veikla, susijusi su darbais namų ūkyje, rūpyboje, mokslo ir profesinėje srityse. Laisvalaikis – tai veikla, kai siekiama saviraiškos [25].

Psichoterapija. Be kitų reabilitacijos priemonių, pacientams teikiama ir psichologinė pagalba. Medicinos psichologai per interviu bei psichometriniais testais įvertina paciento psichoemocinę būklę (nerimo, depresijos lygį, nuotaikos sutrikimus ir kt.) bei pasiūlo reikalingą psichologinę pagalbą: individualias konsultacijas, pokalbius, grupinius savireguliacijos mokymo, fito ir muzikos terapijos užsiėmimus, diskusijų ar savipagalbos grupes, psichologinę paramą šeimai.

Socialinės reabilitacijos priemonės. Kad reabilitacija būtų visavertė, svarbu, jog visos jos sistemos dalys, kaip antai: medicininė, socialinė, psichologinė reabilitacija, būtų vystomos tolygiai. Socialinė reabilitacija apima tokias sritis, kaip invalidumas ir lengvatos, kompensacinė (įvairūs vežimėliai, vaikštynės, lazdos ir t.t.) yra viena svarbiausių reabilitacijos technika, aplinkos pritaikymas, ugdymas, užimtumas bei daugelį kitų. Neįgaliųjų kompensacinė technika grandžių. Ji judėjimo negalią turintiems žmonėms suteikia galimybę kompensuoti prarastąją funkciją, pristabdo ligos progresavimą. Paciento reabilitacijos metu, reabilitacinės komandos nariai nusprendžia, kokia kompensacinė technika bus reikalinga. Vėliau socialinis darbuotojas paruošia dokumentus reikalingai technikai gauti bei tarpininkauja tarp paciento ir Respublikinio invalidų kompensacinės technikos centro. Pacientui užtikrinamas tinkamos kompensacinės technikos gavimas.

Profesinė reabilitacija apima ir profesinį orientavimą, ir mokymą darbo vietoje, aukštojoje, aukštesniojoje mokykloje, specialiose mokymo įstaigose, specialiuose kursuose ir t.t. Norint integruoti žmogų su negalia į darbo rinką, reikia, kad jo profesija būtų paklausi. Pasitaiko atvejų, kuomet ligonis grįžta į ankstesnę darbo sritį, bet tai būna retai. Daugumai reikia rasti naują darbo vietą arba gyventi iš gaunamos invalidumo pensijos [37].

Ortopedinės ir kompensacinės technikos priemonės. Asmenims, kuriems yra sutrikusi atramos-judamojo aparato funkcija, labai svarbu tinkamai parinkti ortopedines ir kompensacinės technikos priemones. Tai padaryti padeda gydytojas ortopedas ir kompensacinės technikos specialistas. Šios priemonės kompensuoja prarastą funkciją, pristabdo ligos progresavimą, pagerina gyvenimo kokybę ir sumažina traumų riziką. Dažniausiai naudojamos ortopedinės priemonės:

-Rankų ir kojų protezai;

-Rankų ir kojų aparatai;

-Rankų ir kojų tutorai (įtvarai);

-Fiksuojamieji korsetai;

-Koreguojamieji korsetai.

Kompensacinė technika naudojama siekiant gerinti žmogaus galimybes judėti, apsitarnauti, orientuotis aplinkoje, bendrauti, priimti informaciją, dalyvauti darbinėje, kultūrinėje ir sportinėje veikloje. Kompensacinė technika parenkama pagal tai, kokios biosocialinės funkcijos yra sutrikusios. Yra individualaus ir kolektyvinio naudojimo technika. Individualaus naudojimo technika padeda kompensuoti tokias funkcijas:

-judėjimo (vežimėliai: mechaniniai ir elektriniai, įvairios vaikštynės, lazdos ir kt.); apsitarnavimo (įtvarai šaukštams, dantų šepetukui, specialūs įrankiai kojinėms užsimauti, kilpelės sagoms užsisegti);

- regos tiflo technika (lazdelės vaikščiojimui, Brailio žadintuvai);

- klausos surdo technika (klausos aparatai, telefonai kurtiesiems su tekstine eilute, šviesos signalu);

-kalbos (kompiuteriai individualiam tarties ir kalbos mokymui) ir kt.

Kolektyvinio naudojimo technika padeda viešose visuomeninėse vietose. Tai pandusai, pakėlėjai, specialūs liftai, garsiniai šviesoforai akliesiems, specialūs tualetai su laikikliais ir kt. [16].

Kalbos sutrikimų korekcija. Logopedija yra mokslas apie kalbos sutrikimus, jų prevenciją, išaiškinimą ir specialių priemonių taikymą šiems sutrikimams šalinti. Tai pedagogikos mokslo šaka, besivadovaujanti didaktiniais principais ir pedagoginio poveikio būdais. Tikslus kalbos ir komunikacijos sutrikimų ištyrimas ir įvertinimas leidžia parinkti kiekvienam ligoniui individualią darbo metodiką, numatyti tikslus, kalbos ir suvokimo grąžinimo planą.

Fizioterapija – tai natūralių ir dirbtinių fizinių veiksnių naudojimas ligoms ir traumoms gydyti bei reabilitacijai.

Elektroterapija – tai elektros srovės taikymas gydymui. Gali būti naudojama nuolatinė, impulsinė ir kintama elektros srovės. Impulsinė srovė – tai impulsais einanti elektros srovė, kuri skirstoma pagal formą, dažnį, trukmę, amplitudę. TENS – tai transkutaninė elektrinė nervo stimuliacija. Jos metu naudojama žemo dažnio impulsinė elektros srovė. Ši procedūra dažniausiai skiriama lėtiniam skausmui gydyti. Magnetoterapija – tai organizmo veikimas žemo dažnio kintamu arba nuolatiniu magnetiniu lauku. Ramina, nuskausmina, mažina edemą, AKS, slopina uždegimąUltragarsas – tai gydymas aukšto dažnio mechaniniais virpesiais. Šį metodą dėl mechaninio poveikio dar galima pavadinti „mikromasažu“.

Fototerapija – tai gydymas šviesa. Naudojami infraraudonieji, ultravioletiniai spinduliai ir lazeris. Lazerio terapija – tai šviesos sustiprinimas priverstiniu spinduliavimu. Dažniausiai fizioterapijoje naudojami puslaidininkiniai lazeriai. Galima veikti vietiškai, refleksogenines zonas, biologiškai aktyvius taškus. Magnetas sustiprina lazerio poveikį, todėl gali būti naudojamas ir magneto bei lazerio derinys.

Aerozolių terapija – tai metodas, kuomet per kvėpavimo takus naudojant aerozolius ir elektroaerozolius įvedamos vaistinės medžiagos. Elektroaerozoliais vadinami aerozoliai, kuriems suteikiamas elektrinis krūvis, siekiant padidinti jų patvarumą. Dalelės, turėdamos vienpolį krūvį, yra stumiamos viena nuo kitos, dėl to ilgiau sulaikomos plaučiuose ir greičiau įsisavinamos.

Haloterapija – tai druskos aerozolio panaudojimas gydymo tikslais. Šis aerozolis per kvėpavimo takus patenka iki smulkių bronchų ir pagerina virpamojo epitelio funkciją.

Hidroterapija – tai gydymas gėlu vandeniu. Vanduo organizmą veikia savo temperatūra, mechaniškai, chemiškai (veikiant mineraliniu vandeniu). Visos vandens procedūros skirstomos į vietines (apipylimai, trynimai, įvyniojimai) ir bendrąsias (dušai, vonios). Gydomieji dušai skirstomi į lietaus, vėduoklinį, adatinį, cirkuliacinį, Šarko. Pagal temperatūrą jie gali būti šalti, šilti, karšti (tik vietinis). Gydomosios vonios skirstomos į paprastas, vaistines (pvz., valerijono), aromatines (pridedama įvairių eterinių aliejų), dujines (perlinės, angliarūgštės) ir mineralines. Vandens procedūros taikomos esant įvairioms nervų sistemos, sąnarių, kvėpavimo sistemos, virškinimo organų ligoms.

Balneoterapija – tai gydymas natūraliais ir dirbtiniais mineraliniais vandenimis. Šis metodas naudojamas sanatorijose.

Peloterapija – tai gydymas parafinu, ozokeritu ir gydomuoju purvu. Parafinas atšaldamas stingsta, mažėja jo apimtis, pasireiškia jo spaudžiamasis poveikis, taip pat stebimas šiluminis efektas.Tai sanatorijose naudojamas gydymo metodas.

Krioterapija – tai gydymas šalčiu. Taikomas lokaliai pažeidimo vietoje. Nuskausmina, mažina uždegimą, stabdo kraujavimą [25].

2. REABILITACIJOS ISTORIJA

„Reabilitacijos“ terminas vartojamas jau nuo senų laikų ir reiškia atimtų teisių grąžinimą. Medicinoje šis terminas pirmą kartą pavartotas 1946 m. Vašingtone vykusio kongreso metu, kur buvo svarstomas tuberkulioze sergančių ligonių gydymas. Jau prieš 3000 metų japonai ir kinai suprato judėjimo reikšmę organizmui. Kinai gydė kvėpavimo pratimais, masažu, senovės graikai V a. pr. Kr. – mankšta, bėgimu. Hipokratas (460-377 m. pr. Kr.) savo darbuose aprašė gydomosios mankštos metodiką širdies, kvėpavimo ir virškinamojo trakto ligoms gydyti. Romėnai garbino kūno grožį, judesių harmoniją ir skatino fizinę kultūrą. Celsas (I a. po Kr.) savo veikale „Apie mediciną“pabrėžė gydomosios mankštos naudą gydant paralyžius ir aprašė metodiką: pirma atliekamas masažas, pasyvūs judesiai, vėliau aktyvūs pratimai gulint. Jėgoms grąžinti rekomendavo vaikščiojimą ir masažą. Avicena (980-1037 m.) aprašo fizinių pratimų, saulės ir oro vonių naudojimą ligų gydymui ir profilaktikai. Vėliau pradėti leisti specialūs leidiniai apie gydomąją mankštą, nemedikamentinių priemonių naudojimą širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo sistemos ligoms gydyti [29].

Filosofijos požiūriu reiktų išskirti religinę ir pasaulietinę reabilitacijos filosofijas. Religinėje filosofijoje žmogaus teisės pirmą kartą buvo apgintos daugiau kaip prieš tris tūkstančius metų Senojo Testamento dešimtyje Dievų įsakymų. Reikalavimas švęsti sekmadienį tam tikru požiūriu padėjo filosofinį reabilitacijos pagrindą, nes po sunkių savaitės darbų suteikė žmogui galimybę pailsėti ir atstatyti savo jėgas. Naujajame Testamente ryškia gija nubrėžtas pagalbos „mažiausiam broliui“, t.y. blogiausioje padėtyje atsidūrusiam žmogui principas.Jėzus Kristus fiziškai ir dvasiškai gydė vargstančius ir ligų kankinamus žmones.Jis sakė, jog dangaus karalystę užsitarnaus tie, kurie padės mažiausiems Jo broliams. Kai kurių kitų šalių religijose buvo dievybės, kurios taip pat rūpinosi žmonių sveikata (Graikijoje – Asklepijus, Higėja, Romoje – Eskulapas). Religiniai bei mitologiniai motyvai sąlygojo ir pasaulietinės filosofijos vystymąsi. Pvz., helenistinėje graikų filosofijoje didžiulis dėmesys buvo skiriamas žmogaus sveikatai ir kūno grožiui. Daugelio pasaulio šalių gydytojai ir šiandieną priima garsaus graikų gydytojo Hipokrato priesaiką. Taip pat pasaulio istorijoje gerai žinomi Egipto, Kinijos, Romos ir kitų šalių medicinos pasiekimai.
Antra vertus, pasaulio istorijoje visą laiką pasitaikydavo ir neigiamo bei žiauraus požiūrio į negalės žmogų. Senovės istorijoje ryškus pavyzdys buvo Spartos valstybė, o šiuolaikinėje istorijoje fašistinė Vokietija.

Šiuolaikinė reabilitacijos filosofija ir praktika vystėsi maždaug 200 metų: nuo paprasčiausios negalės žmonių globos pensionatuose iki savarankiško ir integruoto gyvenimo būdo visuomenėje. Daugelį metų pasaulyje vyravo nuomonė, jog negalės žmonės yra bejėgiai, gailesčio vesti asmenys, kurie tik kartais patys arba specialistų pagalba gali prisitaikyti prie supančios aplinkos. Tačiau maždaug 1970 metais pradėjo formuotis nauja nuostata, jog negalės žmonės yra tokie patys kaip ir kiti, tačiau sunkiai sergantys arba turintys sunkias ligų ir traumų pasekmes. Didžiausia kliūtis jiems būti savarankiškiems ir visapusiškai dalyvauti visuomenės gyvenime yra nepritaikyta juos supanti aplinka. Taigi šiuolaikiniame pasaulyje negalės problema suvokiama kaip konfliktas tarp šių žmonių ir juos supančios aplinkos. Todėl svarbu ne tik gydyti ir reabilituoti patį žmogų, bet ir keisti jį supančią aplinką. Daugeliu atvejų aplinkos pritaikymas yra svarbiausias sėkmingos reabilitacijos komponentas.

Pasaulietinės filosofijos esmė – padėti negalės žmogui įgyvendinti savo teises ir sudaryti jam lygias galimybes su sveikaisiais spręsti asmeninio ir socialinio gyvenimo problemas [24].

Šiandien žodis „reabilitacija“ reiškia kompleksinį medicininių, socialinių, pedagoginių ir profesinių priemonių naudojimą, siekiant maksimalaus reabilituojamo asmens fizinio, psichologinio bei socialinio savarankiškumo. Terminas „reabilitacija“ dažnai tapatinama su terminu „fizinė medicina“, bet tai nėra sinonimai, tiksliau „fizinė medicina“ yra viena iš „reabilitacijos“ sudedamųjų dalių. Fizinė medicina tradiciškai yra siejama su ligų gydymu, naudojant specialią techniką ir fizines priemones (šilumą, šaltį, vandenį, elektrą, magnetines bei kvantines bangas ir kt.). 1969 metais Pasaulinės sveikatos organizacijos ekspertai reabilitaciją apibrėžė kaip kompleksinį, koordinuotą juridinių, medicininių, profesinių, socialinių priemonių taikymą žmogaus funkciniam aktyvumui atgauti. Grįžimo į darbą galimybė jau nebeakcentuojama. Svarbiausia – žmogaus savarankiškumas, jo gyvenimo visavertiškumas. Keičiasi visuomenės požiūris į neįgalųjį. Neįgalusis nepatenka į autobusą ne dėl to, kad jis sėdi vežimėlyje, o dėl to, kad autobusas jam nepritaikytas. Aklasis nežino, kur išlipti iš autobuso ne todėl, kad jis aklas, bet todėl, kad nepranešama apie autobusų stoteles. Akcentuojama, kad visuomenė turi prisiimti kaltę už tai, kad neįgaliesiems nesudaroma galimybė būti savarankiškiems.

Reabilitacija iki šiol dažniausiai įvardinama kaip viena iš trijų glaudžiai susijusių medicinos sričių: profilaktika, ligų diagnostika ir gydymas bei reabilitacija. Pasaulinio reabilitologų kongreso metu (Brazilija, 2000 m.) buvo teigiama: „Pasakyk, kokia šalyje yra reabilitacija, o aš pasakysiu, koks šalies medicinos lygis“ [26].

Reabilitacija suprantama kaip baigiamasis medicinos sistemos etapas. Šiuo metu kuriant reabilitacijos strategiją, vis labiau akcentuojama, kad reabilitacija apima ne tik medicinos sritį, bet ir visas žmogaus veiklos sritis – tai yra šeimą, gyvenamąją aplinką, profesinę veiklą, laisvalaikį, kultūrą, sportą, religiją, bendruomeninius santykius. Pabrėžiama, kad žmogaus egzistencija yra socialinis procesas, kiekvienam žmogui būtina veikla. Taip žmogus įsitvirtina jį supančiame pasaulyje. Veikla padaro įmanomą socialinių, ekonominių žmogaus poreikių patenkinimą [27].

Reabilitacijos sistema įvairiose šalyse organizuojama priklausomai nuo tos šalies ekonominių sąlygų, sveikatos apsaugos sistemos, socialinio draudimo, nacionalinių ir vietos tradicijų. Pagrindiniai šios sistemos uždaviniai: 1. Neįgalumo profilaktika. 2. Neįgaliųjų integracija į visuomenę [28].

2004 birželio 21–24 dienomis Osle įvyko 20-asis pasaulinis reabilitologų kongresas, kurio devizas „Naujas mąstymas reabilitacijoje“. Kongrese buvo akcentuojama, kad pasaulyje yra per 600 milijonų neįgaliųjų. Jų skaičius, tobulėjant medicinos, genetikos mokslui (genų terapija, kamieninių ląstelių tyrimai), farmakoterapijai, sparčiai augs. Tai kelia didelių etinių, socialinių problemų. Didėja neįgaliųjų diskriminacijos galimybės. Jungtinių Tautų, Pasaulinė sveikatos apsaugos organizacija, Pasaulinė reabilitologų asociacija daug padarė, kad būtų įgyvendinamos neįgaliųjų teisės, kuriamos ir vykdomos neįgaliųjų socialinės integracijos programos. Reabilitacijos teorija, praktika orientuojama į tam tikros grupės neįgaliuosius, specialų servisą jiems, specialiomis sąlygomis izoliuojant juos nuo visuomenės. Naujas neįgaliųjų požiūris į reabilitaciją, žvelgiant iš neįgaliųjų pozicijų, yra: laisvė gyventi, pasirinkti, galimybė gyventi su visais. Visuomenė negali būti skirstoma į: mes – sveikieji (kompetentingi) ir jie – neįgalieji (nekompetentingi). Neįgalumas neturi būti suvokiamas tik kaip defektas, ribojantis asmens galimybes, jo gyvenimo visavertiškumą. Turime suprasti, kad žmonių negalime vertinti tik pagal biologinius požymius, kaip jau atsisakyta vertinti žmogų tik pagal lytį, rasę, etnines mažumas ir kt.

Naujas požiūris į reabilitaciją – tai suvokimas, kad žmogus yra socialinė būtybė, ir kiekvienas turi turėti ne tik lygias teises, bet ir galimybes realizuoti save tiek lokaliame, tiek globaliame pasaulyje. Holistinis požiūris į žmogų apima visas jo gyvenimo sritis, todėl, sprendžiant neįgaliųjų problemas, turi dalyvauti politikai, priimantys teisės aktus, valdžios atstovai, įgyvendinantys juos, visuomenė, sveikatos apsaugos, socialinės apsaugos organizatoriai, o svarbiausia – patys neįgalieji. Svarbu, kad neįgalusis žinotų, jog „jis pats yra savo laivo kapitonas“, kad visi piliečiai turi lygias teises. Teiginys „lygios teisės“ nieko nereiškia, turi būti užtikrintos ir galimybės joms įgyvendinti. Jei aplinka nepritaikyta, individualios pagalbos neįgaliajam reikšmė

didėja, jei yra neįgalumo stigmatizacija – nepriklausomumas ir dalyvumas neįgaliojo mažėja. Neįgaliajam ypač svarbu viltis ir motyvacija. Ir tai ne tik dvasinė būklė, bet susiję su žmogaus patyrimu, galimybėmis realizuoti tikslus, kurie asmeniui atrodo svarbūs. Akcentuojama, kad būti realistu dar nereiškia, kad nereikia turėti svajonių. Naujas požiūris į reabilitaciją – tai supratimas, kad reabilitacija yra veiklos sritis, kur būtinos profesinės (gydytojai, ergoterapeutai, kineziterapeutai, socialiniai darbuotojai ir kt.), darbo reabilitacijos specialistų komandoje, institucijų veiklos, darbo su ligoniu ir jo šeimos nariais žinios [25].

3. POKYČIAI LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE

Tam, kad suvoktume reabilitacijos raidą Lietuvoje per paskutinius penkiolika metų, būtina panagrinėti pokyčius Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje bei prisiminti, kokie stambūs pokyčiai įvyko Lietuvoje atkūrus Nepriklausomybę ir pažvelgti į pokyčius medicinoje apskritai.

Po Nepriklausomybės atkūrimo (1990 m. kovo 11 d.) Lietuvos ekonomikoje įvyko fundamentalūs pokyčiai: labai išaugo ekonomikos atvirumo ir liberalizacijos laipsnis, pakito ūkio struktūra (pramonės dalis visoje pridėtinėje vertėje sumažėjo nuo 44,4 procentų 1991 metais iki 28,4 procento 2001 metais; žemės ūkio atitinkamai nuo 16,4 iki 7 procentų). Įsigalėjo privatusis sektorius. Jau 1997 metais 73 procentai bendrojo vidaus produkto buvo sukuriama privačiame sektoriuje, šiame sektoriuje tuo metu dirbo daugiau kaip du trečdaliai visų darbuotojų [47]. Šiandien Lietuvoje funkcionuoja rinkos ekonomika, ekonominę veiklą reglamentuoja įstatymai, iš esmės suderinti su Europos Sąjungos teise.

Kitas svarbus etapas buvo 2004 m. gegužės 1 d., kai Lietuva tapo Europos Sąjungos (toliau – ES) nare. Įstojimas į ES kuria tvirtą pagrindą Lietuvos ekonominiam stabilumui bei atsparumui neigiamiems išorės poveikiams, plečia realizavimo rinkas, sudaro sąlygas didėti užsienio investicijoms. Įstojimas į Šiaurės Atlanto Sutarties Organizaciją, sutrumpintai vadinamą NATO, padidino investicijų į Lietuvą patikimumą. Pramonės plėtotę, pertvarkymo procesą ir sistemišką jos infrastruktūros tvarkymą greitina techninė, konsultacinė bei finansinė ES parama.Tačiau atkūrus Nepriklausomybę Lietuvoje įvyko ir neigiami pokyčiai. Vienas iš jų – nepakankamas darbo rinkos lankstumas pasireiškiantis kaip darbo jėgos emigracija. „Proto nutekėjimas“ silpnina šalies intelektinį potencialą, didina kvalifikuotos darbo jėgos trūkumą šalyje. Dėl netinkamo institucinio pasirengimo ir silpnų administracinių gebėjimų gali būti ne visiškai panaudota ES struktūrinė parama. Galimi smulkių ir vidutinių įmonių bankrotai dėl nepalankios teisinės ir ekonominės aplinkos. Lietuva nėra apsaugota ir nuo išorinių sukrėtimų ateityje. Dėl mažai vystomos verslo

kultūros šalyje ir paveldėto sovietinio inertiškumo Lietuvos piliečiai nėra iniciatyvūs, didelė visuomenės dalis laukia kol valstybė įvairiais būdais pagerins jų gyvenimą. Toks Lietuvos gyventojų pasyvumas stebimas ir sveikatos apsaugos sistemos sferoje. Nors šiandien ir kinta visuomenės požiūris į sveikatos priežiūrą, tačiau gana mažas Lietuvos gyventojų pilietinis aktyvumas lemia atsakomybės už savo sveikatą stoką [65].

Medicina paprastai apibrėžiama kaip ligos diagnozavimo, gydymo ir sveikatos palaikymo mokslas ir menas. Nuo seno medicina siekė trijų svarbiausių tikslų: išsaugoti gyvybę ir pailginti gyvenimo trukmę, kovoti su ligomis ir malšinti skausmą bei kančias.

Dėl globalizacijos veiksnių įtakos, kurią lėmė technologiniai pokyčiai, politiniai, ekonominiai ir ideologiniai veiksniai, medicinos mokslas žmonijai atnešė ženklias permainas – pailgėjo žmogaus gyvenimo trukmė, beveik likviduota daugelis infekcinių ligų, genetinės anomalijos gali būti diagnozuojamos dar vaisiui, transplantuojami organai, kontroliuojamas gimstamumas, žmogui grąžinama sveikata daugeliu priemonių, kurios buvo neįsivaizduojamos prieš šimtą metų. Papildomai įvertinus ir tas permainas, kurios pagerino mūsų mitybą, darbo ir gyvenimo sąlygas bei užtikrino saugumą, galima drąsiai teigti, kad daugelyje pasaulio šalių žmogaus gyvenimas pasikeitė iš esmės. Tai pakeitė žmonių požiūrį į gydymą, ligą, taip pat medicinos ir sveikatos priežiūros tikslus ir vertybes. Todėl globalinių pokyčių įtakoje pakito medicinos tikslai. XX amžiaus antrojoje pusėje suaktyvėjusią diskusiją dėl sveikatos priežiūros tikslų lėmė ženkliai išaugusios sveikatos priežiūros apimtys, augančios sveikatos technologijų galimybės ir sveikatos kultas. Ekonominiame lygmenyje medicina tapo pinigų, pelno ir darbo šaltiniu. Daugelių modernių visuomenių vartotojiškoje kultūroje atsiranda žmogaus kūno kultas. Dėl agresyvaus vartotojiško požiūrio į sveikatą ir kūną sveikatos priežiūrai kyla grėsmė tapti ir vartojimo objektu. Senėjanti visuomenė ėmė tikėtis iš medicinos ne tik išsaugoti gyvybę ir pagerinti sveikatą, bet ir pailginti gyvenimą, nors ilgaamžiškumas yra ne tiek medicinos, kiek socialinė ir ekonominė problema. Esant ribotiems ištekliams atsirado būtinybė įvertinti sveikatos priežiūros apimtis ne tik medicininiu ir ekonominiu, bet ir etiniu aspektu. O išsiplėtusi sveikatos priežiūros organizacinė ir vadybinė sistema kelia nemažai ir socialinės etikos problemų. 1996 metais Liublijanos konferencijoje, skirtoje sveikatos priežiūros reformoms, buvo priimta Liublijanos chartija [50], kurios tikslas – sveikatos priežiūros reformos, specialiai pritaikytos Europos regionui. Chartijoje suformuluoti pagrindiniai principai, kuriais reikia vadovautis vyriausybėms planuojant ir vykdant sveikatos reformas: nuosekli sveikatos priežiūros politika ir jos plėtojimas, dėmesys piliečių nuomonei ir poreikiams, sveikatos priežiūros atnaujinimas, žmonių išteklių perskirstymas, valdymo stiprinimas ir patirties analizė [53].

Iki Liublijanos chartijos paskelbimo sveikatos priežiūros reformos rėmėsi labiau kitais objektais nei sveikata. Pagrindinė nuostata dabar tapo orientavimasis į rinkos principus ir į kainų politiką. Daug priemonių buvo nukreipta konkurenciniam mechanizmui sveikatos priežiūros sistemoje kurti. Liublijanos konferencija ir sukurta Chartija įvertino reformą skatinančias priemones, orientuotas į konkurencijos užtikrinimą, atsižvelgiant į jų poveikį sveikatai. Norint pagerinti sveikatos apsaugos rezultatus, finansavimo mechanizmus ir ekonominių svertų sistemą, reikia daugiau dėmesio kreipti į pasiūlą nei į poreikių tenkinimą. Liublijanos chartijai sėkmę atnešė tai, kad ji pasiūlė politiką, orientuotą į sveikatos gerėjimą ir jos rezultatus.

Šiandien visose Europos regiono valstybėse, priklausančiose Pasaulio sveikatos organizacijai, vykdomos sveikatos apsaugos reformos vadovaujantis Liublijanos chartijos nuostatomis. Ne išimtis ir Lietuva. Lietuvos sveikatos apsaugos reforma suplanuota remiantis Pasaulio Sveikatos Organizacijos Liublijanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformos. Jos pagrindiniai principai: siekti pagerinti žmonių sveikatą, o ne tik pertvarkyti sveikatos apsaugos sektorių. Žmonės turi būti suinteresuoti pertvarkymais bei juos priimti. Reforma yra nukreipta į paslaugų kokybę bei adekvatų finansavimą, reformos centre – pirminės sveikatos priežiūros plėtra [19].

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, sveikatos politikos kūrėjai visą dėmesį sutelkė į struktūrinius ir institucinius pokyčius, rinkos mechanizmus, sveikatos draudimo sistemos kūrimą bei naują požiūrį į visuomenės sveikatą. Įgyvendintų Lietuvos sveikatos priežiūros sekretoriaus reformų akcentai – pirminės sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas, privačios medicinos praktikos įteisinimas bei plėtra, kvalifikuotų specialistų rengimas, ligų profilaktika, modernūs diagnostikos ir gydymo metodai.

Sveikatos priežiūros sistemos tikslas – visapusiška kiekvieno Lietuvos piliečio fizinė ir dvasinė gerovė, kurios siekiama užtikrinti prieinamą, kokybišką ir veiksmingą sveikatos priežiūrą, sudarant visiems šalies gyventojams vienodas galimybes gauti jiems reikalingą medicinos pagalbą, teisę pasirinkti savo gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą.

Pagrindinė nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo strateginė kryptis – sveikatos išsaugojimas, jos stiprinimas bei ligų profilaktika. Veiksmingą sistemos funkcionavimą užtikrindama visas socialines – ekonomines struktūras ir taip sudarydama būtinas sąlygas visuomenei ir kiekvienam jos nariui sveikai gyventi ir siekti geros sveikatos.

Sveikatos priežiūros sistemos plėtros tendencijos:

pirminės sveikatos priežiūros plėtra ir decentralizavimas;

savivaldybių teisių visuomenės sveikatos priežiūros srityje didinimas;
visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pertvarka ir modernizavimas;
greitosios medicinos pagalbos tarnybų teikiamų paslaugų gerinimas;
slaugos paslaugų integravimas į bendrojo pobūdžio ligonines;
stacionarinės reabilitacijos paslaugų optimizavimas bei ambulatorinės reabilitacijos paslaugų plėtra [65].

4. REABILITACIJOS RAIDA LIETUVOJE

4.1 Reabilitacijos sistemos kūrimosi laikotarpiai

Vienas iš valstybės prioritetų šiandien – ligų ir jų pasekmių prevencija. Reabilitacija tampa svarbia ligų profilaktikos sistemos dalimi. Reabilitacijos sistemos Lietuvoje nebuvo iki 1991 m.

Lietuvoje reabilitacijos sistemos kūrimą galima suskirstyti į tris laikotarpius: pirmasis – pavienių gydomosios fizinės kultūros, fizioterapijos priemonių taikymas, antrasis – daugiaprofilinės reabilitacijos plėtra, trečiasis – kompleksinis reabilitacijos sistemos kūrimas.

Pirmas iki 1991 m. Tai pavienių gydomosios fizinės kultūros, fizioterapijos priemonių taikymas. Reabilitacijos pradžia Lietuvoje siejama su gydomosios fizinės kultūros psichofizinės treniruotės taikymu klinikinėje praktikoje. Judėjimo, kvėpavimo pratimų, masažo, natūralių gamtinių veiksnių svarbą organizmui suprantama jau seniai. Lietuvoje psichofizinę treniruotę rekomendavo K. Dineika (1898 – 1980 m.). Psichofizinė treniruotė – tai poveikio organizmui metodas keičiant raumenų tonusą, reguliuojant kvėpavimą, ugdant aktyvų dėmesį, valią, savitvardą, adekvačią reakciją į dirgiklius [27]. Gydomosios kūno kultūros fizikinių veiksnių svarba, gydant ligonius, vis labiau suprantama. 1951 m. Respublikinėje Kauno klinikinėje ligoninėje atidaromas Gydomosios kūno kultūros kabinetas (vedėjas – gydytojas terapeutas Eduardas Gutmanas. Vėliau daug metų jam vadovavo gydytojas Romualdas Ivaškevičius). Tokie kabinetai steigiami ir kitose Lietuvos ligoninėse. Mokslininkų ir gydytojų entuziastų (Z. Januškevičius, J. Blužas, N. Misiūnienė, V. Duliūnaitė) pastangomis kuriama sergančiųjų širdies raumens infarktu etapinė reabilitacijos sistema, padėjusi grąžinti į visuomenę daugelį ligonių. Tačiau sergančiųjų kitomis ligomis reabilitacija šiuo laikotarpiu nebuvo plėtojama [29].

Šiame laikotarpyje reabilitacijos sistema buvo daugiau orientuota į sveiką žmogų, nebuvo skirta neįgalaus žmogaus grąžinimui į visuomenę. Taip buvo pažeidžiamos neįgaliųjų teisės.

Judėjimo negalią turintys žmonės buvo “įkalinti “ namuose, be galimybės naudotis visuomeniniu transportu, patekti į valstybines mokymo ir kitas įstaigas. Nebuvo jiems tinkamos kompensacinės technikos – invalido vežimėlių, vaikštynių, namų aplinkos pritaikymo priemonių. Jie buvo išbraukti iš visuomenės. Mes jų nematydavome gatvėse. Šiame laikotarpyje nebuvo nei neįgaliųjų reabilitacijos įstaigų, nei reabilitacijos priemonių, nei reabilitacijos specialistų.

Antras Reabilitacijos sistemos kūrimosi etapas 1992 – 2001 m. Tai – daugiaprofilinės reabilitacijos plėtra. 1991 m. lapkričio 28 d. priimtas Lietuvos Respublikos Invalidų socialinės integracijos įstatymas įteisino daugiaprofilinės reabilitacijos sistemos kūrimą [8]. Šis įstatymas reguliavo invalidumo nustatymą, invalidų medicininę, profesinę ir socialinę reabilitaciją, aplinkos pritaikymą invalidams, invalidų ugdymą, mokymą, nustatė invalidų integracijos į darbą, profesiją, visuomeninį gyvenimą teisines, ekonomines ir organizacines garantijas. Remiantis juo, įsteigta Invalidų reikalų taryba prie Vyriausybės, kurios tikslas – padėti įgyvendinti šį įstatymą. Į reabilitaciją pradedama žvelgti plačiau, stengiamasi sujungti pagrindines reabilitacijos sistemos dalis:. Teisinę, Medicininę reabilitaciją, Profesinę reabilitaciją, Ugdymą, Kompensacinę techniką, protezavimą, ortopediją, Aplinkos pritaikymą,. Kultūrą, sportą, laisvalaikį, religiją, Informacijos teikimą, Transporto sistemos paslaugas, Socialinę globą ir kitas socialines paslaugas, Prarastų pajamų kompensavimą, Specialistų rengimą, Medicininę socialinę ekspertizę [8].

Kuriama daugiaprofilinė reabilitacijos sistema. 1992–2002 m. įkuriama per 60 specializuotų reabilitacijos skyrių sanatorijose, poliklinikose, stacionaruose. Pradedami rengti reabilitacijos komandos specialistai. Apibrėžiama reabilitacijos specialistų komandos sudėtis [26].

Reabilitacija – komandinio darbo pavyzdys. Reabilitacijoje su pacientu dirba gausus būrys specialistų, kartais net iki 20 įvairių specialybių narių. Pagrindiniai reabilitacinės komandos nariai yra: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, fizinės medicinos ir reabilitacijos slaugytoja, kineziterapeutas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, psichologas. Kiti specialistai prireikus įsijungia į komandos darbą. Šios grupės darbą koordinuoja fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. Jis yra atsakingas už paciento būklės įvertinimą, kartu su kitais reabilitacijos specialistais numato reabilitacijos tikslus, sudaro reabilitacijos programą, informuoja pacientą bei jo artimuosius apie reabilitacijos eigą, stebi jos efektyvumą, prireikus koreguoja gydymą bei programą, pildo medicininę dokumentaciją. Gydytojas yra ne vadovas, o koordinatorius. Vyksta „horizontalus“ valdymas: kiekvienas komandos narys dirba savarankiškai, o gydytojas atsako už jų bendradarbiavimą. Kad bendradarbiavimas vyktų sklandžiai yra rengiami komandiniai aptarimai, kuomet numatomi artimieji (kelioms artimiausioms savaitėms) ir tolimieji (visam reabilitacijos ciklui) tikslai. Įprastai komanda renkasi kas savaitę arba kas dvi, tačiau, jei kyla nenumatytų

problemų arba nėra laukiamo efekto, komanda renkasi bet kuriuo reabilitacijos ciklo metu ir aptaria iškilusias problemas, koreguoja tolimesnę reabilitacijos eigą. Slaugytojos darbas taip pat šiek tiek skiriasi nuo kitų skyrių slaugytojų darbo. Bendrosios praktikos slaugytoja atlieka ir „pedagogo“ funkciją, kai reikia pacientą ar jo šeimos narius pamokyti slaugos elementų, o fizinės medicinos ir reabilitacijos slaugytoja atlieka gydytojo paskirtas procedūras, kurių metu naudojami fiziniai veiksniai.

Antro laikotarpio bėgyje įkuriami sunkią judėjimo negalią turinčių žmonių reabilitacijos skyriai. Reabilitacijos modelis pradedamas taikyti patiems sunkiausiems ligoniams (pvz., kai yra nugaros smegenų pažeidimas, galvos smegenų trauma ar galvos smegenų kraujotakos sutrikimas). Ji pradedama vykdyti specializuotuose reabilitacijos centruose, VUL Santariškių klinikose, Kauno universitetinėse klinikose bei Palangos reabilitacijos ligoninėje.

Šiame laikotarpyje ypatingai didelė metodinė, mokomoji pagalba buvo užsienio šalių partnerių: Vyborgo regioninė ligoninė (Danija), St. Francis sveikatos priežiūros centras (JAV), Hamburgo universitetas (Vokietija), Bergeno universitetas (Norvegija).

Nuo 1996 m. ligoniams, turintiems ne tokius ryškius biosocialinių funkcijų sutrikimus, kuriems reikia mažesnės apimties reabilitacinių priemonių (reabilitacija II), paslaugos pradedamos teikti daugiaprofilinių ligoninių reabilitacijos skyriuose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje, Telšiuose, Marijampolėje, Alytuje bei Utenoje), reabilitacijos ligoninėse, sanatorijose (Druskininkuose, Birštone, Palangoje).

1994–2002 m. perkvalifikuojami gydytojai kurortologai, pradėti rengti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai dvejų metų antrinėje rezidentūroje, rengiami kineziterapeutai, pradėti rengti nauji reabilitacijos specialistai - ergoterapeutai, slaugytojai, turintys reabilitacijos specializaciją, socialiniai darbuotojai (medicinos), turintys aukštąjį išsimokslinimą. Stiprinama reabilitacijos įstaigų materialinė ir techninė bazė [29].

1997 m. Ligonių finansavimą iš SODROS perima Valstybinė ligonių kasa.

Atsiradus neįgaliųjų reabilitacijos sistemai, labai sparčiai pradeda keistis jų gyvenimo kokybė. Pradeda sparčiai kurtis nevyriausybinės neįgaliųjų organizacijos:

1. Lietuvos žmonių su negalia sąjunga;
2. Lietuvos žmonių su stuburo pažeidimo asociacija;
3. Invalidų draugijos kiekviename rajone;
4. Paraplegikų asociacija ir kt.

Judėjimo negalią ir kitas negalias turintys žmonės „išeina“ į visuomenę. Jiems atsidaro langas į gyvenimą.

Lietuvoje per 1991-1995 m. laikotarpį buvo sukurta teisinė ir organizacinė gyventojų užimtumo bazė. Teisiniai aktai numatė papildomas užimtumo garantijas invalidams ir jų visuomeninėms organizacijoms. Invalidų darbinę veiklą reglamentuoja 1991 m. priimtas ir 1998 m. naujos redakcijos Invalidų socialinės integracijos įstatymas, taip pat Darbo sutarties įstatymas, Bedarbių rėmimo įstatymas, Žmonių saugos darbe įstatymas, Atostogų įstatymas, Socialinių paslaugų įstatymas bei kiti teisiniai aktai.

Išanalizavus šiuos įstatymus, galima teigti, kad Lietuvos socialinė politika invalidumo srityje orientuota į lygių galimybių invalidams principų įgyvendinimą. Tačiau šiuo metu toli gražu ne visi invalidai gali pasigirti lygiomis mokymosi ar įsidarbinimo galimybėmis. Nors užimtumo teisinė bazė sukurta, tačiau nerengiami invalidų profesinės reabilitacijos specialistai, kurių funkcijas dabar atlieka socialiniai darbuotojai bei darbo biržų specialistai.

Žmogaus negalia suprantama kaip konfliktas su aplinka, todėl svarbu ją keisti, pritaikyti žmogaus su negalia poreikiams. Labai svarbu yra panaikinti kliūtis išeinant ir įeinant į namą ar butą. Vietoje laiptų ir slenksčių reiktų įrengti pandusus (nuožulnius takelius) su turėklais. Viduje sustatyti baldus taip, kad atsirastų vietos patogiai judėti. Pasirūpinti papildomais ranktūriais, suoleliais, laipteliais į vonią ir tualetą.

Trečias reabilitacijos raidos etapas nuo 2002 m. Jis siejamas su 2002 m. parengta „Nacionaline neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programa 2003–2012 metams“ [14].

Vienas iš šios programos įgyvendinimo tikslų – sukurti efektyvią kompleksinę ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus, įgalinančią pradėti reabilitaciją jau pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki maksimalaus funkcinio aktyvumo atgavimo. Siekiant šio tikslo, būtina medicininę reabilitaciją plėtoti:

Daugiaprofiliniuose stacionaruose. Medicininės reabilitacijos priemonės (kineziterapija, ergoterapija, fizikiniai veiksniai, logoterapija, psichoterapija ir kt.) būtinos 50 proc. ligonių, gydomų daugiaprofiliniuose stacionaruose, ir 30 proc. ligonių, gydomų ambulatoriškai. Kompleksinė reabilitacija (pirmasis reabilitacijos etapas) turi būti skiriama 20 proc. Stacionarinių ligonių, kurių labai sutrikusios biosocialinės funkcijos ilgą laiką. Norint tą įgyvendinti, būtina:

Daugiaprofilinėse ligoninėse įkurti ankstyvosios reabilitacijos skyrius (10 tūkst. gyventojų – viena stacionarinė lova). Tokiame reabilitacijos skyriuje turėtų būti ne mažiau 30 lovų;

Reabilitaciją daugiaprofilinės ligoninės stacionare vykdyti reabilitacijos specialistų komandos principu užtikrinant reikiamas specialistų konsultacijas.

Siekti, kad visi ligoniai, kuriems reikalinga reabilitacija, gautų ją pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis;

Daugiaprofiliniuose stacionaruose lovadienio kainoje atskira eilute išskirti reabilitacijos paslaugų kainą. Ji turi sudaryti 3–4 proc. lovadienio kainos. Tai užtikrintų pirmojo reabilitacijos etapo vykdymą, nes šis etapas iki šiol nėra atskirai finansuojamas;

Siekti, kad visi ligoniai, kuriems reikalingas antrasis reabilitacijos etapas, būtų siunčiami į reabilitacijos ligonines ir sanatorijų ar poliklinikų reabilitacijos skyrius.

Poliklinikose. Ambulatorinės reabilitacijos privalumai: ji žymiai pigesnė negu reabilitacija stacionare, ligonis neizoliuojamas nuo šeimos, jos trukmė gali būti ilgesnė (procedūros gali būti teikiamos kas antrą dieną). Vystant ambulatorinę reabilitaciją, būtina:

Ambulatorinės reabilitacijos skyrius steigti prie miestų ir apskričių ligoninių, kuriose yra stacionarinės reabilitacijos skyriai ir yra galimybė teikti kvalifikuotą pagalbą specialistų komandos principu, taip pat steigti prie sanatorijų reabilitacijos skyrių;

Ambulatorinei reabilitacijai siųsti ligonius, kurių mobilumas neribotas, jiems nereikalingos dažnos reabilitacijos procedūros, dietinis maitinimas.

Reabilitacijos ligoninėse ir sanatorijų reabilitacijos skyriuose. Šios reabilitacijos privalumai: užtikrinama ligonio stebėsena, naudojamos sudėtingos reabilitacijos technologijos, skiriamas dietinis maitinimas, režimas, panaudojami kurortiniai gamtiniai veiksniai. Vystant reabilitaciją sanatorijose būtina:

Siųsti ligonius, kurių mobilumas yra ribotas, reikalingos dažnos procedūros, dietinis maitinimas, specialūs reabilitacijos įrenginiai, būtina nuolatinė ligonio būklės kontrolė;

Užtikrinti jų specializaciją (ne mažiau 30 lovų atitinkamo profilio). Vykdyti jose socialinės (profesinės) reabilitacijos programą sprendžiant jos finansavimo klausimus;

Parengti ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos algoritmus ir standartus konkrečių ligų atvejais.

Reabilitacija namuose. Reabilitacijos namuose pagrindiniai uždaviniai: išmokyti ligonį savitarnos, gydomosios mankštos pratimų, apmokyti šeimos narius. Vystant reabilitaciją namuose būtina:

Užtikrinti sunkiems ligoniams ir invalidams reabilitacijos tęstinumą namuose.

Spręsti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo, kineziterapeuto, ergoterapeuto, logopedo ir kitų specialistų apmokėjimo tvarką teikiant reabilitacijos pagalbą namuose.

Organizuoti bendruomenės narių mokymą, kaip teikti reabilitacijos pagalbą namuose.

Siekti glaudesnio ryšio teikiant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Nepaprastai svarbu – reabilitacijos specialistų rengimo klausimai. Reabilitacijos specialistų Lietuvoje nepakanka, taigi pagrindiniai uždaviniai:

Organizuoti trūkstamų reabilitacijos specialistų rengimą ir perkvalifikavimą pagal Europos Sąjungos specialistų rengimo programas. Jau yra pereita prie trejų metų fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų rengimo programos, rengiami kineziterapijos, ergoterapijos bakalaurai bei magistrai. Praplėsti reabilitacijos kurso dėstymą medicinos fakulteto studentams įtraukiant naujas disciplinas, pvz., kineziterapiją, ergoterapiją.

Labai svarbu Lietuvoje pradėti taikyti Tarptautinės funkcijos sutrikimų, negalios ir sveikatos klasifikacijos nuostatas, skatinti mokslinius ir tiriamuosius reabilitacijos srities darbus [29].

Vykdant medicininę reabilitaciją, būtina tobulinti ligonių funkcinės būklės vertinimo metodikas, diegti naujas reabilitacijos technologijas. Svarbu skatinti techninių reabilitacijos priemonių gamybą. Nustatyti vieningą tvarką ir sąlygas, pagal kurias neįgalūs žmonės bus aprūpinami reikiama technika: asmenų kategorijas, kurie turi teisę į kompensacijas, prioritetai, laikotarpis, reikiami dokumentai, ginčų sprendimo tvarka ir t.t.

4.2 Reabilitacijos etapai

Nuo 1999 m. reabilitacija pradėta taikyti etapais.

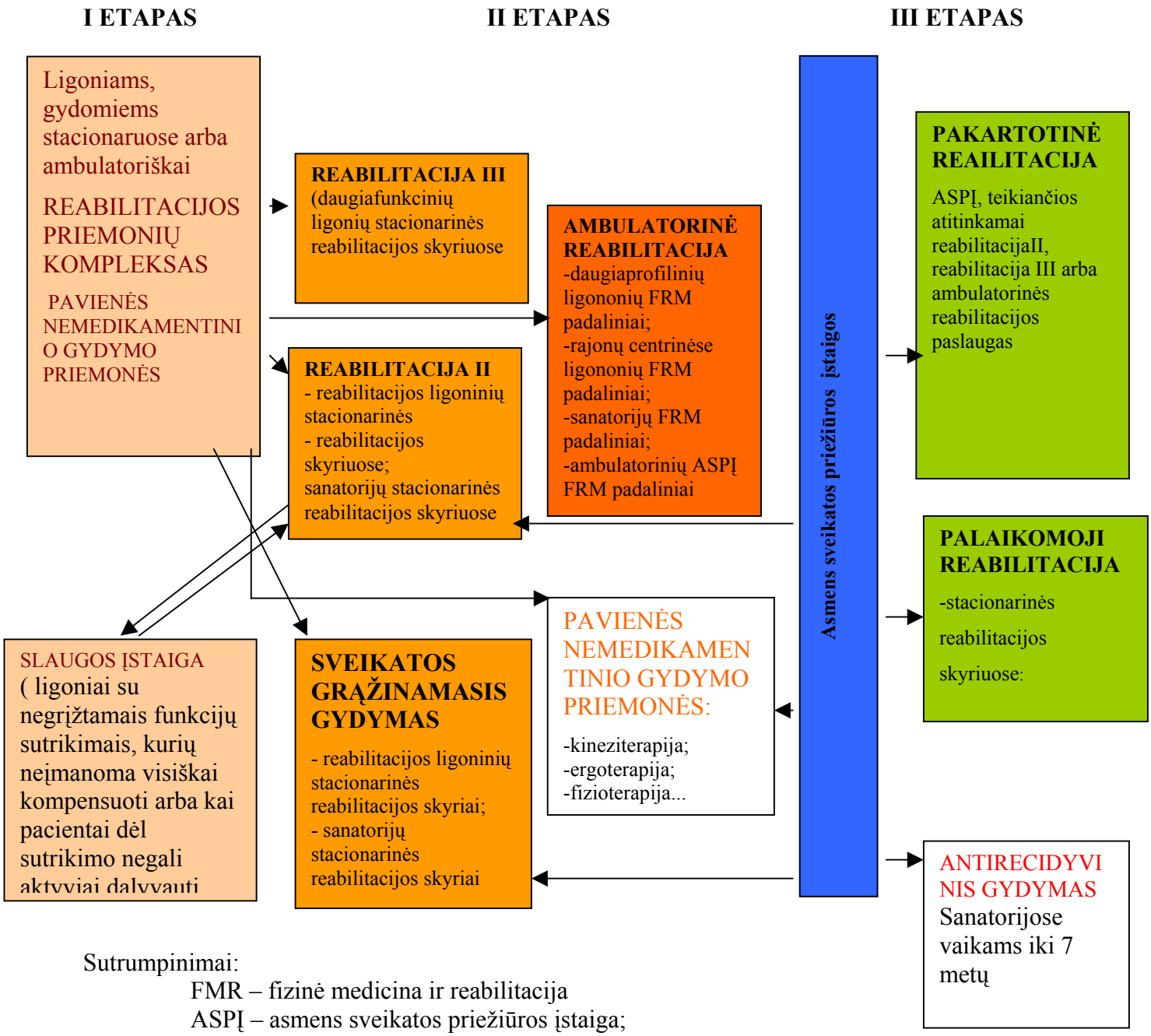
Pirmas reabilitacijos etapas pradedamas ligos pradžioje. Reabilitacinės priemonės pradedamos taikyti pacientui patekus į specializuotą ligoninės stacionaro skyrių ar ambulatorinė grandį (dėl terapinių, chirurginių ir kitų ligų). Atsižvelgiant į ligonio sveikatos būklę, taikomos skirtingos apimties ir intensyvumo reabilitacinės priemonės. Po pirmo reabilitacijos etapo, jeigu reikalingas reabilitacijos priemonių tęstinumas, pacientas nukreipiamas antrajam etapui.

Antrasis reabilitacijos etapas reikalingas tiems pacientams, kuriems po pirmojo etapo išlieka biosocialinių funkcijų sutrikimų. Antrasis etapas vykdomas specialiuose reabilitacijos skyriuose. Pagal biosocialinių funkcijų sutrikimo laipsnį, taikoma atitinkamo lygio reabilitacija. Sunkiausiems pacientams taikoma trečio lygio reabilitacija (Reabilitacija III), lengvesniems ligoniams – antro lygio reabilitacija (Reabilitacija II).

Trečiasis reabilitacijos etapas (ambulatorinė reabilitacija) vykdomas ambulatoriškai, kai pacientui nereikalinga stacionarinė reabilitacija ir jis gali lankytis pas specialistus ambulatoriškai. Tai ypač patogu dirbantiems asmenims. Palaikomoji reabilitacija teikiama vieną

kartą per metus, turintiems sunkią judėjimo negalią pacientams , kai jiems iškyla nauji reabilitacijos tikslai [15].

1 pav. Reabilitacijos etapai.



Sutrumpinimai:

FMR – fizinė medicina ir reabilitacija
ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga;
SGG – sveikatos grąžinamasis gydymas

4.3 Medicininės reabilitacijos paslaugų rūšys

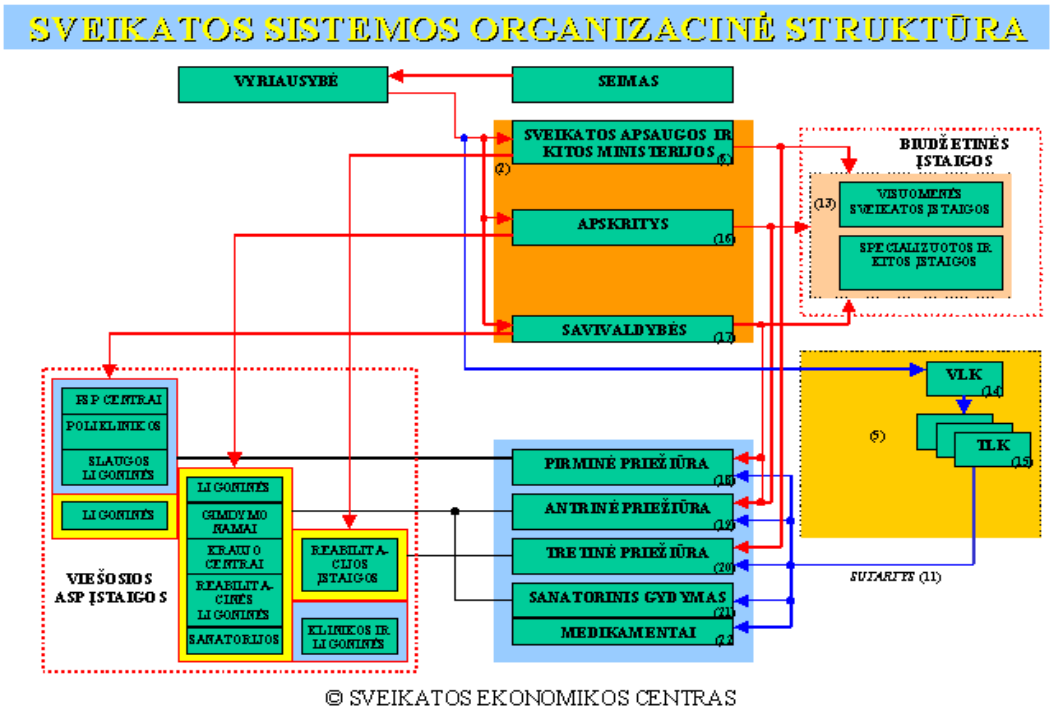
Reabilitacijos rūšys yra skiriama atsižvelgiant į tai, kaip sutrikusios paciento biosocialinės funkcijos: grįžtamai, negrįžtamai ir koks biosocialinių funkcijų sutrikimo laipsnis.

Lentelė Nr.1 Reabilitacijos paslaugų rūšys

Paslaugos pavadinimas	Paslaugos apibrėžimas
Reabilitacija III	Tai koordinuotas medicininių, psichologinių, socialinių, pedagoginių, profesinių priemonių taikymas reabilituojamiems asmenims, turintiems žymių ir ilgalaikių biosocialinių funkcijų sutrikimų, kad būtų pasiektas didesnis fizinis, psichinis, socialinis savarankiškumas ir galima visavertė integracija į visuomenę. Jos metu su pacientu dirba visa reabilitacijos komanda, reikalingi gydytojai konsultantai bei tretinio lygio diagnostikos priemonės. Ši reabilitacija teikiama Universitetinių ligoninių reabilitacijos skyriuose. Gydymo trukmė nuo 24 iki 120 dienų.
Reabilitacija II	Tai koordinuotas medicininių, psichologinių, socialinių, taikymas reabilituojamiems asmenims, turintiems vidutinių ir ilgalaikių biosocialinių funkcijų sutrikimų, kad būtų pasiektas didesnis fizinis, psichinis, socialinis savarankiškumas ir galima visavertė integracija į visuomenę. Ši reabilitacija teikiama daugiaprofilinių ligoninių reabilitacijos skyriuose, reabilitacijos centruose arba sanatorijose. Gydymo trukmė nuo 24 iki 48 dienų.
Sveikatą grąžinamasis gydymas	Tai medicininių reabilitacijos priemonių kompleksas (fizioterapija, kineziterapija, gydymas vaistais, dieta, psichologinė pagalba, ligonio mokymas), padedantis kuo greičiau sugrąžinti sutrikusias funkcijas (grįžtamų funkcijų sutrikimų atvejais) ir ligonio darbingumą, išvengti komplikacijų ir invalidumo bei ūmios ligos perėjimo į lėtinę formą. Šis gydymas taikomas ligoniams, turintiems trumpalaikių (iki 1,5 mėn.) biosocialinių sutrikimų. Jis teikiamas reabilitacijos centruose arba sanatorijose. Gydymo trukmė nuo16 iki 20 dienų.
Palaikomoji reabilitacija	Taikoma neįgaliesiems, turintiems judamojo – atramos aparato pažeidimus. Šios reabilitacijos tikslas palaikyti ir pagerinti sutrikusių biosocialinių funkcijų lygį. Jos metu siekiama padidinti neįgalaus paciento integraciją į visuomenę bei maksimaliai padidinti funkcinį savarankiškumą. Šis gydymas teikiamas reabilitacijos centruose arba sanatorijose. Gydymo trukmė nuo 20 iki 22 dienų.
Ambulatorinė reabilitacija	Tai medicininių reabilitacijos priemonių kompleksas (fizioterapija, kineziterapija, psichologinė pagalba, ligonio mokymas ir kt.), padedantis kuo greičiau sugrąžinti sutrikusias funkcijas (grįžtamų funkcijų sutrikimų atvejais) ir ligonio darbingumą, išvengti komplikacijų ir invalidumo bei ūmios ligos

	perėjimo į lėtinę formą. Šis gydymas taikomas ligoniams, turintiems trumpalaikių (iki 1,5 mėn.) biosocialinių sutrikimų, kai nereikalingas stacionarinis ligonio gydymas. Jis teikiamas ambulatorinės reabilitacijos skyriuose sanatorijose, reabilitacijos centruose, ligoninėse ar poliklinikose. Gydymo trukmė 16 apsilankymų.
Antirecidyvinis (sanatorinis) gydymas	Tai kompleksinis procedūrų taikymas, ligoniams, sergantiems lėtinėmis ligomis. Antirecidyviniam gydymui naudojami natūralūs ir performuoti gamtiniai veiksniai: mineraliniai vandenys,, gydomasis purvas, klimatoterapija. Antirecidyvinis gydymas teikiamas reabilitacijos centruose arba sanatorijose. Gydymo trukmė18 dienų.

Medicininės reabilitacijos paslaugas, apmokamas PSDF lėšomis teikia sveikatos priežiūros įstaigos (stacionarinės ir ambulatorinės), sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Visos šios įstaigos, nepriklausomai nuo steigėjo yra Lietuvos Nacionalinės Sveikatos Sistemos dalis.



2 pav. **Lietuvos Nacionalinė Sveikatos Sistema** [65].

Visi apdraustieji, pagal Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymą turi teisę gauti medicininės reabilitacijos paslaugas nemokamai. Sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugų finansavimas pasikeitė. Nuo 2003 metų sausio 1 dienos Sveikatos draudimo įstatymas nenumato sanatorinio gydymo kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų. Išimtis – vaikai iki 7 metų ir vaikai invalidai iki 18 metų (PSDF lėšomis kompensuojama 90 procentų

gydymo išlaidų). Kitas reabilitacijos paslaugų finansavimo šaltinis – privačios lėšos, kurias Lietuvos gyventojai moka patys. Tai gali būti paslaugų kompleksas arba pavienės reabilitacijos procedūros.

Siekiant užtikrinti reabilitacijos paslaugų kokybę, nuo 2001 m. Reabilitacijos paslaugas teikiančios įstaigos licencijuojamos kiekvienai paslaugų rūšiai. Reabilitacijos paslaugos teikiamos pagal trylika ligų profilių: judamojo – atramos aparato pažeidimai (po traumų, ligų, ortopedinių operacijų), nervų, kraujotakos, kvėpavimo, virškinimo sistemų, ausų-nosies-gerklų, endokrininės, akių, odos, inkstų, kraujo ligos, psichikos ir elgesio sutrikimai.

4.4 Aktualiausios reabilitacijos problemos

Ilgą laiką prioritetinė medicinos kryptis buvo ūminių ligų diagnostika, gydymas ir profilaktika. Ilgėjant vidutiniam gyventojų amžiui, pradėjo vyrauti ligos, kurių profilaktikos ir gydymo efektyvumas yra daug mažesnis negu ūminių ligų. Be to, tobulėjant medicinai, vis daugiau žmonių išlieka gyvi po sunkių traumų ir ligų, tad gydytojams dažniau tenka susidurti su ligų ir traumų pasekmėmis, kurios sutrikdo pagrindines žmogaus biosocialines funkcijas.

Lietuvoje sunkių ligonių reabilitacijai iki šiol skiriama aiškiai per mažai dėmesio. Jeigu pagal pasaulinius standartus apie 20% stacionare gydomų save neapsitarnaujančių ligonių turi gauti reabilitacijos pagalbą, tai pas mus vyrauja nuomonė, kad šiuo metu daug svarbiau turėti diagnostinę ir gydomąją bazę, o ne reabilitacijos skyrius. Reabilitacijos požiūriu jau stacionare reikėtų išskirti ligonius, kuriems liga ar trauma biosocialines funkcijas sutrikdo nežymiai arba tik trumpam laikui, ir ligonius, kuriems jos sutrikdomos žymiai ilgesniam laikui. Jei pirmajam ligonių kontingentui užtenka atskirų ar komplekso medicininės reabilitacijos priemonių – gydymo vaistais, psichoterapijos, kineziterapijos, logopedinės pagalbos ir kt., tai antrajam ligonių kontingentui nuo pirmųjų ligos dienų pagalbą turi taikomas moksliškai pagrįstas reabilitacijos priemonių kompleksas.

Lietuvos reabilitacijos sistema labai jauna. Ją kuriant neišvengta klaidų ir netikslumų, kurias tiesiogiai įtakoja ir netolygus reabilitacijos paslaugų finansavimas.

Aktualiausias reabilitacijos problemas gerai iliustruoja ne tik paslaugų vartotojų, bet ir paslaugų teikėjų ir valstybinių institucijų specialistų rūpesčiai.

„Reabilitacijos loterijoje sėkmę lemia atsitiktinumas“ - tai korespondentės Giedrės Budvytienės Dienraštyje "Kauno diena” 2006-02-08 išspausdintas straipsnis, kurio metu kalbėta su Valstybinės ligonių kasos Metodinio vadovavimo, paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus vyriausiuoju specialistu Alfredu Taminsku. „ Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui Lietuvoje skiriama 5 kartus mažiau pinigų, nei vaistams kompensuoti. Daugelis ligonių jau prarado

viltį pasigydyti sanatorijoje ar reabilitacijos centre, nors daliai jų tai padėtų pagerinti sveikatą be vaistų ar jų naudoti mažiau. Šiemet medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui skirta 103 mln. litų, tačiau poreikis apie 4 kartus didesnis, todėl gydymo įstaigoms nustatomos kvotos, o ligoniams tenka dalyvauti loterijoje, kurioje diagnozė yra ne vienintelis kriterijus. Tai sudaro prielaidas piktnaudžiavimams. Nors reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui šiemet skirta 10,5 mln. litų daugiau nei 2005 metais, realių poreikių tai neatitinka. Esame apskaičiavę, kad, norint, jog visi sergantieji, kuriems pagal indikacijas, surašytas teisės aktuose, gali būti skiriamos medicininės reabilitacijos paslaugos, jas gautų, jų reikėtų apie 4 kartus daugiau. Tačiau valstybė nėra tokia turtinga. Prioritetas teikiamas patiems sunkiausiems ligoniams po stuburo, galvos smegenų traumų, kai žmogus paralyžiuotas. Taip pat po sunkių ligų, tokių kaip insultai, infarktai, traumos, po endoprotezavimo operacijų. Tačiau subjektyvumo skiriant reabilitacinį gydymą yra daug. Gydytojui labai lengva apsispręsti, jei prieš jį du ligoniai, vienas - po sunkios operacijos, o kito ligos sunkumo laipsnis mažesnis. Kaip elgtis, jei abu vienodi, o gali skirti tik vienam? Žiūrėti į akis? Pasitaiko, kad laimi kovingesnis. Pasitaiko ligonių kurie beveik kasmet išvyksta į sanatorijas ir vis tiek nepatenkinti. Tačiau atkakliai reikalauja ir jiems, ką čia slėpti, pavyksta“.

Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos kontrolieriaus įstaigos 2006 m. informaciniame pranešime viena aktualiausių problemų vaikų sveikatos priežiūros srityje - tai vaikų medicininė reabilitacija. „Pagrindinė problema – reabilitacijos paslaugų vaikams kvotavimas (nors nėra jokio teisės akto, kuris tai reglamentuotų). Svarbu pažymėti, jog Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM) ėmėsi iniciatyvos keisti ir tobulinti Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo tvarką, bendruosius ir specialiuosius reikalavimus, patvirtintus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-444 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ (SAM ministro įsakymu sudarytoje darbo grupėje dalyvauja ir Vaiko teisių apsaugos kontrolieriaus įstaigos (toliau – VTAKĮ) atstovas). Parengti projektai leidžia tikėtis teigiamų pokyčių organizuojant vaikų reabilitacijos paslaugas (nors nagrinėjant specialiuosius reikalavimus, kyla abejonės dėl jų praktinio įgyvendinimo bei sąsajų su bendraisiais reikalavimais, tačiau tai yra specialistų –reabilitologų kompetencijos sritis).Tačiau, kalbant apie tinkamą minėtų dokumentų įgyvendinimą, būtina nustatyti finansavimo prioritetus. Šiuo metu išlaidos vaikų reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui sudaro 20 proc. bendros medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui skirtos sumos. Tačiau, dalyvaujant darbo grupėje, Valstybinės ligonių kasos atstovas Alfredas Taminskas informavo, jog šis procentas buvo nustatytas Valstybinės ligonių kasos direktoriaus įsakymu, įgyvendinant Vaikų sveikatos metų programą (2004 m.) tik vieneriems metams, tačiau ši tvarka tęsiasi kaip „nebylus“

susitarimas iki šiol. Statistikos departamento duomenimis, 2005 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 3 400 tūkst. gyventojų iš jų – 718,8 tūkst. vaikų. Atsižvelgiant į sparčiai didėjančią suaugusiųjų migraciją (iš Lietuvos į kitas šalis išvyko per 300 tūkst. asmenų), vaikai sudaro 25 proc. visų šalies gyventojų. Taigi, planuojant lėšas vaikų reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui, reikėtų laikytis proporcijos, atsižvelgiant į suaugusiųjų ir vaikų, gyvenančių šalyje, skaičiaus santykį. 2005 m. vaikų reabilitacijos paslaugoms apmokėti buvo numatyta 19 200 700 litų, suteikta paslaugų už 17 323 986,12 litų, panaudota 90,2 proc. lėšų (2004 metais -86,5 proc. lėšų), taigi, kasmet suaugusiųjų reabilitacijai ,,sutaupoma“ vaikų sąskaita 2-3 mln. (darbo grupės posėdžio metu Valstybinės ligonių kasos atstovas A. Taminskas paaiškino, kad 2006 m. I ketvirtį panaudota tik 25 proc. vaikams šiam ketvirčiui numatytų lėšų). Daugelis atsakingų Sveikatos apsaugos ministerijos specialistų lėšų vaikų reabilitacijai nepanaudojimą sieja su ,,sezoniškumu“ ir neteisingu vaikų tėvų supratimu apie tai, jog reabilitacija – vaikų vasaros poilsis, tačiau tai dalis sveikatą atstatomųjų ar prevencinių priemonių (t. y. tėvai nenori, kad reabilitacijos paslaugos būtų teikiamos vaikui mokslo metų laikotarpiu, o pageidauja siuntimų vasara, dėl ko vasara siuntimų trūksta, o žiema jie lieka nepanaudoti). Dalis tiesos yra, tačiau iš VTAKĮ atliktų tyrimų bei turimos informacijos paaiškėjo, kad pirminėje sveikatos priežiūros grandyje gydytojai-pediatrai, šeimos gydytojai neinformuoja tėvų, kad jų vaikui pagal indikacijas (ligos pobūdį) priklauso reabilitacija ar sanatorinis gydymas arba teigia, kad negali nukreipti vaiko dėl Teritorinės ligonių kasos (TLK) nustatytų kvotų. Pagal proporciją stebimas netolygumas tarp neįgalių vaikų skaičiaus ir reabilitacijos paslaugų vaikams suteikimo. Pažymėtina, jog Lietuvoje kasmet mažėja vaikų skaičius (per 2005 m. jų sumažėjo 27,5 tūkst. arba 4 proc.), tačiau vaikų neįgalumas didėja (2001 m. – 13 797 neįgalių vaikų, 2002 m. – 13 824, 2003 m. – 13 852, 2004 m. – 16 121 (pagal naująjį Neįgaliųjų integracijos įstatymą neįgalumas vaikams pradėtas nustatinėti iki 18 metų, anksčiau buvo iki 16 metų). Kasmet neįgalumas nustatomas apie 1 000 vaikų, 2005 m. vaikų su negalią - 16 002, t. y. 6 proc. bendro neįgaliųjų skaičiaus, tuo tarpu reabilitacijos paslaugos vaikams suteiktos: 2003 m. – 10 257 vaikams, 2004 m. – 12 881, 2005-13 158, 2006 m. pirmą pusmetį – 6 179 vaikams“.

Lietuvos reabilitologų asociacijos valdybos ir sanatorijų ir reabilitacijos įstaigų asociacijos valdybos 2006 m. rašte, adresuotame Lietuvos sveikatos apsaugos ministrui R.Turčinskui, pažymimos pagrindinės Lietuvos reabilitacijos sistemos problemos. „Nors reabilitacijos sistemos vystymo būtinumas yra įteisintas juridiniais aktais (Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas , Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 liepos 11 d. įsakymas Nr. V-444 “Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo”, Nacionalinė žmonių su negalia socialinės integracijos 2003-2012 metų

programa), tačiau praktinis šių juridinių aktų yra ribotas dėl nepakankamo lėšų kiekio. Šiuo metu tik kas antras- trečias sunkus ligonis gali gauti reikiamas reabilitacijos paslaugas dėl mažo finansavimo ir Valstybinių ligonių kasų nustatytų kvotų. To pasakoje išlieka labai aukšti darbingo amžiaus žmonių neįgalumo (invalidumo) rodikliai. Be to, esami medicininės reabilitacijos įkainiai nepadengia paskutiniais metais ženkliai išaugusių sąnaudų už teikiamas paslaugas bei amortizacijos išlaidų. Dėl to reabilitacijos įstaigos teikiančios sveikatą grąžinamojo gydymo paslaugą, kurios įkainis tik 53,3 Lt už lovadienį, kasdien patiria apie 30 Lt nuostolį.Todėl reabilitacijos įstaigos atsisako teikti šias paslaugas arba mažina jų apimtis. Reabilitacijos paslaugų prieinamumą ir kokybę riboja tai, kad nenustatyti pirmojo reabilitacijos etapo įkainiai. Dėl viso to nukenčia ligoniai, negaunantys reabilitacijos paslaugų, jie supriešinami su gydytojais, kurie negali skirti reabilitacijos dėl esamų kvotų“.

Daugelio pasaulio valstybių patirtis parodė, kad į reabilitaciją investuotos lėšos atsiperka. Po sėkmingos medicininės, psichologinės, socialinės, profesinės reabilitacijos pacientas gali grįžti į visuomenę kaip visavertis pilietis, rasti darbą ir sėkmingai konkuruoti darbo rinkoje. Jis užsidirba pragyvenimui, išlaiko šeimą ir moka mokesčius valstybei, o ne gauna invalidumo pašalpas iš jos [28]. Valstybė turėtų nuolat skirti pakankamai lėšų reabilitacijos sistemai vystyti. Tiesa daugelio Europos Sąjungos bei kitų išsivysčiusios ekonomikos šalių vyriausybės susiduria su problema, kad išlaidos sveikatos apsaugai auga didesniais tempais nei šalyje fiksuojamas bendrojo vidaus produkto augimas. Šią lėšų stygiaus problemą šalys sprendžia kasmet vis didesnę bendro vidaus produkto (BVP) dalį skiriant sveikatos apsaugai.

5. LIETUVOS REABILITACIJOS PASLAUGŲ POKYČIAI 1992 – 2005 m.

5.1 Reabilitacijos paslaugas reglamentuojančių teisės aktų analizė

Lietuvos reabilitacijos sistemos pokyčiai prasidėjo nuo 1991 m. Tam pradžią davė1991 m. lapkričio 28 d. priimtas Lietuvos Respublikos Invalidų socialinės integracijos įstatymas, kuris įteisino daugiaprofilinės reabilitacijos sistemos kūrimą. Vėliau buvo kuriami ir tvirtinami kiti teisės aktai, kurie daugiau ar mažiau įtakojo reabilitacijos sistemos reformos raidą. Šiame tyrime apžvelgti dokumentai, susiję su reabilitacijos paslaugomis, išnagrinėtas jų tiesioginis poveikis reabilitacijos paslaugų struktūros pokyčiams 1991 - 2005 m. laikotarpiu. Invalidų reabilitacijos vystymo kryptys 1992 04 07 LR Vyriausybės Nutarimu Nr.253 buvo įtvirtintos Valstybinės invalidų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos programoje 1992 - 2002 metams.

Vėliau, 2002 06 07 LR Vyriausybė priėmė Nutarimą Nr.850 Dėl Nacionalinės neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programos 2003–2012 metams patvirtinimo. Ši programa įpareigoja sukurti efektyvią kompleksinę neįgaliųjų reabilitacijos sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus. Abi šios programos yra orientuotos daugiau į neįgaliųjų reabilitacijos sistemos kūrimą, tačiau neapima bendros reabilitacijos sistemos pokyčių panoramos Lietuvoje.

1995 m. Lietuvos invalidų reikalų taryba prie Lietuvos Respublikos vyriausybės išleido metodinį leidinį - Reabilitacijos strategija. Leidinys, kurio autorius gyd. R.Klimavičius, recenzentas Prof. Hab. Dr. A.Kriščiūnas, tapo puikiu orientyru vystant reabilitacijos sistemą Lietuvoje. Reabilitacijos strategija, remiantis daugelio pasaulio šalių patirtimi, apibrėžė 12 reabilitacijos sistemos kūrimo principų:

1. **Lygių teisių ir galimybių principas**. Tai reiškia, jog žmonėms su negale turi būti užtikrintos lygios teisės ir galimybės, palyginti su kitais visuomenės nariais.
2. **Valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas.** Kuriant reabilitacijos sistemą, yra atsakingos visos valdžios ir valdymo institucijos.
3. **Negalės žmonių dalyvavimo principas**. Kuriant reabilitacijos sistemą, turi aktyviai dalyvauti žmonės su negale ir jų visuomeninės organizacijos. Vykdant visuomeninę kontrolę, jos turi reikalauti atskaitomybės iš renkamų valdžios atstovų.
4. **Evoliucijos principas.**Tai nuolatinis ir laipsniškas sistemos vystymo procesas, atsisakant griovimo ir staigių permainų metodų.
5. **Integracijos principas**. Tai reabilitacijos klausimų įtraukimas į valstybines sveikatos, socialinio, ekonominio, transporto, kultūros ir kitas vystymo programas.
6. **Kompleksiškumo principas.** Kompleksiškas medicininės, profesinės, ugdymo, kultūros, aplinkos pritaikymo, techninės, lengvatų ir kitų dalykų sprendimas.
7. **Individualumo principas.** Turi būti atsižvelgiama ne tik į bendrus, bet ir į individualius žmogaus poreikius ir galimybes. Todėl reabilitacija turi būti vykdoma kompleksiškai pagal individualią programą.
8. **Gyvenamosios vietos principas.** Reabilitacijos sistema sėkmingai veiks tuo atveju, jeigu ji bus sukurta gyvenamojoje vietoje. Todėl turi būti remiamos ir vystomos tik pačios svarbiausios centrinės reabilitacijos įstaigos.
9. **Prioritetų principas.** Valstybė turi teikti prioritetinį dėmesį reabilitacijos sistemai kurti, taip pat tai, kad, kuriant reabilitacijos sistemą, turi būti nustatomos prioritetinės kryptys ir programos, kadangi visuomet truks lėšų visoms programoms finansuoti.

10. **Ekonominio efektyvumo ir modernizacijos principas.** Lėšos investuotos reabilitacijai, ypač racionalaus įdarbinimo atvejais, atsiperka keleriopai; turi būti kuo efektyviau naudojami turimi resursai (struktūros, specialistai, žaliavos ir kt.). Daugeliu atveju nedideli ir nebrangūs pertvarkymai duoda didelį efektą.
11. **Koordinacijos principas.** Kuriant reabilitacijos sistemą, turi būti koordinuojami įvairių institucijų veiksmai. Koordinatoriaus funkcijas turėtų vykdyti prie Vyriausybės, apskričių ir savivaldybių įsteigtos invalidų reikalų tarybos.
12. **Analizės principas.** Kuriant reabilitacijos sistemą, turi būti išanalizuota ir įvertinta susidariusi padėtis. Šiam tikslui turi būti naudojamos oficialios statistinės apskaitos, visuomeninių invalidų organizacijų, specialių tyrimų ir kiti duomenys [24].

Atliekant teisės aktų, turėjusių įtaką reabilitacijos sistemos pokyčiams lyginamąją analizę, buvo įvertintas kiekvieno jų tiesioginis poveikis reabilitacijos paslaugų struktūrai bei sąsajos su Lietuvos reabilitacijos strategijoje įvardintais reabilitacijos sistemos kūrimo principais. Teisės aktų tiesioginis poveikis reabilitacijos paslaugų struktūros pokyčiams ir sąsajos su Lietuvos reabilitacijos strategijoje įvardintais reabilitacijos sistemos kūrimo principais pateikiamos lentelėje Nr. 2.

2 lentelė. Reabilitacijos paslaugas reglamentuojantys teisės aktai.

Eil. Nr.	Teisės akto paskelbimo data	Teisės akto autorius Nr.	Teisės akto pavadinimas	Tiesioginis poveikis reabilitacijos paslaugų struktūros pokyčiams	Sąsajos su Lietuvos reabilitacijos strategijoje įvardintais reabilitacijos sistemos kūrimo principais
1.	LR AT 1991 m. lapkričio 28 d	LR AT	Nutarimas Nr.I-2044 Lietuvos Respublikos Invalidų socialinės integracijos įstatymas	Atsirado pagrindas įdiegti medicininės reabilitacijos paslaugas su diferencijuota kaina. Jis įteisino daugiaprofilinės reabilitacijos sistemos kūrimą Šis įstatymas reguliavo invalidumo nustatymą, invalidų medicininę, profesinę ir socialinę reabilitaciją, aplinkos pritaikymą invalidams, invalidų ugdymą, mokymą, nustatė invalidų integracijos į darbą, profesiją,	-lygių teisių ir galimybių principas -valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas - negalės žmonių dalyvavimo principas - evoliucijos principas -integracijos principas

				visuomeninį gyvenimą teisines, ekonomines ir organizacines garantijas.	
2.	1992 04 07	LR Vyriausybė	Nutarimas Nr.253 Dėl Valstybinės invalidų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos programos krypčių 1992 -2002 metams patvirtinimo	Sudarė teisines prielaidas vystytis medicininei, profesinei ir socialinei reabilitacijai. Pradėjo neįgaliųjų integracijos programą Lietuvoje.	-lygių teisių ir galimybių principas -valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas - negalės žmonių dalyvavimo principas-evoliucijos principas -integracijos principas -analizės principas
3.	1992 06 16	SAM SODRA	Įsakymas Nr. 230/66 Įsakymas Dėl antirecidyvinio ir sveikatą grąžinančio gydymo bei reabilitacijos organizavimo	Įvesti du įkainiai: Medicininė reabilitacija – 52 Lt. Antirecidyvinis gydymas – 44 Lt.	-lygių teisių ir galimybių principas -negalės žmonių dalyvavimo principas - evoliucijos principas -ekonominio efektyvumo ir modernizacijos principas
4.	1992 m	LR AT	Įsteigta Invalidų reikalų taryba prie Vyriausybės	Jos tikslas – padėti įgyvendinti Lietuvos Respublikos Invalidų socialinės integracijos įstatymą. Į reabilitaciją pradėta žvelgti plačiau, stengiamasi sujungti pagrindines reabilitacijos sistemos dalis	-lygių teisių ir galimybių principas -valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas - negalės žmonių dalyvavimo principas -integracijos principas -koordinacijos principas
5.	1994 07 19	LR Seimas	LR Sveikatos sistemos Įstatymo 23 Straipsnis. Medicininė reabilitacija ir sanatorinis gydymas	Įpareigojo SAM nustatyti pacientų atrankos ir siuntimo į medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo priežiūros įstaigas sąlygas ir tvarką	-valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas -evoliucijos principas
6.	1994 12 05	SAM SADM	Įsakymas Nr. 410/41 Dėl sanatorinio ir sanatorinio – reabilitacinio	Patvirtintas sąrašas ligų kuriomis sergantys pacientai siunčiami reabilitaciniam ir antirecidyviniam gydymui. Nenustatyta aiški siuntimo	- negalės žmonių dalyvavimo principas -kompleksiškumo principas

			gydymo	ir atrankos tvarka. Atsirado kompleksinės reabilitacijos elementai	
7.	1995	Lietuvos invalidų reikalų taryba prie Lietuvos Respublikos vyriausybės	Lietuvos reabilitacijos strategija	Apibrėžė Lietuvos reabilitacijos sistemos kūrimo principus, bei išryškino svarbiausias spręstinas reabilitacijos sistemos problemas. Šis leidinys tapo puikia metodine medžiaga, rengiant teisės aktus, susijusius su reabilitacija.	-lygių teisių ir galimybių principas -valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas - negalės žmonių dalyvavimo principas-evoliucijos principas -integracijos principas -kompleksiškumo principas - individualumo principas -gyvenamosios vietos principas -prioritetų principas -ekonominio efektyvumo ir modernizacijos principas -koordinacijos principas -analizės principas
8.	1996 01 24	SAM	MN 12:1996 Sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo specialieji reikalavimai reabilitacijos ir sanatorinės gydymo įstaigos (padaliniai)	Nustatė specialiuosius reabilitacijos, sanatorinių įstaigų (padalinių) veiklos reikalavimus	-valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas - evoliucijos principas
9.	1996 01 30	SAM	Įsakymas Nr. 71 Dėl valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos	Įpareigojo akredituoti medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančias įstaigas. Reabilitacijos paslaugas teikiančias įstaigas įpareigojo stiprinti bazę (pvz. Pritaikyti patalpas neįgaliesiems)	-lygių teisių ir galimybių principas -valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas -negalės žmonių dalyvavimo principas
10	1996 m. 01 11 Nr. 30/6	SAM Ir SADM	Įsakymas Dėl antirecidyvinio ir sveikatą grąžinančio	Finansavimas iš SODRA biudžeto perduodamas Valstybinei ligonių kasai	-valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas -ekonominio efektyvumo

			gydymo bei reabilitacijos organizavimo		ir modernizacijos principas
11	1996 05 21	LR Seimas	LR Sveikatos draudimo Įstatymo 10 straipsnis. Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimas apdraustiesiems	Įteisino išlaidų reabilitacijos paslaugoms kompensavimo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo tvarką	-valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas
12	1997 06 30	SAM	Įsakymas Nr. 362 Dėl sveikatos grąžinamojo, reabilitacijos bei antirecidyvinio gydymo organizavimo	Įvedė aiškesnius paslaugų teikimo prioritetus nuo lengvų ligonių sanatorinio – antirecidyvinio gydymo, pereinant prie sunkių ligonių reabilitacijos.Atsirado reabilitacijos paslaugų diferenciacija pagal paslaugų rūšis ir kainą Sveikatą grąžinamasis gydymas – 52 Lt, Reabilitacija – 78 Lt, Antirecidyvinis gydymas – 31,2 (suaugusiems už šią gydymo rūšį atsirado priemoka)	lygių teisių ir galimybių principas - negalės žmonių dalyvavimo principas - evoliucijos principas -kompleksiškumo principas -ekonominio efektyvumo ir modernizacijos principas
13	1997 05 12	SAM SADM	Įsakymas Nr. 88/43 Dėl medicininės reabilitacijos ir antirecidyvinio gydymo paslaugų finansavimo	Finansavimas iš SODROS perduodamas Valstybinei ligonių kasai (VLK) Sudaromos finansinės sutartys su reabilitacijos paslaugas teikiančiomis įstaigomis	-valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas -ekonominio efektyvumo ir modernizacijos principas
14	1997 09 15	SAM	Įsakymas Nr. 482 Dėl 1997 09 15 Įsakymo Nr. 362	Papildymas patvirtino ligonių atrankos, siuntimo į reabilitacines ir sanatorines įstaigas bei darbo organizavimo tvarką. Tai	-lygių teisių ir galimybių principas - negalės žmonių dalyvavimo principas - evoliucijos principas

			papildymo	suteikė prioritetą sunkių ligonių reabilitacijai, pakėlė paslaugų teikimo kriterijus.	-kompleksiškumo principas -prioritetų principas
15	1999 02 25	SAM	Įsakymas Nr. 92 Dėl ligonių reabilitacijos, sveikatos grąžinamojo ir antirecidyvinio gydymo organizavimo	Įvestos naujos medicininės reabilitacijos paslaugos. Padidėjo reabilitacijos paslaugų diferenciacija pagal paslaugų rūšis ir kainą Sveikatą grąžinamasis gydymas – 52 Lt Reabilitacija II – 83 Lt Reabilitacija III – 114 Lt Palaikomoji reabilitacija – 48 Lt Ambulatorinė reabilitacija – 29 Lt Antirecidyvinis gydymas – 44 Lt Sumažėjo indikacijų antirecidyviniam gydymui sąrašas. Įvedė individualios reabilitacijos programos principą	lygių teisių ir galimybių principas - negalės žmonių dalyvavimo principas - evoliucijos principas - individualumo principas -prioritetų principas -ekonominio efektyvumo ir modernizacijos principas
16	1999 12 03	VLK	Įsakymas Nr.115 Dėl medicininės reabilitacijos, ir sanatorinio gydymo sutarčių sudarymo ir vykdymo tvarkos patvirtinimo	Finansavimas iš VLK perduodamas į TLK. Iš esmės pakeičiamas reabilitacijos paslaugų prieinamumas. Pakeitus sutarčių sudarymo tvarką ir įvedus laisvos rinkos principus, Reabilitacinės įstaigos sudarydamos sutartis su TLK, neturi galimybių įtakoti ligonių siuntimą. Už ligonio siuntimą atsako siunčianti įstaiga	-lygių teisių ir galimybių principas -valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas -gyvenamosios vietos principas
17.	2002 06 07	LR Vyriausybė	Nutarimas Nr.850 Dėl Nacionalinės neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos	Vienas iš šios programos įgyvendinimo tikslų – sukurti efektyvią kompleksinę ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus, įgalinančią pradėti	Lygių teisių ir galimybių principas -valdžios ir valdymo institucijų atsakomybės principas - negalės žmonių dalyvavimo principas - evoliucijos principas

			ir integracijos programos 2003–2012 metams patvirtinimo	reabilitaciją jau pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki maksimalaus funkcinio aktyvumo atgavimo.	-integracijos principas -kompleksiškumo principas -gyvenamosios vietos principas -prioritetų principas -analizės principas
18.	2002 09 02	VLK	Įsakymas Nr. 79 "Dėl teritorinių ligonių kasų skaičiaus ir jų teritorinės veiklos zonų nustatymo"	Sumažėjo Teritorinių ligonių kasų (TLK) skaičius nuo 10 iki 5 (ši reforma sietina su LR Vyriausybės 2002-2004 metų Programos nuostata sukurti optimalią teritorinio valdymo sistemą, maksimaliai pritaikytą gyventojų reikmėms ir poreikiams tenkinti).	-ekonominio efektyvumo ir modernizacijos principas -analizės principas
19.	2003 07 11	LR SAM	Įsakymas Nr. V-444 Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo	Įvedė reabilitacijos paslaugų detalizaciją, tai užtikrino paslaugų kokybę. Per ligonių siuntimo tvarką, sureguliavo prioritetus sunkių ligonių reabilitacijai, palengvino siuntimą ambulatorinei reabilitacijai	lygių teisių ir galimybių principas - negalės žmonių dalyvavimo principas - evoliucijos principas -kompleksiškumo principas - individualumo principas -prioritetų principas
20.	2004 04 22	SAM	Įsakymas Nr. V-264 Dėl 2003 07 11 Įsakymo Nr. V-444 pakeitimo	Pakeitė reabilitacijos paslaugų bazines kainas Sveikatą grąžinamasis gydymas – 53,6 Lt Reabilitacija II – 85,5 Lt Reabilitacija III – 117,4 Lt Palaikomoji reabilitacija – 49,4 Lt Ambulatorinė reabilitacija – 29,9 Lt Antirecidyvinis gydymas – 44 Lt	-ekonominio efektyvumo ir modernizacijos principas

Nagrinėjant dokumentus, susijusius su reabilitacija, paaiškėjo, kad Lietuvoje nėra vieningos, valstybės mastu patvirtintos reabilitacijos programos, nėra vystymo programos, kurią vykdytų valstybės institucijos ir vadovautų vyriausybė. Šią funkciją atlieka įvairūs teisės aktai kaip atskiri paslaugų reguliavimo mechanizmai. Visi šie dokumentai atitinka Lietuvos reabilitacijos strategiją, kurios esmė sukurti efektingą kokybiškas reabilitacijos paslaugas teikiančią sistemą, atitinkančią ES nuostatas, bei užtikrinti šių paslaugų prieinamumą visais lygais. Tai įrodo, kad

kompleksinės reabilitacijos sistemos sukūrimas yra didelis iššūkis medikams, visuomenei, politikams. Ji turi būti suvokiama kaip sudėtinga ir įvairiapusė teisinių, organizacinių, ekonominių priemonių sistema, padedanti žmonėms, sutrikus biosocialinėms funkcijoms, atgauti jas, kompensuoti ir adaptuotis visuomenėje. Tokią sudėtingą sistemą sunku sukurti ir valdyti, jei nėra vieningos, valstybės mastu patvirtintos reabilitacijos programos, nėra vystymo programos nuostatų, kurias vykdytų valstybės institucijos. Tai turėtų tapti vienu iš artimiausių Lietuvos sveikatos vadybininkų uždavinių.

5.2 Reabilitacijos paslaugų pokyčių Lietuvos sveikatos sistemoje tyrimas 1994 – 2005 metais

Šiuo tyrimu norėta išsiaiškinti reabilitacijos paslaugų struktūros kitimą pagal paslaugų apimtis. Buvo atlikta reabilitacijos efektyvumo statistinių rodiklių analizė. Analizuota reabilitacijos paslaugų struktūra jos rodiklių kitimai bei teisės aktų, aprašytų lentelėje Nr.2 įtaka šiems pokyčiams. Duomenų analizei pasirinktas 1994 – 2005 metų laikotarpis. Dėl blogos duomenų informacinės bazės nepavyko rasti duomenų iki šio laikotarpio. Esminiai medicininės reabilitacijos struktūros pokyčiai Lietuvoje prasidėjo nuo 1997 m., kada buvo diferencijuotos reabilitacijos paslaugų rūšys pagal kainą ir finansavimas iš Socialinio draudimo fondo (toliau – SODRA) biudžeto perduotas Privalomo sveikatos draudimo fondo (toliau - PSDF) biudžetui. Analizei pasirinkti šie paslaugų rodikliai: suteiktoms paslaugoms skirtos lėšos Lt, suteiktų paslaugų kiekis – lovadienių skaičius, lovadienio įkainis Lt, reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų skaičius. Analizės metu nepavyko gauti tikslių duomenų už 1997 m. dėl netobulos apskaitos pereinamuoju laikotarpiu, kai finansavimas buvo perduotas iš SODROS sistemos į PSDF sistemą. Minėtų metų duomenys tyrimo rezultatuose nebus pateikti. Tyrime naudojami šie sutrumpinimai:

SGG – Sveikatą grąžinantis gydymas

R II – Reabilitacija II

R III – Reabilitacija III

AG – Anteirecidyvinis gydymas

AR – Ambulatorinė reabilitacija

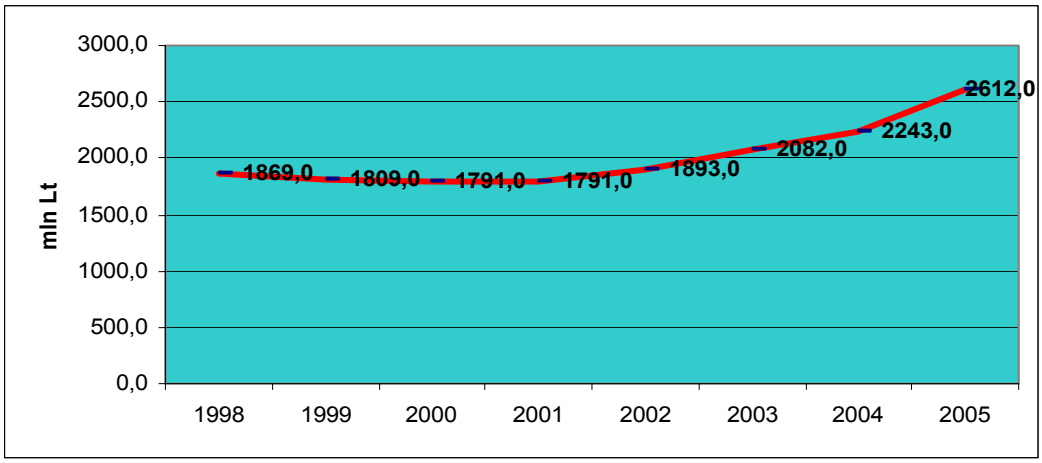
PL – Palaikomoji reabilitacija

M – slaugantis asmuo

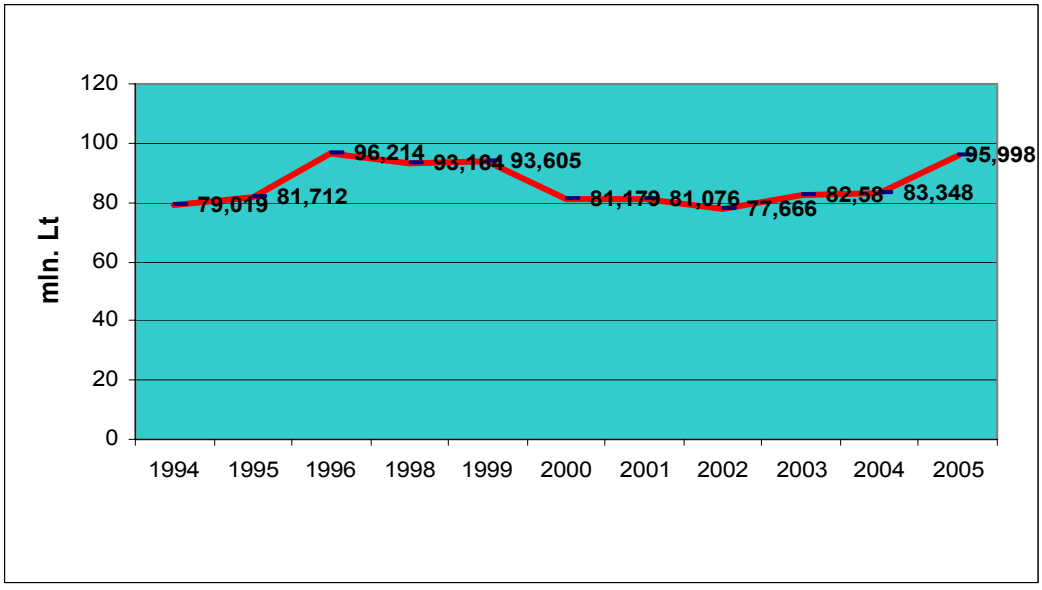
Tyrimo rezultatai:

Privalomo sveikatos draudimo fondo lėšų ir reabilitacijai skirtų lėšų palyginimas (Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Finansų ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos duomenys) parodė, kad Lietuvoje sveikatos apsaugai skiriamas finansavimas buvo netolygus, netolygiai kito ir medicininei reabilitacijai skiriamos lėšos.

PSDF Skirtos lėšos mažėjo iki 2001 m. ir tik 2002 m. pradėjo didėti (3 pav.). Reabilitacijos paslaugoms skirtos lėšos mažėjo nuo 1999 m. iki 2002 m. - 17% ir tik nuo 2003 m. pradėjo vėl didėti. 2005 m., lyginant su 2002 m.., padidėjo 24% (4 pav.).

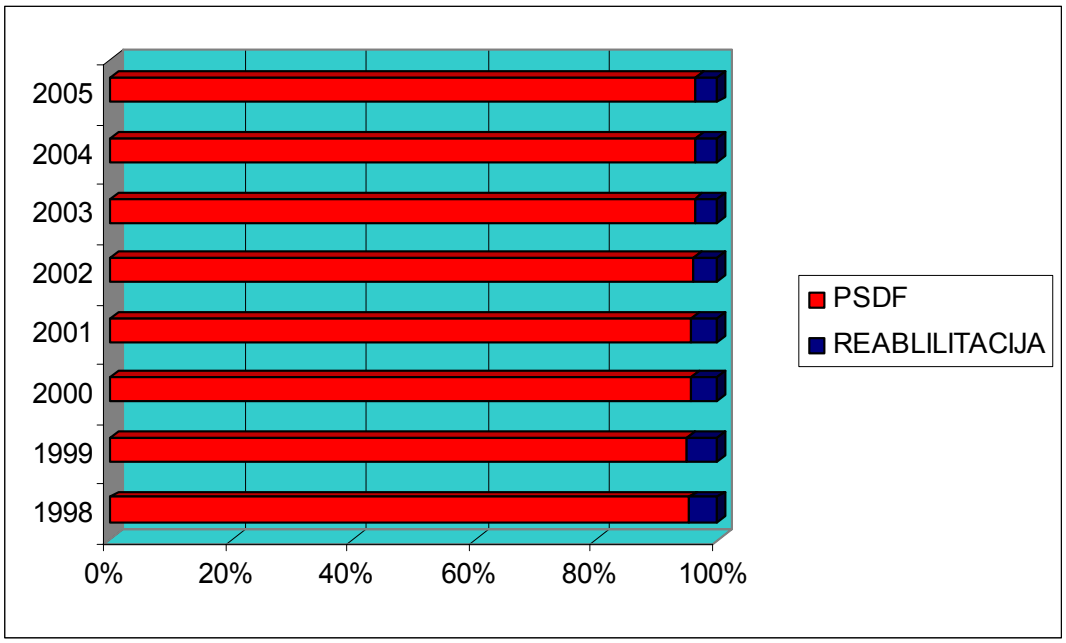


3 pav. PSDF lėšos milijonais Lt nuo 1998 iki 2005 metų.



4 pav. Reabilitacijai skirtos lėšos milijonais Lt nuo 1994 iki 2005 metų.

Palyginus, kaip keitėsi reabilitacijai skirtų lėšų dalis procentais, nuo privalomo sveikatos draudimo fondo lėšų, paaiškėjo, kad šis pokytis yra mažėjantis (5 pav.). 1998m reabilitacijai buvo skirta 4,98% PSDF lėšų, 2001m. – 4,5%, o 2005 tik 3,7% PSDF lėšų. Remiantis gautais duomenimis, galima teigti jog reabilitacija nėra prioritetinė sveikatos sistemos sritis.



5 pav. Reabilitacijai skirtų lėšų palyginimas su PSDF lėšomis procentais 1998 - 2005 metų laikotarpiu.

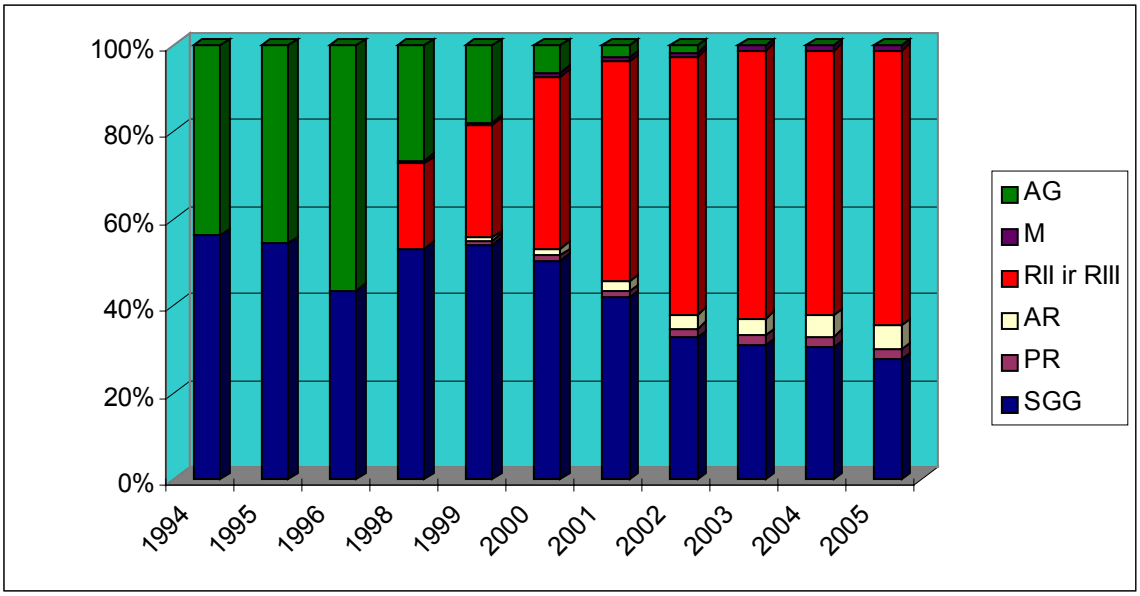
Reabilitacijai skirtų lėšų analizė parodė, kad nuo 1994 iki 2005 metų reabilitacijos paslaugų struktūroje įvyko esminiai pokyčiai. Tam įtaką padarė teisės aktai, reglamentuojantys reabilitacijos paslaugų teikimą (Lentelė Nr.2). Iki 1997 m. reabilitacijos paslaugų struktūroje buvo tik dviejų rūšių paslaugos – Antirecidyvinis gydymas ir reabilitacinis gydymas. 1997 06 30 SAM Įsakymas Nr. 362 „Dėl sveikatos grąžinamojo, reabilitacijos bei antirecidyvinio gydymo“ turėjo esminę įtaką reabilitacijos paslaugų struktūros pokyčiams. 1994 m. lengvų ligonių sanatorinio – antirecidyvinio gydymo paslaugos sudarė 43% visų reabilitacijos paslaugų, 1998 m – 26,6%. 1994 m medicininės reabilitacijos paslaugos sudarė tik – 57%, o 1998 m jau – 73,4%. 1998 m atsirado medicininės reabilitacijos paslaugų diferenciacija pagal paslaugų rūšis ir kainą: Sveikatą grąžinamasis gydymas , Reabilitacija. Antirecidyvinis gydymas tapo neprioritetinis (suaugusiems už šią gydymo rūšį atsirado priemoka). Kitas teisės aktas, turėjęs didelę įtaką reabilitacijos paslaugų

pokyčiams – tai 1999 02 25 SAM Įsakymas Nr. 92 „Dėl ligonių reabilitacijos, sveikatos grąžinamojo ir antirecidyvinio gydymo organizavimo“. Šiuo įsakymu įvestos naujos medicininės reabilitacijos paslaugos dar labiau diferencijuojant paslaugas pagal ligonių sunkumą: Reabilitacija III, Palaikomoji reabilitacija ir Ambulatorinė reabilitacija.

Šis įsakymas ženkliai sumažino indikacijas antirecidyviniam gydymui ir sutrumpino sveikatą grąžinamojo gydymo indikacijų sąrašas. Tai dar labiau paspartino reabilitacijos paslaugų struktūros pokyčius nuo lengvų ligonių antirecidyvinio gydymo (1998 m – 26,6 , 2000 m – 6,3%), prie sunkių ligonių medicininės reabilitacijos (1998 m – 73,4%, 2000 m – 93,7%). Prioritetas suteiktas Reabilitacijai II ir Reabilitacijai III šios paslaugos pradėjo sparčiai vystytis (1998 m – 18,6%, 2000 m – 39,7%visų reabilitacijos paslaugų).

Dar vienas svarbus sveikatos sistemos vadybininkų sprendimas paspartinęs reabilitacijos paslaugų struktūros sureguliavimą – tai sprendimas centralizuotą reabilitacijos paslaugų finansavimą iš VLK perduoti į TLK. Teritorinės ligonių kasos pradėjo kokybiškiau reguliuoti atranką reabilitaciniam gydymui. 2003 07 11 LR SAM Įsakymas Nr. V-444 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ per ligonių atrankos, siuntimo tvarką, bei paslaugų detalizaciją sureguliavo indikacijas sunkių ligonių reabilitacijai, palengvino siuntimą ambulatorinei reabilitacijai, taip paspartino šios paslaugos plėtrą (1999 m. ambulatorinė reabilitacija sudarė tik– 0,57% visu paslaugų lėšų, 2000 m. – jau 4,8%) (6 pav.).

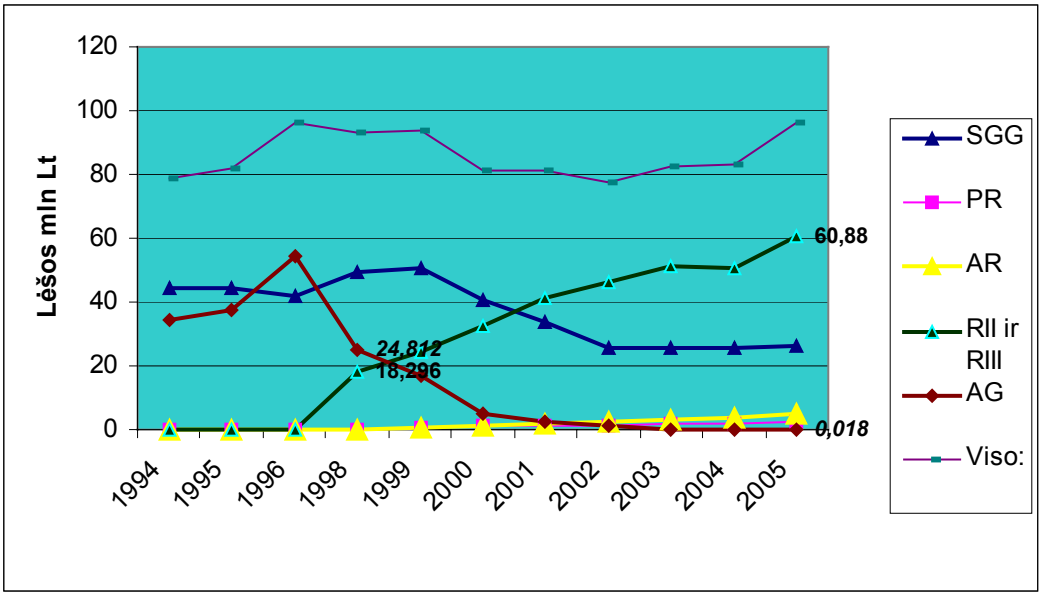
Nors kaip reabilitacijos prioritetas buvo akcentuojama sunkių ligonių reabilitacija, bet vyko šių paslaugų finansavimo mažėjimas, antirecidyvinio gydymo paslaugų atsisakymas buvo labai laipsniškas. Perėjimui nuo sanatorinio gydymo prie sunkių ligonių reabilitacijos nebuvo imtasi grįžtų priemonių. Tam turėjo įtakos politiniai sprendimai – neatsisakyta populiaraus sanatorinio gydymo dėl baimės prarasti didelį pensininkų rinkėjų ratą. Tai turėjo ir teigiamą rezultatą – buvo išsaugotos materialinis resursas – sanatorijos. Pereinamuoju laikotarpiu tai sudarė prielaidas jų bazėse kurtis reabilitacijos įstaigoms.



6 pav. Lėšų pasiskirstymas pagal reabilitacijos paslaugų rūšis 1994 – 2005 m. %.

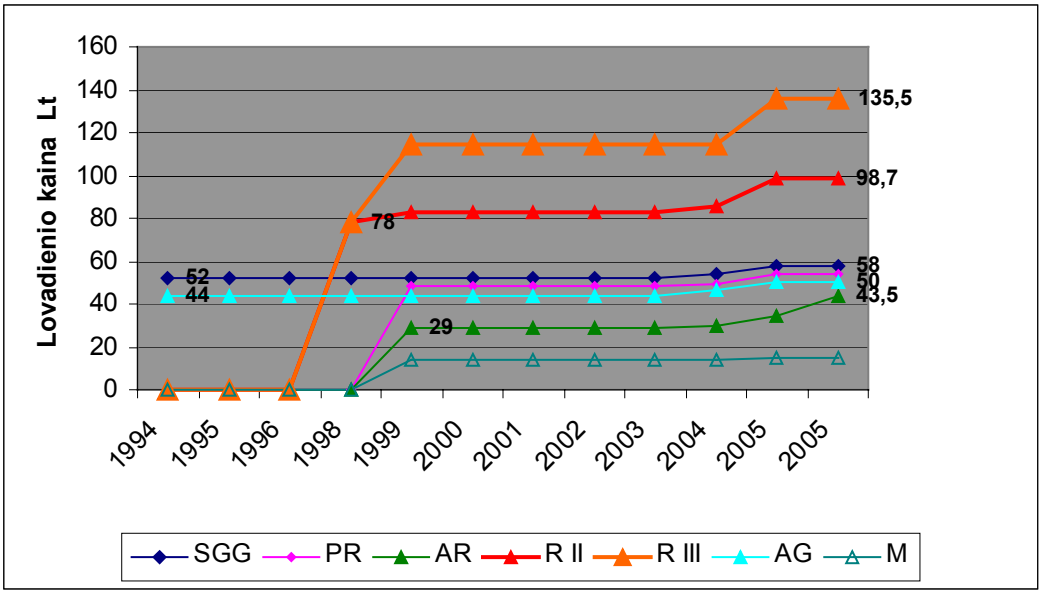
Pilnai įsigaliojus 2003 07 11 LR SAM Įsakymo Nr. V-444 nuostatoms, nuo 2004m reabilitacijos paslaugų struktūra dar sparčiau vystosi reabilitacijos prioritetų kryptimi. Didėja reabilitacija II ir reabilitacija III bei ambulatorinės reabilitacijos paslaugų dalis, antirecidyvinis gydymas, kaip neprioritetinė reabilitacijos paslauga, finansavimui iš PSDF lėšų, faktiškai išnyko.

Lietuvos reabilitacijos strategijos siekis pereiti nuo lengvų ligonių antirecidyvinio gydymo prie sunkių ligonių medicininės reabilitacijos buvo pasiektas. 1994 m. antiecidyviniam gydymui skiriamos lėšos sudarė 43% visų reabilitacijos lėšų, 1998 m. – 26,6%, o 2003 m. jau tik - 0,1% , 2005 m. faktiškai visai išnyko ir sudarė tik 0,02% visų reabilitacijai skirtų lėšų (6, 7 pav.). Diferencijavus medicininės reabilitacijos paslaugas, jai skirtos lėšos taip pat ženkliai persiskirstė nuo lengvesnių ligonių sveikatą grąžinamojo gydymo – SGG, link sunkiausių ligonių – Reabilitacija II ir Reabilitacija III, 1998 m. SGG -72 %, R II ir R III - 28 % nuo visų medicininei reabilitacijai skirtų lėšų, 2005 m. SGG – 27,6 %, R II ir R III - 63,4 % nuo visų medicininei reabilitacijai skirtų lėšų.



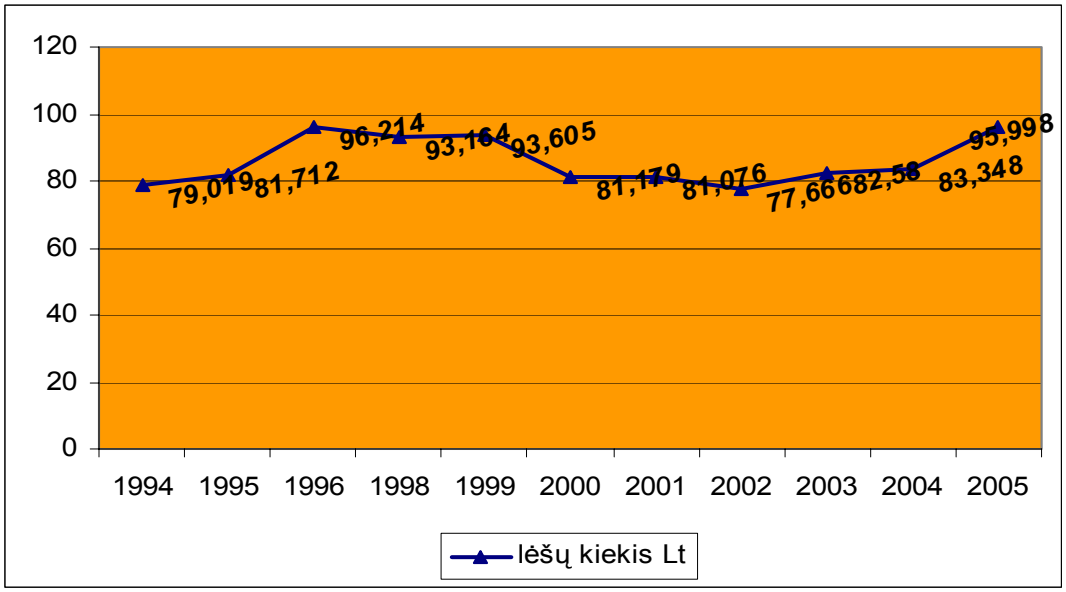
7 pav. Lėšų pasiskirstymas pagal gydymo (medicininės reabilitacijos) rūšis 1994 – 2005 m. mln. Lt.

Vystantis reabilitacijos sistemai ir keičiantis reabilitacijos paslaugų struktūrai, keitėsi ir reabilitacijos paslaugų įkainiai (kaina Lt , mokama už vieną lovadienį). Sveikatą grąžinamojo gydymo ir antirecidyvinio gydymo paslaugų įkainiai skiriasi labai nežymiai tik 7,7%, jų pokytis taip pat nebuvo toks didelis (SGG – 52 Lt, AG – 44 Lt.). Nuo1994 iki 2005 m. SGG įkainis pakilo 10,3%, AG – 12%. Nuo 1998 m., atsiradus naujoms medicininės reabilitacijos paslaugoms, jų įkainiai ženklai skyrėsi nuo AG, R III – 58,9%, R II 42,2%. Šių paslaugų įkainiai iki 2005m. keitėsi taip pat nevienodai. Daugiausiai pakilo AR įkainis – 33,3%, R III - 16%, R II 21%. Daugiausiai padidėjo tų paslaugų įkainiai, kurios laikomos prioritetinėmis, ypač norint paskatinti jų vystymąsi, t.y. Reabilitacija II ir Ambulatorinė reabilitacija (8 pav.). Įkainių didėjimo tendencijos buvo labai netolygios. Paslaugų kainos visai nesikeitė nuo 1999 m. iki 2003 m.. Pastaraisiais metais kainos pradėjo kilti žymiai dažniau ir 2005 m. buvo pakeltos net du kartus. Tam įtakos turėjo SAM priimtas sprendimas didinti medicinos darbuotojų darbo užmokestį.

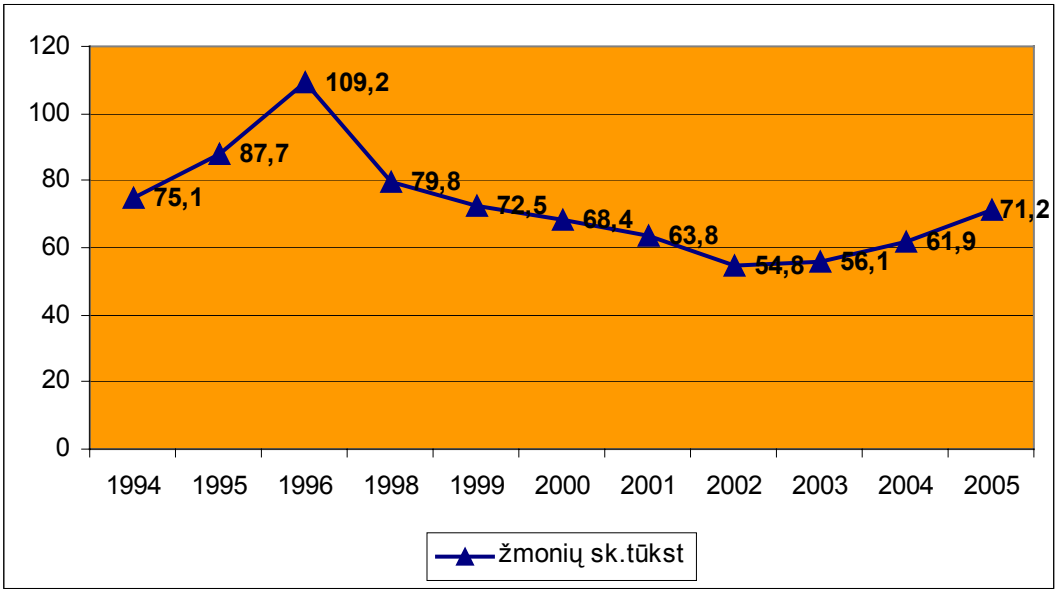


8 pav. Reabilitacijos paslaugų vieno lovadienio įkainio (Lt) kitimas 1994 – 2006 m.

Siekiant išsiaiškinti reabilitacijos paslaugų prieinamumą, buvo išanalizuotas žmonių, gavusių reabilitacijos paslaugas skaičiaus pokytis ir palygintas su skirtų lėšų medicininei reabilitacijai pokyčiu. Geriausias paslaugos prieinamumas, buvo 1996 m. – 109 tūkstančiai žmonių gavo reabilitacijos paslaugas. Tais metais buvo skirta daugiausiai lėšų reabilitacijai bei nebuvo diferencijuotas medicininės reabilitacijos įkainis, t.y. pradėta sunkių ligonių reabilitacija. Nuo 1998 m, įvedus brangesnius paslaugų įkainius bei mažėjant reabilitacijai skiriamoms lėšoms, mažėja ir reabilitacijos paslaugas gaunančių žmonių skaičius. Žmonių skaičius mažėja sparčiau, nei lėšų skaičius dėl spartėjančios sunkių ligonių reabilitacijos plėtros (9 ir 10 pav.) Iki 2002 m. paslaugos prieinamumas blogėja ir tik padidinus reabilitacijai skiriamų lėšų kiekį, paslaugą gavusių žmonių skaičius pradeda augti. Lyginant 2003 m. ir 2004 m. duomenis, matome, kad paslaugos prieinamumas išaugo daugiau – 9,4%, nei padidėjo lėšos reabilitacijai – 1%. Tam įtaką turėjo prioritetinių pigių Ambulatorinės reabilitacijos paslaugų teikimo padaugėjimas.

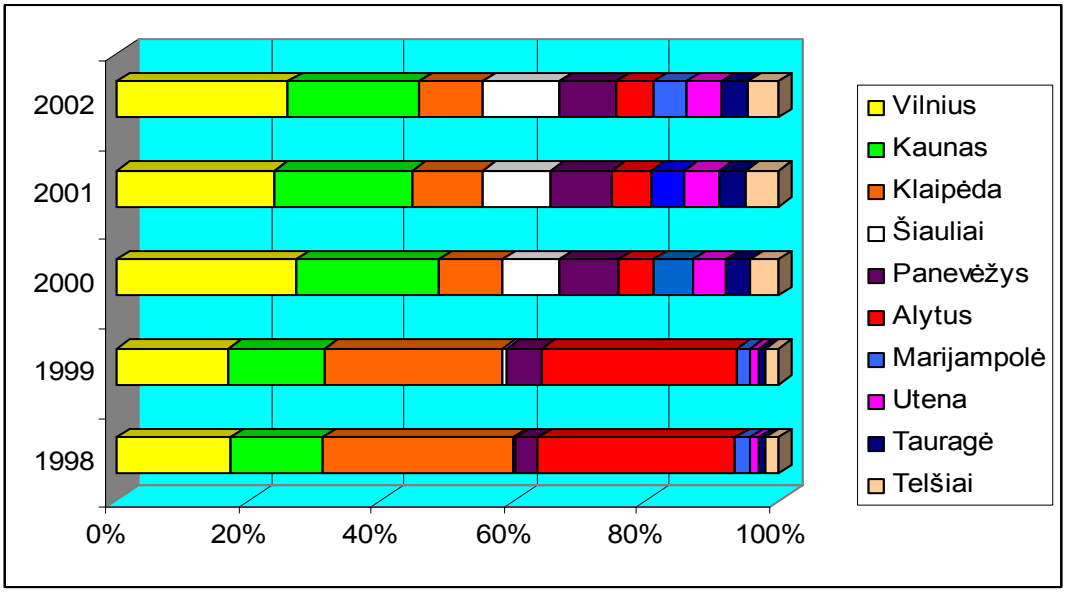


9 pav. Reabilitacijos paslaugoms skirtos lėšos (mln. Lt).

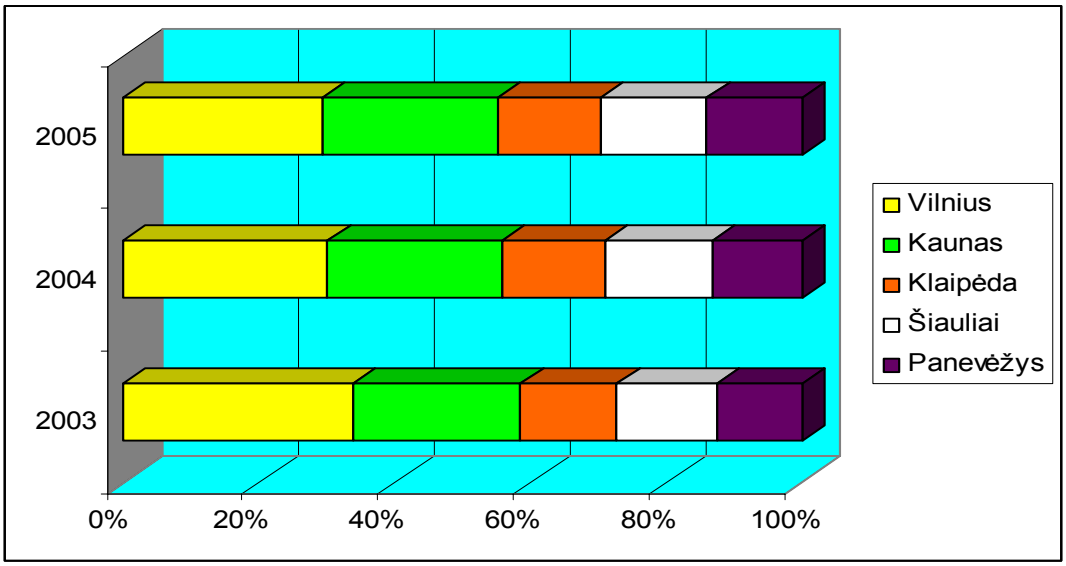


10 pav. Žmonių, gavusių reabilitacijos paslaugas skaičiaus (tūkst.).

Norint išsiaiškinti teritorinį reabilitacijos paslaugų prieinamumą, buvo analizuotos reabilitacijai skirtos lėšos pagal apskritis. Nuo 1998 m. iki 2002 m. analizuotos išlaidos pagal 10 TLK duomenis (11 pav.). Nuo 2003 m., kai buvo sumažintas TLK skaičius iki 5, nepavyko gauti 10 apskričių duomenų atskirai, todėl duomenys palyginti 5 apskrityse (12 pav.).



11 pav. Lėšų , panaudotų reabilitacijai 1998 – 2002 m. pasiskirstymas pagal 10 apskričių proc.



12 pav. Lėšų , panaudotų reabilitacijai 2003 - 2005 m. pasiskirstymas pagal 5 apskritis proc.

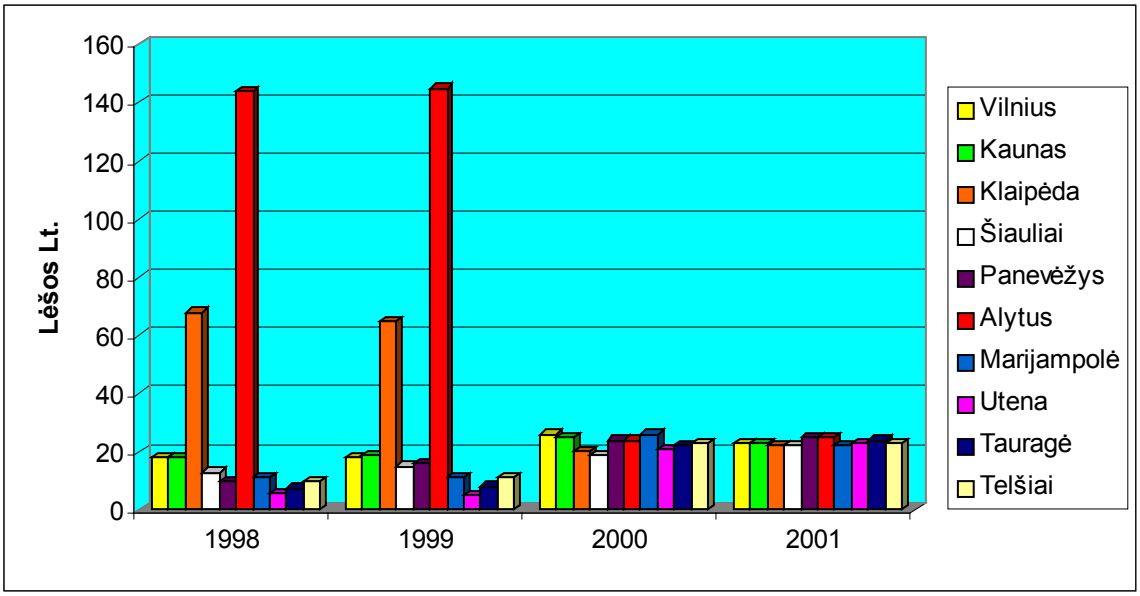
Lietuvos gyventojų skaičius apskrityse nevienodas. Reabilitacijai skirtų lėšų procentinis pasiskirstymas buvo palygintas su Lietuvos gyventojų procentiniu pasiskirstymu (3 lentelė). Iki 2000 m. reabilitacijos paslaugų prieinamumas pagal gyvenamą vietą buvo ypač netolygus. Didžiausia paslaugų dalis teko Alytaus apskrities gyventojams: 1998 m. - 29,1%, 1999m – 29,1% ir Klaipėdos apskrities gyventojams: 1998 m. – 28,2%, 1999 m. – 26,9%, atitinkamai gyventojų šiose apskrityse 5,4% ir 11,1%. Mažiausiai paslaugų teko Utenos apskrities gyventojams: 1998 m. – 1,3%, 1999 m. – 1,3% ir Tauragės apskrities gyventojams: 1998 m. – 1,1%, 1999 m. – 1,1%, atitinkamai gyventojų šiose apskrityse 5,3% ir 3,9%.

3 lentelė. Lietuvos gyventojų pasiskirstymas procentais ir reabilitacijos lėšų dalis procentais pagal apskritis nuo 1998 m. iki 2002 m.

TLK	*Gyventojų dalis %*	1998m reabilitacijos lėšų dalis %	1999m reabilitacijos lėšų dalis %	2000 m. reabilitacijos lėšų dalis %	2001m reabilitacijos lėšų dalis %	2002 m. reabilitacijos lėšų dalis %
Vilnius	*24,4*	17,0	16,7	27,3	23,8	26,2
Kaunas	*20,2*	14,4	14,5	21,4	20,1	19,6
Klaipėda	***11,1***	**28,2**	**26,9**	**9,8**	**10,7**	**9,6**
Šiauliai	*10,6*	0,9	0,9	8,7	10,2	11,6
Panevėžys	*8,6*	3,5	5,2	8,9	9,0	8,5
Alytus	***5,4***	**29,1**	**29,1**	**5,7**	**5,7**	**5,5**
Marijampolė	*5,4*	2,6	2,3	5,9	5,2	5,1
Utena	*5,3*	1,3	1,3	3,8	5,3	5,4
Tauragė	*3,9*	1,1	1,1	3,9	5,0	3,7
Telšiai	*5,1*	1,9	2,0	4,6	5,0	4,8

Ypatingai šie netolygumai matomi paskaičiavo už kokią sumą paslaugų Lt teko vidutiniškai kiekvienam gyventojui pagal gyvenamą vietą (13 pav.). 1998 m. daugiausiai teko Alytaus apskrities gyventojams - 144 Lt , mažiausiai Utenos apskrities gyventojams – 6 Lt. Palyginus šiuos duomenis matome, kad reabilitacijos paslaugos prieinamumas 1998 m. Alytaus apskrities gyventojams buvo net 23 kartus didesnis nei Utenos apskrities gyventojams.

Nuo 2000 m. reabilitacijos paslaugų prieinamumas pasikeitė iš esmės. Tam lemiamą reikšmę turėjo valstybės administracinės priemonės. Iki 2000 m. reabilitacijos paslaugas teikiančios įstaigos sudarydavo finansiškai apibrėžtas metines sutartis su VLK. 2000 m. reabilitacijos paslaugų finansavimas iš VLK perduodamas į TLK. Iš esmės pakeičiamas reabilitacijos paslaugų prieinamumas. Pakeitus sutarčių sudarymo tvarką ir įvedus laisvos rinkos principus, Reabilitacinės įstaigos sudarydamos sutartis be finansinio įsipareigojimo su TLK, neturi galimybių įtakoti ligonių siuntimą. Už ligonio siuntimą atsako siunčianti įstaiga, ligonis turi galimybę pasirinkti gydymo įstaigą. 2002 m. vidutiniškai vienam gyventojui reabilitacijos išlaidos sudarė nuo 22 Lt Marijampolės ir Klaipėdos apskrityse iki 25 Lt Panevėžio ir Alytaus apskrityse.



13 pav. Lėšų , tenkančių vienam gyventojui Lt palyginimas pagal apskritis 1998 – 2001 m.

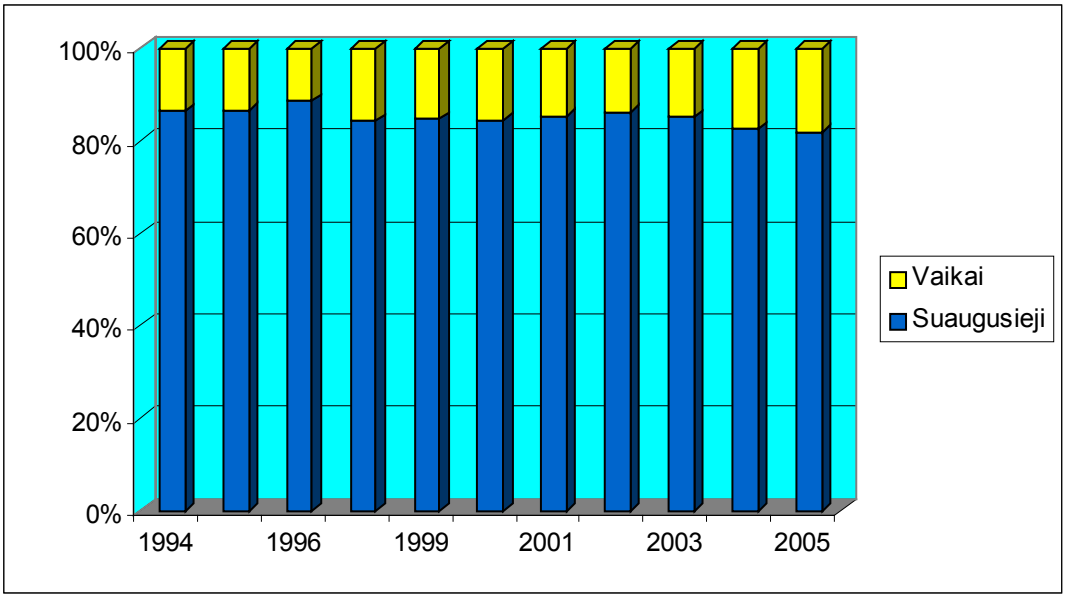
Kaip pagrindinė jėga sąlygojusi didelį reabilitacijos paslaugų prieinamumo netolygumą – tai netolygiai išsidėsčiusios reabilitacijos įstaigos (4 lentelė). Lentelėje apžvelgiamas įstaigų skaičiaus kitimai tik nuo 1998 m., ankstesnių duomenų rasti nepavyko. Pradėjus vystyti medicininę reabilitaciją, jai buvo pritaikytos sanatorijos. Didžiausia sanatorijų koncentracija, kuriose įrengta daugiausiai lovų 1998 m. buvo Lietuvos kurortuose: Druskininkuose - 9, Palangoje - 7 ir Birštone – 2 sanatorijos. Prie Vilniaus ir Kauno buvo priemiestinės sanatorijos, tačiau jos buvo kelis kartus mažesnės nei kurortų sanatorijos.

Reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų skaičius iki 2000 m. beveik nekito, jų buvo apie 30. Nuo 2000 m. pradėjus vystytis brangiai, sunkių ligonių reabilitacijai (Reabilitacija II), sparčiai pradėjo steigtis reabilitacijos skyriai miestų ligoninėse bei daugiaprofilinėse ligoninėse. 2001m. reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų skaičius, lyginant su 2000 m. padidėjo net 10 įstaigų (24%). Nuo 2002 m., pradėjus sparčiau vystytis ambulatorinės reabilitacijos paslaugoms, įstaigų skaičius dar išaugo. Nuo 2002 m. iki 2004 m. atsidarė dar 21 įstaiga (33%). Vis daugiau ambulatorinės reabilitacijos įstaigų steigiasi prie miestų poliklinikų. Besiplečianti reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų geografija iš esmės pagerina šių paslaugų prieinamumą.

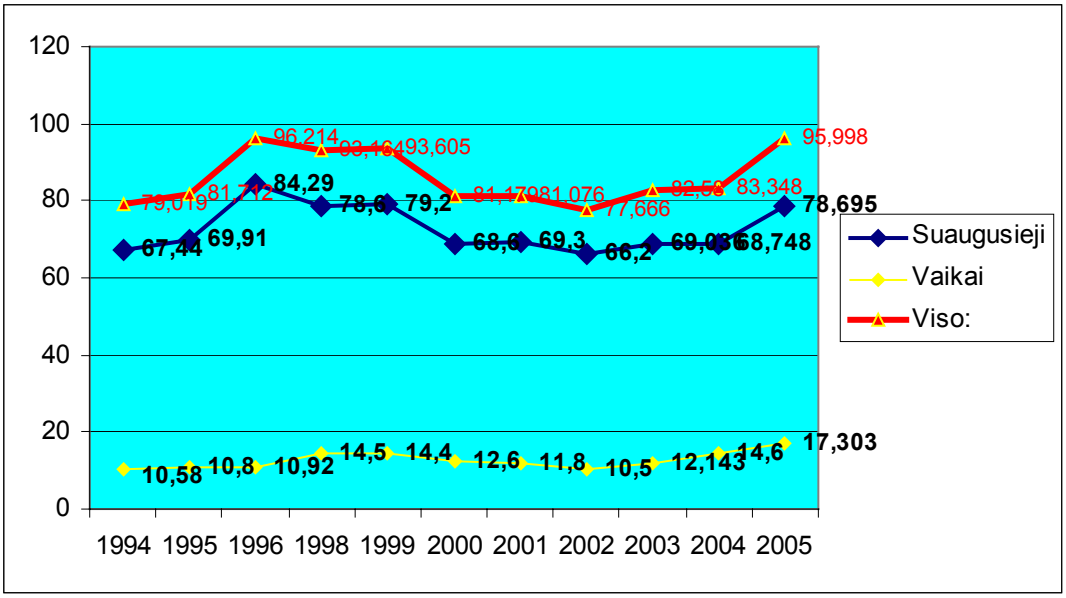
4 lentelė. Lietuvos reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų skaičius pagal apskritis.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Vilniaus TLK	6	6	6	8	11	13	15	14
Kauno TLK	6	6	7	9	10	11	11	11
Klaipėdos TLK	7	7	7	9	12	13	15	15
Šiaulių TLK	0	0	1	2	2	3	3	3
Panevėžio TLK	1	1	1	1	1	2	3	3
Alytaus TLK	10	10	10	10	11	10	10	10
Marijampolės TLK	0	0	0	1	1	1	2	2
Utenos TLK	1	1	1	1	2	2	2	2
Tauragės TLK	0	0	0	1	2	2	2	2
Telšių TLK	0	0	0	1	1	1	1	1
Viso akredituotų reabilitacijos įstaigų:	31	31	33	43	53	58	64	63

Nuo reabilitacijos sistemos kūrimosi pradžios kaip prioritetas buvo deklaruojama ir vaikų reabilitacija. Tačiau galima rasti daug nusiskundimų, kad vaikų reabilitacijai skiriamas per mažas dėmesys, jie skriaudžiami suaugusiųjų sąskaita. Tai parodė ir reabilitacijos paslaugoms vaikams ir suaugusiems skiriamų lėšų palyginimas. Statistikos departamento duomenimis, 2005 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 3 400 tūkst. Gyventojų iš jų - 718,8 vaikų. Atsižvelgiant į sparčiai didėjančią migraciją (iš Lietuvos išvyko per 300 tūkst. asmenų), vaikai sudaro 25% visų šalies gyventojų. VLK direktoriaus įsakymu 2003 m., įgyvendinant Vaikų sveikatos metų programą, buvo nutarta skirti vaikų reabilitacijai iki 20% visu reabilitacijai skirtų lėšų. Lėšų, skiriamų vaikų reabilitacijai analizė (14 ir 15 pav.) parodė, kad jų kiekis priartėjo prie 20% visų reabilitacijai skirtų lėšų, tik 2004 m. ir 2005 m., priėmus minėtą VLK įsakymą.



14 pav. Lėšų skirtų vaikų ir suaugusių medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui palyginimas 1994 – 2005 m. %.



15 pav. Lėšų skirtų vaikų ir suaugusių medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui palyginimas 1994 – 2005 m. mln. Lt.

Reabilitacijos paslaugų struktūros analizė parodė, kad:

- Finansavimas reabilitacijos paslaugoms mažėjo nuo 1999 m. iki 2002 m. - 17% ir tik nuo 2003 m. pradėjo vėl didėti. 2005 m., lyginant su 2002 m., padidėjo 24%. Palyginus, kaip keitėsi reabilitacijai skirtų lėšų dalis nuo privalomo sveikatos draudimo fondo lėšų, paaiškėjo, kad šis

pokytis yra mažėjantis. Analizuojant finansavimo pokyčius, galima teigti jog reabilitacija nėra prioritetinė sveikatos sistemos sritis.

- Įdiegtos naujos reabilitacijos paslaugų organizavimo formos: Reabilitacija II, Reabilitacija III, Ambulatorinė reabilitacija, Palaikomoji reabilitacija, kurios pradėjo sparčiai vystytis nuo 1998 m., tai diferencijavo reabilitacijos paslaugų teikimą pagal ligonių sunkumą.

- Nuo lengvų ligonių sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo pereita prie sunkių ligonių medicininės reabilitacijos. 1994 m. antiecidyviniam gydymui skiriamos lėšos sudarė 43% visų reabilitacijos lėšų, 1998 m. – 26,6%, o 2003 m. jau tik - 0,1% , nuo 2004 m. jo faktiškai visai atsisakyta.

- Įvestas diferencijuotas reabilitacijos paslaugų įkainis, sudarė prielaidas teikti reabilitacijos paslaugas sunkiems pacientams. Paslaugų įkainio pakėlimas, paspartino prioritetinių paslaugų Reabilitacija II ir Ambulatorinės reabilitacijos vystymą.

- Teritorinių ligonių kasų reabilitacijos paslaugų finansavimo ir teikimo kontrolės mechanizmai, tiesiogiai įtakojo teritorinį paslaugų teikimo prieinamumą. Buvo panaikinti iki 2003 m. vyravę didžiuliai paslaugų prieinamumo teritoriniai netolygumai, kai jį tiesiogiai įtakojo gyvenamoji vieta ir kiek reabilitacijos įstaigų yra šioje teritorijoje.

- Atsiradus Ambulatorinės reabilitacijos paslaugoms bei pradėjus atidarinėti reabilitacijos skyrius daugiaprofilinėse ligoninėse sparčiai išsiplėtė paslaugas teikiančių įstaigų tinklas. 1998 m. Lietuvoje reabilitacijos paslaugas teikė tik 31 įstaiga ir jų pagrindinė koncentracija buvo Druskininkuose ir Palangoje, o 2004 m. reabilitacijos paslaugas teikia jau 64 įstaigos. Jų tolygesnis pasiskirstymas, naujų atsiradimas apskrityse žymiai pagerino teritorinį reabilitacijos paslaugų prieinamumą.

- Teikiant reabilitacijos paslaugas išlieka per mažas dėmesys vaikų reabilitacijai. Nors buvo imtasi priemonių tačiau lėšų, skiriamų vaikų reabilitacijai analizė parodė, kad lėšų skiriamų vaikams kiekis 2004 m. ir 2005 m. sudarė apie 20% nuo visų reabilitacijos lėšų. Norint įgyvendinti lygiateisiškumo ir prioritetiškumo vaikų sveikatai principus, reikalingi papildomi valstybinio reguliavimo dokumentai, kurie leistų vaikų reabilitacijai skirti iki 25% visų reabilitacijos lėšų.

5.3 Lietuvos reabilitacijos sistemos reformos vertinimas – ekspertų apklausa

Tam, kad įvertintume reabilitacijos sistemos paslaugų kitimą bei reabilitacijos sistemos reformos sėkmę Lietuvoje, pritaikytas kokybinis tyrimo metodas – ekspertų apklausa. Buvo pasirinktos keturios tikslinės ekspertų grupės, kurios dalyvauja Lietuvos reabilitacijos sistemos

kūrime, ją įtakoja ir turi reabilitacijos žinių. Apklausai pasirinktas standartizuoto interviu metodas. Suformuluota penkiolika klausimų, siekiant išsiaiškinti reabilitacijos sistemos vystymosi kryptis, teigiamas ir neigiamas tendencijas bei suformuluoti pasiūlymus šios sistemos kūrimo gerinimui. Apklausa buvo vykdoma apklausiant kiekvieną ekspertą telefonu arba elektroniniu paštu. Pirmieji du klausimai buvo anketiniai duomenys, kiti dvylika klausimų buvo skirti išsiaiškinti ekspertų nuomonę apie reabilitacijos raidą bei problemas Lietuvoje nuo 1992 m. Paskutiniu klausimu buvo prašoma pateikti rekomendacijas, kaip pagerinti reabilitacijos paslaugų kokybę ir prieinamumą Priedas Nr.1.

Parenkant ekspertus, buvo siekiama išsiaiškinti nuomonę pagrindinių reabilitacijos sistemos dalyvių, kurie įtakoja sistemos kūrimą ir joje vykstančius procesus. Pasirinktos keturios pagrindinių dalyvių grupės:

1. Valstybinių institucijų specialistai, tiesiogiai dalyvaujantys Reabilitacijos sistemos kūrimo darbe bei formuojantys reabilitacijos sistemos politiką;
2. Reabilitacijos specialistų rengėjai - mokslo įstaigų pedagogai, kurie dalyvauja reabilitacijos specialistų rengime ir jų švietimo programų kūrime;
3. Reabilitacijos paslaugų teikėjai;
4. Reabilitacijos paslaugų gavėjai (vartotojai).

Apklausiant **valstybinių institucijų specialistus**, tiesiogiai dalyvaujančius Reabilitacijos sistemos kūrimo darbe buvo stengtasi įtraukti tuos reabilitacijos ekspertus, kurie rengia reabilitacijos paslaugų teikimo tvarką, dalyvauja šios sistemos kūrimo darbe nuo nagrinėjamo laikotarpio pradžios. Apklausti šie ekspertai:

- Prof. Hab. M. dr**. A.Kriščiūnas** - Kauno medicinos universiteto Reabilitacijos klinikos vadovas, SAM reabilitacijos vyriausias ekspertas nuo 1992 metų, Lietuvos reabilitologų asociacijos prezidentas
- Gyd. **A.Taminskas** – VLK vyriausias specialistas, atsakingas už reabilitaciją, aktyvus Lietuvos reabilitologų asociacijos valdybos narys
- Gyd. **R.Klimavičius** – NDNT vyriausias specialistas, atsakingas už reabilitaciją, leidinio Lietuvos reabilitacijos strategija autorius, aktyvus Lietuvos reabilitologų asociacijos valdybos narys
- Gyd. **R.Leišys** - Vilniaus TLK vyriausias specialistas, atsakingas už reabilitaciją
- M. dr. Gyd. **A.Andziulis** – SAM vyriausias specialistas, atsakingas už reabilitaciją

Parenkant **pedagogų atstovus**, buvo pakviesti tie, kurie dalyvauja reabilitacijos specialistų rengime ir jų švietimo programų kūrime. Interviu parinkti vedantys švietimo įstaigų, rengiančių reabilitacijos specialistus atstovai:

- Doc. M.dr**. L.Švedienė** – Klaipėdos Universitetą, slaugos ir reabilitacijos fakulteto docentė
- Gyd. **J.Kesienė** – VU, Medicinos fakulteto, reabilitacijos katedros dėstytoja, programų koordinatorė
- Doc. **G.Krutulytė** – Kūno kultūros akademija, Kineziterapijos katedros vedėja
- **M.Žukauskienė** – Vilniaus kolegija, Medicinos fakultetas, Reabilitacijos katedros vedėja
- **E.Ramelienė** – slaugytojų tobulinimosi centras, direktoriaus pavaduotoja, programų koordinatorė

Lietuvoje reabilitacijos **paslaugas teikia** per 60 Reabilitacijos įstaigų. Parenkant jų atstovus, klausta nuomonės didžiausių kurortinių sanatorijų, reabilitacijos ligoninių ir pirmojo etapo paslaugų teikėjų vadovų nuomonės. Apklausti šie ekspertai:

- **R.Domarkas** - Sanatorija „Eglė“, direktorius
- Gyd. **J. Daratienė** – Palangos reabilitacijos ligoninė, neurologinės reabilitacijos skyriaus vedėja
- **R. Šukevičius** – Vaikų sanatorija „Saulutė“ , direktorius
- **Gyd.J. Paškevičienė** – VGPUL, reabilitacijos skyriaus vedėja
- **V.Dumbrovas** – Vilniaus sanatorija „Pušyno kelias“, direktorius

Reabilitacijos **paslaugų gavėjų (vartotojų)** nuomonei pateikti buvo pasirinkti 5 didžiausių Lietuvos neįgaliųjų ir pacientų nevyriausybinių organizacijų atstovai:

- **K.Kosovskaja** – Lietuvos žmonių su stuburo pažeidimais asociacijos (LŽSPA) prezidentė
- **G.Žemataitytė** –Lietuvos žmonių su negalia sąjungos valdybos narė, projektų koordinatorė
- **J.Požėraitė** - IĮ “Centimetras” savininkė, Įmonė turi socialinės įmonės statusą, LŽSPA įkūrėja ir garbės prezidentė.
- **J.Bernatavičius** – Lietuvos Paraplegikų Asociacijos, valdybos narys
- **E.Urbonienė** – Vaikų sveikatinimo asociacijos prezidentė, Vaikų Nevyriausybinių organizacijų konfederacijos direktorė

Apdorojant anketos duomenis atlikta kokybinė analizė išryškinant pateiktą ekspertų nuomonę bei apibendrinant jų nuomonę apie reabilitacijos sistemos pokyčius nuo1992 m. Atskiri faktai, tokie kaip teigiami, neigiami pokyčiai, problemos, pasiūlymai, palyginti pagal ekspertų grupes. Platesnė apklausos santrauka pateikta 2 priede.

Tyrimo rezultatai:

Siekiant išsiaiškinti ar reabilitacijos sistemos pokyčiai Lietuvoje nagrinėjamu laikotarpiu vyko teigiama kryptimi, ekspertų buvo paprašyta įvertinti *jų kokybę*. **Reabilitacijos sistemos pokyčius** nuo 1992 m iki dabar, visi 15 ekspertų vertina teigiamai **– gerai**.

Vertinant Lietuvos reabilitacijos sistemos *pokyčių mastą,* siekta išsiaiškinti ar šiuos pokyčius galima pavadinti esminiais t.y. **reabilitacijos sistemos reforma**. Visi valstybinių institucijų ekspertai bei reabilitacijos specialistų rengėjai šiuos pokyčius įvardino kaip **reabilitacijos sistemos reformą Lietuvoje** (19 pav.).

Valstybinių institucijų ekspertai teigia, kad iki tol Lietuvoje visai nebuvo reabilitacijos sistemos, buvo taikomos tik pavienės reabilitacijos priemonės ir akcentuojama tik kardiologinių ligonių reabilitacija.

Šiai nuomonei antrina **reabilitacijos specialistų rengėjai**: atsirado diferencijuotos reabilitacijos paslaugos, reglamentuota jų teikimo tvarka, pradėti rengti nauji reabilitacijos specialistai, paruoštos jų mokymo programos Kolegijose ir Universitetuose. Reabilitacijos paslaugų teikėjų ir paslaugų vartotojų nuomonė išsiskyrė. 2 paslaugų teikėjai ir 1 paslaugų vartotojas į šį klausimą atsakė neigiamai.

Paslaugų teikėjai teigia, kad iš esmės pasikeitė ne tik reabilitacijos paslaugos, bet ir jas teikiančios įstaigos,sukurta eilė teisės aktų, reglamentuojančių reabilitacijos paslaugų teikimą. Tiesa dalis sprendimų priimta tam momentui, vėliau jų įgyvendinimas nekontroliuojamas ir nekoordinuojamas, ko rezultatas - įvairių sprendimų kratinys. **Reabilitacijos paslaugų vartotojai** teigia, kad reforma turi siekti pagerinti paslaugos kokybę ir prieinamumą, tačiau taip yra ne visada. Jie sutinka, kad pokyčiai esminiai, iki tol neturėjome supratimo, kas tai yra reabilitacija. Šiandien akivaizdžiai suteikiama reabilitacija stipriai susirgusiam žmogui, tačiau iki išbaigtos reabilitacijos dar daug ko trūksta. Kur dėtis neįgaliajam po reabilitacijos – butas nepritaikytas, visuomenė, jos aplinka, transportas nelaukia neįgalaus.

Apibendrinti pokyčius kaip reformą galima šia nuomone: nuo 1992 metų medicininė reabilitacija žengė didelį žingsnį į priekį. Atsirado specializuotos reabilitacijos įstaigos, smarkiai prasiplėtė reabilitacinių paslaugų ratas, pradėti ruošti reabilitacijos specialistai, beveik visos medicinos sritys naudojasi reabilitacijos paslaugomis. Iki 1992 m. reabilitacija praktiškai nebuvo vykdoma arba jos vykdymas pasireiškė tik per fizioterapines procedūras.

Kaip esminius **teigiamus reabilitacijos sistemos pokyčius** ekspertai įvardino keletą faktų:

Valstybinių institucijų ekspertų nuomone esminiai teigiami pokyčiai – tai materialaus resurso išsaugojimas (nesugriautos sanatorijos), žmogiškojo resurso didinimas – naujų reabilitacijos specialistų parengimas, atsirado reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų sistema. Finansavimo sistemos pokyčiai, tai medicininės reabilitacijos paslaugų finansavimas iš PSDF biudžeto atskira eilute bei sumažėjęs sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų, reabilitacijos paslaugos pradėtos teikti etapais, diferencijuotos paslaugų kainos, nustatyti ligonių siuntimo prioritetai, bei reabilitacijos įstaigoms nustatyti paslaugų kokybės teikimo reikalavimai.

Reabilitacijos specialistų rengėjai papildomai akcentavo pasikeitusią specialistų rengimo sistemą, kuri atitinka ES standartus, bei naujų reabilitacijos specialistų rengimą.

Paslaugas teikiančių įstaigų atstovų nuomone vertingiausi pokyčiai tai paslaugų prieinamumo pagerėjimas dėl galimybės rinktis reabilitacijos įstaigą, neįgaliųjų medicininės reabilitacijos atsiradimas, neįgaliųjų pacientų, kuriems taikoma reabilitacija, skaičiaus didėjimas. Jie pažymi ir pasikeitusį reabilitacijos specialistų darbo modelį ,tai kompleksinės reabilitacijos modelio įdiegimas, naujų reabilitacijos metodų ir priemonių taikymas bei sėkmingai įdiegti komandinio darbo principai.

Paslaugų vartotojai labai pozityviai įvertina požiūrio į neįgalų žmogų pokyčius, siekius integruoti jį į visuomenę ir padėti būti jai būti naudingu bei aplinkos pritaikymą neįgaliesiems reabilitacijos įstaigose. Visi ekspertai kaip labiausiai vertingą faktą akcentavo pasikeitusį požiūrį į reabilitaciją iš esmės.

Kaip **neigiamus reabilitacijos sistemos pokyčius** ekspertai įvardino labai platų ratą problemų:

Valstybinių institucijų ekspertų nuomone neigiami pokyčiai – tai pasikeitęs požiūris į pacientą iš esmės. Pasukome bloga kryptimi mėgindami gydyti, o po to ir reabilituoti ne asmenį, bet organus ar atskiras organų sistemas. Teikiant reabilitacijos paslaugas, dar nesukurti reabilitacijos paslaugų standartai, o senieji nebeatitinka ES standartų, reforma nukrypo į žinybiškumą ir siaurų interesų tenkinimą, kur visuomenės interesas tapo antraeiliu. Pablogėjo paslaugos prieinamumas - tik pusė pacientų gauna reabilitacijos paslaugas, kuriems jos reikia. Iki 2002 metų buvo mažinamas ir taip menkas reabilitacijos paslaugų finansavimas. Be to atsirado ydingas pacientų požiūris – jie

nesuinteresuoti reabilitacijos rezultatais dėl jiems palankios neįgaliųjų socialinių lengvatų sistemos. Geriau gauti mažą pašalpą, nei mažą atlyginimą.

Reabilitacijos specialistų rengėjai pastebėjo, kad nors nauji reabilitacijos specialistai sparčiai ruošiami, bet įstaigose ženkliai per mažas darbo vietų skaičius reabilitacijos specialistams, be to prasidėjo sparti specialistų migracija iš Lietuvos. Per reabilitacijos priemones ankščiai buvo skiriamas didesnis dėmesys ligų profilaktikai, dabar ši nuostata išnyko.

Paslaugas teikiančių įstaigų atstovai atkreipė dėmesį į neigiamus pokyčius kuriant paslaugas teikiančių įstaigų tinklą, t. y. atsirado galimybė bet kurioje gydymo įstaigoje atsidaryti reabilitacijos skyrių, tik „popieriuje“ vykdantį reabilitaciją, nes už tai neblogai moka, bet nėra valstybinio požiūrio į paslaugų prieinamumo gerinimą stiprinant esamas įstaigas ir užtikrinant ligoniams transporto paslaugas.

Paslaugos vartotojai pažymi, neigiama tai, kad žmogus, ignoruojamas po neįgalumo gavimo (pvz.: po traumos, ligos) praėjus keliems metams. Reabilitaciją neįgalusis gauna tik pirmaisiais neįgalumo metais, o vėliau sanatorinis, medicininis ar kitoks reabilitacinis gydymas jam tapo neprieinamas. Jie atkreipė dėmesį į sumažėjusį dėmesį vaikų reabilitacijai.

Kuriant Lietuvos reabilitacijos sistemą klaidų bei neigiamų posūkių neišvengta. Kaip ir kiekvienos sistemos kūrimas/įgyvendinimas neapsieina be klaidų. Tai yra normalus kelias tobulinti sistemą, t.y. daryti klaidas, jas taisyti ir mokytis iš klaidų.

Šiandieninėje Lietuvos reabilitacijos sistemoje yra **nemažai trūkumų**, kuriuos įvadino reabilitacijos ekspertai:

Valstybinių institucijų ekspertai įvardino daug svarbių problemų: nepakankamas reabilitacijos paslaugų finansavimas, per platus ir ilgas sąrašas siuntimui į reabilitaciją, pirmas reabilitacijos etapas neefektyvus, nėra šių paslaugų reglamentavimo, apmokėjimo tvarkos, nukreipiant ligonius, kartai pažeidžiami prieinamumo ir prioritetų principai, trūksta ryšio tarp medicininės ir profesinės bei socialinės reabilitacijos, blogas ambulatorinės reabilitacijos paslaugų prieinamumas, trūksta kvalifikuotų reabilitacijos specialistų. Jų nuomone trūksta ir valstybinio požiūrio: reabilitacijos sistema neorientuota į rezultatą, nėra rezultato įvertinimo ir kontrolės sistemos, nesiekiama visuomenei labiausiai naudingo rezultato nėra proceso valdymo, finansavimas neatitinka visuomenės poreikių ir ES reglamento. Ekspertai akcentuoja, kad neišvystyta profesinė reabilitacija, žmonės ja nesuinteresuoti, jiems patogiau nedirbti ir naudotis lengvatomis.

Reabilitacijos specialistų rengėjų teigimu trūkumai reabilitacijos sistemoje glaudžiai siejasi su bloga sveikatos sistemos padėtimi Lietuvoje (sunku išlaikyti specialistus Lietuvoje,

neadekvatūs įkainiai). Tai nepakankamas finansavimas, trūksta institucijų, kurios dalyvauja įvairiose reabilitacijos sistemos dalyse koordinavimo.Taip, matomai, yra todėl, kad jos priklauso skirtingoms ministerijoms Sveikatos apsaugos, Socialinės apsaugos ir darbo, Švietimo ir mokslo ir kitoms.

Reabilitacijos paslaugų teikėjai akcentuoja reabilitacijos paslaugų įkainio atotrūkį nuo realių paslaugos kaštų. Jų nuomone valstybė dar neskaičiuoja kiek jai kainuoja miręs, invalidas ar nedirbantis žmogus. Nesutvarkyta pirmojo reabilitacijos etapo apmokėjimo sistema, neapmokamos kineziterapeuto paslaugos taip prarandama daug brangaus laiko ir vėliau reabilituojame komplikacijas, vargina labai paini siuntimo į reabilitaciją tvarka. Dauguma darbdavių jaučia kvalifikuotų reabilitacijos specialistų trūkumą ypač toliau nuo didmiesčių.

Paslaugų vartotojų interesus atstovaujantys ekspertai pateikė labai daug konkrečių problemų:

Vis dar yra nepritaikytų poliklinikų, ambulatorijų žmonėms, judantiems vežimėliais, sunkiai vaikštantiems;

Jai neįgalusis nori važiuoti į sanatoriją palaikomajai reabilitacijai, jis turi 10 d. atvaikščioti į procedūras poliklinikoje. Tačiau sunkiai judančiam žmogui tai yra didelė problema. Nes dažnu atveju tai gaunas žmogaus varginimas, o ne sveikatinimas. Į polikliniką reikia nuvykti, atlikti procedūras ir grįžus namo jau gali tik gulėti, o reikia ir valgyt pasigaminti ir pan.;.

Vaikų cerebrinis paralyžius yra tik jaunuoliams iki 21 m. po to – liekamieji reiškiniai po VCP. Ši liga nepagydoma ir į sanatorijas žmonių nesiunčia. O tokiems žmonėms taip pat bent kartą į metus reikia praeiti palaikomąją reabilitaciją;

Procedūros sanatorijose ir poliklinikose turi limitą, t.y. žmogui su tokia liga priklauso tiek, su kitokia tiek procedūrų. Neatsižvelgiama į žmogaus būklę;

Į teritorinę ligonių kasą, esančią Plačiojoj g. Vilniuje negalima patekti žmogui, judančiam neįgaliojo vežimėliu!!! Nors jie skelbiasi, kad įstaiga yra pritaikyta;

Neišspręstas žmonių, nelaikančių šlapimo, aprūpinimo kompensuojamomis priemonėmis klausimas;

Reabilitologo kabinetas poliklinikose – aukščiausiame aukšte;

Rajoninių poliklinikų gydytojai reabilitologai dažnu atveju nekompetentingi konsultuoti žmones po stuburo traumų, nefrologinius ligonius;

Nefrologinis ligonis po klubo sąnario operacijos guli reabilitacijos skyriuje. Pasibaigus jiems gyvybiškai būtiniems vaistams reabilitacijos skyrius jų neišrašo, nes jie yra labai brangūs, o poliklinika neišrašo todėl, kad jie guli ligoninėje. Žmogus, priverstas pats pirkti vaistus, vien todėl, kad šioje sistemoje kažkas kažką nepažiūrėjo (švelniai tariant). Vyresnio amžiaus žmonėms (po

insulto , pvz.) rajonuose neskiria reabilitacijos sanatorijose, motyvuodami, kad vietoj vieno seno žmogaus galėtų nuvažiuoti jaunesnio amžiaus žmogus. Tokiems žmonėms geriausiu atveju siūlo slaugos ligoninę, bet ten patekęs žmogus tik guli, gaudamas tik tokias paslaugas kaip vaistų leidimas. O sanatorijose jam galima būtų pritaikyti daug įvairesnių procedūrų, kurios padėtų greičiau ir labiau atsistatyti sveikatai;

Didžiulės eilės poliklinikose;

Mažesniuose miestuose ar rajonuose gyvenantys neįgalieji gali tik pasvajoti apie būsto pritaikymą jų reikmėms ar tinkamą slaugą, aprūpinimą kompensacine techniką ir pan. Šiuolaikinė reabilitacija net negarantuoja, kad neįgalusis tarkim gaus tinkamą vežimėlį, atstojantį jam kojas...

Nepakankamą finansavimą ir neadekvatų įkainį problemų sąraše minėjo visas reabilitacijos sistemos dalyvių grupes atstovaujantys ekspertai.

Paprašius įvertinti patvirtintą **Lietuvos reabilitacijos programą** net 14 apklausos dalyvių atsakė „nežinau“, motyvuodami tuo, kad nežino ar tokia programa yra. Ekspertų nuomone nėra reabilitacijos vystymo programos, kurią vykdytų valstybės institucijos ir vadovautų vyriausybė, yra atskiri paslaugų reguliavimo mechanizmai. Lietuvos reabilitacijos programos atitikmuo yra 2002 06 07 LR Vyriausybės Nutarimu Nr.850 patvirtinta Nacionalinė neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programa 2003–2012 metams. Vienas iš šios programos įgyvendinimo tikslų – sukurti efektyvią kompleksinę ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus, įgalinančią pradėti reabilitaciją jau pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki maksimalaus funkcinio aktyvumo atgavimo.

Ekspertų nuomonė apie **paslaugų atitikimą pacientų lūkesčiams** buvo nevienareikšmiška.

Valstybinių institucijų ekspertų nuomone teikiant medicinos paslaugas, tame tarpe ir reabilitacijos, patenkinti pacientų lūkesčius neįmanoma, su šia problema susiduria visos valstybės. Jie pabrėžė, kad didžiausia dalis gyventojų nuo senų laikų reabilitaciją supranta, kaip sanatorinį gydymą, todėl jie yra nepatenkinti, kad ši paslauga nebeteikiama nemokamai. Tačiau didžiausia problema tai, kad ne visi pacientai, kuriems reikalinga reabilitacija, gali ja pasinaudoti dėl lėšų stygiaus.

Reabilitacijos specialistų rengėjų nuomone sunku patenkinti pacientų lūkesčius, kadangi dalis procedūrų yra mokamos, reabilitacijos paslaugas teikiančiose įstaigose dar dažnai

trūksta kvalifikuotų ergoterapeutų, kineziterapeutų, logopedų, socialinių darbuotojų, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų bei kitų specialistų.

Reabilitacijos paslaugų teikėjai mano, kad pacientų nepasitenkinimą dažniausiai sukelia jų nesiuntimas į reabilitaciją, kita vertus pacientams nepaaiškinamas galutinis reabilitacijos tikslas, jie nežino kokie bus galutiniai reabilitacijos rezultatai. Pacientai vis dar nežino, kas tai yra reabilitacija, tikisi stebuklo, patys nedėdami pastangų. Dažnai pacientai kelia per didelius reikalavimus maistui, buitinėms sąlygoms, užmiršdami, kad atvyko dėl medicininių reabilitacijos paslaugų.

Paslaugų vartotojų nuomonę atstovaujantys ekspertai visi teigia, kad reabilitacijos paslaugos neatitinka pacientų ir ypač neįgaliųjų lūkesčių. Kaip lūkesčių neatitikimo priežastį, jie įvardino ne paslaugos kokybę, bet tai kad ši paslauga neprieinama. Todėl, kad nemokamos sanatorinės reabilitacijos negauna, žmonės patyrę stuburo traumas seniau, kaip prieš 3 m. Gali tikėtis tik palaikomosios reabilitacijos. Palaikomajai reabilitacijai yra didelės eilės ir nedidelės kvotos. Gauti palaikomąją reabilitaciją ypač sunku dirbančiam žmogui su negalia. Tokiam žmogui siūloma važiuoti žiemą, bet tada būna slidu, šalta. Viena iš šios situacijos susidarymo priežasčių – daugelis sanatorijų virto komercinėmis. Jose vyrauja „savaitgalių reabilitacija". Žmogus, siekiantis to kas jam net pagal įstatymus priklauso, jaučiasi nusižeminęs.

Viena iš pagrindinių reabilitacijos sistemos problemų – tai nepakankamas **reabilitacijai skiriamų lėšų kiekis** ir dėl to mažėjantis paslaugos prieinamumas. Vertindami finansavimo pokyčius, visi ekspertai vieningai teigė, kad finansavimas, nors ir didėja paskutiniais metais, yra nepakankamas:

Valstybinių institucijų ekspertų nuomone finansavimas neatitinka Europos Sąjungos realijų. Finansavimas nesusietas su rezultatu, todėl pakankamumo suskaičiuoti neįmanoma. Per mažas reabilitacijos finansavimas tiesiogiai blogina paslaugų prieinamumą, per mažas lovadienio įkainis ir paslaugos kokybę.

Neigiamai finansavimo pokyčius vertina ir **reabilitacijos specialistų rengėjai.**

Visi **paslaugas teikiantys specialistai** akcentavo nepakankamus paslaugos įkainius. Sunkių ligonių reabilitacija tampa nuostolinga dėl sparčiai didėjančių paslaugų kaštų, įkainio kilimas nepasiveja išlaidų kilimo.

Paslaugų vartotojai atsakydami neigiamai į šį klausimą, motyvavo blogėjančiu paslaugos prieinamumu.Į reabilitaciją papulti neįmanoma, jai gydytojas ir nori pasiųsti pacientą, jį riboja siuntimų kvotos.

Dėl riboto reabilitacijos paslaugų finansavimo, natūraliai kyla klausimas dėl **reabilitacijos paslaugų prioritetų.** Šiuo klausimu ekspertai turėjo dvi nuomones:

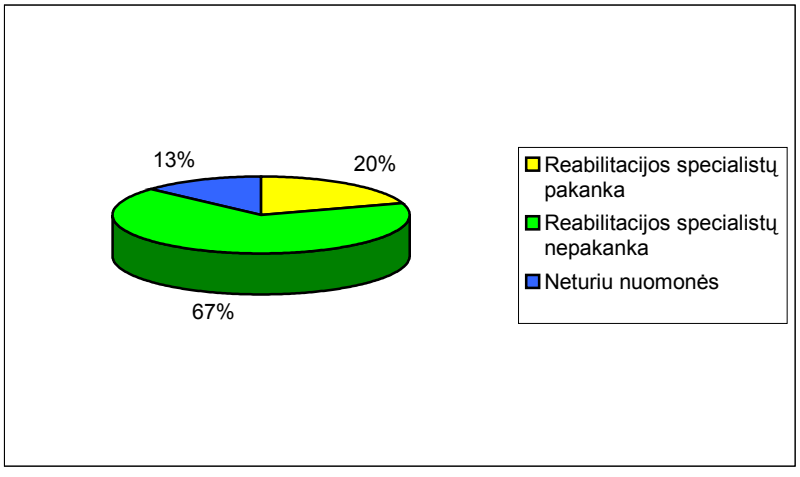
Valstybinių institucijų ekspertai, reabilitacijos specialistų rengėjai ir paslaugų teikėjai vardino reabilitacijos prioritetus: vaikams, judėjimo negalią turintiems pacientams, sergantiems neurologinėmis, kardiologinėmis, onkologinėmis ligomis, darbingo amžiaus žmonėms, suinteresuotiems reabilitacijos rezultatais, kuriems reabilitacija gali atstatyti sutrikusias biosocialines funkcijas.

Paslaugų vartotojų ekspertų nuomonė buvo vienareikšmiška – jei reikia reabilitacijos – negalioja jokie prioritetai, svarbu gera pacientų atrankos sistema.

Reabilitacijos specialistai. Nuo 1992m. buvo pradėta sparčiai vystyti reabilitacijos specialistų rengimo sistema. Šioje srityje įvyko esminiai pokyčiai. Paruoštos ergoterapeutų, kineziterapeutų mokymo kolegijose ir universitetuose programos, pagal kurias dabar ruošiami šie specialistai. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų mokymo programa, pagal kurią ruošiami šie specialistai Lietuvoje atitinka Europos Sąjungos reikalavimus, keliamus šios specialybės gydytojų mokymui.Įgyvendintas socialinių darbuotojų medicinoje ruošimas. Tačiau reabilitacijos specialistų Lietuvoje poreikis vis dar nepatenkintas, ypač periferijoje. Paskutiniais metais jis dar padidėjo dėl spartėjančios specialistų migracijos.

Beveik visi **valstybinių institucijų ekspertai bei reabilitacijos specialistus rengiantys ir paslaugas teikiantys ekspertai** teigia , kad reabilitacijos specialistų Lietuvoje trūksta.

Reabilitacijos paslaugų vartotojai teigė, kad jų netrūksta, ar neturėjo nuomonės (16 pav.).



16 pav. Ekspertų nuomonė apie reabilitacijos specialistų poreikį.

Apie **pokyčius reabilitacijos specialistų rengimo sistemoje** ekspertai turėjo labai vieningą nuomonę. Visi teigė, kad prasidėję pokyčiai šioje sistemoje dar negalutinai. Šiuo metu reabilitacijos specialistų rengimo standartai jau atitinka Europos Sąjungos standartus, tačiau nepakankama materialinė techninė bazė. Ruošiant visus specialistus, kurie dirbs įstaigose, teikiančiose reabilitacijos paslaugas būtinas teorinių ir praktinių užsiėmimų ciklas apie komandinio darbo organizavimą, darbo komandoje specifiką, neįgaliųjų poreikius, medicininę, socialinę ir profesinę reabilitaciją.

Reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų bazę dauguma ekspertų įvertino teigiamai, kaip besikeičiančią į gerą pusę. Jų nuomone įstaigų pakanka, tačiau svarbiau yra stiprinti ir, jei reikia, plėsti esamas, nes reabilitacijos įranga ir priemonės yra brangūs. Pagal įstaigų teikiamų paslaugų kokybę, pagal ten patenkančių žmonių skaičių, norėtųsi pasikeitimų į gerą pusę.Tai pasakytina ir apie buvusius poilsio namus pavirtusius į reabilitacines įstaigas bei reabilitacijos skyrius ligoninėse.

Viena tendencija labai jaudina visus ekspertus. Jie nuogąstauja, kad greitai bus juntamas didelis reabilitacijos įstaigų deficitas, dėl jų perėjimo į komerciją – SPA verslą.

Tai ypač akcentuoja **paslaugų vartotojai**: pakliūti neįgaliam žmogui, judančiam vežimėliu, į sanatoriją – problema. Jam pritaikytos vietos yra užimtos. Druskininkai, apskritai, vengia ratuotų. Vokiečiai, Lenkai , ir kiti užsieniečiai bei savaitgaliniai poilsiautojai daug labiau laukiami, nes jų kišenės pilnesnės.

Reabilitacijos ekspertai pateikė labai daug vertingų **pasiūlymų**, kaip tobulinti reabilitacijos sistemą ir gerinti reabilitacijos paslaugų kokybę bei prieinamumą. Ekspertų pasiūlymai ir nuomonė apibendrinta ir panaudota darant darbo išvadas bei pateikiant pasiūlymus. Kiekvieno eksperto pasiūlymai pilnai pateikti Priede Nr.2.

IŠVADOS

1. Reabilitacijos sistemos pokyčiai Lietuvoje nuo 1992 m iki 2005 m. yra esminiai: atsirado specializuotos reabilitacijos įstaigos, smarkiai prasiplėtė reabilitacinių paslaugų ratas, pradėta vykdyti kompleksinė reabilitacija, pradėti ruošti reabilitacijos specialistai, beveik visos medicinos sritys naudojasi reabilitacijos paslaugomis, įdiegtas multidisciplinarinis komandos principas reabilitacijos specialistų darbe.
2. Teisės aktų analizė parodė, kad Lietuvoje nėra vieningos reabilitacijos vystymo programos, nors yra patvirtinta eilė dokumentų, reglamentuojančių reabilitacijos paslaugų teikimą. Atskiri teisės aktai tiesiogiai įtakojo reabilitacijos paslaugų struktūros pokyčius, vystant prioritetines reabilitacijos kryptis, gerinant šių paslaugų prieinamumą bei kokybę. Tačiau norint sukurti vientisą reabilitacijos sistemą, įgyvendinančią reabilitacijos strategijos principus bei atitinkančią ES nuostatas būtina sukurti vieningą reabilitacijos vystymo programą, kurią vykdytų atsakingos valstybės institucijos ir vadovautų vyriausybė.
3. Reabilitacijos paslaugų struktūra nuo 1992 m. iki 2005 m. pasikeitė labai ženkliai. Buvo įgyvendintas strateginis siekis pereiti nuo lengvų ligonių sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo link sunkių ligonių, kuriems sutrikusios biosocialinės funkcijos, reabilitacijos. Antirecidyvinio gydymo nuo 2003 m. faktiškai visai atsisakyta. Įvestas diferencijuotas reabilitacijos paslaugų įkainis, sudarė prielaidas teikti reabilitacijos paslaugas sunkiems pacientams. Paslaugų įkainio pakėlimas, paspartino prioritetinių paslaugų Reabilitacija II ir Ambulatorinės reabilitacijos vystymą.
4. Teritorinių ligonių kasų reabilitacijos paslaugų finansavimo metodai tiesiogiai įtakojo paslaugų teritorinio prieinamumo netolygumų panaikinimą, kuris vyravo iki 2003 m. Išsiplėtęs bei sustiprėjęs reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų tinklas taip pat pagerino teritorinį paslaugų prieinamumą.

Atlikus tyrimą, matome, kad iškelta hipotezė pasitvirtino - medicininės reabilitacijos paslaugų struktūros kitimą labiausiai įtakojo paslaugų finansavimo pokyčiai, o ne pati reabilitacijos strategija.

PASIŪLYMAI

1. Atsižvelgiant į besivystančią reabilitacijos sistemą, sukurti vieningą reabilitacijos vystymo programą, kurią vykdytų atsakingos valstybės institucijos ir vadovautų vyriausybė. Tai pagerintų sistemos pokyčių kokybę ir vientisumą, pokyčiai vyktų sparčiau ir koordinuotai.
2. Sveikatos politikos argumentuose naudoti skaičiavimus, kurie įvertintų prarastų gyvenimo metų ir invalidumo kaštus. Tobulinant reabilitacijos sistemą, siekti didžiausio rezultato reabilituoti asmenis taip, kad maksimaliai sumažinti pagalbos ir slaugos poreikį bei sugražinti maksimalų neįgaliųjų skaičių į BVP kūrėjų gretas.
3. Tam kad būtų padidintas reabilitacijos paslaugų prieinamumas, vystyti pigesnes, ambulatorinės reabilitacijos paslaugas. Plėsti ambulatorinės reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų tinklą kiekviename mieste, įvesti kineziterapeuto paslaugų apmokėjimo sistemą bei pareigybes prie Pirminės sveikatos priežiūros centrų.
4. Tobulinti reabilitacijos specialistų rengimo programas, vystant kartu su ES standartais. Įvertinti , kiek kainuoja išvykęs dirbti kitur valstybės lėšomis paruoštas specialistas ir tai panaudoti specialistų migracijos stabdymui.
5. Būtina pradėti vystyti namų reabilitaciją, ypač sunkios negalios žmonėms. Tai pats pigiausias ir arčiausiai paciento priartintas reabilitacijos modelis. Šis modelis labai išvystytas ES šalyse, leidžiantis pagerinti reabilitacijos paslaugų prieinamumą.
6. Sureguliuoti reabilitacijos paslaugų įkainius. Stiprinti materialinę techninę reabilitacijos įstaigų bazę, siekiant pradėti teikti modernias šiuolaikines reabilitacijos paslaugas ne tik SPA klientams, bet ir pacientams, kuriems jos būtinos.
7. Tobulinti įstatyminę bazę, reglamentuojančią reabilitacijos paslaugų teikimą. Parengti reabilitacijos paslaugų standartus. Sukurti reabilitacijos efektyvumo vertinimo sistemą.
8. Teikti prioritetą vaikų medicininei reabilitacijai. Planuojant lėšas vaikų reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui, laikytis proporcijos, atsižvelgiant į suaugusių ir vaikų, gyvenančių šalyje skaičiaus santykį.
9. Aktyviai įtraukti neįgaliųjų nevyriausybines organizacijų ir pacientų organizacijų atstovus į reabilitacijos sistemos tobulinimo procesą.
10. Pasitelkti visuomenės švietimą, per informacines priemones skleisti informaciją apie reabilitacijos paslaugas, reabilitacijos tikslus ir uždaviniu, efektyvumą, prevencijos priemones ir naudą visuomenei.
11. Sukurti geresnę statistikos duomenų bazę, kuri leistų tiksliau analizuoti reabilitacijos paslaugų pokyčius, prieinamumą bei numatyti vystymosi tendencijas ir poreikį.

LITERATŪROS SĄRAŠAS IR ŠALTINIAI

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios. 1992, Nr. 33-1014.
2. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 31 d. nutarimas Nr. 1-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“ // Valstybės žinios. 1991, Nr. 33-893.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1998, Nr. 112-3099.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios. 1998, Nr. 109-2995.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 123-5512.
6. Lietuvos Respublikos darbo kodeksas // Valstybės žinios. 2002, Nr. 64–2569.
7. Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimas Nr. IX-1187 „Dėl valstybės ilgalaikės raidos strategijos” // Valstybės žinios. 2002, Nr. 113-5029.
8. Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas // Valstybės žinios. 1991 gruodžio 31, Nr. 36 – 969; 2004.05.22, Nr. 83-2983.
9. Konvencija Nr. 159 „Dėl (invalidų) profesinės reabilitacijos ir užimtumo” (1983 m.) // Valstybės žinios, 1996, Nr. 30-741.
10. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. rugsėjo 16 d. nutarimas Nr. 1068 “Dėl Valstybinės ligonių kasos įsteigimo” // Valstybės žinios. 1996, Nr. 88-2083.
11. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 1996 m. lapkričio 20 d. įsakymas Nr. 53 “Dėl teritorinių ligonių kasų įsteigimo ir direktorių skyrimo”. // Valstybės žinios. 1996, Nr. 88-2083.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 birželio 03 d. įsakymas Nr. 362 “Dėl sveikatos grąžinamojo gydymo, reabilitacijos bei antirecidyvinio gydymo organizavimo”. // Valstybės žinios. 1997, Nr.86-421.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 vasario 25 d. įsakymas Nr. 92 “Dėl ligonių reabilitacijos, sveikatos grąžinamojo gydymo ir antirecidyvinio gydymo organizavimo”. // Valstybės žinios. 1999, Nr.22-626.
14. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 7 d. nutarimas Nr. 850 „Dėl Nacionalinės žmonių su negalia socialinės integracijos 2003-2012 metų programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2002, Nr. 57-2335.

15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 liepos 11 d. įsakymas Nr. V-444 “Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo”. // Valstybės žinios. 2003, Nr.56-1241.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-935 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 123:2004 „Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“patvirtinimo // Valstybės žinios. 2004, Nr. 172-386.
17. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. balandžio 18 d. nutarimas Nr. 413 „Dėl Profesinės reabilitacijos pašalpos skyrimo ir mokėjimo nuostatų patvirtinimo” // Valstybės žinios, 2005, Nr. 51-1699.
18. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2005 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. A1-159 „Dėl reikalavimų profesinės reabilitacijos paslaugas teikiančioms įstaigoms aprašo patvirtinimo” // Valstybės žinios, 2005, Nr. 70-2543.
19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio 10 d. įsakymas Nr. 495 “Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2002, Nr. 101-4523.
20. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2003, Nr. 28-1147.
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programos patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2004, Nr. 144-5268.
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 15 d. įsakymas Nr. V-718 „Dėl sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos ir jos įgyvendinimo veiksmų bei priemonių planų patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2004, Nr. 160-586
23. Tarptautinių žodžių žodynas. (Dictionary of internationalterms). Vilnius: Alma Littera; 2003.
24. Klimavičius R. Reabilitacijos strategija. (Rehabilitation strategy). Kaunas: KMU leidykla; 1995.
25. Kriščiūnas A. ir aut. Reabilitacija. Kaunas: KMU leidykla; 1996.
26. Kriščiūnas A. Reabilitacijos metodų ir priemonių efektyvumas. Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencijos medžiaga. Kaunas: KMU leidykla; 2002.
27. Kriščiūnas A. Reabilitacijos metodų ir priemonių efektyvumas. Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencijos medžiaga. Kaunas: KMU leidykla; 2004.

28. Kriščiūnas A. Effectiveness of methods and menas of rehabilitation. Baltijos reabilitologų asociacijos konferencijos medžiaga. Kaunas: KMU leidykla; 2005.
29. Kriščiūnas A. Reabilitacijos raida Lietuvoje (Praeitis, dabartis, ateitis) Medicina. Kaunas; 2005, 41(3).
30. Dineika K. Judėjimas, kvėpavimas, psichofizinė treniruotė. (Movement, breathing, psychophysical training). Vilnius: Mokslas; 1984.
31. O`Sullivan S.B. Physical rehabilitation F.A.Davis company. Philadelphia 2000.
32. Rethinking Rehabilitation. Abstract book of the 20th World Congress of Rehabilitation International; 2004 Jun 21–24; Oslo, Norway; 2004.
33. International classification of functioning, disability and health. World Health Organization. Geneva; 2001.
34. Rethinking Rehabilitation. Abstract book of the 20th World Congress of Rehabilitation International; 2004 Jun 21–24; Oslo, Norway; 2004.
35. Europos socialinė chartija (pataisyta) // Valstybės žinios, 2001. Nr. 49-1704, Nr. 53.
36. Tarptautinės darbo organizacijos (TDO) 1983 m. 159 konvencija ,,Dėl (invalidų) profesinės reabilitacijos ir užimtumo“; (LR ratifikuota 1994 m. birželio 23 d. įstatymu Nr. I-507 // Valstybės Žinios, 1996.04.03, Nr. 30-741);
37. Konvencija Nr. 159 ,,Dėl (invalidų) profesinės reabilitacijos ir užimtumo” (1983 m.) // Valstybės žinios, 1996, Nr. 30-741.
38. Asvallas J. E. Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje.- Vilnius: Atviros Lietuvos fondas, 2000.
39. Bartoševičienė V. Ekonominė statistika: mokomoji knyga.- Kaunas: Technologija, 2001. P. 4 – 40; 74 – 81.
40. Corkery E. J., Daddon T. O., O'Nuallain C., Land T. Management of Public Service Reform.- Brussels: International Institute of Administrative Sciences, 1998.
41. Černiauskas G., Dobravolskas A., Murauskienė L. ir kt. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste.- Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2000.
42. Finansinis sveikatos priežiūros įstaigų valdymas ir apskaita. Phare sveikatos priežiūros reformos projektas, 1998.
43. Jakušovaitė I., Ž. Darulis. Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės // Medicina, 2004. Nr. 40 (9). P. 825 – 832.

44. Jankauskienė D. Sveikatos reformos sprendimų poveikio gyventojų sveikatai ir paslaugų prieinamumui įvertinimas // Sveikatos mokslai, 2000. Nr. 1 (11). P. 5 – 11.
45. Jankauskienė D. Sveikatos sistemos reformos Lietuvoje 1990-1998 m. įvertinimas: daktaro dis. sant.: biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata.- Kaunas: KMU leidykla, 2000.
46. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai.- Kaunas: Judex, 2002.
47. Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pereinamuoju laikotarpiu. Phare sveikatos priežiūros reformos projektas, 1997.
48. Martišius S. A., Kėdaitis V. Statistika: statistinės analizės teorija ir metodai.- Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2003. I dalis. P. 82 – 92; 201 – 206.
49. Martišius S. A., Kėdaitis V. Statistika: statistikos išvados ir sprendimai.- Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2004. II dalis. P. 153 – 161; 193 – 200.
50. Liublijanos chartija apie sveikatos apsaugos reformą Europoje // Pasaulio Sveikatos organizacija. 1996.
51. Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas.1998.- Vilnius: „Medikų žinių leidykla“, 1999.
52. Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas. 1999. Pagrindiniai 1998 metų Lietuvos gyventojų demografiniai ir sveikatos rodikliai.- Vilnius: „Medikų žinių leidykla“, 2000.
53. Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas. 2000. Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimas integruojantis į Europos Sąjungą.- Vilnius: „Medikų žinių leidykla“, 2001.
54. Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas. 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos.- Vilnius: „Baltijos kopa“, 2002.
55. Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas. 2002. Lietuvos gyventojų traumos, nelaimingi atsitikimai ir kitos visuomenės sveikatos aktualijos.- Vilnius: „Baltijos kopa“, 2003.
56. Ottawa Charter for health Promotion // WHO. 1986.
57. Sveikatos drauda. Valstybinės ligonių kasos informacinis leidinys, 2005. Nr. 1.
58. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2004 m. LR SAM, Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2005.
59. Tidikis R. Socialinių mokslų tyrimų metodologija.- Vilnius, Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras, 2003.
60. http://www.autoinfa.lt/webdic/; prisijungimo laikas: 2006.10.04.
61. http://www.std.lt/; prisijungimo laikai: 2006.06.04; 2006.08.10 ir 2006.10. 20.

62. http://www3.lrs.lt/pls/inter/www_viewer.ViewDoc?p_int_tekst_id=9558&p_int_tv_id=1916 ; prisijungimo laikas: 2006.09.25.
63. http://www.vcv.lt/statistika/gyvensena2000/1483.html; prisijungimo laikas: 2006.10.25.
64. http://www.vlk.lt; prisijungimo laikas: 2006.11.05.
65. http://www.sam.lt; prisijungimo laikas: 2006.08.10, 2006.10. 20, 2006.11.05.
66. www.healthinternetwork.net; prisijungimo laikas: 2006.01.20
67. www.healthy.net; prisijungimo laikas: 2006.01.20

SANTRAUKA

Magistrinio darbo tikslas yra įvertinti medicininės reabilitacijos sistemos reformos pagrindinius trūkumus ir privalumus, nustatyti pagrindinius tai įtakojančius veiksnius ir remiantis analizės duomenimis bei reabilitacijos sistemos kūrime dalyvaujančių ekspertų nuomone, pateikti pasiūlymus kaip gerinti reabilitacijos paslaugų teikimo kokybę ir prieinamumą Lietuvoje.

Darbo teorinėje dalyje analizuojami reabilitacijos sistemos pokyčių teoriniai pagrindai. Nagrinėjami norminiai aktai, moksliniai darbai ir kiti literatūros šaltiniai , aprašantys reabilitacijos sistemos raidą, struktūrą, reabilitacijos etapus, paslaugų rūšis bei jų vietą Lietuvos Nacionalinėje sveikatos sistemoje. Praktinėje dalyje analizuojami reabilitacijos sistemos pokyčiai Lietuvoje nuo 1992 m. iki 2005 m. Analizę sudaro trys dalys. Pirmoje dalyje analizuojami teisės aktai turėję įtaką reabilitacijos sistemos pokyčiams, buvo įvertintas kiekvieno jų tiesioginis poveikis reabilitacijos paslaugų struktūrai bei sąsajos su Lietuvos reabilitacijos strategijoje įvardintais reabilitacijos sistemos kūrimo principais. Antroje dalyje buvo atlikta reabilitacijos efektyvumo statistinių rodiklių analizė. Analizuota reabilitacijos paslaugų struktūra jos rodiklių kitimai bei teisės aktų, įtaka šiems pokyčiams. Trečioje dalyje apibendrinami anketinės apklausos duomenys. Tam, kad įvertintume reabilitacijos sistemos paslaugų kitimą bei reabilitacijos sistemos reformos sėkmę Lietuvoje, atlikta ekspertų apklausa. Buvo pasirinktos keturios tikslinės ekspertų grupės, kurios dalyvauja Lietuvos reabilitacijos sistemos kūrime, ją įtakoja ir turi reabilitacijos žinių. Apklausai pasirinktas standartizuoto interviu metodas.

Įvykdžius iškeltus uždavinius, nustatyta, kad Reabilitacijos sistemos pokyčiai Lietuvoje nuo 1992 m iki 2005 m. yra esminiai. Nors nėra vieningos Lietuvos reabilitacijos vystymo programos, eilė dokumentų, reglamentuojančių reabilitacijos paslaugų teikimą užtikrino reabilitacijos sistemos teigiamus pokyčius. Atskiri teisės aktai tiesiogiai įtakojo reabilitacijos paslaugų struktūros pokyčius, vystant prioritetines reabilitacijos kryptis, gerinant šių paslaugų prieinamumą bei kokybę. Reabilitacijos paslaugų struktūra nuo 1992 m. iki 2005 m. pasikeitė labai ženkliai. Buvo įgyvendintas strateginis siekis pereiti nuo lengvų ligonių sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo link sunkių ligonių, medicininės reabilitacijos. Teritorinių ligonių kasų reabilitacijos paslaugų finansavimo metodai tiesiogiai įtakojo paslaugų teritorinio prieinamumo netolygumų panaikinimą. Analizė parodė, kad reabilitacijos sistema vystosi teigiama kryptimi, tiesa nepakankamai sparčiai.

Darbe pateikti pasiūlymai dėl tolimesnio reabilitacijos sistemos tobulinimo, kad būtų pagerinta reabilitacijos paslaugų kokybė ir prieinamumas.

SUMMARY

The purpose of the master paper is to evaluate the key advantages and drawbacks of the reform of the medical rehabilitation system, to establish its influencing factors and, based on the data of analysis and the opinion of the experts participating in the development of the rehabilitation system, to develop suggestions how to improve the quality and accessibility of the rehabilitation services in Lithuania.

In the theory part of the paper the theoretical base of the changes in the rehabilitation system are analysed. Legal acts, scientific papers and other sources of literature dealing with the development, structure, steps of rehabilitation, types of services and their place in the National Health Care System in Lithuania. The practical part analysis the changes in the rehabilitation system in the period From 1992 to 2005. The analysis consists of three parts. The first part deals with the legal acts, which influenced the changes in the rehabilitation system, the direct impact of each of them on the structure of services and the correlation with the principles defined in the Lithuanian Rehabilitation System Development Strategy. The second part contains the analysis of the statistical data of the rehabilitation efficiency. The structure of the rehabilitation services, the changes in its indexes and the influence of the legal acts have been analysed. The third part summarise the data of the questionnaire. A survey among experts has been carried with the purpose to evaluate the changes of the rehabilitation system as well as the success of its reform in Lithuania. Four target groups of experts, which participate in the development of the Lithuanian rehabilitation system, influence it and have the knowledge about rehabilitation, were selected. The method of standard interviewing was selected for the survey.

Having reached the set objectives it has been established that the changes in the rehabilitation system in Lithuania in the period from 1992 to 2005 were essential. Though the uniform rehabilitation development system in Lithuania does not exist, a number of individual documents regulating the supply of the rehabilitation services conditioned positive changes in the rehabilitation system. Individual legal acts directly influenced the changes in the structure of rehabilitation services in the course of development of the priority directions of rehabilitation by improving the quality and accessibility of the services. The structure of the rehabilitation services from 1992 to 2005 changed significantly. The strategic goal to change from the sanatoria (recurrence) treatment of light patients to the medical rehabilitation of heavy cases was implemented. The financing methods of the rehabilitation services from the State Patient territorial

Fund directly influenced the removal of the uneven distribution of the territorial accessibility. The analysis showed that the system is developing in the right direction, though is not fast enough.

The paper makes some suggestions regarding the further development of the rehabilitation system, aiming at improvement of the quality and accessibility of the rehabilitation services.

PRIEDAI

1 Priedas

Anketa

Gerbimas kolega,

Mykolo Riomerio Universiteto Viešojo administravimo fakulteto magistrantė atlieka tyrimą, kurio tikslas yra išnagrinėti medicininės reabilitacijos sistemos pokyčius Lietuvoje nuo1992 metų. Tyrimui labai svarbi vedančių Lietuvos reabilitacijos specialistų ir aktyvių reabilitacijos paslaugų sistemos dalyvių nuomonė. Jūsų pastabos ir pasiūlymai yra labai svarbūs, jie bus panaudoti apibendrinant reabilitacijos paslaugų pokyčius Lietuvoje. Nuoširdžiai dėkoju už atsakymus.

1. Vardas Pavardė, pareigos:
2. Santykis su reabilitacijos sistema:
3. Kaip vertinate reabilitacijos sistemos pokyčius nuo 1992 metų?
    a. Labai gerai
    b. Gerai
    c. Patenkinamai
    d. Blogai
    e. Labai blogai
4. Ar galite pavadinti šiuos pokyčius reabilitacijos sistemos reforma Lietuvoje?
    a. Taip
    b. Ne
    c. Nežinau

Paaiškinkite savo noumonę.

5. Įvardinkite teigiamus medicininės reabilitacijos sistemos pokyčius nuo 1992 metų?
6. Įvardinkite neigiamus pokyčius medicininės reabilitacijos sistemos pokyčius nuo 1992 metų?
7. Kokie didžiausi reabilitacijos sistemos trūkumai šiandien?

8. Kaip vertinate patvirtintą reabilitacijos vystymo programą Lietuvoje?
    a. Gerai
    b. Patenkinamai
    c. Blogai
    d. Nežinau
9. Kaip galvojate ar reabilitacijos paslaugos atitinka pacientų lūkesčius? Kodėl?
10. Kaip vertinate finansavimo pokyčius medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui? Kokios pastarųjų metų tendencijos?
11. Kokiems pacientams, jūsų nuomone, turėtų būti suteiktas prioritetas siunčiant medicininei reabilitacijai?
12. Ar pakanka reabilitacijos specialistų Lietuvoje?
    a. Taip
    b. Ne
    c. Nežinau
13. Ar rekalingi pokyčiai reabilitacijos specialistų rengimo sistemoje?
    a. Taip
    b. Ne
    c. Nežinau
14. Kaip vertinate reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų bazę Lietuvoje?
15. Jūsų pasiūlymai.

Su pagarba Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoja Gintarė Vaitkienė

2 Priedas

Anketos santrauka, pateikiant ekspertų nuomonę apie reabilitacijos sistemos raidą Lietuvoje

1 – 2. Apklausos dalyviai ir jų santykis su reabilitacijos sistema:

1. Prof. Hab. M. dr**. A.Kriščiūnas** - Kauno medicinos universiteto Reabilitacijos klinikos vadovas, SAM reabilitacijos vyriausias ekspertas nuo 1992 metų, Lietuvos reabilitologų asociacijos prezidentas
2. Gyd. **A.Taminskas** – VLK vyriausias specialistas, atsakingas už reabilitaciją, aktyvus Lietuvos reabilitologų asociacijos valdybos narys
3. Gyd. **R.Klimavičius** – NDNT vyriausias specialistas, atsakingas už reabilitaciją, leidinio Lietuvos reabilitacijos strategija autorius, aktyvus Lietuvos reabilitologų asociacijos valdybos narys
4. Gyd. **R.Leišys** - Vilniaus TLK vyriausias specialistas, atsakingas už reabilitaciją
5. M. dr. Gyd. **A.Andziulis** – SAM vyriausias specialistas, atsakingas už reabilitaciją
6. Doc. M.dr**. L.Švedienė** – Klaipėdos Universitetą, slaugos ir reabilitacijos fakulteto docentė
7. Gyd. **J.Kesienė** – VU, Medicinos fakulteto, reabilitacijos katedros dėstytoja, programų koordinatorė
8. Doc. **G.Krutulytė** – Kūno kultūros akademija, Kineziterapijos katedros vedėja
9. **M.Žukauskienė** – Vilniaus kolegija, Medicinos fakultetas, Reabilitacijos katedros vedėja
10. **E.Ramelienė** – slaugytojų tobulinimosi centras, direktoriaus pavaduotoja, programų koordinatorė
11. **R.Domarkas** - Sanatorija „Eglė“, direktorius
12. Gyd. **J. Daratienė** – Palangos reabilitacijos ligoninė, neurologinės reabilitacijos skyriaus vedėja
13. **R. Šukevičius** – Vaikų sanatorija „Saulutė“ , direktorius
14. **Gyd.J. Paškevičienė** – VGPUL, reabilitacijos skyriaus vedėja
15. **V.Dumbrovas** – Vilniaus sanatorija „Pušyno kelias“, direktorius
16. **K.Kosovskaja** – Lietuvos žmonių su stuburo pažeidimais asociacijos (LŽSPA) prezidentė
17. **G.Žemataitytė** –Lietuvos žmonių su negalia sąjungos valdybos narė, projektų koordinatorė
18. **J.Požėraitė** - IĮ “Centimetras” savininkė, Įmonė turi socialinės įmonės statusą, LŽSPA įkūrėja ir garbės prezidentė.
19. **J.Bernatavičius** – Lietuvos Paraplegikų Asociacijos, valdybos narys
20. **E.Urbonienė** – Vaikų sveikatinimo asociacijos prezidentė, Vaikų Nevyriausybinių organizacijų konfederacijos direktorė

3. Kaip vertinate reabilitacijos sistemos pokyčius nuo 1992 metų?
Visi 15 ekspertų vertina teigiamai **– gerai**.

4. Ar galite pavadinti šiuos pokyčius reabilitacijos sistemos reforma Lietuvoje?
Taip (atsakė 12 ekspertų)
Ne (atsakė 3 ekspertai)
Nežinau

Paaiškinkite savo nuomonę:
A.Kriščiūnas, A.Andziulis, L.Švedienė, J.Kiesienė ir A.Taminskas teigia, kad iki tol Lietuvoje visai nebuvo reabilitacijos sistemos.
M.Žukauskienės nuomone atsirado diferencijuotos reabilitacijos paslaugos, reglamentuota jų teikimo tvarka.

A.Domarkas teigia, kad iš esmės pasikeitė ne tik reabilitacijos paslaugos, bet ir jas teikiančios įstaigos.
R.Šukevičius ir J.Paškevičienės teigimu, reformos esmė tai teisės aktų, reglamentuojančių reabilitacijos paslaugas patvirtinimas.
J.Bernatavičius nuomone: Nuo 1992 metų medicininė reabilitacija žengė didelį žingsnį į priekį. Atsirado specializuotos reabilitacijos įstaigos, smarkiai prasiplėtė reabilitacinių paslaugų ratas, pradėti ruošti reabilitacijos specialistai, beveik visos medicinos sritys naudojasi reabilitacijos paslaugomis. Iki 1992 metų reabilitacija praktiškai nebuvo vykdoma arba jos vykdymas pasireiškė tik per fizioterapines procedūras.

5. Įvardinkite teigiamus medicininės reabilitacijos sistemos pokyčius nuo 1992 metų?
A.Andziulio nuomone esminiai teigiami pokyčiai – tai materialaus resurso išsaugojimas (nesugriautos sanatorijos), žmogiškojo resurso didinimas – naujų reabilitacijos specialistų parengimas, atsirado reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų sistema.
R.Leišio ir A.Taminsko nuomone esminiai teigiami finansavimo sistemos pokyčiai, tai medicininės reabilitacijos paslaugų finansavimas iš PSDF biudžeto atskira eilute bei sumažėjęs sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo finansavimas iš PSDF biudžeto lėšų, reabilitacijos paslaugos pradėtos teigti etapais, diferencijuotos paslaugų kainos, nustatyti ligonių siuntimo prioritetai, bei reabilitacijos įstaigoms nustatytos paslaugų kokybės teikimo reikalavimai. R.Domarkas, E.Urbonienė, J.Požėraitė, J.Daratienė įvertino paslaugų prieinamumo pagerėjimą dėl galimybės rinktis reabilitacijos įstaigą, neįgaliųjų medicininės reabilitacijos atsiradimo, neįgaliųjų pacientų, kuriems taikoma reabilitacija, skaičiaus didėjimo, aplinkos pritaikymo neįgaliesiems reabilitacijos įstaigose.
J.Paškevičienė ir J.Bernatavičius vertina pasikeitusį reabilitacijos specialistų darbo modelį ,tai kompleksinės reabilitacijos modelio įdiegimas; naujų reabilitacijos metodų ir priemonių taikymas bei sėkmingai įdiegti komandinio darbo principai.
A.Kriščiūnas kaip labiausiai vertingą faktą akcentavo pasikeitusį požiūrį į reabilitaciją iš esmės.
K.Kosovskaja labai pozityviai įvertinu požiūrio į neįgalų žmogų pokyčius, siekius integruoti jį į visuomenę ir padėti būti jai būti naudingu.

6. Įvardinkite neigiamus pokyčius medicininės reabilitacijos sistemos pokyčius nuo 1992 metų?
A.Kriščiūnas teigia, kad pasukome bloga kryptimi mėgindami gydyti, o po to ir reabilituoti ne asmenį, bet organus ar atskiras organų sistemas.
A.Andziulis neigiamai vertina tai, kad dar nesukūrėme paslaugų standartų, o senieji nebeatitinka ES standartų, reforma nukrypo į žinybiškumą ir siaurų interesų tenkinimą, kur visuomenės interesas tapo antraeiliu. Tai patvirtina ir neįgalieji paslaugos vartotojai.
K.Kosovskajos nuomone neigiama tai, kad žmogus, imamas ignoruoti po neįgalumo gavimo (pvz.: po traumos, ligos) praėjus keliems metams. Reabilitaciją neįgalusis gauna tik pirmaisiais neįgalumo metais, o vėliau sanatorinis, medicininis ar kitoks reabilitacinis gydymas jam tapo neprieinamas.
R.Klimavičius teigia, kad tik pusė pacientų gauna reabilitacijos paslaugas, kuriems jos reikia, be to atsirado ydingas pacientų požiūris – jie nesuinteresuoti reabilitacijos rezultatais dėl jiems palankios neįgaliųjų socialinių lengvatų sistemos. Geriau gauti mažą pašalpą, nei mažą atlyginimą. Dauguma ekspertų atkreipė dėmesį į mažą paslaugų finansavimą.
A.Taminskas patvirtino, kad iki 2002 metų buvo mažinamas ir taip menkas finansavimas.
J.Paškevičienės ir J.Daratienė, J.Kiesienė atkreipė dėmesį į neigiamus pokyčius kuriant paslaugas teikiančių įstaigų tinklą, t. y. Atsirado galimybę bet kurioje gydymo įstaigoje atsidaryti reabilitacijos skyrių, tik „popieriuje“ vykdantį reabilitaciją, nes už tai neblogai moka, bet nėra valstybinio požiūrio į paslaugų prieinamumo gerinimą stiprinant esamas įstaigas ir užtikrinant ligoniams transporto paslaugas.
E.Urbonienė atkreipė dėmesį į sumažėjusį dėmesį vaikų reabilitacijai.

E.Ramelienė pastebėjo, kad nors nauji reabilitacijos specialistai sparčiai ruošiami, bet įstaigose ženkliai per mažas darbo vietų skaičius reabilitacijos specialistams, be to prasidėjo sparti specialistų migracija iš Lietuvos.
M.Žukauskienė priminė, kad per reabilitacijos priemones per mažai dėmesio skiriama ligų profilaktikai.
G.Krutulytė: Kaip ir kiekvienos sistemos kūrimas/įgyvendinimas neapsieina be klaidų. Tai yra normalus kelias tobulinti sistemą, t.y. daryti klaidas, jas taisyti ir mokytis iš klaidų.

7. Kokie didžiausi reabilitacijos sistemos trūkumai šiandien?
Nepakankamą finansavimą ir neadekvatų įkainį problemų sąraše paminėjo visi ekspertai.
M.Žukauskienės teigimu trūkumai reabilitacijos sistemoje glaudžiai siejasi su bloga sveikatos sistemos padėtimi Lietuvoje (sunku išlaikyti specialistus Lietuvoje, neadekvatūs įkainiai).
L.Švedienė pabandė paanalizuoti problemų priežastis. Tai nepakankamas finansavimas, trūksta institucijų, kurios dalyvauja įvairiose reabilitacijos sistemos dalyse koordinavimo. Taip, matomai, yra todėl,kad jos priklauso skirtingoms ministerijoms Sveikatos apsaugos, Socialinės apsaugos ir darbo, Švietimo ir mokslo ir kitoms.
R.Leišio nuomone svarbių problemų yra daug: nepakankamas reabilitacijos paslaugų finansavimas, per platus ir ilgas sąrašas siuntimui į reabilitaciją, pirmas reabilitacijos etapas neefektyvus, nėra šių paslaugų reglamentavimo, apmokėjimo tvarkos, nukreipiant ligonius, kartai pažeidžiami prieinamumo ir prioritetų principai, trūksta ryšio tarp medicininės ir profesinės bei socialinės reabilitacijos, blogas ambulatorinės reabilitacijos paslaugų prieinamumas, trūksta kvalifikuotų reabilitacijos specialistų.
A.Andziulis įvertino valstybinio požiūrio trūkumą: reabilitacijos sistema neorientuota į rezultatą, nėra rezultato įvertinimo ir kontrolės sistemos, nesiekiama visuomenei labiausiai naudingo rezultato nėra proceso valdymo, finansavimas neatitinka visuomenės poreikių ir ES reglamento.
R.Domarko nuomone valstybė dar neskaičiuoja kiek jai kainuoja miręs, invalidas ar nedirbantis žmogus.
R.Klimavičius akcentuoja, kad neišvystyta profesinė reabilitacija, žmonės ja nesuinteresuoti, jiems patogiau nedirbti ir naudotis lengvatomis. Visi paslaugų gavėjų interesus atstovaujantys ekspertai pateikė labai daug konkrečių problemų. Pateikiamas G.Žemataitytės aprašytas problemų sąrašas:
Kaip didžiausią trukumą įvardinčiau – sistemos nebuvimą.
Vis dar yra nepritaikytų poliklinikų, ambulatorijų žmonėms, judantiems vežimėliais, sunkiai vaikštantiems;
Jei neįgalusis nori važiuoti į sanatoriją palaikomajai reabilitacijai, jis turi 10 d. atvaikščioti į procedūras poliklinikoje. Tačiau sunkiai judančiam žmogui tai yra didelė problema. Nes dažnu atveju tai gaunas žmogaus varginimas, o ne sveikatinimas. Į polikliniką reikia nuvykti, atlikti procedūras ir grįžus namo jau gali tik gulėti, o reikia ir valgyt pasigaminti ir pan. Man tokį gydymą taip pat siūlė (ne prieš sanatoriją, tiesa), bet aš jo atsisakiau, nes man vienai tai atlikti yra per sunku. Ir nesupranti žmogus, ar iš tavęs juokiamasi, ar visiškai neįvertinamos tavo galimybės judėti, ar reabilitacijos sistemoje niekas tokiais žmonėmis nesirūpina.
Vaikų cerebrinis paralyžius yra tik jaunuoliams iki 21 m. po to – liekamieji reiškiniai po VCP. Ši liga nepagydoma ir į sanatorijas žmonių nesiunčia. O tokiems žmonėms taip pat bent kartą į metus reikia praeiti palaikomąją reabilitaciją.
Procedūros sanatorijose ir poliklinikose turi limitą, t.y. žmogui su tokia liga priklauso tiek, su kitokia tiek procedūrų. Neatsižvelgiama į žmogaus būklę.
Į teritorinę ligonių kasą, esančią Plačiojoj g. Vilniuje negalima patekti žmogui, judančiam neįgaliojo vežimėliu!!! Nors jie skelbiasi, kad įstaiga yra pritaikyta.
Neišspręstas žmonių, nelaikančių šlapimo, aprūpinimo kompensuojamomis priemonėmis klausimas.
Reabilitologo kabinetas poliklinikose – aukščiausiame aukšte.

Rajoninių poliklinikų gydytojai reabilitologai dažnu atveju nekompetentingi konsultuoti žmones po stuburo traumų, nefrologinius ligonius.
Nefrologinis ligonis po klubo sąnario operacijos guli reabilitacijos skyriuje. Pasibaigus jiems gyvybiškai būtiniems vaistams reabilitacijos skyrius jų neišrašo, nes jie yra labai brangūs, o poliklinika neišrašo todėl, kad jie guli ligoninėje. Žmogus, priverstas pats pirkti vaistus, vien todėl, kad šioje sistemoje kažkas kažką nedažiūrėjo. Vyresnio amžiaus žmonėms (po insulto , pvz.) rajonuose neskiria reabilitacijos sanatorijose, motyvuodami, kad vietoj vieno seno žmogaus galėtų nuvažiuoti jaunesnio amžiaus žmogus. Tokiems žmonėms geriausiu atveju siūlo slaugos ligoninę, bet ten patekęs žmogus tik guli, gaudamas tik tokias paslaugas kaip vaistų leidimas. O sanatorijose jam galima būtų pritaikyti daug įvairesnių procedūrų, kurios padėtų greičiau ir labiau atsistatyti sveikatai.
Žmonės, turintys pragulas, nepakankamai aprūpinami spec. gydymo priemonėmis. Rajoninėse poliklinikose (ypatingai kaimo ambulatorijose, med.punktuose) trūksta specialistų, išmanančių, kaip gydyti pragulas.
Žmonėms, turintiems šlapimo nelaikymo problemų neišspręstas spec, priemonių kompensavimo klausimas.
Eilės poliklinikose.
K.Kosovskaja: Didžiausias trūkumas tas, kad sistema iš esmės neveikia, ypač nors kiek nutolus nuo didmiesčių. Mažesniuose miestuose ar rajonuose gyvenantys neįgalieji gali tik pasvajoti apie būsto pritaikymą jų reikmėms ar tinkamą slaugą, aprūpinimą kompensacine techniką ir pan. Šiuolaikinė reabilitacija net negarantuoja, kad neįgalusis tarkim gaus tinkamą vežimėlį, atstojantį jam kojas...

8. Kaip vertinate patvirtintą reabilitacijos vystymo programą Lietuvoje?

- Gerai (atsakė 2 ekspertai)
- Patenkinamai
- Blogai
- Nežinau (atsakė 13 ekspertų)

Paprašius įvertinti patvirtintą Lietuvos reabilitacijos programą dauguma apklausos dalyvių atsakė „nežinau“, motyvuodami tuo, kad nežino ar tokia programa yra.
A.Andziulio nuomone nėra reabilitacijos vystymo programos, kurią vykdytų valstybės institucijos ir vadovautų vyriausybė, yra atskiri paslaugų reguliavimo mechanizmai.
A.Kriščiūno nuomone Lietuvos reabilitacijos programos atitikmuo yra 2002 06 07 LR Vyriausybės Nutarimu Nr.850 patvirtinta Nacionalinė neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programa 2003–2012 metams.Vienas iš šios programos įgyvendinimo tikslų – sukurti efektyvią kompleksinę ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus, įgalinančią pradėti reabilitaciją jau pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki maksimalaus funkcinio aktyvumo atgavimo.

9. Kaip galvojate ar reabilitacijos paslaugos atitinka pacientų lūkesčius? Kodėl?
R.Klimavičiaus nuomone teikiant medicinos paslaugas, tame tarpe ir reabilitacijos, patenkinti pacientų lūkesčius neįmanoma, su šia problema susiduria visos valstybės.
A.Andziulis pabrėžė, kad didžiausia dalis gyventojų nuo senų laikų reabilitaciją supranta, kaip sanatorinį gydymą, todėl jie yra nepatenkinti, kad ši paslauga nebeteikiama nemokamai.
G.Krutulytės J.Daratienės, J.Kesienės nuomone pacientų nepasitenkinimą dažniausiai sukelia jų nesiuntimas į reabilitaciją, kita vertus pacientams nepaaiškinamas galutinis reabilitacijos tikslas, jie nežino kokie bus galutiniai reabilitacijos rezultatai. Pacientai vis dar nežino, kas tai yra reabilitacija, tikisi stebuklo, patys nedėdami pastangų.

L.Švedienės nuomone dalis procedūrų yra mokamos, reabilitacijos paslaugas teikiančiose įstaigose dar dažnai trūksta kvalifikuotų ergoterapeutų, kineziterapeutų, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų, socialinių darbuotojų bei kitų specialistų.
Paslaugų vartotojų nuomonę atstovaujantys ekspertai visi teigia, kad reabilitacijos paslaugos neatitinka pacientų ir ypač neįgaliųjų lūkesčių. Kaip lūkesčių neatitikimo priežastį, jie įvardino ne paslaugos kokybę, bet tai kad ši paslauga neprieinama.
G.Žemaitaitytė: manau, pacientų lūkesčiai nepatenkinti. Todėl, kad nemokamos sanatorinės reabilitacijos negauna, žmonės patyrę stuburo traumas seniau, kaip prieš 3 m. Gali tikėtis tik palaikomosios reabilitacijos. Palaikomajai reabilitacijai yra didelės eilės ir nedidelės kvotos. Gauti palaikomąją reabilitaciją ypač sunku dirbančiam žmogui su negalia. Tokiam žmogui siūloma važiuoti žiemą, bet tada būna slidu, šalta. Viena iš šios situacijos susidarymo priežasčių – daugelis sanatorijų virto komercinėmis. Jose vyrauja „savaitgalių reabilitacija". Žmogus, siekiantis to kas jam net pagal įstatymus priklauso, jaučiasi nusižeminęs.

10. Kaip vertinate finansavimo pokyčius medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui? Kokios pastarųjų metų tendencijos?
Vertindami finansavimo pokyčius, visi ekspertai vieningai teigė, kad finansavimas, nors ir didėja paskutiniais metais, yra nepakankamas. A.Andziulio nuomone finansavimas neatitinka Europos Sąjungos realijų. Finansavimas nesusietas su rezultatu, todėl pakankamumo suskaičiuoti neįmanoma.
Visi paslaugas teikiantys specialistai akcentavo nepakankamus paslaugos įkainius.
V.Dumbrovas: sunkių ligonių reabilitacija tampa nuostolinga dėl sparčiai didėjančių paslaugų kaštų, įkainio kilimas nepasiveja išlaidų kilimo. Paslaugų vartotojai atsakydami neigiamai į šį klausimą, motyvavo blogėjančiu paslaugos prieinamumu.
K.Kosovskaja: į reabilitaciją papulti neįmanoma, jai gydytojas ir nori pasiųsti pacientą, jį riboja siuntimų kvotos.

11. Kokiems pacientams, jūsų nuomone, turėtų būti suteiktas prioritetas siunčiant medicininei reabilitacijai?
Ekspertų apklausa išskyrė dvi nuomones.
Vieni vardino reabilitacijos prioritetus: vaikams, judėjimo negalią turintiems pacientams, sergantiems neurologinėmis, kardiologinėmis, onkologinėmis ligomis, darbingo amžiaus žmonėms, suinteresuotiems reabilitacijos rezultatais, kuriems reabilitacija gali atstatyti sutrikusias biosocialines funkcijas.
Kita ekspertų nuomonė – jei reikia reabilitacijos – negalioja jokie prioritetai, svarbu gera pacientų atrankos sistema.

12.Ar pakanka reabilitacijos specialistų Lietuvoje?
- Taip (atsakė 3 ekspertai)
- Ne (atsakė 10 ekspertų)
- Nežinau (atsakė 2 ekspertai)

13.Ar rekalingi pokyčiai reabilitacijos specialistų rengimo sistemoje?
- Taip(atsakė 15 ekspertų)
- Ne
- Nežinau

14. Kaip vertinate reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų bazę Lietuvoje?

Reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų bazę dauguma ekspertų įvertino teigiamai, kaip besikeičiančią į gerą pusę.

G.Krutulytės nuomone įstaigų gal ir pakanka, tačiau svarbiau yra stiprinti ir, jei reikia, plėsti esamas, nes reabilitacijos įranga ir priemonės
ra brangūs (pav. vandens procedūroms).

G.Žemataitytė teigia, kad skaičiumi imant reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų yra daug, bet pagal ten teikiamų paslaugų kokybę, pagal ten patenkančių žmonių skaičių, norėtųsi pasikeitimų į gerą pusę. Tai pasakytina ir apie buvusius poilsio namus pavirtusius į reabilitacines įstaigas bei reabilitacijos skyrius ligoninėse.

Tačiau viena tendencija labai jaudina. A.Andziulis, R.Domarkas, M.Žukauskienė ir kiti ekspertai nuogastauja, kad greitai bus juntamas didelis reabilitacijos įstaigų deficitas, dėl jų perėjimo į komerciją – SPA verslą.

Tą patvirtina J.Požėraitė: pakliūti neįgaliam žmogui, judančiam vežimėliu, į sanatoriją – problema. Jam pritaikytos vietos yra užimtos. Druskininkai, aplamai, vengia ratuotų. Vokiečiai, lenkai , žydai bei savaitgaliniai poilsiautojai daug labiau laukiami, nes ju kišenės pilnesnės.

15. Jūsų pasiūlymai:

A.Kriščiūnas:stiprinti materialinę techninę reabilitacijos įstaigų bazę; parengti reabilitacijos paslaugų standartus; didinti finansavimą, skiriamą reabilitacijai.

R.Leišys: Didinti reabilitacijos paslaugų finansavimą; Plėsti ambulatorinės reabilitacijos paslaugų teikimą; Tobulinti reabilitacijos specialistų ruošimą.

A.Andziulis: Reabilitacijos sistemą pakeisti į siekiančią sumažinti pagalbos ir slaugos poreikį bei sugražinant maksimalų neįgaliųjų kaičių į BVP kūrėjų gretas; pakeisti SAM medicininės reabilitacijos norminį reguliavimą siekiančio rezultato ir turinčio atsiskaitomybę.

R.Šukevičius:Už kokybišką paslaugą – adekvatus įkainis.

A.Domarkas: Pirmiausia ligų prevencija – auga nauja karta (nauji mūsų reabilituojami pokyčiai). Pradėti nuo darželių, mokyklų. Pradėti skaičiuoti Valstybiniu mastu kiek Lietuvai kainuoja miręs, invalidas ar nedirbantis žmogus. Kiek kainuoja išvykęs dirbti kitur valstybės lėšomis paruoštas specialistas

Vytautas Dumbrovas: Lovadienį pririšti prie min. atlyginimo. Pvz. Kyla minimalus atlyginimas kyla lovadienio įkainis.

Elena Urbonienė :Suformuluoti reabilitacijos strategiją ir vystymosi perspektyvą, teikiant prioritetus vaikų medicininei reabilitacijai. Lanksčiai keisti lovadienių įkainius.

Ginta Žemaitaitytė: Siūlau atkreipti dėmesį į auščiau aprašytus pavyzdžius.

Kai kurie mano šnekinti žmonės siūlė, kad, gal būtų geriau, jog reabilitacija eitų per šeimos gydytojus. Nes reabilitologas dažnu atveju nelabai supranta, nežino sunkesnę negalią turinčių žmonių problemų.

Būtina gerinti reabilitacijos specialistų rengimo kokybę.

Būtina vystyti namų reabilitaciją, ypač sunkios negalios žmonėms.

Pritaikyti poliklinikas įvairią negalią turintiems žmonėms.

Pritaikyti teritorinę ligonių kasą, esančią Plačiojoj g. Vilniuje poliklinikas įvairią negalią turintiems žmonėms.

Gražina Krutulytė: Tobulinti Specialistų rengimą ir priimti tinkamą jų skaičius reabilitacijos įstaigose; Sureguliuoti tinkamą įrangos, aparatūros, priemonių, patalpų kiekį.

Janina Požėraitė: Reabilitacinės paslaugos kiekvienam pagal poreikius ir pagal jo sveikatos būklę. Tą poreikį turėtų drąsiai išsakyti medicinos specialistas. Šio metų sako: reikėtų, bet tam nėra galimybių. Gydymas, mano supratimų, suteikiamas pagal protekciją.

J.Paškevičienė, Gyd. J.Daratienė: Naujos įstatyminės bazės sukūrimas; Įkainių reabilitacijai peržiūrėjimas; Iniciatyvinės darbo grupės sukūrimas; Reabilitacijos efektyvumo vertinimo sistemos sukūrimas; Visuomenės švietimas apie reabilitacijos tikslus bei uždavinius.
Juozas Bernatavičius: Daugiau dėmesio skirti pacientams, ne tik kai reabilitacija yra būtina po traumos ar susirgimo, bet taikyti reabilitaciją ir prevencijos tikslu.
Nors kartą pagalvoti apie ŽMOGŲ, ne vien tik apie sistemą. Ir sistemą kurti žmogui, o ne dėl kilnaus reformos tikslo. Pradėkim dirbti iš esmės, o ne popieriuje ir dar teoriškai
R.Klimavičius: Paspartinti reabilitacijos sistemos vystystymą ta kryptimi, kuria ji vystosi.
K.Kosovskaja: Reabilitacijos skyrių ir sanatorijų, pritaikytų žmonėms po stuburo smegenų pažeidimų platinimas. Galimybė gauti neįgaliesiems kasmetinį reabilitacinį ir/ar sanatorinį gydymą. Kompensuojamų medikamentų ir priemonių sąrašo platinimas bei pilnas kompensavimas. Specialistų paruošimo tobulinimas.
Reabilitacijos namuose sistemos atsiradimas. Galimybė kiekvienais metais gauti reabilitacijos ir/ar sanatorinį gydymą. Pagal negalią būtinų medikamentų ir priemonių pilnas kompensavimas.
M.Žukauskienė: Didinti reabilitacijos finansavimą; Sureguliuoti adekvačiai išlaidoms paslaugų įkainius; Sustabdyti specialistų migraciją.
E.Ramelienė: Sutvarkyti teisės dokumentus, reglamentuojančius šių paslaugų teikimą; Pradėti reabilitacijos paslaugas namuose; Apmokėti kineziterapeuto paslaugas pirminiame lygyje.
A.Taminskas: Greičiau reglamentuoti siuntimo II-jam ir III-jam reabilitacijos etapui tvarką. Manau, kad ne indikacijos, o biosocialinių funkcijų sutrikimo laipsnis turėtų lemti paslaugos prieinamumą, jos kainą.