MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

VIDMANTĖ JUOZELIŪNAITĖ

ONKOLOGINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS: LAUKIMO TRUKMĖ

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas
doc. dr. Aldona Gaižauskienė

VILNIUS
2015

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS

POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

ONKOLOGINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS: LAUKIMO TRUKMĖ

Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 621N71001

Vadovas

_____ doc. dr. Aldona Gaižauskienė

2015 - 03 - 27

Recenzentas

_____

2015

Atliko

_____ stud. V. Juozeliūnaitė

2015 - 03 - 27

VILNIUS

2015

TURINYS

ĮVADAS.....8
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO METODOLOGINIAI ASPEKTAI.....13
1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo samprata.....13
1.2. Laukimo eilė/trukmė sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje.....17
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ ORGANIZAVIMAS.....22
2.1. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ypatumai.....22
2.2 Onkologinės sveikatos priežiūros paslaugų specifika.....25
3. ONKOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS.....27
3.1. Onkologinių paslaugų laukimo trukmė užsienio šalyse.....27
3.2. Onkologinių paslaugų laukimo trukmė Lietuvoje.....36
4. PASLAUGŲ PRIEINAMUMO TYRIMAS NACIONALINIAME VĖŽIO INSTITUTE.....40
4.1. Tyrimo metodologija.....40
4.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas.....44
4.2.1.Laukimo trukmė pirmajam vizitui pas specialistą ir jį įtakojančios aplinkybės.....44
4.2.2.Laukimo trukmė iki ligos diagnozės paskelbimo.....52
4.2.3.Laukimo trukmė iki guldymo į kliniką gydymui.....53
4.2.4.Pacientų nuomonė apie laukimo eiles.....56
IŠVADOS.....61
REKOMENDACIJOS/SIŪLYMAI.....63
BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS.....64
SANTRAUKA.....75
SUMMARY.....76
PRIEDAI

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Laukimo trukmė skirtinguose paslaugų teikimo etapuose
2 pav. Onkologinės pagalbos etapai
3 pav. Ilgiausia laukimo trukmė skirtinguose onkologinių paslaugų teikimo etapuose Danijoje
4 pav. Laukimo trukmė pirmajai gydytojo specialisto konsultacijai gauti
5 pav. Pacientų laukimo laikas registratūroje ir prie gydytojo specialisto kabineto durų
6 pav. Laukimo laikas registratūroje priklausomai nuo paslaugų organizavimo vertinimo
7 pav. Laukimo laikas prie gydytojo specialisto kabineto durų priklausomai nuo paslaugų organizavimo vertinimo
8 pav. Tyrimo dalyvių pasitenkinimas sveikatos priežiūros įstaigos darbo laiku
9 pav. Patogiausias laikas planuoti vizitą pas specialistą
10 pav. Patogiausias laikas planuoti vizitą pas specialistą, priklausomai nuo gyvenamosios vietos
11 pav. Patogiausias laikas planuoti vizitą pas gydytoją specialistą, priklausomai nuo socialinės padėties
12 pav. Laiko, vizitui pas gydytoją specialistą, pasirinkimo priežastys
13 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo vertinimas
14 pav. Paslaugų organizavimo vertinimas priklausomai nuo respondentų amžiaus grupės
15 pav. Laukimo trukmė konsultacijos pas gydytoją specialistą po pirmojo apsilankymo
16 pav. Laikotarpis nuo pirmos specialisto konsultacijos iki ligos diagnozavimo
17 pav. Laikotarpis nuo diagnozės paskelbimo iki guldymo į kliniką gydymui
18 pav. Laikotarpio nuo diagnozės paskelbimo iki guldymo į kliniką gydymui priklausomybė nuo paskirto gydymo
19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal paskirtą gydymą
20 pav. Nepatekimo pas gydytoją specialistą nurodytu laiku priežastys
21 pav. Respondentų nuomonė apie gydymo įstaigoje sugaištą laiką eilėse
22 pav. Nuomonės apie sugaištą laiką prie gydytojo kabineto priklausomybė nuo laukimo laiko eilėje prie gydytojo kabineto durų
23 pav. Maksimalus laukimo laikas pirmojo vizito pas gydytoją onkologą, kurį pacientas sutiktų laukti
24 pav. Nuomonės apie maksimalų laukimo laiką priklausomybė nuo pirmos konsultacijos laukimo patirties
25 pav. Pacientų nuomonė, kas palengvintų patekimą pas gydytoją specialistą

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Pacientų demografinės, socialinės charakteristikos

2 lentelė. Patogiausias laikas planuoti vizitą pas gydytoją specialistą, priklausomai nuo priežasčių, kodėl jie renkasi tokį vizito pas gydytoją specialistą laiką

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Respondentų apklausos anketa

SANTRUMPOS

ASPĮ - Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

ES - Europos Sąjunga

LR - Lietuvos Respublika

NHS (angl. *National Health Service)* - Nacionalinė sveikatos priežiūros tarnyba

NVI - Nacionalinis vėžio institutas

PSDF - Privalomasis sveikatos draudimo fondas

SAM - Sveikatos apsaugos ministerija

ĮVADAS

Sveikata yra asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, kuria Lietuvos valstybė turi rūpintis ir laiduoti medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus.[1] [2] Siekiant užtikrinti kuo geresnę asmens sveikatą, turi būti užtikrinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

Temos aktualumas. Piktybiniai navikai yra tarptautinis sveikatos prioritetas ir pagrindinė sergamumo ir mirtingumo priežastis visame pasaulyje: 2012 metais pasaulyje buvo nustatyta 14 mln. naujų piktybinių navikų atvejų ir 8,2 mln. žmonių nuo jų mirė.[3]

Lietuvoje sergamumas piktybiniais navikais nuosekliai didėja: nuo 1993 m. iki 2011 m. kasmet didėjo po 3,8 proc. Nuo piktybinių navikų Lietuvoje 2012 m. mirė 3530 moterų ir sudarė 17,4 proc. visų mirusių moterų, o vyrų tais pačiais metais mirė 4468, t.y. 21,6 proc. visų mirusių vyrų.[4]

Piktybiniai navikai žmonėms kelia didelę baimę, nes dažnas šią ligą sieja su mirtimi. Diagnozuota liga sukelia daugybę fizinių, psichologinių, socialinių pokyčių žmogaus gyvenime.[5]

Dėl vis didėjančio sergančiųjų onkologinėmis ligomis žmonių skaičiaus, didėja onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų poreikis, todėl ypač svarbus tampa onkologinių paslaugų prieinamumo užtikrinimas. Lietuvoje prieinamumo principas numatytas Lietuvos sveikatos sistemos įstatyme, kuris prieinamumą apibrėžia kaip „valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį prieinamumą asmeniui ir visuomenei.“[6]

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra vienas iš Europos Sąjungos ir Lietuvos sveikatos prioritetinių krypčių. Europos Sąjunga dar 1987 m. pradėjo vykdyti programą „Europa prieš vėžį“ ir priėmė pirmąjį „Europos kovos su vėžiu kodeksą.“[7] [8] O Lietuvoje siekiant sumažinti standartizuotą

---

[1] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės Žinios*, 1994, Nr. 63-1231; *Valstybės Žinios*, 1998, Nr. 112 – 3099.

[2] Lietuvos Respublikos konstitucija: Lietuvos Respublikos piliečių priimta 1992 m. spalio 25 d. referendume, prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm> (žiūrėta 2014 11 04).

[3] World Health Organisation (2015), Cancer, prieiga per internetą: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>, (žiūrėta 2015 02 02).

[4] Lietuvos sveikatos statistika 2012, prieiga per internetą: < http://sic.hi.lt/data/la2012.pdf >, (žiūrėta 2014 12 05).

[5] White C. A., Macleod U., ABC of psychological medicine: Cancer, *British Medical Journal*, No. 325, 2002, p. 377-380. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123889/>, (žiūrėta 2014 11 04).

[6] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės Žinios*, 1994, Nr. 63-1231; *Valstybės Žinios*, 1998, Nr. 112-3099

[7] European commission, Cancer, prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cancer/index_en.htm#fragment2>, (žiūrėta 2014 12 05).

[8] European Code Against Cancer, prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/diseases/docs/cancercode_en.pdf >, (žiūrėta 2014 12 05).

mirtingumą nuo piktybinių navikų, gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą kiekvienam žmogui (prieinamos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos sveikatos priežiūros paslaugos, saugūs, efektyvūs ir kokybiški vaistiniai preparatai) įgyvendinama 2014 m. patvirtinta „Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programa.“[9]

Temos ištirtumas ir naujumas. B. Obrist (2007), M. Gulliford ir kt. (2002) prieinamumą prie sveikatos priežiūros apibrėžia akcentuojant paslaugų tinkamumą, įperkamumą, pasiekiamumą, adekvatumą ir priimtinumą.[10] [11] Empiriniais duomenimis grįstos studijos daugiausia dėmesio skiria prieinamumo kliūtims nustatyti ir jas analizuoja komunikaciniu, organizaciniu ir ekonominiu aspektais (M. Bigeli, P. L. Annear (2009); T. Ensor, S. Cooper (2004), M. Exworthy, S. Peckham (2006)).[12] [13] [14]

Taip pat, užsienio šalių mokslininkai analizuoja kaip sveikatos priežiūros paslaugų dėl onkologinių ligų prieinamumas ribojamas teritorinių kliūčių (T. Onega ir kt. (2008), T. Smith (2012), A. R. Maddison ir kt. (2011)),[15] [16] [17] ar nepakankamas teritorinis prieinamumas turi įtakos, sergančių skirtingos lokalizacijos piktybiniais navikais, ligos stadijai (Wang F. (2008), T. Onega ir kt. (2014) K. A. Henry ir kt., (2013), V. K. Koka ir kt. (2002)).[18] [19] [20] [21] Pagal S. D. Ramsey ir bendraautorius (2012), ekonominės

[9] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo“ pakeitimo ir Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos įgyvendinimo 2014-2016 metais priemonių plano patvirtinimo,“ prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/lt/legalActPrint?documentId=4e5e6800770111e49710918558376243>, (žiūrėta 2014 10 12).

[10] Obrist B., Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action, *PLoS Medicine*, No. 4, 2007, p. 1584-1587. Prieiga per internetą: <www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040308>, (žiūrėta 2013 11 13).

[11] Gulliford M., et. al., What does 'access to health care' mean? *Health Service Research & policy*, No. 7, 2002, p. 186-188. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171751>, (žiūrėta 2014 11 04).

[12] Bigeli M., Annear P. L., Barriers to Access and the Purchasing Function of Health Equity Funds: Lessons from Cambodia, *Bull World Health Organ*, No. 87, 2009, p. 560-564. Prieiga per internetą: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v87n7/v87n7a19.pdf>, (žiūrėta 2013 11 13).

[13] Ensor T., Cooper S., Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side, *Health Policy and Planning*, No. 19(2), 2004, p. 69-79. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14982885>, (žiūrėta 2013 11 13).

[14] Exworthy M., Peckham S., Access, Choice and Travel: Implications for Health Policy, *Social Policy and Administration*, No. 40(3), 2006, p. 267-287. Prieiga per internetą: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/bsi/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=3f752fb4-08f3-4003-96d3-1f85109b69f3%40sessionmgr4003&hid=4212>, (žiūrėta 2013 11 13).

[15] Onega T., et. al., Geographic access to cancer care in the U.S., *Cancer*, No. 112(4), 2008, p. 909-918. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18189295>, (žiūrėta 2014 01 13).

[16] Smith T., A long way from home: Access to cancer care for rural Australians, *Radiography*, No. 18, 2012, p. 38-42. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1078817411001349>, (žiūrėta 2014 02 04).

[17] Maddison A. R., et.al., Inequity in access to cancer care:a review of the Canadian literature, *Cancer Causes & Control*, No. 22(3), 2011, p. 359-366. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21221758>, (žiūrėta 2013 11 30).

[18] Wang F., et. al., Late-stage breast cancer diagnosis and health care access in Illinois, *The profesional geographer*, No. 60(1), 2008, p. 54-69. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18458760>, (žiūrėta 2013 11 30).

kliūtys ypač juntamos vyresnio amžiaus žmonėms, kai senatvėje mažėja pajamos, o padidėja išlaidos vaistams.[22] Nestokojama tyrimų apie organizacinio prieinamumo kliūtį – laukimo eilė/trukmė, jos svarbą onkologine liga sergantiesiems (F. Molinié (2014), H. Dixon, L. Siciliani (2009), G. Mariottia (2014), A. R. Maddison ir kt. (2011), P. Skrabek (2013)),[23] [24] [25] [26] [27] bei galimą laukimo laiko įtaką sveikatos būklės pablogėjimui (S. A. Savage ir kt. (2008), R. Sanson-Fisher ir kt. (2009)).[28] [29] Daugelis mokslininkų atliko studijas analizuojant laukimo laiką skirtinguose laukimo etapuose, nuo patenkant pas gydytoją iki gydymo pradžios (E. R. Salomaa ir kt. (2005), J. Evans ir kt. (2007), F. Olesen ir kt. (2009), C. Paul ir kt. (2012).[30] [31] [32] [33]

---

[19]Onega T., et. al., Geographic Access to Breast Imaging for US Women, *Journal of the American College of Radiology*, No. 11, 2014, p. 874-882. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1546144014001616>, (žiūrėta 2014 10 20).

[20]Henry K. A., et. al., The joint effects of census tract poverty and geographic access on late-stage breast cancer diagnosis in 10 US States, *Health & Place*, No. 21, 2013, p. 110-121. Prieiga per internetą: < http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829213000130>, (žiūrėta 2014 02 15).

[21] Koka V. K., et. al., An epidemiological study evaluating the relationship of distance from a tertiary care cancer center to early detection of colorectal cancer, *Anticancer Research*, No. 22(4), 2002, p. 2481-2484. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12174948>, (žiūrėta 2014 02 15).

[22]Ramsey S. D., et.al., *Management of Cancer in the Older Patient*, 2012, p. 275-280. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978143771398510030X>, (žiūrėta 2014 12 10).

[23] Molinié F., et. al., Waiting time disparities in breast cancer diagnosis and treatment: A population-based study in France, *The Breast*, No. 22, 2013, p. 810-816. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977613000404>, (žiūrėta 2014 02 15).

[24] Dixon H., Siciliani L., Waiting-time targets in the healthcare sector: How long are we waiting? *Journal of Health Economics*, No. 28, 2009, p. 1081-1098. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19846227>, (žiūrėta 2013 11 13).

[25] Mariotti G., Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: The homogeneous waiting time groups approach, *Health Policy*, No. 117, 2014, p. 54-63. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014000311>, (žiūrėta 2013 11 13).

[26]Maddison A. R., et.al., Inequity in access to cancer care:a review of the Canadian literature, *Cancer Causes & Control*, No. 22(3), 2011, p. 359-366. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21221758>, (žiūrėta 2013 11 30).

[27]Skrabek P., Importance of accessible cancer care, *Transfusion and Apheresis Science*, No. 49, 2013, p. 139-143. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23958140>, žiūrėta (2013 11 13).

[28] Savage S. A., et al., Cancer waiting times: what is the value of a lymphoma waiting time? *Scottish Medical Journal*, No. 53(3), 2008, p. 5-7. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18780517>, žiūrėta (2014 01 05).

[29]Sanson-Fisher R., et. al., Measuring the unmet needs of those with cancer: a critical overview, *Cancer Forum*, No. 33, 2009, p. 200-203. Prieiga per internetą: <http://cancerforum.org.au/Issues/2009/November/Forum/Measuring_the_unmet_needs_of_those_with_cancer.htm>, (žiūrėta 2014 01 05).

[30] Paul C., et. al. Cancer patients' concerns regarding access to cancer care: perceived impact of waiting times along the diagnosis and treatment journey, *European Journal of Cancer Care*, No. 21, 2012, p. 321-329. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410528/>, (žiūrėta 2013 11 13).

[31]Salomaa E. R., Delays in the diagnosis and treatment of lung cancer. *Chest*, No. 128, 2005, p. 2282-2288. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1927095/>, (žiūrėta 2014 04 15).

[32]Evans J., Minimizing delays in ovarian cancer diagnosis: an expansion of Andersen's model of 'total patient delay', *Family Practice*, No. 24, 2007, p. 48-55. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17158183>, (žiūrėta 2014 04 15).

[33]Olesen F., Delay in diagnosis: the experience in Denmark, *British Journal of Cancer*, No. 101(2), 2009, p. 5-8. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790711/>, (žiūrėta 2013 11 13).

Lietuvoje D. Jankauskienė, R. Pečiūra (2007) sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą apibrėžia kaip tam tikros teritorijos gyventojų realizuotas galimybes gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas.[34] J. Kairys ir kt. (2004) tyrinėję sveikatos priežiūros prieinamumą, teigia, kad ambulatorinė pagalba šalies gyventojams yra prieinama.[35] I. Tamutienės ir bendraautorių (2011) studija nustatė, jog ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą riboja finansinės, komunikacinės ir organizacinės kliūtys, ir kad šios kliūtys akivaizdžiai didesnę įtaką turi kaimo gyventojams ir nepasiturinčiai gyvenantiems asmenims.[36] Vyresnio amžiaus asmenų sveikatos priežiūros paslaugų problematiką tyrinėjo J. Brogaitė ir kt. (2007), kurie nustatė, kad dėl prastos asmenų sveikatos būklės jiems sunku laukti eilėse ir fiziškai pasiekti instituciją.[37]

Lietuvoje atliktas ne vienas tyrimas susijęs su paslaugų prieinamumu ir pasitenkinimu teikiamomis paslaugomis, tačiau visi jie nagrinėja pirminėje sveikatos priežiūroje vykstančius procesus. Nepavyko rasti mokslinių tyrimų, kuriuose būtų išanalizuotas onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

Tyrimo problema. Lietuva yra įsipareigojusi visapusiškai užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą savo šalies gyventojams. Tačiau atliktų tyrimų duomenimis, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problema egzistuoja ir yra pastebimas vis didėjantis pacientų nepasitenkinimas dėl ilgų eilių pas gydytojus, paskirtiems tyrimams atlikti, ribojančių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Todėl svarbu ieškoti būdų kaip gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, įstaigų darbo organizavimą.

Tyrimo objektas. Onkologinių paslaugų laukimo trukmė.

Darbo tikslas. Įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų laukimo trukmę Nacionaliniame vėžio institute.

Darbo uždaviniai.

1. Apžvelgti teorinius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pagrindus;
2. Atskleisti onkologinių paslaugų organizavimo ypatumus;
3. Pateikti užsienio šalių ir Lietuvos laukimo trukmės stebėjimo patirtį;
4. Ištirti ir įvertinti laukimo trukmę skirtinguose paslaugų teikimo etapuose Nacionaliniame vėžio institute.

[34] Jankauskienė D., Pečiūra R., *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, 174 p.
[35] Kairys J., ir kt., Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose, *Medicina,* Nr. 40(2), 2004, p. 178-191.
[36] Tamutienė I., ir kt., Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai, *Kultūra ir visuomenė,* Nr. 2(1), 2011, p. 95-110.
[37] Brogaitė J., ir kt., Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos, *Gerontologija*, Nr. 8(4), 2007, p. 230-235.

Hipotezė: Onkologinių paslaugų laukimo trukmė lyginant su išsivysčiusių šalių praktika yra pakankamai ilga.

Tyrimo metodai. Mokslinės literatūros analizė; empirinis kiekybinis tyrimas - respondentų anketinė apklausa; tyrimo duomenų analizės metodai - aprašomoji statistika, koreliacinė analizė, lyginamoji analizė. Duomenų analizė atlikta naudojant SPSS statistinės analizės paketą.

Darbo struktūra. Darbą sudaro įvadas, 3 literatūros apžvalgos skyriai, tiriamoji dalis, išvados, rekomendacijos, naudotos literatūros sąrašas (103 literatūros šaltiniai), santraukos lietuvių ir anglų kalbomis bei priedai. Magistro baigiamajame darbe pateiktos 2 lentelės, 25 paveikslai, 1 priedas. Darbo apimtis – 76 puslapiai.

Pirmajame darbo skyriuje apžvelgiama sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir laukimo eilės/trukmės samprata, laukimo eilės priežastys, antrajame - sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ypatumai ir onkologinės sveikatos priežiūros specifika. Trečiajame - onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje ir užsienio šalyse.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO METODOLOGINIAI ASPEKTAI

Lietuvos Respublikos Konstitucija įtvirtina pamatinius konstitucinius sveikatos apsaugos pagrindus, kurioje nustatyta, kad valstybė turi rūpintis žmonių sveikata ir laiduoti mediciniņę pagalbą bei paslaugas jiems susirgus.[38] Kiekvieno Lietuvos Respublikos (LR) piliečio galimybė pasinaudoti medicinine pagalba priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo, kurio vienas pagrindinių principų yra sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.[39]

1.1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo samprata

Pirmą kartą prieinamumo sąvoka paminėta 1991 m. patvirtintoje Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, atkuriant Lietuvos nepriklausomybę.[40]

Pagrindiniai LR įstatymai numato, jog Lietuvos gyventojams teikiama medicinos pagalba turi atitikti sveikatos priežiūros paslaugoms keliamus prieinamumo reikalavimus. Štai LR Sveikatos sistemos įstatymas numato, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos tokiomis sąlygomis ir tvarka, kurių dėka galima laiku ir tinkamai jomis pasinaudoti. Minėtame įstatyme, sveikatos priežiūros prieinamumo samprata apibrėžiama finansiniu, komunikaciniu ir organizaciniu aspektais.[41] Tuo tarpu LR Sveikatos draudimo įstatymu reglamentuojamas siekis privalomuoju sveikatos draudimu gyventojams užtikrinti valstybės laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros prieinamumą. Pagal įstatymą, gyventojams draustiems privalomuoju sveikatos draudimu, sveikatos priežiūros paslaugos yra suteikiamos nemokamai, kompensuojama dalis vaistų ir medicinos pagalbos priemonių. O nedraustiems asmenims nemokamai suteikiama tik būtinoji pagalba.[42] Pacientų teisę į prieinamas sveikatos priežiūros

[38]Lietuvos Respublikos konstitucija: Lietuvos Respublikos piliečių priimta 1992 m. spalio 25 d. referendume, prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm> (žiūrėta 2014 11 04).
[39] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės Žinios*, 1994, Nr. 63-1231; *Valstybės Žinios*, 1998, Nr. 112 - 3099.
[40] Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 31 d. nutarimas Nr. 1-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo," *Vyriausybės žinios*, 1991, Nr. 33-1574, prieiga per internetą: <http://www.litlex.lt/scripts/sarasas2.dll?Tekstas=1&Id=4486>, (žiūrėta 2013 11 30).
[41] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės Žinios*, 1994, Nr. 63-1231; *Valstybės Žinios*, 1998, Nr. 112 - 3099.
[42] Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, *Valstybės Žinios,* 1996, Nr. 55-1287; *Valstybės Žinios*, 1996, Nr. 99; *Valstybės Žinios*, 2002, Nr. 123-5512.

paslaugas reglamentuoja LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 2010 m. įsigaliojusi šio įstatymo trečioji redakcija, apibrėžia paciento teisę į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, nustatant sąlygas ir kriterijus. Taigi viena iš įvardintų kokybiškų paslaugų sąlygų yra prieinamumo sąlyga, apimanti komunikacinio, organizacinio ir finansinio prieinamumo elementus. Taip pat, LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas užtikrina galimybę laisvai pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią įstaigą, gydytoją bei slaugos darbuotoją.[43] Taip užtikrinama gyventojų galimybė patekti pas gydytoją ir pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis.

Pagal Pasaulio sveikatos organizaciją sveikatos priežiūros paslaugos atitinka prieinamumo reikalavimą, kai jos yra prieinamos laiku, tinkamos geografiniu požiūriu, teikiamos užtikrinant medicininius poreikius atitinkančius įgūdžius ir išteklius.[44] Taigi pastebima, egzistuoja pakankamai daug lemiamų veiksnių, kurie gali įtakoti pacientų naudojimąsi reikiamomis medicininėmis paslaugomis. V. Tylienės ir kt. (2008) nuomone, kelionė, atstumas, laukimo laikas, paslaugos kokybė, turimi finansiniai ištekliai ir tam tikros paslaugos buvimas, net paslaugos teikėjo reitingai visuomenėje yra pagrindiniai faktoriai įtakojantys galimybę gauti norimą medicininę paslaugą.[45]

Kaip jau buvo minėta, prieinamumą Lietuvoje priimtina suprasti trimis dimensijomis: komunikacinis (teritorinis), ekonominis ir organizacinis.

Komunikacinis (teritorinis) sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Komunikacinis sveikatos priežiūros prieinamumas yra susijęs su susisiekimo galimybėmis: atstumu iki gydymo įstaigos, viešojo transporto prieinamumu, laiku, per kurį pacientas pasiekia sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią įstaigą, bei galimybe susisiekti su savo gydytoju telefonu.[46] Todėl vertinant komunikacinį prieinamumą būtina atsižvelgti į atstumus, geografinę padėtį, gydymo įstaigų išsidėstymą, viešojo transporto infrastruktūrą ir gyventojų demografinę padėtį.[47]

Moksliniai tyrimai rodo, kad kaimo gyventojams dažniausiai tenka įveikti tokias kliūtis kaip viešasis transportas: jo prieinamumas, maršrutai ir tvarkaraščiai, didelis atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigų. Kuomet I. Tamutienė ir bendraautoriai (2011) atliko studiją apie kaimo ir miesto gyventojų prieinamumą prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų, paaiškėjo, kad „...Respondentų nurodyti

[43] Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo pakeitimo įstatymas, *Valstybės Žinios*, 1996, Nr. 102-2317; *Valstybės Žinios*, 1998, Nr. 52-1425; *Valstybės Žinios*, 2004, Nr. 115-4284.
[44] World Health Organization, Quality of care: a process for making strategic choices in health systems, prieiga per internetą: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563249_eng.pdf> (žiūrėta 2013 12 05).
[45] Tylienė V., ir kt., Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių, *Sveikatos mokslai*, Nr. 6, 2008, p. 2120-2126.
[46] Jankauskienė D., Pečiūra R., *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, 174 p.
[47] Pečiūra R., ir kt., Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas, *Medicina*, Nr. 42(11), 2006, p. 939-941.

atstumai iki gydymo įstaigos svyruoja nuo 10 iki 80 kilometrų, o vidutinis atstumas siekia net 25 kilometrus...“, tačiau „...miesto gyventojai apskritai beveik nesusiduria su teritorinio susisiekimo kliūtimis.“[48] Pasak J. Brogaitės ir kt. (2007), norint įveikti teritorinio prieinamumo kliūtis, silpnos sveikatos asmenims, nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos, labai svarbi yra ir artimųjų pagalba, kadangi vyresnio amžiaus asmenų sveikata riboja prieinamumą prie sveikatos priežiūros.[49] O pagal T. Smith (2012), pacientams, kurie turi nuvažiuoti ilgus atstumus, kad gautų specialisto, chirurgo ar radiologines paslaugas, neišvengiamai tai sukelia dar ir papildomą finansinę naštą pacientui ir jo šeimai. Finansinė našta gali būti labai didelė, jei socialinė ekonominė padėtis yra žemesnė kaime gyvenančių žmonių lyginant su miesto gyventojais. Anot T. Smith (2012), šie faktoriai taip pat turi įtakos tam, kad kaimo ar atokiose vietovėse gyvenantiems žmonėms yra nustatoma vėlesnė ligos stadija, tokiu atveju jie turi mažesnę išgyvenamumo tikimybę nei miestų gyventojai.[50]

Todėl, kai kuriose šalyse organizuojant sveikatos priežiūrą yra sudaromi žemėlapiai, kurie padeda tolygiau išdėstyti asmens sveikatos priežiūros įstaigas pagal gyventojų poreikius. Tai itin aktualu didelėms valstybėms, turinčioms netolygų gyventojų tankumo pasiskirstymą (Australija, Jungtinės Amerikos Valstijos).[51] [52]

Europos sąjungos (ES) valstybių narių piliečiams gydymo prieinamumas užtikrinamas kelionės metu, gyvenant ar dirbant svetimoje šalyje. Įsigaliojęs Europos sveikatos draudimo pažymėjimas suteikia teisę susirgusiam asmeniui gauti reikalingą medicininę pagalbą bet kurioje kitoje ES šalyje.[53]

Taigi sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese komunikacinis aspektas užima svarbų vaidmenį, kadangi tinkamai išvystytos susisiekimo priemonės suteikia paslaugų gavėjams galimybę pasinaudoti lengviau prieinamomis sveikatos priežiūros paslaugomis.

Ekonominis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Ekonominis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas atspindi, ar gyventojams sveikatos priežiūra yra prieinama finansiškai, t.y. ar

[48] Tamutienė I., ir kt., Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai, *Kultūra ir visuomenė,* Nr. 2(1), 2011, 103 p.

[49] Brogaitė J., ir kt. Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos, *Gerontologija,* Nr. 8(4), 2007, p. 230-235.

[50] Smith T., A long way from home: Access to cancer care for rural Australians, *Radiography*, No. 18, 2012, p. 38-42. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1078817411001349>, (žiūrėta 2014 02 04).

[51] Guagliardo M. F., Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges, *International Journal of Health Geographics*, No. 3(1), 2004, p. 3-7. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC394340/>, (žiūrėta 2013 11 13).

[52] Onega T., et. al., Geographic access to cancer care in the U.S., *Cancer*, No. 112(4), 2008, p. 909-918. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18189295>, (žiūrėta 2014 01 13).

[53] Europos sveikatos draudimo kortelė, prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=lt>, (žiūrėta 2013 12 05).

gyventojams yra laiduojamos ir kokios nemokamos sveikatos priežiūros paslaugos.[54] Taip pat, ekonominiu sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu siekiama atsakyti į klausimus apie privačias pacientų išlaidas, t.y. kiek tenka už paslaugas mokėti ar primokėti.[55]

Nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenimis, privačios gyventojų išlaidos tiek mieste, tiek kaime didėjo ir 2004 m. sudarė 29 proc. nuo visų sveikatos išlaidų. O pagal Sveikatos ekonomikos centro atliktus tyrimus, nuo 1998 m. iki 2001 m. mažėjo privatūs gyventojų mokėjimai, susiję su dovanomis medicinos personalui, tačiau augo išlaidos vaistams.[56] Visgi, I. Tamutienės ir kt. atlikta studija (2011) rodo, kad pagrindinės su finansiniu prieinamumu susijusios problemos yra tiesioginis mokėjimas už paslaugas – brangius tyrimus ir kelionę (kaimo gyventojams), brangius ir neįperkamus vaistus.[57] Taigi, ar užtenka pinigų vaistams įsigyti, su kokiais sunkumais susiduriama apmokant už paslaugas, neoficialus užmokestis už paslaugas - tai dažniausiai nagrinėjami aspektai vertinant ekonominį paslaugų prieinamumą.

Organizacinis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Organizacinis paslaugų prieinamumas yra susijęs su asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPĮ) darbo laiku, šeimos gydytojų, gydytojų specialistų, slaugytojų, palaikomojo gydymo darbuotojų skaičiumi.[58]

Vienas pagrindinių kriterijų vertinant organizacinį paslaugų prieinamumą yra paslaugos ir procedūrų laukimo laikas. Laukimo laikas dažnai naudojamas kaip veiksmingumo rodiklis paslaugų teikėjų stebėsenos tikslams.[59] Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, dauguma respondentų pasisako, jog eilių problema gydymo įstaigose egzistuoja ir sutinka, kad tam turi įtakos netinkamas darbo organizavimas.

Kuomet J. Kairys ir kt. (2004) atliko studiją „Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose," nustatė problemas, su kuriomis pacientai susidūrė lankantis ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Visas nustatytas organizacinio pobūdžio problemas sugrupavo į vadybines ir profesines. Vadybinėms problemoms priskiriamos susidariusios eilės prie kabinetų, registratūroje,

[54] Jankauskienė D., Pečiūra R., *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, 174 p.
[55] Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007, prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=9436&p_d=69198&p_k=1>, (žiūrėta 2013 11 29).
[56] Jankauskienė D., Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje, *Gydymo menas*, Nr. 6(129), 2006, p. 12-13.
[57] Tamutienė I., ir kt., Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai, *Kultūra ir visuomenė,* Nr. 2(1), 2011, p. 95-110.
[58] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, 174 p.
[59] Dixon H., Siciliani L., Waiting-time targets in the healthcare sector: How long are we waiting? *Journal of Health Economics*, No. 28, 2009, p. 1081-1098. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19846227>, (žiūrėta 2013 11 13).

laukimo laikas savaitėmis ir mėnesiais, mokėjimas už tyrimus ir neregistravimas pas gydytojus telefonu. O profesinės problemos susijusios su nekorektišku medikų elgesiu.[60]

Ir štai vėlesnis 2011 m. mokslininkų I. Tamutienės ir kt. atliktas tyrimas „Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai" atskleidžia labai panašias organizacines kliūtis ir problemas į prieš tai minėtą J. Kairio ir kt. (2004) studiją. Vėlgi tyrimas rodo, kad didžiausia vadybinė problema yra ilga laukimo eilė išankstinei registracijai pas gydytoją, prie gydytojo kabineto durų ir paskirtiems tyrimams atlikti. Kiek mažesnės svarbos, tyrimo dalyvių įvardijama, organizacinio pobūdžio kliūtis yra nepatogus ir netinkamas gydytojų darbo laikas, sutampantis su pacientų darbo laiku. Etine problema įvardijama nemalonus registratorių elgesys.[61]

Anot V. Grabausko ir kt. (2002), tokie įstaigos organizaciniai darbo nesklandumai, kaip ilgas laukimo laikas registratūroje ir prie gydytojo kabineto labai dažnai sutinkamos valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose.[62] Atsižvelgiant į minėtąsias pagrindines organizacinio pobūdžio kliūtis, galima pritarti V. Janušonio (2008) nuomonei, kad dėl pacientų ypač vertinamo paslaugų suteikimo greičio, pacientų priėmimo pas gydytojus organizavimas, tampa konkurenciniu pranašumu kitų sveikatos priežiūros įstaigų atžvilgiu.[63]

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, tai galimybė visiems šalies gyventojams pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis. Tačiau sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą riboja komunikacinės, ekonominės ir organizacinės kliūtys.

1.2. Laukimo eilė/trukmė sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje

Tyrimai rodo, kad su laukimo eile susiduriama iš anksto registruojantis pas gydytojus registratūroje, telefonu, internetu, bei eilėmis prie gydytojo kabineto durų.[64]

[60]Kairys J., ir kt., Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose, *Medicina,* Nr. 40(2), 2004, p. 178-179.
[61]Tamutienė I., ir kt., Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai, *Kultūra ir visuomenė,* Nr. 2(1), 2011, p. 95-110.
[62]Grabauskas V., ir kt., *Bendruomenių aktyvinimas sprendžiant sveikatos priežiūros etines problemas*, Kaunas, 2002, 20 p.
[63] Janušonis V., *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiniai aspektai*, Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008, 205 p.
[64]Tamutienė I., ir kt., Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai, *Kultūra ir visuomenė,* Nr. 2(1), 2011, p. 95-110.

Lietuvoje 2007 m. priimtame įsakyme „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo," paslaugų laukimo eilė įvardijama kaip "laikotarpis, kurį pacientui tenka laukti nuo jo kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dienos iki paslaugos suteikimo dienos." Taipogi, šiame įsakyme išskiriamos dvi paslaugų laukimo eilės trukmės - trumpiausia ir ilgiausia:

- „Trumpiausia laukimo eilėje trukmė – trumpiausias laikotarpis nuo paciento užsiregistravimo ASPĮ dienos reikiamai asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti iki artimiausios dienos, kada ši paslauga pacientui gali būti suteikta."
- „Ilgiausia laukimo eilėje trukmė – laikotarpis nuo paciento užsiregistravimo ASPĮ dienos reikiamai asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti pas gydytoją specialistą, kurio paslaugų laukiančiųjų eilė yra ilgiausia, iki artimiausios dienos, kada ši paslauga pacientui gali būti suteikta." [65]

Užsienio šalių mokslinėje literatūroje terminai „laukimo eilė" ir „laukimo laikas" sulaukia diskusijų dėl apibrėžimo. Pagal L. Siciliani (2008), pacientų, laukiančių gydymo, sąraše yra visi pacientai, kurie šiuo metu turi būti gydomi (į sąrašą įtrauktas visas pacientų skaičius), o laukimo laikas priklauso nuo laiko trukmės, kuri būtina visiems šiuo momentu sąraše esantiems pacientams gydyti, apimant šiuo metu reikalingą gydymą ir gydymą ateityje.[66]

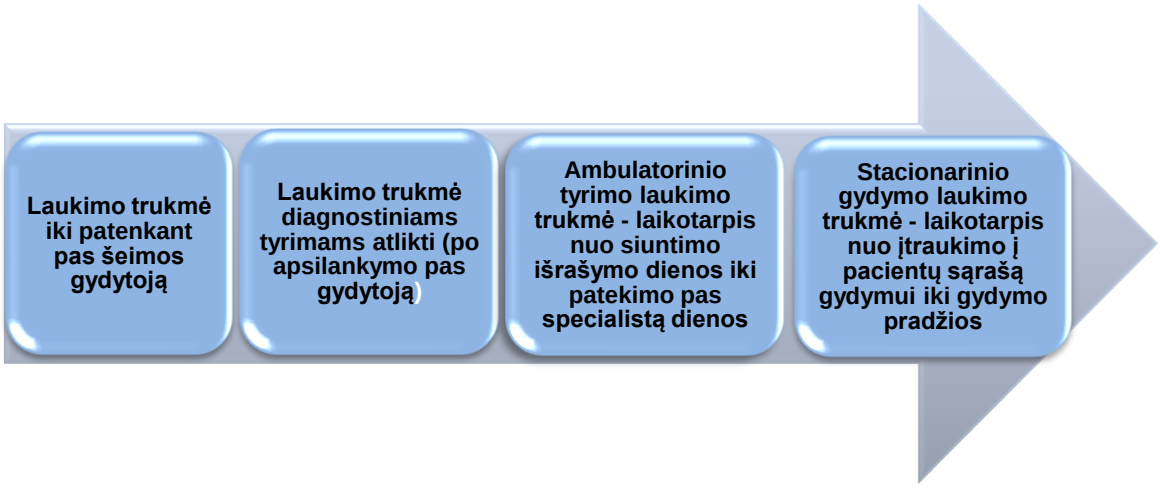
Žvelgiant iš paciento perspektyvos, svarbu, kiek laiko reikės laukti, o ne sąrašo ilgis: pacientams nekels susirūpinimo ilgas laukimo sąrašas, jei laukimo laikas yra trumpas. Dėl šios priežasties užsienio šalys daugiau dėmesio skiria laukimo trukmei nustatyti ir mažiau tam, koks skaičius pacientų yra sąraše.

Mokslinėje literatūroje yra išskiriami keturi laukimo etapai, kol prasideda paciento gydymas. Pirmasis laukimo etapas yra iki pacientui patenkant pas bendrosios praktikos (šeimos) gydytoją, antrasis – kai po apsilankymo pas gydytoją laukiama tam tikrų diagnostinių tyrimų. Trečiasis, ambulatorinio tyrimo laukimo laikas, kai bendrosios praktikos (šeimos) gydytojas nusprendžia, kad reikalingas siuntimas pas specialistą, tuomet skaičiuojamas laikas nuo siuntimo išrašymo dienos iki dienos, kai patenkama pas specialistą. O paskutinysis vadinamas stacionarinio gydymo laukimo laiku - laikotarpis nuo dienos, kai

[65] Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2007 m. liepos 24 d. įsakymas Nr. 1K-113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo," prieiga per internetą: <http://www.infolex.lt/lite/ta/44276>, (žiūrėta 2013 12 12).

[66] Siciliani L., A Note on the Dynamic Interaction between Waiting Times and Waiting Lists, *Health Economics*, No. 5, 2008, p. 639-647. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17948224>, (žiūrėta 2013 11 13).

specialistas įtraukia į pacientų, kurie turi būti gydomi, sąrašą, iki dienos, kai pradedama gydyti (arba pacientas priimamas gydyti) (žr. 1 pav.).[67]



1 pav. Laukimo trukmė skirtinguose paslaugų teikimo etapuose

Sudaryta darbo autoriaus pagal L. Siciliani ir kt. „Waiting Time Policies in the Health Sector“, 2013, 36 p.

Pastebima, jog kai kurios šalys pradėjo skaičiuoti laukimo laiką nuo bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo siuntimo išrašymo iki gydymo pradžios. Toks etapas dažnai vadinamas laukimo laiku nuo siuntimo iki gydymo (angl. „the referral-to-treatment“). Šis etapas apima ambulatorinio tyrimo laukimo laiką ir stacionarinio gydymo laiką, ir yra tinkamas paciento laukimo trukmei nustatyti, nes gali susidaryti ilgas laiko tarpas nuo specialisto konsultacijos iki dienos, kai pacientas įtraukiamas į laukiančiųjų gydymo sąrašą. Šalys pereina prie laukimo laiko nuo bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo siuntimo iki gydymo skaičiavimo, kadangi tikslas yra sumažinti bendrą laukimo trukmę, o ne sutrumpinti vieną iš minėtųjų laukimo etapų (pvz., stacionarinio gydymo).[68]

Kita vertus, laukimo laikas sveikatos priežiūros įstaigos registratūroje ar prie gydytojo kabineto durų, pacientų nuomone, ne ką mažesnė problema už laukimo laiką patekti pas gydytoją. Pastebima kad, ne mažai laiko pacientams tenka sugaišti įstaigos registratūroje, kadangi didelis skaičius aptarnaujamų pacientų, o registratūros darbuotojų skaičius yra nepakankamas.[69] Registratūros darbuotojui visus besikreipiančius pacientus yra privalu užregistruoti, pasiūlant anksčiausią galimą paslaugos suteikimo

[67] Siciliani L., et. al., *Waiting Time Policies in the Health Sector: What works?* 2013, p. 35-36. Prieiga per internetą <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2476022.pdf >, (žiūrėta 2014 12 12).
[68] Siciliani L., et. al., Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries, *Health Policy*, 2014, No. 118(3), p. 292-303. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014002267>, žiūrėta (2014 10 05).
[69] Jankauskienė, D., Pečiūra, R. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, 174 p.

dieną arba vėlesnei datai, jei to pageidauja pacientas.[70] Atsižvelgiant į tai, kad didelis skaičius aptarnaujamų pacientų tenka vienam registratūros darbuotojui, laukimo eilės ženkliai sumažėtų, jeigu pacientai vis dažniau pas gydytojus registruotųsi telefonu ar internetu.

Iki elektroninės sveikatos sistemos įdiegimo atsiradimo, pacientų registravimas buvo vykdomas naudojant „popierinę“ registraciją. Tuometiniu „popieriniu“ registracijos žurnalu galėjo dirbti vienas registratūros darbuotojas, todėl tai stipriai apriboja efektyvų darbą ir be abejo sudaro eiles registratūroje.[71]

Tarptautinė patirtis rodo, jog sveikatos apsaugos institucijose diegiant elektronines sveikatos sistemas, ne tik gerėja aptarnavimas, bet ir efektyviau valdoma sveikatos apsauga įvairiuose jos lygiuose. Elektroninės sveikatos sistemos skatina kolektyviai kaupti tyrimų rezultatus bei duomenis, kad jais būtų galima naudotis bet kurioje sveikatos paslaugų teikimo vietoje, nepriklausomai nuo įstaigos, kurioje atsiduria pacientas.[72]

Tačiau kuomet 2011 m. I. Tamutienė ir kt. atlikto tyrimą, pastebėta, jog pacientų nuomone registracija telefonu ir internetu yra neefektyvi, nes vis vien tenka laukti eilėje prie gydytojo durų.[73] O laukti prie gydytojo durų tenka, nes atlikti tyrimai rodo, kad asmens sveikatos priežiūros specialistai vis daugiau laiko skiria ne tiesioginiam darbui su pacientais, jų ligų diagnozavimui ir gydymui, bet įvairių dokumentų pildymui, mokymuisi naudotis neunifikuotomis, skirtingomis informacinėmis sistemomis bei kitoms daug laiko užimančioms veikloms. Taip pat pastebima, kad dažniausiai pacientai į ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą ateina tik tam, kad gydytojas pratęstų vaistų receptą, ir be abejonės, senyvo amžiaus pacientai, turintys daugiau sveikatos sutrikimų, reikalauja daugiau gydytojo bei komandoje dirbančio slaugytojo laiko.[74] Visgi pabrėžtina, kad sugaištas laikas tiek registratūroje, tiek prie gydytojo kabineto durų gali būti skaičiuojamas ne minutėmis, o valandomis.

Pacientų nuomonė laukimo eilių atžvilgiu vienareikšmiška, jie mano, kad laukimo eilės problema sveikatos priežiūros įstaigose egzistuoja.[75] Anot J. Kairio ir bendraautorių (2004), viltis nesusidurti su

---

[70] LR 2010 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas, prieiga per internetą: <http://www.lrv.lt/Posed_medz/2011/110504/07_papildymas.pdf >, (žiūrėta 2013 11 29).

[71] Išankstinės pacientų registracijos sistema, prieiga per internetą: <http://www.esparama.lt/old/lt/bpd/zemelapis/sekmingi_projektai/?id=7387>, (žiūrėta 2013 12 10).

[72] Clancy, C. M., et. al., Investing In Health Information Infrastructure: Can It Help Achieve Health Reform? *Health Affairs*, 2009, No. 28, p. 478-482. Prieiga per internetą: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/28/2/478>, (žiūrėta 2013 12 20).

[73] Tamutienė I., ir kt., Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai, *Kultūra ir visuomenė,* Nr. 2(1), 2011, 103 p.

[74] Štaras K., ir kt., Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas, *Sveikatos politika ir valdymas*, Nr. 1(5), 2013, p. 167-187.

[75]Krančiukaitė-Butylkinienė D., ir kt., Paslaugų prieinamumo vertinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, Nr. 1, 2010, 18 p.

laukimo eile pas gydytoją būtų nerealu, tačiau didelį dėmesį šios problemos sprendimui turėtų skirti asmens sveikatos priežiūros įstaigų administracijos atstovai, įvairių lygių sveikatos priežiūros organizatoriai.[76] Kadangi mokslininkai įrodė, jog viešosios vadybos stoka lemia kelių dešimčių pacientų eiles poliklinikose, neefektyviai išnaudojamą laiką, neatskirtus būtinosios ir planinės pagalbos reikalaujančių ligonių srautus.[77]

Apibendrinant, Lietuvoje ir užsienio šalyse, paslaugų laukimo eilė/trukmė lieka viena pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemų. Gausu faktorių, neigiamai veikiančių organizacinį paslaugų prieinamumą: medikų stygius, didelis skaičius aptarnaujamų pacientų vienam gydytojui, nemažai laiko užimantys papildomi darbai (ligos istorijos, tyrimų, siuntimų, specialiųjų poreikių pildymai).

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

[77]Štaras K., ir kt., Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas, *Sveikatos politika ir valdymas,* Nr. 1(5), 2013, p. 167-187.

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ ORGANIZAVIMAS

2.1. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ypatumai

Sveikatos priežiūros sistema yra vienas pagrindinių mechanizmų padedančių realizuoti ir užtikrinti sveikatos apsaugą. Valstybės formuojama sveikatos politika turi užtikrinti aukšto lygio medicinos pagalbą visiems savo šalies gyventojams.

Pagal LR sveikatos sistemos įstatymą yra savivaldybių ir valstybės sveikatinimo veiklos organizavimo lygiai. Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančių stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas, lygmenys yra rajonų, regionų ir respublikos. O asmens sveikatos priežiūros paslaugos skirstomos į pirminį, antrinį ir tretinį lygius.[78]

Pirminis sveikatos priežiūros lygis, tai nespecializuotos kvalifikuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios teikiamos pagal šeimos gydytojo, bendrosios praktikos slaugytojo, bendruomenės slaugytojo medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje ASPĮ.[79] Šeimos gydytojai ir gydytojai specialistai, kurie teikia pirmines, antrines sveikatos priežiūros paslaugas, įtariant ligą, atlieka pirmuosius tyrimus. Šeimos gydytojas taip pat prižiūri pacientų sveikatą po gydymo, tarp gydymo specializuotose gydymo įstaigose ciklų, tęsia pacientams specialistų paskirtą ilgalaikį gydymą, pagal kompetenciją gydo išsivysčius komplikacijoms, teikia paliatyviosios pagalbos paslaugas.

Šeimos gydytojui išrašius siuntimą pas specialistą, pacientas pasirinkęs specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią įstaigą ir gydytoją gauna nemokamas specializuotas sveikatos priežiūros paslaugos.[80]

Antriniam sveikatos priežiūros lygiui priskiriamos įstaigos – ligoninės ir poliklinikos, kurioms reikalingos tam tikro personalo įgūdžių bei sugebėjimų ir sudėtingesnių technologijų panaudojimas.

Labiausiai specializuota asmens sveikatos priežiūra yra tretinio lygio. Šio lygio sveikatos priežiūros įstaigos teikia aukštos specializacijos paslaugas, kurioms reikalingas aukštas techninis lygis,

---

[78] Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės Žinios*, 1994, Nr. 63-1231; *Valstybės Žinios*, 1998, Nr. 112-3099.

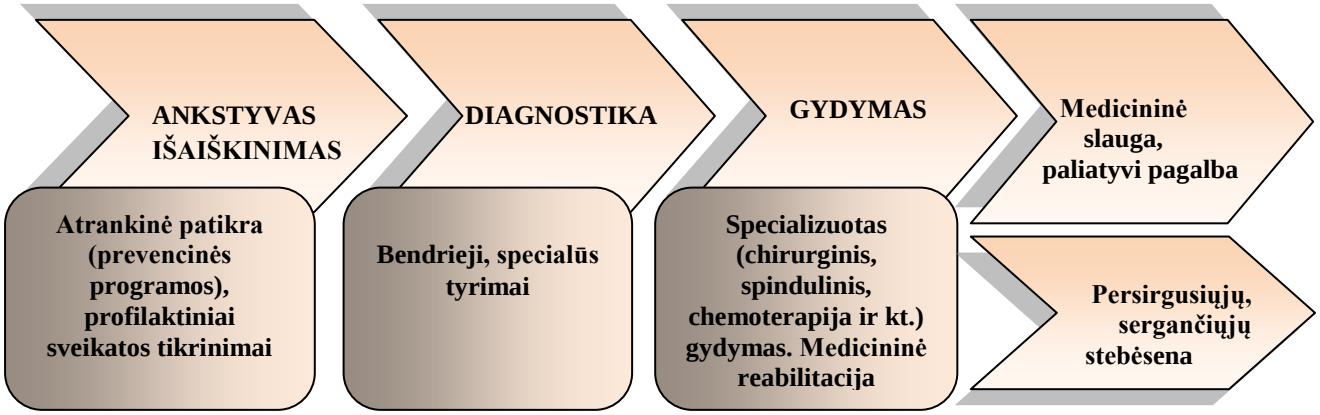
[79] Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo," prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=267313&p_query=&p_tr2>, (žiūrėta 2013 12 12).

[80] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo," prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=268928&p_query=&p_tr2>, (žiūrėta 2013 12 12).

kuris paprastai siejamas su paslaugomis, kurios yra teikiamos universitetinėse arba specializuotose ligoninėse.[81]

Pasak S. Burokienės ir kt. (2011), ne mažiau kaip 80 proc. visų sveikatos problemų, turėtų būti sprendžiama pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Šeimos gydytojas turi atrinkti pacientus, kuriems reikalingos specialistų konsultacijos, kurių problemų negali išspręsti pats pagal savo kompetenciją. 15 proc. visų sveikatos problemų yra sprendžiamos antriniame sveikatos priežiūros lygyje, o tretiniame tik 5 proc.[82] Taigi galima manyti, kad pirminė sveikatos priežiūra yra „filtras“ tarp antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros ir pagal sveikatinimo veiklos lygius ir lygmenis sveikatos priežiūros paslaugas dėl onkologinių ligų teikia visos ASPĮ. Sveikatos priežiūra dėl onkologinių ligų yra pradedama pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje, o onkologines ligas diagnozuoja ir gydo atitinkamų profesinių kvalifikacijų gydytojai.

Onkologinėmis ligomis sergantys asmenys Lietuvoje gydomi specializuotas onkologines paslaugas teikiančiose daugiaprofilinėse gydymo įstaigose. Pacientų ištyrimas minėtose gydymo įstaigose yra kompleksinė paslauga, kadangi pacientą konsultuoja skirtingų specialybių gydytojai, atliekami sudėtingi diagnostiniai instrumentiniai tyrimai, be kurių negalima teisingai įvertinti ligą ir paskirti pacientui tinkamiausią gydymą (žr. 2 pav.)[83]



2 pav. Onkologinės pagalbos etapai

Cit. pagal „Valstybinio audito ataskaita kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra“, 2014, 7 p.

[81]Jankauskienė, D., Pečiūra, R. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 154 p.
[82]Burokienė S., ir kt., Vilniaus apskrities pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos palyginimas, prieiga per internetą: <http://vilniaustlk.lt/failai/istaigoms/Statistika/ST_ID5.html>, (žiūrėta 2013 12 18).
[83]Valstybinio audito ataskaita kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra, prieiga per internetą: <https://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=3112>, (žiūrėta 2014 05 15).

Siekiant mažinti sergančiųjų piktybiniais navikais skaičių, Lietuvoje yra įgyvendinamos keturios onkologinių susirgimų prevencinės programos: gimdos kaklelio piktybinių navikų, krūties, priešinės liaukos ir storosios žarnos.[84]

Be to, onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, kokybei, pacientų srautų valdymui gerinti, sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) ministro įsakymu yra patvirtinti onkologijos srities vyriausieji respublikos ir kraštų specialistai, teikiantys SAM siūlymus minėtais klausimais.[85]

Lietuvoje iki 2014 m. veikęs Vilniaus universiteto onkologijos institutas, specializuotą onkologinę pagalbą teikianti įstaiga, reorganizuota ir suteiktas valstybinio mokslinių tyrimų instituto, savo sudėtyje turinčio kliniką statusas bei pervadintas į Nacionalinį vėžio institutą. Vienas svarbesnių instituto tikslų yra teikti sveikatos priežiūros įstaigoms metodologinę, metodinę ir kitą pagalbą piktybinių navikų kontrolės klausimais; koordinuoti onkologinių ligų kontrolės veiklą Lietuvos Respublikoje bei teikti Sveikatos apsaugos ministerijai pasiūlymus dėl onkologinės pagalbos.[86]

Apibendrinant, Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros paslaugos skirstomos į pirminį, antrinį ir tretinį lygius. Sveikatos priežiūra dėl onkologinių ligų yra pradedama pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje, o onkologines ligas diagnozuoja ir gydo atitinkamų profesinių kvalifikacijų gydytojai, dirbantys aukštos specializacijos sveikatos priežiūrą teikiančiose įstaigose. Onkologinė pagalba apima ankstyvą ligos išaiškinimą, kai atliekamos prevencinės programos ar profilaktiniai sveikatos patikrinimai; ligos diagnozavimą, kai atliekami bendrieji ir specialūs tyrimai; ligos gydymą – taikomas chirurginis gydymas, chemoterapija, radioterapija ir kiti gydymo būdai, taip pat gaunamas medicininės reabilitacijos paslaugas; medicininę slaugą, paliatyvią pagalbą.

[84] Prevencijos programos 2011, prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/leidiniai/2011%20m.%20leidiniai/Documents/PPJusuGalimybeIssitirti.pdf>, (žiūrėta 2014 05 15).
[85] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. kovo 5 d. įsakymas Nr. V-327 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 m. įsakymo Nr. V-739 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos vyriausiųjų respublikos ir vyriausiųjų kraštų specialistų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo,“ prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/go.php/Vyriausieji-respublikos-ir-vyriausieji-krastu-specialistai14838863>, (žiūrėta 2015 03 15).
[86] Lietuvos Respublikos Nacionalinio vėžio instituto įstatymo projektas, 2014 m. balandžio 17 d., Nr. XIP-3128(2), prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=464655&p_tr2=2>, (žiūrėta 2014 05 07).

2.2. Onkologinės sveikatos priežiūros paslaugų specifika

Piktybiniai navikai, tai viena svarbiausių sveikatos apsaugos problemų visame pasaulyje, kadangi kasmet užregistruojama apie 13 mln. jais sergančių asmenų, o nuo jų miršta daugiau kaip 7 mln. žmonių. Prognozuojama, kad 2030 m. piktybiniai navikai taps pagrindine žmonių mirties priežastimi.[87]

Europoje kasmet diagnozuojama apie 3,2 mln. naujų piktybinių navikų atvejų.[88] Tuo tarpu Lietuvoje, naujų piktybinių navikų atvejų kasmet yra diagnozuojama apie 18 tūkst. Lietuvos moterų tarpe vyrauja sergamumas krūties piktybiniais navikais (pasauliniu mastu taip pat krūties navikai), o vyrų tarpe – priešinės liaukos piktybiniai navikai (pasauliniu mastu - plaučių). Lietuvos sergamumo piktybiniais navikais ir mirtingumo nuo jų rodikliai yra didesni lyginant su Europos šalių vidurkiu.[89]

Piktybinis navikas, tai pakitusių ląstelių darinys, kurio vienas pagrindinių bruožų yra plisti po organizmą. Susidarę dar keletas, keliolika ar keliasdešimt antrinių jo židinių ypač sunkina ligos eigą. Navikai, augdami organizme, sukelia įvairių patologinių reiškinių. Jie skirstomi pagal stadijas, kurios priklauso nuo auglio dydžio ir išplitimo organizme.[90]

Kadangi onkologinė liga yra pakankamai agresyvi liga, galinti labai greitai progresuoti, dėl to piktybiniai navikai dažnai yra gydomi kompleksiškai: taikomas radikalus chirurginis gydymas (šalinant naviką, išplitusius židinius), spindulinis – audinių švitinimas, chemoterapija – gydymas vaistais, veikiančiais naviko ląsteles. Šių ligų gydymo infrastruktūra labai brangi, todėl ji sutelkiama specializuotas onkologines paslaugas teikiančiose įstaigose, kuriose dauguma pacientų detaliai ištiriami ir radikaliai gydomi.[91]

Dėl vis daugėjančių susirgimų ir mirčių nuo piktybinių navikų, galima teigti, kad onkologiniai susirgimai yra prioritetinė sveikatos priežiūros sritis. Tai rodo ir privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto išlaidų didėjimas priešnavikiniams vaistams. 2011 m. onkologinių susirgimų

---

[87] Mathers C. D., Loncar D., Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030, *PLoS Medicine*, No. 3(11), 2006, p. 442-448. Prieiga per internetą: < http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030442>, žiūrėta (2014 11 03).

[88] Ferlay J., et.al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012, *European Journal of Cance*r, No 49, 2013, p. 1374-1375. Prieiga per internetą: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/Ferlay%20J_EJC_2013.pdf >, (žiūrėta 2014 11 10).

[89] Lietuvos sveikatos statistika 2013, prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/data/la2013.pdf>, (žiūrėta 2014 05 15).

[90] Stalioraitytė E., ir kt., *Patologinė anatomija*, Kaunas: Naujasis lankas, 2001. Prieiga per internetą: <http://www.pathonet.lt/Fundamentine_patologija/8%20dalis.htm#gerirpik>, (žiūrėta 2014 12 10).

[91] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo“ pakeitimo ir Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos įgyvendinimo 2014-2016 metais priemonių plano patvirtinimo,“ prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/lt/legalActPrint?documentId=4e5e6800770111e49710918558376243>, (žiūrėta 2014 10 12).

ambulatoriniam gydymui išlaidos sudarė apie 15 proc. PSDF biudžeto išlaidų visiems ambulatoriniam gydymui skirtiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms.[92]

Stebint vis didėjančius sergamumo ir mirtingumo nuo onkologinių ligų rodiklius, vienas pagrindinių sveikatos priežiūros tikslų valstybės mastu yra mirtingumo mažinimas.

Viena iš daugelio 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos investicijų sveikatos sektoriui krypčių, kuri numatyta „Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų programoje," yra ankstyva onkologinių ligų diagnostika ir visavertis gydymas. Programa įgyvendinama iki 2015 m. pab., minėtųjų investicijų tikslas – mažinti gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo onkologinių ligų, pailginti vidutinę gyvenimo trukmę ir pagerinti jo kokybę, modernizuojant sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą ir gerinant teikiamų paslaugų kokybę.[93]

2014-2025 m. laikotarpiui patvirtintas visapusiškas strateginis dokumentas, skirtas spręsti vis didėjančią problemą dėl onkologinių ligų. Patvirtintos Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 m. programos vienas svarbiausių tikslų yra iki 2025 m. sumažinti standartizuotą Lietuvos gyventojų mirtingumą nuo onkologinių ligų, užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą kiekvienam žmogui (prieinamos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos sveikatos priežiūros paslaugos, saugūs, efektyvūs ir kokybiški vaistiniai preparatai).[94]

Apibendrinant, onkologinės ligos yra itin svarbi sveikatos problema ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje. Kadangi apie 13 mln. sergančių piktybiniais navikais užregistruojama kiekvienais metais ir kasmet daugiau kaip 7 mln. miršta. Tai daug dėmesio, ypatingo gydytojų specialistų ir kito medicinos personalo profesionalumo reikalaujanti liga, nes sergančiųjų skaičius ir mirštamumas nuo jo sparčiai auga. Atsižvelgiant į tai, prieinamumo užtikrinimas tampa itin svarbus, kad onkologinė liga būtų kuo anksčiau diagnozuota ir pradėta gydyti.

---

[92] Ten pat.

[93] Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V-436 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymo Nr. V-799 „Dėl sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007-2013 metų programos patvirtinimo" pakeitimo", prieiga per internetą: < http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/sam/teises_aktai/SAM_2009-06-02Nr._V-436(Nei.pdf>, (žiūrėta 2013 12 12).

[94] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo" pakeitimo ir Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos įgyvendinimo 2014-2016 metais priemonių plano patvirtinimo," prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/lt/legalActPrint?documentId=4e5e6800770111e49710918558376243>, (žiūrėta 2014 10 12).

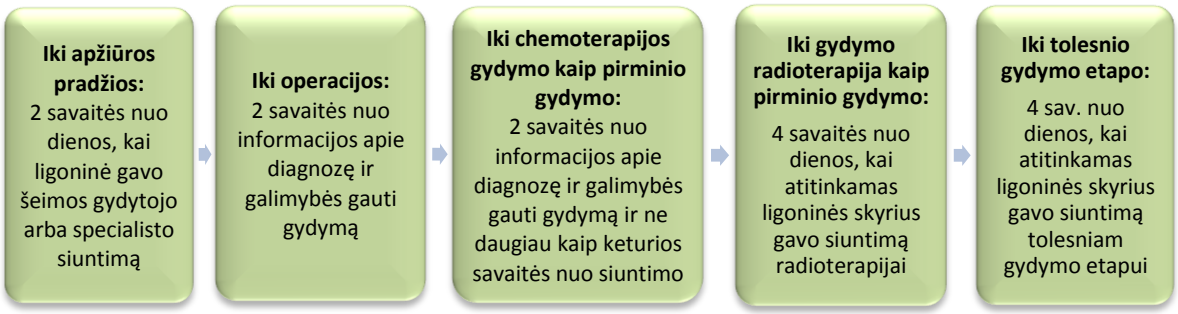
3. ONKOLOGINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS

3.1. Onkologinių paslaugų laukimo trukmė užsienio šalyse

Lietuvoje ir užsienio šalyse nepakankamai užtikrinant onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, ieškoma būdų kaip organizuoti prienamą sveikatos priežiūrą.

Danija. Danijoje sveikatos priežiūra finansuojama iš surenkamų mokesčių: nemokamos medicininės konsultacijos ir gydymas. Pagal nustatytą tvarką, pacientams besikreipiantiems į bendrosios praktikos (šeimos) gydytoją, gali būti atlikti kai kurie paprasti tyrimai, siunčiant juos atlikti ligoninėje (išlaikant atsakomybę už pacientą), arba siunčiant į ligoninės skyrių, tačiau tokiu atveju siunčiantis gydytojas už pacientą nebeatsako.[95]

2001 m. pasikeitus Danijos vyriausybei, naujoji valdžia tuo metu galiojusius laukimo laikus, kurie buvo patvirtinti 1990 m., pakeitė į maksimaliai galimą laukimo laiką, bei suteikė laisvę pasirinkti ligoninę, įskaitant ir privačias gydymo įstaigas. Nežiūrint į tai, gyvybei grėsmę keliančių ligų atvejams taip pat buvo nustatyti galimi ilgiausi laukimo terminai. Visų susirgimų piktybiniais navikais (išskyrus onkologines ligas, kurioms esant yra būtinas kaulų čiulpų persodinimas, ir odos piktybinį naviką, kuris nėra melanoma) atveju pagal šalies įstatymus numatyta galima ilgiausia laukimo trukmė skirtinguose onkologinių paslaugų teikimo etapuose (žr. 3 pav.):



3 pav. Ilgiausia laukimo trukmė skirtinguose onkologinių paslaugų teikimo etapuose Danijoje

Sudaryta darbo autoriaus pagal L. Siciliani ir kt. „Waiting Time Policies in the Health Sector“, 2013, 118 p.

[95] Olesen F., Delay in diagnosis: the experience in Denmark, *British Journal of Cancer*, No. 101(2), 2009, p. 5-8. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790711/>, (žiūrėta 2013 11 13).

Danijoje nėra jokių reikalavimų, kurie būtų taikomi bendram gydymo laikui, kadangi bendras gydymo laikotarpis nustatomas remiantis medicininėmis išvadomis.[96]

Siekiant pagerinti sergamumo ir mirtingumo rodiklius nuo onkologinių ligų, bei didinant onkologinių paslaugų prieinamumą, Danija nusprendė parengti piktybinių navikų gydymo planą. Pirmasis nacionalinis piktybinių navikų gydymo planas buvo paskelbtas 2000 m., o 2005 m. antrojo nacionalinio piktybinių navikų gydymo plano tikslas - pagerinti gydymą, kuris atitiktų aukščiausius tarptautinius standartus. Taigi vienas iš pasiūlymų buvo parengti „Pacientų sergančių piktybiniais navikais gydymo gaires“ (angl. „Cancer Patient Pathways“) ir suformuoti „Danijos daugiadisciplinio piktybinių navikų gydymo grupes“ (angl. „Danish Multidisciplinary Cancer Groups“) siekiant koordinuoti sveikatos srities profesionalių darbuotojų pastangas.[97]

Kuomet 2007 m. buvo nutarta įgyvendinti pasiūlymą parengti sergančių piktybiniais navikais gydymo gaires, buvo sudaryta darbo grupė suformuoti optimalaus gydymo priemonių paketus 34 piktybinių navikų tipams. Pasak H. B. Probst ir kt. (2012), piktybinių navikų gydymo gairės apimančios klinikinius ir organizacinius ligų diagnozavimo ir gydymo standartus, gerokai sumažino laukimo trukmę, kuri, kaip manoma, padidina išgyvenamumą. Organizaciniai onkologinių ligų diagnozavimo ir gydymo standartai minėtame dokumente apima visus laukimo etapus, nuo patenkant pas gydytoją iki gydymo pradžios. Numatyta informacija kuri turi būti suteikiama pacientui, paciento siuntimo tvarka, už atliekamus veiksmus atsakingi sveikatos priežiūros specialistai ar skyriai, bei kiekvieno etapo laukimo trukmė.[98]

Pasak L. Siciliani (2013), labai tikėtina, kad Danijoje sveikatos priežiūros biudžeto padidėjimas palengvino laukimo laikų mažinimą.[99] Pagal K. M. Pedersen ir kt. (2005), įvairūs finansiniai ir struktūriniai pokyčiai, tokie kaip padidėjęs biudžetas sveikatos priežiūrai, padidėjusi privataus draudimo paklausa, veikla grindžiama atlyginimu ligoninėms, taip pat gali būti vertinama kaip politika, kuria netiesiogiai siekiama sutrumpinti laukimo trukmę.[100]

---

[96] Siciliani L., et. al., *Waiting Time Policies in the Health Sector: What works?* 2013, 130 p. Prieiga per internetą <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2476022.pdf >, (žiūrėta 2014 12 12).

[97] Ten pat.

[98] Probst H. B., et.al., Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians - A national Danish project, *Health Policy*, No. 105(1), 2012, p. 65-70. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851011002417#>, (žiūrėta 2013 12 20).

[99] Siciliani L., et. al., *Waiting Time Policies in the Health Sector: What works?* 2013, 116 p. Prieiga per internetą <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2476022.pdf >, (žiūrėta 2014 12 12).

[100] Pedersen K. M., et.al., The Danish Health Care System: Evolution Not Revolution in a Decentralized System, *Health Economics*, No. 14, 2005, 41 p. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1028/pdf>, žiūrėta (2014 11 03).

Taigi, vieni mokslininkai pabandė nustatyti laukimo trukmę skirtinguose paslaugų teikimo etapuose, stebint jų atitikimą patvirtintiems laukimo standartams, kiti bandė tirti kaip pasiteisina sergančiųjų piktybiniais navikais gydymo gairės.

N. M. Lyhne ir kt. (2013) atliko studiją apie laukimo laiką galvos ir kaklo piktybiniams navikams diagnozuoti bei gydyti, 2010 m. laukimo trukmės rezultatai buvo lyginami su 2002 m. ir 1992 m. rezultatais. Tyrimo metu surinkti duomenys analizuoti pagal štai tokius laukimo laikotarpius: diagnostikos laikotarpis - laikotarpis nuo pirmojo apsilankymo pas sveikatos priežiūros specialistą įtariant onkologinę ligą (t.y. pas bendrosios praktikos (šeimos) gydytoją, stomatologą, otolaringologą) iki galutinės histopatologinės diagnozės pateikimo pacientui; pasiruošimas gydymui - laikas nuo diagnozės nustatymo iki radioterapijos pradžios arba operacijos atlikimo; visas sugaištas laikas sveikatos priežiūros įstaigoje - laikas nuo apsilankymo pas gydytoją, kai buvo įtarta onkologinė liga, iki reikiamo gydymo pradžios. Atliekamos diagnostinės procedūros (ultragarso, magnetinio rezonanso ir pozitronų emisijos tomografija) taip pat buvo įtrauktos. Laukimo trukmė pagal skubios tvarkos standartus buvo apskaičiuotas atsižvelgiant į dalį pacientų, kuriems taikomi esami skubios tvarkos standartai: 17 k. d. diagnozei nustatyti, 7 dienos operacijai planuoti, 11 dienų radioterapijai planuoti, tai viso 24 arba 28 k. d., skaičiuojant nuo apsilankymo pas gydytoją, kai buvo įtartas piktybinis navikas, iki operacijos arba radioterapijos pradžios (atitinkamai).[101]

Taigi paaiškėjo, kad galvos ir kaklo piktybinių navikų diagnostikai 2010 m. pacientams teko laukti 13 d. Palyginus rezultatus su 2002 m. ir 1992 m., laukimo laikas sutrumpėjo, 2002 m. pacientams tekdavo laukti 17 d., o 20 d. - 1992 m. 2010 m. gydymo vidutiniškai teko laukti 25 d., kai tuo tarpu 2002 m. – 47 d., o 1992 m. – 31d. Sumažėjimas nuo 2002 iki 2010 m. buvo pirmiausiai pastebimas laukiant radioterapijos, nes laukimo laikas trumpesnis 3 savaitėmis (iš 40 į 19 dienų), 6 dienomis mažiau teko laukti ir chirurginio gydymo, iš 14 dienų sutrumpėjo iki 8 dienų. Taip pat 2010 m. fiksuotas ženkliai trumpesnis visas laukimo laikas, vidutiniškai sumažėjęs 4 sav., iš 69 dienų į 41.

Nustatyta laukimo trukmė buvo palyginta su esamais nacionaliniais laukimo standartais. Diagnostikos laikotarpio atitikimas patvirtintiems standartams padidėjo nuo 47 proc. iki 51 proc. ir 64 proc. už 1992, 2002 ir 2010 m. atitinkamai. Laukimo laiko standartas radioterapijai 7 proc., 1 proc. ir 22 proc. ir laukimo laiko standartas operacijai 17 proc., 22 proc. ir 48 proc., 1992, 2002 ir 2010 m. atitinkamai.

[101] Lyhne N. M., ir kt., Waiting times for diagnosis and treatment of head and neck cancer in Denmark in 2010 compared to 1992 and 2002, *European Journal of Cancer*, No. 49, 2013, p. 1627-1633. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804912009306>, žiūrėta (2014 11 03).

Tačiau kaip teigiama studijos autorių, dauguma pacientų vis dar susiduria su ilgu laukimo laiku ir esminis situacijos, dėl laukimo trukmės, gerinimas yra būtinas.[102]

Studija dėl piktybinių navikų gydymo gairių panaudojimo įtariant onkologinę ligą, apibūdina kaip vyksta pokyčiai per tam tikrą laikotarpį ir keičiasi auglio dydis natūralaus tyrimo metu prieš/po gairių taikymo sarkomos atvejais. Buvo peržiūrėtos 2007-2010 m. Orhuso sarkomos centro pacientų, atsiųstų iš kitų ligoninių įtarus sarkomą, bylos, ir renkami duomenys apie laukimo laikus, atliktą diagnostiką bei auglio dydį. Rezultatai parodė, kad statistiškai reikšmingai sumažėjo etapo „nuo siuntimo iki pirmojo apsilankymo pas specialistą“ laukimo laiko dienų skaičius visais sarkomų atvejais. Kaulų sarkomos atvejais laukimo trukmė sumažėjo iš 11 iki 5 d. d. etapo – „nuo pirmojo apsilankymo pas specialistą iki sprendimo dėl gydymo,“ o laikotarpio „nuo siuntimo iki gydymo pradžios“ minkštųjų audinių sarkomų atvejais laukimo trukmė sumažėjo iš 28 iki 8 d. d. Pasak tyrimo autorių, taikant piktybinių navikų gydymo gaires laukimo trukmė sumažėjo, ilgesnis laikas nei numatytas pagal skubios tvarkos programą buvo reikalingas papildomai diagnostikai. Taigi gairės paspartino sarkomos diagnostikos procesą, ir rezultatai gali paskatinti panašias iniciatyvas tarptautiniu mastu.[103]

Anglija. Žvelgiant į Anglijos patirtį, Nacionalinė sveikatos priežiūros tarnyba pradėjo veikti 1948 m., siekiu, kad sveikatos priežiūra būtų prieinama visiems.

Anglijos pirmine sveikatos priežiūra rūpinasi bendrosios praktikos (šeimos) gydytojas, tačiau jai taip pat priskiriami ir odontologai, oftalmologai, vaistininkai. Prireikus specialisto pagalbos, pacientas siunčiamas konsultacijai pas specialistą. Pacientas turi galimybę pasirinkti specialistą ir gydymo įstaigą, kurioje jis pageidauja gauti konsultaciją. Skubiais atvejais pagalbą teikia nelaimingų atsitikimų centrai, greitoji pagalba.[104]

Nacionalinės sveikatos priežiūros tarnybos (NHS) paslaugos teikiamos nemokai, išskyrus tuos atvejus, kuriuos numato parlamentas. Pastaroji finansuojama iš surenkamų mokesčių.[105]

Nepaisant to, kad terminai „laukimo laikas“ ir „laukimo eilė“ sulaukia diskusijų dėl apibrėžimo, tačiau Anglijoje laukimo eilė apibrėžiama kaip laiko tarpas, parodantis kiek laiko pacientas laukia

---

[102] Lyhne N. M., ir kt., Waiting times for diagnosis and treatment of head and neck cancer in Denmark in 2010 compared to 1992 and 2002, *European Journal of Cancer*, No. 49, 2013, p. 1627-1633. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804912009306>, žiūrėta (2014 11 03).

[103] Dyrop H. B., et. al., Cancer Patient Pathways shortens waiting times and accelerates the diagnostic process of suspected sarcoma patients in Denmark, *Health Policy*, No. 113, 2013, p. 110-117. Prieiga per internetą: < http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013002479>, žiūrėta (2014 11 03).

[104] Guide to the Healthcare System in England 2013, prieiga per internetą: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF >, (žiūrėta 2014 06 07).

[105] Ten pat.

sveikatos priežiūros paslaugos nuo kreipimosi į ASPĮ.[106] Kai kurie Anglijos mokslininkai su tuo nesutinka ir traktuoja, kad laukimo eilė yra laukiančių žmonių skaičius, o laukimo laikas – tai laikotarpis, kai pacientas laukia ambulatorinės paslaugos pas bendrosios praktikos (šeimos) gydytoją, konsultacijos pas specialistą ar guldymo į ligoninę, tačiau neneigia, kad šie du terminai yra glaudžiai susiję, tik santykis yra kintantis.[107]

Nuo 1997 m. iki 2008 m. NHS turėjo tris skirtingus strategijos etapus, siekiant sumažinti laukimo trukmę. Tarp 1997 ir 2000 m., numatytomis strategijomis buvo siekiama sumažinti bendrą laukiančiųjų pacientų skaičių, tuo pat metu užtikrinant, kad nei vienas iš laukiančiųjų nelauktų ilgiau nei 18 mėn. Pirmiausia tai buvo pasiekta taikant papildomas investicijas ir dalinantis geriausia laukiančiųjų eilės valdymo praktika. 2000-2005 m. didžiausias dėmesys buvo skiriamas eilėms pacientų, laukiančių ilgiausiai. Šalies vyriausybė nustatė bendruosius tikslus (ambulatoriniams paskyrimams ir stacionariam gydymui) ir konkrečius tikslus (onkologinėms ligoms). Buvo numatytas papildomas finansavimas siekiant nustatytų tikslų. 2005-2008 m. laikotarpiu dedamos pastangos, kad pacientų laukimo laikas neviršytų 18 sav., įskaitant laukimą pirmajai konsultacijai ir gydymą. Be to įdiegta sistema, kad per informacines technologijas pacientai galėtų pasirinkti gydytojus pagal trumpiausią laukimo laiką.[108]

Nacionalinė sveikatos priežiūros tarnybos duomenimis, Anglijoje piktybiniai navikai kasmet diagnozuojami daugiau kaip 250 000 žmonių, apytiksliai 130 000 iš jų miršta.[109] Taigi siekiant padidinti sergančiųjų vėžiu išgyvenamumą, gerinant onkologinių paslaugų prieinamumą, 2000 m. Anglijos vyriausybė patvirtino planą dėl piktybinių navikų, į kurį buvo įtraukti onkologinių paslaugų laukimo trukmės standartai.[110] Jame buvo numatyti keletas standartų, susijusių su ambulatorinių paslaugų ir gydymo ligoninėje laukimo laiku:

- 2 savaičių, nuo skubaus bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo nukreipimo įtariant onkologinę ligą iki pirmojo įvertinimo ligoninėje;
- 31 dienos standartinis laikotarpis nuo sprendimo gydyti iki pirmojo gydymo pradžios;

[106]Waiting for elective admission, prieiga per internetą: <http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/subwebs/publications/studies/studyPDF/3024.pdf>, (žiūrėta 2014 06 07).
[107]Godden S., Pollock A. M., Waiting list and waiting time statistics in Britain: A critical review, *Public Health,* No.1, 2009, 47 p. Priega per internetą: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19054534 >, (žiūrėta 2014 06 07).
[108] Willcox S., et. al., Measuring And Reducing Waiting Times: A Cross-National Comparison Of Strategies, *Health affairs*, No. 4, 2007, p. 1078-1087. Prieiga per internetą: < http://content.healthaffairs.org/content/26/4/1078.full>, (žiūrėta 2014 06 07).
[109] Improving outcomes: a strategy for cancer, prieiga per internetą: <http://www.nhs.uk/nhsengland/NSF/pages/Cancer.aspx>, (žiūrėta 2014 03 08).
[110]The NHS Cancer plan: a plan for investment, a plan for reform, prieiga per internetą: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_4009609>, (žiūrėta 2014 03 08).

- 62 dienų standartinis terminas nuo skubaus bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo nukreipimo įtariant onkologinę ligą iki pirmojo gydymo pradžios;
- 31 dienos, nuo skubaus bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo nukreipimo pirmajam vaiko gydymui nuo onkologinės ligos, sėklidžių piktybinio naviko ir ūminės leukemijos.

Be viso to patvirtinti 2 specifiniai su krūties vėžiu susijusių paslaugų standartai:

- 31 dienos standartinis laikotarpis nuo sprendimo gydyti iki pirmojo gydymo pradžios;
- 62 dienų, nuo skubaus bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo nukreipimo įtariant onkologinę ligą iki pirmojo gydymo pradžios.

Krūties vėžio standartai buvo apjungti į platesnę sritį apimančius visiems piktybinių navikų atvejams taikomus standartus.[111]

2007 m. pab. paskelbtoje piktybinių navikų gydymo reformos strategijoje buvo nurodoma, kad iki šiol priimti onkologinių ligų gydymo standartai nebuvo taikomi visiems sergantiems pacientams ar gydymo būdams, todėl jie buvo išplėsti:

- galiojančio 2 sav. standarto taikymo sritis išplėsta, todėl bet koks pacientas, nukreiptas dėl krūties simptomų, nepaisant to, įtariamas ar neįtariamas onkologinis susirgimas, pas specialistą pateks per 2 sav.;
- galiojančio 31 dienos standarto taikymo sritis išplėsta, į ją patenka visi vėliau skiriami gydymai visiems sergantiems pacientams, įskaitant pacientus, kuriems diagnozuotas ligos pasikartojimas;
- 62 dienų standartas papildytas 2 papildomomis sąlygomis, kai įtariama onkologinė liga:
    - pacientas nukreipiamas iš vėžio atrankos programų (krūties, gimdos kaklelio ir žarnyno);
    - jeigu konsultanto sprendimu pacientui reikalinga skubesnė pagalba, pvz., jei pirmasis nukreipimas konsultacijai nebuvo skubus.[112]

2010 m. pab., Anglijos valdžia inicijavo, kad laukimo standartai onkologiniams pacientams būtų peržiūrimi.[113] 2011 m. paskelbtoje vėžio strategijos rezultatų gerinimo programoje, patariamoji grupė kruopščiai įvertinusi visus klausimus, susijusius su nuo 2007 m. pab. galiojančiais laukimo trukmės standartais, pateikė išvadą, kad šie standartai buvo naudingi pacientams ir turėtų būti išsaugoti be jokių

[111] The NHS cancer plan, prieiga per internetą: < www.thh.nhs.uk/.../Cancer/NHSCancerPlan.pdf>, (žiūrėta 2014 03 08).
[112] Going further on cancer waits, prieiga per internetą: <www.mccn.nhs.uk/.../GFOCW%20Cancer%20Waits%2>, (žiūrėta 2014 06 07).
[113] Improving outcomes: a strategy for cancer, prieiga per internetą: <http://www.nhs.uk/nhsengland/NSF/pages/Cancer.aspx>, (žiūrėta 2014 03 08).

pokyčių.[114] Taigi pastaruoju metu, Anglijoje vadovaujamasi tokiais laukimo trukmės standartais onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams:

a) Ilgiausiai 2 savaitės nuo:

- skubaus bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo/odontologo nukreipimo įtariant onkologinį susirgimą iki pirmosios ambulatorinės konsultacijos;
- bet kurio paciento nukreipimo dėl krūties simptomų (kai piktybinis navikas neįtariamas) iki pirmojo įvertinimo ligoninėje.

b) Ilgiausiai 31 diena nuo:

- sprendimo gydyti iki pirmojo gydymo pradžios;
- sprendimo gydyti/anksčiausios klinikiniu požiūriu tinkamos datos pradėti antrąjį ar kitą gydymo kursą visiems onkologine liga sergantiems pacientams, įskaitant pacientus, kuriems diagnozuotas ligos pasikartojimas, kai tolesnis gydymas yra chirurginis, spindulinis, chemoterapija.

c) Ilgiausiai 62 dienos nuo:

- skubaus bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo/odontologo nukreipimo įtariant onkologinę ligą iki pirmojo gydymo pradžios;
- skubaus nukreipiamo po atrankos programų (krūties, gimdos kaklelio ir žarnyno) dėl įtariamos onkologinės ligos iki pirmojo gydymo pradžios;
- konsultanto skubesnio nukreipimo iki pirmojo gydymo pradžios.

d) Ilgiausiai 31 dienos, nuo skubaus bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo nukreipimo pirmajam vaiko onkologinės ligos gydymui, sėklidžių piktybinio naviko ir ūminės leukemijos.[115]

Remiantis Anglijos nacionalinės sveikatos priežiūros tarnybos duomenimis, 2014 m. pirmajame ketvirtyje 2 savaites teko laukti po bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo nukreipimo įtariant onkologinę ligą iki pirmosios ambulatorinės konsultacijos 93,5 proc. pacientų, o po nukreipimo dėl krūties simptomų (kai piktybinis navikas neįtariamas) iki pirmojo įvertinimo ligoninėje 2 savaites laukė 90,3 proc. pacientų. 31 d. laukė nuo sprendimo gydyti iki pirmojo gydymo pradžios 97,8 proc. pacientų, taip pat 31 d. laukė 96,2 proc. visų pacientų, kuriems paskirtas chirurginis gydymas; 99,7 proc. pacientų, kuriems paskirta chemoterapija, o spindulinio gydymo vieną mėnesį laukė 97,1 proc. pacientų. 62 d. nuo bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo nukreipimo įtariant onkologinę ligą iki pirmojo gydymo pradžios laukė 84,1

[114]Review of Cancer Waiting Times Standards, prieiga per internetą: <https://www.gov.uk/government/.../dh_123395.pdf >, (žiūrėta 2014 03 08).
[115]Cancer waiting times, prieiga per internetą: <www.nwlcn.nhs.uk/.../Cancer%20Intelligence/Going%20Forward%20on>, (žiūrėta 2014 06 07).

proc. pacientų, 93,8 proc. laukiančiųjų buvo nuo skubaus nukreipimo dėl įtariamo onkologinio susirgimo (pagal atrankos programas) iki pirmojo gydymo pradžios, o 90,5 proc. pacientų du mėnesius laukė nuo konsultanto skubesnio nukreipimo iki pirmojo gydymo pradžios.[116] Taigi stebimas pakankamai aukštas laukimo laikų atitikimas patvirtintiems laukimo standartams.

Lyginant 2011 m. laukimo laiko statistiką su 2014 m., pastebima, kad laukiančiųjų pagal patvirtintus standartus skaičius mažėja, išskyrus 31 d. laukiančiuosius, kuriems paskirta chemoterapija, pagal šį standartą laukiančiųjų skaičius išliko toks pat (99,7 proc.). Labiausiai kito laukiančiųjų po nukreipimo dėl krūties simptomų (kai navikas neįtariamas) iki pirmojo įvertinimo ligoninėje standarto laukiančiųjų skaičius: 2011 m. - 95,9 proc., o 2014 - 90,3 proc.[117] Tačiau nežiūrint į tai, kad didžioji dalis pacientų laukia ne ilgiau patvirtintų laukimo terminų, ekspertai teigia, kad Anglijai vis sunkiau darosi laikytis patvirtintų laukimo standartų, nes sergančiųjų srautas vis didėja.

Kanada. Kanadoje laukimo laikas arba eilė traktuojama kaip, laikas, kai pacientas kreipiasi į pirminės sveikatos priežiūros įstaigą, užsiregistruoti planiniam vizitui arba užsirašyti į laukiančiųjų sąrašą gydytojo konsultacijai, iki kol bus suteikta reikalinga planinė konsultacija.[118]

Sveikatos priežiūros paslaugos pacientams teikiamos nemokamai nepriklausomai nuo gaunamų pajamų, amžiaus, užimamų pareigų. Didžioji dalis šalies gydytojų užsiima privačia praktika, apmokėjimas gaunamas už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Kanadoje didžioji dalis ligoninių yra privačios, tačiau ne pelno siekiančios įstaigos.[119]

Kanados radiologų asociacija 2000 m. sukūrė gaires, apibrėžiančias laukimo trukmę nuo radiologo onkologo konsultacijos iki spindulinio gydymo pradžios. Taigi gairės numato, kad šis laikotarpis neturėtų viršyti 10 d. d. arba 14 k. d.[120]

Kuomet 2004 m. šalies ministrai susitarė dėl 10 metų sveikatos priežiūros stiprinimo plano, į jį taip pat buvo įtrauktas ir piktybinių navikų laukimo trukmės stebėjimas. Siekiant įgyvendinti nustatytus

[116]Provider-based Cancer Waiting Times for Q1 2014-15, prieiga per internetą: <http://www.england.nhs.uk/statistics/2014/08/29/provider-based-cancer-waiting-times-for-q1-2014-15/>, (žiūrėta 2015 01 02).
[117]Cancer Waiting Times annual report, 2011-12, prieiga per internetą: <http://www.england.nhs.uk/statistics/2012/07/20/cwt-annual-report-2011-12/>, (žiūrėta 2013 11 29).
[118]Chua K., Rutledge J., Waiting Lists in Canada reality or hype? *Health Affairs*, No. 21, 2006, p. 1-7. Prieiga per internetą: <http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Initiative_Docs/WaitingTimes_primer.sflb.ashx>, (žiūrėta 2014 06 07).
[119]Elaine B., The politics of Canada's health care system, prieiga per internetą: <http://www.law.harvard.edu/programs/lwp/healthc.pdf >, (žiūrėta 2013 03 20).
[120] OECD, *Cancer care: Assuring quality to improve survival*, 2013, 100 p. Prieiga per internetą: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/cancer-care_9789264181052-en#page1>, (žiūrėta 2014 12 10).

nacionalinius šalies tikslus, laikui bėgant kiekvienas šalies regionas sukūrė savo laukimo trukmės planus.[121]

Minėtosios šalies regionai yra parengę paslaugų teikimo schemas dažniausiems onkologiniams susirgimams, kuriose nurodoma, kokios paslaugos ir kokia tvarka, remiantis gerąja praktika, turi būti suteikiamos pacientams. Parengtos schemos padeda gerinti paslaugų prieinamumą, kokybę ir koordinuoti paslaugų teikimą pacientams, bei skatina glaudesnį specialistų bendradarbiavimą.[122] Kita vertus, įdiegtos informacinės programos padeda spręsti ir komunikacines kliūtis, kadangi nuotolinio ryšio tinklai įgalina komunikaciją per atstumą, galimos konsultacijos ir stebėjimas nuotoliniu būdu, todėl nereikia keliauti didelius atstumus iki sveikatos priežiūros įstaigos.[123]

Vertinant laukimo laiką Kanadoje 2013 m., nuo pirmo apsilankymo pas šeimos gydytoją iki patekimo pas specialistą, pastebima, kad pacientams konsultacijos pas gydytoją onkologą teko laukti 2,2 savaitės. Tuo tarpu laukimo laikotarpis po specialisto konsultacijos iki gydymo pradžios - 2,1 sav. Lyginant laukimo laiką gydymui gauti su ankstesnių metų (2012) duomenimis, matoma, kad gydymo laukti 2013 m. teko ilgiau, nes 2012 m. laukimo laikas buvo 1,7 sav.[124]

Pagal piktybinių navikų lokalizaciją Kanadoje 2010 m. laukimo trukmė nuo apsilankymo pas bendrosios praktikos (šeimos) gydytoją iki specialisto konsultacijos dėl krūties naviko vidutiniškai yra - 22 d., plaučių – 13 d., gaubtinės ir tiesiosios žarnos – 16 d., o gimdos kaklelio vidutiniškai 9 d. Vidutinis laukimo laikas tarp krūties naviko diagnostikos ir gydymo pradžios (operacija, radioterapija, chemoterapija) 30 d., plaučių vėžio – 29 d., gaubtinės ir tiesiosios žarnos – 21 d., o gimdos kaklelio vidutiniškai 20 d.[125]

Paminėtina dar ir tai, kad Danija, Anglija ir Kanada yra įsteigę nepriklausomas institucijas, kurios prižiūri vėžio kontrolės įgyvendinimą.[126]

---

[121] OECD, *Cancer care: Assuring quality to improve survival*, 2013, 100 p. Prieiga per internetą: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/cancer-care_9789264181052-en#page1>, (žiūrėta 2014 12 10).

[122] Cancer pathways, prieiga per internetą: <www.health.nt.gov.au/Cancer_Services/CanNET_NT/Cancer_Pathways/index.aspx>, (žiūrėta 2014 03 20).

[123] Baker L. C., et. al., Integrated telehealth and care management program for Medicare beneficiaries with chronic disease linked to savings, *Health affairs*, No. 30(9), 2011, p. 1689-1697. Prieiga per internetą: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21900660>, (žiūrėta 2014 06 07).

[124] Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada 2013 Report, prieiga per internetą: < http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2013.pdf>, (žiūrėta 2014 03 20).

[125] OECD, *Cancer care: Assuring quality to improve survival*, 2013, p. 99-107. Prieiga per internetą: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/cancer-care_9789264181052-en#page1>, (žiūrėta 2014 12 10).

[126] Ten pat.

Apibendrinant, minėtosios šalys (Anglija, Danija, Kanada) siekiant gerinti onkologinių paslaugų prieinamumą yra patvirtinę paslaugų teikimo schemas onkologiniams pacientams, kuriose nurodomi proceso elementai, dalyviai, veiksmų seka, ir įsteigę nepriklausomas institucijas, kurios prižiūri vėžio kontrolės įgyvendinimą. Anglijoje onkologinių paslaugų prieinamumui gerinti organizaciniu aspektu, veiksmų imtasi nuo 2000 m., ir pastaruoju metu vadovaujamasi dviejų savaičių (14 d.), vieno mėnesio (31 d.) ir dviejų mėnesių (62 d.) onkologinių paslaugų laukimo standartais. Danijoje taip pat buvo nustatyti gyvybei grėsmę keliančių ligų atvejams ilgiausi laukimo terminai, patvirtintas nacionalinis gydymo nuo vėžio planas, parengtos gydymo nuo vėžio gairės ir suformuotos daugiadisciplinio gydymo nuo vėžio grupės. Kanadoje onkologinių pacientų laukimo laiko stebėjimas 2004 m. įtrauktas į sveikatos priežiūros planą. Kiek vėliau kiekvienas šalies regionas sukūrė savo laukimo trukmės strategijas, padedančias įgyvendinti nacionalinius tikslus.

3.2. Onkologinių paslaugų laukimo trukmė Lietuvoje

Lietuvoje 2006 - 2009 m. apsilankymų pas gydytojus specialistus apimtis išaugo 9 proc. O 2012 m. apsilankymų pas gydytojus specialistus skaičius padidėjo 11 proc. ir vienam gyventojui vidutiniškai teko 2,7 apsilankymai.[127]

Neatidėliotinais atvejais, kai kyla grėsmė paciento gyvybei arba gresia sunkios komplikacijos, paslaugos teikiamos skubiai.[128] Kitais atvejais paslaugos teikiamos eiliškumo tvarka – pacientai registruojami į eilę planinėms paslaugoms.[129] Be abejonės, ir planines paslaugas svarbu suteikti kuo greičiau, kad nebūtų uždelstas gydymas. Lietuvoje nėra nustatyta ir patvirtinta onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų maksimali laukimo trukmė.

Lietuvoje siekiant gerinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų prieinamumą, laukimo eilių stebėseną ir tinkamai organizuoti pacientų informavimą apie sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų atitinkamų paslaugų prieinamumą, nuo 2007 m. liepos 24 d. galioja valstybinės ligonių kasos

[127] Sveikatos priežiūros įstaigų veikla bei vaistų pardavimas, prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/html/spiv.htm>, (žiūrėta 2014 05 15).
[128] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl būtinosios pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“, prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=230805>, žiūrėta (2014 03 10).
[129] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 10 d. įsakymas Nr. V-27 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymo Nr. V-998 „Dėl Onkologinės pagalbos konsultacinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/forms/legalAct.html?documentId=eb3d5140a47511e3aeb49a67165e3ad3>, žiūrėta (2014 03 10).

direktoriaus patvirtintas „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašas.“[130] Tačiau tvarkos apraše ir gydymo įstaigų, ir ligonių kasų funkcijos apima tik eilių stebėjimą, apie paslaugų prieinamumo vertinimą pagal atitinkamus kriterijus, prieinamumo gerinimo veiksmus nekalbama.

Visgi, atsižvelgiant į ilgą laukimo laiką patekti pas gydytoją, 2014 m. sausio 27 d. sveikatos apsaugos ministras patvirtino pacientų laukimo eilių mažinimo planą. Įsakyme pavaldžioms įstaigoms pavedama išanalizuoti informaciją apie pacientų laukimo eiles, jų susidarymo priežastis, galimybes šių eilių sumažinimui.[131]

Tuo tarpu, siekiant priartinti specializuotą pagalbą regionuose gyvenantiems žmonėms, kuriems įtariamos ar diagnozuotos onkologinės ligos, nuo 2013 m. lapkričio 1 d., pradėjo veikti Onkologinės pagalbos konsultacinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo Kauno krašto gyventojams projektas. Kauno klinikų specialistai (gydytojas onkologas chemoterapeutas, onkologas radioterapeutas, abdominalinės chirurgijos gydytojas, gydytojas dermatovenerologas) konsultuoja Kauno krašto gyventojus rajonų asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Nuo 2014 m. vasario 1 d. toks projektas pradėtas vykdyti ir Vilniaus krašte, o nuo 2014 m. kovo 1 d. ir Klaipėdos krašte.[132] Minėtieji trys onkologinės pagalbos klasteriai apima visą Lietuvos teritoriją.

Siekiu mažinti gydytojų užimtumą, pacientų laukimo laiką prie kabinetų durų, 2014 m. birželio 13 d. pakeistas nuo 2008 m. birželio pabaigos galiojęs įsakymas dėl siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangiesiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo. Naujai patvirtintas aprašas numato, kad siunčiant pacientą pas skirtingus gydytojus specialistus konsultacijai ar atlikti brangiųjų tyrimų bei procedūrų į vieną gydymo įstaigą, kurioje pacientui užvedama viena Ambulatorinė asmens sveikatos istorija, išduodamas vienas siuntimas.[133]

---

[130] Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2007 m. liepos 24 d. įsakymas Nr. 1K-113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo,“ prieiga per internetą: <http://www.infolex.lt/lite/ta/44276>, (žiūrėta 2013 12 12).

[131] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymas Nr. V-108 „Dėl pacientų laukimo eilių mažinimo,“ prieiga per internetą: <http://sam.lt/popup2.php?ru=OgqGftMoBm&tmpl_name=m_article_print_view&article_id=4518>, žiūrėta (2014 03 10).

[132] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 10 d. įsakymas Nr. V-27 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymo Nr. V-998 „Dėl Onkologinės pagalbos konsultacinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/forms/legalAct.html?documentId=eb3d5140a47511e3aeb49a67165e3ad3>, žiūrėta (2014 03 10).

[133] Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. V-693 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymo Nr. V-636 „Dėl siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangiesiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo

2008 m. atliktas „Lietuvoje teikiamų onkologijos paslaugų infrastruktūros tyrimas," kurio vienas iš uždavinių – įvertinti pacientų eiles pas specialistus, teikiančius onkologinių susirgimų diagnostikos ir gydymo paslaugas, parodė, kad vienas iš sunkumų, su kuriais susidūrė pacientai norėdami gauti onkologinių susirgimų diagnostikos ir gydymo paslaugas - „teko ilgai laukti gydytojo konsultacijos" (25,9 proc.). Šio tyrimo metu, vertinant onkologinių paslaugų prieinamumą, atlikta paslaugų laukiančių pacientų analizė trimis lygmenimis: analizuojant teritorinės ligonių kasos suteiktą informaciją, analizuojant eiles pagal šio tyrimo apklausos gautus rezultatus bei informacija gauta tyrėjams tiesiogiai skambinant į įstaigas ir mėginant užsiregistruoti.[134]

Taigi, pagal teritorines ligonių kasas, specialistų konsultacijų dėl onkologinių ligų ilgiausiai laukti tenka 11 k. d. Ilgiausia laukimo trukmė pagal tyrime dalyvaujančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas yra iki 2 sav. Kauno medicinos universiteto klinikose ir Šiaulių apskrities ligoninėje. O pagal faktinę tyrėjų gautą informaciją: Kauno medicinos universiteto klinikose ilgiausiai tenka laukti pas urologą – 28 k. d., Kauno medicinos universiteto klinikos filiale Onkologijos ligoninėje pas ginekologą – 20 k. d., Vilniaus universiteto onkologijos institute pas urologą ir mamologą – 25-35 d., Šiaulių apskrities ligoninėje urologo konsultacijos laukiama 90 d., o Klaipėdos universitetinėje ligoninėje ilgiausiai tenka laukti pas mamologą – 21 d.[135] Stebima itin ilga laukimo trukmė urologo konsultacijai gauti.

2010 m. LR 2009 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinės apyskaitos aiškinamajame rašte teigiama, kad „vyriausybei pailginus (suvienodinus) sveikatos priežiūros specialistų darbo trukmę, maždaug 50 proc. padaugėjo asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurių gydytojų specialistų paslaugų laukimo eilė neviršija 10 d. d." Apie 40 proc. gydytojų specialistų paslaugų prieinamumas išliko nepakitęs, ir tik 10 proc. gydytojų specialistų teikiamų paslaugų viršijo 10 d. d.[136]

Po asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizacijos proceso, projekto „Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos ir analizės parengimas" 2012 m. ataskaitoje pateikiama pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pasitenkinimo teikiamų paslaugų kokybe ir prieinamumu analizė. Ši rodo, kad pagrindinės paslaugų teikimo problemos yra organizacinio, komunikacinio ir ekonominio prieinamumo srityse: nuvykimo patogumas iki gydymo įstaigos ir atstumas iki jos, laukimo

---

patvirtinimo" pakeitimo", prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/1991afd0f2d911e3bb22becb572235f5>, žiūrėta (2014 07 16).

[134] Lietuvoje teikiamų onkologinių paslaugų infrastruktūros tyrimas 2008, prieiga per internetą: <www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/.../SAM_31.pdf>, (žiūrėta 2014 05 15).

[135] Ten pat.

[136] 2010 m. LR 2009 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinės apyskaitos aiškinamasis raštas, prieiga per internetą: <http://www.lrv.lt/Posed_medz/2010/100428/06.pdf>, (žiūrėta 2014 05 15).

laikas nuo siuntimo išdavimo iki apsilankymo pas specialistą, specialistų atsižvelgimas į finansines galimybes.[137]

Anot K. Štaro ir kt. (2013), Lietuvoje ir kitose ES šalyse, pacientai panašiai vertina pirminės sveikatos priežiūros kokybę, tačiau gerokai prasčiau specializuotų paslaugų prieinamumą. Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą stebimas pakankamas prieinamumas šeimos gydytojo institucijos atžvilgiu, kai tuo tarpu specializuotų paslaugų – tik per 50 proc.[138]

Pagal 2014 m. kovo 14 d. pateiktą valstybinio audito ataskaitą kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra, kai kuriose specializuotas paslaugas teikiančiose gydymo įstaigose, paslaugų teko laukti ilgiau nei 2 mėn., todėl įstaigos konsultacijoms iš anksto pacientų neregistravo. Kai kuriose gydymo įstaigose ilgas gydytojų urologų, chirurgų, kitų paslaugų laukimo laikas – ilgiau nei 1 mėn.[139]

Specializuotas onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugas teikiančios gydymo įstaigose laukimo trukmę ilgina ir tai, kad tenka suteikti dalį paslaugų, kurias pagal kompetenciją gali teikti rajonų ar regionų ligoninės, šeimos gydytojai ir tai, kad dalis pacientų atvyksta tinkamai neištirti.[140]

Apibendrinant galima teigti, kad stebimas nepakankamas prieinamumas onkologinių paslaugų atžvilgiu. Lietuvoje siekiant mažinti onkologinių paslaugų laukimo trukmę, nuo 2013 m. pabaigos veikia visą šalies teritoriją apimantys Onkologinės pagalbos klasteriai. O 2014 metų pradžioje patvirtintas pacientų laukimo eilių mažinimo planas.

[137] Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos ir analizės parengimas, prieiga per internetą: <www.esparama.lt/.../2012_pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaugu_te>, (žiūrėta 2014 05 15).
[138] Štaras K., ir kt., Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas, *Sveikatos politika ir valdymas*, Nr. 1(5), 2013, p. 167-187.
[139] Valstybinio audito ataskaita kaip vykdoma onkologinė svaikatos priežiūra, prieiga per internetą: <https://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=3112>, (žiūrėta 2014 05 15).
[140] Ten pat.

4. PASLAUGŲ PRIEINAMUMO TYRIMAS NACIONALINIAME VĖŽIO INSTITUTE

4.1. Tyrimo metodologija

Pirmame magistro baigiamojo darbo skyriuje aptarta sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir laukimo eilės/trukmės samprata, laukimo eilės priežastys. Antrajame magistro baigiamojo darbo skyriuje aprašyta sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ypatumai, onkologinių paslaugų specifika, o trečiajame – ambulatorinių onkologinių paslaugų laukimo trukmė užsienio šalyse ir Lietuvoje.

Konstruojant tyrimą, atsižvelgta į mokslininkų Tamutienės I. ir kt. (2011), Štaro K. ir kt. (2013), V. Tylienės ir kt. (2008), J. Kairio ir bendraautorių (2004), nagrinėjamas organizacinės prieinamumo kliūtis, laukimo eilių priežastis. L. Siciliani ir kt. (2013), N. M. Lyhne ir kt. (2013), H. B. Dyrop ir kt. (2013), S. Godden, A. M. Pollock (2009), H. Dixona, L. Siciliani (2009), L. Siciliani (2008) analizuojamą laukimo laiko sąvoką, kaip veiksmingą vertinimo rodiklį, išskiriamus laukimo etapus, bei tarptautinę praktiką skaičiuoti laukimo trukmę nuo bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo siuntimo iki gydymo. Taip pat teorinėje darbo dalyje pateikta tarptautine šalių (Danija, Anglija, Kanada) patirtimi – nacionaliniu mastu patvirtintais laukimo laiko standartais.

Šiame magistro baigiamojo darbo skyriuje siekiama pristatyti metodus, instrumentarijų, aprašyti tyrimo eigą.

Tyrimo objektas. Onkologinių paslaugų laukimo trukmė.

Tyrimo tikslas. Įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų laukimo trukmę Nacionaliniame vėžio institute.

Tyrimo uždaviniai:

1. Atskleisti laukimo trukmę pirmajam vizitui pas specialistą ir jį įtakojančias aplinkybes.
2. Išsiaiškinti laukimo trukmę iki ligos diagnozės paskelbimo.
3. Išsiaiškinti laukimo trukmę iki guldymo į kliniką gydymui.
4. Pateikti pacientų nuomonę apie laikimo eiles.

Siekiant įvertinti onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Nacionaliniame vėžio institute, buvo pasirinktas kiekybinis tyrimo tipas. „Kiekybinio tyrimo metodai – metodai, kurių galutiniai

tyrimo rezultatai išreiškiami skaičiais.“[141] Pagal K. Kardelį (2007), “… kiekybiniam tyrimui labiau būdingas siekis ieškoti išorinių reiškinio požymių, išgaunant įvairius dydžius, kurie gali būti išreikšti skaičiais ir matuojami. Todėl kiekybinio tyrimo mokslinę vertę nusako kiekybiniai rodikliai.” Kadangi duomenų matavimo priemonės dažniausiai būna sukonstruotos dar prieš tyrimą, todėl kiekybinis tyrimas yra daugiau struktūruotas ir suplanuotas nei kokybinis.[142] Pasirinkus šį tyrimą yra tiriama tai, kas yra, o ne tai, ko norėtume, kad būtų. Jo paskirtis yra patvirtini ar nepatvirtinti esamą faktą.[143]

Magistro baigiamojo darbo tyrimo rezultatams gauti pasirinkti šie kiekybinio tyrimo metodai: duomenų rinkimo metodas - apklausa, duomenų analizės - aprašomoji statistika, koreliacinė analizė, lyginamoji analizė. Anoniminės apklausos instrumentas yra anketa. Apklausos metodas pasirinktas, nes labiausiai prieinamumo problemą įvardinti gali padėti didesnė populiacijos imtis, be to, tiesioginio interviu metodo pagalba tokiu būdu sunku apklausti didesnę populiaciją, gautą informaciją sunku būtų susisteminti ir analizuoti, nes pateikiamų atsakymų įvairovė per didelė, ir ne visi respondentai sutinka atsakinėti į atviro tipo klausimus.

Anketa sudaryta remiantis mokslinės literatūros analize, kurią sudaro 18 uždaro tipo klausimų. Pirmaisiais 5 klausimais siekta nustatyti pacientų demografines charakteristikas, sekantys 11 yra specialiosios paskirties klausimai, dviejose iš jų respondentų buvo prašoma įrašyti savo atsakymo variantą, jei nėra tinkamo išvardintame sąraše (žr. 1 priedą).

Uždaro tipo specialiosios paskirties klausimų grupėmis siekta išsiaiškinti kokia yra laukimo trukmė pirmajam vizitui pas gydytoją specialistą ir įtakojančias aplinkybes (6-11 kl.), laukimo trukmę iki ligos diagnozės paskelbimo (12 kl.), laukimo trukmę iki guldymo į kliniką gydymui (13-14 kl.), ir pacientų nuomonę apie laukimo eiles (15-18 kl.).

Teiginiams pažymėti buvo naudojamos ranginė (5 balų skalė: labai gerai, gerai, patenkinamai, blogai, labai blogai), nominalinė (pavadinimų skalė - pagal matuojamąjį požymį siekiant nustatyti skirtingas individualių objektų grupes. Pvz.: pacientai patys sudaro „gyvą“ eilę, slaugytoja nekviečia pacientų nurodytu laiku ir pan.) ir intervalinė (pvz., iki 5 min., 5-10 min. arba daugiau nei 1 sav., daugiau nei 1 mėn. ir pan.) matavimo skalės.

Tyrimo metu gauti duomenys buvo, analizuoti ir apdoroti „SPSS for Windows 16.0“ bei „Microsoft Office Excel“ programa. Atsakymai koduoti, t.y. kiekvieno kintamojo kiekvienai reikšmei suteiktas skaitmeninis kodas. Taikytas statistinio apdorojimo metodas – procentinis duomenų įvertinimas.

[141] Tidikis R., *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*, Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003, 356 p.
[142] Kardelis K., *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, Šiauliai: Lucilijus, 2007, 66 p.
[143] Pruskus V., *Sociologija*, Vilniaus: teisės ir verslo kolegija, 2003, 139 p.

Respondentų atsakymų variantai išreikšti procentais, pateikti lentelėse ir diagramose. Statistiniams ryšiams tarp kintamųjų vertinti naudotas susijusių požymių chi-kvadrato (χ^2) kriterijus. Buvo laikoma, kad statistiškai reikšmingi duomenys, lyginant tarp grupių, yra, kai $p<0,05$ (p - statistinio reikšmingumo lygmuo).

Tiriamųjų imtis. Siekiant gauti reprezentatyvius tyrimo rezultatus prieš tyrimą buvo apskaičiuota tyrimo imtis, taikant formulę:

[144]

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

Pasirinktas 95 proc. patikimumas, z koeficientas iš Stjudento pasiskirstymo lentelių, lygus z=1,96. Imties vidutinis kvadratinis nuokrypis S=50, duomenys bus išreiškiami procentais. Pasirinktas 5 proc. leistinas netikslumas, skirtumas tarp atrankinės ir generalinės visumos vidurkio.

Remiantis 2013 m. NVI veiklos ataskaitos duomenimis, per metus įstaigoje buvo stacionarizuota 15401 pilnamečių pacientų, tuomet populiacijos tūris bus N=15401.

Paskaičiavus pagal nurodytą formulę, atvejų skaičius atrankinėje grupėje bus 375. Pagal apskaičiavimą, kad imtis reprezentuotų generalinę aibę, ją turėtų sudaryti ne mažiau negu 375 pacientų. Anoniminė anketa buvo išdalinta 420 pacientams, iš kurių grąžinta ir tinkamos naudoti 378.

Taikytas tikimybinis imties sudarymo būdas, paprastoji atsitiktinė respondentų atranka.

Tyrimo eiga ir tiriamųjų charakteristika. Tyrimas vyko Nacionalinio vėžio instituto klinikos struktūriniuose padaliniuose nuo 2014 m. lapkričio 25 d. iki 2015 m. sausio 12 d. Tyrimo metu buvo apklausiami NVI klinikos struktūriniuose padaliniuose gulintys pacientai. Kiekvieno paciento, išskyrus tuos, kurių būklė sunki, buvo prašoma užpildyti anketą ir grąžinti ją bendrosios praktikos slaugytojui. Atsakant į klausimus, reikėjo pažymėti respondentui tinkantį atsakymą.

Pacientų, dalyvavusių tyrime, buvo prašoma nurodyti savo demografines, socialines charakteristikas – lytį, amžių, gyvenamąją vietą, išsilavinimą bei socialinę padėtį. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal šias charakteristikas pateikiamas 1 lentelėje.

[144] Sapagovas J., ir kt., *Informatikos ir matematinės statistikos pradmenys*, Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2000, 96 p.

1 lentelė. Pacientų demografinės, socialinės charakteristikos (n = 378)

Demografinės, socialinės charakteristikos		Respondentų sk. (N)	Respondentų sk. (proc.)
Lytis	moteris	222	58,7
	vyras	153	40,5
	neatsakė	3	,8
Amžius (metai)	18-24	1	,3
	25-34	9	2,4
	35-44	48	12,7
	45-54	87	23,0
	55-64	102	27,0
	daugiau nei 65	129	34,1
	neatsakė	2	,5
Gyvenamoji vieta	miestas	252	66,7
	kaimas	126	33,3
	neatsakė	-	-
Išsilavinimas	pradinis/ pagrindinis	28	7,4
	vidurinis	77	20,4
	specialusis vidurinis (profesinis)	101	26,7
	aukštesnysis	57	15,1
	aukštasis	107	28,3
	neatsakė	8	2,1
Socialinė padėtis	neaktyvus (pensininkas, studentas)	128	33,9
	aktyvus	161	42,6
	nedirbantis	83	22,0
	neatsakė	6	1,6

Iš visų apklaustų tyrimo dalyvių, didesnę dalį sudarė moterys (58,7 proc.), o vyrų - 40,5 proc. Vertinant tiriamųjų pasiskirstymą pagal amžiaus grupes, tyrime mažiausiai dalyvavo 18-24 m. (0,3 proc.) respondentų, dauguma tyrimo dalyvių buvo vyresnio amžiaus: 55-64 m. ir daugiau nei 65 m. (27 proc. ir 34,1 proc. atitinkamai). Tyrime dalyvavusiųjų ženkliai daugiau buvo atvykusių iš miesto (66,7 proc.), negu iš kaimo (33,3 proc.). Tiriamieji pagal išsilavinimą pasiskirsto netolygiai, vyrauja aukštojo (28,3 proc.) ir specialaus viduriniojo (26,7 proc.) išsilavinimo respondentai. Pagal socialinę padėtį tyrimo dalyvių tarpe vyravo aktyvūs, t.y. dirbantieji (42,6 proc.) ir neaktyvūs, t.y. pensininkai (33,9 proc.) įstaigos pacientai.

Tyrimo etika. Tyrimui, Nacionalinio vėžio instituto klinikos struktūriniuose padaliniuose, atlikti buvo gautas raštiškas įstaigos vadovo sutikimas.

Buvo laikomasi šių etikos principų: pacientai tyrime dalyvavo laisvanoriškai, užtikrintas tiriamųjų saugumas ir konfidencialumas, respondentams paaiškinta, kad pacientų anketinė apklausa yra anoniminė, anketoje nepateikti klausimai, leidžiantys identifikuoti tyrime dalyvaujantį asmenį.

4.2. Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

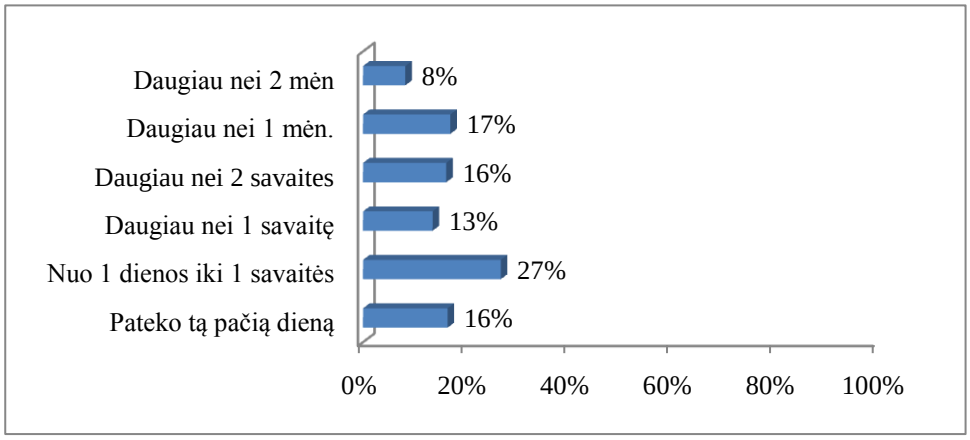
4.2.1. Laukimo trukmė pirmajam vizitui pas specialistą ir jį įtakojančios aplinkybės

Siekiant įvertinti laukimo trukmę skirtinguose paslaugų teikimo etapuose, pirmiausia tyrimo dalyvių buvo teiraujamasi apie laukimo trukmę pirmajam vizitui pas specialistą. Į klausimą „Kiek laiko teko laukti pirmosios specialisto konsultacijos po šeimos gydytojo siuntimo išrašymo," beveik trečdalis pacientų nurodė, kad teko laukti nuo 1 dienos iki 1 savaitės (27 proc.), kiti gauti rezultatai apie laukimo laiką pasiskirstė gana tolygiai: 17 proc. respondentų teigė, kad jiems teko laukti daugiau nei 1 mėn., vienodas skaičius tyrimo dalyvių (16 proc.) pažymėjo, jog laukė daugiau nei 2 sav. ir pateko tą pačią dieną, 13 proc. – laukė daugiau nei 1 sav., o 8 proc. respondentų laukė daugiau nei 2 mėn. (žr. 4 pav.).

Lyginant gautus tyrimo rezultatus su Danijoje ir Anglijoje nacionaliniu mastu patvirtintais laukimo laiko standartais, kurie numato, jog laukimo trukmė gavus bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo siuntimą iki pirmos gydytojo specialisto konsultacijos turi būti ne ilgesnė nei 2 savaitės, pastebima, kad kiek daugiau nei puse tyrime dalyvavusių NVI pacientų (56 proc.) laukė ne ilgiau nei 2 sav. Kai tuo tarpu Anglijos tyrimai rodo, kad 2 savaites teko laukti po bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo nukreipimo įtariant onkologinę ligą iki pirmosios ambulatorinės konsultacijos 93,5 proc. visų pacientų.[145] Tai parodo aukštą laukimo laiko atitikimą patvirtintiems laukimo laiko standartams.

Kanados pacientai pirmos specialisto konsultacijos laukia vidutiniškai 2,2 savaitės,[146] Nacionaliniame vėžio institute iki 2 savaičių laukė ketvirtadalis (25 proc.) visų apklaustų pacientų.

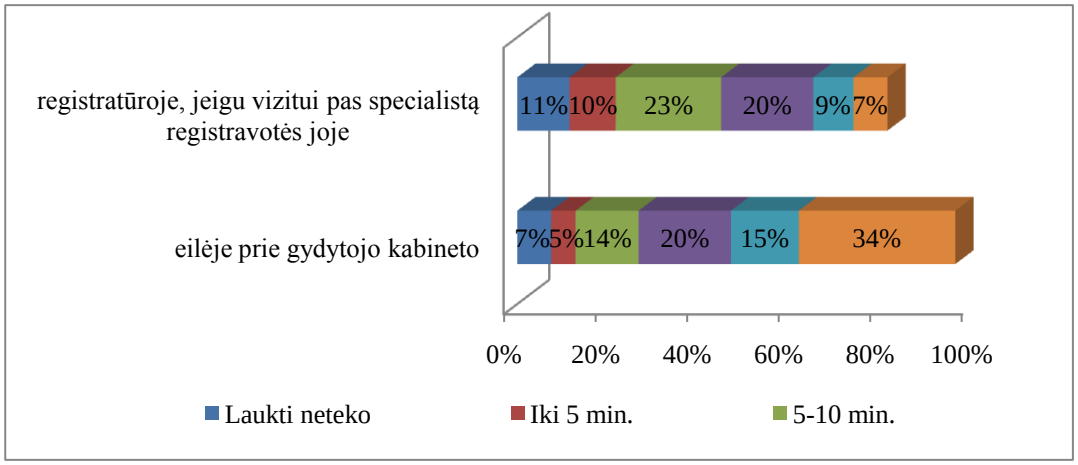
[145] Provider-based Cancer Waiting Times for Q1 2014-15, prieiga per internetą: <http://www.england.nhs.uk/statistics/2014/08/29/provider-based-cancer-waiting-times-for-q1-2014-15/>, (žiūrėta 2014 06 07).
[146] OECD, *Cancer care: Assuring quality to improve survival*, 2013, p. 99-102. Prieiga per internetą: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/cancer-care_9789264181052-en#page1>, (žiūrėta 2014 12 10).



4 pav. Laukimo trukmė pirmajai gydytojo specialisto konsultacijai gauti

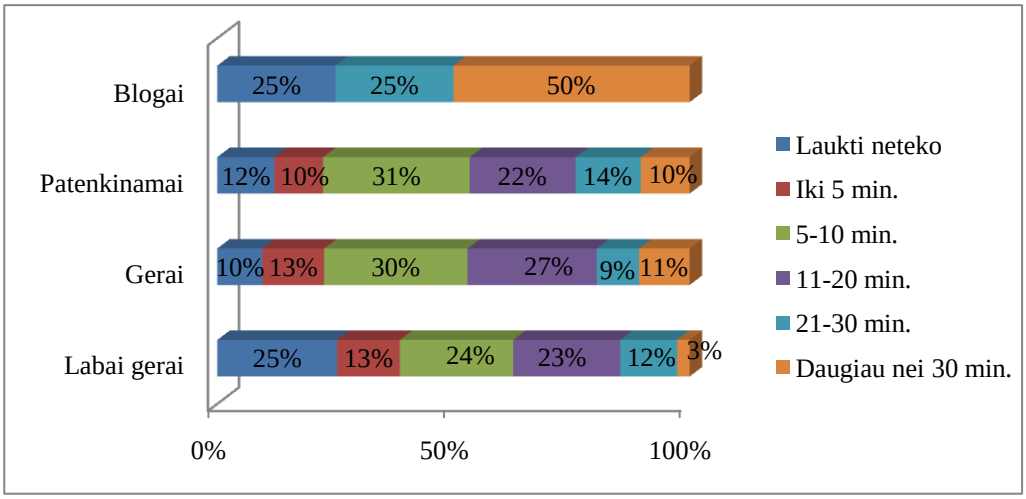
Tyrimo metu buvo nustatyta, kad daugumai tyrimo dalyvių registratūroje teko laukti 5-10 min. (23 proc.), kiek mažesnis skaičius respondentų (20 proc.) laukė 11-20 min. Kad laukti neteko pasisakė 11 proc. tyrimo dalyvių, o 7 proc. respondentų teko laukti daugiau nei 30 min. Taigi tyrimo rezultatai rodo, kad dauguma laukusiųjų įstaigos pacientų laukė ne ilgiau 20 min. ir mažas skaičius apklaustųjų laukė nuo 20 iki 30 min. ir ilgiau.

Kai tuo tarpu prie gydytojo specialisto kabineto trečdalis tyrimo dalyvių (34 proc.) laukė daugiau nei 30 min., 20 proc. apklaustųjų nurodė laukimo laiką 11-20 min., 15 proc. – 21-30 min., 14 proc. – 5-10 min., apklausųjų tarpe buvo teigiančių, kad laukti neteko (7 proc.). Šiuo atveju, iš apklaustų įstaigos pacientų didžiajai daliai teko laukti nuo 11 iki 30 min. ir daugiau (žr. 5 pav.).



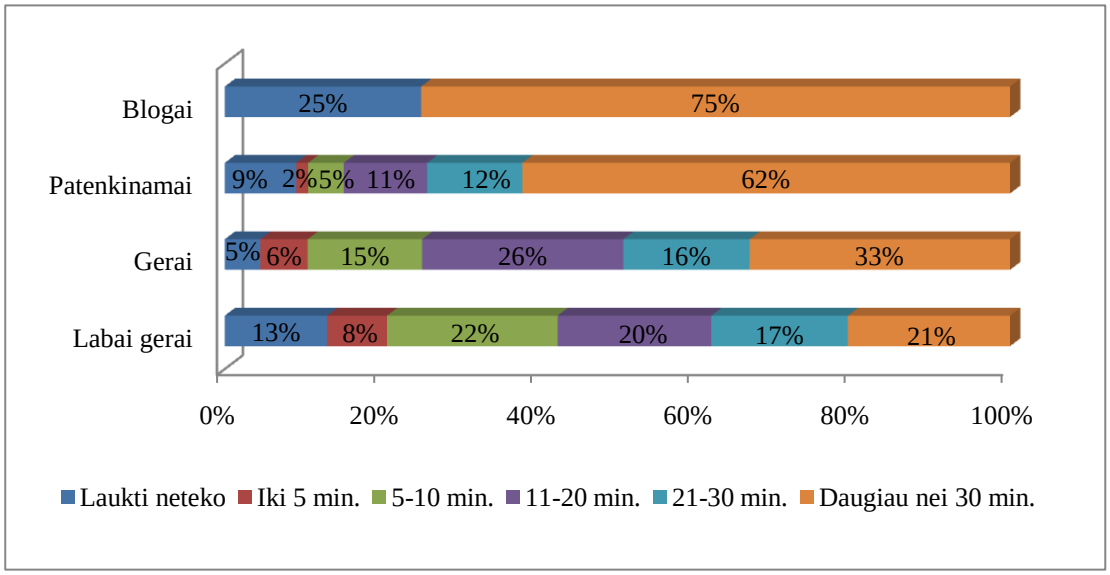
5 pav. Pacientų laukimo laikas registratūroje ir prie gydytojo specialisto kabineto durų

Analizuojant ar laukimo laikas registratūroje priklauso nuo paslaugų organizavimo vertinimo, nustatyta, kad laukimo laikas registratūroje statistiškai reikšmingai priklauso nuo pacientų paslaugų organizavimo vertinimo (χ^2 = 27,343, p<0,05). Laukimo laikas registratūroje teigiamai silpnai susijęs su pacientų paslaugų organizavimo vertinimu (r= 0,159, p<0,01). 50 proc. apklaustųjų, kuriems registratūroje teko laukti ilgiau nei 30 min., paslaugų organizavimą įvertino blogai, laukusieji 21-30 min. vertino blogai (25 proc.) ir patenkinamai (14 proc.). O laukusieji trumpesnį laiką, t.y. 5-10 min. ir 11-20 min., vertino gerai (30 proc.; 27 proc.), patenkinamai (31 proc.; 22 proc.), labai gerai (24 proc.; 23 proc.) atitinkamai (žr. 6 pav.).



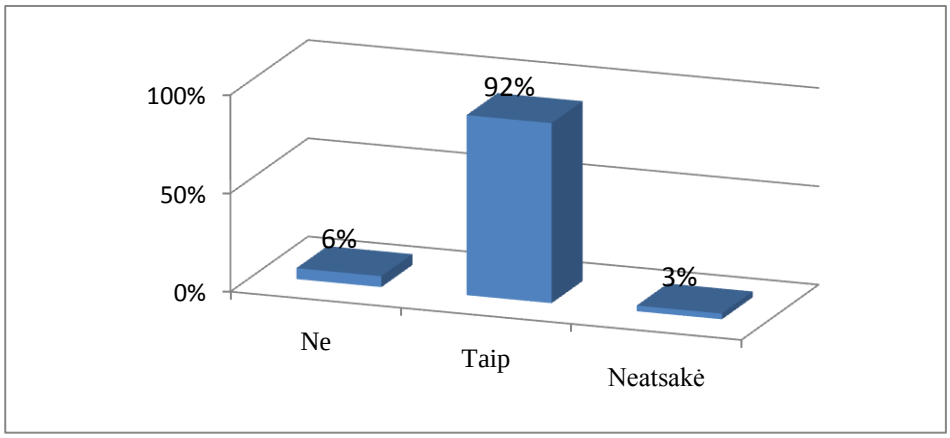
6 pav. Laukimo laikas registratūroje priklausomai nuo paslaugų organizavimo vertinimo

Nagrinėjant laukimo laiko prie gydytojo kabineto durų priklausomybę paslaugų organizavimo vertinimui, gauta, jog laukimo laikas prie gydytojo kabineto statistiškai reikšmingai priklauso nuo pacientų paslaugų organizavimo vertinimo (χ^2 = 47,611, p=0,000). Laukimo laikas prie gydytojo kabineto teigiamai susijęs su pacientų paslaugų organizavimo vertinimu (r=0,24, p=0,000). Dauguma respondentų, kuriems teko laukti prie gydytojo kabineto daugiau nei 30 min., paslaugų organizavimą įstaigoje įvertino blogai (75 proc.) arba patenkinamai (62 proc.). Todėl galima manyti, kad kuo ilgiau teko laukti respondentams prie gydytojo kabineto durų, tuo prasčiau jie vertino paslaugų organizavimą (žr. 7 pav.).



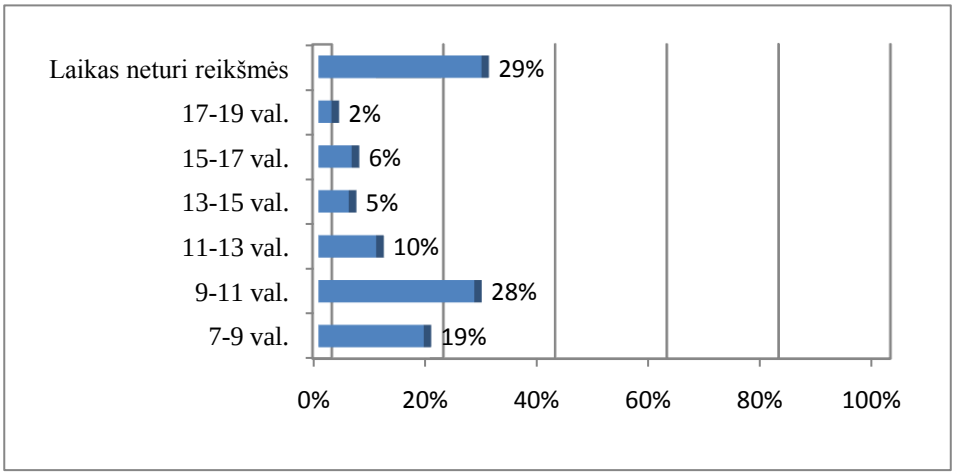
7 pav. Laukimo laikas prie gydytojo specialisto kabineto durų priklausomai nuo paslaugų organizavimo vertinimo

Gauti tyrimo rezultatai rodo, jog didžiąją dalį respondentų (92 proc.) įstaigos darbo laikas tenkina, o netenkina 6 proc. apklaustųjų (žr. 8 pav.).



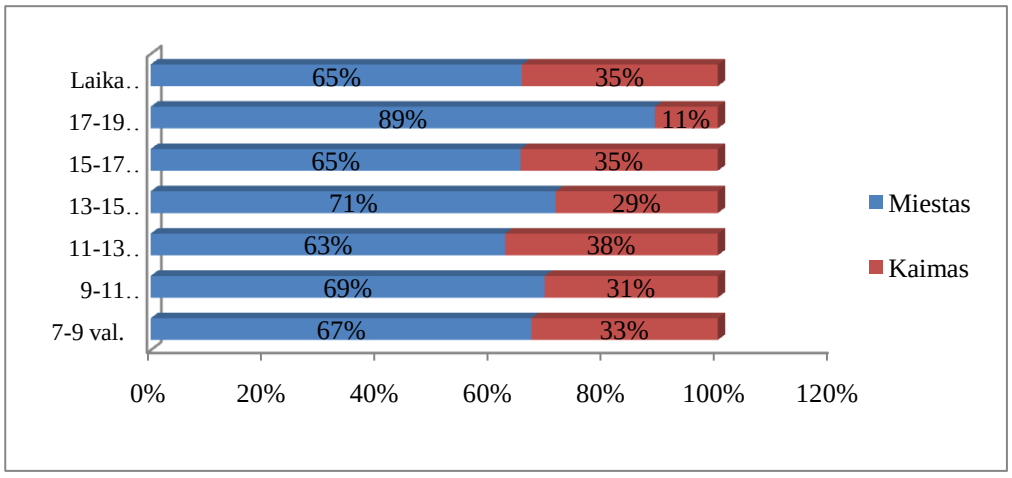
8 pav. Tyrimo dalyvių pasitenkinimas sveikatos priežiūros įstaigos darbo laiku

Teiraujantis tyrimo dalyvių, kokiu metu patogiausia planuoti vizitus pas gydytoją specialistą, dauguma pažymėjo, jog laikas neturi reikšmės (29 proc.) ir patogiausias laikas 9-11 val. (28 proc.) (žr. 9 pav.).



9 pav. Patogiausias laikas planuoti vizitą pas specialistą

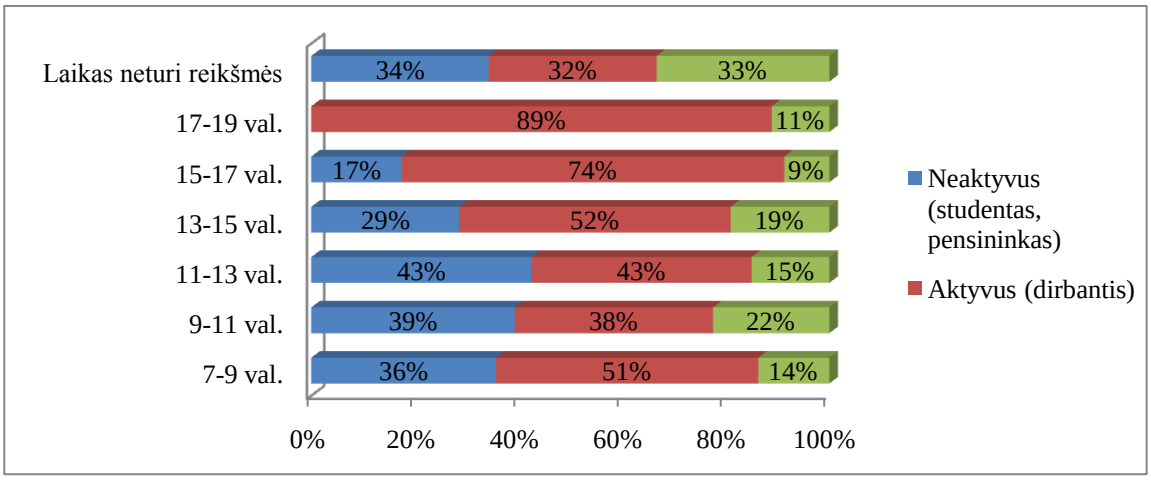
Lyginant respondentų gyvenančių mieste ir kaime patogiausio vizito laiko pas specialistą pasirinkimus, gauta, kad vizito planavimas statistiškai reikšmingai nepriklauso nuo gyvenamosios vietos (χ^2 =2,931, p>0,05) (žr. 10 pav.). Galima teigti, kad planuojamas laikas vizitui pas gydytoją specialistą nėra susijęs su respondentų gyvenamąja vieta.



10 pav. Patogiausias laikas planuoti vizitą pas specialistą, priklausomai nuo gyvenamosios vietos

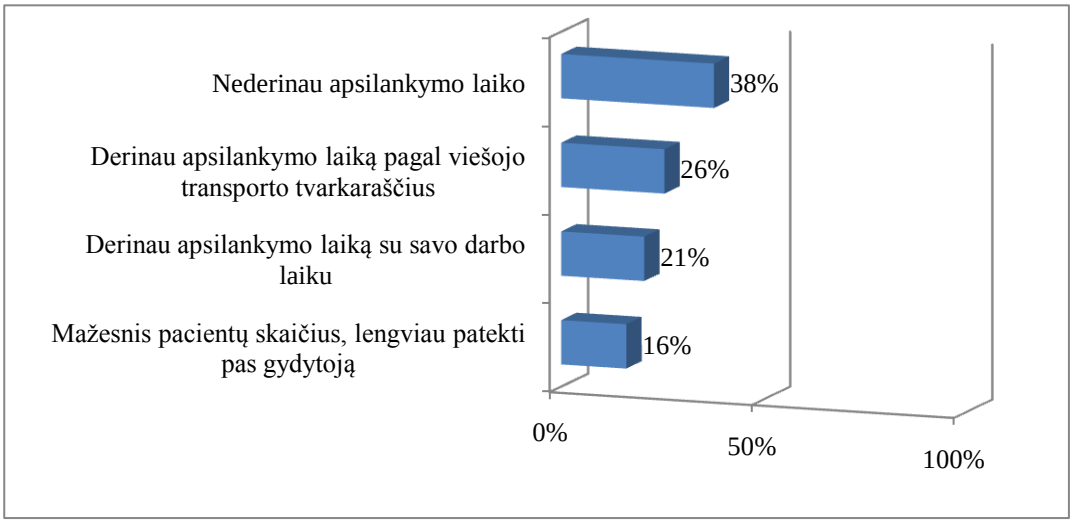
Tačiau vizito planavimas statistiškai reikšmingai priklauso nuo socialinės padėties (χ^2 =32,832; p=,001). Nustatyta, kad daugiausiai neaktyvių t.y. pensininkų, studentų patogiausias laikas planuoti vizitą pas specialistą yra 11-13 val. (43 proc.), 9-11 val. (39 proc.) ir 7-9 val. (36 proc.). Kai tuo tarpu, aktyviems t.y. dirbantiems patogiausias laikas planuoti vizitus pas specialistą antroje dienos pusėje: 17-19

val. (89 proc.) ir 17-15 val. (74 proc.). Trečdalis nedirbančių respondentų (33 proc.) nurodė, kad laikas neturi reikšmės (žr. 11 pav.).



11 pav. Patogiausias laikas planuoti vizitą pas gydytoją specialistą, priklausomai nuo socialinės padėties

Vertinant dėl kokių priežasčių respondentai renkasi tokį vizitui pas gydytoją specialistą laiką, dauguma apklaustųjų pasisakė, kad nederino apsilankymo laiko (38 proc.), arba derino apsilankymo laiką pagal viešojo transporto tvarkaraščius (26 proc.) ir su savo darbo laiku (21 proc.) (žr. 12 pav.).



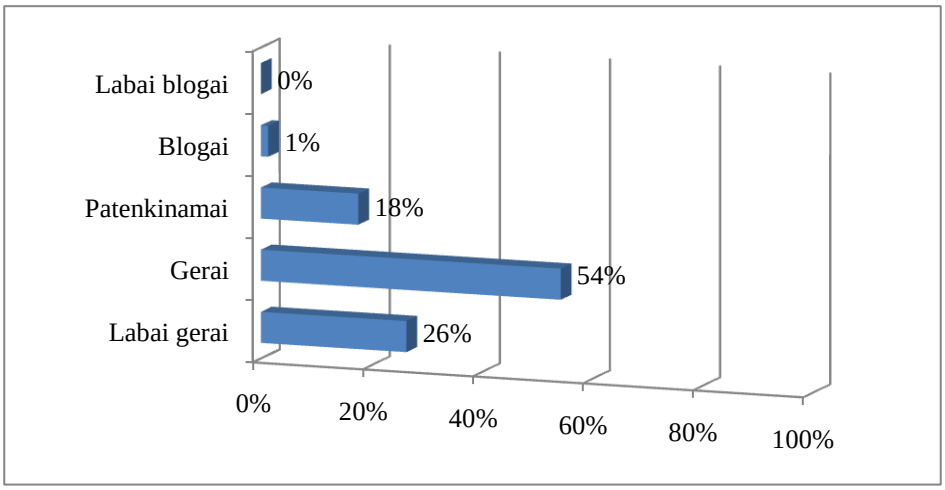
12 pav. Laiko, vizitui pas gydytoją specialistą, pasirinkimo priežastys

Palyginus tyrimo dalyvių atsakymus į klausimą apie priežastis, kodėl jie renkasi tokį vizito pas gydytoją specialistą laiką ir jų laikų pasirinkimus, buvo gauta, kad vizito planavimo laikas statistiškai reikšmingai priklauso nuo laiko rinkimosi priežasčių (p=0,000). Taigi galima teigti, jog apklaustųjų vizito pas gydytoją specialistą laiko pasirinkimo priežastys yra susijusios renkantis tokį laiką. Lentelėje Nr. 2 matyti, kad tyrimo dalyviai, kurie rinkosi priežastį „Mažesnis pacientų skaičius, lengviau patekti pas gydytoją“, trečdalis jų nurodė 7-9 val. (34 proc.) ir vienodas skaičius respondentų pažymėjo 9-11 val. (17, 2 proc.) ir 15-17 val. (17,2 proc.). Tyrimo dalyvių, kurie renkantis vizito pas gydytoją specialistą laiką derina su savo darbo laiku, rezultatai pasiskirstė gana tolygiai daugumos išvardintų laikų atžvilgiu: 24,7 proc. rinkosi 7-9 val., 19,8 proc. - 9-11val., o 15-17 val. - 17,3 proc. respondentų. Pusė visų apklaustųjų, kurie derina vizito laiką pagal viešojo transporto tvarkaraščius, nurodė laiką 9-11 val. (50,0 proc.). O 64,5 proc. respondentų pažymėjusių, kad laiko nederino, nurodė, jog laikas neturi reikšmės.

2 lentelė. Patogiausias laikas planuoti vizitą pas gydytoją specialistą, priklausomai nuo priežasčių, kodėl jie renkasi tokį vizito pas gydytoją specialistą laiką

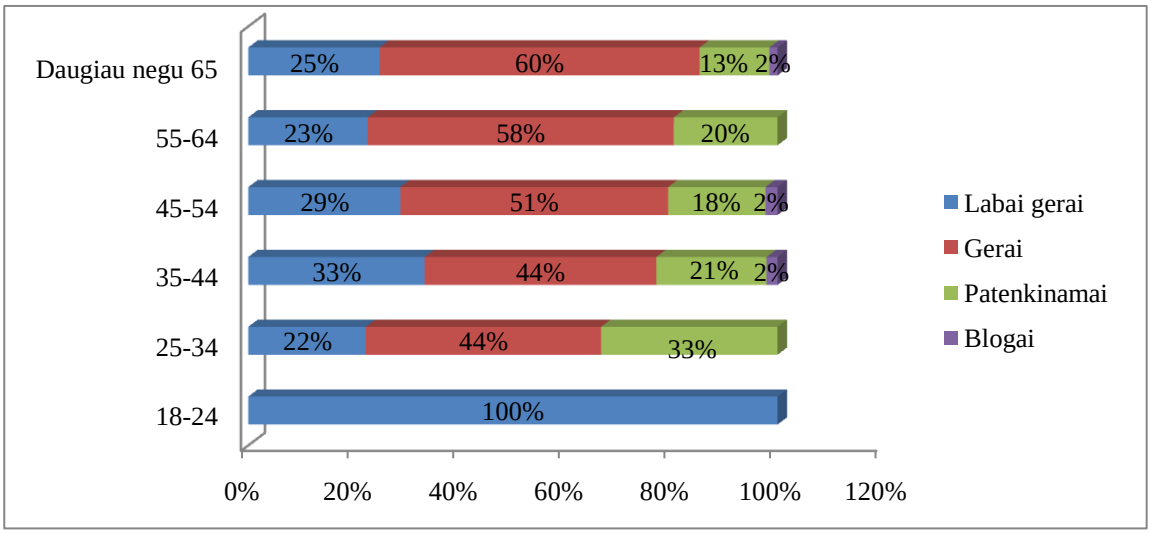
	Kokiu laiku patogiausia buvo planuoti vizitus pas specialistą?							Viso	$\chi 2$	p
	7-9 val.	9-11 val.	11-13 val.	13-15 val.	15-17 val.	17-19 val.	Laikas neturi reikšmės			
Mažesnis pacientų skaičius, lengviau patekti pas gydytoją	20	10	4	6	10	1	7	58	37,771	,000
	34,5%	17,2%	6,9%	10,3%	17,2%	1,7%	12,1%	100,0%		
Derinau apsilankymo laiką su savo darbo laiku	20	16	11	6	14	7	7	81	59,23	,000
	24,7%	19,8%	13,6%	7,4%	17,3%	8,6%	8,6%	100,0%		
Derinau apsilankymo laiką pagal viešojo transporto tvarkaraščius	20	46	15	6	1	1	3	92	62,195	,000
	21,7%	50,0%	16,3%	6,5%	1,1%	1,1%	3,3%	100,0%		
Nederinau apsilankymo laiko	11	27	9	2	0	0	89	138	145,073	,000
	8,0%	19,6%	6,5%	1,4%	0,0%	0,0%	64,5%	100,0%		

Į klausimą „Kaip vertinate šioje sveikatos priežiūros įstaigoje paslaugų teikimo organizavimą?“, daugiau nei pusė apklaustųjų vertino „Gerai“ (54 proc.), „Labai gerai“ įvertino 26 proc. respondentų, o vertinančių „Labai blogai“ apklaustųjų tarpe nebuvo (žr. 13 pav.).



13 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo vertinimas

Analizuojant paslaugų organizavimo vertinimo priklausomybę nuo respondentų amžiaus, nustatyta, kad paslaugų organizavimo vertinimas statistiškai reikšmingai nepriklauso nuo amžiaus grupių (χ^2 = 12,667, p>0,05). Tai reiškia, kad tyrimo dalyvių paslaugų organizavimo vertinimas nėra susijęs su tyrimo dalyvių amžiumi (žr. 14 pav.).

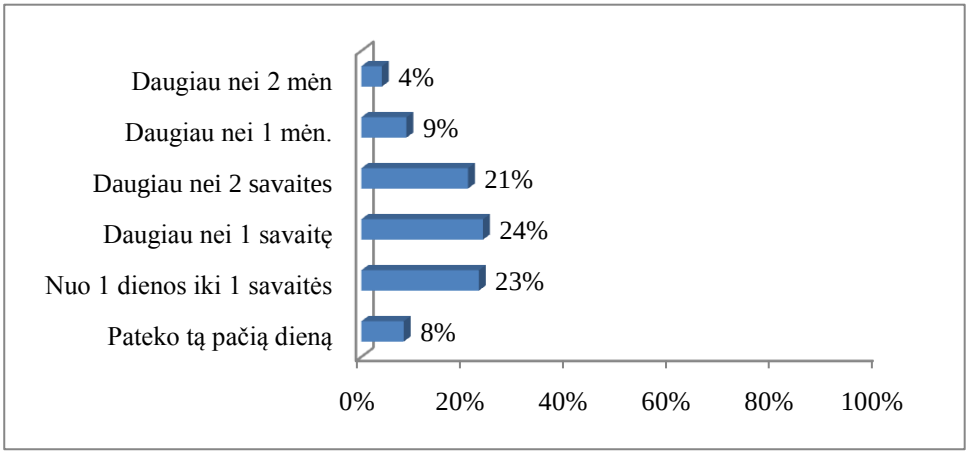


14 pav. Paslaugų organizavimo vertinimas priklausomai nuo respondentų amžiaus grupės

Apibendrinant klausimų grupę, apie laukimo trukmę pirmajam vizitui pas gydytoją specialistą ir jį įtakojančius veiksnius, matyti, jog didžioji dalis tyrimo dalyvių pirmosios gydytojo specialisto konsultacijos laukė ne ilgiau 1 mėn. (72 proc.), likusioji dalis daugiau nei 1 mėn. ir daugiau nei 2 mėn. Dauguma respondentų registratūroje laukė ne ilgiau 20 min., o prie gydytojo kabineto durų didžiajai daliai teko laukti nuo 11 iki 30 min. ir daugiau. Analizė parodė, kad laukimo laikas registratūroje ir prie gydytojo kabineto durų turėjo įtakos paslaugų organizavimo vertinimui. Kuo ilgiau respondentams teko laukti, tuo prasčiau jie vertino paslaugų organizavimą. 92 proc. apklaustų pacientų yra patenkinti įstaigos darbo laiku. Didžioji dalis apklaustųjų teigė, kad planuojant vizitus pas gydytoją specialistą laikas neturi reikšmės (29 proc.) ir, kad patogiausias laikas yra 9-11 val. (28 proc.). Analizė parodė, jog toks pasirinkimas priklauso nuo respondentų socialinės padėties. Dauguma tyrimo dalyvių (38 proc.) nederina apsilankymo laiko arba derina pagal viešojo transporto tvarkaraščius (26 proc.) ir savo darbo laiką (21 proc.). Pusė respondentų (54 proc.) įstaigos paslaugų teikimo organizavimą vertina „gerai“ ir tai nėra susiję su jų amžiumi.

4.2.2. Laukimo trukmė iki ligos diagnozės paskelbimo

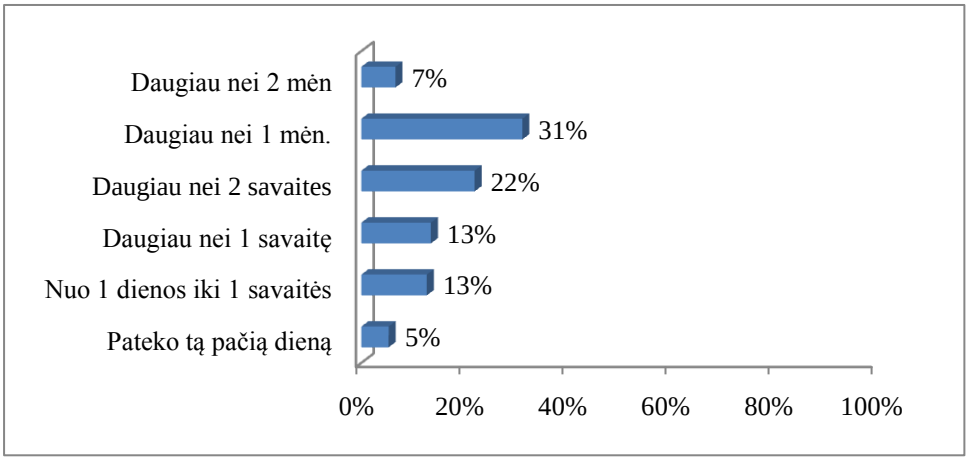
Siekiant išsiaiškinti ar pirmam vizitui pas gydytoją specialistą yra sudaromos sąlygos patekti greičiau, nei sekančiam vizitui po pirmojo apsilankymo, respondentų buvo klausiama kiek laiko teko laukti kito (sekančio) vizito pas specialistą. Labai tolygiai pasiskirstė tyrimo dalyvių rezultatai teigiančių, kad teko laukti daugiau nei 1 sav. (24 proc.), nuo 1 dienos iki 1 savaitės (23 proc.) ir daugiau nei 2 sav. (21 proc.) (žr. 15 pav.). Pagal gautus rezultatus, matyti, kad prielaida nepasitvirtino.



15 pav. Laukimo trukmė konsultacijos pas gydytoją specialistą po pirmojo apsilankymo

Analizuojant diagnostinio periodo laikotarpį, tyrimo dalyvių buvo paprašyta nurodyti laukimo laiką nuo pirmos konsultacijos iki galutinės diagnozės paskelbimo. Trečdalis respondentų (31 proc.) pažymėjo, kad diagnostinis laikotarpis truko daugiau nei 1 mėn., 22 proc. - daugiau nei 2 sav., o 7 proc. respondentų jis užtruko daugiau nei 2 mėn. (žr. 16 pav.).

Pagal 2010 m N. M.. Lyhne atliktą studiją, sergantiems galvos ir kaklo piktybiniais navikais diagnostinis laikotarpis truko 13 dienų,[147] tuo tarpu Nacionaliniame vėžio institute atlikto tyrimo atveju, iki 14 dienų diagnostinis laikotarpis truko trečdaliui visų apklaustųjų.



16 pav. Laikotarpis nuo pirmos specialisto konsultacijos iki ligos diagnozavimo

Apibendrinant, kito (sekančio) vizito pas gydytoją specialistą didžioji dalis respondentų laukė taip pat ne ilgiau 1 mėn. (76 proc.), tačiau 9 proc. apklausos dalyvių laukė daugiau nei 1 mėn, o 4 proc. – daugiau nei 2 mėn. Diagnostinis laikotarpis trečdaliui respondentų (31 proc.) truko daugiau nei 1 mėn., 7 proc. pasisakė, jog truko 2 mėn.

4.2.3. Laukimo trukmė iki guldymo į kliniką gydymui

Siekiant įvertinti stacionarinio gydymo laukimo trukmės etapą, respondentai pateikė atsakymus į klausimą „Kiek laiko teko laukti nuo diagnozės paskelbimo iki guldymo į kliniką gydymui?“ Taigi, 27

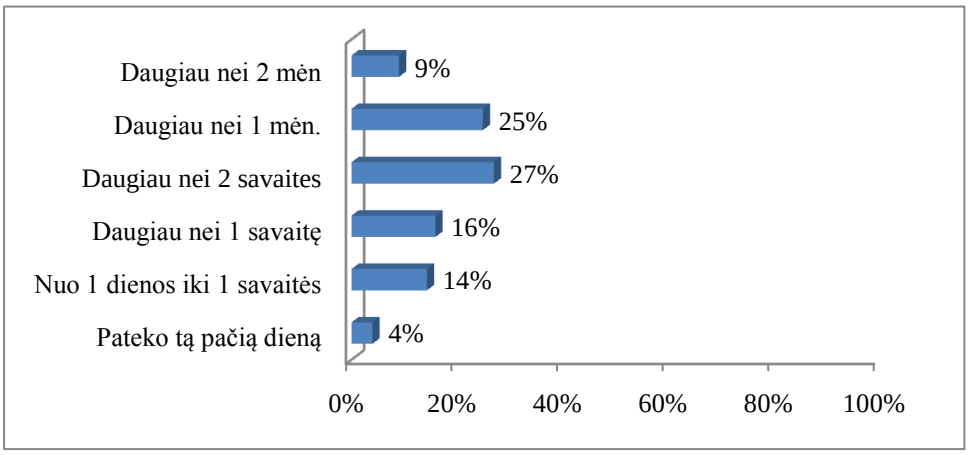
[147] Lyhne N. M., ir kt., Waiting times for diagnosis and treatment of head and neck cancer in Denmark in 2010 compared to 1992 and 2002, *European Journal of Cancer*, No. 49, 2013, p. 1627-1633. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804912009306>, žiūrėta (2014 11 03).

proc. tyrimo dalyvių laukė daugiau nei 2 sav., 25 proc. - daugiau nei 1 mėn., 16 proc. - daugiau nei savaitę ir 14 proc. - nuo 1 dienos iki 1 sav., o daugiau nei 2 mėn. laukė 9 proc. respondentų (žr. 17 pav.).

Danijoje patvirtinti laukimo laiko standartai stacionarinio gydymo laukimo laikotarpiui numato ne ilgesnį 2 sav. laiko tarpą, išskyrus radioterapiją.[148] Šiuo atveju, pagal gautus tyrimo rezultatus tik trečdalis visų apklaustųjų atitiktų Danijos patvirtintą laukimo laiko standartą šiam periodui, neatsižvelgiant į tai, kad radioterapijai numatomas 4 savaičių laukimo laikas.

Lyginant Anglijos stacionarinio gydymo 31 d. laukimo laiko standartą,[149] su gautais rezultatais, matyti, kad du trečdaliai (61 proc.) Nacionalinio vėžio instituto pacientų laukė iki 1 mėn.

Kanados pacientai gydymo laukia vidutiniškai 2,1 savaitės,[150] NVI pacientų laukiančių iki 2 savaičių tebuvo trečdalis (34 proc.).



17 pav. Laikotarpis nuo diagnozės paskelbimo iki guldymo į kliniką gydymui

Tyrimo metu, respondentų buvo teirautasi, koks gydymo būdas taikomas ar bus taikomas stacionare, tam, kad išsiaiškinti, ar skirtingas stacionarinis laukimo laikas pagal paskirtą gydymo būdą. Gauta, kad laukimo laikas chemoterapijai, chirurginiam ir spinduliniam gydymui statistiškai reikšmingai priklauso nuo taikomo gydymo (p=0,000). Dauguma tyrimo dalyvių gydymo chemoterapija laukė daugiau nei 1 mėn. (40,9 poc.) ir daugiau nei 2 sav. (30,1 proc.). Chirurginio gydymo 31,8 proc. respondentų laukė

[148]Siciliani L., et. al., *Waiting Time Policies in the Health Sector: What works?* 2013, 118 p. Prieiga per internetą <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2476022.pdf >, (žiūrėta 2014 12 12).
[149]Cancer waiting times, prieiga per internetą: <www.nwlcn.nhs.uk/.../Cancer%20Intelligence/Going%20Forward%20on>, (žiūrėta 2015 01 02).
[150]OECD, *Cancer care: Assuring quality to improve survival*, 2013, p. 99-100. Prieiga per internetą: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/cancer-care_9789264181052-en#page1>, (žiūrėta 2014 12 10).

daugiau nei 2 sav., 23,4 proc. – nuo vienos dienos iki 1 savaitės, o spindulinio gydymo pasiskirstė gana tolygiai ties daugiau nei 1 mėn. (28,4 proc.), daugiau nei 2 mėn. (23,5 proc.) ir daugiau nei 2 savaites (22,5 proc.) laukimo laikais. Kaip pastebime 18 pav., kiekvieno paskirto gydymo laukimo laikas labai įvairus, tačiau daugiau nei 2 mėn. labiausiai tenka laukti pacientams, kuriems paskirtas spindulinis gydymas.

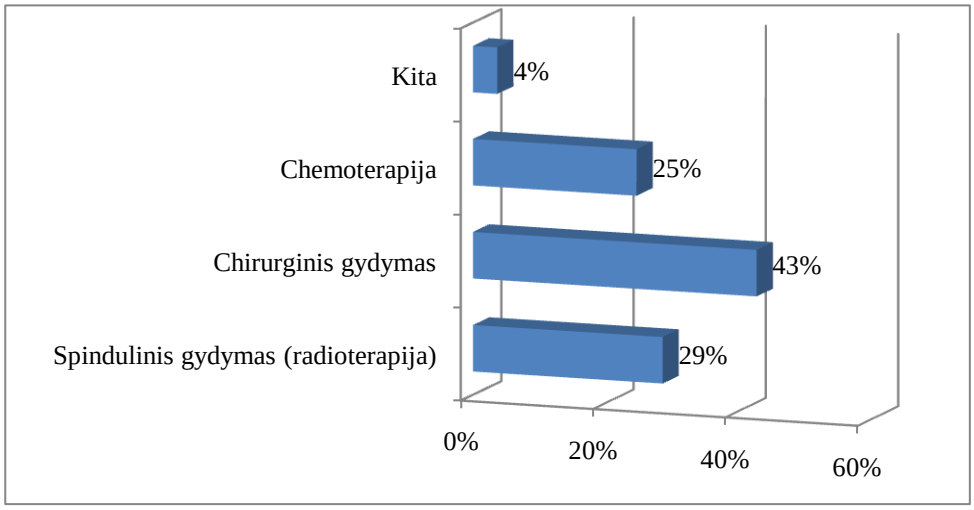
Lyginant gautus rezultatus su Danijoje patvirtintu 4 savaičių laukimo laiku radioterapijai,[151] šį standartą atitiktų beveik puse (47,9 proc.) šiame tyrime dalyvavusių respondentų. O pagal Kanados laukimo laiką spinduliniam gydymui, kuris neturėtų viršyti 14 k. d., atitiktų tik 25,4 proc. visų apklaustų Nacionalinio vėžio instituto pacientų.[152]



18 pav. Laikotarpio nuo diagnozės paskelbimo iki guldymo į kliniką gydymui priklausomybė nuo paskirto gydymo

Siekiant nustatyti, kaip pasiskirstė apklaustųjų skaičius pagal taikomą gydymą, buvo teiraujamasi "Koks gydymas šiuo metu Jums taikomas ar bus taikomas?" Tyrimo rezultatai parodė, kad didžiajai daliai respondentų taikomas ar bus taikomas chirurginis gydymas (43 proc.), tolygiai pasiskirstė respondentų skaičius, kuriems yra/bus taikoma radioterapija (19 proc.) ir chemoterapija (25 proc.). 4 proc. pažymėjo, kad gaus kitą nei nurodyta atsakymų variantuose gydymą (žr. 19 pav.).

[151] Siciliani L., et. al., *Waiting Time Policies in the Health Sector: What works?* 2013, p. 118-119. Prieiga per internetą <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2476022.pdf >, (žiūrėta 2014 12 12).
[152] OECD, *Cancer care: Assuring quality to improve survival*, 2013, p. 99-100. Prieiga per internetą: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/cancer-care_9789264181052-en#page1>, (žiūrėta 2014 12 10).

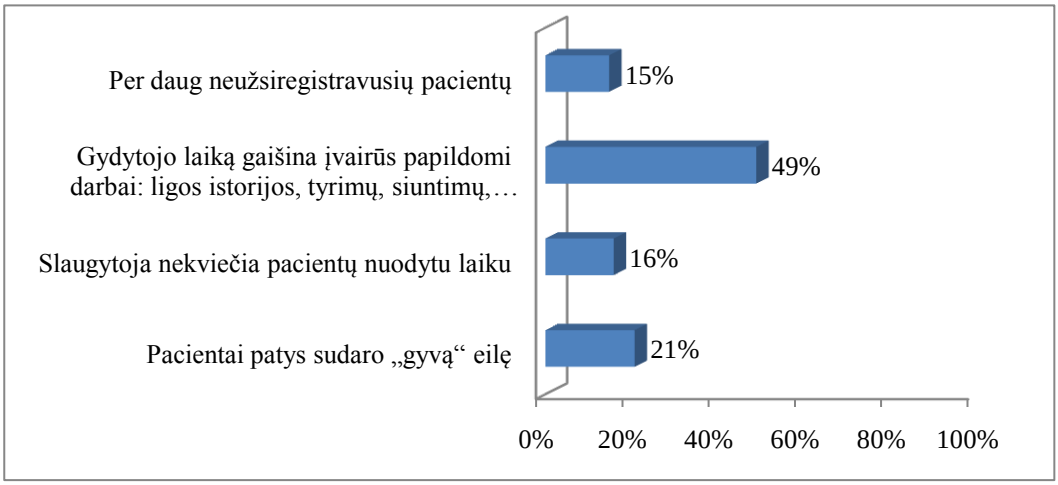


19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal paskirtą gydymą

Apibendrinant, stacionarinio gydymo laukimo laikotarpis dviems trečdaliams (61 proc.) respondentų truko ne ilgiau 1 mėn, tačiau likusieji tyrimo dalyviai gydymo laukė daugiau nei mėnesį ir daugiau nei 2 mėn (25 proc. ir 9 proc. atitinkamai). Analizė parodė, jog stacionarinio gydymo laukimo laikas priklauso nuo paskirto gydymo ir ilgiausias laukimo laikas yra spinduliam gydymui. Didžiajai daliai apklaustųjų (43 proc.) buvo paskirtas chirurginis gydymas.

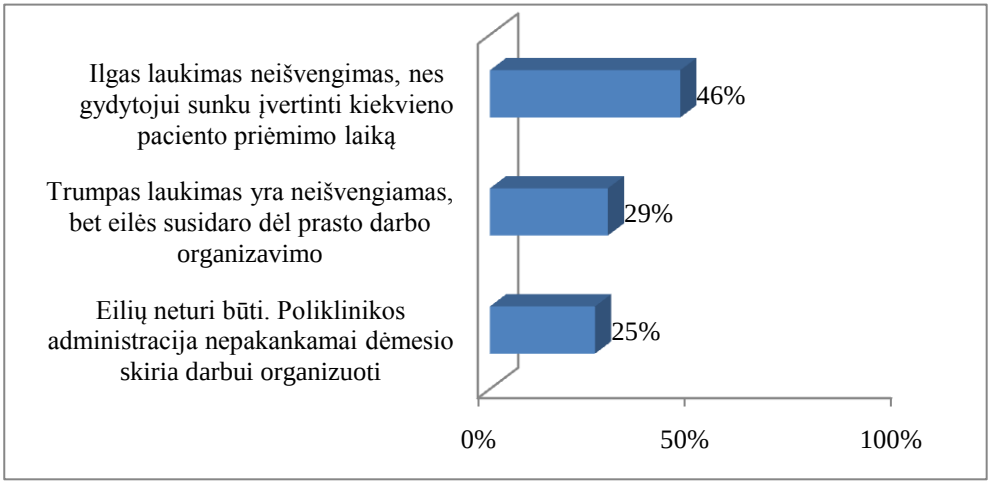
4.2.4. Pacientų nuomonė apie laukimo eiles

Siekiant įvertinti tyrimo dalyvių nuomonę apie laukimo eilių priežastis, buvo klausiama "Dėl kokių priežasčių, Jūsų nuomone, nepatekdavote pas gydytoją specialistą nurodytu laiku?" Kaip matyti 20 pav., beveik pusė apklaustųjų (49 proc.) mano, kad gydytojo laiką gaišina įvairūs papildomi darbai, 21 proc. mano, kad pacientai patys sudaro „gyvą" eilę, ir tolygus skaičius manančių, kad slaugytoja nekviečia nurodytu laiku (16 proc.) ir per daug neužsirašiusių pacientų (15 proc.).



20 pav. Nepatekimo pas gydytoją specialistą nurodytu laiku priežastys

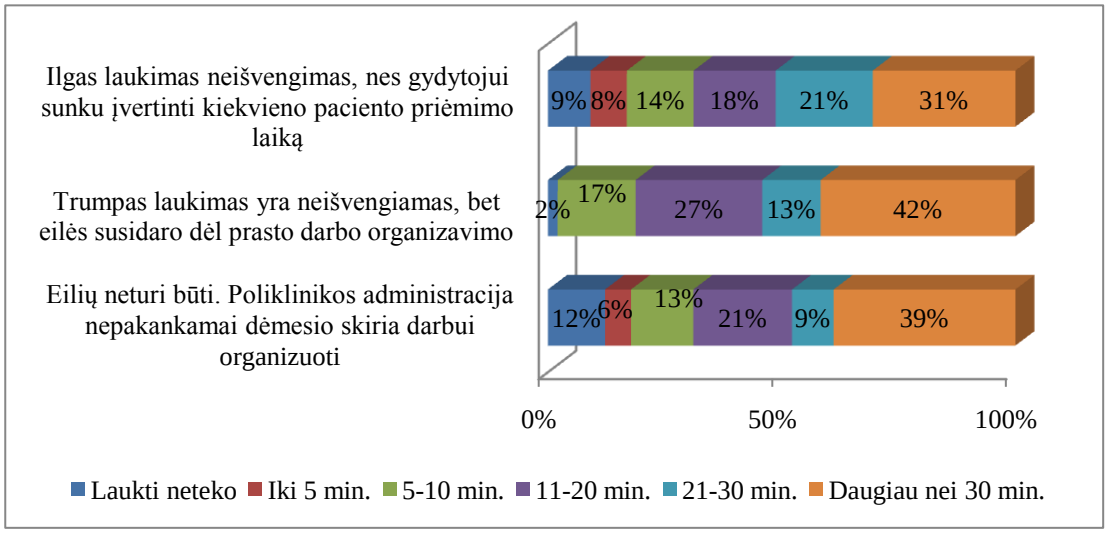
Pasiteiravus respondentų apie tai, ką jie mano apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje, nustatyta, jog 46 proc. apklaustųjų teigia, kad ilgas laukimas neišvengiamas, nes gydytojui sunku įvertinti kiekvieno paciento priėmimo laiką, 29 proc. - kad trumpas laukimas yra neišvengiamas, bet eilės susidaro dėl prasto darbo organizavimo, ir ketvirtadalis (25 proc.) mano, jog eilių neturi būti, sveikatos priežiūros įstaigos administracija nepakankamai dėmesio skiria darbui organizuoti (žr. 21 pav.).



21 pav. Respondentų nuomonė apie gydymo įstaigoje sugaištą laiką eilėse

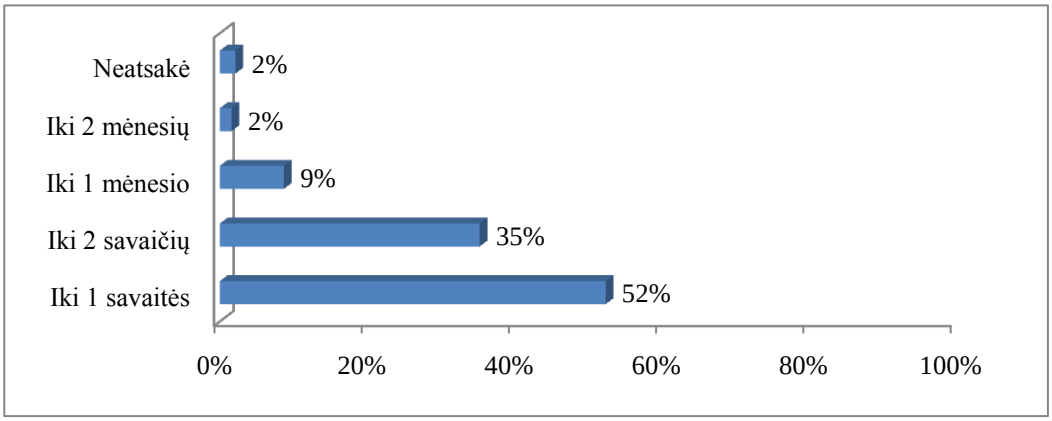
Lyginant respondentų nuomones apie gydymo įstaigoje sugaištą laiką eilėse su laukimo laiku prie gydytojo kabineto, pacientų nuomonė „Eilių neturi būti” statistiškai reikšmingai nepriklauso nuo jų laukimo laiko eilėje prie gydytojo kabineto (χ^2 = 7,07, p>0,05). Tuo tarpu pacientų laukimo laikas eilėje

prie gydytojo kabineto durų priklauso nuo šių nuomonių: „trumpas laukimas yra neišvengiamas, bet eilės susidaro dėl prasto darbo organizavimo“ (χ^2 = 16,868, p<0,01) bei „ilgas laukimas neišvengiamas, nes gydytojui sunku įvertinti kiekvieno paciento priėmimo laiką“ (χ^2 = 14,424, p<0,05). Didžioji dalis tyrimo dalyvių, kurie laukė prie gydytojo kabineto durų ilgesnį laiką, t.y. daugiau nei 30 min. (42 proc.) ir 11-20 min. (27 proc.) pasisakė, jog trumpas laukimas yra neišvengiamas, bet eilės susidaro dėl prasto darbo organizavimo ir 31 proc. laukusių daugiau nei 30 min. ir 21-30 min. (21 proc.) mano, kad ilgas laukimas neišvengiamas, nes gydytojui sunku įvertinti kiekvieno paciento priėmimo laiką (žr. 22 pav.).



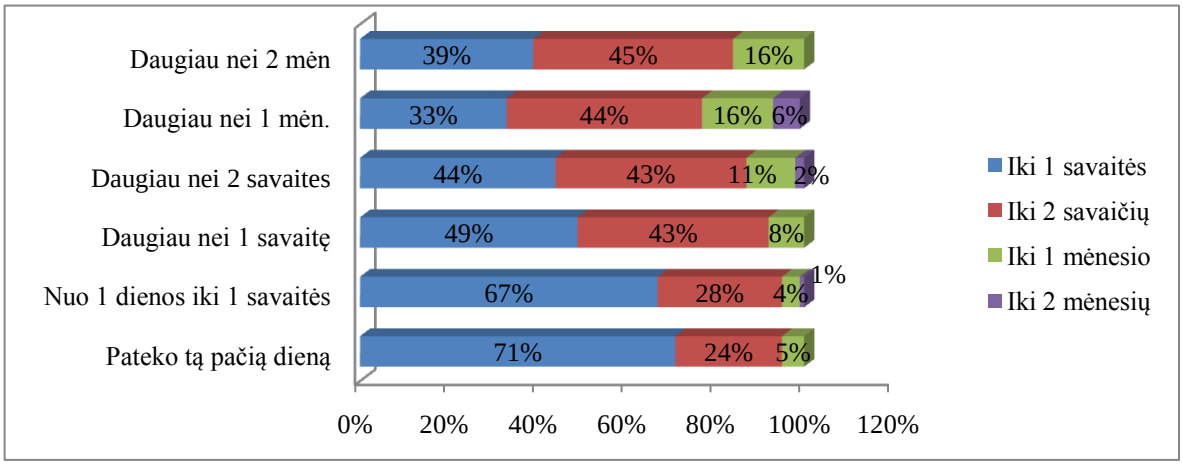
22 pav. Nuomonės apie sugaištą laiką prie gydytojo kabineto priklausomybė nuo laukimo laiko eilėje prie gydytojo kabineto durų

Pasiteiravus kiek respondentai sutiktų laukti pirmojo vizito pas gydytoją specialistą, nustatyta, kad pusė visų apklaustųjų (52 proc.) sutiktų laukti iki 1 savaitės, trečdalis respondentų (35 proc.) nurodė, kad sutiktų laukti iki 2 savaičių, iki 1 mėnesio pasisakančiųjų buvo 9 proc., ir 2 proc., kad lauktų net ir iki 2 mėnesių (žr. 23 pav.).



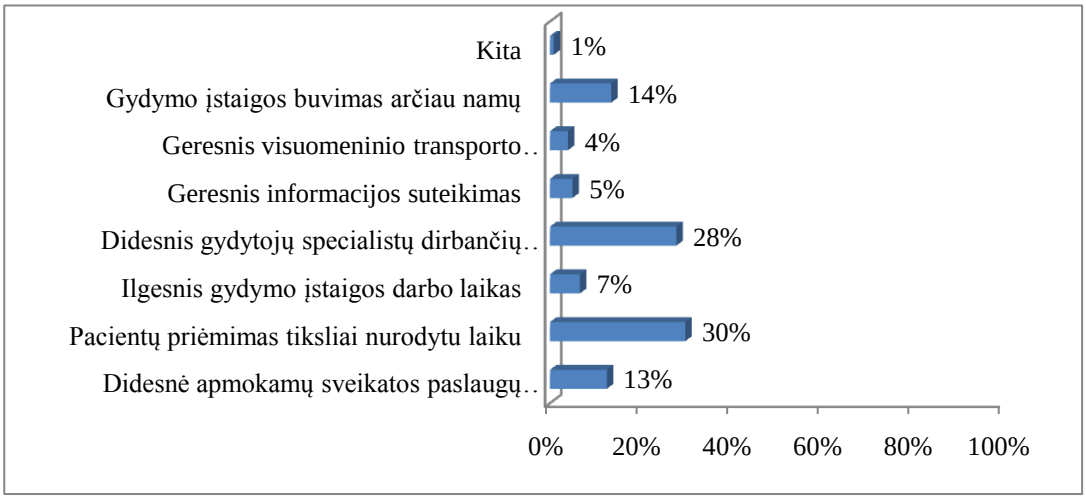
23 pav. Maksimalus laukimo laikas pirmojo vizito pas gydytoją onkologą, kurį pacientas sutiktų laukti

Siekiant nustatyti ar pacientų nuomonė apie maksimalų laukimo laiką, kurį sutiktų laukti priklauso nuo jų pirmos konsultacijos laukimo laiko patirties, nustatyta, kad pacientų nuomonė apie maksimalią laukimo trukmę statistiškai reikšmingai priklauso nuo jų pirmos konsultacijos laukimo patirties (χ^2 = 41,569, p=0,000). Maksimali laukimo trukmė teigiamai susijusi su pirma konsultacijos laukimo patirtimi (r=0,28, p=0,000). Daugumos pasisakančiųjų, kad sutiktų laukti iki 1 savaitės patirtis laukiant pirmojo vizito pas gydytoją specialistą su šeimos gydytojo siuntimu, kad teko laukti daugiau nei 2 mėn. (39 proc.), daugiau nei 1 mėn. (33 proc.) ir daugiau nei 2 sav. (44 proc.). O sutinkančių laukti iki 2 sav. patirtis, jog teko laukti daugiau nei 2 mėn. (45 proc.), daugiau nei 1 mėn. (44 proc.) ir daugiau nei 2 sav. (43 proc.). Vadinasi, galima manyti, kad tiems, kuriems teko laukti ilgai, nurodo sutinkantys laukti trumpesnį laiką, t.y. iki 1 ar 2 savaičių (žr. 24 pav.).



24 pav. Nuomonės apie maksimalų laukimo laiką priklausomybė nuo pirmos konsultacijos laukimo patirties

Pasiteiravus, pacientų nuomonės, kas palengvintų patekimą pas gydytoją specialistą, tolygiai pasiskirstė respondentų skaičius, manančių, kad pacientų priėmimas nurodytu laiku (30 proc.) ir didesnis gydytojų specialistų skaičius dirbančių poliklinikoje (28 proc.), kiek mažesnis skaičius manančių, kad gydymo įstaigos buvimas arčiau namų (14 proc.) ir didesnė apmokamų sveikatos paslaugų pasiūla (13 proc.) (žr. 25 pav.).



25 pav. Pacientų nuomonė, kas palengvintų patekimą pas gydytoją specialistą

Apibendrinant pacientų nuomonės apie laukimo eilės priežastis rezultatus, pastebima, kad pusė (49 proc.) tyrimo dalyvių mano, jog gydytojų laiką gaišina įvairūs papildomi darbai. Ir beveik pusės apklautųjų (46 proc.) nuomone, ilgas laukimas yra neišvengiamas, nes gydytojui sunku įvertinti kiekvieno paciento priėmimo laiką, tačiau didžioji dalis respondentų (42 proc.), kuriems prie gydytojo specialisto kabineto durų teko laukti ilgesnį laiką, mano jog, trumpas laukimas yra neišvengiamas, bet eilės susidaro dėl prasto darbo organizavimo. Maksimalus laukimo laikas vizitui pas gydytoją specialistą, kurį sutiksiantys laukti puse respondentų (52 proc.) yra viena savaitė, ir jų nuomonei įtakos turėjo pirmos konsultacijos laukimo laiko patirtis. Didžiosios dalies tyrimo dalyvių nuomone, patekimą pas gydytoją specialistą, palengvintų pacientų priėmimas nurodytu laiku (30 proc.) ir didesnis gydytojų specialistų skaičius dirbančių poliklinikoje (28 proc.).

IŠVADOS

Atlikus literatūros analizę, galima formuluoti šias išvadas:

1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sąvoka apibūdinama organizaciniu, komunikaciniu ir ekonominiu aspektais. Lietuvoje išskiriamos dvi laukimo eilės sąvokos: trumpiausia ir ilgiausia. Užsienio šalys laukimo laiką skaičiuoja nuo bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo siuntimo iki gydymo, suskaidant šį laiko tarpą į keletą laukimo etapų (laukimo trukmė iki patenkant pas bendrosios praktikos (šeimos) gydytoją; laukimo trukmė diagnostiniams tyrimams atlikti; ambulatorinio tyrimo laukimo trukmė – laikotarpis nuo siuntimo išrašymo iki patekimo pas specialistą; stacionarinio gydymo laukimo trukmė – laikotarpis nuo įtraukimo į pacientų sąrašą gydymui iki gydymo pradžios).

2. Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros paslaugos skirstomos į pirminį, antrinį ir tretinį lygius. Sveikatos priežiūra dėl onkologinių ligų pradedama pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje, o onkologines ligas diagnozuoja ir gydo atitinkamų profesinių kvalifikacijų gydytojai. Onkologinė pagalba apima ankstyvą išaiškinimą, ligos diagnozavimą ir gydymą, taip pat medicininės reabilitacijos paslaugas, medicininę slaugą, paliatyvią pagalbą.

3. Užsienio šalys (Danija, Anglija, Kanada) nacionaliniu mastu yra patvirtinę onkologinių paslaugų laukimo laiko standartus, kurie numato galimą ilgiausią laukimo trukmę pirmai gydytojo specialisto konsultacijai gauti, ligai diagnozuoti, paskirtą gydymą pradėti. Suformuotos paslaugų teikimo onkologiniams pacientams schemos, numatančios paslaugų teikimo veiksmų seką, laukimo laiką, dalyvius ir atsakingus asmenis (Danijos atveju „Pacientų sergančių piktybiniais navikais gydymo gairės“ – klinikiniai ir organizaciniai ligų diagnozavimo ir gydymo standartai).

Lietuvoje yra stebimos laukimo eilės ir nuo 2014 m. pradžios patvirtintas laukimo eilių mažinimo planas.

Atlikus empirinį tyrimą, galima formuluoti šias išvadas:

4. Nacionalinio vėžio instituto pacientų laukimo trukmės patirtis skirtinguose paslaugų teikimo etapuose pakankamai įvairi:

- didžiajai daliai pacientų (72 proc.) pirmosios gydytojo specialisto konsultacijos teko laukti ne ilgiau 1 mėn., tačiau daugiau nei 2 mėn. laukė 8 proc. respondentų. 92 proc. tyrimo dalyvių yra patenkinti įstaigos darbo laiku. Pusė respondentų (54 proc.) įstaigos paslaugų teikimo organizavimą vertina gerai ir trečdaliui jų (29 proc.) planuojant vizitus pas

gydytoją specialistą laikas neturi reikšmės, o kuriems turi (28 proc.) patogiausias laikas yra 9-11 val.;

- trečdaliui visų apklaustų pacientų (31 proc.) diagnostinis laikotarpis truko daugiau nei 1 mėn., o 7 proc. jis truko daugiau nei 2 mėn.;
- dviems trečdaliams apklaustų pacientų (61 proc.) stacionarinio gydymo laukimo laikas truko ne ilgiau 1 mėn., tačiau 9 proc. laukė daugiau nei 2 mėn.;
- 46 proc. apklaustųjų požiūriu, ilgas laukimas yra neišvengiamas ir 49 proc. mano, jog gydytojų laiką gaišina įvairūs papildomi darbai.

Gautus tyrimo rezultatus palyginus su užsienio šalių praktika, nustatyta, kad Anglijos ir Danijos 2 savaičių pirmajam vizitui pas gydytoją specialistą laukimo standartą atitiktų 56 proc. šiame tyrime dalyvavusių pacientų. Danijos 17 k. d. diagnostinį laikotarpį atitiktų 31 proc. šio tyrimo apklaustųjų ir Danijos 2 savaičių stacionarinio gydymo laukimo trukmės standartą atitinka 34 proc. Nacionaliniame vėžio institute apklaustų respondentų. 87 proc. pacientų apklausos metu nurodė, jog maksimalus laikas, pirmajai specialisto konsultacijai, kurį sutiktų laukti yra 1 ir 2 savaitės. Onkologinių paslaugų laukimo trukmė lyginant su išsivysčiusių šalių praktika yra pakankamai ilga.

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Atsižvelgiant į Danijos, Anglijos patirtį, svarstyti ir patvirtinti onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų laukimo trukmės standartus.

2. Remiantis Danijos praktika, suburti profesionalių gydytojų grupes, sukurti piktybinių navikų gydymo organizavimo gaires.

3. Svarstyti galimybę vykdyti onkologinių paslaugų prieinamumo stebėseną skirtinguose paslaugų teikimo etapuose. Periodiškai vykdyti kontrolę, analizuoti bei vertinti onkologinių paslaugų prieinamumą pagal nustatytą vertinimo metodiką.

4. Supažindinti sveikatos priežiūros įstaigų vadovus su užsienio šalių gerąja praktika įdiegiant ištyrimo ir gydymo veiksmų sekos schemas ir skatinti tuo pasinaudoti.

Sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms onkologines sveikatos priežiūros paslaugas:

5. Parengti ir įdiegti ištyrimo ir gydymo veiksmų sekos schemas atitinkamiems piktybinių navikų tipams, numatant veiksmų laikotarpius ir atsakingus asmenis.

6. Supažindinti sveikatos priežiūros įstaigų personalą kokiu tikslu parengtos ir diegiamos ištyrimo ir gydymo veiksmų sekos schemos, pabrėžiant jų pritaikymo praktikoje svarbą. Tobulinti sveikatos priežiūros personalo kvalifikaciją ištyrimo ir gydymo veiksmų sekos schemų atžvilgiu.

BIBLIOGRAFIJOS ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

KNYGOS:

1. Grabauskas V., ir kt., *Bendruomenių aktyvinimas sprendžiant sveikatos priežiūros etines problemas*, Kaunas, 2002, 20 p.
2. Jankauskienė D., Pečiūra R., *Sveikatos politika ir valdymas*, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007, p. 153-179.
3. Janušonis V., *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, kryptys, vadybiniai aspektai*, Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008, 205 p.
4. Kardelis K., *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, Šiauliai: Lucilijus, 2007, 66 p.
5. OECD, *Cancer care: Assuring quality to improve survival*, 2013, p. 4, 81-107. Prieiga per internetą: <http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/cancer-care_9789264181052-en#page1>, (žiūrėta 2014 12 10).
6. Pruskus V., *Sociologija*, Vilniaus: teisės ir verslo kolegija, 2003, 139 p.
7. Ramsey S. D., et.al., *Management of Cancer in the Older Patient*, 2012, p. 275-280. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978143771398510030X>, (žiūrėta 2014 12 10).
8. Sapagovas J., ir kt., *Informatikos ir matematinės statistikos pradmenys*, Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2000, 96 p.
9. Siciliani L., et. al., *Waiting Time Policies in the Health Sector: What works?* 2013, p. 35-36, 100-130. Prieiga per internetą <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2476022.pdf >, (žiūrėta 2014 12 12).
10. Stalioraitytė E., ir kt., *Patologinė anatomija*, Kaunas: Naujasis lankas, 2001. Prieiga per internetą: <http://www.pathonet.lt/Fundamentine_patologija/8%20dalis.htm#gerirpik>, (žiūrėta 2014 12 10).
11. Tidikis R., *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*, Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003, 356 p.

SERIALINIŲ LEIDINIŲ STRAIPSNIAI

12. Baker L. C., et. al., Integrated telehealth and care management program for Medicare beneficiaries with chronic disease linked to savings, *Health affairs*, No. 30(9), 2011, p. 1689-1697. Prieiga per internetą: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21900660>, (žiūrėta 2014 06 07).
13. Bigeli M., Annear P. L., Barriers to Access and the Purchasing Function of Health Equity Funds: Lessons from Cambodia, *Bull World Health Organ*, No. 87, 2009, p. 560-564. Prieiga per internetą: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v87n7/v87n7a19.pdf>, (žiūrėta 2013 11 13).
14. Brogaitė J., ir kt., Vyresnio amžiaus žmonių sveikatos priežiūra: situacija ir perspektyvos, *Gerontologija*, Nr. 8(4), 2007, p. 230-235.
15. Chua K., Rutledge J., Waiting Lists in Canada reality or hype? *Health Affairs*, No. 21, 2006, p. 1-7. Prieiga per internetą: <http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Initiative_Docs/WaitingTimes_primer.sflb.ashx>, (žiūrėta 2014 06 07).
16. Clancy, C. M., et. al., Investing In Health Information Infrastructure: Can It Help Achieve Health Reform? *Health Affairs*, 2009, No. 28, p. 478-482. Prieiga per internetą: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/28/2/478>, (žiūrėta 2013 12 20).
17. Dixon H., Siciliani L., Waiting-time targets in the healthcare sector: How long are we waiting? *Journal of Health Economics*, No. 28, 2009, p. 1081-1098. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19846227>, (žiūrėta 2013 11 13).
18. Dyrop H. B., et. al., Cancer Patient Pathways shortens waiting times and accelerates the diagnostic process of suspected sarcoma patients in Denmark, *Health Policy*, No. 113, 2013, p. 110-117. Prieiga per internetą: < http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013002479>, žiūrėta (2014 11 03).
19. Ensor T., Cooper S., Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side, *Health Policy and Planning*, No. 19(2), 2004, p. 69-79. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14982885>, (žiūrėta 2013 11 13).
20. Evans J., Minimizing delays in ovarian cancer diagnosis: an expansion of Andersen's model of 'total patient delay', *Family Practice*, No. 24, 2007, p. 48-55. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17158183>, (žiūrėta 2014 04 15).

21. Exworthy M., Peckham S., Access, Choice and Travel: Implications for Health Policy, *Social Policy and Administration*, No. 40(3), 2006, p. 267-287. Prieiga per internetą: <http://web.ebscohost.com.skaitykla.mruni.eu/bsi/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=3f752fb4-08f3-4003-96d3-1f85109b69f3%40sessionmgr4003&hid=4212>, (žiūrėta 2013 11 13).
22. Ferlay J., et.al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012, *European Journal of Cancer*, No 49, 2013, p. 1374-1403. Prieiga per internetą: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/Ferlay%20J_EJC_2013.pdf >, (žiūrėta 2014 11 10).
23. Godden S., Pollock A. M., Waiting list and waiting time statistics in Britain: A critical review, *Public Health*, No.1, 2009, 47 p. Priega per internetą: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19054534 >, (žiūrėta 2014 06 07).
24. Guagliardo M. F., Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges, *International Journal of Health Geographics*, No. 3(1), 2004, p. 3-7. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC394340/>, (žiūrėta 2013 11 13).
25. Gulliford M., et. al., What does 'access to health care' mean? *Health Service Research & policy*, No. 7, 2002, p. 186-188. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171751>, (žiūrėta 2014 11 04).
26. Henry K. A., et. al., The joint effects of census tract poverty and geographic access on late-stage breast cancer diagnosis in 10 US States, *Health & Place*, No. 21, 2013, p. 110-121. Prieiga per internetą: < http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829213000130>, (žiūrėta 2014 02 15).
27. Jankauskienė D., Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje, *Gydymo menas*, Nr. 6(129), 2006, p. 12-13.
28. Kairys J., ir kt., Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose, *Medicina*, Nr. 40(2), 2004, p. 178-191.
29. Koka V. K., et. al., An epidemiological study evaluating the relationship of distance from a tertiary care cancer center to early detection of colorectal cancer, *Anticancer Research*, No. 22(4), 2002, p. 2481-2484. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12174948>, (žiūrėta 2014 02 15).

30. Krančiukaitė – Butylkinienė D., ir kt., Paslaugų prieinamumo vertinimas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, Nr. 1, 2010, 18 p.
31. Lyhne N. M., ir kt., Waiting times for diagnosis and treatment of head and neck cancer in Denmark in 2010 compared to 1992 and 2002, *European Journal of Cancer*, No. 49, 2013, p. 1627-1633. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804912009306>, žiūrėta (2014 11 03).
32. Maddison A. R., et.al., Inequity in access to cancer care:a review of the Canadian literature, *Cancer Causes & Control*, No. 22(3), 2011, p. 359-366. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21221758>, (žiūrėta 2013 11 30).
33. Mariotti G., Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: The homogeneous waiting time groups approach, *Health Policy*, No. 117, 2014, p. 54-63. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014000311>, (žiūrėta 2013 11 13).
34. Mathers C. D., Loncar D., Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030, *PLoS Medicine*, No. 3(11), 2006, p. 442-448. Prieiga per internetą: < http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030442>, žiūrėta (2014 11 03).
35. Molinié F., et. al., Waiting time disparities in breast cancer diagnosis and treatment: A population-based study in France, *The Breast*, No. 22, 2013, p. 810-816. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977613000404>, (žiūrėta 2014 02 15).
36. Obrist B., Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action, *PLoS Medicine*, No. 4, 2007, p. 1584-1587. Prieiga per internetą: <www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040308>, (žiūrėta 2013 11 13).
37. Olesen F., Delay in diagnosis: the experience in Denmark, *British Journal of Cancer*, No. 101(2), 2009, p. 5-8. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790711/>, (žiūrėta 2013 11 13).
38. Onega T., et. al., Geographic access to cancer care in the U.S., *Cancer*, No. 112(4), 2008, p. 909-918. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18189295>, (žiūrėta 2014 01 13).
39. Onega T., et. al., Geographic Access to Breast Imaging for US Women, *Journal of the American College of Radiology*, No. 11, 2014, p. 874-882. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1546144014001616>, (žiūrėta 2014 10 20).

40. Paul C., et. al., Cancer patients' concerns regarding access to cancer care: perceived impact of waiting times along the diagnosis and treatment journey, *European Journal of Cancer Care*, No. 21, 2012, p. 321-329. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410528/>, (žiūrėta 2013 11 13).
41. Pečiūra R., ir kt., Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas, *Medicina*, Nr. 42(11), 2006, p. 939-941.
42. Pedersen K. M., et.al., The Danish Health Care System: Evolution Not Revolution in a Decentralized System, *Health Economics*, No. 14, 2005, p. 41-57. Prieiga per internetą: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1028/pdf>, žiūrėta (2014 11 03).
43. Probst H. B., et.al., Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians - A national Danish project, *Health Policy*, No. 105(1), 2012, p. 65-70. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851011002417#>, (žiūrėta 2013 12 20).
44. Salomaa E. R., Delays in the diagnosis and treatment of lung cancer. *Chest*, No. 128, 2005, p. 2282-2288. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1927095/>, (žiūrėta 2014 04 15).
45. Sanson-Fisher R., et. al., Measuring the unmet needs of those with cancer: a critical overview, *Cancer Forum*, No. 33, 2009, p. 200-203. Prieiga per internetą: <http://cancerforum.org.au/Issues/2009/November/Forum/Measuring_the_unmet_needs_of_those_with_cancer.htm>, (žiūrėta 2014 01 05).
46. Savage S. A., et al., Cancer waiting times: what is the value of a lymphoma waiting time? *Scottish Medical Journal*, No. 53(3), 2008, p. 5-7. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18780517>, žiūrėta (2014 01 05).
47. Siciliani L., A Note on the Dynamic Interaction between Waiting Times and Waiting Lists, *Health Economics*, No. 5, 2008, p. 639-647. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17948224>, (žiūrėta 2013 11 13).
48. Siciliani L., et. al., Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries, *Health Policy*, 2014, No. 118(3), p. 292-303. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014002267>, žiūrėta (2014 10 05).

49. Skrabek P., Importance of accessible cancer care, *Transfusion and Apheresis Science*, No. 49, 2013, p. 139–143. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23958140>, žiūrėta (2013 11 13).
50. Smith T., A long way from home: Access to cancer care for rural Australians, *Radiography*, No. 18, 2012, p. 38-42. Prieiga per internetą: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1078817411001349>, (žiūrėta 2014 02 04).
51. Štaras K., ir kt., Ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų darbo laiko paskirstymo tyrimas, *Sveikatos politika ir valdymas*, Nr. 1(5), 2013, p. 167-187.
52. Tamutienė I., ir kt., Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų kliūtys ir jų kontekstai, *Kultūra ir visuomenė,* Nr. 2(1), 2011, p. 95-110.
53. Tylienė V., ir kt., Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sugaištamą laiką gydymo įstaigoje kreipiantis dėl sveikatos priežiūros paslaugų pagal užsiėmimą ir amžių, *Sveikatos mokslai*, Nr. 6, 2008, p. 2120-2126.
54. Wang F., et. al., Late-stage breast cancer diagnosis and health care access in Illinois, *The profesional geographer*, No. 60(1), 2008, p. 54-69. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18458760>, (žiūrėta 2013 11 30).
55. White C. A., Macleod U., ABC of psychological medicine: Cancer, *British Medical Journal*, No. 325, 2002, p. 377-380. Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123889/>, (žiūrėta 2014 11 04).
56. Willcox S., et. al., Measuring And Reducing Waiting Times: A Cross-National Comparison Of Strategies, *Health affairs*, No. 4, 2007, p. 1078-1087. Prieiga per internetą: < http://content.healthaffairs.org/content/26/4/1078.full>, (žiūrėta 2014 06 07).

ĮSTATYMAI, TEISĖS AKTAI

57. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės Žinios*, 1994, Nr. 63-1231; *Valstybės Žinios*, 1998, Nr. 112-3099.
58. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, *Valstybės Žinios,* 1996, Nr. 55-1287; *Valstybės Žinios*, 1996, Nr. 99; *Valstybės Žinios*, 2002, Nr. 123-5512.

59. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo pakeitimo įstatymas, *Valstybės Žinios*, 1996, Nr. 102-2317; *Valstybės Žinios*, 1998, Nr. 52-1425; *Valstybės Žinios*, 2004, Nr. 115-4284.
60. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. 372 „Dėl teikiamų asmens sveikatos paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės," prieiga per internetą: <http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/ministro_isakymai?id=23216>,(žiūrėta 2013 11 16).
61. Lietuvos Respublikos konstitucija: Lietuvos Respublikos piliečių priimta 1992 m. spalio 25 d. referendume, prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/home/Konstitucija/Konstitucija.htm>, (žiūrėta 2014 11 04).
62. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 31 d. nutarimas Nr. 1-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo," *Vyriausybės žinios*, 1991, Nr. 33-1574, prieiga per internetą: <http://www.litlex.lt/scripts/sarasas2.dll?Tekstas=1&Id=4486>, (žiūrėta 2013 11 30).
63. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" patvirtinimo," prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=268928&p_query=&p_tr2>, (žiūrėta 2013 12 12).
64. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. kovo 5 d. įsakymas Nr. V-327 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 m. įsakymo Nr. V-739 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos vyriausiųjų respublikos ir vyriausiųjų kraštų specialistų sąrašo patvirtinimo" pakeitimo," prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/go.php/Vyriausieji-respublikos-ir-vyriausieji-krastu-specialistai14838863>, (žiūrėta 2015 03 15).
65. Lietuvos Respublikos Nacionalinio vėžio instituto įstatymo projektas, 2014 m. balandžio 17 d., Nr. XIP-3128(2), prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=464655&p_tr2=2>, (žiūrėta 2014 05 07).
66. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-814 „Dėl Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos patvirtinimo" pakeitimo ir Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014-2025 metų programos įgyvendinimo 2014-

2016 metais priemonių plano patvirtinimo,“ prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/lt/legalActPrint?documentId=4e5e6800770111e49710918558376243>, (žiūrėta 2014 10 12).

67. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V-436 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymo Nr. V-799 „Dėl sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007-2013 metų programos patvirtinimo“ pakeitimo,“ prieiga per internetą: < http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/sam/teises_aktai/SAM_2009-06-02Nr._V-436(Nei.pdf>, (žiūrėta 2013 12 12).
68. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl būtinosios pagalbos ir būtinosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“, prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=230805>, žiūrėta (2014 03 10).
69. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 10 d. įsakymas Nr. V-27 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymo Nr. V-998 „Dėl Onkologinės pagalbos konsultacinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, prieiga per internetą: <https://www.etar.lt/portal/forms/legalAct.html?documentId=eb3d5140a47511e3aeb49a67165e3ad3>, žiūrėta (2014 03 10).
70. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymas Nr. V-108 „Dėl pacientų laukimo eilių mažinimo“, prieiga per internetą: <http://sam.lt/popup2.php?ru=OgqGftMoBm&tmpl_name=m_article_print_view&article_id=4518>, žiūrėta (2014 03 10).
71. Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo,“ prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=267313&p_query=&p_tr2>, (žiūrėta 2013 12 12).
72. Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. V-693 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymo Nr. V-636 „Dėl siuntimų

ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangiesiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/1991afd0f2d911e3bb22becb572235f5>, žiūrėta (2014 07 16).

73. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2007 m. liepos 24 d. įsakymas Nr. 1K-113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių registravimo ir stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo,“ prieiga per internetą: <http://www.infolex.lt/lite/ta/44276>, (žiūrėta 2013 12 12).

KITI ŠALTINIAI

74. Burokienė S., ir kt., Vilniaus apskrities pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos palyginimas, prieiga per internetą: <http://vilniaustlk.lt/failai/istaigoms/Statistika/ST_ID5.html>, (žiūrėta 2013 12 18).
75. Cancer pathways, prieiga per internetą: <www.health.nt.gov.au/Cancer_Services/CanNET_NT/Cancer_Pathways/index.aspx>, (žiūrėta 2014 03 20).
76. Cancer waiting times, prieiga per internetą: <www.nwlcn.nhs.uk/.../Cancer%20Intelligence/Going%20Forward%20on>, (žiūrėta 2015 01 02).
77. Cancer waiting times annual report, 2011-12, prieiga per internetą: <http://www.england.nhs.uk/statistics/2012/07/20/cwt-annual-report-2011-12/>, (žiūrėta 2013 11 29).
78. Elaine B., The politics of Canada’s health care system, prieiga per internetą: <http://www.law.harvard.edu/programs/lwp/healthc.pdf >, (žiūrėta 2013 03 20).
79. Europos sveikatos draudimo kortelė, prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=lt>, (žiūrėta 2013 12 05).
80. European commission, Cancer, prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cancer/index_en.htm#fragment2>, (žiūrėta 2014 12 05).
81. European code against cancer, prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/diseases/docs/cancercode_en.pdf >, (žiūrėta 2013 12 05).

82. Going further on cancer waits, prieiga per internetą: <www.mccn.nhs.uk/.../GFOCW%20Cancer%20Waits%2>, (žiūrėta 2014 06 07).
83. Guide to the Healthcare System in England 2013, prieiga per internetą: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF>, (žiūrėta 2014 06 07).
84. Improving outcomes: a strategy for cancer, prieiga per internetą: <http://www.nhs.uk/nhsengland/NSF/pages/Cancer.aspx>, (žiūrėta 2014 03 08).
85. Išankstinės pacientų registracijos sistema, prieiga per internetą: <http://www.esparama.lt/old/lt/bpd/zemelapis/sekmingi_projektai/?id=7387>, (žiūrėta 2013 12 10).
86. Lietuvos Respublikos 2010 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamasis raštas, prieiga per internetą: <http://www.lrv.lt/Posed_medz/2011/110504/07_papildymas.pdf>, (žiūrėta 2013 11 29).
87. Lietuvos sveikatos statistika 2013, prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/data/la2013.pdf>, (žiūrėta 2014 05 15).
88. Lietuvos sveikatos statistika 2012, prieiga per internetą: < http://sic.hi.lt/data/la2012.pdf>, (žiūrėta 2013 12 05).
89. Lietuvoje teikiamų onkologinių paslaugų infrastruktūros tyrimas 2008, prieiga per internetą: <www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/.../SAM_31.pdf>, (žiūrėta 2014 05 15).
90. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2007, prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=9436&p_d=69198&p_k=1> (žiūrėta 2013 11 29).
91. Pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų apklausos ir analizės parengimas, prieiga per internetą: <www.esparama.lt/.../2012_pacientu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaugu_te>, (žiūrėta 2014 05 15).
92. Review of Cancer Waiting Times Standards, prieiga per internetą: <https://www.gov.uk/government/.../dh_123395.pdf>, (žiūrėta 2014 03 08).
93. Prevencijos programos 2011, prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/leidiniai/2011%20m.%20leidiniai/Documents/PPJusuGalimybeIssitirti.pdf>, (žiūrėta 2014 05 15).

94. Provider-based Cancer Waiting Times for Q1 2014-15, prieiga per internetą: <http://www.england.nhs.uk/statistics/2014/08/29/provider-based-cancer-waiting-times-for-q1-2014-15/>, (žiūrėta 2014 06 07).
95. Sveikatos priežiūros įstaigų veikla bei vaistų pardavimas, prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/html/spiv.htm>, (žiūrėta 2014 05 15).
96. The NHS Cancer plan: a plan for investment, a plan for reform, prieiga per internetą: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_4009609>, (žiūrėta 2014 03 08).
97. The NHS cancer plan, prieiga per internetą: <www.thh.nhs.uk/.../Cancer/NHSCancerPlan.pdf>, (žiūrėta 2014 03 08).
98. Valstybinio audito ataskaita kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra, prieiga per internetą: <https://www.vkontrole.lt/failas.aspx?id=3112> (žiūrėta 2014 05 15).
99. Waiting for elective admission, prieiga per internetą: <http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/subwebs/publications/studies/studyPDF/3024.pdf>, (žiūrėta 2014 06 07).
100. Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada 2013 Report, prieiga per internetą: <http://www.fraserinstitute.org/uploadedFiles/fraser-ca/Content/research-news/research/publications/waiting-your-turn-2013.pdf>, (žiūrėta 2014 03 20).
101. World Health Organisation (2015), Cancer, prieiga per internetą: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>, (žiūrėta 2015 02 02).
102. World Health Organization, Quality of care: a process for making strategic choices in health systems, prieiga per internetą: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563249_eng.pdf> (žiūrėta 2013 12 05).
103. 2010 m. LR 2009 m. privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinės apyskaitos aiškinamasis raštas, prieiga per internetą: <http://www.lrv.lt/Posed_medz/2010/100428/06.pdf>, (žiūrėta 2014 05 15).

Juozeliūnaitė V. Onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas: laukimo trukmė / Sveikatos apsaugos įstaigų administravimo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. Aldona Gaižauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2015. – 76 p.

SANTRAUKA

Dėl vis didėjančio sergančiųjų onkologinėmis ligomis žmonių skaičiaus, didėja onkologinių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų poreikis, todėl ypač svarbus tampa onkologinių paslaugų prieinamumo užtikrinimas. Atliktų tyrimų duomenimis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problema egzistuoja ir yra pastebimas vis didėjantis pacientų nepasitenkinimas dėl ilgų eilių pas gydytojus. Svarbu ieškoti būdų kaip gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, įstaigų darbo organizavimą.

Darbo tikslas. Įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų laukimo trukmę Nacionaliniame vėžio institute.

Darbo uždaviniai. Apžvelgti teorinius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo pagrindus. Atskleisti onkologinių paslaugų organizavimo ypatumus. Pateikti užsienio šalių ir Lietuvos laukimo trukmės stebėjimo patirtį. Ištirti ir įvertinti laukimo trukmę skirtinguose paslaugų teikimo etapuose Nacionaliniame vėžio institute.

Tyrimo metodai: Mokslinės literatūros analizė, empirinis kiekybinis tyrimas – 378 respondentų anketinė apklausa. Tyrimo duomenų analizės metodai - aprašomoji statistika, koreliacinė analizė, lyginamoji analizė.

Rezultatai ir išvados: Didžiajai daliai pacientų (72 proc.) pirmosios gydytojo specialisto konsultacijos teko laukti ne ilgiau 1 mėn., tačiau daugiau nei 2 mėn. laukė 8 proc. respondentų. Pusė respondentų (54 proc.) įstaigos paslaugų teikimo organizavimą vertina gerai. Trečdaliui visų apklaustų pacientų (31 proc.) diagnostinis laikotarpis truko daugiau nei 1 mėn., o 7 proc. jis truko daugiau nei 2 mėn. Dviems trečdaliams apklaustų pacientų (61 proc.) stacionarinio gydymo laukimo laikas truko ne ilgiau 1 mėn., tačiau 9 proc. laukė daugiau nei 2 mėn. Didžiajai daliai apklaustųjų (43 proc.) buvo paskirtas chirurginis gydymas. Stacionarinio gydymo laukimo trukmė priklauso nuo paskirto gydymo ir ilgiausias laukimo laikas yra spinduliam gydymui. Maksimali laukimo trukmė pirmam vizitui pas gydytoją specialistą, kurį sutiksiantys laukti puse respondentų (52 proc.) yra viena savaitė.

Lyginant laukimo trukmę su užsienio šalių praktika Lietuvoje laukimo trukmė yra pakankamai ilga.

Darbo struktūra: Pirmojoje darbo dalyje apžvelgiama sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir laukimo eilės/trukmės samprata, laukimo eilės priežastys. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ypatumai ir onkologinės sveikatos priežiūros specifika. Onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje ir užsienio šalyse. Antrojoje darbo dalyje pateikiama, Nacionaliniame vėžio institute, atliktos anketinės apklausos tyrimo rezultatų analizė ir apibendrinimas. Pabaigoje pateikiamos išvados ir rekomendacijos.

Raktiniai žodžiai: prieinamumas, laukimo eilė/trukmė, onkologinės sveikatos priežiūros paslaugos

Juozeliūnaitė V. Accessibility of the Oncology Health Care Services: Waiting Time / Health Care Institution Administration BA Thesis. The Supervisor: Associate Professor Dr. Aldona Gaižauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of politics and management, 2015. – 76 pgs.

SAMMARY

Due to the growing number of oncological diseases, necessity of the cancer disease diagnosis and treatment is also increasing, and therefore ensuring access to cancer services becomes particularly important. Data of the carried out research showed that the problem of health care access exists, and dissatisfaction of patients in relation to long waiting lists for treatment is growing. It is important to look for ways to improve access to health care, and organization of work of the health care institutions.

Purpose of the thesis: To assess the health care service waiting times at the National Cancer Institute.

Tasks of the thesis: To review the theoretical basis regarding the access of health care services. To specify the particularities of the organizing of oncological services. To present the experience gained in research regarding waiting times in foreign countries and Lithuania. To investigate and assess the waiting time duration during different service provision stages at the National Cancer Institute.

Research methods: Scientific literature analysis, empirical quantitative study – the survey including 378 respondents. The methods of research data analysis – descriptive statistics, correlation analysis, comparative analysis.

Results and conclusions: The majority of the patients (72 per cent) had to wait for the first doctor specialist consultation for not more than 1 month, however, 8 per cent of survey respondents had the waiting period of more than 2 months. Half of the respondents (54 per cent) evaluated the organization of institutional services as acceptable. One third of all patients surveyed (31 per cent) reported the diagnostic period which had lasted for more than 1 month, and 7 per cent – the period that lasted for more than 2 months. For two-thirds of the patients surveyed (61 per cent) the waiting time for hospital treatment lasted longer than for one month, however, 9 percent waited for more than 2 months. A majority of the respondents (43 per cent.) were administered to receive surgical treatment. Inpatient treatment waiting time depends on the administered treatment and the maximum waiting time is for radiation therapy. The maximum waiting time for the first visit to a specialist, which the half of respondents (52 per cent) would wait is one week.

Compared with the waiting time typical for foreign practice, in Lithuania the waiting time is rather long.

Structure of the study: The first part provides an overview of the concept of health care service accessibility and waiting queue/time as well as the causes of waiting. Features of organization of the health care services and specifics of the oncology health care. Availability of the oncology health care services in Lithuania and abroad. The second part of work presents analysis of the results of survey conducted at the National Cancer Institute and summary. The study is finalized with conclusions and recommendations.

Keywords: accessibility, waiting list/time, oncology health care services

PRIEDAI

1 PRIEDAS

RESPONDENTŲ APKLAUSOS ANKETA

Gerbiamas respondente, esu Mykolo Romerio universiteto politikos ir vadybos fakulteto Viešojo administravimo katedros studentė. Atliekamas tyrimas apie onkologinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, todėl prašau skirti savo laiko ir užpildyti anketą. Jums tinkantį atsakymą kvadratėlyje pažymėkite kryželiu (+). Anketa yra anoniminė ir bus naudojama tik tyrimo tikslams.

Dėkoju už Jūsų atsakymus ir sugaištą laiką.

I. Bendrieji duomenys:

1. Koks Jūsų amžius?

18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Daugiau negu 65
□	□	□	□	□	□

2. Jūsų lytis:

Moteris	Vyras
□	□

3. Jūsų išsilavinimas:

Pradinis, pagrindinis	Vidurinis	Specialus vidurinis (profesinis)	Aukštesnysis	Aukštasis
□	□	□	□	□

4. Socialinė padėtis:

Neaktyvus (studentas, pensininkas)	Aktyvus (dirbantis)	Nedirbantis
□	□	□

5. Jūsų gyvenamoji vieta:

Miestas	Kaimas
□	□

II. Laukimo trukmė pirmajam vizitui pas specialistą ir jį įtakojančios aplinkybės

6. Kiek laiko Jums teko laukti:

	Patekau tą pačią dieną	Nuo 1 dienos iki 1 savaitės	Daugiau nei 1 savaitę	Daugiau nei 2 savaites	Daugiau nei 1 mėn.	Daugiau nei 2 mėn
pirmos specialisto konsultacijos po to, kai buvo išrašytas šeimos gydytojo siuntimas	□	□	□	□	□	□

7. Kai lankėtės šioje įstaigoje kiek apytiksliai laiko Jums teko laukti:

	Laukti neteko	Iki 5 min.	5-10 min.	11-20 min.	21-30 min.	Daugiau nei 30 min.
eilėje prie gydytojo kabineto	□	□	□	□	□	□
registratūroje, jeigu vizitui pas specialis-tą registravotės joje	□	□	□	□	□	□

8. Lankantis poliklinikoje ar Jus tenkino poliklinikos darbo laikas?

Taip	Ne
□	□

9. Kokiu laiku Jums patogiausia buvo planuoti vizitus pas specialistą?

7-9 val.	9-11 val.	11-13 val.	13-15 val.	15-17 val.	17-19 val.	Po 19 val.	Laikas neturi reikšmės
□	□	□	□	□	□	□	□

10. Dėl kokių priežasčių rinkotės tokį laiką?(keli atsakymo variantai)

□ Mažesnis pacientų skaičius, lengviau patekti pas gydytoją
□ Derinau apsilankymo laiką su savo darbo laiku
□ Derinau apsilankymo laiką pagal viešojo transporto tvarkaraščius
□ Nederinau apsilankymo laiko

11. Kaip vertinate šioje sveikatos priežiūros įstaigoje paslaugų teikimo organizavimą?

Labai gerai	Gerai	Patenkinamai	Blogai	Labai blogai
□	□	□	□	□

III. Laukimo trukmė iki ligos diagnozės paskelbimo

12. Kiek laiko Jums teko laukti:

	Patekau tą pačią dieną	Nuo 1 dienos iki 1 savaitės	Daugiau nei 1 savaitę	Daugiau nei 2 savaites	Daugiau nei 1 mėn.	Daugiau nei 2 mėn
kito vizito po pirmojo apsilankymo	□	□	□	□	□	□
nuo pirmosios specialisto konsultacijos iki galutinės ligos diagnozės paskelbimo	□	□	□	□	□	□

IV. Laukimo trukmė iki guldymo į kliniką gydymui

13. Kiek laiko Jums teko laukti:

	Patekau tą pačią dieną	Nuo 1 dienos iki 1 savaitės	Daugiau nei 1 savaitę	Daugiau nei 2 savaites	Daugiau nei 1 mėn.	Daugiau nei 2 mėn
nuo ligos diagnozės paskel-bimo iki guldymo į kliniką gydymui	□	□	□	□	□	□

14. Koks gydymas šiuo metu Jums taikomas ar bus taikomas?

□ Spindulinis gydymas (radioterapija)
□ Chirurginis gydymas
□ Chemoterapija
□ Kita (įrašykite).....

V. Pacientų nuomonė apie laukimo eiles

15. Dėl kokių priežasčių, Jūsų nuomone, nepatekdavote pas gydytoją specialistą nurodytu laiku?

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

16. Ką Jūs manote apie sugaištamą laiką eilėse gydymo įstaigoje?

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

17. Jūsų nuomone, koks galimas maksimalus laukimo laikas pirmajam vizitui pas gydytoją onkologą, kurį Jūs sutiktumėte laukti ?

□ Iki 1 savaitės
□ Iki 2 savaičių
□ Iki 1 mėnesio
□ Iki 2 mėnesių

18. Įvardinkite, kas palengvintų patekimą pas gydytoją specialistą (galite pasirinkti kelis atsakymus)?

□ Didesnė apmokamų sveikatos paslaugų pasiūla
□ Pacientų priėmimas tiksliai nurodytu laiku
□ Ilgesnis gydymo įstaigos darbo laikas
□ Didesnis gydytojų specialistų dirbančių poliklinikoje skaičius
□ Geresnis informacijos suteikimas
□ Geresnis visuomeninio transporto organizavimas

□ Gydymo įstaigos buvimas arčiau namų
□ Kita (įrašykite).....

Dėkoju už Jūsų atsakymus!