

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

BRIGITA VALUŠKAITĖ

Sveikatos politikos ir vadybos studijų programos, SPVvmns20-1 grupės
studentė

PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
VEIKSMINGUMAS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas
Prof. dr. Danguolė Jankauskienė

VILNIUS
2022

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VADYBOS IR POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
VEIKSMINGUMAS

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 6211JX074

Vadovė

_____ prof. dr. *Danguolė Jankauskienė*

2022-05-02

Recenzentas

Atliko SPVvmns20-1 gr. stud.

_____ Brigita Valuškaitė

2022-05-02

2022-05-02

VILNIUS

2022

TURINYS

LENTELIŲ SĄRAŠAS.....	5
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS.....	6
PRIEDŲ SĄRAŠAS	7
SANTRUMPOS	8
TERMINŲ ŽODYNAS.....	9
ĮVADAS.....	10
1. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA, JOS VEIKSMINGUMO SAMPRATA	14
1.1. Pirminė sveikatos priežiūra.....	14
1.2. PSP veiksmingumo samprata.....	19
2. VEIKSNIAI DARANTYS ĮTAKĄ PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VEIKSMINGUMUI.....	24
2.1. Vidiniai veiksniai darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui	24
2.2. Išoriniai veiksniai darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui.....	27
3. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VEIKSMINGUMO SVARBA SVEIKATOS RODIKLIŲ GERINIME	31
3.1. Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas ligų prevencijoje Lietuvoje ir užsienyje.....	33
3.2. Išvengiamų hospitalizacijų rodikliai	37
3.3. Išvengiamo mirtingumo rodiklis.....	37
4. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VEIKSMINGUMO ANALIZĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ POŽIŪRIU	40
4.1. Tyrimo metodika.....	40
4.2. Pirminės sveikatos priežiūros tikslai sveikatos sistemoje.....	44
4.3. Kriterijai atspindintys pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą	45
4.4. Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo užtikrinimas.....	47
4.5. Išoriniai ir vidiniai veiksniai, darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui bei jo gerinimui	48

4.6. Kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant pirminės sveikatos priežiūros grandies veiksmingumo	51
4.7. Personalo ir paciento vaidmuo PSP veiksmingumo gerinime	53
4.8. Pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumas kitų sveikatos grandžių atžvilgiu.....	55
4.9. Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo vertinimas pagal pagrindinius šalies sveikatos rodiklius.....	57
4.10. Specialistų pateikti pasiūlymai įvairiems suinteresuotiesiems pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui pagerinti.....	58
4.11. Pirminės sveikatos priežiūros dabartinis veiksmingumo lygis po 10 metų	60
IŠVADOS.....	63
REKOMENDACIJOS IR PASIŪLYMAI.....	64
LITERATŪRA.....	66
ANOTACIJA	72
SANTRAUKA	73
SUMMARY	74
PRIEDAI	76

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. autoriaus sudaryta veiksmingumo sąvokų lentelė, (pagal Jankauskienę; Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programą; Stephenson; 2021-2030 m. sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programą).....	20
2 lentelė. Prevencinėse programose dalyvavusių asmenų skaičius Lietuvoje (2015-2019 m.)	34
3 lentelė. Demografinės respondentų charakteristikos (N=5).....	41
4 lentelė. Informantų atsakymai, į pirmąjį klausimą: kokie, Jūsų nuomone, pirminės sveikatos priežiūros pagrindiniai tikslai sveikatos sistemoje?	44
5 lentelė. Informantų atsakymai į antrąjį klausimą: kokius kriterijus pritaikytumėte pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui vertinti?.....	46
6 lentelė. Informantų atsakymai į trečiąjį klausimą: kaip galvojate, kas turi užtikrinti/užtikrina pirminės sveikatos priežiūros suteiktų paslaugų veiksmingumą?.....	47
7 lentelė. Specialistų atsakymai, į ketvirtąjį klausimą: kokie, išorinės aplinkos ir vidiniai veiksniai, turi didžiausios įtakos pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui bei jo gerinimui?	49
8 lentelė. Specialistų atsakymai į penktąjį klausimą: kokios yra kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros grandies teikiamų paslaugų maksimalaus veiksmingumo ir kaip jas pašalinti?.....	52
9 lentelė. Informantų atsakymai į šeštąjį interviu klausimą: kokią svarbą, Jūsų nuomone, pirminės sveikatos priežiūroje (PSP) turi personalo ir paciento vaidmuo PSP veiksmingumo gerinime?.....	54
10 lentelė. Informantų atsakymai į septintąjį interviu klausimą: kaip vertinate pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumą kitų sveikatos grandžių atžvilgiu (II – io, III – io lygio paslaugos)?	56
11 lentelė. Informantų atsakymai į aštuntąjį klausimą: ar galima pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą vertinti pagal pagrindinius šalies sveikatos rodiklius?	57
12 lentelė. Informantų atsakymai į devintąjį klausimą: kokius turėtumėte pasiūlymus įvairiems suinteresuotiesiems pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui pagerinti?.....	58
13 lentelė. Informantų atsakymai į dešimtą klausimą: Pabandykite įsivaizduoti, kaip pasikeis/nepasikeis pirminės sveikatos priežiūros dabartinis veiksmingumo lygis po 10 metų?	60

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Kas sudaro aktyvaus gydymo sveikatos priežiūros tinklą? (D. Jankauskienė, 2021)	17
2 pav. A. Donebedian kokybės sistemos modelis	21
3 pav. PSDF biudžeto lėšos skirtos prevencinių programų finansavimui (mln. eurų), (pagal VLK, 2021)	35

PRIEDŲ SĄRAŠAS

<i>Priedas nr. 1</i> Interviu klausimynas	76
<i>Priedas nr. 2</i> Declaration of Alma-Ata	78
<i>Priedas nr. 3</i> Patvirtinimas apie atlikto darbo savarankiškumą.....	81

SANTRUMPOS

PSO – pasaulinė sveikatos organizacija

PSP – pirminė sveikatos priežiūra

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

ES – Europos Sąjunga

ASP – asmens sveikatos priežiūra

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

SP – sveikatos priežiūra

PSDF – privalomas sveikatos draudimo fondas

PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras

TLK – teritorinė ligonių kasa

VASPVT – valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba

TERMINŲ ŽODYNAS

1. Veiksmingumas – sveikatos paslaugos galimybė duoti norimą rezultatą, esant idealioms sąlygoms ir taikant šią paslaugą tinkamai problemai spręsti (Jankauskienė, 2018).
2. Kokybės rodiklis – kiekybiškai įvertinamas sveikatos priežiūros proceso ar rezultato matas (Buivydas ir kt., 2010).
3. Kokybės užtikrinimas – visi veiksmai, kuriais siekiama sukurti, saugoti, skatinti ir gerinti sveikatos priežiūros kokybę (Donabedian, 2003).
4. Kokybės vertinimas – nustatymas, kaip teikiama sveikatos priežiūra atitinka nustatytus dabartinius reikalavimus, taip pat kaip tenkina paciento poreikius (Buivydas ir kt., 2010).
5. Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642)
6. Pacientas – asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis (Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996)
7. Paciento lūkesčiai – jo išankstinis įsitikinimas ir tikėjimas, kad suteiktos sveikatos priežiūros paslaugos ir pasiekti rezultatai bus tokie, kurių modelį, pagrįstą asmenine patirtimi ir žiniomis, pacientas yra sukūręs (Janušonis, 2017).
8. Pirminė sveikatos priežiūra – tai pradinis sveikatos priežiūros sistemos lygmuo, kuris yra orientuotas į ligų profilaktiką ir apimantis bendrąją gyventojų sveikatos priežiūrą, kaip sveikatos stiprinimas, ligų gydymas, reabilitacija ir paliatyvioji priežiūra ir trunkanti visą žmogaus gyvenimą (Buivydas ir kt., 2010; WHO, 2020)
9. Sinergija – tai jėga, kuri jungia žmonių grupių ir organizacijų perspektyvas, išteklius ir įgūdžius siekiant bendro tikslo (Lasker, Weiss, Miller, 2001).

IVADAS

Pirminė sveikatos priežiūra (PSP) yra svarbiausia ir pirmoji paciento kontakto su sveikatos priežiūra grandis, kuriai turėtų būti skiriamas didžiausias dėmesys. Sprendžiant pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo klausimus, dažnai teigiama, kad sveikatos priežiūros sistema nepakankamai veiksminga, dažnai reikalaujama įvairių pokyčių, kadangi netinkamai valdoma sveikatos priežiūros sistema neigiamai veikia ir visą visuomenę. Pirminė sveikatos priežiūra privalo atitikti šiuolaikinio medicinos mokslo ir praktikos pasiekimus, kadangi asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai saugios, veiksmingos (duodančios tikėtiną geriausią gydymo rezultatą), į pacientą orientuotos paslaugos. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) konstitucijoje nurodoma, jog viena iš svarbiausių kiekvieno žmogaus teisių yra siekis būti kuo geresnės sveikatos.

Lietuvoje veikianti pirminė sveikatos priežiūra – tai nespecializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal šeimos gydytojo ir bendrosios praktikos slaugytojo bei bendruomenės slaugytojo ir akušerio medicinos normų reikalavimus asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (t.y. įstaigoje, neteikiančioje stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų), pacientų namuose ir globos įstaigose, kompleksas (Kasiulevičius, 2021). „Prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, tai tos, kurias pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“ (Juodzevičė, 2020).

Temos aktualumas. Sveikatos priežiūros sistema yra viena svarbiausių kiekvienos šalies gyventojų infrastruktūros elementų. Tarptautiniai tyrimai rodo, kad ekonominiu požiūriu, veiksminga sveikatos sistema su gerai išvystyta pirmine priežiūra, sukuria geresnius, klinikinius rezultatus bei padidina teikiamų paslaugų efektyvumą (Kasiulevičius, 2021). Sveikatos apsaugai keliami vis didesni reikalavimai, reikalaujama aukštesnių sveikatos priežiūros standartų laikymosi. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas ir gerinimas tampa daugelio valstybių praktika, ypač didelis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros prieinamumui, tęstinumui, teisingumui, veiksmingumui, pacientų saugai bei kitiems komponentams. Iš 24 – ių milijonų pacientų konsultacijų Lietuvoje net 16 – a milijonų kasmet tenka pirminei asmens sveikatos priežiūrai. Pasak prof. Vytauto Kasiulevičiaus (2021), pirminė sveikatos priežiūra ir joje dirbantys gydytojai susiduria su šiais pagrindiniais iššūkiais: pirma – 2019 – ieji metai – COVID – 19 pandemija. Beveik 200 000 persirgusių šalies gyventojų, 3000 mirčių, nuotolinių ir kontaktinių konsultacijų derinimas, darbas su apsaugos priemonėmis, testavimas, dalyvavimas visų

Lietuvos gyventojų vakcinacijoje. Antra – mažėjantis gimstamumas ir populiacijos senėjimas. 2021 m. sausio 1 d. Lietuvoje gyveno 2 795 200 nuolatinių gyventojų, kadangi 2020 m. gimė 24,5 tūkst. kūdikių, t.y. 2,9 tūkst. (10,6 proc.) mažiau negu 2019 m. ir 2020 m. Mirė 43 tūkst. Žmonių, tai yra 5,1 tūkst. daugiau nei 2019 m. Trečia problema – Lietuvos gyventojų mirties priežasčių struktūra daugelį metų išlieka nepakitusi, trys pagrindinės mirties priežastys – kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys. Profesorius taip pat išskiria tai, jog Lietuvoje net 2,5 karto didesni išvengiamo mirtingumo rodikliai lyginant su ES ir EBPO šalių vidurkiu. Taip pat išskiriamas lėtai mažėjantis išvengiamų hospitalizacijų rodiklis, kuris atskleidžia didelius regioninius sveikatos priežiūros sistemos netolygumus (Kasiulevičius, 2021) (Paulikienė, Jurgutis, 2013). Taip pat naujausi tarptautiniai duomenys rodo, kad nemaža dalis vyresnio amžiaus pacientų apsilankė skubios pagalbos skyriuje dėl būklės, kuri galėjo būti vienodai gerai ar geriau gydoma pirminėje sveikatos priežiūroje (Aihw, 2018). Svarbu paminėti šiuo metu Lietuvoje inicijuojamas sveikatos priežiūros reformas kuriant pažangią sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje. Vienoje iš jų numatomas paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas bei inovacijų skatinimas. Reformos tikslas – padidinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, pagrindinį dėmesį skiriant pirminės sveikatos priežiūros stiprinimui, specializuotoms ambulatorinėms sveikatos priežiūros paslaugoms ir sveikatos sektoriaus skaitmenizavimui taip pat ir naujų inovacijų kūrimui bei plėtrai (SAM, 2021). „Tikslas – sumažinti stacionarinės pagalbos vartojimą, kuris pas mus, Lietuvoje, yra žymiai per didelis, nes daugelį ligų galima pagydyti ambulatoriškai – taip padidinti ambulatorinės pagalbos vartojimą“, – teigia D. Jankauskienė (2021). Remiantis gerąja šalių praktika matoma, kad šalys, kuriose tinkamas dėmesys skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai, pasiekė kur kas geresnių jau minėtų sveikatos rodiklių, kuriuos nulėmė veiksmingesnė sveikatos apsaugos sistema (Kasiulevičius, 2021). 1978 m. Alma-Ata deklaracija (žr. priedą nr.: 2, psl 78 – 80). buvo pirmoji, kuri paragino imtis skubių ir veiksmingų nacionalinių ir tarptautinių veiksmų siekiant plėtoti ir įgyvendinti pirminę sveikatos priežiūrą visame pasaulyje Astanoje vykusio pasaulinės pirminės sveikatos priežiūros konferencija dar kartą patvirtino, kad pirminė sveikatos priežiūra yra veiksmingiausias ir efektyviausias būdas pasiekti visuotinę sveikatos apsaugą ir tvaraus vystymosi tikslus (PSO, 2018).

Temos iširtumas. Susidomėjimas pirmine sveikatos priežiūra ir jos keliu į aukštos kokybės sveikatos priežiūros sistemas, nėra naujas dalykas. Dar 1978 m. Alma – Ata deklaracija pripažino itin reikšmingą pirminės sveikatos priežiūros teikiamų kokybiškų paslaugų svarbą, kuriant veiksmingas sveikatos priežiūros sistemas. Jau tada didėjančios medicininės priežiūros išlaidos, išaugę piliečių lūkesčiai iš sveikatos sistemos, senėjanti visuomenė, didesnis lėtinių ligų paplitimas tik sustiprino susidomėjimą pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumu. Mokslininkai Lee H.,

Delene L.M., Bunda M.A., Chankon K. 2000 m. tyrė sveikatos paslaugų kokybės aspektus. Choi ir kt. (2005), tyrė priežastis tarp paslaugų kokybės ir ambulatorinių pacientų pasitenkinimo. Dagger, Sweeney, Johnson (2007) išrado bei empiriškai patvirtino daugialypę hierarchinę skalę sveikatos paslaugų kokybei įvertinti, bei ištyrė skalės galimybę numatyti svarbiausius paslaugų rezultatus. Jun, Peterson, Zsidisin (1998) tyrė priežiūros kokybę ir pacientų pasitenkinimą apibrėžiančius požymius bei administratorių, pacientų, gydytojų, skirtumus suvokiant kokybės dimensijas ir jų svarbą. Kairys J. (2004) tyrė PSP poreikio bei kokybės vertinimus miestuose ir rajonuose. Jankauskienė D. (2012) atliko SPP kokybės pacientų požiūriu Lietuvoje ir Europos šalyse tyrimą. Taip pat Jankauskienė D. ir Jankauskaitė I. (2011) atliko pacientų nuomonės tyrimą apie sveikatos priežiūros sistemos prieinamumą ir kokybę 10 Europos šalių. Trumbeckienė N. (2013) tyrė pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę gydytojų ir slaugytojų požiūriu. Chrulevič E. (2006) vertino SPP kokybę pacientų požiūriu. Vis dėlto Lietuvoje nepakanka tyrimų ar visos pirminės sveikatos priežiūros grandies teikiamos paslaugos yra veiksmingos kartu įgyvendinant pacientų teises bei efektyviai naudojant sveikatos priežiūros išteklius (Paulikienė, Jurgutis, 2013). Asmens Sveikatos Priežiūros paslaugų kokybės: saugumo ir veiksmingumo Lietuvos Valstybinio audito ataskaitoje (2018), pagrindiniuose audito rezultatuose teigiama, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumo vertinamas yra ganėtinai sudėtingas, kadangi susiduriama su pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo matavimo rodiklių trūkumu.

Tyrimo objektas – Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas.

Problema – Kaip įgyvendinamas ir vertinamas pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas Lietuvoje?

Tikslas – išanalizuoti pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti pirminės sveikatos priežiūrą bei jos veiksmingumo sampratą.
2. Išanalizuoti veiksnius darančius įtaką teikiamų paslaugų veiksmingumui pirminės sveikatos priežiūroje.
3. Aptarti pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo svarbą sveikatos priežiūros rodiklių gerinime Lietuvoje ir Europoje.
4. Atskleisti „X“ institucijos šeimos gydytojų, slaugytojų ir sveikatos priežiūros politiką formuojančių asmenų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą

Tyrimo metodai:

Mokslinės literatūros analizė – darbe naudota kokybės vadybos, sveikatos vadybos literatūra, įvairių straipsnių apžvalga.

Dokumentų analizė – nagrinėti Lietuvos Respublikos teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos priežiūrą, jos organizavimą.

Kokybinis tyrimas – sprendžiant iškeltus uždavinius tyrime, pasitelktas kokybinis metodas – pusiau struktūruotas interviu. Atlikti 5 interviu su pirminės sveikatos priežiūros specialistais, medicinos audito vadove, Lietuvos Bendrosios Praktikos Gydytojų Draugijos nare, pirminės sveikatos priežiūros įstaigos direktoriaus pavaduotoju. 1 interviu atliktas su Lietuvos Bendrosios Praktikos Gydytojų Draugijos nare, dirbančia šeimos gydytoja pirminėje sveikatos priežiūroje, 1 interviu atliktas su medicinos audito vadove, 1 su pirminės sveikatos priežiūroje – poliklinikoje dirbančia šeimos gydytoja, 1 su vyriausiąja bendrosios praktikos slaugytoja – slaugos administratore, 1 su poliklinikos administracija – direktoriaus pavaduotoju. Remiantis konfidencialumo ir anonimiškumo etine nuostata darbe minimos tik informantų demografiniai duomenys, tokie kaip: amžius, lytis, išsilavinimas, darbo stažas, užimamos pareigos.

Darbo struktūra: darbą sudaro 4 skyriai. Pirmajame nagrinėjama pirminės sveikatos priežiūros samprata ir pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo kriterijai. Antrame skyriuje nagrinėjami veiksniai darantys įtaką teikiamų paslaugų veiksmingumui pirminės sveikatos priežiūroje. Trečiajame skyriuje atskleidžiama pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo svarba sveikatos priežiūros rodiklių gerinime Lietuvoje ir Europoje. Ketvirtajame skyriuje koncentruojamasi į empirinę tyrimo dalį – analizuojamos „X“ institucijos pirminės sveikatos priežiūros politikos įgyvendintojų (šeimos gydytojų, bendrosios praktikos slaugytojų) ir vertintojų (institucijos vadovybės, medicinos audito) įžvalgos pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo klausimais. Toliau pateikti apibendrinimai, rekomendacijos bei pasiūlymai.

1. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪRA, JOS VEIKSMINGUMO SAMPRATA

1.1. Pirminė sveikatos priežiūra

Nuo 1978 m. Pirminės Sveikatos Priežiūros (PSP) sąvoka buvo ne kartą interpretuojama ir vėl iš naujo apibrėžta. Aiškus ir paprastas apibrėžimas buvo sukurtas siekiant palengvinti koordinavimą pasauliniu, nacionaliniu ir vietiniu mastu. Pasaulinė Sveikatos organizacija (PSO) pirminę sveikatos priežiūrą įvardija, kaip visos visuomenės požiūrį į sveikatą, kuriuo siekiama užtikrinti aukščiausią įmanomą sveikatos ir gerovės lygį bei teisingą jų paskirstymą, sutelkiant dėmesį į žmonių poreikius nuo sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos iki gydymo, reabilitacijos ir paliatyvosios priežiūros (PSO, 2021). A. Stephenson (2018), pirminę sveikatos priežiūrą įvardija kaip vieną iš sveikatos priežiūros grandžių, kuri suteikia tuo metu reikiamą sveikatos priežiūrą bei vienokia ar kitokia forma yra prieinama visiems. Kad ir kas tai bebūtų: nėščiųjų priešgimdyvinė priežiūra, imunizacija, smulkaus sužeidimo perrišimas, kraujospūdžio matavimas, neatidėliotinas vertinimas paciento būklės, nukreipimas specialistams, pirminės sveikatos priežiūros sistema užima itin svarbią teikiamų sveikatos paslaugų dalį. Lietuvos Respublikoje patvirtinti teisės aktai pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą (toliau PAASP) apibrėžia kaip – nespecializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Šeimos gydytojo (bendrosios praktikos) ir bendrosios praktikos slaugytojo, taip pat bendruomenės slaugytojo medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje kompleksą. V. Kasiulevičius (2021) kalbėdamas apie pirminės sveikatos priežiūrą akcentuoja ypač didelę svarbą suteikti prieinamas, visapusiškas, kokybiškas ir saugias pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, racionaliai panaudojant turimus išteklius, susikoncentruojant į kuo veiksmingesnį suteiktos paslaugos rezultatą.

Pirminės sveikatos priežiūros grandies funkcijos – pirmasis ir ilgalaikis bei tęstinis asmens kontaktas su sveikatos priežiūros sistema, kurio metu įvertinama asmens sveikatos būklė, iškeliamą problema, numatomi sprendimo būdai, siekiant juos įgyvendinti, stebima sveikatos būklės rodiklių dinamika, imamasi priemonių išvengti ligų arba jų paūmėjimo (pirminė, antrinė, tretinė profilaktika, sveikatos mokymas, skiepai). Šalių, kurios kelis dešimtmečius plėtoja pirminę sveikatos priežiūrą bei šeimos medicinos institucijas, patirtis rodo, kad stipri, veiksminga pirminė sveikatos priežiūra gali užtikrinti:

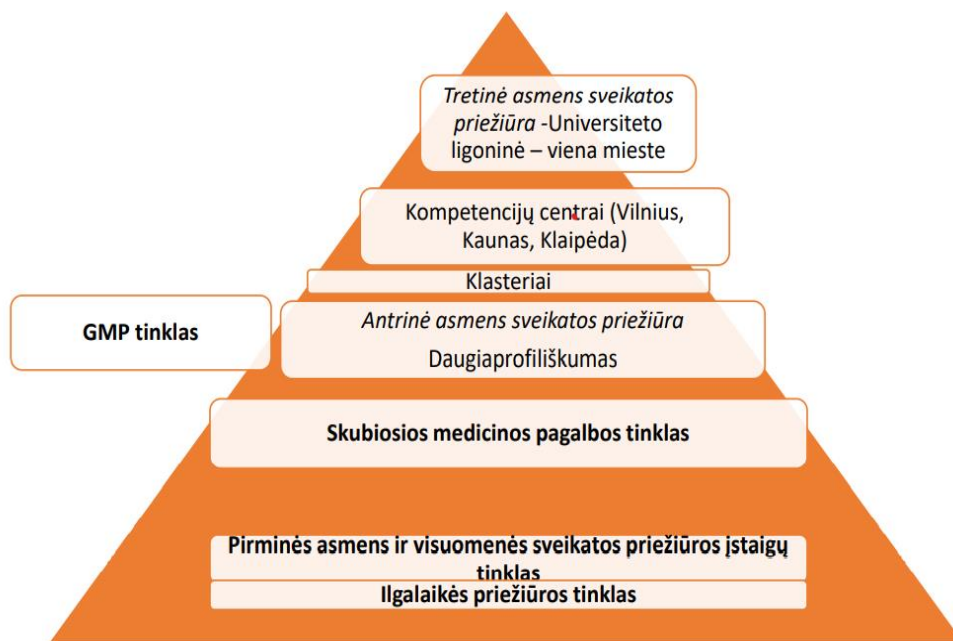
- Racionalų sveikatos priežiūros sistemai skiriamų resursų panaudojimą.
- Ankstyvą lėtinių ligų diagnostiką bei veiksmingesnę jų kontrolę.
- Kiek įmanoma veiksmingesnį gyventojų rizikos veiksnių valdymą ir profilaktiką.
- Geresnę sergančio asmens gyvenimo kokybę.
- Šalies ir visos visuomenės sveikatos būklės gerėjimą.
- Integruotą ir koordinuotą, profilaktinių, gydomųjų, ilgalaikės priežiūros bei slaugos priemonių taikymą visos šalies gyventojams.

Pagal šiuo metu esamus įstatymų ir teisės aktų nuostatus, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą sudaro trys lygiai: pirminės sveikatos priežiūra, antrinės ir tretinės sveikatos priežiūra. Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos Lietuvoje yra skirstomos į (VLK, 2021):

- Ambulatorines.
- Ambulatorines specializuotas.
- Dienos stacionaro.
- Dienos chirurgijos.
- Greitosios medicinos pagalbos.
- Stacionarines.
- Medicininės reabilitacijos.
- Sanatorinio gydymo.

Šeimos gydytojo komandos paslaugos suvokiamos kaip nespecializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Šeimos gydytojo medicinos normą, Bendrosios praktikos slaugytojo medicinos normą ir, jei reikia, pagal Bendruomenės slaugytojo medicinos normą ir (arba) Akušerio medicinos normą, ir (ar) Išplėstinės praktikos slaugytojo medicinos normą, ir (ar) Slaugytojo padėjėjo medicinos normą, ir (ar) Socialinio darbuotojo veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatus, Gyvensenos medicinos specialisto veiklos reikalavimus, ir (arba) Kineziterapeuto medicinos normą ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (t. y. įstaigoje, neteikiančioje stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų), pacientų namuose ir socialinės globos įstaigose, kompleksas. Tačiau pirminėje asmens sveikatos priežiūroje, be šeimos gydytojo, dirba odontologas ir psichiatras bei jų komandų nariai. Pirminė ambulatorinė odontologinė asmens sveikatos priežiūra – nespecializuotų pirminės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti odontologijos paslaugas kompleksas. Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra - pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų psichikos sveikatos centruose arba įstaigose,

atitinkančiose psichikos sveikatos centrums taikomus reikalavimus kompleksas. Šeimos gydytojas diagnozuoja ir gydo ligas pagal šeimos gydytojo kompetenciją, teikia neatidėliotiną medicinos pagalbą visų amžiaus grupių žmonėms, bendradarbiauja su kitais sveikatos priežiūros ir socialiniais darbuotojais. Bendruomenės slaugytojas pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje slaugo vaikus ir suaugusiuosius sveikatos priežiūros įstaigose, šeimose, bendruomenėse, moko sveikos gyvensenos, pataria, kaip saugoti sveikatą ir išvengti ligų, rūpinasi jais gydymo ir reabilitacijos metu. Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka skiria nereceptinių vaistų ir išrašo receptinių vaistų pagal Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą vaistų sąrašą, prireikus kviečia kitas specialiąsias tarnybas. Akušeris konsultuoja, slaugo mergaites ir moteris, padeda pasirengti gimdymui. Prižiūri moterį pogimdyviniu laikotarpiu, moko sveikos gyvensenos, pataria šeimos planavimo klausimais, rengia šeimas tėvystei, bendradarbiauja su kitais sveikatos priežiūros ir socialiniais darbuotojais. Socialinis darbuotojas (lankomosios priežiūros darbuotojas) nors ir nedirba pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, tačiau gali būti laikomas komandos nariu, kadangi tiesiogiai ir netiesiogiai sprendžia asmens ar šeimos, bendruomenės socialines problemas, konsultuoja, tarpininkauja, teikia paslaugas, bendradarbiaudamas su pirminės sveikatos priežiūros specialistais, nevyriausybėmis organizacijomis ir religinių bendruomenių bei kitų institucijų atstovais ir savanoriais. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, prie kurios yra prirašyta 10 tūkst. ar daugiau gyventojų, turi dirbti koordinatorius, atsakingas už prevencinių programų įgyvendinimo, profilaktinių patikrinimų atlikimo ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sergantiesiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis koordinavimą, prirašytųjų gyventojų informavimą apie PSDF biudžeto lėšomis teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (Kasiulevičius, 2021). Šis procesas yra nuolatinis, nes bet kuriame sveikatos sistemos vystymosi etape iškyla naujų problemų, atsiranda naujų būdų joms išspręsti (Jankauskienė, 2010). PSO deklaracijoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“ pabrėžiama, kad „sveikatos priežiūra privalo būti integruota ir nukreipta į pirminę sveikatos priežiūrą“, akcentuojama, kad PSP priežiūra turi būti orientuota į bendruomenę, siekiant jos nariams užtikrinti ne tik sveikatos, bet ir socialinę priežiūrą (žr. 1 pav., psl. 17) (Liseckienė ir kt., 2020).



1 pav. Kas sudaro aktyvaus gydymo sveikatos priežiūros tinklą? (D. Jankauskienė, 2021)

„Sveikata – svarbiausia žmogaus teisė“ pabrėžta Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Alma Ata deklaracijoje 1978 m., kurią pasirašė 134 šalys, taip pat pripažįstant, jog pirminė sveikatos priežiūra yra esminė sveikatos priežiūros sistemos dalis (Keliauskaitė, Stankūnas, Sauliūnė, 2012). Šeimos gydytojas privalo vadovautis Lietuvos Respublikos įstatymais, kitais teisės aktais, medicinos normomis, kurias nustato Sveikatos apsaugos ministerija (toliau - SAM), įstaigos, kurioje dirba, įstatais (nuostatais), vidaus tvarkos taisyklėmis bei savo pareigybės aprašymu. Kiekvienoje šiuolaikinėje valstybėje yra daugybė įvairių teisės aktų, priimtų įvairių teisėkūros subjektų įvairiu metu. Šeimos gydytojas turi bendrąsias gydytojo teises ir pareigas. Tiesiogiai ir tiksliausiai šeimos gydytojo teises ir pareigas apibrėžia Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) įsakymai.

Pagrindinės SAM įsakymų reglamentuojamos sritys:

1. Gydytojo teisės ir pareigos
2. Vaistų išrašymo tvarka
3. Pažymų ir pažymėjimų išdavimo tvarką reglamentuojantys aktai
4. Profilaktinių programų įstatymai
5. Ligų gydymo metodikos
6. Gydytojo ir paciento santykiai
7. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (PASP) veiklą reglamentuojantys įsakymai

Vienas pagrindinių gydytojo teises ir pareigas reglamentuojančių teisės aktų yra Medicinos praktikos įstatymas. Šio įstatymo paskirtis - reglamentuoti medicinos gydytojo, gydytojo rezidento, šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto vertimosi medicinos praktika Lietuvos Respublikoje sąlygas. Šis įstatymas nustato: gydytojo profesinės kvalifikacijos įgijimo sąlygas; gydytojo teisės verstis medicinos praktika įgijimo, igyvendinimo ir praradimo sąlygas; gydytojo pagrindines profesines teises, pareigas ir atsakomybę. Įstatymas taikomas gydytojams, dirbantiems Lietuvos Respublikoje, juo taip pat igyvendinami Europos Sąjungos teisės aktai dėl gydytojų rengimo, diplomų, pažymėjimų ir kitų oficialią gydytojo kvalifikaciją patvirtinančių dokumentų abipusio pripažinimo ir gydytojo praktikos sąlygų. Gydytojo medicinos praktika pagal įgytą profesinę kvalifikaciją ir nustatytą kompetenciją apibrėžiama kaip atliekama sveikatos priežiūra, apimanti asmens sveikatos būklės tikrinimą, ligų profilaktiką, diagnozavimą ir ligonių gydymą. Verstis medicinos praktika Lietuvos Respublikoje turi teisę gydytojas, turintis išduotą ir galiojančią licenciją. Gydytojas verstis medicinos praktika gali tik sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje licenciją teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas (Pilčiauskienė, 2021).

Sveikatos priežiūros sistemų organizavimas, struktūra ir finansavimas skirtingose šalyse įvairūs, tačiau visoms šalims būdingi šie elementai:

- Sluoksniuota sveikatos priežiūros sistema, susidedanti bent iš dviejų dalių: pirminės sveikatos priežiūros (PSP) (pirminė grandis) ir specializuotos sveikatos priežiūros. Daugumoje šalių specializuota sveikatos priežiūra skiriama į antrinę ir tretinę (siaurai specializuota) grandis.
- Skiriasi pirminės ir specializuotos grandžių funkcijos.
- Vyrauja tendencija gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę radikaliai nedidinant išlaidų.
- Siekiant kuo veiksmingiau panaudoti sveikatos priežiūrai skiriamas lėšas, remiama pirminės sveikatos priežiūros grandis kartu ir šeimos medicinos institucija.
- Plėtojama pirminės sveikatos priežiūros komanda (Andrejevaitė ir kt., 2021).

PSP paslaugų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis būdai: mokėjimas metinėmis bazinėmis kainomis (balais) už prirašytųjų gyventojų sveikatos priežiūrą; skatinamojo priedo mokėjimas už PSP įstaigos suteiktas paslaugas, papildomas mokėjimas už gerus PSP įstaigos darbo rezultatus. Vieno šeimos gydytojo (arba vidaus ligų, arba vaikų ligų gydytojo) aptarnaujamo prirašytojo gyventojų PSP paslaugų metinė bazinė kaina didinama šiais atvejais: „kiekvieno aptarnaujamo kaimo gyvenamųjų vietovių bei miestų, kurių gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių (toliau - kaimas), gyventojų - 17,13 balo; kiekvieno prirašyto prie šeimos gydytojo (ši nuostata netaikoma, jeigu paslaugas teikia vidaus ligų ar vaikų ligų gydytojas) gyventojų - 0,80 balo; kiekvieno prirašyto prie šeimos gydytojo (arba vidaus ligų, arba vaikų ligų gydytojo) gyventojų, turinčio specialųjį nuolatinės slaugos poreikį - 19,59 balo; kiekvieno

pirašyto prie šeimos gydytojo (arba vaikų ligų gydytojo) gyventojų iki 1 metų – laikinuoju kompensaciniu priedu, išreikštu 33,95 euro; nuo einamųjų metų sausio 1 d. kiekvieno pirašyto prie PSP įstaigos gyventojų - 1,25 balo, jeigu ši įstaiga ankstesniais metais buvo akredituota teikti šeimos gydytojo paslaugą pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 7 d. įsakymo Nr. 280 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo asmens sveikatos nuostatų patvirtinimo“ reikalavimus priežiūros paslaugoms“ (LR įsakymas nr. V-943, 2005).

Svarbiausias šeimos medicinos vaidmuo, susijęs su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, nepakito iki šiol. Vis dėlto siekiama, kad šeimos medicinos sistema ir toliau – net susidūrusi su išteklių apribojimu – kurtų bei teiktų nemokamą ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą. Dėl to atsirado didžiulis darbo krūvis šiuo metu šeimos medicinos sistemoje dirbantiems žmonėms. Nepaisant to, buvo sukurta ir įdiegta plati sveikatos priežiūros veiklos ir organizacijų įvairovė, padedanti įveikti sunkumus bei palengvinti šeimos medicinos specialistų darbą. Taip buvo žengtas pirmasis žingsnis, integruojantis į pirminės sveikatos priežiūros institucijų teikiamų sveikatos ir socialinių paslaugų sistemą; pirminių, valdomų pirminės sveikatos priežiūros sistemos; geresnio šeimos medicinos atskaitingumo; šeimos medicinos lėšų kaupimo; elektroninių šeimos medicinos sistemų, sergamumo duomenų bazės ir revizijos plėtros; šeimos medicinos sistemos valdymo tobulinimo; naujos specialybės – praktikuojančios slaugytojos – įdiegimo; eksperimentų su skirtingų rūšių integruotais visuomenės rūpybos centrais (Stephenson, 2018).

Taigi,

1.2. PSP veiksmingumo samprata

1973 m. Marson išskyrė keturis pagrindinius pirminės sveikatos priežiūros sistemos ir jos teikiamų paslaugų tikslus, pasak autoriaus ji turi būti priimtina populiacijai, ji turi gebėti nustatyti su sveikata susijusius populiacijos poreikius taip pat kuo ekonomiškiau ir efektyviau panaudoti turimus resursus. PSO taip pat skatina šalis susikonsoliduoti į sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą bei reformuoti sveikatos priežiūros sistemas taip, kad jos duotų geresnį atsaką visuomenės sveikatai, kadangi veiksminga pirminė sveikatos priežiūra gali padaryti didelę įtaką visai likusiai sveikatos priežiūros grandžiai visose šalyse. Pagrindinis pirminės sveikatos priežiūros tikslas – teikti geresnes sveikatos priežiūros paslaugas visiems asmenims, remiantis tvarumu, teisingumu, kritiniu mąstymu bei galimais neapibrėžtumais, kurie gali susiformuoti artimiausioje ateityje (Burki, 2019). Šiuolaikinė sveikatos priežiūra neapsiriboja ligų diagnozavimu ir gydymu – teikiamos paslaugos turi būti holistinės, orientuotos į žmogų bei jo aplinką ir tenkinti visus kompleksinius poreikius.

Kalbant apie sveikatos priežiūros kokybę, ją apibrėžti galima tam tikrais rodikliais, tai gali būti gydymo metodikos, klinikinės praktikos rekomendacijos, procedūrų aprašymai, įvairūs sveikatos priežiūros (SP) rezultatų rodikliai. Sveikatos priežiūros kokybės rodikliai yra būtina sąlyga siekiant matuoti kokybę, taip pat ją stebėti ir gerinti. Lietuva susiduria su sveikatos rodiklių matavimo problema, kadangi šalyje nėra patvirtintų vieningų SP kokybės rodiklių ar reikalavimų, pagal kuriuos būtų galima vertinti SP paslaugų atitiktį ar veiksmingumą, o ir pati sveikatos priežiūros veiksmingumo sąvoka dažnai apibūdinama gana skirtingai (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. autoriaus sudaryta veiksmingumo sąvokų lentelė, (pagal Jankauskienę; Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programą; Stephenson; 2021-2030 m. sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programą)

Danguolė Jankauskienė	Veiksmingumas apibrėžiamas, kaip sveikatos paslaugos galimybė duoti norimą rezultatą, esant idealioms sąlygoms ir taikant šią paslaugą tinkamai problemai spręsti.
Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 metų programa	Veiksmingumas – sveikatos priežiūros intervencijų galimybės pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje.
Anne Stephenson (2018)	„SP veiksmingumas gydymo ar teikiamų paslaugų sėkmė skirtingose situacijose. Į tai įtraukiami medicininiai (mirtingumas, išgyvenamumas, komplikacijų dažnis) ir klinikiniai rodikliai“.
2021–2030 M. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS IR EFEKTYVUMO DIDINIMO PLĖTROS PROGRAMA	Veiksmingomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra laikomos paslaugos, kurių rezultatai pacientui ir visuomenei atitinka nustatytus tikslus.

„Veiksmingomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra laikomos paslaugos, kurių rezultatai pacientui ir visuomenei atitinka nustatytus tikslus“. Valstybinio audito ataskaitoje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“ teigiama, jog „Lietuvoje nėra nustatytas sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumo (kokį poveikį paslauga turėjo pacientui) vertinimas“. Ataskaitoje taip pat išskiriamos esminės saugių ir veiksmingų paslaugų užtikrinimo sąlygos:

- SP paslaugos teikiamos kvalifikuotų sveikatos priežiūros specialistų.
- SP paslaugos teikiamos pagal standartizuotus diagnostikos ir gydymo metodus.
- SP paslaugos teikiamos siekiant išvengti nepageidaujamų įvykių.
- SP paslaugų teikimo rezultatai stebimi ir vertinami.

Vėlyva ir nekokybiška ligų ir sveikatos sutrikimų diagnostika, gydymo proceso ydos bei ribotos galimybės diegti naujas sveikatos priežiūros technologijas tampa pagrindinėmis priežastimis, dėl kurių

nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumo tikslai tampa nepasiekiami. Taip pat dėl mažėjančios pirminės sveikatos priežiūros gydytojų dalies ir pirminės sveikatos priežiūros įgūdžių neatitikimo tampa vis sunkiau patenkinti sudėtingus priežiūros poreikius (Kasiulevičius, 2021).

Daugiau kaip prieš keturiasdešimt metų sveikatos priežiūros kokybės pradininkas A. Donabedian pasiūlė kokybės sistemos modelį, pagrįstą organizacine struktūra, procesais ir veiklos rezultatais (Arah ir kt., 2006). Pasak A. Donabedian sveikatos priežiūros kokybė – tai jos tinkamumas tenkinti vartotojo poreikius bei lūkesčius. Vertinant ir gerinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, vertinami ir veikiami trys jos lygiai: struktūra, procesas ir galutinis rezultatas (Donabedian, 1992). A. Donabedian taip pat išskiria tai, kad būtina matuoti kokybę paciento požiūriu, o gauti duomenys labai svarbūs vertinant procesą. Avedis Donabedian savo paskaitose ir straipsniuose kėlė klausimą, kaip įvertinti sveikatos priežiūros kokybę? Jis rašė: „Anksčiau buvo laikai, kai negalėjome klausti, kaip įvertinti sveikatos priežiūros kokybę. Tai buvo laikoma paslaptimi: tikra, galima suvokti, bet ne išmatuoti. Net pats bandymas išmatuoti sveikatos priežiūros kokybę tada atrodė ją denaturuojantis, žeminantis. Dabar mes judame visai kita kryptimi. Tie, kurie nėra susidūrę su klinikinės praktikos sudėtingumu, reikalauja paprastų, tikslų ir galutinių būdų, kaip išmatuoti sveikatos priežiūros kokybę, tarsi būtų sveriamas bulvių maišas” (Donabedian, 1988). Donabedian sveikatos priežiūros kokybės matavimo aspektai, kurie ir šiandien yra svarbūs (žr. 2 pav).



2 pav. A. Donabedian kokybės sistemos modelis

Struktūra apima aplinką, kurioje yra suteikiama sveikatos priežiūra. Procesas nurodo, kas iš tikrųjų vyksta tarp gydytojų ir pacientų. Rezultatas rodo, ar sveikatos priežiūra buvo veiksminga pacientui ir populiacijai, ar pasireiškė pagerėjimų elgesyje ir žiniuose. Anot A. Donabedian „gera struktūra padidina gerų procesų tikimybę, o geri procesai padidina gerų rezultatų tikimybę“. Ryšiai tarp struktūros, procesų ir rezultatų, betkurioje sveikatos apsaugos srityje turi būti nustatyti kuo anksčiau. Šiandien kalbant apie šeimos medicinos kokybę ypač pabrėžiamas rezultatų matavimas, o struktūra ir procesai ignoruojami, taip sukeliant riziką pacientams. Paslaugų kokybė pacientų požiūriu priklauso ne tik nuo rezultatų, bet ir nuo sąlygų, kuriomis teikiamos paslaugos. Pacientai ypač vertina gydytojų profesionalumą, patirtį,

profesionalų darbą komandoje, medicinos technologijas (Brogienė ir kt., 2009). Pasak J. Mainz (2003) galima teigti, kad paslaugos teikimo procesas susideda iš daugelio tarpusavyje susijusių veiksnių, nes procese dalyvauja ne tik medicinos personalas, bet ir patys paslaugos gavėjai – pacientai (Konetzka, Rhona, 2008). R. Bashshur (2003), A. Donabedian paslaugos kokybę apibrėžė kaip priežiūrą, kuri reikalauja maksimaliai pagerinti pacientų gerovę atspindinčius rodiklius, atsižvelgiant į laukiamos naudos ir nesėkmių balansą, kurie tikėtini visuose sveikatos priežiūros proceso etapuose (Bashshur, 2003).

Kalbant apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą Lietuvoje svarbu paminėti gerų šeimos gydytojo komandos darbo rezultatų rodiklius:

- Vyresnių nei 65 metų asmenų skiepijimas gripo vakcina.
- Prevencinių programų vykdymo intensyvumas: gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“, vykdymo intensyvumas; atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo, vykdymo intensyvumas; storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, vykdymo intensyvumas (Kasiulevičius, 2021).
- Sergančiųjų lėtinėmis ligomis (arterine hipertenzija, cukriniu diabetu, bronchine astma, pneumonija, staziniu širdies nepakankamumu, ausų, nosies, gerklės infekcijomis, pielonefritu, lėtine obstrukcine plaučių liga) hospitalizacijos dažnis.
- Sergančiųjų lėtinėmis ligomis (arterine hipertenzija, cukriniu diabetu, bronchine astma, lėtine obstrukcine plaučių liga) konsultavimo dažnis.
- Vaikų profilaktinių tikrinimų intensyvumas.
- Racionalus antimikrobinių vaistų skyrimas vaikams: siauro spektro antimikrobinių vaistų (fenoksimetilpenicilino) skyrimo dažnis.
- Bendras antimikrobinių vaistų skyrimo dažnis.
- Efektyvi pacientų, sergančių 2 tipo cukriniu diabetu, glikozilinto hemoglobino kontrolė (Kasiulevičius, 2021).

Reforma „Paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas bei inovacijų skatinimas“, kurios tikslas – padidinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, dėmesį skiriant pirminės sveikatos priežiūros stiprinimui, specializuotoms ambulatorinėms sveikatos priežiūros paslaugoms ir sveikatos sektoriaus skaitmenizavimui bei inovacijų plėtrai. 2019 m. Tarybos rekomendacijose Lietuvai nurodomi pagrindiniai išliekantys sveikatos sistemos iššūkiai: prasti sveikatos priežiūros rezultatai ir mažos investicijos į sveikatos priežiūrą, sveikatos sistema per daug orientuota į stacionarių paslaugų teikimą, hospitalizuojama daug lėtinėmis ligomis sergančių pacientų, o lovų užimtumo rodikliai palyginti žemi (Jankauskienė, 2021). „Norint pagerinti sveikatos priežiūros rezultatus, būtina labiau racionalizuoti ligoninių išteklių naudojimą, vykdyti tikslines investicijas į pirminės sveikatos priežiūros paslaugų gerinimą, taip pat į sveikatos priežiūros sektoriaus darbo jėgą. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tebėra viena iš pagrindinių priežasčių, lemiančių prastus sveikatos priežiūros rezultatus. Priežiūros paslaugų kokybės gerinimo priemonės yra fragmentiškos: pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje akreditavimo siekiama labai vangiai“, taip pat konstatuojama, kad paslaugų apmokėjimas nesiejamas su jų kokybe, tokiu atveju gydymo įstaigos neturi finansinių paskatų šį aspektą gerinti. „Apsiribojama paslaugų vertinimu ir tik pagal nustatytas teisės aktuose sąlygas paslaugoms teikti. Be to, veiksams, kurių imtasi ligų prevencijos priemonėms sustiprinti vietos lygmeniu, trūksta bendros vizijos, pirminės sveikatos priežiūros įstaigos nepakankamai sistemingai bendradarbiauja. Galiausiai tai, kad valdžios sektoriaus išlaidos sveikatos priežiūrai nors ir didėja, tačiau išlieka nedidelės, lyginant su kitomis ES valstybėmis, kuriose pajamų dydis panašus, o tiesioginiai gyventojų mokėjimai už sveikatos priežiūrą yra santykinai dideli, neigiamai veikia vienodas galimybes visiems gauti sveikatos priežiūros paslaugas“ (Naujos kartos Lietuva - ekonomikos gaivinimo ir atspatumo didinimo priemonė 2021–2026 m).

Taigi, politikos pasirinkimo galimybės, kurių potencialas yra didžiausias, svyruoja nuo mokymo pokyčių ir geresnio įgūdžių derinimo su užduotimis, didesnio skaitmeninių technologijų (ypač ESI) naudojimo, finansinių paskatų, skatinančių gerus pirminės sveikatos priežiūros procesus ir gerus sveikatos rezultatus, taip pat pirminės ir bendruomenės teikiamas galimybes, siekiant užtikrinti, kad pacientai, sergantys nedidelėmis ir neūminėmis ligomis, būtų gydomi tinkamoje vietoje tinkamu laiku, taip būtų išvengta nereikalingo naudojimosi ligoninėmis.

2. VEIKSNIAI DARANTYS ĮTAKĄ PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VEIKSMINGUMUI

2.1. Vidiniai veiksniai darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimas yra labai sudėtinga užduotis, reikalaujanti gebėjimo diagnozuoti ir valdyti įvairias galimas ligas nediferencijuotiems pacientams, kurie pirmą kartą susisiečia su sveikatos sistema. Be to, sveikatos priežiūros darbuotojams reikia tinkamo ir visapusiško mokymo prevencijos ir skatinimo klausimais, kad galėtų bendrauti su asmenimis ir bendruomenėmis, skatinti sveikatą ir gerovę bei spręsti rizikos veiksnius. Kompetencijai atlikti šias užduotis reikia didelės patirties ir mokymo, kuris dažnai viršija įprastas akademiniais laipsniais pagrįstų švietimo programų ribas, reikalaujančios po studijų patirties ir priežiūros. Tikėtina, kad šis išsamus įgūdžių rinkinys, veiksmingai taikomas bendruomenės aplinkoje, bent iš dalies yra atsakingas už bendrą sergamumo ir mirtingumo pagerėjimą (Andrejevaitė, 2021). Daugelyje organizacijų žodžiai „komandinis darbas“ ir „kokybė“ yra neatsiejami vienas nuo kito ir paprastai apima daugiafunkcines projekto komandas (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Kalbant apie vidinius veiksnius, kurie daro įtaką PSP veiksmingumui visų pirmą svarbu išskirti sveikatos specialistų komandą. Komandinis darbas be išimties svarbus visose sveikatos priežiūros įstaigose, kurios atlieka reikšmingą vaidmenį sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemoje (Misevičienė, 2011). Sveikatos priežiūros sistemoje dirbanti komanda apibrėžiama kaip skirtingų profesionalų grupė, kuriuos sieja bendri tikslai ir kurie dalijasi atsakomybę už gautus rezultatus. Komandinio darbo pobūdis, struktūra sveikatos priežiūros grandyse skiriasi. Pasak Jakubsevičienės (2012) multidisciplininė komanda teikia trumpalaikes paslaugas antriniame arba tretiniame sveikatos priežiūros lygyje, jos sudėtyje yra skirtingų sveikatos priežiūros specialistų, pvz., pacientui, kurį ištiko insultas, paslaugas teikia neurologas, slaugytojas, logopedas, rehabilitologas, kineziterapeutas, ergoterapeutas. O pirminės sveikatos priežiūros komanda teikia tęstines, pagal poreikį visa apimančias paslaugas, tenkinančias asmens ir visos bendruomenės sveikatos ir socialinius poreikius.

Komandinio darbo modelis sveikatos priežiūroje turi keletą privalumų:

- Geresni atokieji sveikatos priežiūros rezultatai bei pacientų pasitenkinimas.
- Pacientai labiau linkę laikytis gydymo rekomendacijų, reguliariau vartoja medikamentus.
- Didėja pasitenkinimas darbu tarp komandinę veiklą vykdančių asmenų.

- Ekonominė nauda, pvz., sumažėja hospitalizacijų skaičius, sumažėja neplaninių konsultacijų skaičius.
- Gerėja lėtinių ligų kontrolė.
- Gerėja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir tęstinumas.
- Veiksmingiau sprendžiamos visuomenės senėjimo, sergamumo keliomis ligomis, psichosocialinės atskirties bei sociodemografinių netolygumų keliamos problemos (Liseckienė ir kt., 2020). Komandinis darbas, jo svarba bei pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą lemiantys veiksniai, tam tikri trūkumai ar privalumai įvairiose institucijose nagrinėjami tiek Lietuvos, tiek užsienio mokslininkų darbuose (Danauskaitė, Krančiukaitė-Butylkinienė, 2019).

Atsakyti į klausimą kokia ideali PSP komandos sudėtis, sudėtinga. PSP komanda turi orientuotis į bendruomenės, kurioje jie teikia paslaugas, poreikius, tad, dėl šių priežasčių apibrėžti vieną universalų PSP komandos modelį problematiška. Įdiegti sėkmingą PSP komandos modelį iš užsienio šalių taip pat sudėtinga. Kiekvienoje šalyje PSP problemų aktualumas nevienalytis, pvz., Skandinavijos, Pietų Europos šalyse didėjančios emigrantų iš Afrikos ir Artimųjų Rytų šalių bendruomenės kelia didelį susirūpinimą, kontroliuojant infekcines ligas (Bohl, 2011), o Lietuvoje didesnę susirūpinimą kelia emigrantų tėvų palikti vaikai senelių priežiūrai (Lietuvos statistikos departamentas, 2019).

Remiantis perspektyviausiomis šalių patirtimis, EBPO ataskaita „Pirminės sveikatos priežiūros potencialo suvokimas“ (2018), teigiama, kad pertvarkius pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą su daugialypėmis specialistų komandomis, aprūpintomis skaitmeninėmis technologijomis ir sklandžiai integruojančiomis su specializuotomis sveikatos priežiūros paslaugomis, šeimos gydytojais, bendrosios praktikos slaugytojais, bendruomenės sveikatos priežiūros darbuotojais galėtų padėti teikti veiksmingesnę priežiūrą. Sveikatos priežiūros sistemoje yra trys pagrindiniai elementai, padedantys pasiekti geresnę asmenų sveikatą. Tai yra sveikatos priežiūros darbuotojų ugdymas, tinkamų technologijų naudojimas ir sveikatos integravimas į visus sektorius. Pirminė sveikatos priežiūra yra pagrindinė sveikatos priežiūros sistemos šaka, apimanti diagnostiką ir gydymą, ligų prevenciją ir patikrą, kuriai turi būti skiriamas vis didesnis dėmesys (Kasiulevičius, 2021).

Ypač svarbu pabrėžti, jog pirminės sveikatos priežiūros ateitis vis labiau priklauso nuo platesnio vaidmens suteikimo pacientams. Iš dalies tai apima pacientų įtraukimą į bendrą jų sveikatos išsaugojimą, geriau palaikant savarankišką jų sąlygų valdymą ir rizikos veiksnių poveikį. Skaitmeninės priemonės šiame kontekste gali atlikti svarbų vaidmenį. Pavyzdžiui, Suomijoje ir Kanadoje pacientų teikėjų portalai naudojami gerinant bendravimą su pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, kad pacientams būtų suteikta prieiga prie jų pačių sveikatos duomenų ir svarbios, su sveikata susijusios informacijos. Pacientų

išklausymas reguliariai renkant gydymo patirtį ir rezultatus bus vis labiau reikalingas (Kane ir kt., 2008). Pacientai skundžiasi, kad trūksta koordinavimo ir bendravimo tarp skirtingų sveikatos priežiūros sistemos dalių. Švedijoje, Norvegijoje ir JAV daugiau nei 45 proc. pacientų susidūrė su priežiūros koordinavimo problemomis, susijusiomis, pavyzdžiui, su tyrimų rezultatais, ligos istorija ir prieštaringos informacijos gavimu, o Vokietijoje - tik 29 proc. Kaip teigiama ES šalių sveikatos vertinimo ataskaitoje (2018) reikia naujų priežiūros modelių, daugiau ekonominių paskatų ir platesnio vaidmens pacientams, visose OECD šalyse vyksta perspektyvios pirminės sveikatos priežiūros naujovės, o įrodymų bazė, kaip skatinti didesnę efektyvumą, auga. Tačiau dauguma šių patirčių yra vietos lygmeniu arba yra nedidelio masto ir dar nėra išnaudojusios visos sistemos pertvarkymo galimybių. Jeigu siekiama, kad konsultacijos būtų kokybiškos, gydytojai ir pacientai turi manyti, kad yra ekspertai, būti pasiruošę dalintis mintimis ir kartu aptarti, kas šiuo metu vyksta ir ką reikėtų padaryti. Į konsultacijų kabinetą pacientas atvyksta jau žinodamas apie pasireiškusio sutrikimo pobūdį, laiko ir psichosocialinį kontekstą, numano, kaip išsivystė negalavimas. Be to, pacientas taip pat turi galią nulemti gydymo rezultatą. Kita vertus, gydytojas turi prieigą prie specialios biomedicininės informacijos ir paslaugų. Jei šia informacija nesidalijama, nebus laikomasi ir veiksmų plano, užtikrinančio geriausią paslaugų kokybę pacientui ir mažiausią išteklių suvartojimą.

„Nepakankamai išplėtotas paciento kelio koordinavimas ir atsakomybių pasiskirstymas tarp skirtingų sveikatos priežiūros grandžių. Dideli pacientų srautai gydymo įstaigose, sunkumai patekti pas gydytojus specialistus, registracijos įvairioms konsultacijoms nesklandumai, gydytojų darbo krūviai, ligų diagnostikos indikacijų ir algoritmų neapibrėžtumas ir kitos problemos smarkiai apsunkina galimybę pacientui gauti tikslingą pagalbą laiku, „ypač akcentuočiau vaikus“ (POLA, 2020). Lietuvoje „Žaliųjų koridorių“ principu sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas pradėtas onkologijos srityje, bet kitose srityse šis paslaugų teikimo modelis dar tik pradedamas diegti. „Paciento kelio koordinavimo problemos taip pat yra aktualios ir po pacientų hospitalizacijos epizodų, kai turi būti užtikrintos šeimos gydytojo, reabilitacijos, slaugos ir kt. paslaugos, siekiant išvengti pakartotinių hospitalizavimo epizodų ar užtikrinant paciento kuo spartesnę sveikimą ir geresnę gyvenimo kokybę. Sveikatos priežiūros paslaugų rezultatai priklauso nuo specialisto ir paciento bendrų pastangų, todėl paciento motyvacija, lūkesčiai ir poreikiai kreipiantis dėl sveikatos problemų yra labai svarbūs“ (POLA, 2020).

Žemas gyventojų sveikatos raštingumas, nepakankamas kokybiškų bei priimtinių visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumas ligų prevencijoje, taip pat ir lėtinių neinfekcinių ligų valdyme. Susiduriama su individualizuotų kiekvienam žmogui skirtų sveikatos stiprinimo paslaugų trūkumu, tiek sveikam, tiek turinčiam sveikatos problemų. Išskiriant tokius sveikatos priežiūros elementus, kaip skatinimas paciento savikontrolei, komandinis darbas ir profesinis bei tarpinstitucinis bendradarbiavimas,

pagalba. Viena iš stipriausių priemonių mažinant mirtingumą ir sergamumą yra sveikatos priežiūra, kuri paremta individualiais ir bendruomenės sveikatos poreikiais (Jurgutis ir kt., 2012,). Esminės kokybiškos PSP charakteristikos, kurios yra tarpusavyje susijusios ir labai svarbios įvairių ligų prevencijai bei jų gydymo veiksmingumui (Jurgutis ir kt., 2012): „prieinamumas, visapusiškumas, tęstinumas, priežiūros koordinavimas“.

2.2. Išoriniai veiksniai darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui

Analizuojant išorinius veiksnius darančius įtaką pirminės sveikatos veiksmingumui svarbu paminėti ekonominius aspektus. Šiuo atveju reikia daugiau ekonominių paskatų, siekiant paskatinti pirminę sveikatos priežiūrą dirbti komandose ir sutelkti dėmesį į prevenciją ir priežiūros tęstinumą, ypač pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, ir skirti daug dėmesio priežiūros perėjimo koordinavimui. Visose EBPO šalyse vyksta politikos naujovės, siekiant suteikti geresnį atlygį ar ekonomines paskatas pirminių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, atsižvelgiant į jų veiklos rezultatus. 2018 m. 11 EBPO šalių, įskaitant Jungtinę Karalystę, Izraelį, Meksiką pranešė, kad naudojamos specialios papildomos išmokos, skatinančios priežiūros koordinavimą, prevencinę veiklą ar aktyvų lėtinių ligų valdymą, ir 15 šalių, pvz., Nyderlandai ir Čilė pranešė, kad pirminėje sveikatos priežiūroje naudoja užmokesčio už veiklos rezultatus mechanizmus. Remiantis pateiktomis paskutinėmis SAM analizėmis matoma, kad nepaisant keletą pastarųjų metų didėjusio finansavimo, sveikatos apsaugai skiriama BVP dalis Lietuvoje išlieka viena mažiausių visoje Europos sąjungoje. Tankiausias ligoninių tinklas bei per silpna pirminė sveikatos priežiūros grandis, taip kartu išlaikant vieną didžiausių lovų skaičių tenkantį vienam gyventojui. Didelis stacionarinių įstaigų skaičius, bei menkas biudžetas lemia tai, kad paslaugų įkainiai yra per maži bei dažnai neatitinka realių sąnaudų. Pirminė sveikatos priežiūra privalo realiai pradėti spręsti daugumą sveikatos problemų, tačiau tam būtina ypač ženkliai kelti apmokėjimą. Visų pirma, už gerus pasiekus darbo rezultatus, ne tik šiuo metu mokamus skatinamuosius priedus, kaip pvz.: už atliktą prevencinių paslaugų skaičių. Tikėtina, kad geresnis gyventojų rūpinimasis savo sveikata, didesnis pirminės sveikatos priežiūros finansavimas padės mažinti sergamumą ir mirtingumą, nors visuomenės sveikatos rodikliai taip pat priklausomi ir nuo daugelio kitų veiksnių (Lietuvos sveikatos sistemos pertvarkos matmenys, 2022).

Kalbant apie pirminės sveikatos priežiūros gydytojų pasiūlą, didėjantį disbalansą nuo bendrosios praktikos ir didesnę specializaciją paaiškina keli veiksniai, įskaitant: šeimos gydytojų išėjimą į pensiją, mažesnę bendrosios medicinos atlyginimą, palyginti su specializuota medicina, ir didelį darbo krūvį pirminės sveikatos priežiūros srityje (OECD, 2016). Daugumoje EBPO šalių specialistai uždirba žymiai

daugiau nei šeimos gydytojai (OECD, 2017). Specialistų ir bendrosios praktikos gydytojų pajamų skirtumas 2015 metais buvo ypač didelis Australijoje, Belgijoje ir Liuksemburge, kur savarankiškai dirbantys specialistai uždirbo daugiau nei du kartus didesnę atlygį, nei uždirba šeimos gydytojai. Pajamų skirtumas tarp šeimos gydytojų ir specialistų toliau didėja, mažindamas bendrosios praktikos finansinį patrauklumą.

Gydytojų ir slaugytojų skaičius EBPO šalyse niekada nebuvo didesnis. 2017 m. 1 000 gyventojų EBPO šalyse vidutiniškai teko 3,5 gydytojo ir 8,8 slaugytojos, o 2000 m. – 2,7 gydytojo ir 7,4 slaugytojos 1 000 gyventojų (EBPO, 2019). Tačiau, nors bendras gydytojų ir slaugytojų skaičius labai išaugo, 2000–2017 m. daugumoje šalių bendrosios praktikos gydytojų dalis sumažėjo. Vidutiniškai EBPO šalyse 2017 m. bendrosios praktikos gydytojai sudarė apie 29 proc. visų gydytojų. 2000–2017 m. Australijoje, Jungtinėje Karalystėje, Izraelyje, Danijoje, Estijoje ir Airijoje bendrosios praktikos gydytojų dalis sumažėjo daugiau nei 20 proc. Nors gydytojų yra proporcingai mažiau, tiek klinikinio, tiek administracinio bendrosios praktikos darbo krūvio didėjimo tendencija kelia įtampą pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms, ir tikėtina, kad ši tendencija toliau didės, ypač atsižvelgiant į visuomenės senėjimą ir didėjančią lėtinių ligų naštą. EBPO šalyse. Pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje vienam pacientui tenkančių konsultacijų skaičius per metus nuo 2007–2008 m. iki 2013–2014 m. išaugo maždaug 12 proc, o tai atitinka 16 proc. klinikinio darbo krūvio padidėjimą. Didėjantis darbo krūvis gali neigiamai paveikti pacientų priežiūros kokybę ir nepakankamai patenkinti pacientų poreikius (Fisher ir kt., 2017). tyrimas taip pat rodo, kad daugiau nei trečdalis pirminės sveikatos priežiūros gydytojų dešimtyje šalių yra nepatenkinti vienu pacientui skiriamu laiku, o tai savo ruožtu gali pakenkti teikiamai priežiūrai ir neigiamai paveikti gydytojų patiriamą stresą ir darbo krūvis (Irving ir kt., 2017).

Pirminės sveikatos priežiūros gydytojai, kurie veikia kaip sistemos „durininkai“, pataria dėl sveikatos priežiūros, apsaugo pacientus nuo tyrimų ir priežiūros perdozavimo, koordinuoja ir užtikrina priežiūros tęstinumą, kritiniu atveju nustato reikiamos priežiūros mastą ir rūšį (Gross ir kt., 2000). Geras priežiūros koordinavimas ir „durininko“ vaidmuo pirminėje grandyje keičia ir specializuotų paslaugų efektyvumą (Gervas ir kt., 1994). Lietuvos gyventojų aptarnaujami šeimos gydytojų, tačiau dažnai dėl netinkamo jų darbo organizavimo, nesuformuotų veiksmingai dirbančių komandų, institucinio bendradarbiavimo ir paslaugų integracijos tarp sektorių trūkumo šeimos gydytojai pirminėje grandyje sveikatos problemų išsprendžia mažiau nei turėtų (Jankauskienė, 2010). Per pastaruosius metus stebimos teigiamos sveikatos apsaugos sistemos išteklių ir jų panaudojimo rodiklių tendencijos, tačiau lyginant su Europos Sąjungos šalių vidurkiais bemaž visi rodikliai byloja apie nepakankamai efektyvų šių išteklių panaudojimą Lietuvoje (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010).

Visapusiškų paslaugų negali užtikrinti vienas specialistas, iš tiesų, neužtenka net ir vienos institucijos – būtinas tarpsektorinis bendradarbiavimas skirtingų sričių institucijų ir specialistų, o kai kurios studijos tokį bendradarbiavimą nurodo kaip kritinį. Pasaulyje plačiai kalbama apie integralią priežiūrą, nes socialinės pacientų problemos neatsiejamos nuo sveikatos priežiūros bei gydymo rezultatų. Tyrimais įrodyta, kad integrali priežiūra padeda gerinti teikiamų paslaugų prieinamumą ir pagerina jų kokybę bei pacientų priežiūros ir gydymo rezultatus, o tai ypač aktualu vyresnio amžiaus kompleksinius poreikius turintiems pacientams (Stephenson, 2018).

Integrali priežiūra – tai sveikatos priežiūros sistemų (pvz., pirminės sveikatos priežiūros, skubiosios pagalbos, specializuotos pagalbos ir kt.) sujungimas su kitomis pacientams teikiamomis paslaugų sistemomis (pvz., ilgalaikės priežiūros, švietimo, socialinės priežiūros) siekiant pagerinti priežiūros ir teikiamų paslaugų rezultatus (pvz., klinikinius, pasitenkinimo, veiksmingumo ir kt.). Lietuvoje vykdomo projekto integralios priežiūros tikslas – „teikti kokybišką, kompleksinę, nuolatinę specialistų priežiūros reikalaujančią pagalbą dienos metu asmens namuose ir sudaryti sąlygas kiek įmanoma ilgiau likti gyventi savo namuose, neprarandant ryšio su artimaisiais, ir gauti reikiamą kvalifikuotą pagalbą (slaugą ir socialinę globą) namuose, siekiant išvengti stacionarios institucinės globos“ (Andrejevaitė ir kt., 2021). Todėl ypač svarbus bendradarbiavimas ne tik tarp pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugų tiekėjų, tačiau ir visuomenės sveikatos specialistų. Visos sveikatos priežiūros grandys turėtų viena kitą papildyti, tačiau ne užgožti. Pripažįstama, kad tvirtos, efektyvios ir veiksmingos sveikatos priežiūros paslaugos yra kertinis akmuo, formuojant sveiką visuomenę, o be šių dalykų suteikiama sveikatos priežiūra yra brangi ir neveiksminga (Rawaf ir kt., 2008).

Jungtinėje Karalystėje, kaip ir daugelyje kitų valstybių, didesnė svarba (o kartu ir ištekliai) skiriama pirminės sveikatos priežiūros paslaugų sektoriui. Tokiu atveju būtina kuo labiau sukonkretinti kiekvienos specialistų grupės pareigas. Tarp pirminės sveikatos priežiūros paslaugų galima atrasti daug savo srities profesionalų, kurių darbo metodai skirtingi. Jei bus neužtikrintas konkretus bendravimas su antrine sveikatos priežiūros sistema, gali būti sunku juos integruoti į antrinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą. Nors „vientisos paslaugos“ sąvoka minima dažnai, tačiau kuriant ir teikiant paslaugas kartu su kolegomis, kurių gabumų nežinome arba negerbiame, didėja susiskaldymo rizika (Stephenson, 2018).

Bendradarbiavimas turėtų būti vykdomas kartu su pacientais, jų šeimomis ir kitais sveikatos priežiūros sektoriais, kadangi tai yra vienas pagrindinių pirminės sveikatos priežiūros valdymo metodu. Pagrindiniai bendradarbiavimo veiklos elementai:

- Palaikyti integruotos prevencinės visuomenės sveikatos priežiūros plėtrą.

- Skatinti finansinę sistemą ir politiką, kuri remtų prevencijos elementą sveikatos priežiūros sistemoje.
- Aprūpinti pacientus informacija, žiniomis, reikalingais įgūdžiais ligų prevencijoje.

Taigi, literatūroje teigiama, kad kai pacientai gali būti gydomi stipriame pirminės sveikatos priežiūros sektoriuje, antriniame sveikatos priežiūros lygmenyje reikia teikti mažiau brangių paslaugų, todėl gali augti sveikatos priežiūros išlaidos. Tačiau tarptautiniai skaičiai rodo, kad EBPO šalyse yra keletas trūkumų. Didelis vengiamo hospitalizavimo dėl lėtinių ligų skaičius ir netinkamas vaistų išrašymas bendrojoje praktikoje yra svarbūs šaltiniai, dėl kurių EBPO sveikatos priežiūros sistemoms nereikalingi naudojami brangesni ištekliai. Šie trūkumai rodo, kad pirminės sveikatos priežiūros srityje galima pagerinti techninį ir paskirstymo efektyvumą.

3. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VEIKSMINGUMO SVARBA SVEIKATOS RODIKLIŲ GERINIME

Lietuva išsiskiria iš kitų Europos Sąjungos (toliau – ES) valstybių prastais gyventojų sveikatos rodikliais. „2020 m. Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė buvo trečia trumpiausia ES ir 5,5 metų trumpesnė už ES vidurkį. Viena iš priežasčių, lemiančių trumpą vidutinę gyvenimo trukmę, yra ta, kad Lietuvoje gana aukštas gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas. Gydymo priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklį tarptautinės organizacijos (EBPO, Eurostat, PSO) naudoja kaip pirminį rodiklį sveikatos priežiūros sistemos kokybei matuoti“. EBPO ataskaitos Health at Glance: Europe 2020 duomenimis, Lietuvoje gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas yra vienas didžiausių ES, 2017 m. standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 000 gyventojų siekė 184, lyginant su ES27 vidurkiu – 108. 2016 m. Eurostat duomenimis, vyrauja 5 pagrindinės gydymo priemonėmis išvengiamo mirtingumo ES-27 šalyse asmenų iki 75 metų amžiaus grupėje priežastys: „išeminė širdies liga, cerebrovaskulinės ligos, storosios žarnos vėžys, krūties vėžys, plaučių ligos, kurios lemia iki 65 proc. visų gydymo priemonėmis išvengiamų mirčių“ (Kasiulevičius, 2021).

Ankstyvųjų ligų diagnostikos ir gydymo standartizavimo procesas – viena sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sudedamųjų dalių. Siekiant užtikrinti saugias ir veiksmingas šios priežiūros paslaugas visuose paslaugų teikimo etapuose, ligų diagnostiką ir gydymą nustatantys dokumentai turėtų būti rengiami bendrai visoms gydymo įstaigoms. Ministerija turėtų užtikrinti gydytojų profesinių draugijų ir mokymo mokslo įstaigų įtraukimą ir dalyvavimą, kad, remiantis įrodymais grįstos medicinos principais, būtų rengiamos trūkstamos metodikos, o jau parengtos ir taikomos būtų periodiškai peržiūrimos ir atnaujinamos. Ketvirtadalis pacientų iš 28 EBPO ir ES šalių, kenčiančių nuo tam tikrų lėtinių ligų, per pastaruosius 12 mėnesių negavo nė vieno iš rekomenduojamų profilaktinių tyrimų. Prevencinių programų, aprėptis nuosekliai didėja, tačiau Lietuvos rodikliai vis dar atsilieka nuo ES vidurkio (Kasiulevičius, 2021). Vėlyvas ligų nustatymas sąlygoja blogesnius gydymo rezultatus. Gerinant ankstyvą vėžio nustatymą ir padidinant išgyvenamumą, per pastarąjį dešimtmetį tikslinių gyventojų grupių atrankinės patikros aprėptis padidėjo, nors dar nesiekia ES vidurkio. Pavyzdžiui, 2017 m. per prieš taiėjusius dvejus metus atrankinė patikra dėl krūties vėžio buvo atlikta 48 proc. 50–69 metų Lietuvos moterų; tai dvigubai didesnis rodiklis, palyginti su vos 22 proc. 2007 m., bet vis dar mažesnis nei ES vidurkis (60 proc.). Šie rezultatai sąlygoja, kad Lietuvoje tikimybė išgyventi 5 metus diagnozavus krūties vėžį ankstyvoje stadijoje siekia 95 proc. (ES vidurkis – 96,4 proc.), tačiau nustačius diagnozę vėlyvoje stadijoje ši tikimybė yra tik 29,1 proc. (ES vidurkis – 38,3 proc.). 2019 m. Tarybos rekomendacijose Lietuvai

atkreiptas dėmesys į tai, kad veiksmams, kurių imtasi ligų prevencijos priemonėms sustiprinti vietos lygmeniu, trūksta bendros vizijos ir juos įgyvendinti trukdo tai, kad visuomenės sveikatos tarnybos ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos nepakankamai sistemingai bendradarbiauja. Taip pat atkreiptinas dėmesys į būtinybę tobulinti šeimos gydytojo ir jo komandos atsakomybių pasiskirstymą, mažinant gydytojui tenkančią administracinę naštą, gerinant galimybes gydytojui skirti daugiau laiko betarpiškam bendravimui su pacientu. Sveikatos technologijų pažanga ir prienamumas taip pat suteikia galimybes daugiau diagnostinių sveikatos paslaugų atlikti pirminėje sveikatos priežiūros grandyje taip sutrumpinant diagnozės nustatymo ir gydymo paskyrimo laiką arba pagerinant specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų prienamumą surenkant kuo daugiau reikalingos informacijos apie paciento sveikatos būklę prieš nukreipiant jį gydytojo specialisto konsultacijai (Andrejevaitė, 2021).

Dabartinis sveikatos priežiūros tinklas neužtikrina medikų tobulėjimo ir gyventojų sveikatos. Per mažas teikiamų ambulatorinių paslaugų skaičius savivaldybėse, perteklinės administracinės funkcijų šeimos gydytojams, dėl kurių skiriama per mažai laiko paciento ištyrimui ir gydymui, netolygus medikų pasiskirstymas regioninėse institucijose. Didžiosiose ligoninėse sprendžiami sveikatos sutrikimai, kurie galėtų būti gydomi šeimos gydytojų ar specialistų ambulatoriškai – dėl šios priežasties didėja eilės sudėtingiems pacientams. Atliktų tyrimu metu paaiškėjo, kad iki 15 proc. pacientų šiuo metu į ligonines yra guldomi netikslingai, o ligoninės lovų efektyvumas yra vienas mažiausių ES (Jankauskienė, 2021). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro teigimu šie veiksniai lėmė, tai, kad gyventojų sveikata yra daug prastesnė nei Europos Sąjungos vidurkis. A. Dulkys pabrėžia – „kad turime daug ligoninių ir puikių medikų, bet gyventojų mirtingumas didelis, o gyvenimo trukmė trumpesnė nei kitose ES valstybėse. Sveikatos sutrikimai, kuriuos galėtų pagydyti šeimos gydytojai ar specialistai ambulatoriškai – sprendžiami didžiosiose ligoninėse taip didinant eiles sudėtingiems pacientams“ (SAM, 2022).

Perspektyvios pirminės sveikatos priežiūros naujovės gali sustiprinti EBPO sveikatos sistemų gebėjimą valdyti ir suvaldyti būsimą sveikatos krizę bei sumažinti nereikalingą hospitalizavimą žmonių, kuriuos galima veiksmingai gydyti bendruomenėje. „Pirminės sveikatos priežiūros potencialo suvokimas“ ataskaitoje (2018) teigiama, kad 65 metų ir vyresnių gyventojų skaičius iki 2050 m. bus gerokai išaugęs, todėl EBPO šalys turi pertvarkyti savo sveikatos sistemas, kad vyresnio amžiaus žmonėms, sergantiems lėtinėmis ligomis, būtų galima teikti veiksmingesnę ir kokybiškesnę sveikatos priežiūrą, vengiant nereikalingo poreikio naudotis ligoninėmis ir kitomis specializuotomis paslaugomis. Lietuvos išvengiamų mirčių dėl išeminės širdies ligos rodiklis 3,6 karto didesnis nei ES šalių vidurkis.

Pagrindinės aukšto žmonių mirtingumo nuo ligų, kurių galima išvengti, priežastys yra:

- Nepakankamas pirminės sveikatos priežiūros grandies vaidmuo ankstyvoje ligų diagnostikoje.

- Ribotas ir netolygus specializuotos pagalbos prieinamumas.
- Nepakankama sveikatos priežiūros sauga ir rizikų valdymas.
- Sveikatos priežiūra per mažai orientuota į pacientą.
- Ribota inovacijų plėtra.
- Neracionalus vaistų vartojimas.

3.1. Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas ligų prevencijoje Lietuvoje ir užsienyje

Dar nuo 1998 m. sveikatos saugojimas ir ligų prevencijos vykdymas, siekiant mažinti mirtingumą ir sergamumą, Lietuvos Respublikos Seimo yra patvirtintas svarbiausiu Lietuvos strateginiu tikslu. 2014 m. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministras patvirtino „Nacionalinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programą“, kuri nustato kryptis, pagal kurias Lietuvoje siekiama gerinti vėžio profilaktiką ir kontrolę, nustatant veiklos tikslus ir uždavinius bei siekiamus gyventojų sveikatos rodiklius. Šioje programoje, kurios įgyvendinimo planas peržiūrimas kiekvienais metais, nustatyta, kad kiekvienais metais dalyvaujančių vėžio patikros programose turi būti 5 proc. daugiau, nei praėjusiais metais (Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programa).

Lietuvoje vykdomos penkios ligų prevencijos programos, kurių išlaidas ligonių kasos kompensuoja iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo – širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa, keturios vėžio patikros prevencinės programos – krūties, gimdos kaklelio, storosios žarnos bei prostatos vėžio prevencinės programos. Vėžio patikros programos finansuojamos PSDF lėšomis, todėl asmenys drausti privalomuoju sveikatos draudimu ir atitinkantys programų dalyviams keliamus kriterijus, turi galimybę šiomis programomis pasinaudoti nemokamai. Vis dėl to, vertinant kiekvienais metais VLK pateikiamus statistinius duomenis, mūsų šalies gyventojų dalyvavimas vykdomose prevencinėse patikros programose vis dar nėra pakankamai aukštas. Dabartinės profilaktinių programų patikrų apimtys vis dar nesiekia Europos Tarybos rekomendacijų t. y. 80 proc. Profilaktika skirstoma į tris rūšis:

Pirminė profilaktika – „tai priemonių visuma, kurias vartojant stengiamasi išvengti ligų, keičiant asmens jautrumą ligoms, šalinant ligų priežastis ir rizikos veiksnius. Ji apima sveikos gyvensenos ugdymą, sveikos aplinkos sudarymą, imunizaciją ir kt.“.

Antrinė profilaktika – „priemonių visuma, kurias atliekant siekiama sustabdyti ligą ir išvengti jos komplikacijų. Pagrindinės priemonės – ankstyvoji ligų diagnostika ir veiksmingas gydymas“.

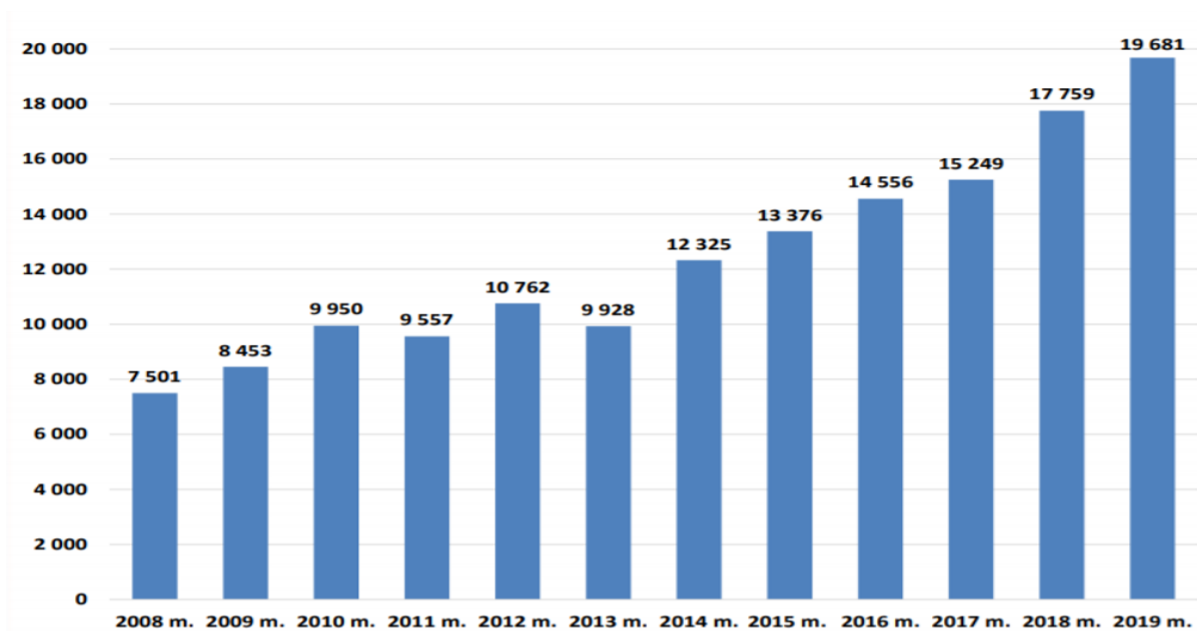
Tretinė profilaktika – „priemonių visuma, kuriomis siekiama sustabdyti įsisenėjusios ligos ryškėjimą, išvengti invalidumo bei pagerinti gyvenimo kokybę. Pagrindinės yra gydomosios ir atkuriamosios priemonės“ (HI, 2017).

Lietuvoje piktybiniai navikai yra viena pagrindinių gyventojų sergamumo ir mirties priežasčių (žr. 2 lentelę). Siekiant sumažinti sergamumą onkologinėmis ir hematologinėmis ligomis, pagrindinis dėmesys skirtinas onkologinių ligų ankstyvosios diagnostikos ir prevencijos programoms. Pagrindinis šių program tikslas - sumažinti Lietuvos gyventojų sergamumą piktybiniais navikais ir mirtingumą nuo jų, siekti, kad onkologinės ligos būtų kuo anksčiau diagnozuojamos ir veiksmingai gydomos (Kasiulevičius, 2021). Tiek Europos Taryba, tiek ir moksliniai tyrimai bei analizės yra pagrindusios, kad efektyviam prevencinės patikros programų vykdymui rekomenduojama patikrinti 80 proc. tikslinės pacientų grupės. Nepaisant valstybės dedamų pastangų ir patvirtintų, siekiamų rodiklių, praktikoje vis dar susiduriama su sunkumais ne tik siekiant pritraukti tikslinėse grupėse esančius pacientus tikrintis, bet ir užtikrinant efektyvią informacijos apie šias vykdomas vėžio patikros programas sklaidą (POLA, 2020).

2 lentelė. Prevencinėse programose dalyvavusių asmenų skaičius Lietuvoje (2015-2019 m.)

Prevencinė programa	Prevencinėse programose dalyvavusių asmenų skaičius, tūkst.				
	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	2019 m.
Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programa	128	117	119	122	122
Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa	96	99	106	106	119
Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	210	232	230	240	260
Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa	115	119	96	106	89
Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa	239	256	265	276	292

Kalbant apie prevencinių programų finansavimą Lietuvoje, galima matyti (žr. 3 pav., 35 psl.), kad kasmet šių šalyje vykdomų prevencinių programų finansavimas tik didėja, kadangi pateiktame paveikslėlyje matoma, jog 2019 metais finansavimas nesiekė 20 mln. eurų, kai tuo tarpu – 2020 metais joms buvo skirta 22 mln. eurų, 2021-aisiais – 24,5 mln. eurų (VLK, 2021).



3 pav. PSDF biudžeto lėšos skirtos prevencinių programų finansavimui (mln. eurų), (pagal VLK, 2021)

Tam, kad rizikos grupėms priklausantys pacientai galėtų dalyvauti vėžio patikros prevencinėse programose, labai svarbų vaidmenį atlieka bendravimas ir bendradarbiavimas su pacientu bei jo informavimas. Būtent pacientų domėjimasis vykdomomis vėžio prevencinėmis programomis yra neatsiejamai susijęs aspektai su pacientų sveikatos raštingumu. Daugiausiai lėšų išleidžiama šioms labiausiai negalią sukeliančioms ligoms: kraujotakos sistemos ligos, vėžys, diabetas ir lėtinės kvėpavimo sistemos ligos. Daugelio ligų galima būtų išvengti, jeigu sveikatos priežiūros sistemos tinkamai ir veiksmingai naudotų savo išteklius prevencijos procesui (POLA, 2020). Skatinant prevenciją sveikatos priežiūros srityje, sąmoningumo didinimas yra esminis veiksnys, siekiant mąstymo permainų, skatinant pacientų ir šeimų, sveikatos priežiūros specialistų komandų, bendruomenių, politikų įsipareigojimus ir veiklas (Kasiulevičius, 2021).

Be onkologinių ankstyvosios diagnostikos programų vykdoma ir „Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa“. Programos tikslas – „sumažinti sergamumą širdies ir kraujagyslių ligomis, atrinkti pacientus, sergančius ateroskleroze ar cukriniu diabetu, bet neįaučiančius sveikatos sutrikimų, ir taip užkirsti kelią šių ligų raidai“. Pagal mirštamumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų Lietuva yra viena iš pirmaujančių Europos Sąjungos šalių. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa pradėta vykdyti 2005 m. gruodžio mėn. 40-54 m. (imtinai) vyrams ir 50-64 m. (imtinai) moterims (Kasiulevičius, 2021).

Žema dalyvavimo nacionalinėse profilaktinėse programose aprėptis. Daugumos lėtinių ligų (širdies kraujagyslių, onkologinių, diabeto, hepatitų vėžinių susirgimų ir kitų) simptomų žmogus ilgą laiką gali visiškai nejaušti. Pirmieji nusiskundimai atsiranda tada, kai procesas jau būna toli pažengęs ir liga pasireiškia komplikacijomis. Dažnai tokiu atveju gydymas ilgas ir sudėtingas, o pasekmės lieka visam gyvenimui arba nulemia priešlaikines Lietuvos gyventojų mirtis. Siekiant pacientus paskatinti naudotis prevencinėmis programomis, tik nedidelė dalis pirminės sveikatos priežiūros įstaigų taiko tam tikras papildomas priemones informuoti pacientus. Šiuo metu Lietuvoje prevencinių programų informacinės sklaidos koordinavimą – skambučius, SMS žinutes atlieka vis dar nedaugelis ambulatorijų. Kai kurios gydymo įstaigos taiko papildomas informavimo priemones tokias kaip: informacijos teikimas apie prevencines programas skelbimo lentose, lankstinukų bei informacinių pranešimų sklaida (POLA, 2020).

Dažnai pirminės sveikatos priežiūros grandyje dirbantys gydytojai skundžiasi, kad sunkiai spėja spręsti pacientų pateikiamas problemas, todėl profilaktinėms intervencijoms nelieta laiko. Tai galima suprasti, ypač kai šeimos gydytojams daug laiko atima ir dokumentacijos tvarkymas bei receptų rašymas. Galų gale bendravimui su pacientu lieka visai mažai laiko. Rengiant šeimos gydytojus vis daugiau dėmesio skiriama ne tik klinikinių, bet ir bendravimo įgūdžių mokymui. Bendravimas laikomas vienu galingiausiu, jautriausiu ir visapusiškiausiu instrumentu, kokį tik gali turėti šeimos gydytojas. Jis padeda racionaliai išnaudoti konsultacijos laiką ir be papildomų sąnaudų pasiekti norimų rezultatų visose keturiose konsultacijos srityse (Jurgutis, 2021). Tačiau būtent gydytojų nuomonė apie prevencines patikros programas vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių jų elgseną rekomenduojant ar nerekomenduojant pacientams sudalyvauti prevencinėse patikros programose. Nustatyta, kad gydytojai, kurių nuomonė apie atrankinę patikrą teigiama, pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose apsilankančius pacientus dažniau informuoja ir kviečia dalyvauti prevencinėse patikros programose, lyginant su tais, kurių nuomonė neigiama (POLA, 2020).

Analizuojant prevencinių programų įgyvendinimo kliūtis, su kuriomis susiduria šeimos gydytojai, atskleidė, jog dažniausiai pasikartojančios kliūtys yra šios:

- Šeimos gydytojams tenkantis didelis darbo krūvis, dėl kurio gydytojams neretai trūksta laiko informuoti pacientus apie vykstančias prevencines patikros programas.
- Pacientų apsilankymo metu konsultuojantys gydytojai užmiršta arba prioritetą skiria kitoms gretutinėms ligoms gydyti.
- Pacientai patys atsisako dalyvauti prevencinėse programose (POLA, 2020).

3.2. Išvengiamų hospitalizacijų rodikliai

Išvengiamos hospitalizacijos – „tai hospitalizacijos, kurių galima išvengti imantis prevencinių priemonių ir (arba) laiku teikiant reikiamą ambulatorinę sveikatos priežiūrą“. Lietuvoje IH stebėsena vykdoma pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą rodiklių sąrašą ir jų skaičiavimo metodiką (HI, 2019). Lietuvoje apie 15 proc. pacientų į ligonines hospitalizuojami be būtinybės, t. y. ligoninių resursai naudojami sveikatos sutrikimams, kurie gali būti išvengiami arba išgydomi pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje imantis prevencinių priemonių arba suteikiant ankstyvą ambulatorinį gydymą. Kita vertus, IH rodikliai gali būti dirbtinai didinami, siekiant užpildyti ligoninėse neužimtas aktyvaus gydymo lovas. Viena iš galimybių išvengti daug kainuojančio gydymo bei optimizuoti sveikatos priežiūros resursus galėtų būti ne tik padidinti ambulatorinių paslaugų prieinamumą bei kokybę, bet ir perorganizuoti perteklinio aktyvaus gydymo stacionare lovas į ilgalaikio gydymo ir slaugos lovas, ypač savivaldybių ligoninės, kurių didesnę gyventojų dalį sudaro vyresnio ar senyvo amžiaus žmonės (Jaselionienė ir kt., 2019).

Nors traumos yra dažniausia priežastis, dėl kurios kreipiamasi į greitosios medicinos pagalbos tarnybą, daugelis kitų apsilankymų skubios pagalbos skyriuje yra visai dėl neskubių problemų. Nepagrįstas greitosios pagalbos paslaugų naudojimas yra brangus ir gali būti žalingas pacientams, be jokios papildomos naudos. Ligoninėse dėl netinkamų apsilankymų skubios pagalbos skyriuje susidaro perpildymas, todėl vėluojama diagnozuoti ir gydyti pacientus, kuriems reikalinga skubi ir neatidėliotina pagalba (OECD, 2017 m.). 2017 m. netinkamų apsilankymų skubios pagalbos skyriuje dalis tarp vyresnio amžiaus žmonių buvo didžiausia Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Prancūzijoje – daugiau nei 40 proc. vyresnio amžiaus pacientų apsilankė skubios pagalbos skyriuje dėl būklės, kurią galėjo gydyti pirminės sveikatos priežiūros komanda. Netinkamų apsilankymų skubios pagalbos skyriuje dalis taip pat buvo labai didelė Šveicarijoje ir Kanadoje kur atitinkamai 25 proc. ir 30 proc. vyresnio amžiaus žmonių netinkamai lankėsi skubios pagalbos skyriuje. Naujausi Australijos sveikatos ir gerovės instituto duomenys rodo, kad 2015–2016 m. apsilankymų skubios pagalbos skyriuose po darbo valandų sumažėjo 3,4 proc. iki 2017–2018 m. (Aihw, 2018).

3.3. Išvengiamo mirtingumo rodiklis

Lietuvoje, Latvijoje ir Rumunijoje aukšti ir net du su puse karto už ES ir EBPO šalių vidurkį didesni išvengiamo mirtingumo rodikliai. Išvengiamas mirtingumas (angl. avoidable mortality) - tai mirtingumas nuo ligų, kurias sąlygoja nesamos ar neveiksmingos prevencinės priemonės ir (ar) ne laiku atlikta diagnostika, ir (ar) neadekvatus gydymas. Išvengiamas mirtingumas susideda iš dėl efektyvios ir

laiku suteiktos sveikatos priežiūros išvengiamo mirtingumo (angl. amenable mortality) ir visuomenės sveikatos bei prevencijos priemonėmis išvengiamo mirtingumo (angl. preventable mortality). Prevencijos priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodiklis Lietuvoje yra 446 atvejai 100 000 gyventojų, o dėl efektyvios ir laiku suteiktos sveikatos priežiūros išvengiamo mirtingumo - 326 atvejai 100 000 gyventojų. Į išvengiamų mirties priežasčių sąvoką patenka tokios priežastys, kaip hipertenzija (jai išvengti egzistuoja žinomos intervencijos), ir ligos, kurių galima išvengti anksti diagnozavus ir pritaikius efektyvų gydymą (antrinė profilaktika), pvz., gimdos kaklelio vėžys (jam numatyti žinomos efektyvios patikros programos), tuberkuliozė (susirgimas šia liga labiausiai priklauso nuo socialinių ir ekonominių sąlygų). Aukšti Lietuvos išvengiamo mirtingumo rodikliai daugiausia nulemti mirtingumo nuo koronarinės širdies ligos, insulto, krūties ir storosios žarnos vėžio. Vyrų mirtingumas buvo 2-3 kartus didesnis nei moterų. Nepaisant didelių mirtingumo skirtumų dėl lyties, gyvenamoji vietovė taip pat yra didelius netolygumus sukeliantis veiksnys, todėl sveikatos priežiūros gerinimas ir politika turėtų būti nukreipta į kaimo gyventojų sveikatos išsaugojimą. Lietuvoje išvengiamų hospitalizacijų (toliau IH) rodikliai lėtai mažėja, tačiau egzistuoja dideli regioniniai skirtumai. Savivaldybėse išvengiamų hospitalizacijų dažnumas nevienodas – tarp mažiausius ir didžiausius rodiklius turinčių savivaldybių išvengiamų hospitalizacijų rodikliai skyrėsi beveik 4 kartus. Daugiausiai išvengiamų hospitalizacijų, tenkančių 1 000 gyventojų, 2019 m. užregistruota Zarasų, Anykščių, Lazdijų, Šalčininkų ir Pasvalio rajonų savivaldybėse, mažiausiai - Neringos, Vilniaus, Kauno ir Šiaulių rajonų, Šiaulių miesto savivaldybėse. Didžiausią išvengiamų hospitalizacijų dalį 2019 m. sudarė išvengiamos hospitalizacijos dėl pneumonijos (25,1 proc.), cukrinio diabeto ir jo komplikacijų (18,4 proc.), stazinio širdies nepakankamumo (17,3 proc.), ausų, nosies ir gerklės infekcijų (11,3 proc.) bei krūtinės anginos (10,1 proc.) (Kasiulevičius, 2021).

Tam tikra demografinė raida – dažna ir bendra tarptautinė problema, pavyzdžiui, visuotinis populiacijos senėjimas, brangstančios sveikatos priežiūros paslaugos, susijusios su naujausiomis technologijomis, didesni išlaidų apribojimai, perteklius arba prastas gydytojų paskirstymas, pirminės sveikatos priežiūros specialistų nuvertinimas ir išaugusi administracinė apkrova sveikatos apsaugos sistemos darbuotojams. Tose valstybėse, kuriose nemanoma, kad pirminės sveikatos priežiūros gydytojas yra sveikatos sargas, pavyzdžiui, Vokietijoje ar Švedijoje, minėtų charakteristikų dažniausiai nėra, o pirminės sveikatos priežiūros specialisto vaidmuo – nepakankamai aiškus ar vertinamas. Vis dėlto labai sunku suvokti ryšį tarp sistemų skirtumų ir sveikatos priežiūros kokybės, kai vertinama tik pagal tokius apytikrius parametrus kaip gyvenimo trukmė. Kokybės vertinimas – šių laikų užduotis (Stephenson, 2018).

Taigi, veiksminga, patikima pirminė sveikatos priežiūra gali atitolinti lėtinių ligų atsiradimą ir sumažinti mirtingumą. PSP vaidmuo prevencijoje, pradedant žmonių skatinimu atsisakyti žalingų ir sveikatai kenksmingų faktorių, iki ankstyvo krūties ir storosios žarnos vėžio nustatymo bei kitų prevencinių programų, kurios yra ypač svarbios pacientų gyvenimui, taip pat kokybiška ir veiksminga pirminė sveikatos priežiūra yra susijusi su didesniu pacientų pasitenkinimu. Išanalizavus mokslinę literatūrą ir straipsnius apie PSP sampratą ir struktūrą, galima teigti, kad PSP yra svarbiausia sveikatos priežiūros grandis reikalaujanti ypatingo dėmesio yra šerdis, prioritetinga grandis sveikatos priežiūros sistemoje. Jau nuo 1990 m. vykdomų reformų pasiekta labai daug, tačiau mažėjant gimstamumui, ilgėjant gyvenimo amžiui ir emigracijai – kaip niekad reikia ypatingo dėmesio šiai sveikatos priežiūros grandžiai ir jos veiksmingumo tobulinimui.

4. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VEIKSMINGUMO ANALIZĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ POŽIŪRIU

4.1. Tyrimo metodika

Tyrimo tipas. Tyrimui atlikti pasirinktas kokybinis tyrimas, kuris kitur apibrėžiamas, kaip interpretacinis. Tai rodo, jog tyrėjas tiriamus reiškinius siekia interpretuoti tomis prasmėmis, kurias jiems suteikia patys tiriami žmonės. Kokybinis tyrimas skatina sutelkti dėmesį į žmonių mentalines sąrangas ir patirtis konkrečiuose socialiniuose bei kultūriniuose sluoksniuose (Žydžiūnaitė, Sabaliauskas, 2017). Taip pat B. Bitinas ir kt. (2008) išskiria šiuos kokybinio tyrimo privalumus: kokybinis tyrimas nereikalauja didelių materialinių sąnaudų, leidžia plačiau nagrinėti tiriamą problemą ir gauti įvairiapusę informaciją, prireikus tyrėjas gali paaikškinti pateiktus klausimus, taip pat tyrimas gali būti papildomas stebėjimo informacija (tiriamųjų reakcijos, emocijos ir pan.). Taip pat autorius išskiria galimybę išaiškinti unikalius faktus tiriamąja tema. Šio tyrimo tipo pasirinkimas orientuotas į tikslą visapusiškai išnagrinėti ir įvertinti informantų nuomonę, įžvalgas apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą, politikos įgyvendintojus (šeimos gydytojus, bendrosios praktikos slaugytojus), sveikatos politikos vertintojus – įstaigos vadovybę ir medicinos audito darbuotojus.

Tyrimo metodai: kokybinio tyrimo metodu pasirinktas pusiau struktūruotas interviu. Remiantis metodologais (Gaižauskaitė, Valavičienė, 2016), skiriamasis pusiau struktūruoto interviu bruožas yra informanto išklašinėjimas pateikiant atvirose klausimus. Tokio interviu metu gaunama daugiau išsamesnių duomenų, lyginant su nestruktūruotu interviu. Šis interviu būna ne toks formalus, kadangi vyksta pokalbio forma tarp tyrėjo ir informant (Bitinas ir kt., 2008).

Tyrimo laikas ir eiga, imtis. Visų pirmą atlikus mokslinės literatūros duomenų analizę, sudarytas tiriamojo darbo autorės interviu klausimynas. Klausimyną sudaro 10 klausimų, kuriais siekiama atskleisti „X“ institucijos šeimos gydytojų, slaugytojų ir sveikatos priežiūros politiką formuojančių asmenų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą. Kadangi kokybinių interviu tikslas nėra tikrinti tyrimo hipotezes statistinio patikimumo rodikliais, pasirinkti 5 tiriamieji (2 šeimos gydytojai, 1 bendrosios praktikos slaugytojas, 1 „X“ institucijos direktoriaus pavaduotojas, 1 medicinos audito vadovė). Viso atlikti 5 individualūs tiesioginio kontakto interviu. Gauti visų respondentų sutikimai dėl pokalbio įrašymo. Kiekvienas interviu trukdavo vidutiniškai 25 minutes. Su tyrime sutikusiais dalyvauti informantais buvo susitariama dėl tinkamo tyrimo atlikimo laiko ir vietos. Kokybinis interviu tyrimas atliktas 2022 –ųjų metų kovo – balandžio mėnesiais. Gauti duomenys pateikti taikant aprašomosios

analizės metodus juos pateikiant autorės sudarytose lentelėse, kuriose išskiriamos informantams pateiktų klausimų kategorijos, subkategorijos, pagrindžiantys teiginiai. Galiausiai suformuotos išvados, praktinės rekomendacijos.

Tyrimo dalyvių atranka. Tyrimo dalyviai atrinkti taikant kriterinės atrankos metodą iš jų tikintis reprezentatyvumo (Löfgren, Witell, 2007). Informantai pasirinkti pagal šiuos atitikmenis: tyrimo dalyviai, kurie prisideda prie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo formavimo (įstaigos vadovybė, ASPĮ audituojantys asmenys – medicinos audito vadovė), sveikatos priežiūros specialistai (šeimos gydytojai, bendrosios praktikos slaugytojai), kurie prisideda prie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo įgyvendinimo, dirbantys pirminės sveikatos priežiūros grandyje – poliklinikoje.

Tyrimo dalyvių demografiniai duomenys. Demografiniai tyrimo dalyvių duomenys pateikti sudarytoje 3 lentelėje.

3 lentelė. Demografinės respondentų charakteristikos (N=5)

POŽYMIS		RESPONDENTAI (N = 5)
AMŽIUS	Iki 40 – ies metų	2
	41 – 50 m.	1
	51 – 60 m.	1
	61 – 70 m.	1
LYTIS	Vyrai	1
	Moterys	4
IŠSILAVINIMAS	Vidurinis	0
	Aukštasis universitetinis Bakalauras	2
	Magistro laipsnis	2
	Mokslų daktaro laipsnis	1
PAREIGOS	PSPC direktoriaus pavaduotojas	1
	Šeimos gydytoja (-s)	2
	Vyriausioji bendrosios praktikos slaugytoja – slaugos administratorė	1
	Medicinos audito vadovė	1
DARBO PATIRTIS (METAIS) DABARTINĖSE PAREIGOSE	Iki 5 metų	1
	6 – 10 m.	2
	11 – 15 m.	2

Dauguma respondentų yra nuo 30 iki 60 metų, turintys magistro laipsnį. Visi informantai dirba Vilniaus mieste. 1 interviu atliktas su Lietuvos Bendrosios Praktikos Gydytojų Draugijos nare, dirbančia šeimos gydytoja pirminėje sveikatos priežiūroje, 1 interviu atliktas su medicinos audito vadove, 1 su pirminės sveikatos priežiūroje – poliklinikoje dirbančia šeimos gydytoja, 1 su vyriausiąja bendrosios praktikos slaugytoja – slaugos administratore, 1 su poliklinikos administracija – direktoriaus pavaduotoju.

Tyrimo instrumentas. Duomenų surinkimo priemone, kaip tyrimo instrumentas buvo taikytas pusiau struktūrizuoto interviu klausimynas, kurį sudarė 10 klausimų (žr. 1 priedą – interviu klausimynas, psl. 76). Pasak Gaižauskaitės ir Valavičienės (2016), interviu yra dažniausiai naudojamas duomenų rinkimo metodas, atliekant kokybinius tyrimus. Tokio bendravimo privalumas yra tas, kad tiriamieji natūraliai, spontaniškai išreiškia savo mintis, emocijas. Taip tyrėjas gali sutelkti dėmesį į asmenines tyrimo dalyvių patirtis, siekdamas suprasti, kaip tiriamieji suvokia ir įprasmina tiriamąją temą.

Tyrimo tikslas: Atskleisti sveikatos priežiūros specialistų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti „X“ institucijos šeimos gydytojų, slaugytojų ir sveikatos priežiūros politiką formuojančių asmenų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą Lietuvoje, sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo aspektais.

2. Išsiaiškinti, kokie veiksniai daro didžiausią įtaką pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumui bei nustatyti kliūtis su kuriomis susiduriama.

3. Suformuluoti ir pateikti pasiūlymus pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumo tobulinimui bei gerinimui.

Etiniai tyrimo klausimai. Šis tyrimas atliktas laikantis Trochim tyrimo etikos principų (Matzler, 1996). Pirmasis iš jų buvo kiekvieno tyrimo dalyvio laisvanoriškas dalyvavimas tyrime. Siekiant to, kiekvienam informantui pristatytas tyrimo tikslas bei tai, kur interviu metu gauta informacija bus panaudota. Kadangi pokalbiai su tyrimo dalyviais įrašinėti diktofonu, todėl prieš interviu gautas kiekvieno tyrimo dalyvio sutikimas. Taip pat užtikrintas konfidencialumas ir anonimiškumas, kad interviu metu gauta informacija nebus viešinama ir naudojama kitais tikslais. Siekiant tai padaryti neviešinami tikrieji vardai bei pavardės taip apsaugant tyrimo dalyvius nuo galimos žalos jiems padarymo. Tyrimo metu surinkti duomenys saugoti elektroninėje duombazėje: interviu metu gauti duomenys saugoti balso įrašymo įrenginyje, taip pat Microsoft Word programoje. Visi duomenys saugomi tyrėjo asmeniniame

kompiuteryje, kuris apsaugotas slaptažodžiu. Už duomenų saugumą atsakingas tyrėjas. Tyrimų dalyvių kalba netaisyta ir necenzūruota. Atliekant kokybinius tyrimus, pirmiausia stengiamasi pasirūpinti tyrimo dalyviu ir jo gerove. Žydžiūnaitė ir Sabaliauskas (2017), teigia, kad nagrinėjamas klausimas neturėtų būti svarbesnis už šį aspektą. Tyrimai turi būti ne tik naudingi ir suteikti naujų žinių bei pridėtinę vertę, bet ir sumažinti galimybes pakenkti tyrimo dalyviams. Laikantis etinių principų, užtikrinamas tiriamųjų ir tyrėjo saugumas. Išskiriami šie mokslinio tyrimo etikos principai: pagarbos asmens privatumui principas, konfidencialumo – anonimiškumo principas, geranoriškumo bei nusiteikimo nekenkti tiriamam asmeniui principas, teisingumo principas bei pagarbos asmens privatumui principas.

Tyrimo apribojimai. Tyrimas turi nedidelių ribotumų, kurie neleidžia daryti konkrečių apibendrinimų apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą. Lietuvoje dar nėra atlikta pakankamai tyrimų, kurie būtų vertinę pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą. Dažnai atliktuose tyrimuose pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo sąvoka sulyginama pirminės sveikatos priežiūros efektyvumo sąvokai bei tyrimai dažniausiai grindžiami paciento nuomone ir įžvalgomis, todėl šio tyrimo metu gautų rezultatų nėra galimybės lyginti tarpusavyje su kitais, panašaus pobūdžio atliktais tyrimais mūsų šalyje.

4.2. Pirminės sveikatos priežiūros tikslai sveikatos sistemoje

Pirmasis informantams užduotas: kokie, Jūsų nuomone, pirminės sveikatos priežiūros pagrindiniai tikslai sveikatos sistemoje? Sveikatos priežiūros specialistų, kurie dalyvauja teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas bei susiduria su pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų vertinimu, jų veiksmingumu ir spragomis, šių žmonių suvokimas yra labai reikšmingas. Kadangi, pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir kitos šalys, susijusios su sveikatos priežiūra, gali ne vienodai suvokti PSP tikslus, todėl ypač svarbu, visų pirmą išnagrinėti, kokius PSP tikslus išskiria skirtingos suinteresuotųjų grupės. Informantų atsakymai pateikiami 4 lentelėje. Toliau tyrimo dalyviai žymimi – PSP1, PSP2, PSP3 – PSP veiksmingumo įgyvendintojai, PSP veiksmingumo vertintojai – PSPVV1, PSPVV2.

4 lentelė. Informantų atsakymai, į pirmąjį klausimą: kokie, Jūsų nuomone, pirminės sveikatos priežiūros pagrindiniai tikslai sveikatos sistemoje?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Pirminės sveikatos priežiūros tikslai	Profilaktika	PSPVV2 „ypač akcentuočiau vaikus“ PSP1 „didinti profilaktinių tikrinimų apimtį“
	Ankstyva ligų diagnostika	PSP2 „tai ką leidžia šeimos gydytojo normos“
	Sveikos gyvensenos mokymas	PSPVV2 „Pacientų įtraukimas į sveikos gyvensenos mokymą, rizikos faktorių vertinimą“.
	Lėtinių ligų priežiūra	PSP1 „teikti kiek įmanoma daugiau ambulatorinių paslaugų nenukreipiant su komplikacijomis į II, III lygius“.
	Slauga	PSPVV2 „<...> kuri suteikia žmogui kiek įmanoma panašias buvusio gyvenimo galimybes ir sunkiai sergant ar senstant“. PSP3 „<...> aktualus tęstinės slaugos namuose klausimas, kurią teikia poliklinika“.
	Fizinės ir psichoemocinės, socialinės sveikatos priežiūra	PSP2 „į pacientą žvelgiant daugiau holistiniu požiūriu, susitelkiant ne tik į jo kūną, jo fizinės problemas, tačiau atkreipiant dėmesį ir į ne ką mažiau svarbius psichoemocinius ir socialinius aspektus“.

Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos direktoriaus pavaduotojas nurodė, kad PSP apima tikslų galima išskirti labai daug, tačiau ne visi yra paprastai įgyvendinami. Todėl išskiria šias pagrindines: profilaktinių paslaugų teikimas, sveikos gyvensenos mokymas; eilinių ir kai kurių lėtinių ligų priežiūra;

slauga, kuri suteikia žmogui kiek įmanoma panašias buvusio gyvenimo galimybes ir sunkiai sergant ir senstant. Tai nebūtinai šeimos gydytojų ar bendrosios praktikos slaugytojų užduotis, bet ir tame tarpe pacientų įtraukimas į sveikos gyvensenos mokymą, rizikos faktorių vertinimą. Du informantai kalbėdami apie pirminės sveikatos priežiūros tikslus sveikatos sistemoje teigia, kad vieną iš pagrindinių yra teikiamos profilaktikos paslaugos, tiek vaikams, tiek suaugusiems (prevencinės profilaktikos programos). Šį tikslą kaip vieną svarbesnių išskiria ir PSO, bei kiti anksčiau nagrinėti autoriai. Pirminėje sveikatos priežiūroje dirbanti šeimos gydytoja nurodo, kad PSP tikslus turi apimti ne tik fizinės sveikatos užtikrinimas, tačiau tuo pačiu ir psichoemocinės bei psichosocialinės. Jie svarbūs, tačiau resursų trūkumas sveikatos priežiūros sektoriuje dažnai būna kliūtis tenkinti šiuos tikslus. Maksimalistinę sąlygą (pagal pacientų lūkesčius – visų problemų, išgyvenimų pasidalijimą) realybėje keičia optimalistinė (pagal sveikatos priežiūros įstaigos galimybes, gydytojų užimtumą, per trumpą teikiamos konsultacijos laiką).

Apibendrinant galima teigti, kad pagrindiniai įvardijami pirminės sveikatos priežiūros tikslai yra profilaktinių programų vykdymas, taip kiek įmanoma anksčiau diagnozuojant tam tikras ligas, kartu siejant pacientų mokymą ir lėtinių ligų priežiūrą.

4.3. Kriterijai atspindintys pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą

Antrasis informantams užduotas klausimas: kokius kriterijus pritaikytumėte pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui įvertinti? Kadangi, pirminės sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą (jas teikiantys ir jas vertinantys) gali ne vienodai suvokti ypač svarbu, išnagrinėti, kokius PSP veiksmingumo vertinimo kriterijus išskiria skirtingos suinteresuotųjų grupės. Informantų atsakymai pateikiami 5 lentelėje (žr. 46 – 47 psl.). PSP įstaigos direktoriaus pavaduotojas nurodo, jog, kai pacientams yra suteikta teisė nevaldomai keisti gydymo įstaigas, nustatyti vertinimo kriterijus ir vertinti paslaugų veiksmingumą pagal tam tikrus kitus kriterijus išskyrus suteiktų profilaktinių programų skaičius – sudėtinga. Informanto pateikiamas pavyzdys: „<...> įstaigos situacija – kai tik 1 pacientas atsigulęs į stacionarą dėl lėtinio susirgimo, sumažino gaunamą poliklinikos finansavimą 2000 EUR/mėn.). Kalbant apie vieną iš vertinimo kriterijų – teikiamų ambulatorinių paslaugų kiekį (kiek PSPC sugeba suteikti ambulatorinių paslaugų patys) (PSP1) teigia, jog susvyravus įstaigos finansavimui kyla grėsmė peržiūrėti teikiamų paslaugų spektrą, sumažinant tam tikras teiktas PSP paslaugas. Poliklinikoje dirbanti šeimos gydytoja (PSP2) vieną iš galimų vertinimo kriterijų nurodo pacientų sergančių lėtinėmis ligomis statistiką, ligos paūmėjimų ir ligos kontrolės skaičius, tačiau taip pat iškelia kitą teiginį, jog remiantis šiuo kriterijumi taip pat reiktų vertinti paciento savarankiškumą ir atsakomybes lėtinių ligų gydyme, nes gydytojui neužtenka išrašyti

vaistus ar dalinti patarimus. Jei pacientas jų nevartoja ar nesilaiko rekomendacijų gydant, pirminio sveikatos priežiūros veiksmingumo nebus.

Apibendrinant galima teigti, kad pagrindiniai informantų išskirti PSP veiksmingumo vertinimo kriterijai yra įstaigos veiklos rodikliai, tokie kaip: atliktų prevencinių programų skaičius, lėtinių ligų valdymas šeimos gydytojo kompetencijomis poliklinikoje, stacionarizuotų pacientų skaičius dėl neveiksmingo lėtinių ligų valdymo/kontrolės. Tačiau taip pat informantų nuomone galima daryti prielaidą, kad bendrai nusakyti PSP teikiamų paslaugų veiksmingumo vertinimo kriterijų nederėtų, paradoksalu, tačiau beveik visi išvardyti kriterijai gana dviprasmiški. Išskyla poreikis apibrėžti ir nustatyti kiekvienos teikiamos paslaugos veiksmingumo kriterijus konkrečiai praktinei situacijai.

5 lentelė. Informantų atsakymai į antrąjį klausimą: kokius kriterijus pritaikytumėte pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui vertinti?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo vertinimo kriterijai	Suteiktų prevencinių profilaktikos programų skaičius	<i>PSPVV2 „<...> matyt reikėtų plėsti profilaktinių programų skaičių įtraukiant į jų vykdymą ir BPS.“ PSP1 „Vertinti įstaigas pagal kokius nors kitus kriterijus išskyrus suteiktų profilaktinių programų skaičius –sudėtinga.“</i>
	Prieinamumas (laukimo eilės pas gydytoją)	<i>PSP2 „<...> planinių vizitų teisingas valdymas, ūmių talonų teisinga paskirtis “</i>
	PSP įstaigoje prisirašiusių ir stacionarizuotų ligonių skaičius	<i>PSPVV2 „Sudėtinga pripažinti šį kriterijų, kadangi būna situacijų, kai pacientas prieš 1 d.d. prisirašė į naują ASPĮ ir kitą dieną atsidūrė stacionare. <...> naująją ASPĮ imkime ir kaltinkime neveiksmingų paslaugų teikimu“.</i>
	Suteiktų ambulatorinių paslaugų kiekis	<i>PSP1 „<...> kiek pspe sugeba suteikti ambulatorinių paslaugų patys“.</i>
	Nuotoliniu ir kontaktinių konsultacijų santykis	<i>PSPVV2 „<...> dažnai patyręs šeimos gydytojas matydamas pacientą ir rinkdamas anamnezę gali įžvelgti daugiau, nei tiesiog girdėdamas jo balsą telefone“. PSP3 „<...> nes nuotolinis gydymas niekada neatstos kontaktinės konsultacijos, apžiūros ir nepatikslintos diagnozės. <...> veiksminga konsultacija galima tik subjektyviai ir objektyviai vertinant pacientą “.</i>

5 lentelės tęsinys

	Lėtinių ligų diagnozavimo ir valdymo skaičius	PSP2 „<...> kažkokia statistika su nuperkamų ir vartojamų vaistų kiekiu, vartojimo tendencijomis“. PSP1 „<...> Kažkaip reiktų vertinti paciento savarankiškumą ir atsakomybes gydant jo lėtines ligas“.
--	---	--

4.4. Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo užtikrinimas

Trečiasis informantams pateiktas klausimas: kaip galvojate, kas turi užtikrinti/užtikrina pirminės sveikatos priežiūros suteiktų paslaugų veiksmingumą? Informantų atsakymai pateikiami 6 lentelėje (žr. 47 psl.). Didžioji dauguma tyrime dalyvavusiųjų specialistų teigė, kad pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo užtikrinimas yra priklausoma nuo abipusio bendradarbiavimo. PSP paslaugas teikiančios komandos, t.y. administracijos, medicinos personalo, paciento ir kitų institucijų. Nei vienas apklaustasis neišskyrė konkrečiai vieno atsakingo už PSP suteiktų paslaugų veiksmingumą. PSPVV2 teiginys: „Komandinis darbas ir tamprus ryšys su pacientu, paties paciento pastangos realizuojant medicinos personalo paskyrimus bei jam suteiktų paslaugų vertinimas poveikio paciento sveikatai prasme. Visa tai turi sueiti į bendrą visumą. Tada galime tikėtis teigiamos dinamikos šioje srityje“. PSP1 „Visi mes, negalima išskirti kažko vieno. Gydytojas, registratūros darbas, administracija. Man atrodo čia kompleksiskai visi kažkiek įtakoja iš savo pusės ir šitaip užtikrina sistemos veikimą arba ne“. PSPVV1 „Griežtai audituojamos įstaigos, teisingas jų vertinimas visais aspektais, jei įstaiga teikianti PSP net neatitinka konkrečių reikalavimų, apie veiksmingas teikiamas paslaugas negalima kalbėti. Žvelgiant plačiai turime numatyti ir pacientų saugios aplinkos užtikrinimą, higienos aspektus, visus reikalavimus ir t.t. Tai turi užtikrinti visų pirmą audituojančios, akredituojančios ir licencijas paslaugų teikimui išduodančios įstaigos“.

6 lentelė. Informantų atsakymai į trečiąjį klausimą: kaip galvojate, kas turi užtikrinti/užtikrina pirminės sveikatos priežiūros suteiktų paslaugų veiksmingumą?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Pirminės sveikatos priežiūros suteiktų paslaugų veiksmingumo užtikrinimas	Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos komanda	PSPVV2 „Komandinis darbas ir tamprus ryšys su pacientu.“
	Sveikatos apsaugos ministerija	PSP2 „Konkrečių apibrėžčių įsakymų ir nurodymų teikimas iš viršaus į apačią privalo būti racionalus ir realiai įgyvendinamas personalui ir įstaigoms“.

6 lentelės tęsinys

	Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM	<i>PSPVV1 „Griežtai audituojamos įstaigos, teisingas jų vertinimas visais aspektais“.</i>
	Pacientas	<i>PSP1 „čia kompleksiškai visi kažkiek įtakoja iš savo pusės, komanda su pacientais“. PSPVV2 „<...> paties paciento pastangos realizuojant medicinos personalo paskyrimus <...>“.</i>

Taigi, iš pateiktų informantų atsakymų į pateiktą klausimą galima teigti, jog pirminės sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumo užtikrinimas yra priklausomas nuo daugelio faktorių ir jį užtikrinti privalo visi tie, kurie kuria, įgyvendina ir dalyvauja sveikatos priežiūros sistemoje.

4.5. Išoriniai ir vidiniai veiksniai, darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui bei jo gerinimui

Ketvirtasis informantams užduotas klausimas: kokie, išorinės aplinkos ir vidiniai veiksniai, turi didžiausios įtakos pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui bei jo gerinimui? 7 lentelėje (žr. 49 – 50 psl.), pateikti specialistų atsakymai, kurie išskaidyti į dvi kategorijas: išoriniai veiksniai, darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumui ir vidiniai. Kalbant apie išorinių veiksnių daro įtaką dažniausiai buvo minimi politiniai veiksniai, kalbama apie netinkamai ruošiamus įstatymus ir neapibrėžtus kriterijus. Antras svarbus veiksnys informantams atrodė socialiniai veiksniai. Minima, kad demografinė padėtis sparčiai keičiasi, todėl būtina į tai orientuotis pritaikant sveikatos apsaugos sistemą. Paminėti ir teisiniai veiksniai nurodo, kad trūksta bendros sistemos siekiant tikslios teisinių aktų interpretacijos ir supratimo. Kalbant apie vidinius įstaigų veiksnius – didžioji dalis specialistų kalba apie vidinę įstaigos kultūrą. Informantai su ja sieja, gydytojo ir paciento pozityvius santykius, aiškiai nustatytus, pasiekiamus tikslus ir kitus organizacinius veiksnius, kurie yra reikšmingi, siekiant veiksmingų pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų. Tarp vidinių veiksnių išskiriama ir kvalifikacija. Informantų teigimu, svarbios tiek vadovų, tiek darbuotojų kompetencijos, domėjimasis naujomis technologijomis. Pagrindinis informantų išskiriamas yra finansinis veiksnys. Jų teigimu, daugelis problemų kyla būtent dėl finansavimo stokos nestabilumo. Minimas ir specialistų trūkumas, nes nėra

planuojamas jų poreikis ateityje, nėra gerinamos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų darbo sąlygos. ASPI direktoriaus pavaduotojas (PSPVV2) išskiria šią problemą kaip ypač opią – „kai pacientui lieka tik 5 – 7 minutės (konsultacijai) – tuo ir viskas pasakytą“. Darbuotojų stygius ir dėl jo stringantis teikiamų paslaugų veiksmingumas, kuris gali išaugti ir į dar vieną opią teikiamų paslaugų prieinamumo problemą. Informantai akcentuoja ir bendradarbiavimo įstaigos viduje trūkumą, bei kontrolės nepakankamumą.

Apibendrinant galima teigti, kad iš išorinių veiksnių, darančių įtaką pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui specialistai tvirtai įvardija politinius veiksnius. Tai rodo, kad nemažai yra tikimasi iš politikų įstatymų rengime, aiškių kriterijų sudaryme. Iš vidinių veiksnių, akcentuojama vidinė įstaigų kultūra, kompleksiški tarpusavio santykiai personalo ir paciento požiūriu, gera įstaigos vadyba susitelkianti į teikiamų paslaugų veiksmingumo gerinimo užtikrinimą. Išskiriami ir finansiniai veiksniai, nes finansų trūkumas stipriai apriboja ir trukdo tobulinti pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumą.

7 lentelė. Specialistų atsakymai, į ketvirtąjį klausimą: kokie, išorinės aplinkos ir vidiniai veiksniai, turi didžiausios įtakos pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui bei jo gerinimui?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Išoriniai veiksniai, darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui bei jo gerinimui	Politiniai veiksniai	PSPVV2 „Nepakankamas finansavimas“ PSP1 „Mažų ASPI problemų ignoravimas, telkiant dėmesį į didžiąsias pirminės sveikatos priežiūros įstaigas“.
	Socialiniai veiksniai	PSP2 „<...> susisiekiama su įstaiga, ypač kalbant apie pažeidžiamiausias pacientų grupes“.
	Teisiniai veiksniai	PSPVV2 „Labai apribotos BPG galimybės (tyrimuose, paskyrimuose)“. PSP3 „<...> BPS savarankiškumo apribojimai“.
Vidiniai veiksniai, darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui bei jo gerinimui	Kvalifikacija	PSP2 „<...> medicinos personalo kvalifikacija <...> administracijos aukšto lygio sveikatos priežiūros politikos ir vadybos išmanymas“.
	Pacientų skaičius	PSPVV2 „<...> BPG darbo krūviai neesant komandos“. PSPVV1 „<...> racionalus vienam BPG tenkantis darbo krūvis kalbant apie visos įstaigos prisirašiusių pacientų skaičių“.

7 lentelės tęsinys

	Įstaigos vidinė kultūra	PSP1 „<...> personalo psichoemocinė sveikata“. PSPVV2 „vidinė komunikacija tarp administracijos ir medicinos personalo“. PSP2 „Pastovus kokybiško kontakto ir susikalbėjimo siekimas su pacientu“. PSPVV1 „<...>tinkama ir teisinga klaidų, nepageidaujamų įvykių, problemų sprendimų analizė“.
	Specialistų trūkumas	PSPVV2 „<...>komandos nebuvimas (min. su BPG turi dirbti 2 BPS, socialinis darbuotojas ir bent iš dalies -kineziterapeutas“. PSP3 „Personalo skaičius, kuris užtikrintų kokybišką darbą“.
	Bendradarbiavimas	PSPVV2 „Personalo gebėjimas bendradarbiauti tarpusavyje t.y. įstaigos lygmenyje, savivaldybės įstaigų lygmenyje, o prireikus ir šalies mastu“.
	Kontrolė	PSPVV1 „<...> aiškus pareigybių skirstymas ir jų prisiėmimas, atsiskaitomybė“.
	Finansiniai veiksniai	PSPVV2 „Nepakankamas įstaigų finansavimas. Didesnis dėmesys skiriamas II, III – io lygio paslaugoms teikti“. PSP3 „Neįvertinama mediko profesija finansiniu atžvilgiu <...> krūviai neatitinkantys gaunamo atlygio, to pasekoje atsiranda motyvacijos stoka atliekamuose darbuose“.

4.6. Kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant pirminės sveikatos priežiūros grandies veiksmingumo

Penktasis informantams pateiktas klausimas buvo: kokios yra kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant pirminės sveikatos priežiūros grandies teikiamų paslaugų maksimalaus veiksmingumo ir kaip jas pašalinti? Sveikatos priežiūroje dalyvaujančių specialistų atsakymai nurodyti 8 lentelėje (žr. 52 – 53 psl.). Daugiausia apklaustųjų paminėjo, kad yra nemažai vidinės įstaigų kultūros problemų: trūksta bendrų tikslų ir vieningos vizijos, pareigybių ir atsakomybių neapibrėžtumas, kad visa tai sukelia motyvacijos trūkumą ir darbuotojai mažai paisy elgesio kodekso taisyklių. Prie pagrindinių kliūčių išskiriami ir finansiniai sunkumai: specialistai kalba tiek apie išorinio finansavimo problemas (per mažas iš TLK gaunamas finansavimas, negebėjimas įvertinti paslaugų vertės), tiek apie vidinį įstaigų nemokėjimą racionaliai paskirstyti lėšų. Informantai, kalbėdami apie kliūtis, siekiant užtikrinti pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą teigia, kad yra susiduriama ir su e.sveikatos trikdžiais, o per didelis darbo krūvis mažina tikimybę suteikti kokybišką paslaugą. Specialistai dalyvaujantys PSP nurodo, jog dėl per didelės dokumentacijos sumažėja bendravimo su pacientu laikas, trūksta bendradarbiavimo tarp komandos narių, Darbuotojų neįtraukimas, nes yra tik nuo viršaus numetama į apačią. Nėra paskirstoma konkrečiai pareigybės ir už ką tu esi atsakingas. Finansavimo stoka. Specialistų trūkumas PSPVV2 „nekalbu apie finansavimą, nes komandos surinkimas reiškia ir kitus dalykus pvz.: realų slaugytojų poreikį pagal šeimos gydytojo komandos dydį (Lietuvoje grubiai yra 2500 BPG apylinkių ir jau dabar reikėtų apie 2500 BPS). Kadangi dabar plečiasi ir slauga namuose tai situacija atrodo šiek tiek beviltiškai BPS prasme“. Šeimos gydytoja (PSP3) taip pat išskiria personalo stokos problemą bei pacientų nenorą įsitraukti į sveikatos problemų sprendimą „neribojamas pacientų vizitų skaičius, pacientų nesupratingumas, negebėjimas išryškinti realaus pagalbos poreikio, kreipimasis kas antrą dieną, nes pamiršo vizito metu dar kažką aptarti ir panašiai. Ką kalbėti apie socialinių tinklų erdves ir poreikį konsultuoti vėlai vakare sms žinute“.

Apibendrinant gautą informaciją, specialistai kaip pagrindines kliūtis įvardija žmogiškųjų išteklių trūkumą, kuris sukelia neadekvačius medicinos personalo krūvius, kurie daro įtaką teikiamų paslaugų kokybei ir veiksmingumui. Taip pat informantai ypač pabrėžia finansinius sunkumus, nestabilus įstaigų finansavimas, vangiai kylančius atlyginimus, kurie galimai paskatina jaunos specialistus emigruoti, to pasekoje iškyla senstančio personalo problema, kuri perauga į absoliutų personal trūkumą.

8 lentelė. Specialistų atsakymai į penktąjį klausimą: kokios yra kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros grandies teikiamų paslaugų maksimalaus veiksmingumo ir kaip jas pašalinti?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant kokybiškų sveikatos priežiūros grandies teikiamų paslaugų maksimalaus veiksmingumo ir kaip jas pašalinti	Finansiniai sunkumai	PSPVV2 „finansavimo didinimas I lygio gydymo įstaigose, kad šeimos gydytojui tektų mažiau prisirašiusiųjų PSP1 „Esi apribotas ypač iš finansinės pusės, įrangai, priemonėms, kokybės gerinimui visam”.
	Nesugebėjimas įvertinti realios teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos vertės	PSP2 „Neribojamas pacientų vizitų skaičius“. PSP1 „<...>paviršutiniai algoritmai”.
	Informacinių technologijų trikdžiai, sunkumai	PSPVV2 „Amžini e-sveikatos tobulinimai ir amžini netobulumai“. PSPVVI „<...>tarpinstituciniai vis dar išliekantys duomenų neperdavimai. Savo atsakomybių permetimas tik BPG, kuris turi spręsti ir socialines besikreipiančių problemas, kai tuo tarpu yra institucijos ir atsakingi asmenys”.
	Vidinės įstaigos kultūros ir tarpusavio bendradarbiavimo problemos	PSP1 „<...> organizacinė struktūra, vidinė politika“. PSP2 „Pasėkmių ir simptomų gydymas, o ne priežastinių ligos veiksmų šalinimas”. PSP3 „<...> trūksta bendrų tikslų ir aiškių vizijų”.
	Per didelis dokumentacijos kiekis	PSPVV2 „<...> pacientui 5 min. akių kontakto, nes turi jį apžiūrėti, aprašyti, dokumentuoti“. PSP3 „<...>ir iš tos personalo stokos iškrenta problema, kaip BPG darbas savarankiškai be BPS, kai tuo tarpu slaugytojas galėtų padėti su dokumentacija”.

8 lentelės tęsinys

	Žmogiškųjų išteklių trūkumas	<i>PSP1 „Tarkime, BPG arba BPS išeina kasmetinių uždirbtų atostogų, tai prieš išeidamas paari, grįžęs taip pat. Apie kokias veiksmingas, kokybiškas paslaugas galima kalbėti, kai vaduoti nėra kam. Ligos atveju – katastrofa”. PSPVV1 „<...> žmogiškieji ištekliai opi ir skaudi tema tiek Lietuvoje, tiek Europoje. Vis senėjantis personalo amžius ir jaunų specialistų pabėgimas iš Lietuvos stipriai apsunkina sveikatos priežiūros teikimą”.</i>
	Per dideli darbo krūviai	<i>PSP3 „<...> neadekvatūs darbo krūviai”.</i>
	Įstaigos kontrolės stoka	<i>PSP2 „<...> teisinio saugumo nebuvimas”. PSP3 „<...> nes yra tik nuo viršaus numetama į apačią”.</i>

4.7. Personalo ir paciento vaidmuo PSP veiksmingumo gerinime

Šeštasis informantams pateiktas klausimas buvo: kokią svarbą, jūsų nuomone, pirminės sveikatos priežiūroje (PSP) turi personalo ir paciento vaidmuo PSP veiksmingumo gerinime? Tyrime dalyvavusių specialistų atsakymai nurodyti 9 lentelėje (žr. 54 psl.). (PSPVV2) „Visada gali kalti prie sienos medicinos personalą, bet kur šiame žaidime pats pacientas – lieka neaišku. Jis praktiškai įdeda nulį pastangų, kad gyventų sveikai, kad atvyktų kviečiamas profilaktikos ir pan. Todėl matyt reikėtų veikti saldainio ir lazdos principu (saldainis – kai aktyviai dalyvaujama profilaktikoje ir lazda – kai nerodoma iniciatyva ar nedalyvaujama valstybės finansuojamose profilaktinėse programose). Taip kai kurios pasaulio valstybės ir elgiasi”. (PSP2) „Turi vykti bendradarbiavimas lygiavertis ir atsakomybių pasidalijimas. Abi pusės: pacientas ir personalas turi lygiavertiškai dalyvauti gydymo procese”. Taip pat ir nagrinėtoje literatūroje aprašoma daugelis teiginių apie veiksmingą sveikatos priežiūrą „dirbant iš vien” su pacientu. Akcentuojama paciento svarba ir įsitraukimas į sveikatos gerinimo prevencijas, ligų valdymą, ar tęstinę ir savarankišką savo sveikatos priežiūrą.

Taigi, visi informantai atsakydami į pateiktą klausimą pabrėžia ypatingą personalo ir paciento bendradarbiavimo svarbą, kuri įvardijama kaip neatsiejama sveikatos priežiūros dalis, o ypač kalbant apie pirminę sveikatos priežiūrą. Skiriant daugiau dėmesio bei pastangų pacientų ir personalo bendravimo ir bendradarbiavimo gerinimui teigiama linkme lygiagrečiai to būtų pastebimas ir PSP veiksmingumo gerinimas.

9 lentelė. Informantų atsakymai į šeštąjį interviu klausimą: kokią svarbą, Jūsų nuomone, pirminės sveikatos priežiūroje (PSP) turi personalo ir paciento vaidmuo PSP veiksmingumo gerinime?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Paciento ir personalo vaidmuo pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo gerinime	Paciento savarankiško tęstinio gydymo realizavimas	<i>PSPVV2 „Paskirti gydymą yra vieną <...> išgerti laiku vaistus, ateiti laiku tyrimams – jau paciento atsakomybė”.</i>
	Lygiaverčio bendradarbiavimo trūkumas	<i>PSP2 „<...>pacientas ir personalas turi lygiavertiškai dalyvauti gydymo procese”.</i> <i>PSP1 „Kvietimas dalyvauti valstybės finansuojamose programose yra aktyvus, bet pasyvus pacientų atvykimas”.</i>
	Teisingas atsakomybių pasidalijimas	<i>PSPVV2 „Ypatingai trūksta supratimo, kad gydytojas tėra pagalbininkas, o pacientas pats savo sveikatos buvimo arba nebuvimo užtikrintojas”.</i>
	Abipusė bendravimo ir bendradarbiavimo kultūra	<i>PSP1 „<...> pradedant principu iš viršaus į apačią – administracija, medicinos personalas, pacientas”.</i>
	Perteklinis medikų spaudimas iš paties paciento	<i>PSPVV2 „<...> Lietuvoje yra patvirtinta eilių valdymo sistema, kuri nurodo patvirtintus paciento laukimo laikus pas BPG ir gydytojus specialistus, net suteikiant pacientui paslaugą daug greičiau nei numatyta standartuose iš mažesnių ASPĮ atsiranda reikalavimai viską gauti čia ir dabar, nepriklausomai nuo esamos paciento problemos”.</i> <i>PSP3 „<...> kreipiasi su tam tikra problema, tačiau vieno vizito metu reikalaujama suteikti paslaugas ir kitiems namuose likusiems šeimos nariams”.</i> <i>PSP2 „<...> pacientų konsultacijų prašymai po darbo valandų, per soc. tinklus, registratūros terorizavimas suteikti gydytojo private tel. nr.”.</i>

4.8. Pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumas kitų sveikatos grandžių atžvilgiu

Septintasis informantams pateiktas klausimas buvo: kaip vertinate pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumą kitų sveikatos grandžių atžvilgiu (II – o, III – io lygio paslaugos)? Tyrime dalyvavusių specialistų atsakymai nurodyti 10 lentelėje (žr. 56 psl.). Didžioji dauguma informantų teigė, jog vertinti pirminės sveikatos priežiūrą su kitais lygiais yra neteisinga ir netikslinga. (PSPVV2) „Kol kas PSP pralošia prieš II – ajį ir III – iąjį lygius, bet tik dėl to, kad PSP lygyje svarbus pačio paciento noras siekti sveikatingumo. Kai to nėra – I lygis šlubuoja. Nes II ir III lygis jau sprendžia konkrečias problemas praktiškai pacientui neįdedant jokių pastangų t.y. (narkozė, operacija, prabudimas, pleistras... ir jūs laisvas). Tam, kad valgyti vyšniais ryjant kauliukus, kai tai yra nesveika turėtų pacientas klausyti savo šeimos gydytojo ar BPS bet ne chirurgo“. (PSP2) „Manau, kad vertinti lygius tarpusavyje neverta, nes per daug skiriasi gydymo specifika. Kaip galima lyginti šeimos gydytojo darbą kabinetuke prie kompiuterio, kada pacientai daugiausia lėtiniai ir kreipiasi dėl visų ligų ir priežasčių ir III – nio lygio specialistus Santariškėse ar Kaune, kur geriausia įranga, brangiausi tyrimai ir konsultantai specializuojasi ne tik, kad viename ligų profilyje, bet ir dažniausiai dirba su viena liga“. Nors ir galima daryti prielaidą, kad (PSP1) „<...> kuo veiksmingiau dirba I lygis, tuo mažiau užkraunamas II ir III lygis, lengviau prieinamos II ir III lygio paslaugos pacientams, kuriems tikrai reikia pagalbos. Nėra neadekvačių apsilankymų ir apkrovos, toms problemoms spręsti, kurios gali būti išspręstos šeimos gydytojo ir jo komandos pirminėje sveikatos priežiūroje“. (PSP1) „Praktikoje vis dažniau sutinkame pacientų, kurie nuvertina BPG kompetencijas ir jau pirmojo vizito metu reikalauja medicininių siuntimų pas gydytojus specialistus. Dažnai siuntime taip ir rašom – pacientui reikalaujant“. (PSP2) „<...> gauni pacientą, kurį atsivežė vaikai pas save, kuris buvo apleistas su krūva lėtinių ligų ir jų komplikacijų, siekiant kiek įmanoma gerinti paciento būklę jis siunčiamas pas specialistus ir tikrai ne tam, kad apkrauti kitus lygius, o tam, kad padėti žmogui rasti problemą, kurią jau kartu spręstų su BPG, todėl vertinti tarpusavyje – netikslinga“.

Taigi, apibendrinant informantų atsakymus į pateiktą klausimą matoma aiški specialistų nuomonė apie tai, kad vertinti pirminio sveikatos priežiūros lygio teikiamų paslaugų veiksmingumo ir jų spektro su kitais sveikatos priežiūros lygiais negalima. Remiantis kitų sveikatos priežiūros grandžių prieinamumu ir apkrova netikslinga vertinti ASPI ar konkrečiai BPG teikiamų paslaugų veiksmingumą.

10 lentelė. Informantų atsakymai į septintąjį interviu klausimą: kaip vertinate pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumą kitų sveikatos grandžių atžvilgiu (II – io, III – io lygio paslaugos)?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumas kitų sveikatos grandžių atžvilgiu (II – io, III – io lygio paslaugos)	Neteisinga vertinti PSP veiksmingumą pagal pacientų apsilankymus skubios pagalbos skyriuje	PSPVV2 „<...> pacientai, kurie prisirašę prie tam tikros ASPĮ gali būti, kad vieną ar du kartus lankėsi įstaigoje pas šeimos gydytoją arba visai niekada ir pagal tai vertinti, kad gydytojas dirba neveiksmingai vienareikšmiškai negalima“. PSP1 „Yra atvejų, kai pacientas kreipiasi su skundais dėl užsitęsios slogos, o jo šeimos gydytojas dirba antroje dienos pusėje, prasideda priekaištai ir nepasitenkinimas sveikatos sistema, jog gaus konsultaciją tik antroje dienos pusėje. Dažniausiai šie klientai nieko nelaukia ir sėkmingai išvažiuoja į skubios pagalbos skyrius“.
	I, II, III lygiuose dirbančių gydytojų specialistų per daug skirtinga gydymo specifiška ir galimybės, todėl tai neturėtų būti vertinami tarpusavyje	PSP2 „<...> gauni pacientą, kurį atsivežė vaikai pas save, kuris buvo apleistas su krūva lėtinių ligų ir jų komplikacijų, siekiant kiek įmanoma gerinti paciento būklę jis siunčiamas pas specialistus ir tikrai ne tam, kad apkrauti kitus lygius, o tam, kad padėti žmogui rasti problemą, kurią jau kartu spręstų su BPG, todėl vertinti tarpusavyje – netikslinga“.
	II, III lygio apkrova ir prieinamumas neturi būti vertinamas kaip priklausomybė nuo PSP veiksmingumo	PSPVV2 „<...> dažnai pasitaiko pacientų, kurie nemato skirtumo tarp būtinosios ir skubios pagalbos, kai tarkim ASPĮ nedarbo metu važiuoja ne pas budintį gydytoją, o į skubios pagalbos skyrių, nors atvažiavo tik dėl slogos“.
	Pacientų išsikelti stereotipai dėl šeimos gydytojo kompetencijų – vadybininkas tarp II, III lygių	PSP1 „Praktikoje vis dažniau sutinkame pacientų, kurie nuvertina BPG kompetencijas ir jau pirmojo vizito metu reikalauja medicininių siuntimų pas gydytojus specialistus. Dažnai siuntime taip ir rašom – pacientui reikalaujant“.

4.9. Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo vertinimas pagal pagrindinius šalies sveikatos rodiklius

Aštuntasis informantams pateiktas klausimas buvo: ar galima pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą vertinti pagal pagrindinius šalies sveikatos rodiklius? Sveikatos priežiūroje dalyvaujančių specialistų atsakymai nurodyti 11 lentelėje (žr. 57 – 58 psl.). Informantų pateikti atsakymai sudarė dvi subkategorijas, tai reiškia, kad pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą vertinti pagal pagrindinius šalies sveikatos rodiklius vertinti nėra tikslinga, o jeigu jie būtų vertinami, vertėtų praplėsti ir apibrėžti tam tikrus šalies rodiklius. (PSPVV2) „Manau, kad tai ne visai teisinga, nes žinant kaip „intensyviai“ patys pacientai „rūpinasi“ savo sveikata, tai suversti visą kaltę dėl blogų rodiklių PSP tikrai negerai. Jeigu neveikia įkalbinėjimai, tai ar būtumė įveikę pandemiją jeigu būtume tik prašę arba siūlę? Be baudų? Be aiškinimo, mokymo ir galbūt tariamos prievartos tuo pačiu metu?“. (PSP2) „Kalbant apie šalies rodiklius ar PSO nustatytus standartus svarbu, kad jie būtų kiek įmanoma konkrečiau apibrėžti, nes yra taip, kad susitelkiama į skaičius, statistikas, bet jie tikrai neįtraukia psichoemocinės gerovės lemiamų rodiklių“. Visgi galima diskutuoti, jog šalies sveikatos rodiklių kiekis dar labai paviršutiniškai atspindi visą pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą. Todėl geriau pradėti nuo paprastos ir aiškos sistemos su nedideliu rodiklių skaičiumi, kurie konkrečiai padeda vertinti ASPI veiksmingumą, gydytojų, slaugytojų. Nors ir susiduriama su įvairiomis kliūtimis teikiamų paslaugų veiksmingumo vertinime, akivaizdu, kad pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas turi didelę svarbą sveikatos priežiūros rodiklių gerinime Lietuvoje ir Europoje.

Taigi, apibendrinant informantų pateiktas išvagas galima teigti, kad specialistų nuomonės smarkiai neišsiskyrė, kadangi visi nurodė, jog norint vertinti pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą pagal pagrindinius šalies sveikatos rodiklius svarbu praplėsti ir aiškiai bei vieningai apibrėžti tam tikrus rodiklius, kadangi dažnai atsiranda rodiklių kintamumas pritaikant juos skirtingoms situacijoms.

11 lentelė. Informantų atsakymai į aštuntąjį klausimą: ar galima pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą vertinti pagal pagrindinius šalies sveikatos rodiklius?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo vertinimas pagal pagrindinius šalies sveikatos rodiklius	Vertinti galima, tačiau vertėtų praplėsti ir aiškiai apibrėžti tam tikrus šalies sveikatos rodiklius	PSP1 „Manau, kad galima, tačiau trūksta konkrečios apibrėžties arba ji nėra tinkamai paaiškinta“. PSP3 „Vertinkime, tačiau apibrėžkime, veiksmingumą t.y. gydytojo konkrečios, įstaigos konkrečios, situacijos konkrečios <...>“.

11 lentelės tęsinys

	Vertinimas nėra tikslingas	PSP2 „Vertinti reikia, tačiau ar būtent tokiu principu – nemanau“. PSPVV2 „Manau, kad tai ne visai teisinga <...>“.
--	----------------------------	---

4.10. Specialistų pateikti pasiūlymai įvairiems suinteresuotiesiems pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui pagerinti

Devintasis informantams užduotas klausimas: kokius turėtumėte pasiūlymus įvairiems suinteresuotiesiems pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui pagerinti? Atsakymai pavaizduoti 12 lentelėje (žr. 58 – 59 psl.), pateikia tris pasiūlymus. (PSPVV2) teigimu, pirmiausia reikia aiškiai apibrėžti mokamas ir nemokamas paslaugas. Pasiūlymas – paslaugos kainą turėtų dengti ir valstybė ir žmogus. „Srautų valdymas priverčiant pacientą minimaliais pinigais įnašais dalyvauti srautų valdyme ir rūpinimąsi savo sveikata (kontakto su med. personalu mokestis, pvz.: 1 EUR už išrašytą kompensuojamus vaistus ne planine tvarka, o ir vėl pamiršus laiku kreiptis, bet reikalaujant čia ir dabar“. Kitas pasiūlymas – nustatyti realius paslaugų įkainius ir vertę. Tačiau čia susiduriama su ribotu PSDF biudžetu, kurio tiesiog neužtenka sveikatos priežiūros paslaugų visai kainai padengti. (PSP2) „Būtina gerinti pacientų suvokimą, kas apskritai yra sveikata, nes pati pradžia ir susideda nuo to“. (PSP1) „Reikia švietimo gyvenimo būdo svarbai pažymėti ir tai turi būti ne tik iš sveikatos sektoriaus, bet visa valstybinė politika“. Taip pat yra akcentuojama, kad turi būti sukurti paprasti šablonai, kurie nurodytų tikslus žingsnius siekiant pagerinti teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą.

Taigi, tyrime dalyvavusieji sveikatos priežiūros specialistai pateikė įvairių pasiūlymų, tačiau galima teigti, jog informantų siūlymai suinteresuotiesiems pasiskirstė ganėtinai skirtingai.

12 lentelė. Informantų atsakymai į devintąjį klausimą: kokius turėtumėte pasiūlymus įvairiems suinteresuotiesiems pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui pagerinti?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Pasiūlymai įvairiems suinteresuotiesiems pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui pagerinti	Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijų plėtra (PSP)	PSPVV2 „šeimos gydytojo ir BPS kompetencijų plėtra, tai tyrimų paletė, vaistų išrašymas, ir kita“.
	Nebūdingų PSP lygiui funkcijų perdavimas kitoms institucijoms	PSP2 „<...> nes slauga ir socialinė veikla yra visai šalia, o vis dar daugelis ASPĮ neturi jokio Savivaldybės priskirto socialinio darbuotojo“.

12 lentelės tęsinys

PSP adekvatus finansavimas	<i>PSPVV2 „susijęs su kompetencijų plėtra ir tinkamos šeimos gydytojo komandos sudarymu “. PSP2, „<...> sistema, kuri skriaudžia pirminę priežiūrą finansavimo prasme, dėmesio prasme, ir šeimos gydytojų ruošimo prasme“.</i>
Maksimalus paciento įtraukimas į rūpinimąsi savo sveikata ir atsakomybės prisiimimas	<i>PSP2 „Būtina gerinti pacientų suvokimą, kas apskritai yra sveikata “.</i>
Šeimos gydytojo ar bendrosios praktikos slaugytojo veiklos vertinimo įtraukimas (šiuo metu vertinama tik ASPĮ veikla)	<i>PSPVV1, „<...> kol kas nėra vertinama konkretaus šeimos gydytojo ar BPS veikla – vertinama tik ASPĮ veikla. Tuo tarpu ASPĮ neturi jokių galimybių įvertinti konkrečių gydytojų veiklos, nes iš ESPBI ar iš VLK negali gauti jokių gydytojo veiklą įvertinančių ataskaitų “.</i>
Tinkamos apskaitos įvedimas	<i>PSPVV2 „<...> nėra tinkamos apskaitos, nes nežinome tikrų PSP veiklos sąnaudų (kažkas medicininės patalpas nuomojasi už rinkos kainą – kažkas naudojasi panaudos principu, kažkas perka medicininę įrangą savo lėšomis – kažkas ją gauna iš Valstybės investicijų “.</i>
Orientacija į PSP svarbiausius asmenis – pacientą, šeimos gydytoją, bendrosios praktikos slaugytoją	<i>PSPVV1 „<...> supratimas, kad PSP svarbiausi asmenys -pacientas, šeimos gydytojas, BPS, bet ne VĮ Registrų centras, VLK, SODRA ar VASPVT. Paskutiniu metu šios institucijos žengia priekyje PSP“.</i>
Pacientų srautų valdymas priverčiant pacientą minimaliais piniginiiais įnašais dalyvauti srautų valdyje ir rūpinimąsi savo sveikata	<i>PSPVV2 „<...> kontakto su med. personalu mokestis, pvz.: 1 EUR už išrašytą kompensuojamų vaistų receptą ne planine tvarka “.</i>
Didesnis šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų ruošimas būtent ambulatorijoms, o ne ligoninėms	<i>PSP3 „<...> dalis šeimos gydytojų rezidentų ruošiami didžiosiose ASPĮ, o iš tikrųjų rezidentų ruošimo bazės turėtų būti ambulatorijose, mažuose šeimos gydytojų centruose, bet ne ligoninėse “.</i>
Bendrosios praktikos slaugytojų ruošimas studijose numatant specializaciją (darbas PSP/ligoninėje)	<i>PSP1, „<...> matyt šiek tiek reikalinga ir BPS specializacija dar studijose – ligoninė ar PSP“.</i>

4.11. Pirminės sveikatos priežiūros dabartinis veiksmingumo lygis po 10 metų

Paskutinis dešimtas sveikatos priežiūroje dalyvaujantiems specialistams užduotas klausimas buvo toks: Pabandykite įsivaizduoti, kaip pasikeis/nepasikeis pirminės sveikatos priežiūros dabartinis veiksmingumo lygis po 10 metų? Atsakymai pateikiami 13 lentelėje (žr. 60 – 61 psl.). (PSPVV2) „Aš būčiau šioks toks pesimistas toje vietoje. Nes per praėjusius 10 metų nesugebėjome paciento įtraukti į savęs priežiūrą, taip pat ir struktūriškai ne ką nuveikėme. Sunku patikėti, kad rasime tiek žmogiškųjų resursų, kurių reikia, kad sistema tinkamai funkcionuotų (to nepadare nei Didžioji Britanija, nei Norvegija, kur skiriamų lėšų kiekis sveikatos apsaugai gerokai didesnis)“. (PSP2) „<...> būtų nuostabu, jei vyktų konsultacijos gydytojo su gydytoju, kažkokia platforma kur būtų galima konsultuotis, būtų veiksmingiau sprendžiamos problemos; galbūt būtų nuimti NDNT, biuleteniai, pažymos vaiko teisėms, draudimams ir panašiai, dar padaugėtų laiko konsultacijoms. Manau nuotolinės konsultacijos turėtų plėstis su laiku, pvz.: vaizdo skambučiai ir ta pati telemedicina“. (PSP1) „Jei viskas vyks tokia tendencija kaip dabar – nemanau, kad kažkas ryškiai keisis. Lėtinių ligų daugės, jos jaunės, pasistūmėsime retų, sunkių ligų gydymo algoritmų tobulumu ir vaistų, prailginančių gyvenimo laiką, bet ne kokybę sukūrimu. Bus žymiai daugiau psichologinių/psichiatrinių ligonių, išaugs antidepresantų ir raminamųjų vaistų poreikis“.

Taigi, apibendrinant galima teigti, jog ateities vizijos sveikatos priežiūros sistemoje yra pasiskirstę netolygiai, dalis informantų tiki, kad bus įgyvendintos reikiamos pertvarkos, formuosis pozityvesnis požiūris į gydytojo profesiją, sustiprės bendradarbiavimas, kita dalis informantų pirminės sveikatos priežiūroje akivaizdžių veiksmingumo pokyčių ateityje nenumato.

13 lentelė. Informantų atsakymai į dešimtą klausimą: Pabandykite įsivaizduoti, kaip pasikeis/nepasikeis pirminės sveikatos priežiūros dabartinis veiksmingumo lygis po 10 metų?

Kategorija	Subkategorija	Pagrindžiantys teiginiai
Pirminės sveikatos priežiūros dabartinis veiksmingumo lygis po 10 metų PASIKEIS	PSP Finansavimas	PSPVV2 „<...> nes kai 2000 m. pradėjome veiklą BPS atlyginimai į rankas buvo apie 300 LT, tai taip ir galvoji...“
	Plačiai įgalinta PSP teikiama telemedicinos paslauga (sukuriamas didesnis paslaugų prieinamumas)	PSP2 „<...> konsultacijos turėtų plėstis su laiku, pvz.: vaizdo skambučiai ir ta pati telemedicina“.

13 lentelės tęsinys

	Daugiau investuojama į e. sveikatą, sukurta vieninga sistema	<i>PSPVV2 „Paskutinius 20 metų judėjime į priekį, bet ne tiesiu keliu, o labai dažnai – ratais, įtraukdami kažkokias išlygas, kompromisus, naujas sistemas e-sveikatą...“.</i>
	Mažiau dokumentacijos	<i>PSP2 „Galbūt būtų nuimti NDNT, biuleteniai, pažymos vaiko teisėms, draudimams ir panašiai“.</i>
	Igyvendintos pertvarkos	<i>PSPVV2 „Svarbiausia nuoseklumas numatytiems planam, o ne pagal tai, kokie ministrai ateina“.</i>
Pirminės sveikatos priežiūros dabartinis veiksmingumo lygis po 10 metų NEPASIKEIS	Paciento savęs priežiūra	<i>PSPVV1 „<...> jeigu bent priverstų pačius pacientus rūpintis savo sveikata ir numatytų 25 metų planą kaip turėtų atrodyti sistema – būtų neblogai“.</i>
	Išliks žmogiškųjų išteklių trūkumas	<i>PSPVV2 „Sunku patikėti, kad rasime tiek žmogiškųjų resursų, kurių reikia, kad sistema tinkamai funkcionuotų (to nepadarė nei Didžioji Britanija, nei Norvegija, kur skiriamų lėšų kiekis sveikatos apsaugai gerokai didesnis)“.</i>
	Sudėtingės PSP lėtinių ligų valdymo procesas	<i>PSP1 „<...> Jaunės lėtinės ligos“.</i>

Apibendrinant visą atliktą tyrimą galima teigti, kad pagrindiniai specialistų išskirti pirminės sveikatos priežiūros tikslai profilaktinių paslaugų teikimas, sveikos gyvensenos mokymas; eilinių ir kai kurių lėtinių ligų priežiūra; slauga, kartu siejant pacientų mokymą ir lėtinių ligų priežiūrą. Atsirado ir minčių, kad bendrai nusakyti pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo vertinimo rodiklių nederėtų, iškyla poreikis apibrėžti ir nustatyti kiekvienos paslaugos veiksmingumo vertinimo kriterijus. Iš išorinių veiksnių, labiausiai darančių įtaką pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui specialistai labiausiai išskiria politinius veiksnius, finansavimo stoką. Tai rodo, kad nemažai yra tikimasi iš politikų įstatymų

rengime, aiškių kriterijų sudaryme. Iš vidinių veiksnių, labiausiai akcentuojama vidinė įstaigų kultūra, tinkami tarpusavio santykiai, gera įstaigos vadyba. Tyrime dalyvavę specialistai kaip pagrindinius sunkumus siekiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumo įvardija būtent vidines įstaigų kultūros problemas ir finansinius sunkumus. Finansiniai veiksniai apibrėžiami kaip itin svarbūs, nes finansų trūkumas apriboja ir gali trukdyti tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Taip pat tikslinga būtų parengti kokybės programas kiekvienai specializacijai, jas sukonkretinti.

Tyrimo rezultatai – gauti atsakymai parodė, kad trūksta bendradarbiavimo ir visų specialistų įtraukimo, kadangi reikia atskirų indėlių siekiant pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo gerinimo, dėl to iškyla poreikis tiksliai apibrėžti kiekvienos grandies atsakomybes, pasiskirstyti jomis. Taip pat išryškėjo tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka. Tyrimo rezultatuose matyti, kad specialistai mano, jog atliekami veiksmingumo vertinimai pasitelkiant šalies rodiklius dažnai turi trūkumų – neretai būna paviršutiniški, netikslūs, dažnai nepritaikyti prie konkrečių situacijų. Pateiktas pasiūlymas aiškiai ir vieningai apibrėžti pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo vertinimo rodiklius, vertinamos ASPĮ, kai tuo tarpu BPG ar BPS darbo kokybės vertinimas nėra apibrėžiamas. Atlikto tyrimo metu pirminės sveikatos priežiūros įgyvendintojai, vertintojai pateikė savo nuomonę apie PSP teikiamų paslaugų stringantį veiksmingumą. Informantai taip pat pateikė įvairių pasiūlymų įvairioms suinteresuotųjų grupėms.

IŠVADOS

1. Veiksminga pirminė sveikatos priežiūra yra veiksmingų, į žmones orientuotų ir teisingų sveikatos sistemų pagrindas visur, kurių rezultatai pacientui ir visuomenei atitinka nustatytus tikslus. Šalia jau esamų literatūroje ir teisės aktuose aprašytų PSP veiksmingumo principų, pastebėta, kad šiuolaikinis pirminės sveikatos priežiūros lygis vis labiau orientuojasi į teikiamų paslaugų veiksmingumo gerinimo procesą bei kylančių problemų sprendimą, taip pat pabrėžiant orientaciją į abipusį (medicinos personalo bei paciento) ir tarpinstitucinį (įstaigų) bendradarbiavimą teikiant ir siekiant užtikrinti veiksmingas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.

2. Išoriniai veiksniai, darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumui yra: 1) politiniai veiksniai – iš politikų tikimasi aiškių kriterijų įstatymų sudaryme; 2) teisiniai veiksniai – trūksta bendros sistemos siekiant tikslios teisinių aktų interpretacijos ir supratimo. Vidiniai veiksniai darantys įtaką: 1) vidinė įstaigų kultūra – trūksta bendrų tikslų ir vieningos vizijos; 2) finansiniai veiksniai – finansų trūkumas apriboja ir gali trukdyti gerinti teikiamų paslaugų veiksmingumą; 3) per didelis darbo krūvis ir dokumentacijos perteklius mažina tikimybę PSP teikti veiksmingas paslaugas; 4) bendradarbiavimo trūkumas; 5) žmogiškųjų resursų trūkumas.

3. Šalies sveikatos rodiklių kiekis dar labai paviršutiniškai atspindi visą pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą. Todėl geriau pradėti nuo paprastos ir aiškos sistemos su nedideliu rodiklių skaičiumi, kurie konkrečiai padeda vertinti ASPI veiksmingumą, gydytojų, slaugytojų. Nors ir susiduriama su įvairiomis kliūtimis teikiamų paslaugų veiksmingumo vertinime, akivaizdu, kad pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas turi didelę svarbą sveikatos priežiūros rodiklių gerinime Lietuvoje ir Europoje.

4. Atlikto tyrimo metu analizuojant „X“ institucijos šeimos gydytojų, slaugytojų ir sveikatos priežiūros politiką formuojančių asmenų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą ir jo vertinimą matoma, kad informantų nuomonės pateiktais klausimais pasiskirstė įvairiai. Kalbant apie konkretų PSP veiksmingumo vertinimą nuomonės išsiskyrė ir tai yra akivaizdu, kadangi Europoje taikomos įvairios metodikos sveikatos priežiūros veiklos kokybei vertinti ir egzistuoja daug kritinių, diskutuotinų veiklos kokybės vertinimo aspektų (tiek dėl kriterijų parinkimo, apimties, tiek dėl jų interpretacijos).

REKOMENDACIJOS IR PASIŪLYMAI

1. Bendrai vertinti pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą yra sudėtinga, nes teikiamų paslaugų yra labai daug ir kiekvienos paslaugos kokybės kriterijai yra skirtingi. Sveikatos apsaugos ministerija ir Lietuvos Respublikos vyriausybė turėtų sukurti nustatytus ir apibrėžtus, specializuotus veiksmingumo vertinimo kriterijus, kas konkrečiai vertinama ASPI veiksmingumas, BPG, BPS suteiktų paslaugų veiksmingumas.

2. Atsižvelgiant į daugelį kartų interviu metu informantų minėtą problemą, tokią kaip: didelis dokumentacijos kiekis, per trumpas paciento apžiūros laikas ir pan. Norint sumažinti didelį pacientų srautą ir dokumentacijos kiekį, tikslinga integruoti papildomą šeimos gydytojo etatą arba įrengti naują personalo nario atvejo vadybininko darbo vietą. Koordinatorių veikla sumažintų šiuo metu esamų šeimos gydytojų darbo krūvį ir tai turėtų teigiamos įtakos daugumos pacientų informuotumui ir dalyvavimui prevencinėse programose bei pagerintų teikiamų paslaugų veiksmingumą. Tuo tarpu bendrosios praktikos slaugytojas taip pat galėtų atlikti procedūras pagal savo kompetencijas.

3. Sveikatos apsaugos ministerijai, Valstybinei ir teritorinėms ligonių kasoms, tikslinga sukurti aiškią mokamų ir nemokamų paslaugų diferenciaciją – tiksliai apibrėžti, kokią naudą pacientui teikia mokamos sveikatos priežiūros paslaugos, išryškinti skirtumus.

4. Sveikatos apsaugos ministerijai, Valstybinei ir teritorinėms ligonių kasoms, nustatyti realius paslaugų įkainius ir vertę. Čia susiduriama su ribotu šalies PSDF biudžetu, kurio tiesiog neužtenka pirminės sveikatos priežiūros paslaugų visai kainai padengti. Paslaugos kainą turėtų dengti ir valstybė ir žmogus.

5. Šalies žianiasklaidai būtų tikslinga atsakingiau formuoti mediko įvaizdį visuomenėje, kadangi dažna pacientų ir medicinos personalo bendravimo ir bendradarbiavimo problemų priežasčių yra išankstinis susipriešinimas tarp medikų ir pacientų, nulemtas daugelio veiksnių – žiniasklaidos neigiamai pateikiamų nesėkmės istorijų, sisteminių vadybinių paslaugų organizavimo problemų.

6. Sveikatos apsaugos ministerijai, sveikatos priežiūros įstaigoms būtų tikslinga mažinti įstaigose vis dar saugomą ypač didelį ranka pildomos dokumentacijos kiekį, pasitelkiant e. sveikatą.

7. Išskiriant dar vieną dažnai minėtą žmoniškųjų išteklių trūkumo problemą būtina pagalvoti apie tam tikrus su įstaigomis bendradarbiaujančių laboratorijų įsitraukimus į pacientų konsultavimą po sveikatos tyrimų (kraujo). T.y. jei pacientas apsilankęs pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje dėl jam priklausančių kasmetinių profilaktinių valstybės finansuojamų tyrimų gauna visiškai puikius rezultatus be jokios neigiamos dinamikos, tuomet pačios laboratorijos galėtų teikti automatinius pranešimus

pacientams, kad jų atlikti tyrimai yra visiškai be pakeitimų, tačiau turint papildomų klausimų kreiptis į šeimos gydytoją. Tokiu atveju šeimos gydytojas į šiam pacientui skirtą laiką, galėtų priimti kitą, kuriam reikalingi tyrimai, prevencinė programa ar yra susisdūręs su tam tikrais sveikatos sutrikimais.

8. Sveikatos apsaugos ministerijai. Šiuo metu Lietuvoje daug dėmesio skiriama sveikatos apsaugos sistemoje dirbančio personalo mobingo problemai, tačiau labai dažnai personalas patiria užgauliojimus ir psichologinį smurtą iš pačių pacientų ar jų artimųjų, nenoras bendradarbiauti, kaltinimai sveikatos priežiūros sistemai ar konkrečiai aptarnaujančiam personalui. Būtų tikslinga teisės aktais apibrėžti ir tam tikras geresnes pacientų ribas. Kadangi neskiriant dėmesio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų patiriamam stresui ir įžeidimams vertinti PSP veiksmingumą netikslinga.

9. Pirminė sveikatos priežiūra privalo realiai pradėti spręsti daugumą sveikatos problemų, tačiau tam būtina ypač ženkliai kelti apmokėjimą šiai grandžiai, pirmiausia, už pasiektus gerus darbo rezultatus, ne tik šiuo metu mokamus skatinamuosius priedus, kaip pvz.: už atliktą prevencinių paslaugų skaičių. Suteiktas paslaugos skaičius negarantuoja veiksmingai teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų.

10. Sveikatos apsaugos ministerijai. Organizuoti periodinius pasitarimus su pirminės sveikatos priežiūros įstaigos atstovais, siekiant išanalizuoti realias teikiamų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumo problemas. Vykdomi vidiniai SAM pasitarimai šiuo klausimu nevisada gali būti tikslingi.

LITERATŪRA

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymu Nr. V-943 patvirtintas Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas. 1 p., 2008-01-17, Nr. V-48 redakcija.
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-22 įsakymu Nr. V-10 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.
3. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programa 2018-2020. Prieiga per internetą: <https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af/CcdbSnkOMc>.
4. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. Prieiga per internetą: <https://eseimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=-fxdp770g>
5. fxdp770g
6. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas. 1996-09-25, Nr. I-1555.
7. Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas. 2001-06-28, Nr. IX-413.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ (2018 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-124 redakcija, suvestinė redakcija nuo 2021-02-02).
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2004-07-03, Nr. 104-3856.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-548 „Dėl Atrankinės patikros dėl gimdos kaklelio patologijos programos atlikimo metodikos patvirtinimo“ Valstybės žinios, 2004-07-29, Nr. 117-4390.
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“ Valstybės žinios, 2005-10-01, Nr. 117-4249.

12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2005-12-13, Nr. 145-5288.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ . Valstybės žinios, 2005-12-30, Nr. 152-5617.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ Valstybės žinios, 2009-07-02, Nr. 79-3321.
15. Valstybinė ligonių kasa prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos. Ligonų kasos: 2019 m. veiklos apžvalga. VLK prie SAM, Vilnius 2019.
16. Lietuvos gyventojai. Lietuvos statistikos departamentas, Vilnius 2019. ISSN 2669-0144.
17. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2019 m. Lietuvos higienos institutas, Vilnius 2020.
18. Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642. Valstybės žinios 2004; 144-5268.

Moksliniai šaltiniai:

19. Andrejevaitė V., Aranauskas R., Arštikytė I. ir kt. Šeimos medicina: šiuolaikinis ligų diagnostikos, gydymo ir prevencijos vadovas. Vilnius: Nacionalinis mokymų centras, 2021. ISBN 978-609-8053-55-5
20. Arah O A, Westert G P, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 2006; 18(1): 5-13.
21. Barczyk C. C. Visuotinės kokybės vadyba. Vilnius; 1999.
22. Bashshur R, editor. An Itroudction to Quality Assurance in Health Care/Avedis Donabedian. Oxford University Press; 2003. p.24
23. Blaževičienė A., Kranciukaitė – Butilkinienė D., Spirgienė L. Bendruomenės sveikata ir gerovė. Kaunas: LSMU, 2020. ISBN 978 – 609 – 454 – 474 – 3.
24. Bitinas B., Rupšienė L., Žydzūnaitė V. 2008. Kokybinių tyrimų metodologija : vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. Klaipėda: S. Jokužio leidykla – spaustuvė.

25. Bohl M. J. New standards for teamwork: discussion and justification. The ACGME 2011 duty hour standards: enhancing quality of care, supervision, and resident professional development. 2011;53-6
26. Bowers MR, Kiefe CI. Measuring health care quality: Comparing and contrasting the medical and the marketing approaches. *Am J Med Qual.* 2002;17(4):136–44. 22
27. Brogienė D, Gurevičius R. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. *Medicina* 2009; 45(3): 226-37
28. Burki, T. (2019), “GP at hand: a digital revolution for health care provision?”, *The Lancet*, Vol. 394, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31802-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31802-1).
29. Carney, M. 2011. Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance.* Vol. 24, No.7, p. 523–539. 7
30. Choi KS, Lee H, Kim C, Lee S. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: Comparisons across gender, age and types of service. *J Serv Mark.* 2005;19 (3):140–9. 17
31. Cooke, M.; Wilson, S.; Pearson, S. 2002. The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times. *Journal Emergency Medicine.* 19 (1), p. 29 – 30.
32. Cowing, M.; Ramay, D. M. C.; Ramaya K. 2009. Healthcare Delivery Performance: Service, Outcomes, and Resource Stewardship. *The Permanente Journal.* Vol. 13, No. 4, p. 72–77. 10
33. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A hierarchical model of health service quality. *J Serv Res.* 2007;10 (2):123–42.
34. Danauskaitė D., Krančiukaitė-Butylkinienė D. ŠEIMOS GYDYTOJŲ POŽIŪRIS Į KOMANDINĮ DARBĄ PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Medicinos fakultetas, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Kardiologijos institutas, 2019.
35. Domeikienė A., Kontrimienė A.. Bendruomenės sveikata ir gerovė: Bendruomenės sveikatos palaikymas ir profilaktinės programos. Kaunas: LSMU p. 145, 2020.
36. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. *Croatian Medical Journal.* 2003;44(5):655–7.
37. Donabedian, A. 2003. An introduction to quality assurance in healthcare. New York: Oxford University Press.

38. ES sveikatos programa 2014-2020 m. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/funding/programme_en
39. Fillingham, D. 2007. Can lean save lives? Leadership in Healthcare Service. Vol. 20, No. 4, p. 231–241. 14
40. Fujimoto, T. 1999. The evolution of a Manufacturing System at Toyota. New york, Oxford University Press, p. 221.
41. Gaižauskaitė, I., Valavičienė, N. Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu. Mykolo Romerio universitetas, 2016.
42. Health at a Glance: Europe 2020. ISSN: 23056088 (online) <https://doi.org/10.1787/23056088> [žiūrėta 2021-11-06].
43. Imai, M. 2012. Gemba Kaizen: A commonsense Approach to a Continuous improvement strategy. New York: McGraw-Hill professional.
44. Jakubsevičienė R. Veiksnių, lemiančių šeimos gydytojo pasirinkimą, įvertinimas. Magistro diplominis darbas. Kaunas, 2013. http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2013~D_20130606_161601-09450/DS.005.0.01.ETD [žiūrėta 2021-11-06].
45. Jankauskienė, D., (2015). Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis. Sveikatos politika ir valdymas 1(9), P. 42-68.
46. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir jos rodikliai. Metodinė medžiaga. Prieiga per internetą: http://djank.home.mruni.eu/?page_id=3 [žiūrėta 2021-11-06].
47. Sveikatos apsaugos ministerijos administruojamų Sanglaudos skatinimo veiksmų programos priemonių įgyvendinimo stebėsenos rodiklių sistemos tinkamumo ir efektyvumo vertinimas. Galutinė ataskaita. Sveikatos apsaugos ministerija, 2009. Prieiga per internetą: <http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Vertinimas_ESSP_Neringos/Ataskaitos_2010MVP/SAM_rodikliai_ataskaita.pdf> [žiūrėta 2021-11-26].
48. Jankauskienė D., Rastauskas R. Kokybės gerinimas Pasvalio ligoninėje. Viešoji politika ir administravimas, 2008; 26: 71–9.
49. Janušonis, V. 2004. Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. Sveikatos mokslai. Nr. 1, p. 69–73.20
50. Juodzevičiūtė L. 2020. PACIENTŲ IR GYDYTOJŲ POŽIŪRIS Į SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĘ PIRMINES SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS TEIKIANČIOJE ĮSTAIGOJE Antrosios pakopos studijų baigiamasis magistro darbas. Kaunas, LSMU

51. Juršytė D., Gurevičius R. Vilniečių informuotumas apie onkologinių, širdies ir kraujagyslių ligų prevencines programas bei dalyvavimas jose. *Visuomenės sveikata (Vilnius)* 2014; 3 (66): 69–77
52. Justickis, V.; Aleksiūnienė, I. 2011. Sudėtingas atvejis gydytojo veikloje. *Sveikatos politika ir valdymas*.1(13).21
53. Kardelis, K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šiauliai: Lucilijus, 2007.
54. Kairys J, Rutkys BA, Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina (B Aires)*. 2004;40(2):178–91.
55. Kang G-D. The hierarchical structure of service quality: integration of technical and functional quality. *Manag Serv Qual*. 2006;16(1):37–50.
56. Kasiulevičius V. Šeimos medicina: šiuolaikinis ligų diagnostikos, gydymo ir prevencijos vadovas. Šeimos medicinos iššūkiai besikeičiančioje Lietuvos visuomenėje. Vilnius: Nacionalinis mokymų centras, p. 9 – 11, 2021.
57. Keliauskaitė S., Stankūnas M., Sauliūnė S. Kauno miesto gyventojų nuomonės apie pasitenkinimą pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis įvertinimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2012;16(3):145.
58. Kosinskienė, A., Ruževičius, J. Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. *Visuomenės sveikata*. – 2011, Nr. 1 (52), p. 13-29. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/images/Sveik_1\(52\)_Ruzevicius_M.pdf](http://www.hi.lt/images/Sveik_1(52)_Ruzevicius_M.pdf) [žiūrėta 2021-11-06].
59. Krafcik, J. F.; MacDuffie, J. P. 1992. Triumph of the lean production system. *Sloan Management Review*. Vol. 30, No. 1, p. 41–52.23
60. Konetzka R.T, Rhona M. Reducing Hospitalizations From Long-Term Care Settings. *Medical Care Research and Review* 2008; 65 (1): 40-66.
61. Lee DH. Healthqual: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business*. 2017 Sep 1;11(3):491–516.
62. Lee DH. Healthqual: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Medical Journal*. 2003;44(5):656–7. 4
63. Lee H, Delene LM, Bunda MA, Chankon K. Methods of measuring health-care service quality. *J Bus Res*. 2000;48(3):233–46. 16
64. Liao, H.; Chuang, A. A. 2004. Multilevel Investigation of Factors Influencing Employee Service Performance and Customer Outcomes. *Academy of Management Journal*. Vol. 47, No. 1, p. 41–58.24

65. Liseckienė I., Kontrimienė A., Jaruševičienė L., Valius L. Bendruomenės sveikata ir gerovė: Pirminės sveikatos priežiūros organizavimas. Kaunas: LSMU, p. 34 – 39, 2020.
66. Matzler, K., Hinterhuber, H., Bailom, F., Sauerwein, E. How to delight your customers, Journal of Product & Brand Management, Vol. 5, Iss 2 p. 6 – 18, 1996.
67. Misevičienė, I. Europos Sveikatos politika ir prielaidos naujai Lietuvos sveikatos programai Visuomenės sveikata. Vilnius, 2011, Nr.2 (53), p. 6 – 10. Prieiga per internetą: [http://www.hi.lt/images/SV_2\(53\)_redakcijos_skiltis.pdf](http://www.hi.lt/images/SV_2(53)_redakcijos_skiltis.pdf) [žiūrėta 2021-11-06].
68. Paukštys, J. S.; Šileikienė L. 2004. Sveikatos priežiūros kokybė. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. Tomas VIII, Nr. 6, p. 453–455. 31
69. Pilčiauskienė R. Šeimos medicina: šiuolaikinis ligų diagnostikos, gydymo ir prevencijos vadovas. Šeimos medicinos iššūkiai besikeičiančioje Lietuvos visuomenėje. Vilnius: Nacionalinis mokymų centras, p. 15 – 18, 2021.
70. Piligrimienė, Ž.; Bučiūnienė, I. 2008. Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? Engineering economics. 1(56), p. 104–111. 33
(POLA) Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija. Prieiga per internetą: <https://pola.lt/> [žiūrėta: 2021-12-08]
71. Primary Health Care: Open Access Volume 11, Issue 9 (2021) ISSN - 2167-1079
72. Senic, V.; Marinkovic, V. 2013. Patient care, satisfaction and service quality in health care. International journal of consumer studies. 37 (3), p. 312–319. 35
73. Sriubas, M. Paciento teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas turinio ypatumai Lietuvoje, 2013. Prieiga per internetą: <http://teise.org/wp-content/uploads/2016/09/2013-1-Sriubas.pdf> [žiūrėta 2021-11-06].
74. SAM Seime pristatyta sveikatos priežiūros sistemos pertvarka: gerės paslaugų kokybė ir gyventojų sveikata, 2022
<https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/seime-pristatyta-sveikatos-prieziuros-sistemos-pertvarka-geres-paslaugu-kokybe-ir-gyventojusveikata?fbclid=IwAR24fNwZCMwuROVOIFkpvkQNMh4Lb-vafWkzLZ8SwSgMWUR43IFCIJbF4fQ> [žiūrėta 2021-11-06].
75. Stephenson A. Šeimos medicinos praktikos vadovas, trečiasis leidimas. Vilnius: Nacionalinis mokymų centras, 2018. ISBN 978-609-8053-42-5
76. Sveikatos Netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas Nr. V-815. http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=478355&p_tr2=2 [žiūrėta 2021-11-06].

77. Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. LR sveikatos apsaugos ministerija, 2013.
78. Žydžiūnaitė V., Stanislav S. 2017. Kokybiniai Tyrimai: Principai Ir Metodai : Vadovėlis Socialinių Mokslų Studijų Programų Studentams. Vilnius: Vaga
79. 2021–2030 M. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS IR EFEKTYVUMO DIDINIMO PLĖTROS PROGRAMA

ANOTACIJA

Valuškaitė B. Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas. Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. Dr. D. Jankauskienė. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos mokslų institutas, 2022. – 76 p.

Magistro baigiamajame darbe remiantis moksliniais šaltiniais išanalizuotas ir įvertintas pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas. Magistro baigiamąjį darbą sudaro 4 skyriai. Pirmajame nagrinėjama pirminės sveikatos priežiūros samprata ir pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo kriterijai. Antrajame – nagrinėjami veiksniai darantys įtaką teikiamų paslaugų veiksmingumui pirminės sveikatos priežiūroje. Trečiajame – atskleidžiama PSP veiksmingumo svarba sveikatos priežiūros rodiklių gerinime Lietuvoje ir Europoje. Ketvirtajame skyriuje koncentruojamasi į empirinę tyrimo dalį – analizuojamos pirminės sveikatos priežiūros politikos įgyvendintojų ir vertintojų įžvalgos pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo klausimais. Toliau pateikti apibendrinimai, suformuluotos rekomendacijos bei pasiūlymai.

Pagrindiniai žodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas, sveikatos priežiūros sistema.

ANNOTATION

Valuskaite B. Efficiency of primary health care. Final Master's thesis in Health policy and Management. Academic supervisor prof. J. Jankauskiene, PhD. Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2022. – 76 p.

The efficiency of primary health care is analyzed and evaluated on the basis of scientific sources in the Master's thesis. The work consists of 4 sections. The first examines the concept of primary care and

the criteria for the efficiency of primary care. The second examines the factors influencing the efficiency of the services provided in primary health care. The third reveals the importance of the efficiency of PHCS in improving health care indicators in Lithuania and Europe. The fourth chapter focuses on the empirical part of the study, analyzing the insights of primary health care policy implementers and evaluators on the efficiency of primary health care. The following are summaries, recommendations and suggestions.

Key Words: primary health care, primary health care institutions, efficiency of primary health care, health care system.

SANTRAUKA

Brigita Valuškaitė. Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas. Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė – prof. dr. Danguolė Jankauskienė. Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo fakultetas, Politikos mokslų institutas. Vilnius, 2022.

Pirminė sveikatos priežiūra yra svarbiausia ir pirmoji paciento kontakto su sveikatos priežiūra grandis, kuriai turėtų būti skiriamas didžiausias dėmesys. Sprendžiant pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo klausimus, dažnai teigiama, kad sveikatos priežiūros sistema nepakankamai veiksminga, dažnai reikalaujama įvairių pokyčių, kadangi netinkamai valdoma sveikatos priežiūros sistema neigiamai veikia ir visą visuomenę. Todėl labai svarbu įvertinti PSP teikiamų paslaugų veiksmingumą, suvokti, kaip įgyvendinamas ir vertinamas pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas Lietuvoje.

Tyrimo objektas – Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas.

Problema – Kaip įgyvendinamas ir vertinamas pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas Lietuvoje?

Tikslas – išanalizuoti pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti pirminės sveikatos priežiūrą bei jos veiksmingumo sampratą.
2. Išanalizuoti veiksnius darančius įtaką teikiamų paslaugų veiksmingumui pirminės sveikatos priežiūroje.
3. Aptarti pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumo svarbą sveikatos priežiūros rodiklių gerinime Lietuvoje ir Europoje.
4. Atskleisti „X“ institucijos šeimos gydytojų, slaugytojų ir sveikatos priežiūros politiką formuojančių asmenų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą.

Tyrimo metodai: *Mokslinės literatūros analizė* – darbe naudota kokybės vadybos, sveikatos vadybos literatūra, įvairių straipsnių apžvalga. *Dokumentų analizė* – nagrinėti Lietuvos Respublikos teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos priežiūrą, jos organizavimą. *Kokybinis tyrimas* – sprendžiant iškeltus uždavinius tyrime, pasitelktas kokybinis metodas – pusiau struktūruotas interviu. Atlikti 5 interviu su pirminės sveikatos priežiūros specialistais, medicinos audito vadove, Lietuvos Bendrosios Praktikos Gydytojų Draugijos nare, pirminės sveikatos priežiūros įstaigos direktoriaus pavaduotoju. Remiantis konfidencialumo ir anonimiškumo etine nuostata darbe minimi tik informantų demografiniai duomenys, tokie kaip: amžius, lytis, išsilavinimas, darbo stažas, užimamos pareigos.

Darbo išvados:

1. Veiksminga pirminė sveikatos priežiūra yra veiksmingų, į žmones orientuotų ir teisingų sveikatos sistemų pagrindas visur, kurių rezultatai pacientui ir visuomenei atitinka nustatytus tikslus. Šalia jau esamų literatūroje ir teisės aktuose aprašytų PSP veiksmingumo principų, pastebėta, kad šiuolaikinis pirminės sveikatos priežiūros lygis vis labiau orientuojasi į teikiamų paslaugų veiksmingumo gerinimo procesą bei kylančių problemų sprendimą, taip pat pabrėžiant orientaciją į abipusį (medicinos personalo bei paciento) ir tarpinstitucinį (įstaigų) bendradarbiavimą teikiant ir siekiant užtikrinti veiksmingas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.

2. Išoriniai veiksniai, darantys įtaką pirminės sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumui yra: 1) politiniai veiksniai – iš politikų tikimasi aiškių kriterijų įstatymų sudaryme; 2) teisiniai veiksniai – trūksta bendros sistemos siekiant tikslios teisinių aktų interpretacijos ir supratimo. Vidiniai veiksniai darantys įtaką: 1) vidinė įstaigų kultūra – trūksta bendrų tikslų ir vieningos vizijos; 2) finansiniai veiksniai – finansų trūkumas apriboja ir gali trukdyti gerinti teikiamų paslaugų veiksmingumą; 3) per didelis darbo krūvis ir dokumentacijos perteklius mažina tikimybę PSP teikti veiksmingas paslaugas; 4) bendradarbiavimo trūkumas; 5) žmogiškųjų resursų trūkumas.

3. Šalies sveikatos rodiklių kiekis dar labai paviršutiniškai atspindi visą pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą. Todėl geriau pradėti nuo paprastos ir aiškos sistemos su nedideliu rodiklių skaičiumi, kurie konkrečiai padeda vertinti ASPĮ veiksmingumą, gydytojų, slaugytojų. Nors ir susiduriama su įvairiomis kliūtimis teikiamų paslaugų veiksmingumo vertinime, akivaizdu, kad pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas turi didelę svarbą sveikatos priežiūros rodiklių gerinime Lietuvoje ir Europoje.

4. Atlikto tyrimo metu analizuojant specialistų įžvalgas apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą ir jo vertinimą matoma, kad informantų nuomonės pateiktais klausimais pasiskirstė įvairiai. Kalbant apie konkretų PSP veiksmingumo vertinimą nuomonės išsiskyrė ir tai yra akivaizdu, kadangi Europoje taikomos įvairios metodikos sveikatos priežiūros veiklos kokybei vertinti ir egzistuoja daug kritinių, diskutuotinų veiklos kokybės vertinimo aspektų (tiek dėl kriterijų parinkimo, apimties, tiek dėl jų interpretacijos).

SUMMARY

Brigita Valuskaite. Efficiency of primary health care. Health policy and management Master's thesis. Thesis supervisor – prof. dr. Danguolė Jankauskienė, Mykolas Romeris University, Faculty of public management, Institute of politic studies. Vilnius, 2022.

Primary health care is the most important and the first element of patient's contact with health care, which should be the main focus. While solving primary health care efficiency questions there is often being stated that healthcare system is not efficient enough, different changes frequently are required since improperly managed healthcare system also negatively affects the whole society. In that case, it is very important to evaluate an efficiency of the services provided to understand how primary health care efficiency is implemented and evaluated in Lithuania.

Research object – efficiency of primary health care.

Research problem – how primary health care efficiency is implemented and evaluated in Lithuania?

Research aim – to analyze the efficiency of primary health care.

Tasks of the thesis:

1. To investigate primary health care and its efficiency concept.
2. To analyze the factors that have the greatest impact on primary health care services efficiency.
3. To discuss the importance of primary health care efficiency in improving health care indicators in Lithuania and Europe.
4. To reveal the opinion of the family doctors, nurses and health policy makers of the X institution about the efficiency of primary health care.

Research methods:

Scientific literature analysis – literature of quality and health care management, different articles reviews were used in this work.

Documents analysis – Lithuanian Republic health care legislation was analyzed.

Quality inspection – to solve the tasks of this thesis a semi-structured interview was used as a qualitative method. 5 interviews with primary health care specialists, medical audit manager, a member of Lithuanian Society of General Practitioners and primary health care institution deputy director were conducted. Based on the ethical attitude of anonymity and confidentiality only demographic data like age, gender, education, work experience and positions held are mentioned in this thesis.

Conclusions:

1. Efficiency primary care is the basis for efficient, people-centered and equitable health systems everywhere, with outcomes for the patient and society. In addition to the existing principles of PHC efficiency described in the literature and legislation, the current level of primary health care is increasingly focused on improving the efficiency of services and problem-solving, as well as on mutual (medical and patient) and inter-institutional (institutional) in the provision and provision of efficient primary health care.

2. External factors influencing the efficiency of primary health care services (PHCS) are: 1) political factors - politicians are expected to set clear criteria for legislation; 2) legal factors - lack of a common framework for accurate interpretation and understanding of legal acts. Internal factors influencing: 1) internal culture of institutions - lack of common goals and unified vision; 2) financial factors - lack of finances limits and may hinder the improvement of the efficiency of provided services; 3) Excessive workload and excessive documentation reduce the likelihood of PHCS providing efficient services. 4) lack of cooperation; 5) lack of human resources.

3. The level of health indicators in the country still very superficially reflects the overall efficiency of primary health care. Therefore, it is better to start with a simple and clear system with a small number of indicators that specifically help to assess the efficiency of PHC, doctors, nurses. Although there are various obstacles in the evaluation of the efficiency of the

provided services, it is obvious that the efficiency of primary health care is of great importance in the improvement of health care indicators in Lithuania and Europe.

4. The analysis of the specialists' insights into the efficiency of primary health care and its evaluation shows that the opinions of the informants on the issues raised were different. Opinions differed on the specific assessment of the efficiency of PHCS, and this is evident from the variety of methodologies used in Europe to assess the quality of healthcare activities and the many critical, debatable aspects of performance evaluation (both in terms of criteria selection, scope and interpretation).

PRIEDAI

Priedas nr. 1 Interviu klausimynas

Tyrimo tema - Pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumas.

Tyrimo tikslas – Atskleisti „X“ institucijos šeimos gydytojų, slaugytojų ir sveikatos priežiūros politiką formuojančių asmenų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą.

Tyrimu siekiama atsakyti į klausimus (vedamieji klausimai):

1. Atskleisti „X“ institucijos šeimos gydytojų, slaugytojų ir sveikatos priežiūros politiką formuojančių asmenų nuomonę apie pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą Lietuvoje, sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo aspektais.

2. Išsiaiškinti, kokie veiksniai daro didžiausią įtaką pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumui bei nustatyti kliūtis su kuriomis susiduriama.

3. Suformuluoti ir pateikti pasiūlymus pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumo tobulinimui bei gerinimui.

Jūsų anonimiškumas garantuojamas.

DUOMENYS APIE RESPONDENTĄ:

Lytis:

Amžius:

Išsilavinimas:

Pareigos:

Darbo patirtis (metai) dabartinėse pareigose:

INTERVIU PROTOKOLAS

1. Kokie, Jūsų nuomone, pirminės sveikatos priežiūros pagrindiniai tikslai sveikatos sistemoje?
2. Kokius kriterijus pritaikytumėte pirminio sveikatos priežiūros veiksmingumui įvertinti?
3. Kaip galvojate, kas turi užtikrinti/užtikrina pirminės sveikatos priežiūros suteiktų paslaugų veiksmingumą?
4. Kokie, išorinės aplinkos ir vidiniai įstaigų veiksniai, turi didžiausios įtakos pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui bei jo gerinimui?
5. Kokios yra kliūtys, su kuriomis susiduriama siekiant pirminės sveikatos priežiūros grandies teikiamų paslaugų maksimalaus veiksmingumo ir kaip jas pašalinti?

6. Kokią svarbą, Jūsų nuomone, pirminės sveikatos priežiūroje (PSP) turi personalo ir paciento vaidmuo PSP veiksmingumo gerinime?
7. Kaip vertinate pirminės sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų veiksmingumą kitų sveikatos grandžių atžvilgiu (II – io, III – io lygio paslaugos)?
8. Ar galima pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumą vertinti pagal pagrindinius šalies sveikatos rodiklius?
9. Kokius turėtumėte pasiūlymus įvairiems suinteresuotiesiems pirminės sveikatos priežiūros veiksmingumui pagerinti?
10. Pabandykite įsivaizduoti, kaip pasikeis/nepasikeis pirminės sveikatos priežiūros dabartinis veiksmingumo lygis po 10 metų?

Priedas nr. 2 Declaration of Alma-Ata

Declaration of Alma-Ata

International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following

Declaration:

I

The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

II

The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

III

Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace. **IV** The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

V

Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

VI

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals

and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of selfreliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

VII

Primary health care:

1. reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;
2. addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly;
3. includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;
4. involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;
5. requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;
6. should be sustained by integrated, functional and mutually supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;
7. relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional

practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.

VIII

All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

IX

All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.

X

An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share.

The International Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, nongovernmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.