



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
ŠIAULIŲ AKADEMIJA**

VIEŠOJO VALDYMO MAGISTRANTŪROS STUDIJŲ PROGRAMA

AISTĖ SINICAITĖ

Magistro darbas

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO UŽTIKRINIMAS
COVID-19 PANDEMIJOS KONTEKSTE**

Darbo vadovė: doc. dr. Vita Juknevičienė

Šiauliai, 2022

**Studijuojančiojo, teikiančio baigiamąjį
darbą, GARANTIJA**

WARRANTY of Final Thesis

Vardas, pavardė <i>Name, Surname</i>	Aistė Sinicaitė <i>Aiste Sinicaite</i>
Padalinys <i>Faculty</i>	Šiaulių akademija <i>Siauliai Academy</i>
Studijų programa <i>Study Programme</i>	Viešasis valdymas <i>Public Governance</i>
Darbo pavadinimas <i>Thesis topic</i>	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas COVID-19 pandemijos kontekste <i>Ensuring the access to health care services in the context of the COVID-19 pandemic</i>
Darbo tipas <i>Thesis type</i>	Baigiamasis darbas <i>Final Thesis</i>

Garantuoju, kad mano baigiamasis darbas yra parengtas sąžiningai ir savarankiškai, kitų asmenų indėlio į parengtą darbą nėra. Jokių neteisėtų mokėjimų už šį darbą niekam nesu mokėjęs.

I guarantee that my thesis is prepared in good faith and independently, there is no contribution to this work from other individuals. I have not made any illegal payments related to this work.

Šiame darbe tiesiogiai ar netiesiogiai panaudotos kitų šaltinių citatos yra pažymėtos literatūros nuorodose.

Quotes from other sources directly or indirectly used in this thesis, are indicated in literature references.

Aš, Aistė Sinicaitė, pateikdamas (-a) šį darbą, patvirtinu (pažymėti)

I, Aiste Sinicaite, by submitting this paper confirm (check)

Embargo laikotarpis

Embargo Period

Prašau nustatyti šiam baigiamajam darbui toliau nurodytos trukmės embargo laikotarpį:

I am requesting an embargo of this thesis for the period indicated below:

- _____ mėnesių / *months*
(embargo laikotarpis negali viršyti 60 mėn. / *an embargo period shall not exceed 60 months*).
- Embargo laikotarpis nereikalingas / *no embargo requested*.

Embargo laikotarpio nustatymo priežastis / *Reason for embargo period:*

Sinicaitė, A. (2022). Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas COVID-19 pandemijos kontekste. Magistro darbas. Darbo vadovė – doc. dr. Vita Juknevičienė. Vilniaus universitetas Šiaulių akademija, Regionų plėtros institutas, Šiauliai. 78 puslapiai (be priedų).

SANTRAUKA

Magistro baigiamajame darbe analizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas COVID-19 pandemijos kontekste. Magistro darbą sudaro: sąvokų ir sutrumpinimų sąrašas, įvadas, 3 dėstymo dalys (teorinė, metodologinė ir empirinė), išvados, rekomendacijos, naudotų literatūros šaltinių sąrašas, priedai. Įvade buvo apibrėžtas tyrimo aktualumas, įvardintas tyrimo tikslas, tyrimo objektas, suformuluoti probleminiai klausimai ir ginamieji teiginiai, išskirti uždaviniai.

Pirmoji dalis skirta teorinei problemos analizei. Kadangi sveikatos apsaugos sistema yra viena iš svarbiausių sistemų užtikrinant socialinę gerovę valstybėse, atlikus mokslinės literatūros ir kitų šaltinių analizę atskleista sveikatos priežiūros paslaugų kaip viešųjų paslaugų prieinamumo samprata ir jos ypatumai pandemijos kontekste. Pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi būti kokybiškos, lengvai visiems prieinamos, laikomasi visų nurodytų teisės aktų ir įstatymų sveikatos apsaugos paslaugų įstaigose, paslaugos būtų suteikiamos pagal teisės aktų reglamentuojamas normas ir taisykles. Paslaugų prieinamumas turi tris tipus: komunikacinį, ekonominį ir organizacinį. Nustatyta, kad Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, daugiausiai iššūkių, susijusių su COVID-19 pandemija, turėjo viešųjų paslaugų organizacinio prieinamumo užtikrinimas. Tačiau buvo išskirtos dvi viešųjų medicininių paslaugų prieinamumo problemos (planinių paslaugų atidėjimas ir nuotolinės konsultacijos), kurioms tinkamų sprendimų neradimas laiku ypač apsunkino sveikatos priežiūros viešųjų paslaugų prieinamumo užtikrinimą.

Antrojoje darbo dalyje yra pristatyta tyrimo metodologija, metodai ir jų taikymas šio tyrimo metu. Identifikuojant prieinamumo užtikrinimo būdus, esminius iššūkius užtikrinant paslaugų prieinamumą, kylančius Lietuvos sveikatos sistemai COVID-19 pandemijos metu, buvo naudota teisinių dokumentų turinio analizė. Analizuojant pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo situaciją ir prieinamumo užtikrinimo būdus Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos atveju buvo naudota apklausa raštu (anketavimas) (kiekybinis tyrimas) ir apklausa žodžiu (pusiau struktūruotas interviu) (kokybinis tyrimas). Tyrimo imtys buvo 359 Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos pacientai ir 2 įstaigos vadovai. Laikytasi pagarbos žmogaus teisėms teisingumo, sąžiningumo, savanoriškumo ir nesavanaudiškumo, *savanoriškumo, konfidencialumo ir anonimiškumo* tyrimo etikos principų.

Trečioji darbo dalis – tyrimo rezultatai. Viena svarbiausių valdžios institucijų – LR Vyriausybė, paskelbė, kad susidūrė su įvairiais (komunikaciniais, organizaciniais ir ekonominiais) sunkumais užtikrinant medicininių paslaugų prieinamumą pandemijos metu. Tačiau teisės aktų analizė, apklausa raštu ir apklausa žodžiu (interviu) parodė, kad daugiausiai pandemijos iššūkių kilo užtikrinant komunikacinį ir organizacinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą (pacientų požiūriu), kai tuo tarpu ekonominis prieinamumas beveik nekito. Tyrime nustatytos esminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimo stiprinimo kryptys (metodai, sprendimai), nustatytos remiantis Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos atveju, yra tinkamos adaptuoti ir kitose Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose: sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų paslaugų prieinamumo užtikrinimo esminiai pokyčiai, teisės aktų nuoseklus sekimas ir laikymasis, žmoniškųjų išteklių didinimas, kontaktinių paslaugų didinimas, personalo mokymas, vietų ligoninėse užtikrinimas, naujų paslaugų diegimas ir kt.

Raktiniai žodžiai: *viešųjų paslaugų prieinamumas; paslaugų prieinamumo užtikrinimas; sveikatos priežiūros paslaugos; COVID-19 pandemija.*

Sinicaite, A. (2022). Ensuring the access to health care services in the context of the COVID-19 pandemic. Master's degree. Supervisor - doc. dr. Vita Juknevičienė. Vilnius University Siauliai Academy, Institute of Regional Development, Siauliai. 78 pages (without appendixes).

SUMMARY

The master's thesis analyzes the provision of health care services in the context of the COVID-19 pandemic. Master's thesis consists of: list of concepts and abbreviations, introduction, 3 parts of teaching (theoretical, methodological and empirical), conclusions, recommendations, list of used literature, appendixes. The introduction defined the relevance of the research, identified the purpose of the research, the object of the research, formulated problematic questions and defended statements, and set tasks.

The first part is devoted to the theoretical analysis of the problem. As the health care system is one of the most important systems for ensuring social welfare in the states, the analysis of scientific literature and other sources reveals the concept of access to health care services as public services and its peculiarities in the context of a pandemic. It is emphasized that health care services must be of high quality, easily accessible to all, all specified legal acts and laws must be observed in health care institutions, and services should be provided in accordance with the norms and rules regulated by legal acts. There are three types of service availability: communicative, economic, and organizational. In Lithuania, as in the rest of the world, ensuring the organizational accessibility of public services had the greatest challenge in the COVID-19 pandemic. However, two problems with the availability of public medical services have been identified (postponement of scheduled services and remote consultation), for which the lack of timely solutions has made it particularly difficult to ensure the access of public health services.

The second part of the work presents the research methodology, methods and their application in this research. An analysis of the content of legal documents was used to identify the ways to ensure accessibility and the key challenges in ensuring the availability of services to the Lithuanian health system during the COVID-19 pandemic. In the case of Panevezys District Municipality Polyclinic, a written survey (questionnaire) (quantitative survey) and an oral survey (semi-structured interview) (qualitative survey) were used to analyze the situation of access to primary health care services and ways to ensure accessibility. The sample of the study was 359 patients of Panevezys District Municipality Polyclinic and 2 heads of the institution. The ethical principles of research into justice, fairness, voluntariness and selflessness, voluntariness, confidentiality and anonymity have been respected.

The third part of the work - research results. One of the most important authorities, the Government of the Republic of Lithuania, announced that it had encountered various (communication, organizational and economic) difficulties in ensuring the availability of medical services during the pandemic. However, an analysis of the legislation, a written survey and an oral survey (interview) showed that the main challenges of the pandemic were in ensuring communicative and organizational access to health care (from a patient perspective), while economic affordability remained virtually unchanged. The main directions of strengthening the availability of health care services (methods, solutions) identified in the case of Panevezys District Municipality Polyclinic are suitable for adaptation in other Lithuanian health care institutions as well: substantial changes in ensuring the availability of health care institutions and patients, compliance, increase of human resources, increase of contact services, training of staff, provision of hospital places, introduction of new services, etc.

Keywords: availability of public services; ensuring the availability of services; health care services; COVID-19 pandemic.

TURINYS

ĮVADAS	9
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO UŽTIKRINIMO PANDEMIJOS KONTEKSTE TEORINIS PAGRINDIMAS	14
1.1. Sveikatos sistemos paslaugų teikimo teorinis kontekstas	14
1.1.1. Sveikatos politikos kaip viešosios politikos srities samprata ir bruožai.....	14
1.1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kaip viešojo sektoriaus paslaugų samprata ir reikšmė gerovės valstybės kontekste.....	16
1.1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir jo administravimas Lietuvoje.....	19
1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo samprata ir reikšmė	23
1.2.1. Viešųjų paslaugų prieinamumo samprata ir ypatumai sveikatos apsaugos srityje.....	23
1.2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimo būdai (metodai) ir pritaikomumas sveikatos apsaugos srityje.....	28
1.3. Sveikatos apsaugos sistemos iššūkiai COVID-19 kontekste	31
2. SVEIKATOS APSAUGOS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO UŽTIKRINIMO TYRIMO METODOLOGIJA.....	35
2.1. Tyrimo metodologinis pagrindimas	35
2.2. Tyrimo metodai ir jų taikymas	38
2.2.1. Mokslinės literatūros analizės metodas ir jo taikymas	38
2.2.2. Dokumentų analizės metodas ir jo taikymas	38
2.2.3. Gyventojų apklausos raštu metodas ir jo taikymas	38
2.2.4. Pusiaus struktūruoto interviu metodas ir jo taikymas	39
3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO UŽTIKRINIMO TYRIMO REZULTATAI.....	41
3.1. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir administravimo teisinio reglamentavimo pokyčiai COVID-19 kontekste.....	41
3.2. Gyventojų nuomonės apie Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumą tyrimo rezultatai.....	44
3.2.1. Komunikacinis prieinamumas	45
3.2.2. Organizacinis prieinamumas	47
3.2.3. Ekonominis prieinamumas	54
3.3. Informantų nuomonės apie Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumo užtikrinimą tyrimo rezultatai.....	55
3.4. Sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumo Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje užtikrinimo stiprinimo kryptys COVID-19 kontekste.....	63
IŠVADOS	66
REKOMENDACIJOS	68
LITERATŪRA.....	69
PRIEDAI.....	79
1 PRIEDAS	79
2 PRIEDAS	82
3 PRIEDAS	83
4 PRIEDAS	84
5 PRIEDAS	85
6 PRIEDAS	86

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ypatumai iki COVID-19 pandemijos.....	55
2 lentelė Komunikacinis prieinamumas COVID-19 laikotarpiu.....	57
3 lentelė Organizacinis prieinamumas COVID-19 laikotarpiu.....	57
4 lentelė Ekonominis prieinamumas COVID-19 laikotarpiu.....	60
5 lentelė Paslaugų prieinamumo iššūkiai COVID-19 pandemijos metu.....	60
6 lentelė Paslaugų prieinamumo užtikrinimo būdai COVID-19 pandemijos metu.....	62
7 lentelė LR Vyriausybės, Seimo ir Sveikatos apsaugos ministro priimtų įstatymų, nutarimų ir įsakymų dokumentų turinio analizė, priimtų nuo 2020 m. kovo 16 d. iki 2022 m. gegužės 1 d.....	86
8 lentelė LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų ir pokyčių pirmojo karantino metu turinio analizė.....	89
9 lentelė LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų tarpkarantininio laikotarpio metu turinio analizė.....	92
10 lentelė LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų ir pokyčių antrojo karantino metu turinio analizė.....	94
11 lentelė LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų ir pokyčių dabartiniu metu turinio analizė.....	96

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Šeimos gydytojo komandos sudėtis.....	22
2 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tipai.....	25
3 pav. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų sistemos dinamika.....	25
4 pav. Prisirašymo prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas įstaigų, teikiančių šeimos gydytojo paslaugas tvarka.....	26
5 pav. Tyrimo dizainas.....	37
6 pav. Esminiai pokyčiai Lietuvos gydymo įstaigose ir pacientams, sąlygoti pandemijos.....	43
7 pav. Socio-demografiniai apklaustųjų duomenys, N=359.....	44
8 pav. Respondentų nuomonės pasiskirstymas apie atvykimo iššūkius, N=359, proc.....	45
9 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie kylančius sunkumus pasiekti PRSP, N=359, proc.....	45
10 pav. Respondentų nuomonės pasiskirstymas apie gydytojų specialistų įvairovę PRSP, N=359, proc.....	46
11 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie gydytojų specialistų poreikį ieškant kituose miestuose, N=359, proc.....	46
12 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą ir jų nuomonę apie komunikacinį prieinamumą, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.....	47
13 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir registraciją pas gydytojus PRSP, N=359, proc.....	48
14 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų priimtinumą PRSP, N=359, proc.....	48
15 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų gyvenamąją vietą ir nuomonę apie registracijos ypatumus PRSP, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.....	49
16 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie sunkumus registruojantis į polikliniką, N=359, proc.....	50
17 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų gyvenamąją vietą ir nuomonę apie sunkumus registruojantis į polikliniką, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.....	50
18 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie laukimo laiką prie gydytojo kabineto durų, N=359, proc.....	51
19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie laukimo laiką nuo registracijos datos iki apsilankymo pas gydytoją, N=359, proc.....	51

20 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų gyvenamą vietą ir nuomonę apie laukimo laiką nuo registracijos datos iki apsilankymo pas gydytoją, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.....	51
21 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie galimybę išsikviesti šeimos gydytoją į namus, N=359, proc.....	52
22 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų gyvenamą vietą ir nuomonę apie norą keisti gydymo įstaigą ir šeimos gydytoją ir/ar realų keitimą, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.....	52
23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie greitosios medicinos pagalbos prieinamumą, N=359, proc.....	53
24 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie paslaugų gavimo būdus, N=359, proc..	52
26 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie mokamas paslaugas, N=359, proc.....	54
27 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų gyvenamą vietą ir nuomonę apie mokamas paslaugas, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.....	54
28 pav. Komunikacinio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stiprinimo kryptys.....	64
29 pav. Organizacinio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stiprinimo.....	64
30 pav. Karantino ir ekstremalios situacijos laikotarpių paskelbimo Lietuvoje laiko juosta, 2020–2022 m.....	85

SĄVOKOS

Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema – šalies sveikatos reikalų, institucijų, išteklių tvarkymo ir sveikatos gerinimo veiklos sistema (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2021).

Pandemija – tai globaliu mastu išplitusi nauja, dažniausiai nežinoma liga, kuri paveikia žmonių sveikatą sukeldama ženklių sveikatos sutrikdymą ir geba plisti nuo žmogaus žmogui (Andrijauskaitė, 2021).

Paslaugų prieinamumas – tai paslaugų teikimo savybė, garantuojanti, jog paslaugas gali gauti kiekvienam šalies pilietis pagal poreikį (Pranaitis, ir kt., 2014).

Sveikatos apsaugos sritis – už sveikatos išsaugojimo ir puoselėjimo priemonės atsakinga sritis (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2021).

Sveikatos politika – viena iš pagrindinių nacionalinės politikos sričių, apimanti sveikatos sistemos valdymą, planavimą, organizavimą ir įgyvendinimą (Jankauskienė, 2011).

Sveikatos priežiūra – asmens ir visuomenės fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės užtikrinimas (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2021).

Sveikatos priežiūros įstaigos – įstaigos, kurios LR vyriausybės nustatyta tvarka turi teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas (LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2022).

Sveikatos priežiūros paslaugos – paslaugos, kurios skirtos asmenims išgydyti, įvertinti sveikatos būklę ar apsaugoti nuo susirgimo (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2021).

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – šalies nustatyta tvarka, kuria užtikrinama asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas asmeniui ir visuomenei pagal tris kriterijus: ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2021).

Sveikatos sistema – sistema, kuria siekiama užtikrinti kuo geresnę sveikatą, sveiką aplinką, priimtina, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2021).

Viešosios paslaugos – viešojo intereso užtikrinimui ir visuomenės funkcionavimo palaikymui būtinos paslaugos (veiklos), kurios yra organizuojamos viešosios valdžios subjektų ir kuriomis teikiama nauda yra visiems gyventojams arba tikslinėms vartotojų grupėms (Urvikis, 2016).

Vyriausybė – vykdomosios valdžios institucija, oficialiai įgaliojimus gavusi tam tikra asmenų grupė, kuri sprendžia valstybinio lygmens klausimus socialinėje, ekonominėje ir kitose srityse (LR Vyriausybė, 2022).

SUTRUMPINIMAI

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaigos/a

ASPP – asmens sveikatos priežiūros paslaugos

COVID-19 – sunkaus ūminio respiracinio koronaviruso sindromas

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LR – Lietuvos Respublika

PASP – pirminė asmens sveikatos priežiūra

PRSP – Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika

PSO – Pasaulio sveikatos organizacijos

SP – sveikatos priežiūra

TLK – teritorinė ligonių kasa

VP – viešoji politika

ĮVADAS

Temos aktualumas. Sveikatos sistema yra viena svarbiausių sistemų, būtinų užtikrinti gerovę valstybėse. Gerovės valstybė nėra lengvai apibrėžiamas reiškinys moksliniu, teoriniu ar praktiniu požiūriu, todėl didelė dalis tyrėjų akcentuoja ne vien politinę jos esmę, bet gerovės valstybę apibūdina ir kaip subalansuotą ekonominės ir socialinės politikos rinkinį (Guogis ir kt., 2020).

Socialinės politikos objektas yra mokslas, kuris ieško priemonių prisidedančių prie socialinių prieštaravimų mažinimo ir socialinių konfliktų sprendimo, socialinei taikai palaikyti ar atkurti, ir ji yra būtina įgyvendinant gerovės valstybės koncepciją. Viena iš socialinės politikos sričių – sveikatos politika (Kourkouta ir kt., 2020).

Sveikatos apsaugą valstybėse užtikrina sveikatos sistema ir jos dalyviai (tiek politiką formuojantys, tiek ir ją įgyvendinantys). Daugumos tyrėjų nuomone, pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis yra svarbiausias teikiamų paslaugų kokybės vertinimo kriterijus (Jerdiakova ir kt., 2020). Asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai pagal pacientų poreikių patenkinimo įvertinimą gali nustatyti, kaip teikiamos paslaugos tenkina pacientų poreikius, kas padeda išsiaiškinti, kuo pacientai labiausiai nepatenkinti ir kaip tobulinti teikiamų paslaugų kokybę bei didinti jų prieinamumą. Sveikatos sistemos esminė funkcija – teikti prieinamas kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas piliečiams. Prieinamumo sąvoka nėra vienareikšmiškai apibrėžta, nes jai būdingas tarpdiscipliniškumas. Prieinamumą autoriai siekia atskleisti per kokybės kriterijus ir su jais susijusių reikalavimų, įtvirtintų teisės aktuose ir teismų praktikoje, analize. Tokią situaciją lemia tai, jog veiksniai, darantys įtaką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui, yra glaudžiai susiję. Būtent dėl to, prieinamumas negali būti pagerintas be sisteminės sveikatos priežiūros reformos, įtraukiant ir kitus sektorius. ES valstybių narių sveikatos sistemų organizavimas, finansavimas ir reguliavimas iš esmės yra paremtas subsidiarumo principu, kai aukštesnio lygio organizacijos neturi kištis į žemesnio lygio organizacijos veiklą ir tai yra įtvirtinta ES sutartyse (Astromskė, 2018).

Lietuvoje vis didesnis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei. Sveikatos priežiūros įstaigos teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vykdo ligų prevencines programas, gerina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tuo prisidedamos prie visuomenės gerovės. Pasak Jerdiakovos ir kt. (2020), sveikatos priežiūros paslaugų kokybei didelį dėmesį skiria tarpvyriausybines organizacijos, tokios kaip Europos Taryba, Europos Komisija, Pasaulio sveikatos organizacijos, Europos regioninis biuras bei tarptautinės nevyriausybines organizacijos (Europos sveikatos priežiūros kokybės draugija, Europos kokybės organizacija, Europos kokybės vadybos fondas ir kt.). Sveikatos priežiūros paslaugų, ypač tų, kurias teikia viešasis sektorius, kokybė yra veiksnys, labai svarbus dėl realios galimybės patenkinti pacientų poreikius, taupyti valstybės išteklius, skatinti sektoriaus darbuotojų atsakomybę, ugdyti jų žinias, didinti motyvaciją ir kompetenciją. Nepaisant esminių patobulinimų kitose valstybėse sveikatos priežiūros paslaugų sektoriuje, šalys susiduria su daugybe iššūkių pirminės sveikatos priežiūros sistemoje. Spartus gyventojų skaičiaus augimas, didelės sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudos, nevienodas prieinamumas, susirūpinimas dėl paslaugų kokybės ir didėjančios lėtinių ligų naštos ir t.t. kelia didelius iššūkius. Al Asmri ir kt. (2020) teigia, kad vyriausybės parengia ir įgyvendina iniciatyvas dėl kurių per greitą laiką pasirodo administraciniai ir praktiniai sunkumai sprendžiant minėtus sveikatos sistemos iššūkius. Kadangi pirminė asmens sveikatos priežiūra Lietuvoje laikoma šalies sveikatos sistemos pagrindu, vis daugiau dėmesio skiriama pirminei sveikatos priežiūros grandžiai.

Šaras ir kt. (2013), tyrinėdami paslaugų kokybės gerinimą paslaugų prieinamumo ir priimtumo aspektais, akcentuoja sveikatos paslaugų prieinamumo problemą. Pasaulio sveikatos organizacija taip pat nurodo, jog pirminė sveikatos priežiūra yra svarbiausia sveikatos priežiūros grandinės dalis, todėl Lietuvoje svarbu užtikrinti, kad pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų ne tik kokybiškos, tenkintų paslaugų vartotojų poreikius ir lūkesčius, bet ir būtų visuotinai prieinamos atskiriems individams, šeimoms (Jerdiakova ir kt., 2020). Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemia ne tik šias paslaugas teikiančių įstaigų veiklos ypatumai, bet ir išoriniai (politiniai, teisiniai, ekonominiai ir socialiniai) veiksniai, todėl sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas tampa viešojo sektoriaus organizacijų veiklos valdymo, valstybės sveikatos sistemos organizavimo ir nacionalinės sveikatos politikos įgyvendinimo objektu. Vienas tokių išorinių veiksnių, paveikusių sveikatos politiką ir sveikatos sistemų veikimą visame pasaulyje, yra COVID-19 viruso paplitimas.

2019 m. mokslininkai nustatė naująją koronavirusų šeimos atmainą – sunkaus ūminio respiracinio koronaviruso sindromą (angl. *severe acute respiratory syndrome coronavirus*) ir sutrumpino pavadinimu SARS-CoV-2 arba COVID-19 (toliau – COVID-19), kuris tų pačių metų pabaigoje sukėlė ligos protrūkį Uhano mieste (Kinijos Liaudies Respublika). 2020 m. sausio 30 d. Pasaulio sveikatos organizacija įvardijo COVID-19 viruso protrūkį, kaip visuomenės sveikatos grėsmę, reikalaujančią neatidėliotinos intervencijos. 2020 m. kovo 11 d. Pasaulio sveikatos organizacija COVID-19 įvardijo kaip pandemiją. Virusas išplito po visas pasaulio šalis, todėl valstybių vyriausybės (vykdomoji valdžia) susidūrė su iššūkiu suvaldyti epidemiologinę situaciją pasitelkiant mokslo patvirtintus metodus ir priimant kardinalius visuomenės gyvenimą suvaržančius sprendimus (Kukauskienė, 2020). Kavak ir kt. (2020) teigia, kad COVID-19 laikotarpiu daug tyrimų atliekama siekiant optimaliai pagerinti pacientų priežiūros kokybę, sukurti saugią pacientų priežiūros aplinką, sumažinti rizikas pacientams ir darbuotojams, bei užtikrinti pacientų saugos tęstinumą.

Nepaisant socialinių, ekonominių ar organizacinių priemonių, 2020 metais ypač svarbios tapo teisinės priemonės. Laiku priimtos teisinės priemonės leido Lietuvos sveikatos sistemai pasirengti naujam iššūkiui ir neleisti susiklostyti ypač blogai situacijai kaip kitose pasaulio šalyse (Italijoje, Ispanijoje, Didžiojoje Britanijoje ir kt.), kuomet medicinos darbuotojams dėl išteklių trūkumo ir didelio pacientų kiekio teko priimti sprendimus, kuriuos pacientus gydyti (Kukauskienė, 2020). Dėl COVID-19 Lietuvoje, taip pat kaip ir Ispanijoje, buvo perskirstyta darbo jėga ir ištekliai, siekiant patenkinti dabartinius ir numatomus ligoninės paslaugų poreikius. Ligoninėse buvo laikinai atidėtos planinės operacijos perkeltiant darbo jėgą, padidinant lovų skaičių COVID-19 pacientams. Šis sprendimas padėjo padidinti hospitalizuojamų pacientų skaičių, išgydyti didesnę dalį žmonių laiku suteikus pagalbą dėl COVID-19 infekcijos, tačiau atitolino sveikatos priežiūros paslaugų teikimą planinių operacijų laukiantiems žmonėms, dėl ko blogėjo jų fizinė ir psichinė sveikata (Nuñez ir kt., 2020; Dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbimo, 2020).

Pasak Jankauskienės (2011), pagrindiniai sveikatos politikos principai yra tokios vertybės, kaip visuotinumumas, teisingumas, solidarumas, prieinamumas, priimtinumumas, lygybė, visapusiškumas, o jomis yra paremtos piliečių galimybės naudotis geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugomis bei įsitraukti priimant sprendimus. Taigi, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas – būtina sveikatos politikos įgyvendinimo sąlyga net ir pandemijos sąlygomis.

Tyrimo problema. LR Konstitucinis Teismas 2013 m. gegužės 16 d. nutarime pažymėjo, kad, vykdydama konstitucinę funkciją rūpintis žmonių sveikata, valstybė turi sudaryti tokią sveikatos priežiūros modelį, kad sveikatos priežiūros paslaugos visiems piliečiams būtų prieinamos. Sukurti

reikiamą infrastruktūrą, teikti nemokamą gyvybiškai būtiną medicinos pagalbą valstybinėse gydymo įstaigose, sukurti visuomenės solidarumu pagrįstą sveikatos priežiūros finansavimo viešosiomis lėšomis sistemą, kuri leistų užtikrinti pakankamą sveikatos priežiūros prieinamumą yra vieni iš pažymėtinų Konstitucinio Teismo nutarimo aspektų (LR Konstitucinis Teismas Dėl LR Konstitucinio teismo 2013m. gegužės 16d..., 2014). Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos tikslas yra užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius, o vienas svarbiausių veiksnių yra šių paslaugų prieinamumas (Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo, 2014). Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas turi būti užtikrintas ir pagal Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymą (2021), tad ir COVID-19 pandemija neatleidžia sveikatos sistemos nuo prievolės tai atlikti (Jaselionienė, Gurevičius, 2020). Tačiau pandemijos metu sveikatos sistemos įstaigų veiklos organizavimui ir valdymui kyla vis daugiau iššūkių, kurie skatina nagrinėti ir paslaugų prieinamumo klausimus.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir jo užtikrinimo klausimai buvo anksčiau nagrinėti Lietuvos ir užsienio moksliniuose darbuose. Sveikatos paslaugų kokybės klausimus nagrinėjo Stašaitienė (2020); Jerdiakova, Mikaliūkštienė, Rabkovskaja, Žilinskienė, Kutkauskienė, Davydenko (2020); Mikaliūkštienė ir kt. (2018); Zhou, Beaulieu, Cutler (2020); Raipa, Čepuraitė (2017), o paslaugų kokybės ir prieinamumo aspektus pagrindė Štaras, Vedlūga, Kalvelytė (2013); Astromskė (2018); Mekšriūnaitė, Gurevičius (2016); Barber, Fullman ir kt. (2017); Olah, Gaisano, Hwang (2013). Kutkauskienė (2021); Juričko (2021); Žarskus, Pačinskaitė, Kakta ir kt. (2021); Chen, Brozen, Rollman, Ward ir kt. (2021); Benjamen, Girard, Jamani ir kt. (2021); atliko tyrimus apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą COVID-19 pandemijos kontekste, tačiau pasigendama empirinių tyrimų, kurie atskleidžia, kaip COVID-19 pandemijos kontekste turi būti užtikrinamas pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas viešojo (sveikatos) sektoriaus organizacijų veikloje ir kaip paslaugų teikimas ir teikimo valdymas gali prisidėti prie sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo.

Tyrimo problema gali būti išreiškiama šiais **probleminiais klausimais**:

1. Kokiais bruožais pasižymi viešųjų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pandeminiėje situacijoje?
2. Su kokiais iššūkiais susidūrė Lietuvos sveikatos sistema COVID-19 pandemijos metu užtikrinant paslaugų prieinamumą?
3. Su kokiais iššūkiais susiduriama užtikrinant pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, remiantis Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos atveju?
4. Kokios yra sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimo stiprinimo kryptys (metodai, sprendimai) Lietuvoje ir Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje?

Darbo tikslas – atskleidus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sampratą, identifikuoti esminius iššūkius ir sprendimus paslaugų prieinamumui užtikrinti Lietuvoje ir Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje COVID-19 sąlygomis.

Tyrimo objektas – sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas pandemijos kontekste.

Darbo uždaviniai:

1. Atskleisti sveikatos priežiūros paslaugų kaip viešųjų paslaugų prieinamumo sampratą ir jos ypatumus pandemijos kontekste, identifikuojant prieinamumo užtikrinimo būdus.
2. Identifikuoti esminius iššūkius užtikrinant paslaugų prieinamumą, kylančius Lietuvos sveikatos sistemai COVID-19 pandemijos metu.

3. Išanalizuoti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo situaciją ir prieinamumo užtikrinimo būdus Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos atveju.
4. Nustatyti esmines sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimo stiprinimo kryptis (metodus, sprendimus), remiantis Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos atveju, tinkančias adaptuoti ir kitose Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose

Ginamieji teiginiai:

COVID-19 pandemijos metu sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas vyko trimis esminėmis kryptimis: nuolatinis teisės aktų ir kitų dokumentų atnaujinimas, sveikatos priežiūros įstaigų įpareigojimu koreguoti savo veiklą pagal naujus reikalavimus, paslaugų teikimo pacientams prioritetų išskyrimu.

COVID-19 pandemijos metu pablogėjo sveikatos priežiūros paslaugų komunikacinis ir organizacinis prieinamumas, tačiau liko nepakitęs ekonominis paslaugų prieinamumas.

Tyrimo metodai:

1. *Mokslinės literatūros ir kitų šaltinių analizė*, kuriuo buvo siekiama atskleisti sveikatos apsaugos paslaugų kaip viešųjų paslaugų prieinamumo sampratą ir jos ypatumus pandemijos kontekste, identifikuojant prieinamumo užtikrinimo būdus.
2. *Teisinių dokumentų turinio analizė*, kuria buvo siekiama atskleisti esamą situaciją ir identifikuoti esminius iššūkius užtikrinant paslaugų prieinamumą, kylančius Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai COVID-19 pandemijos metu.
3. *Apklausa raštu (anketavimas) (kiekybinis tyrimas)* buvo naudotas norint išsiaiškinti respondentų (sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų – pacientų) požiūrį apie sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimą COVID-19 pandemijos kontekste, su kokiais sunkumais jie susidūrė ir kokios to pasekmės.
4. *Apklausa žodžiu (pusiau struktūruotas interviu) (kokybinis tyrimas)* pasirinkta, kad sužinoti informantų nuomonę apie paslaugų prieinamumo užtikrinimo iššūkius, su kuriais susidūrė įstaigos COVID-19 pandemijos laikotarpyje užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Apklausus atsakingus asmenis Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje, identifikuoti esminiai iššūkiai, su kuriais susidūrė viešąsias sveikatos apsaugos paslaugas teikianti įstaiga, sprendama paslaugų prieinamumo klausimus.

Tyrimo praktinis reikšmingumas. Tyrimui pasirinkta konkreti Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika. Anketų pagalba siekiama sužinoti Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos pacientų nuomonę apie paslaugų prieinamumą, o interviu tyrimo tikslas atskleisti kaip paslaugų prieinamumo užtikrinimas kito COVID-19 pandemijos metu. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika pasižymi plačiu padalinių išplėtojimu aplinkiniuose kaimuose. Kaimo žmonėms sudarytos sąlygos gauti paslaugas toje pačioje vietoje, kur gyvena. Tiriant konkrečią įstaigą ir jos pacientus galima tiksliau nustatyti iššūkius su kuriais susiduriama, pateikti rekomendacijas ir sukurti strategiją, kuri būtų pritaikyta ir kitose Lietuvos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje nepriklausomai nuo jos dydžio.

Darbo struktūra. Tyrimo rezultatų ataskaita pateikta magistro darbo forma. Magistro darbą sudaro: įvadas, sąvokų ir sutrumpinimų sąrašas, įvadas, 3 dėstymo dalys (teorinė, metodologinė ir empirinė), išvados, rekomendacijos, naudotų literatūros šaltinių sąrašas, priedai. Įvade buvo apibrėžtas tyrimo aktualumas, įvardintas tyrimo tikslas, tyrimo objektas, suformuluoti probleminiai klausimai ir ginamieji teiginiai, iškelti uždaviniai. Tyrimas organizuotas pradedant nuo teorinių aspektų analizės,

tad pirmoje darbo dalyje buvo konceptualizuojamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas pandemijos kontekste, išskiriami ir išanalizuoto prieinamumo bruožai. Antrojoje dalyje apibūdinta tyrimo metodologija, pagrįstas naudotų metodų pasirinkimas. Trečioje dalyje pristatyti atlikto empirinio tyrimo, kuriame buvo derinti skirtingi tyrimo metodai, rezultatai. Darbo apimtis – 78 puslapiai (be priedų), 11 lentelių, 30 paveikslų, bei 6 priedai.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO UŽTIKRINIMO PANDEMIJOS KONTEKSTE TEORINIS PAGRINDIMAS

Analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimo teorinius aspektus, atskleista sveikatos sistemos paslaugų teikimo samprata ir bruožai, pateikta tokių paslaugų prieinamumo apibrėžtis ir reikšmė, identifikuoti sveikatos sistemos iššūkiai COVID-19 kontekste.

1.1. Sveikatos sistemos paslaugų teikimo teorinis kontekstas

Gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, todėl sveikatos sistemos (kitur dar vadinamos sveikatos apsaugos sistemos) valdymas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos priežiūros prioritetų Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų Europos bei pasaulio šalių.

1.1.1. Sveikatos politikos kaip viešosios politikos srities samprata ir bruožai

Analizuojant sveikatos sistemos paslaugų teikimo teorinius aspektus, atskleidžiama sveikatos politikos (kitur dar įvardijamos kaip sveikatos apsaugos politika) kaip viešosios politikos srities samprata ir bruožai, sveikatos priežiūros paslaugų kaip viešojo sektoriaus paslaugų samprata ir reikšmė gerovės valstybės kontekste, identifikuojami sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir administravimo ypatumai.

Sveikatos politika yra viena iš viešosios politikos sričių. Užsienio literatūroje teigiama, kad kaip priemonė pagerinti sveikatos priežiūros paslaugas buvo propaguojama visuomenės įtraukimo politika (Conklin ir kt., 2015). Visuomenės dalyvavimo lygis ir apimtis labai skiriasi, atsižvelgiant į sprendimus priimančių asmenų ir visuomenės bendradarbiavimo laipsnį. Visuomenės narių dalyvavimas strateginiuose sprendimuose apima visus viešojo administravimo aspektus, politikos formavimą ir įgyvendinimą tarptautiniu, nacionaliniu, regioniniu ir vietos lygiu (Khodary, 2016). Sveikatos apsaugos kontekste viešoji politika atlieka labai svarbų vaidmenį kaip strategijų ir veiksmų pasirinkimo procesas. Pasak Raipa (2002), į viešosios politikos formavimą įeina darbotvarkės nustatymas, politikos formavimas, politikos priėmimas bei politikos įgyvendinimas. Turi būti numatomi rezultatai, peržiūrėtos esamos ir būsimos viešosios programos ir projektai. Visuomenės įtraukimas gali būti remiamas žmogaus teisių tikslais arba dėl priešasčių, susijusių su jo nauda ir praktiniu panaudojimu (Khodary, 2016). Jungtinėse Amerikos Valstijose po prezidento J. Bideno inauguracijos 2021 metais paskelbti trys pagrindiniai valstybės viešosios politikos tikslai. Pirmasis jų – atsižvelgti į socialines, ekonomines ir politines nesėkmes, informuoti ir siūlyti naujas politikos kryptis, susijusias su sveikatos sistema, bei peržvelgti su sveikata susijusią politiką ir prieš tai valdžiusio prezidento D. Trumpo veiksmus. 2021 metais net buvo išleistos rekomendacijos skirtos ne tik pakeisti žalingus D. Trumpo veiksmus, bet kartu pripažinti negebėjimą įgyvendinti visų sveikam gyventojui reikalingų priemonių Amerikoje (Woolhandle ir kt., 2021). Taigi, pažangių valstybių viešosios politikos formavimo ir tobulinimo objektu dažnai tampa būtent sveikatos sistemos veikla ir jos vystymas.

Pastarąjį šimtmetį padaryta didžiulė pasaulinė pažanga gerinant milijonų žmonių sveikatą, įskaitant mažėjantį mirtingumą nuo infekcinių ligų, tokių, kaip žmogaus imunodeficito virusas (ŽIV), tuberkuliozė (TB) ir maliarija. Tačiau, teigiama, kad pastarojo dešimtmečio laimėjimas sustojo iš dalies dėl to, kad trūksta apmokytų sveikatos priežiūros darbuotojų ir galimybės naudotis pagrindinėmis sveikatos paslaugomis, dėl geografinės padėties, skurdo ir socialinių problemų

(Health policy and system support..., 2020). Situacijai spręsti reikalingi atitinkami viešosios politikos sprendimai.

Visos viešosios politikos pastangos gerinti sveikatos sistemos veikimą yra susijusios su politikos įgyvendinimo iššūkiais. Sveikatos politikos analizė paprastai pabrėžia politikos formavimo ir priėmimo klausimus, tačiau vis tiek reikia sutelkti dėmesį ir į politikos įgyvendinimo etapą. Politikos įgyvendinimas yra sudėtingas reiškinys. Campos ir kt. (2019), nagrinėję sveikatos sektoriaus politikos įgyvendinimo aspektus, pasiūlė šešias pagrindines politikos kategorijas, siejamas su suinteresuotosiomis grupėmis, kurios gali turėti įtakos viešosios politikos įgyvendinimui: interesų grupių politika, biurokratinė politika, biudžeto politika, lyderio politika, naudos gavėjų politika ir išorės veikėjų politika. Visos šios kategorijos taip pat veikia ir sveikatos politikos įgyvendinimą. Vienas iš pagrindinių sveikatos politikos įgyvendinimo iššūkių yra tai, jog atsakomybė už tai paprastai atitenka ne politikams, o vyriausybės nariams, tuo tarpu politikos formuotojai, priimančys įstatymus, ne visada supranta įgyvendintojų perspektyvą. Konfliktai, pasipriešinimas ir bendradarbiavimo stygius tarp suinteresuotųjų šalių yra vieni iš pagrindinių viešosios politikos įgyvendinimą stabdančių veiksnių, todėl tik sisteminga ir nuolatinė viešosios politikos analizė gali padėti sprendimų priėmėjams ir komandoms, siekiant pagerinti srities politikos įgyvendinimo galimybes (Campos ir kt., 2019). Tačiau kiekvienoje komandoje yra labai svarbus lyderio vaidmuo. Gilson (2016) teigia, kad bene sudėtingiausias sveikatos sistemų iššūkis yra ugdyti asmenis, galinčius išsiugdyti strateginę viziją, technines žinias, politinius įgūdžius ir etinę orientaciją vadovauti sudėtingiems politikos formavimo ir įgyvendinimo procesams. Be to, lyderiais laikomi tie, kurie kuria naują sveikatos politiką ir reformuoja alternatyvas, o vėliau jas paverčia įstatymais, reguliavimo ar administracinės politikos instrumentais, reikalingais įgyvendinti procesą (Gilson, 2016).

Sveikatos sistemoje svarbų vaidmenį taip pat atlieka vyriausybė. Perspektyva, pagal kurią šalys gali tobulinti sveikatos sistemą, priklauso nuo vyriausybės ir subnacionalinių viešosios politikos įgyvendintojų. Sutelkus jų dėmesį į sveikatos sistemos stiprybes ir silpnybes, ne tik galimi didesni pasiekimai sveikatos sistemos vystymo požiūriu, bet taip pat tai skatintų sveikatos įstaigas ir pacientų gynimo grupes daugiau pastangų ir laiko skirti į paciento poreikių nustatymą. Pirmojo kontakto prieinamumo funkcionalumas, tęstinumas, visapusiškumas, koordinavimas ir į asmenį orientuotos veiklos sritys prisideda prie aukštesnės paslaugų kokybės ir veiksmingo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, tuo pačiu ir prie stiprios ir teisingos sveikatos sistemos kūrimo (Primary health care performance initiative, 2019).

Taigi, viešojoji politika atlieka labai svarbų vaidmenį sveikatos sistemoje kaip strategijų ir veiksmų pasirinkimo procesas, į kurį įeina darbotvarkės nustatymas, politikos formavimas, politikos priėmimas bei politikos įgyvendinimas numatant rezultatus, bei peržiūrint esamas ir būsimas viešąsias programas ir projektus. Sveikatos sistema, kaip ir visos kitos viešosios politikos sritys susiduria su politikos įgyvendinimo iššūkiais. Sveikatos sistemoje svarbų vaidmenį atlieka vyriausybė ir subnacionaliniai viešosios politikos įgyvendintojai, tačiau vienas iš didžiausių iššūkių ir yra tai, kad atsakomybė už sveikatos politikos įgyvendinimą atitenka vyriausybės nariams, tuo tarpu politikos formuotojai, priimančys įstatymus sveikatos srityje, ne visada mato visą sistemą ir įstatymų įgyvendinimo kontekstą. Viena svarbiausių priemonių gerinant sveikatos priežiūros paslaugas yra laikoma būtent visuomenės įtraukimo politika.

1.1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kaip viešojo sektoriaus paslaugų samprata ir reikšmė gerovės valstybės kontekste

Viešosios paslaugos – tai grupė paslaugų, kurių teikimą reguliuoja valstybės ar savivaldybės valdžios institucijos, jos teikiamos tiesiogiai valstybės ar savivaldybės organizacijų (biudžetinės, viešos įstaigos ar savivaldybių kontroliuojamos įmonės, bendrovės) ir/arba finansuojant ir reguliuojant (kontroliuojant) privačių ir/ar nevyriausybinių organizacijų veiklą, pastarosioms vykdant viešųjų paslaugų teikimą, bei joms būdingos naudą visai visuomenei ar teritorinei bendruomenei duodančių viešąjį interesą tenkinančių paslaugų charakteristikos (Savivaldybių organizuojamų viešųjų paslaugų teikimo analizė, 2010). Gali būti sudaromos viešųjų paslaugų, valdymo ir priežiūros, koncesijos sutartys teikiant viešąsias paslaugas. Sutartis, kurią sudaro juridinis asmuo (verslininkas), teikiantis paslaugas ar parduodantis prekes visiems, kas tik kreipiasi (transporto, ryšių, elektros, šilumos, dujų, vandentiekio ir kt. organizacijos) laikoma viešąja sutartimi (Miežanskienė ir kt., 2014). Savivaldybių organizuojamų viešųjų paslaugų teikimo analizėje viešąjį interesą tenkinančių paslaugų charakteristikos išskiriamos į dvi grupes. Pirmoji tai – *paslaugos kaip grynos viešosios gėrybės*, kurioms būdingas neatskiriamumas ir vientisumas. Tokios paslaugos naudingos kiekvienam gyventojui, naudojamos bendrai ir yra prieinamos visiems, o už jų teikimą neįmanoma tiesiogiai paimti mokėjimų, pvz., veikla, kurią vykdo Lietuvos policija, Valstybinė priešgaisrinė gelbėjimo tarnyba, ar kuri kita įstaiga, susijusi su viešaisiais parkais, gatvių apšvietimu ir t.t. Antroji grupė tai – *paslaugos, kurios visiems visuomenės ar teritorinės bendruomenės nariams yra socialiai reikšmingos gėrybės* (Savivaldybių organizuojamų viešųjų paslaugų teikimo analizė, 2010). Paslaugos gali būti teikiamos privatiems asmenims, bet duodančios „plačią“ naudą visai visuomenei ar teritorinei bendruomenei (pvz., veikla, kurią vykdo bibliotekos, kai kuriais atvejais viešasis transportas, ar kuri kita įstaiga, susijusi su švietimu, šiukšlių tvarkymu ir pan.), paslaugos yra svarbios visos visuomenės ar teritorinės bendruomenės gyvenimo lygiui, bet reikalaujančios tokių didelių investicijų, kad monopolinis šios paslaugos teikimas yra labiausiai tikėtinas (pvz., centralizuotas vandens, šilumos ir t.t. tiekimas), bei paslaugos yra svarbios visuomenės ar teritorinės bendruomenės narių ar jų grupių gyvenimo kokybei, bet būtų per brangios, jei šias paslaugas teiktų privatus sektorius. Šios gėrybės teikiamos siekiant įgyvendinti teisingumo principą (Savivaldybių organizuojamų viešųjų paslaugų teikimo analizė, 2010). Taigi, viešosios paslaugos skiriamieji požymiai teoriškai yra aiškūs, bet jų pritaikymas praktikoje nėra paprastas.

Socialinė politika – tai mokslas, kuris ieško priemonių prisidedančių prie socialinių prieštaravimų mažinimo ir socialinių konfliktų sprendimo, socialinei taikai palaikyti ar atkurti. Kourkouta ir kt. (2020) teigia, kad „socialinės politikos“ terminas žymi visas valstybės intervencijas, kuriomis siekiama didinti socialinę gerovę ir suteikti socialinę apsaugą. Gerovės valstybės vaidmens atribojimas yra būtina sąlyga konceptualiam socialinės politikos požiūriui formuoti, o gerovės valstybę, dabartinius modelius, jos raidą, jos įsikišimo į visuomenę mechanizmą ir metodus, santykį su rinka, šeima ir pilietine visuomene nagrinėja svarbi socialinės politikos dalis. „Gerovės valstybės“ sąvoka išreiškia specifinę gerovės valstybės sampratą, todėl ji yra atsakinga už pagrindinių žmogaus poreikių tenkinimą individualiame ir kolektyviniame lygmenyje, o jos vaidmuo nebėra tik ištaisyti rinkos disbalansą ir nelygybę, bet ir plėsti. Teigiama, kad šiais laikais dauguma išsakytų požiūrių apie gerovės valstybę mano, kad tai yra paprastai nusakoma eilė įstatyminių intervencijų socialinės apsaugos (pensijų, sveikatos apsaugos), socialinės globos (vaikų, pagyvenusių žmonių, vargšų) srityse, socialinės pašalpos (būstas, mokymas, vaikų darželiai), darbo apsauga ir bedarbių apsauga (Kourkouta ir kt., 2020). Trein (2020) atliko empirinę analizę apie tai, kaip socialinis reguliavimas

integruojamas į gerovės valstybę. Tyrime buvo lyginta sveikatos, migracijos ir nedarbo politikos reformos Australijoje, Austrijoje, Kanadoje, Belgijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje, Italijoje, Nyderlanduose, Naujojoje Zelandijoje, Švedijoje, Šveicarijoje, JK ir JAV nuo 1980 iki 2014 m. Tyrimas parodė, kad sveikatos ir nedarbo politikos reformų laikas įvairiose šalyse yra panašus, tačiau skiriasi reformų atsiradimas migracijos politikos srityje. Autorius pateikė išvadą, kad reguliavimo ir gerovės integravimas apima dvigubą tikslą: „vadovauti“ piliečiams, verčiant juos užimti laisvas darbo vietas ir išsiųsti migrantus ir pabėgėlius už nedidelius nusikaltimus; ir apsaugoti piliečius nuo pavojų, pvz., neužkrečiamųjų ligų. Taigi, gerovės valstybė apibūdina piliečių gerovę, į kurią taip pat įeina senatvės ir nedarbo pašalpos, vaikų, pagyvenusių žmonių ir vargšų globa, darbo apsauga bei valstybės sveikatos apsauga.

LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (2021) apibrėžta, kad sveikatos priežiūros paslaugos – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Šios paslaugos teikiamos apimant daugybę organizacinių padalinių, pradedant nuo ligoninių, gydytojų praktikos ir baigiant vienetais, teikiančiais atskiras paslaugas, tačiau, pasak Porter (2010) nė vienas iš jų neatspindi ribų, kuriose iš tikrųjų sukuriama vertė, o tinkamas sveikatos priežiūros paslaugų matavimo vienetas turėtų apimti visas paslaugas ar veiklą, kurios kartu lemia sėkmę patenkinant paciento poreikius. Sveikatos sistemai didelį dėmesį skiria tarpvyriausybines organizacijas, tokias kaip Europos Taryba, Europos Komisija, Pasaulio sveikatos organizacija, tarptautinės nevyriausybines ir kitos organizacijos, kurios siekia kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų, patenkinti pacientų lūkesčius ir poreikius, veiksmingai taupyti išteklius, skatinti darbuotojų atsakomybę, didinti jų kompetenciją ir pan.

Nuo 2013 metų, kai Europos Sąjunga išsiplėtė iki 28 valstybių, tarp kurių yra ir Lietuva, ji tapo viena iš didžiausių augimo potencialą turinčių susivienijimų. Kartu su plėtra sunkėjo ir jos valdymas bei gebėjimas laikytis bendrų užsibrėžtų tikslų, dėl skirtingų valstybių išsilavinimo lygio, ekonominių, kultūrinių ir prioritetinių skirtumų tarsi savaime visas šalis padalino į blokus, kuriuos nulemia šalių ekonominis stabilumas (Makovskaja ir kt., 2020). Makovskaja ir kt. (2020) pažymi, kad vienas pagrindinių Europos Sąjungos išsikeltų tikslų – sudaryti tokias sąlygas, kurios egzistuočiau gerovės valstybėje – pagrindą sudarytų žemas nedarbo lygis, didelė darbo kaina, stiprios socialinės garantijos, minimalus skurstančiųjų šeimų skaičius ir didelė socialinė sanglauda. Tokiu būdu siekiant ir didesnio ekonominio augimo, tačiau toks veiklų kompleksas yra neatsiejamas nuo darnios ir tvarios plėtos.

Asmens pastangos būti sveikam gali būti skatinamos tik žmogaus orumui priimtinais socialinėmis ir ekonominėmis priemonėmis, tokiomis, kaip asmens sveikatos priežiūra; visuomenės sveikatos priežiūra; farmacinė veikla; ir tradicinė medicina, liaudies medicina bei nemedicininiai sveikatos atgavimo būdai. Lietuvos valstybės saugumo ir klestėjimo bei atviros, teisingos ir darnios pilietinės visuomenės kūrimui būtina kuo geresnė visuomenės sveikata. Atsižvelgdamas į Pasaulinės Sveikatos Asamblėjos 30 sesijos 1977 metais paskelbtas globalinės strategijos „Sveikata visiems – 2000“, Otavos sveikatos stiprinimo chartijos ir Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos nuostatas LR seimas, vadovaudamasis LR Konstitucija, priėmė sveikatos sistemos įstatymą, kuriuo siekia užtikrinti prigimtine žmogaus teise turėti kuo geresnę sveikatą, sveiką aplinką, priimtina, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2021).

Sveikatos sistemai Lietuvoje vadovauja LR Sveikatos apsaugos ministras. Kadangi sveikatos sistemoje nuolat vykdomos reformos piliečių sveikatos gerinimo tikslais, 1990 m. žengti esminiai žingsniai decentralizuojant ir demokratizuojant sveikatos sistemos valdymą pagal sveikatos apsaugos reformos teisės aktus. 1991 metais Lietuva įstojo į Pasaulinę sveikatos organizaciją (toliau – PSO),

siekiant tobulinti sveikatos apsaugą, todėl po įstojimo, buvo parengta ir LR Seime patvirtinta šaliai labai svarbi Nacionalinė sveikatos koncepcija. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme nurodyti nacionalinės sveikatos sistemos sudarymo pagrindai: 1) bendras sveikatos reikalų tvarkymas Lietuvoje; 2) socialinio teisingumo sveikatinimo veikloje užtikrinimas; 3) visų sveikatinimo veiklos išteklių integravimas į bendrą sistemą, jų planavimas ir naudojimas atsižvelgiant į nacionalinius sveikatinimo veiklos prioritetus; 4) asmens sveikatos priežiūros bei visuomenės sveikatos priežiūros integravimas į bendrą sistemą; 5) Lietuvos sveikatos strategijos, valstybės ir savivaldybių sveikatos programų įgyvendinimo užtikrinimas (LR sveikatos sistemos įstatymas, 2021).

Lietuvos Respublikos Seimas, pripažindamas, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, o sveikata – tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė, sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, gyventojų užimtumas ir jų pakankamos pajamos, apsirūpinimas būstu, prieinama, priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra, kokybiška mityba, darbo, gyvenamosios ir gamtinės aplinkos kokybė, gyventojų pastangos ugdyti sveikatą, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme reglamentuoja sveikatos sistemos įstatymus (LR seimas Sveikatos sistemos įstatymas, 2021). Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (2021) reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą (toliau – LNSS), jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, veiklos subjektų teises ir pareigas.

Sveikatos apsaugos sektorius, siekdamas įgyvendinti gerovės valstybėje būtinus sistemos veikimo principus, susiduria su įvairiais iššūkiais. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras kasmet išleidžia periodinį sveikatos statistikos leidinį, kuris vadinasi: *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla*. Jame pateikiami statistiniai duomenys ir rodikliai apie gyventojų demografinę situaciją, sveikatos būklę, sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir išteklius, o rodikliams skaičiuoti naudojami sveikatos priežiūros įstaigų, specializuotų sveikatos įstaigų bei institucijų metinių ataskaitų duomenys. Taip pat remiamasi Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinės sistemos SVEIDRA, Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro, Lietuvos statistikos departamento, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos bei Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenys. Pagal duomenis, pateiktus dokumente „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“ (2020), matoma, kad sumažėjo 10 000 gv. skiriamų lovų skaičius stacionaruose (be slaugos ir palaikomojo gydymo lovų) lyginant nuo 2017 metų iki 2020 metų. Kiti iššūkiai sveikatos sistemoje – dideli darbo krūviai, gydytojų ir slaugytojų minimalaus darbo užmokesčio reglamento nebuvimas, nepakankamas kvalifikacijos tobulinimo finansavimas. Apžvelgus žmogiškuosius išteklius sveikatos priežiūros sistemoje reglamentuojančią teisinę bazę, pastebėta, kad sukurta visa eilė teisinių dokumentų, apibrėžiančių sveikatos priežiūros specialistų kompetenciją, teises, pareigas bei atsakomybę, taip pat tobulinimo ir licencijavimo tvarką ir t. t. Be to, viena svarbiausių sveikatos reformos sričių – specialistų rengimas, kuris atitinka europinius reikalavimus ir sąlygoja abipusio pripažinimo galimybę bei kvalifikacijų skaidrumą (Jankauskienė ir kt., 2004). Taigi, reglamentavimas svarbus siekiant įgyvendinti kokybišką, prieinamą, teisėtą sveikatos priežiūrą.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reguliuoja valstybės ir savivaldybės valdžios institucijos. Jos teikiamos tiesiogiai valstybės ir savivaldybės organizacijų, kadangi paslaugos yra svarbios visuomenės ar teritorinės bendruomenės narių ar jų grupių gyvenimo kokybei, bet jos būtų per

brangios, jei šias paslaugas teiktų privatus sektorius. LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme apibrėžta, kad sveikatos priežiūros paslaugos yra įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas, o šios paslaugos teikiamos apimant daugybę organizacinių padalinių. Sveikatos apsaugos sektoriaus organizacijos, pripažindamos, kad gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, siekia įgyvendinti gerovės valstybėje būtinus sistemos veikimo principus, t. y. užtikrinant gerovės valstybę sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir administravimas turi būti gerai išvystytas.

1.1.3. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir jo administravimas Lietuvoje

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir teikimo administravimas – vieni svarbiausių apibrėžimų šiame tyrime. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas – sveikatos priežiūros įstaigų veikla, kai vykdoma būtinoji medicinos pagalba, ligų prevencinės programos, siekiama gerinti gyventojų sveikatos kokybę bei visuomenės gerovę. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo administravimas yra įstatymais ir kitais teisės aktais reglamentuojama valstybės ir vietos savivaldos institucijų, kitų įstatymais įgaliotų subjektų vykdomoji veikla, skirta administraciniams sprendimams įgyvendinti, kuriais siekiama koordinuoti, reguliuoti ir kontroliuoti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo administravimą dažniausiai koordinuoja šalių vyriausybės kaip viešojo administravimo institucijos.

Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatyme (2020) aiškiai apibrėžta viešojo administravimo sąvoka – įstatymais ir kitais teisės aktais reglamentuojama valstybės ir vietos savivaldos institucijų, kitų įstatymais įgaliotų subjektų vykdomoji veikla, skirta įstatymams, kitiems teisės aktams, vietos savivaldos institucijų sprendimams įgyvendinti, numatytoms viešosioms paslaugoms administruoti. LR Viešojo administravimo įstatymas (2020) yra svarbus siekiant sudaryti būtinas teisinės prielaidas įgyvendinti LR Konstitucijos nuostatą, kad visos valdžios įstaigos tarnauja žmonėms, taip pat skatinti viešojo administravimo institucijų administracinius gebėjimus, bei didinti jų veiklos efektyvumą. Viešųjų paslaugų teikimo administravimas – svarbi viešojo administravimo subjektų veiklos dalis, nustatanti viešųjų paslaugų teikimo taisykles ir režimą, kai norima steigti viešąsias įstaigas arba išduoti leidimus teikti viešąsias paslaugas privatiems asmenims, bei užtikrinti viešųjų paslaugų teikimo priežiūrą ir kontrolę. Sveikatos priežiūros paslaugos yra priskiriamos socialinės apsaugos sistemai. Valstybinių institucijų administruojama socialinės apsaugos sistema (kuriai priklauso ir sveikatos apsaugos sritis) yra paini, todėl retai visas subtilybes išmano netgi šio dalyko specialistai (Guogis ir kt., 2020). Pagrindinis vyriausybės tikslas yra užtikrinti sveikatos apsaugos sistemos klestėjimą, šalies gyventojų sveikatos, kuri yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, gerinimą. Tam ir yra atliekamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo administravimas.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą užtikrina sveikatos priežiūros įstaigos, kurios vykdo būtinąją medicinos pagalbą, ligų prevencines programas, siekia gerinti gyventojų sveikatos kokybę, bei visuomenės gerovę (Štaras ir kt., 2013). Asmens sveikatos priežiūros paslaugos gali būti tiek viešos, tiek ir privačios. Kitose pasaulio šalyse galima identifikuoti panašius sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir administravimo modelius, kaip ir Lietuvoje. Pavyzdžiui, Honkonge, viename iš ypatingų administracinių Kinijos Liaudies Respublikos regionų, kuriame gyvena 7,5 mln. gyventojų, sveikatos priežiūros paslaugos taip pat yra viešosios ir privačiosios. Honkongas užima ketvirtą vietą pasaulyje pagal gyventojų tankumą, o vidutinė gyvenimo trukmė yra didžiausia pasaulyje – 84,9

metų, kas rodo gerą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir administravimą. Šalies sveikatos paslaugas administruoja vyriausybė, skirsto bendrąsias ir labdaros fondų pajamas (Yang ir kt., 2021).

Daugelio sistemų Lietuvoje pamatas yra teisinis reguliavimas. Lietuvoje sveikatos santykius, atsirandančius saugant, stiprinant ir padedant atgauti asmens ir visuomenės sveikatą, taip pat santykius, susijusius su asmens teisių turėti kuo geresnę sveikatą įgyvendinimu, asmens ir visuomenės sveikatos interesų gynyba, reguliuoja Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (2021). Sveikatos priežiūros paslaugas pagal savo kompetenciją administruoja ir vykdo LR Vyriausybė, LR Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė visuomeninė sveikatos priežiūros tarnyba prie LR Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie LR Sveikatos apsaugos ministerijos, Radiacinės saugos centras, kitos valstybės ir savivaldybių institucijos bei įstaigos (Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2011).

Medicinos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau – LR SAM) sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas suskirstė į tris lygius:

- 1) pirminis (pirminė sveikatos priežiūra) a) ambulatorinės paslaugos; b) stacionarinės paslaugos;
- 2) antrinis (antrinė sveikatos priežiūra);
- 3) tretinis (tretinė sveikatos priežiūra) (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros..., 2020).

LR Sveikatos sistemos įstatyme (2021) reglamentuojama pirminė sveikatos priežiūros veikla, kaip tokia veikla, kuri apima savivaldybių teritorijos administracinius vienetus, o ją vykdo savivaldybėms pavaldūs LNSS subjektai. Šį darbą sutartiniais pagrindais pagal savo kompetenciją gali atlikti ir kiti LNSS veiklos organizavimo lygiams priklausantys LNSS vykdomieji subjektai. Žvinakis (2019) savo tyrime sveikatos paslaugų sistemą pavaizdavo trijų lygių piramidėje, kurioje pagrindą (80 proc.) sudaro pirminė sveikatos priežiūra, 15 proc. antrinė sveikatos priežiūros veikla, o tretinė sveikatos priežiūra sudaro tik 5 proc. (Žvinakis, 2019). Antinė sveikatos priežiūra apima aukštesnius administracinius vienetus ir ją vykdo aukštesniųjų administracinių vienetų LNSS subjektai. Šį darbą sutartiniais pagrindais pagal savo kompetenciją gali atlikti ir tretinė LNSS veiklos organizavimo lygio LNSS vykdomieji subjektai. Tretinę sveikatos priežiūrą pagal savo kompetenciją vykdo universitetinės, akademinės klinikos bei kt. centrai, teikiantys specializuotą ir labai specializuotą medicinos pagalbą asmenims neatsižvelgiant į jų gyvenamąją vietą (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2021).

Būtinoji medicinos pagalba teikiama visiems pacientams ir turi du etapus: pirmiausia, suteikiama pirmoji medicinos pagalba, po to – skubioji medicinos pagalba. Kreipiantis į asmens sveikatos priežiūros įstaigą dėl skubiosios medicinos pagalbos gydytojo siuntimas nereikalingas, o kiekviena asmens sveikatos priežiūros įstaiga pagal kompetenciją privalo užtikrinti (suteikti ir organizuoti) būtinąją medicinos pagalbą. Skubioji medicinos pagalba skirstoma į keturias kategorijas, pagal pagalbos suteikimo skubumą. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, kai tuo pačiu metu atvyksta keli pacientai, kuriems reikalinga skubioji medicinos pagalba ir negali visiems būti suteikta vienu metu, pirmiausia, ji turi būti suteikta pacientams, kuriems reikalinga 1 kategorijos, po to – atitinkamai 2, 3 ir 4 kategorijos pagalba. Skubioji medicinos pagalba gydytojo sprendimu teikiama tol, kol paciento būklė tampa stabili, nebepriskiriama nė vienai iš keturių kategorijų arba pradedamos teikti ilgalaikio paciento gyvybinių funkcijų palaikymo paslaugos (Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos teikimo tvarkos ir masto aprašo patvirtinimo, 2020).

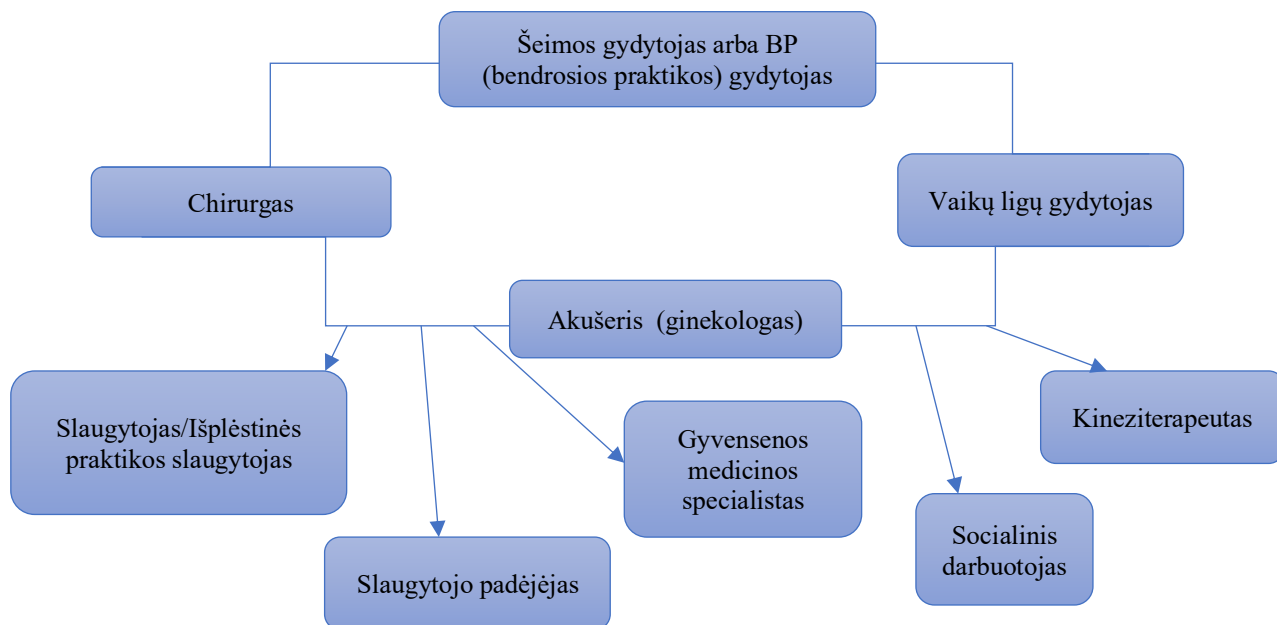
Pastaruoju metu Lietuvoje vis daugiau dėmesio skiriama pirminės asmens sveikatos priežiūros grandžiai, kadangi pirminė sveikatos priežiūra yra šalies sveikatos sistemos pagrindas. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra (toliau – PAASP) – tai nespecializuota, kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra, kuri sudaro didžiąją medicinos paslaugų dalį (80 proc.) ir yra teikiama įstaigoje, kurioje nėra teikiamos stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (Dėl pirminės ambulatorinės asmens..., 2020). Kad paslaugos būtų kuo kokybiškos ir lengviau pasiekiamos svarbu ir gydytojų kompetencija. Gydytojas turi teisę išrašyti receptus sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka, nustatyti vaiko gimimo momentą ir asmens mirties faktus teisės aktų nustatyta tvarka, dalyvauti pagal įgytą profesinę kvalifikaciją gydytojų profesinių organizacijų veikloje, jeigu tam neprieštaruoja kiti teisės aktai, bei išduoti asmens sveikatos pažymėjimus (pažymas) teisės aktų nustatyta tvarka. Taip pat, turi teisę ir atsisakyti teikti sveikatos priežiūros paslaugas, jei tai prieštaruoja gydytojo profesinės etikos principams arba gali sukelti realų pavojų paciento ar gydytojo gyvybei, išskyrus atvejus, kai teikiama būtinoji medicinos pagalba. Gydytojas privalo per 30 dienų nuo deklaracijos pateikimo licencijas išduodančiai institucijai dienos pateikti licencijai gauti reikalingus dokumentus ir ne rečiau kaip kas 5 metus pranešti licencijas išduodančiai institucijai apie profesinės kvalifikacijos tobulinimą ir medicinos praktiką, tobulinti savo profesinę kvalifikaciją sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka, nediskriminuoti pacientų dėl lyties, amžiaus, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, gerbti pacientų teises, jų nepažeisti, laikytis gydytojo profesinės etikos principų, bei kt. (Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas, 2020).

LR Sveikatos apsaugos ministerija skelbia apie vykdomą asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo restruktūrizavimą (Asmens sveikatos priežiūra, 2020). LR SAM siekia užtikrinti geresnį šalies gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikių patenkinimą, aukštesnę paslaugų kokybę, saugumą ir prieinamumą (kas ypač svarbu šio tyrimo kontekste). 2022.01.19 LR Sveikatos apsaugos ministerija pateikė sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pertvarkos projektą, kurio tikslas geresnė gyventojų sveikata, kokybiškesnės sveikatos priežiūros paslaugos (LR sveikatos apsaugos ministerija, Vyriausybė pritarė sveikatos priežiūros..., 2022).

Šeimos gydytojo (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, akušerio ginekologo ir chirurgo kartu) komandos teikiamos paslaugos, pirminė ambulatorinė odontologinė asmens sveikatos priežiūra ir pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra Lietuvoje priskiriamos pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai. Šeimos gydytojo komandos paslaugos (žr. 1 pav.) – tai nespecializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios teikiamos pagal LR Sveikatos apsaugos ministro patvirtintas specialistų medicines normas (Šeimos gydytojo komandos paslaugos, 2020). Pirminė asmens sveikatos priežiūra teikiama ir privačiose poliklinikose. Greitosios medicinos pagalbos stotys taip pat priklauso šiam lygiui (Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos..., 2020). Pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigose vykdoma imunizacija, patarimai ligų profilaktikos klausimais, profilaktiniai sveikatos patikrinimai, pirminė ambulatorinė atstatomoji medicinos pagalba, teikiama sveikatos priežiūros įstaigose ir paciento namuose bei nedarbingumo ekspertizės. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, kurios yra sudariusios sutartis su ligonių kasomis, teikia laiduojamas (nemokamas) asmens sveikatos priežiūros paslaugas jose prisirašiusiems asmenims (Asmens sveikatos priežiūra, 2020).

Nemokamos paslaugos yra apmokamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų, taip pat gali būti finansuojamos savivaldybių sveikatos ar privalomojo sveikatos draudimo fondų lėšomis (LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2021). Kairys ir kt. (2004), atliko tyrimą, kurio metu beveik

visi respondentai nurodė, kad jiems per pastaruosius dvejus metus teko lankytis sveikatos priežiūros įstaigose, o net 92,9 proc. apklaustųjų lankėsi ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Kairys ir kt. (2011) taip pat atliko tyrimą apie Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonę pagal pacientų išsilavinimą, socialinę ir ekonominę padėtį dėl sveikatos priežiūros paslaugų. Rezultatai parodė, kad aukščiausio ir vidutinio lygio vadovai (50 proc.) ir namų šeimininkės (86,9 proc.) norėtų, kad apylinkės gydytojas dirbtų rajone, o bedarbiai (50 proc.) ir specialistai bei tarnautojai (47 proc.) pageidautų, kad apylinkės gydytojas, gydytojai specialistai dirbtų ir teiktų paslaugas „po vienu stogu“. Apklausus respondentus apie tai, kur jie norėtų gydytis, studentai ir moksleiviai (74,3 proc.) atsakė, kad dažniau rinktųsi dienos stacionarą.



1 pav. Šeimos gydytojo komandos sudėtis

Šaltinis: sudaryta darbo autorės remiantis LR Sveikatos apsaugos ministerija „Šeimos gydytojo komandos...“, 2020.

Antrinės kvalifikuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tokios paslaugos, kurias teikia gydytojai specialistai ambulatorinėse, bendro profilio įstaigose ir ligonių konsultacinėse poliklinikose, pavyzdžiui, Panevėžio miesto konsultacinė poliklinika, Respublikinė Panevėžio ligoninė, Kėdainių ligoninė, Šilutės ligoninė, Respublikinė Šiaulių ligoninė, Kupiškio ligoninė ir pan. Antrinio lygio kvalifikuotose sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais, antrinės ambulatorinės atstatomosios medicinos paslaugos, laikinojo nedarbingumo ar neįgalumo iš vaikystės vaikams, nesulaukusiems 16 metų amžiaus, ekspertizė. Ligoninėse antrinę asmens sveikatos priežiūrą suaugusiems ir vaikams teikia terapeutai, kardiologai, endokrinologai, onkologai, infektologai, neurologai, chirurgai, traumatologai-ortopedai, akušeriai-ginekologai, dermatovenerologai, psichiatrai, pediatrai, rentgenologai, anesteziologai-reanimatologai, klinikos laborantai ir kt. specialistai. Pacientai gali gauti papildomų tyrimų, klinikinių diagnozių nustatymo, gydymo ir kt. paslaugas (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo...“, 2020).

Tretinio lygio specializuota asmens sveikatos priežiūra Lietuvoje yra teikiama tik Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose. Šis lygis yra ypatingas tuo, jog gydymo paslaugos yra teikiamos gydytojų konsultantų, kurie konsultuodami pacientus teikia patarimus ir gydymo metodikas pirminio ar antrinio lygio

sveikatos priežiūros įstaigų gydytojams. Į tretinį lygį pacientai gali kreiptis tik po to, kai jau bus gavę pirminio ir antrinio lygių paslaugas (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros...“, 2020).

Kad paslaugos būtų kuo kokybiškos ir lengviau pasiekiamos svarbu ir gydytojų kompetencija. Gydytojas turi teisę išrašyti receptus sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka, nustatyti vaiko gimimo momentą ir asmens mirties faktus teisės aktų nustatyta tvarka, dalyvauti pagal įgytą profesinę kvalifikaciją gydytojų profesinių organizacijų veikloje, jeigu tam neprieštaruoja kiti teisės aktai, bei išduoti asmens sveikatos pažymėjimus (pažymas) teisės aktų nustatyta tvarka. Taip pat, turi teisę ir atsakyti teikti sveikatos priežiūros paslaugas, jei tai prieštaruoja gydytojo profesinės etikos principams arba gali sukelti realų pavojų paciento ar gydytojo gyvybei, išskyrus atvejus, kai teikiama būtinoji medicinos pagalba. Gydytojas privalo per 30 dienų nuo deklaracijos pateikimo licencijas išduodančiai institucijai dienos pateikti licencijai gauti reikalingus dokumentus ir ne rečiau kaip kas 5 metus pranešti licencijas išduodančiai institucijai apie profesinės kvalifikacijos tobulinimą ir medicinos praktiką, tobulinti savo profesinę kvalifikaciją sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka, nediskriminuoti pacientų dėl lyties, amžiaus, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, gerbti pacientų teises, jų nepažeisti, laikytis gydytojo profesinės etikos principų, bei kt. (Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas, 2020).

Taigi, sveikatos priežiūros paslaugas pagal savo kompetenciją administruoja ir vykdo LR Vyriausybė, LR Sveikatos apsaugos ministerija ir kitos valstybės ir savivaldybių institucijos bei įstaigos. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos gali būti teikiamos tiek viešų, tiek privačių sveikatos priežiūros (gydymo) įstaigų. Gydymo įstaigų suskirstymas į lygius padeda lengviau rūšiuoti pacientus, nesudaro nereikalingų eilių kituose lygiuose, kai pakanka pirmesnio lygio paslaugų sveikatai gerinti. Pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigose teikiama nekvalifikuota medicininė asmens sveikatos priežiūra, antrinio lygio įstaigose teikiamos kvalifikuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, o tretinio lygio įstaigos teikia specializuota asmens sveikatos priežiūra, kuomet gydymo paslaugos yra teikiamos gydytojų konsultantų, kurie konsultuodami pacientus teikia patarimus ir gydymo metodikas pirminio ar antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojams.

1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo samprata ir reikšmė

Analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, būtina atskleisti šią sampratą ir jai būdingus bruožus, įvardinti viešųjų paslaugų prieinamumo vertinimo būdus ir metodus, bei tų metodų pritaikomumą sveikatos apsaugos srityje, atskleisti sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumo užtikrinimo sampratą ir identifikuoti užtikrinimo būdus.

1.2.1. Viešųjų paslaugų prieinamumo samprata ir ypatumai sveikatos apsaugos srityje

Paslaugų prieinamumas pasireiškia tuomet, kai nepriklausomai nuo socialinių grupių ir gebėjimų yra vienodai prieinamos paslaugos (Trakšėlys ir kt., 2016). Viešųjų paslaugų prieinamumas pabrėžtas kaip labai svarbus faktorius visose srityse siekiant užtikrinti paslaugų kokybę. Kaip pavyzdys, minėtas kokybės kriterijus yra labai svarbus švietime ir yra sietinas su socialinio teisingumo principu (Paulauskienė, 2018). Užsienio mokslinėje literatūroje teigiama, jog paprastai žmonės, gyvenantys skurdžiose šalyse, turi mažiau galimybių naudotis viešosiomis paslaugomis nei pasiturinčiose šalyse. Vienos iš tokių paslaugų yra sveikatos priežiūros paslaugos, kuriomis neturtingieji turi mažesnę

galimybę naudotis (Peter ir kt., 2008). Tikslus esamos sveikatos priežiūros prieinamumo įvertinimas yra gyvybiškai svarbus planuojant ir paskirstant sveikatos išteklius. Sveikatos priežiūros pajėgumai, gyventojų paklausa ir geografinė prieiga yra trys pagrindiniai veiksniai, leidžiantys įvertinti erdvinį paslaugų prieinamumą (Ma ir kt., 2018). Peters ir kt. (2008) identifikavo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumus pagal gaunamas pajamas šalyje apimant paslaugų kokybę, geografinį prieinamumą, finansinį prieinamumą ir paslaugų priimtinumą.

Siekiant tinkamai užtikrinti paslaugų prieinamumą ir jų kokybę, būtina įgyvendinti keletą esminių sisteminių principų:

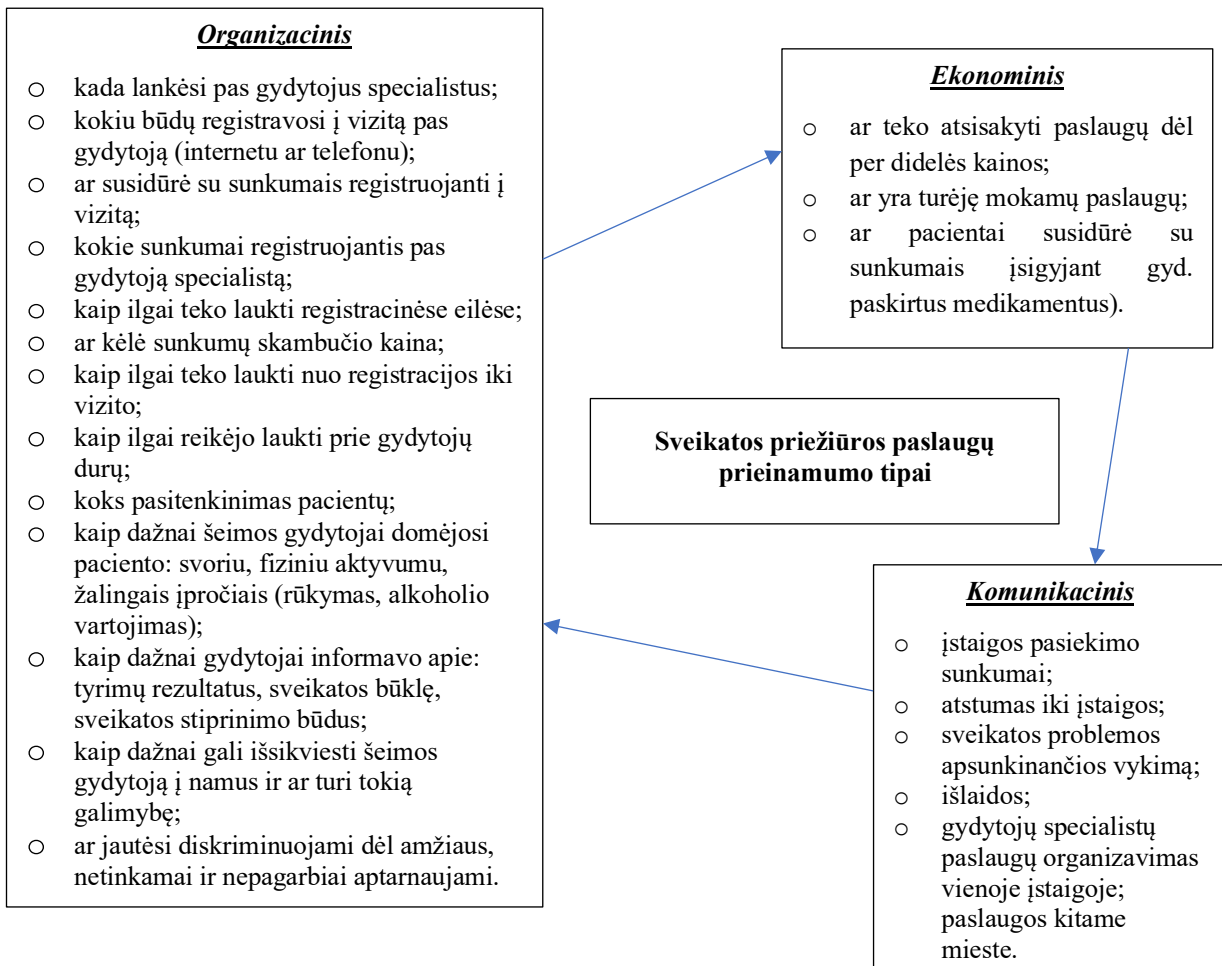
- Viešųjų paslaugų kokybės ir standartų parengimas/laikymasis;
- Viešųjų paslaugų komforto standartų parengimas/laikymasis;
- Viešųjų paslaugų kokybės sistemingas ir reguliarius stebėjimas;
- Viešųjų paslaugų stebėsenos rezultatų įtraukimas į viešųjų paslaugų teikimo valdymo sistemą (planavimo ir motyvavimo sistemą);
- Kelių agentūrų sąveika (vieno langelio principo diegimas);
- Pakankamas gyventojų sąmoningumas;
- Finansinis stabilumas;
- Darbuotojų profesionalumas ir orientavimasis į pacientą/klientą;
- Informacinių-komunikacinių technologijų naudojimas;
- Viešųjų paslaugų teikimo administracinių reglamentų įtvirtinimas (Musaeva ir kt., 2020).

Magistro darbo autorė pabrėžia, kad būtent šie principai gali būti taikomi ir sveikatos apsaugos sistemoje teikiant viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas ir užtikrinant jų kokybę bei prieinamumą.

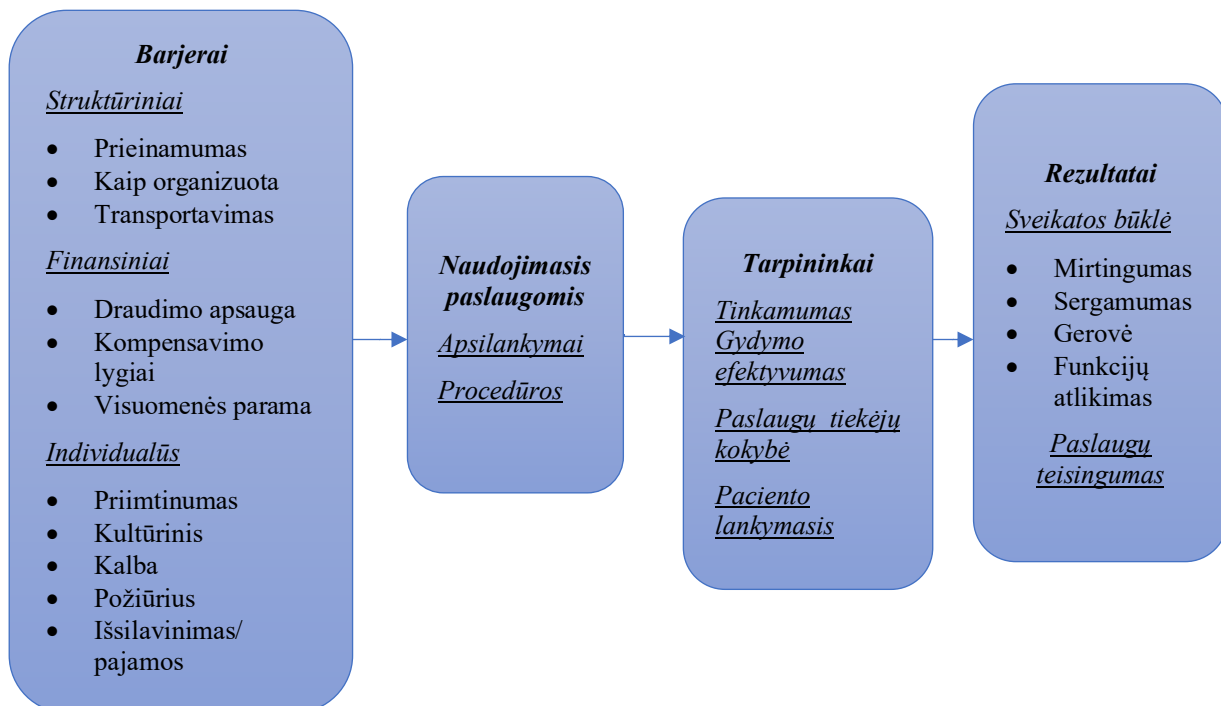
Kiti autoriai (Zolubienė ir kt., 2014), nagrinėdami sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo klausimus, išskyrė *tris paslaugų prieinamumo tipus* (žr. 2 pav.). Komunikacinis paslaugų prieinamumo tipas akcentuoja geografinį ir institucinį paslaugų prieinamumo aspektus, organizacinis – orientuotas į paslaugos teikimo proceso analizę, o ekonominis prieinamumo tipas orientuotas į pacientų turimų išteklių analizę.

Būtent ši sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tipologija yra priimtina ir šio tyrimo kontekste. Todėl darbo autorė pabrėžia, jog analizuojant konkretų atvejį, būtina atsižvelgti į šiuos tris paslaugų prieinamumo tipus, įtraukti adaptuotus klausimus empirinio tyrimo instrumentuose, kad būtų galima atskleisti pandemijos situacijos kontekstą.

Dalyvavimas asmens sveikatos priežiūros sistemoje turi tam tikrą dinamiką. Pasak Millman (1993), sveikatos priežiūros paslaugų problemos atsiranda, kai kliūtys sukelia nepakankamą paslaugų naudojimą, o tai savo ruožtu lemia prastus rezultatus. Visų pirma, tyrėjai buvo suinteresuoti nustatyti, kiekybiškai įvertinti ir susieti trijų modelio dalių – barjerų, panaudojimo ir rezultatų – aspektus, kurie rodo problemas, su kuriomis susiduria asmenys ar grupės, norėdami gauti prieigą prie sveikatos priežiūros sistemos (žr. 3 pav.). Komiteto uždavinys buvo rasti panaudojimo ir rezultatų rodiklius, kurie skiriasi priklausomai nuo finansinių, struktūrinių ir asmeninių kliūčių.



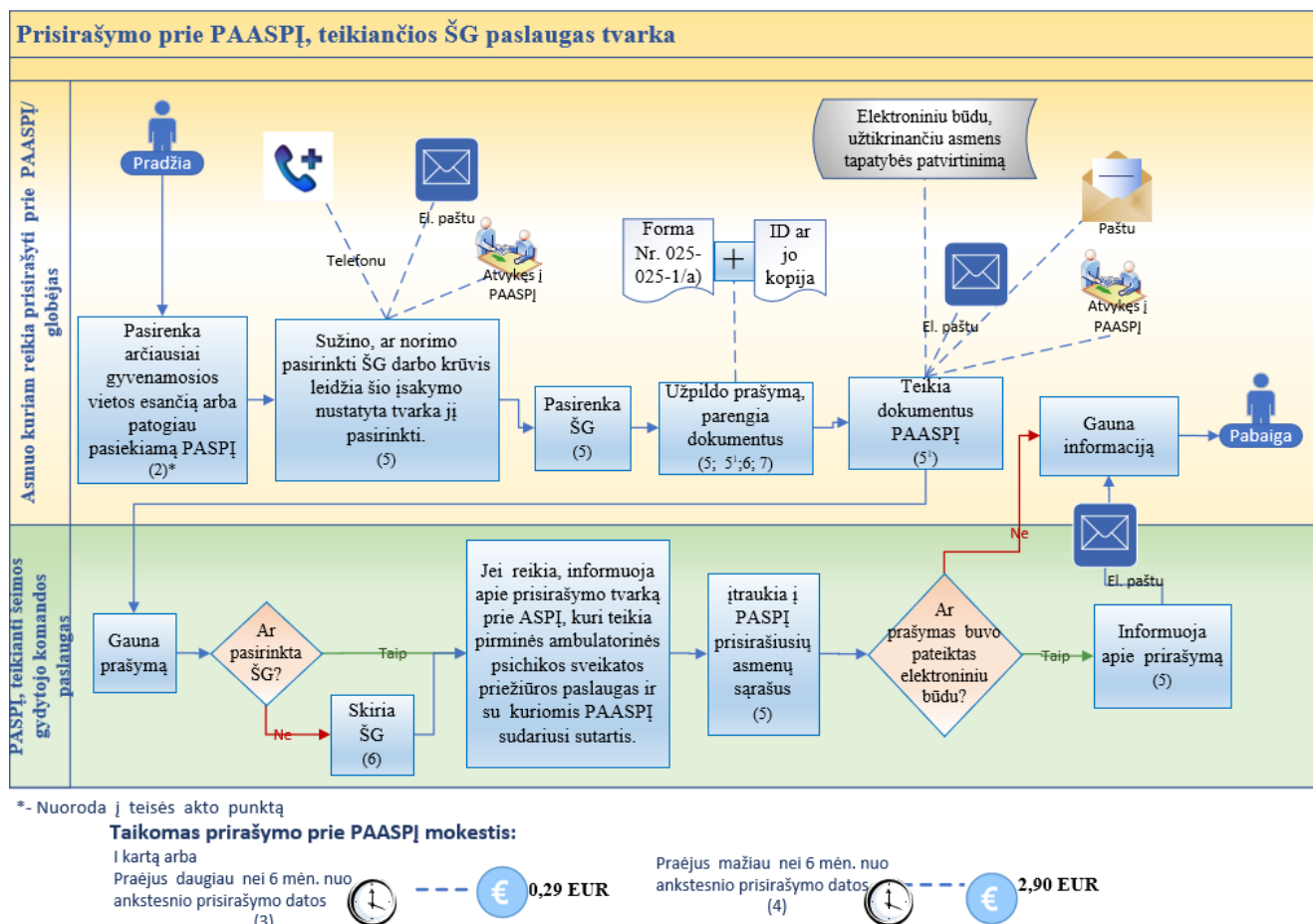
2 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo tipai
 Šaltinis: Sudaryta darbo autorės, remiantis Zolubiene ir kt., 2014.



3 pav. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų sistemos dinamika
 Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis Millman, 1993.

Per pastarąją dešimtį Lietuvos gyventojų sveikatos būklė gerėjo, gyvenimo trukmė ilgėjo, o rizikos veiksniai mažėjo, tačiau Lietuva sveikatos apsaugos srityje vis dar gerokai atsilieka nuo daugumos ES šalių, o vyrų ir moterų sveikatos būklė labai skiriasi. „Nuolat vykdoma reforma Lietuvos sveikatos sistema buvo keičiama, kad labiau atitiktų sveikatos priežiūros poreikius, o sveikatos paslaugos būtų teikiamos veiksmingiau“ skelbia OECD (2017). Lietuvos Respublikoje kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigą bei jam paslaugas teikiančią šeimos gydytojo komandą (žr. 4 pav.) užpildę atitinkamas formas Nr. 025-025-1/a ir Nr. 025-025-2/a).

Pirminės sveikatos priežiūros sistemos yra pirminio lygio, į jas pacientai kreipiasi pajutę sveikatos pablogėjimą, norėdami išsitiirti prevencinėms programoms priklausančias ligas ar gauti kitas medicininės paslaugas. Sveikatos sistemos pagrindą sudaro pirminė medicininė priežiūra. Sveikatos sistemoje nurodoma, jog pacientai, turintys problemas, kurių negalima išspręsti pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje, nukreipiami į kitus gydymo lygius ir kitas įstaigas, tačiau dažnai reikia laukti ilgose eilėse, kad būtų paskirtas apsilankymas pas specialistą. Deja, asmens sveikatos priežiūros įstaiga gali būti sunkiai prieinama, nepriklausomai nuo to, ar bus pilnai patenkinti paciento poreikiai (Primary health care performance initiative, 2019).



4 pav. Prisirašymo prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas įstaigų, teikiančių šeimos gydytojo paslaugas tvarka

Šaltinis: LR Sveikatos apsaugos ministerija „Šeimos gydytojo komandos...“, 2020.

Kuo daugiau licencijuotų įstaigų, tuo geresnis prieinamumas prie sveikatos apsaugos paslaugų. LR seimo LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (2021) priimtame LNSS įstaigoms priskiriamos licencijas sveikatos priežiūrai turinčios valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros

viešosios įstaigos ir biudžetinės įstaigos. Pagal sveikatos priežiūros paslaugų rūšis asmens sveikatos priežiūros įstaigos skirstomos į tris grupes: asmens sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos priežiūros ir mišrias, o pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą yra ambulatorinės ir stacionarinės (papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros). Asmens sveikatos priežiūros įstaigų rūšys pagal jų teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali būti medicinos pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo (slaugos), medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo, medicininės – socialinės ekspertizės ir specializuotos medicininės.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalo užtikrinti būtinąsias medicinos paslaugas, įgyvendinti būtinąsias visuomenės sveikatos priežiūros priemones, užtikrinti lygias pacientų teises teikiant ir gaunant sveikatos priežiūros paslaugas, atlyginti ligonio sveikatai padarytą žalą, teikti nemokamas planines paslaugas, kai pacientas turi teisę į tokias paslaugas, pasiūlyti ligoniui artimiausią objektyviai įmanomą sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo datą ir laiką, registruoti visus pacientus jų kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momentu, neribojant registracijos terminų ir kt. (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2021). Skurdžiose pasaulio šalyse geografinis prieinamumas tampa kliūtis pacientams, kurių gyvenamosios vietos yra nutolusios nuo gydymo centrų. Kai kuriais atvejais pacientai gyvena taip strategiškai nepatogiai, kad pasiekti gydymo įstaiga tampa vis brangiau, reikalauja papildomo laiko kelionei, o kartais esant nepalankioms oro sąlygoms susisiektis su gydymo įstaigomis paprasčiausiai visiškai nutrūksta (Peters ir kt., 2008). Tačiau Lietuvoje kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Pakeisti įstaigą galima ne anksčiau kaip po šešių mėnesių nuo prisirašymo, tačiau apribojimas netaikomas asmenims, kurie atvyko mokytis į stacionarinę mokymosi įstaigą arba grįžo į nuolatinę gyvenamąją vietą baigus mokslus (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2021).

Viešųjų paslaugų prieinamumas gali būti matuojamas ir pagal galimybę gauti sveikatos priežiūrą, kai jos reikia. Ribotas darbo laikas, ilgas laukimas, sveikatos priežiūros darbuotojų neatvykimas ir vaistų atsargų trūkumai viešosiose įstaigose – klinikose ar poliklinikose kelia tam tikrus iššūkius užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą visuomenei (Peters ir kt., 2008). Dėl šių ir panašių priežasčių dažnai pacientai Lietuvoje bando gydytis savarankiškai, t. y. užsiima savigyda. Usytė (2019) atliko Telšių miesto visuomeninės vaistinių pacientų ir vaistininkų nuomonės tyrimą dėl prekės ženklo įtakos nereceptinių vaistų įsigijimui, kuris parodė, kad beveik 80 proc. Telšių visuomenės vaistinių pacientų bando gydytis patys.

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos finansavimo modelis ir institucinė sveikatos draudimo sąranga turi nacionalinės sveikatos sistemos tarybos (Beverdžio) ir Socialinio sveikatos draudimo (Bismarko modelio) bruožų. Valstybinė ligonių kasa yra Teritorinių ligonių kasų steigėja, teisės aktuose nustatyta tvarka prižiūri jų veiklą ir perduoda privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų dalį, kuria Teritorinės ligonių kasos disponuoja. Minėtas lėšas Teritorinės ligonių kasos naudoja gydymo įstaigų išlaidoms už suteiktas paslaugas apmokėti ir kompensuoti už išduotus medikamentus (Jucys ir kt., 2018). Pirminės ambulatorinė asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas be bendros tvarkos, kai apie 70 proc. viso finansavimo sudaro bazinis mokėjimas už prirašytą asmenį, likusieji 30 proc. (papildomi mokėjimai) motyvuoja specialistus. Yra teikiamos priemokos už kaimo gyventojų, asmenų, turinčių specialiųjų nuolatinės slaugos poreikį, prirašymą prie šeimos gydytojo; asmenis, prirašytus akredituotų šeimos gydytojų paslaugų aptarnavimui. Mokami priedai už gerus darbo rezultatus, t. y. priedai, išmokami už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros rodiklių

pasiekimus, bei skatinamieji priedai už tam tikrų pirminės ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų atlikimą, kaip kad fiziologinio neštumo priežiūra, moksleivių paruošimas mokyklai, neįgaliųjų sveikatos priežiūra, slaugos procedūros namuose ir kt. (Valstybinė ligonių kasa prie SAM, 2021).

Taigi, paslaugų prieinamumas turi užtikrinti lygiai vienodas sąlygas gauti paslaugas visiems piliečiams nepriklausomai nuo socialinių grupių. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas suprantamas, kaip sveikatos sistemos tinkamas, nenutrūkstamas, lygiavertis, nešališkas funkcionavimas. Sistemos tinkamu funkcionavimu rūpinasi LR Vyriausybė, LR Seimas, LR Sveikatos apsaugos ministras, išleisdami tikslingus teisės aktus, įstatymus ir įsakymus. Šie dokumentai reglamentuoja paslaugų ir įstaigų organizavimą, paslaugų prieinamumo aspektus ir gina žmonių teises į sveikatą gerinančias paslaugas.

1.2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimo būdai (metodai) ir pritaikomumas sveikatos apsaugos srityje

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo klausimą nagrinėjo įvairūs tyrėjai naudodami tam tikrus vertinimo būdus, metodus, kadangi sveikatos priežiūros prieinamumas tapo įvairių šalių socialinio teisingumo problema (Ma ir kt., 2018). Galimas erdvinio prieinamumo metodas, kuris Thouez ir kitų (1988) atliktame tyrime buvo skirtas geografinėi prieigai prie medicininės priežiūros kaimo regionuose. Dviejų etapų „plūduriuojančio baseino“ (2SFCA) metodas – vienas plačiausiai naudojamų sveikatos priežiūros erdvinio prieinamumo matavimo metodų, kuris apibrėžia kiekvieno objekto „baseiną“ kaip plotą, esantį tam tikru atstumu nuo objekto. Užsienio autoriai (Tao ir kt., 2018) savo tyrimu siekė modifikuoti 2SFCA metodą, skirtą įvertinti erdvinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą sistemoje, kurią riboja administracinės ribos. Siūlomas metodas apibrėžė sveikatos priežiūros įstaigų pritraukimo zonas tam tikruose administraciniuose vienetuose. Metodas taikytas Kinijoje apimant trijų tipų sveikatos priežiūros įstaigas, įskaitant bendrąsias ligonines, bendruomenės sveikatos priežiūros centrus ir stotis. Empirinės išvados suponavo žiniomis grįstų pasiūlymų, kaip reiktų priimti sprendimus dėl sveikatos priežiūros paslaugų paskirstymo rajonuose, o metodas siūlomas taikyti matuojant viešųjų paslaugų erdvinį prieinamumą regionuose (Tao ir kt., 2018). Trijų pakopų „plūduriuojančio baseino“ (3SFCA) metodas taikytas vertinant sveikatos priežiūros prieinamumą skirtingais laikotarpiais (Ma ir kt., 2018). Metodas yra patobulintas atsižvelgiant į laiko dimensiją ir gyventojų paklausą, t. y. kelionės iš gyventojų vietos į aptarnavimo vietą laikas tiksliai apskaičiuojamas įvedant realaus laiko eismo sąlygas, o ne naudojant empirinį greitį ankstesniuose tyrimuose. Be to, naudojant realaus laiko srautą, skirtingais laikotarpiais gaunamas dinamiškas sveikatos priežiūros prieinamumo rezultatas. Be to, kadangi vyresnio amžiaus žmonių medicininiai poreikiai yra didesni nei jaunimo, gyventojų paklausai koreguoti įvedamas paklausos svorio indeksas. Tyrimu išsiaiškinta, kad 3SFCA tyrimo metodas yra veiksmingas vertinant sveikatos priežiūros prieinamumą skirtingais laikotarpiais, o erdviniai bendruomenių prieinamumo skirtumai ir ligoninių perpildymas įvardijami kaip svarbi medicininių išteklių pasiūlos ir paklausos pusiausvyros nuoroda (Ma ir kt., 2018). Taip pat labai populiarūs tyrimo metodai tiriant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą – QUOTE (angl. QUality Of care Through the Patients Eyes) ir GPAS (angl. The General Practice Assessment Survey), kuriuos naudojo Milašauskienė ir kt. (2006) tyrime „Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose“. Šiuo tyrimu buvo siekiama ištirti, ar lengvai ir norimu laiku pacientai pasiekia sveikatos priežiūros įstaigą, kaip ilgai tenka laukti prie gydytojo kabineto durų, kiek laiko sugaišta registratūrose, ar personalas yra mandagus ir rūpestingas, kaip pacientai yra informuoti apie įstaigos

darbo laiką ir kt. Autoriai nurodo, kad sveikatos priežiūros prieinamumas naudojant šiuos metodus gali būti vertinamas įvairiais aspektais, pradedant nuo gyventojų galimybės patekti pas gydytoją, naudojimosi sveikatos priežiūros sistemos paslaugomis, gyventojų aprūpinimo sveikatos priežiūros ištekliais (gydytojų, slaugytojų, pirminės sveikatos priežiūros centrų, stacionariųjų lovų skaičius tūkstančiui gyventojų) iki sergamumo ar net mirtingumo bei mirštamumo rodiklių (Milašauskienė ir kt., 2006).

Vienas iš didžiausių iššūkių yra sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas kaimo vietovėse. Douthit ir kt. (2015) atliko tyrimą, kuriuo siekė išsiaiškinti kai kurias svarbias kliūtis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo aspektu JAV kaimo vietovėse. Atlikus mokslinės literatūros analizę „Pubmed“, „Proquest Allied Nursing and Health Literature“, Nacionalinės kaimo sveikatos asociacijos (NRHA) išteklių centro ir „Google Scholar“ duomenų bazėse autoriai išsiaiškino, kad yra didelis skirtumas tarp kaimo ir miesto kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Pasak autorių prastesnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas kaimo vietovėse buvo pagrįstas kultūriniais ir finansiniais suvaržymais, tokiais kaip: paslaugų trūkumas, apmokytų gydytojų trūkumas, nepakankamas viešasis transportas ir prastas interneto paslaugų prieinamumas. Nustatyta, kad kaimo gyventojų sveikata buvo prastesnė, o kaimo vietovėse sunku pritraukti ir išlaikyti gydytojus, nors sveikatos priežiūros paslaugas išlaikyti kainuoja lygiai tiek pat, kiek ir mieste. Tyrimo išvadose autoriai teigia, kad dėl kaimo ir miesto sveikatos priežiūros skirtumų būtina tęsti reformų programą, kurios tikslas – pagerinti paslaugų teikimą, skatinti kaimo sveikatos priežiūros specialistų įdarbinimą, mokymą ir karjeros plėtrą, didinti visapusišką sveikatos draudimą, įtraukti kaimo gyventojus ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus į veiklą (Douthit ir kt., 2015). Sveikatos paslaugų prieinamumo susiejimas su reformomis taip pat nagrinėtas užsienio literatūroje. Spencer ir kt. (2018) atliko tyrimą – „Vaikų, paauglių ir jaunų suaugusiųjų sveikatos priežiūros aprėptis ir prieinamumas, 2010–2016 m.: pasekmės būsimoms sveikatos reformoms“ naudojant nacionalinį sveikatos interviu tyrimo metodą, atliekant dvimatės ir logistinės regresijos analizes. Tyrimo tikslas palyginti vaikų, jaunų paauglių, vyresnio amžiaus paauglių ir jaunų suaugusiųjų prieinamumą 2010–2016 m. prie sveikatos priežiūros paslaugų (Spencer ir kt., 2018). Tyrime nustatyta, kaip reikėtų ateityje papildyti reformų programas, kad pagerinti vaikų, jaunų paauglių, vyresnio amžiaus paauglių ir jaunų suaugusiųjų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, tačiau prioritetinga grupė galima laikyti labiau pažeidžiama grupę – neįgaluosius.

Užsienio literatūroje aptinkama faktų, kad neįgalieji yra nepatenkinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu. Rotarou ir kt. (2019) atliko tyrimą, kuriame naudojo interviu metodą siekdami išsiaiškinti apie negalią turinčių žmonių prieinamumą prie sveikatos priežiūros paslaugų. Į imtį įtraukta 5400 bendruomenėje gyvenančių vyrų ir moterų, vyresnių nei 15 metų. Rezultatai parodė, kad žmonės su negalia yra labiau nepatenkinti sveikatos priežiūros poreikių tenkinimu, o išlaidos, transportas ir ilgi laukiančiųjų sąrašai yra didelės kliūtys, tačiau visų kliūčių patirtis buvo teigiamai susijusi su žema socialine ir ekonomine padėtimi. Lietuvių moksliniuose šaltiniuose taip pat aprašyti tyrimai apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kliūtis žmonėms, turintiems negalią (Staševičienė ir kt., 2020). Šiame tyrime buvo siekiama nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo neįgaliesiems kliūtis Lietuvoje taikant universalus dizaino principus atliekant kokybinį tyrimą, bei taikant sutelktos grupės diskusijos metodą. Staševičienė ir kt. (2020) kokybinį tyrimą įgyvendino pasirinkę dvi tikslines grupes: 8 asmenys atstovaujantys sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams, bei 8 įvairių negalią turintys asmenys, atstovaujantys sveikatos priežiūros paslaugų gavėjams. Tyrimas buvo atliktas laikantis konfidencialumo, o tikslinėse sutelktose grupėse surinkti ir transkribuoti duomenys analizuoti taikant kokybinės turinio analizės metodą. Tyrimo

rezultatuose apibendrinus abiejų analizuotų grupių diskusiją pastebėta, kad vienos iš pagrindinių kliūčių yra nepakankamos paslaugų teikėjų žinios apie negalią, bei skurdūs bendravimo su neįgaliaisiais įgūdžiai.

Lietuvoje atliekama ir daugiau tyrimų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo aspektu. Labai svarbu paminėti, kad Stašaitienė (2020) taikydama kiekybinį tyrimo metodą ištyrė paslaugų kokybės klausimą ir išskyrė, jog prieinamumas apibūdinimas, kaip gydytojų, slaugytojų ir personalo prieinamumas, patogios įstaigos darbo valandos, geografinis prieinamumas, paslaugų asortimentas ir apmokestinimas. Tokius prieinamumo apibrėžimus galima suskirstyti į tris tipus, kuriuos Zolubienė ir kt. (2014) tyrime apie 65 m. ir vyresnių asmenų požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą aprašė, naudodami anketinės apklausos metodą ir išskirdami jau minėtus tris paslaugų prieinamumo tipus: komunikacinį, organizacinį ir ekonominį. Tyrime buvo lyginami miesto ir kaimo gyventojai. Komunikacinio prieinamumo dalyje buvo tiriama, kaip respondentai pasiekia sveikatos priežiūros įstaigas, su kokiais sunkumais susiduria dėl didelio atstumo iki gydymo įstaigos pagal respondentų gyvenamąją vietovę ir pajamų lygį. Taip pat tirta reikšmė paslaugų prieinamumui nuo gydytojo teikiamų paslaugų vienoje vietoje. Skirtingos gydytojų specialistų teikiamos paslaugos taip pat turi įtakos paslaugų organizaciniam prieinamumui. Skambučių kainos, prisiskambinimo ilgumas, ilgos eilės prie registratūros vieni iš daugelio iššūkių su kuriais susiduria respondentai. Na, o ekonominio prieinamumo tyrimo dalis parodė, kiek mokamų paslaugų yra prieinamos ir įkandamos respondentams, vertintos galimybės įsigyti gydytojo paskiriami vaistai (Zolubienė ir kt., 2014). Būtent ši teorinė ir empirinė prieiga yra labai artima šio tyrimo problematikai, todėl formuojant kiekybinio ir kokybinio tyrimo instrumentus dalis klausimų yra įtraukiama / modifikuojama.

2016 metais Izokaitis ir kt. atliko tyrimą, kuriame, pritaikius kiekybinį aprašomojo pobūdžio tyrimo metodą išsiaiškinta, jog trečdalis (31,1 proc.) pacientų psichikos sveikatos centro paslauga pirmą kartą pasinaudojo tėvų ar globėjų iniciatyva. Beveik trečdalis (26,5 proc.) respondentų teigė, kad paslaugomis pasinaudojo su šeimos gydytojo siuntimu. Tyrimas parodė, kad psichikos sveikatos centro paslaugos tik penktadaliui (21,4 proc.) respondentų buvo suteiktos iš karto, apie savaitę laukti turėjo 38,5 proc., o ilgiau nei savaitę net 40,1 proc. respondentų. Kalbant apie psichikos sveikatą būtina nepamiršti ir vyresnio amžiaus gyventojų. Bobinaitė (2017) atliko tyrimą apie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą 65 m. ir vyresniems Vilniaus miesto gyventojams. Autorė tyrimu siekė įvertinti prieinamumą 65 m. ir vyresniems prie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų naudodama anoniminės apklausos tyrimo metodą, atliko statistinę analizę – aprašomąją statistiką. Atliktas tyrimas parodė, kad senyvo amžiaus žmonių grupei trūksta informacijos, apie tai, kur kreiptis dėl psichikos sveikatos sutrikimų.

Taigi, paslaugų prieinamumo klausimas buvo plačiai nagrinėjamas tiek užsienyje, tiek Lietuvoje. Užsienio literatūroje dažniau taikomi kiekybiniai tyrimo metodai, kuriais tiriama sveikatos priežiūros prieinamumas: 2SFCA, 3SFCA, QUOTE (angl. QUality Of care Through the patients Eyes) ir GPAS (angl. The General Practice Assessment Survey) tyrimo metodai. Dažniausiai taikomas tyrimo metodas, naudojamas siekiant išsiaiškinti pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo klausimus, yra kiekybinis tyrimo metodas – apklausa raštu (anketavimas). Rečiau naudojamas kokybinis tyrimo metodas – sutelktos grupinės diskusijos metodas. Paslaugų prieinamumo sveikatos apsaugos sistemoje klausimui tirti tikslinga išskirti komunikacinį, organizacinį ir ekonominį prieinamumo tipus, kuriais remiantis galima modeliuoti tyrimo instrumentus kiekybiniam ir kokybiniam tyrimams bei atskleisti pandemiją kontekstą.

1.3. Sveikatos apsaugos sistemos iššūkiai COVID-19 kontekste

COVID-19 pandemija tapo sudėtingu laikotarpiu tiek privačiam, tiek viešam sektoriui. Buvo sutrikdytas įprastas kasdienis gyvenimas, politika, ribojamas žmonių judėjimas, įskaitant socialinį atsiribojimą, mokyklų uždarymą, neesminių paslaugų laikiną sustabdymą, o ypač sveikatos priežiūros sistemos „įtempimą“ (Wongtanasarasin ir kt., 2021). Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti kokybiškos, lengvai visiems prieinamos, tačiau, pasak Liukinevičienės ir kt. (2022) pandeminiėje situacijoje organizacijoms tapo sudėtinga greitai pakeisti nusistovėjusią tvarką, veiklos procesus, prisitaikyti ir įgyti naujų įgūdžių. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nuolat turi būti užtikrintas tokiais būdais, kaip: medikų licencijavimas, tikslingas nukreipimas į gydymo įstaigas pagal lygius, neatidedamos planinės paslaugos ir kt. Svarbu, kad būtų laikomasi visų nurodytų teisės aktų ir įstatymų sveikatos apsaugos paslaugų įstaigose, paslaugos būtų suteikiamos pagal teisės aktų klasifikacijas (LR Konstitucinis Teismas, Dėl LR Konstitucinio Teismo 2013m. gegužės 16d...). Tačiau COVID-19 pandemija ypač palietė sveikatos apsaugos sistemą, kadangi nauja liga apsunkino sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą dėl įvestų tam tikrų nutarimų (apribojimų).

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinio reguliavimo nuolatiniai pokyčiai. Sveikatos apsaugos sistemoje nuolat vyko ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teisinio reguliavimo pokyčiai, kurie reiškė didelius iššūkius demokratijai, teisinei valstybei, žmogaus teisių ir laisvių apsaugai (Birmontienė ir kt., 2021). Vykdomoji valdžia susidūrė su didžiausiais iššūkiais užtikrinant asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį prieinamumą (Kutkauskienė, 2021).

Pacientų sveikatos pokyčiai dėl atidėtų planinių hospitalizacijos, diagnostikos ir gydomųjų paslaugų. Paskelbus ekstremalią padėtį patekti į gydymo įstaigas tapo sudėtinga. 2020 m. kovo mėnesį šalyje paskelbus Karantino režimą buvo priimtas nutarimas, kuriame nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo organizavimo principai. Nutarta atidėti planines operacijas, išskyrus pagalbą ir sveikatos priežiūros paslaugas, kurių nesuteikus pacientui atsirastų būtinosios medicinos pagalbos poreikis arba labai pablogėtų jo būklė. Tačiau tai atsiliepė tiesiogiai pacientų, kurie turėjo gauti numatytas paslaugas, sveikatos būklei.

Socialinis ir psichologinis diskomfortas dėl uždrausto pacientų lankymo. Pacientų lankymas uždraustas, išskyrus terminalinės būklės pacientų ir vaikų iki 14 metų lankymą gydančio gydytojo leidimu (LR SA ministro įsakymas dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje..., 2020-03-15). Viešoji informacija kėlė visuomenės sąmoningumą ir susirūpinimą dėl naujos ligos (O'Brien ir kt., 2020). Tačiau buvo nemažai atvejų, kai artimiausi šeimos nariai, neturėję progos atsisveikinti su mirstančiais šeimos nariais ligoninėse, kėlė klausimus dėl tokių priemonių realaus poreikio, institucijų atsakomybės ir moralinės žalos.

Darbo nuotoliniu būdu įvedimas ir IT priemonių įvaldymas. Kadangi virusas nežinomas, planinės sveikatos priežiūros paslaugos atšaukiamos, įvedamos nuotolinės paslaugos, pasak O'Brien ir kt., (2020) buvo pranešta apie pacientų sumažėjimą skubios medicinos pagalbos skyriuose pandemijos pradžioje (LR SA ministro įsakymas dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje..., 2020-03-15). Tačiau užsienio mokslininkai, atlikdami tyrimą, išsiaiškino didelį sveikatos apsaugos sistemos darbuotojų susirūpinimą dėl pacientų sveikatos būklės įvedus nuotolines paslaugas (Johnson ir kt., 2021). Paskelbus antrąjį karantiną Lietuvoje (2020-11-05), sveikatos priežiūros įstaigos įpareigtos užtikrinti pacientų bei lankytojų srautų valdymą, infrastruktūros ir materialijų bei žmoniškųjų išteklių pasitelkimą ir valdymą. LR Vyriausybė neuždraudė stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros

paslaugų dėl COVID-19 ligos, tačiau vis dar buvo draudžiamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų pacientų lankymas, išskyrus įstaigos vadovo ar kito jo įgalioto asmens leidimu terminalinės būklės pacientų ar pacientų iki 14 metų ir gimdyvių lankymą. Ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis specialistas, įvertinęs paciento sveikatos būklę, priimdavo sprendimą dėl paslaugų teikimo būdo, labiausiai atitinkančio paciento interesus (LR SA ministro įsakymas dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje..., 2020-11-05, Johnson ir kt., 2021). Tačiau Johnson ir kt. (2021) akcentavo, kad sveikatos apsaugos sistemos darbuotojai buvo sunerimę dėl kai kurių pacientų grupių būklės, pavyzdžiui, dėl žmonių, kurių būklę apsunkino pandeminis nerimas ir socialiniai sutrikimai; žmonių, patiriančių vienatvę, prievartą šeimoje ir šeimos konfliktus; nesugebančių suprasti ir laikytis socialinio atsiribojimo reikalavimų; ir tų, kurie negali užsiimti nuotoline priežiūra. Mokslininkų teigimu, tokie asmenys galėjo susidurti su sunkiomis sveikatos pasekmėmis negalint ilgai gauti prieigos prie kontaktinių paslaugų. Bet kokiu atveju, Lietuvoje kontaktiniu būdu dažniausiai buvo teikiamos odontologijos nėsčiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros, vaikų ir suaugusiųjų skiepijimo pagal Nacionalinę imunoprofilaktikos programą, vykdant ligų prevencijos programas, įsidarbinančių asmenų, siekiančių dirbti tokioje veiklos srityje, kurioje dirbant patiriamas atitinkamas kenksmingų rizikos veiksnių poveikis, bei profilaktinių sveikatos patikrinimų paslaugos. Sveikatos priežiūros įstaigos vadovai buvo įpareigoti užtikrinti, kad įstaigoje asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos pagal patvirtintą planinių stacionariųjų ir (ar) planinių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų planą, kuris buvo parengtas pagal LR Sveikatos apsaugos ministro nustatytus reikalavimus ir atitiko paciento interesus (LR SA ministro įsakymas dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje..., 2020-11-05). Darbuotojų darbas nuotoliniu būdu sutiktas atsargiai ir, pasak Johnson ir kt. (2021), buvo sėkmingas tik kai kuriose klinikinėse situacijose. Paskelbus Lietuvoje karantiną buvo priimtas nutarimas, kuris tokių ambulatorinių paslaugų, kaip vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymas, konsultacijos, elektroninių nedarbingumo pažymėjimų išdavimas ir tęsimas, gydytojų tarpusavio konsultacijos, būtinųjų tyrimų paskyrimas, slaugytojo konsultacijos ir t.t. teikimą nurodė pradėti vykdyti nuotoliniu būdu (LR SA ministro įsakymas dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje..., 2020-03-15).

Poreikis perskirstyti gydymo įstaigų išteklius. Užsienio literatūroje taip pat teigiama, kad karantino laikotarpiu buvo stebimas pacientų srautų sumažėjimas trauminiuose skubios pagalbos skyriuose, tačiau akivaizdžiai matomas ir jaučiamas apsilankymų padidėjimas kituose skubios medicinos pagalbos skyriuose (Wongtanasarasin ir kt., 2021). Jau 2020 m. mokslininkai prognozavo, kad COVID-19 pandemijos metu bus paveikti ligoninių išteklių visame pasaulyje, o akcentuojami buvo būtent skubios medicinos pagalbos skyriai, kurių apsauga priklausė nuo ekonominio lygio šalyje. 2020 metų duomenys bylojo apie per didelį sveikatos priežiūros paslaugų poreikį ir plačiai pasaulyje paplitusį ligoninių veikimo sutrikimą (Mitchell ir kt., 2020). Tai kėlė nemažai problemų gydymo įstaigų administracijoms, kurios privalėjo tinkamai perskirstyti turimus išteklius, planuoti reikiamus išteklių kiekius ateinantiems laikotarpiams neapibrėžtumo sąlygomis.

Dėl išaugusio skubios pagalbos ir greitosios medicinos pagalbos paslaugų poreikio padidėję darbo krūviai gydymo įstaigose. Nors per ankstyvą 4 savaičių intervalą COVID-19 pandemijos metu skubios pagalbos skyriuose apsilankymų buvo žymiai mažiau, nei per tą patį 4 savaičių laikotarpį 2019 metais, šis sumažėjimas, pasak Hartnett ir kt. (2020), buvo ypač ryškus tarp pacientų vaikų ir moterų. Be diagnozių, kurios susijusios su apatinių kvėpavimo takų ligomis, pneumonija ir kvėpavimo pasunkėjimu, tai pat padidėjo apsilankymų dėl širdies sustojimo ir skilvelių virpėjimo skaičius. Dėl lėtinių ligų paūmėjimo, gyvybei negrėsmingų būklių, kuomet nebuvo būtina skubi pagalba, besikreipiantys pacientai padidino krūvius skubios pagalbos skyriams ir greitosios

medicinos pagalbos brigadoms (LR Sveikatos apsaugos ministerija „Lietuvos šeimos gydytojai ir slaugytojos“, 2020). Užsienio literatūroje aptinkama informacijos apie tyrimus, kuriais atskleista, kad asmenys, kurie neturėjo prieigos prie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų, dažniau kreipėsi į skubios medicinos pagalbos skyrius. Padidėjus pacientų srautui dėl širdies ir kraujagyslių, vidaus, ausų, nosies, gerklės ir kitų lėtinių ligų kai kuriais atvejais skubi pagalba nebūtinai buvo reikalinga, todėl nustatyta, kad pacientams buvo reikalinga platesnė prieiga prie informacijos apie būkles, kurių metu svarbu nedelsiant kreiptis pagalbos (Hartnett ir kt., 2020).

Didėjančio darbo krūvio Bendros pagalbos centrui ir Greitosios medicinos pagalbos dispečerinėms suvaldymas. Lietuvoje buvo įkurta Karštoji linija telefonu: 1808. Šio eksperimento tikslas buvo pamėginti sumažinti krūvį, tenkantį Bendros pagalbos centrui ir Greitosios medicinos pagalbos dispečerinėms centrums. Padidėjus susirgimų atvejams, pacientai sunerimo ir ieškodami reikalingos informacijos skambino į BPC, taip užimdami linijas. Būtent dėl šios priežasties pradėjo didėti šių centų užimtumas, dėl ko atsirado grėsmė į juos neprisiskambinti ir buvo įkurta 1808 karštoji linija COVID-19 informacijai tiekti (Saukienė, 2020). Mokslininkai (Wongtanasarasin ir kt., 2021) teigia, kad norint pokyčių yra labai svarbus sveikatos priežiūros specialistų ir visuomenės sveikatos pareigūnų bendradarbiavimas, todėl galima teigti, kad puikus pavyzdys Lietuvoje buvo būtent 1808 Karštosios linijos įkūrimas.

Prastėjanti gyventojų psichinė sveikata. Bet kurios infekcinės ligos protrūkio metu gyventojų psichologinės ir psichinės reakcijos vaidina lemiamą vaidmenį formuojant ligos plitimą ir emocinių išgyvenimų bei socialinių sutrikimų atsiradimą protrūkio metu ir po jo (Cullen ir kt., 2020). Nepaisant šio fakto, paprastai nesuteikiama pakankamai išteklių pandemijų poveikiui psichinei sveikatai ir gerovei valdyti, todėl visi anksčiau minėti sveikatos politiką koordinuojančių institucijų nutarimai ne tik prisidėjo prie paslaugų prieinamumo pablogėjimo, žalodami pacientų fizinę būklę, ilgindami negydymo laikotarpį, bet ir neigiamai paveikė daugelio pacientų psichologinę sveikatą ir gerovę. Žmonės patyrė stresą ne tik negalėdami patys apsilankyti pas specialistus dėl pandemijos, bet ir negalėdami paskutinį kartą pamatyti savo artimųjų ligoninėse, jei to neleisdavo gydantis gydytojas (LR SA ministro įsakymas dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje..., 2020-03-15). Gydytojai konsultavo tik telefonu, o norint patekti į pirminio lygio ambulatorijas reikėjo gauti gydytojo leidimą. Pasak Cullen ir kt. (2020), sveikatos apsaugos sistema gali teikti pirmenybę tyrimams, perdavimo mažinimui ir kritinei pacientų priežiūrai ūmioje protrūkio fazėje, tačiau, jokių būdu negalima pamiršti psichologinių ir psichikos poreikių pandemijos valdymo etapu (LR SA ministro įsakymas dėl karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje..., 2020-03-15).

Žalos, kurių piliečiai patyrė dėl ribotos galimybės gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kompensavimo poreikis. Užsienio literatūroje jau aptinkama straipsnių apie galiojančių sveikatos priežiūros paslaugų teisės aktų ir aplinkybių, kurioms esant jos teikėjas gali atsisakyti teikti sveikatos priežiūros paslaugas, teisinę analizę, aptariamą galimybės reikalauti atlyginti žalą, kurią nukentėjusieji patyrė dėl ribotos galimybės gauti sveikatos priežiūros paslaugas. Daugiausiai tokios mokslininkų analizės skirtos civilinei atsakomybei už neturtinę žalą sveikatai ir žmonių gyvybei bei atsakomybei pagal valstybių krizių valdymo įstatymus nepaprastosios padėties metu (Bílek, 2022). Bílek (2022) teigia, kad Sveikatos apsaugos ministerija pagal Visuomenės sveikatos apsaugos įstatymus ir Krizių valdymo įstatymus būtų tiesiogiai įgaliota priimti dekretą (bendrai privalomą teisinį reglamentą) ekstremalios situacijos atveju arba tam tikrą Vyriausybės nutarimą, kuris gali būti svarstomas kritiniais atvejais, o jei situacija reikalauja įstatymo formos, atsižvelgiant į siūlomo pakeitimo svarbą, tai turėtų būti tik rekomenduotina. Autorius taip pat teigia, kad Krizių valdymo

įstatyme ir Visuomenės sveikatos apsaugos įstatyme turėtų būti aiškiai apibrėžta, kokios priemonės gali būti taikomos, tačiau mokslininkas nemano, kad Sveikatos apsaugos ministerijai būtų tikslinga imtis bendrųjų priemonių, pagrįstų neaiškiais Visuomenės sveikatos apsaugos įstatymo nuostatomis krizinės situacijos ir paskelbtos ekstremalios situacijos metu, nes tai, jo manymu, sudaro dvigubą teisinį režimą. Valstybė turėtų aiškiai apibrėžti, kokiomis sąlygomis ji atsako ar ketina atsakyti už žalą / žalą, padarytą ekstremalios situacijos / krizinės situacijos metu ir tyrėjas siūlo, kad valstybė bet koku atveju turi prisiimti atsakomybę už sužalojimus / žalą sveikatai ir gyvybei, patirtą dėl priemonių, skirtų riboti galimybes gauti sveikatos priežiūrą ekstremalios padėties metu, net ir dėl visuotinai privalomų teisės aktų (Bílek, 2022).

COVID-19 pandemija privertė visų sektorių organizacijas perorganizuoti savo veiklas, tačiau sveikatos apsaugos sistema susidūrė su vienais iš didžiausių sunkumų. Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, iškilo nemažai teisinių iššūkių, susijusių su COVID-19 pandemijos valdymu, tačiau išskiriamos dvi esminės problemos, susijusios su sveikatos apsaugos sistema (t. y. planinių paslaugų atidėjimas ir nuotolinės konsultacijos), kurios labai apsunkino sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Sutrikus pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms pirmąsias pasekmes pajautė skubios medicinos pagalbos skyriai ir pacientai. Pasikeitė skubios medicinos pagalbos skyrių darbo krūvis, o pacientai dažnai uždelsdavo kreiptis pagalbos esant ūmioms būklėms, blogėjo fizinė ir psichinė sveikata. Tai, žinoma, atsiliepė visai sveikatos apsaugos sistemai tiek jos krūvio atžvilgiu, tiek mirtingumo ir sergamumo rodikliais, tiek ir priemonių skaičiumi, kurias naujai reikėjo įvesti valdžios institucijoms, norinčioms suvaldyti pandeminę situaciją šalyje. Tačiau, siekiant išsiaiškinti, kokias esmines sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemas ir iššūkius pandemijos laikotarpiu akcentuoja patys pacientai ir sveikatos priežiūros įstaigos, galima atskleisti tik atlikus empirinį tyrimą.

2. SVEIKATOS APSAUGOS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO UŽTIKRINIMO TYRIMO METODOLOGIJA

2.1. Tyrimo metodologinis pagrindimas

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir jo užtikrinimo klausimai buvo anksčiau nagrinėti Lietuvos ir užsienio moksliniuose tyrimuose, taikant įvairius tyrimo metodus. Zhou ir kt. (2020) atliko tyrimą apie pirminės sveikatos priežiūros kokybę ir kainą privačiai apdraustiems pacientams JAV sveikatos sistemose: keturių valstijų tyrimui naudotas retrospektyvus stebėjimo tyrimas siekiant palyginti sveikatos sistemos tiekėjų ir nesisteminių paslaugų teikėjų rezultatus. Regioninės sveikatos priežiūros gerinimo tinklo narės kiekvienoje valstybėje apskaičiavo kokybės ir kaštų rodiklius valstybės kaip geografinės sistemos lygmeniu ir pranešė apie priemones autoriams. Šiuos apibendrintus duomenis autoriai naudojo analizei atlikti. Autoriai įvardijo 24 priemones (po šešias priemones iš kiekvienos iš keturių valstijų): po vieną sistemos tiekėjams, po vieną nesisteminiams tiekėjams kiekvienoje iš trijų geografinių lokacijų – kaimo, didmiesčio ir didelio didmiesčio. Tyrimu išsiaiškinta, kad nėra statistiškai reikšmingo skirtumo tarp sisteminių ir nesisteminių pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų pagal daugumą kokybės standartų, išskyrus suaugusiųjų antibiotikų vengimą ir sveikatos sistemos paslaugų teikėjų konkurenciją (Zhou ir kt., 2020). Nors metodas įdomus, tačiau ne visai tinkamas šiame magistro darbe dėl apimties ir laiko kaštų.

Raipa ir kt. (2017) atliko atvejo vadybos modelio taikymo galimybių Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros įstaigose analizę naujojo viešojo valdymo aplinkoje. Išvadose pateikiama, kad sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nulemia išteklių, techninės galimybės, lankstus šiuolaikinės vadybos principų pritaikymas pirminės sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavime. Šis metodas įdomus, tačiau reikalauja papildomo pasirengimo tinkamai naudoti atvejo vadybos modelį kaip tyrimo instrumentą, todėl šiame magistro darbe jis nebus taikomas.

Astromskė (2018), identifikuodama asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo reglamentavimo tendencijas ES ir Lietuvoje, atliko dokumentų turinio analizę – analizavo ES, LR įstatymus ir kitus teisės aktus, politinius dokumentus, ir kt. Vertinant teisinio reguliavimo raidą šalyje, autorė pastebi, kad įstatymų leidėjas tikslina sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo sąvokų apibrėžimą. Išvadose teigiama, kad Lietuvoje daugėja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybės vertinimą bei kontrolės galimybes įtvirtinančių teisės normų, tačiau susiduriama su įgyvendinimo problemomis (Astromskė, 2018). Viena iš įgyvendinimo problemų galimai yra socialinė ir ekonominė padėtis. Dokumentų analizės metodas yra labai naudingas, siekiant atskleisti nacionalinį kontekstą ir prielaidas tyrimo problemai spręsti, todėl jis buvo naudojamas ir šiame magistro darbe (tiek teorinės dalies poskyriuose, tiek ir 3.1 poskyryje).

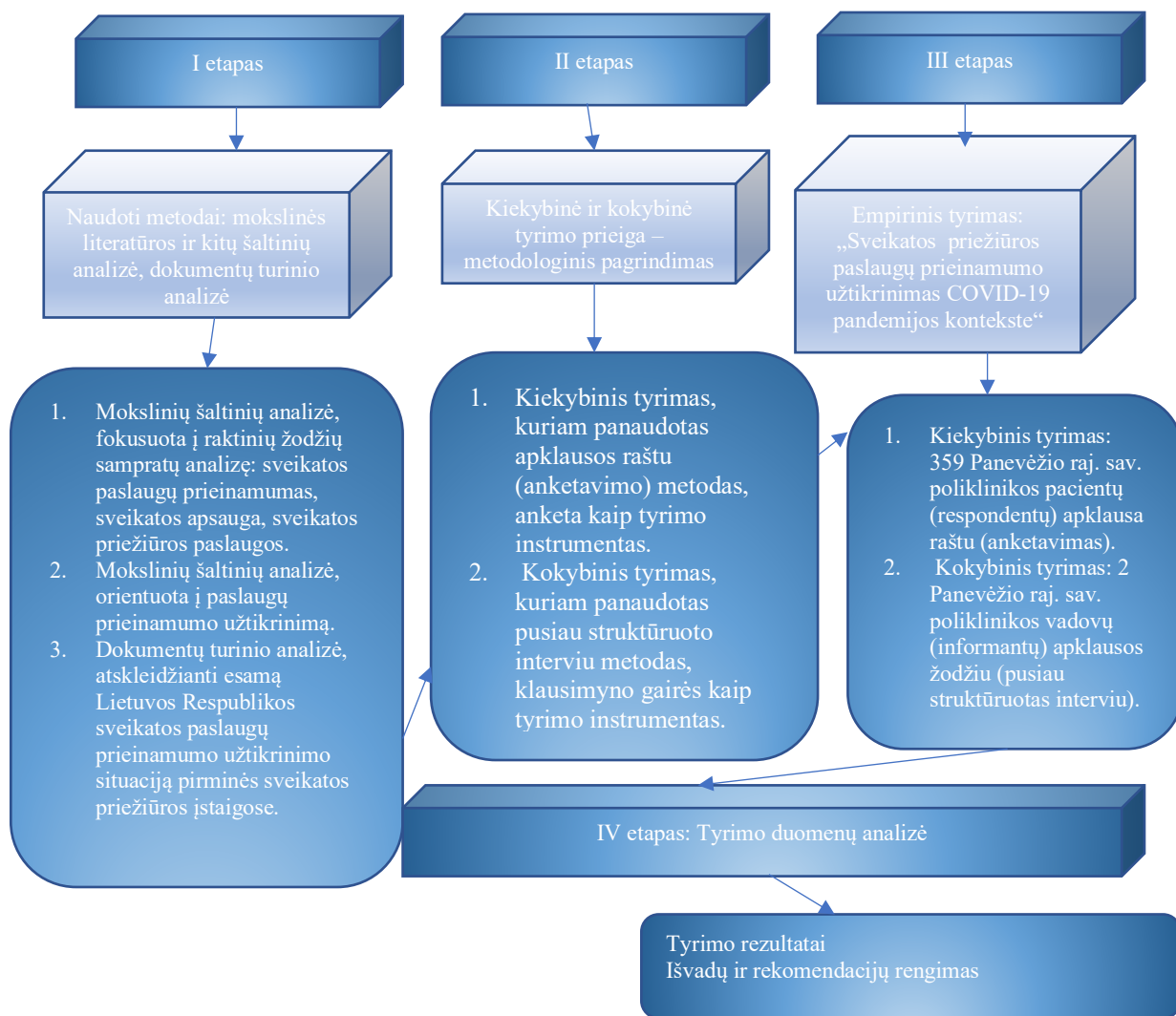
Užsienio tyrimuose taip pat siekta nustatyti, ar socialinė ir ekonominė padėtis turi įtakos atsakui, kurį pacientas gauna, ieškodamas ir bandydamas gauti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, prisirašyti prie įstaigos ar gydytojo (Olah ir kt., 2013). Olah ir kt. (2013) atliko įdomų tyrimą – socialinį eksperimentą: tyrėjai (vyrai ir moteris) skambino telefono numeriu atsitiktinai atrinktiems šeimos gydytojams, atlikdami paciento, ieškančio pirminės sveikatos priežiūros gydytojo, vaidmenį. Skambinusieji laikėsi scenarijaus nurodant aukštą arba žemą socialinę ir ekonominę padėtį, bei lėtinių ligų būvimą arba nebūvimą. Rezultatai parodė, kad gauta daugiau pasiūlymų dėl susitikimo, jeigu prisistatyta, kaip asmuo, turintis aukštą socialinį ir ekonominį statusą, turintis lėtinių ligų. Dėl laiko apribojimų eksperimento kaip metodo šiame tyrime nebus atliekama.

Mekšriūnaitė ir kt. (2016) atliko tyrimą, kurio tikslas yra prognozuoti tikėtinus mirtingumo nuo kepenų cirozės ir kepenų vėžio rodiklius Lietuvoje, atsižvelgiant į skirtingą alkoholio vartojimo paplitimą. Autoriai ištyrė, kad nuo prevencijos taikymo pradžios bus matomas galutinis ir didžiausias efektas, todėl svarbu, kad pacientai lengvai prieitų prie prevencinių programų taip sumažinant mirtingumą. Tyrime taikyta statistinė analizė ir prognozavimas, panaudojant prognozavimo modelį *Prevent*. Užsienio literatūroje taip pat aptinkama tyrimų apie mirtingumą, susijusių su sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu. Barber ir kt. (2017) atliko tyrimą apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybės indeksą 1990–2015 m., pagrįstą mirtingumu dėl priežasčių, dėl kurių gali būti (ne)suteikiama asmens sveikatos priežiūra 195 šalyse ir jų teritorijose – ši analizė rėmėsi 2015 m. Pasaulinio ligų naštos tyrimu naudojant statistinę analizę. Antrinė duomenų analizė, naudojant anksčiau surinktus statistinius duomenis, yra naudingas tyrimo metodas, kai yra galimybė prieiti prie anksčiau surinktų duomenų, susijusių su nagrinėjama tyrimo problema. Kadangi darbo autorė neturi prieigos prie anksčiau surinktų duomenų, šio metodo savo darbe taip pat netaikė.

Sveikatos paslaugų kokybės klausimus nagrinėjo Stašaitienė (2020), kuri tirdama pacientų ir gydytojų požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje, naudojo kiekybinę priegą – apklausos raštu (anketavimo) metodą. Tyrimo rezultatai parodė, kad daugiau, nei pusė (54,1 proc.) respondentų laukimo trukmė pas šeimos gydytoją buvo nuo 2–7 d., beveik pusė (46,2 proc.) pacientų vertino sugaištą laiką nuo atvykimo iki patekimo pas gydytoją 15–30 min., o ketvirtadalis (25,8 proc.) laukė mažiau, nei 15 min. Didžioji dalis pacientų (81,3 proc.) vidutinę pacientų konsultavimo trukmę vertino iki 15 min trukmės. Jerdiakova ir kt. (2020) taip pat atliko tyrimą apie pacientų požiūrį į pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje teikiamas paslaugas naudodami apklausos raštu (anketavimo) metodą. Tyrime iširti kriterijai, pagal kuriuos respondantai renkasi pirminės sveikatos priežiūros įstaigą. Prioritetą skiria daugiau nei trečdalis (39,0 proc.) apklaustųjų arčiau gyvenamosios vietos esančioms įstaigoms, o šiek tiek daugiau-nei penktadalis (21,4 proc.) renkasi pagal gydymo paslaugų kokybę. Dar vienas tyrimas, kur naudotas apklausos raštu (anketavimo) metodas – Mikaliūkštienės ir kt. (2018) atliktas tyrimas apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pacientų požiūriu Vilniaus miesto ligoninės kardiologijos centre. Tyrime respondentų buvo klausiama apie lūkesčius privačiose ir valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose. Rezultatai parodė, kad privačiose ligoninėse gydyti pacientai labiau patenkinti paslaugų kokybę lyginant su valstybinėmis gydymo įstaigomis. Paslaugų kokybės ir prieinamumo aspektus pagrindė Štaras ir kt. (2013), taikydami apklausos raštu (anketavimo) metodą. Paslaugų priimtinumą analizuotas pagal galimybę rinktis specialistus, paslaugas, diagnostiką, gydymo metodus ir kt. Tyrime naudota paprastoji atsitiktinė tikimybinė imtis. Apibrėžti sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo kokybės rodikliai, tokie kaip: priėmimo pas gydytoją laukimo laikas ir planinių konsultacijų, operacijų laukimo laikas. Rezultatuose akcentuota, kad planinių konsultacijų laukimo laikas turėtų būti ne ilgiau kaip iki vieno mėnesio, o planinių operacijų – iki trijų mėnesių laiko. Tyrimas parodė, kad planuotų konsultacijų laikas ilgesnis nei vienas mėnesis, o daugiau nei pusė (67 proc.) respondentų klinikinio fiziologo gydytojo laukė daugiau nei 60 dienų. Respondentai išreiškė nepasitenkinimą dėl per ilgo laukimo norint patekti pas šeimos gydytoją (apie 7 d.) (Štaras ir kt., 2013). Būtent apklausa raštu (anketavimas) – patogus ir naudingas tyrimo metodas, kuris leidžia gauti duomenų apie pacientų (viešųjų paslaugų gavėjų) požiūrį ir patirtis. Todėl šiame tyrime taip pat bus taikomas.

Planuojant tyrimą buvo numatyti bendrai tyrimo dalykai (metodai, imties dydis, imties atrankos kriterijai, duomenų rinkimo etapai, apibendrinimas ir pan.) (Rutkienė ir kt., 2014), kurie paskatino apsvaistyti galimas tyrimo priemogas, tyrimo eigos alternatyvas, numatyti jų stipriąsias ir silpnąsias

puses bei pasirinkti tinkamiausią tyrimo eigą. Tyrimui pasirinkta tiek *kokybinė, tiek ir kiekybinė tyrimo priėga (strategija)*, kuri leistų tinkamai išanalizuoti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo situaciją ir prieinamumo užtikrinimo būdus Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos atveju, bei nustatyti esmines sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumo užtikrinimo stiprinimo kryptis (metodus, sprendimus), remiantis Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos atveju, tinkančias adaptuoti ir kitose Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose. *Tyrimo dizainas* (tyrimo eigos etapai) pateikti paveiksle (žr. 5 pav.).



5 pav. Tyrimo dizainas
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Kiekybiniam ir kokybiniam tyrimams pasirinkta konkreči *Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika*. Anketų pagalba siekiama sužinoti Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos pacientų nuomonę apie paslaugų prieinamumą COVID-19 pandemijos kontekste. Interviu tyrimo tikslas atskleisti kaip paslaugų prieinamumo užtikrinimas kito COVID-19 pandemijos metu. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika pasirinkta būtent dėl to, kad ji pasižymi plačiu padalinių išplėtojimu aplinkiniuose kaimuose. Kaimo žmonėms sudarytos sąlygos gauti paslaugas toje vietoje, kur jie gyvena. Įdomu, kiek veiksmingas šis modelis ir ar gali būti, kad pacientai yra visiškai patenkinti paslaugų prieinamumu. Tiriant konkrečią įstaigą ir jos pacientus galima tiksliau nustatyti iššūkius su kuriais susiduriama, pateikti rekomendacijas ir sukurti strategija, kuri būtų pritaikyta ir kitose Lietuvos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje nepriklausomai nuo jos dydžio.

Tyrimo duomenų rinkimo ir analizės metodai išsamiai pristatomi kitame poskyryje.

2.2. Tyrimo metodai ir jų taikymas

Analizuojamai pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimo problemai atskleisti buvo taikyta tiek kiekybinė, tiek ir kokybinė tyrimo priemonė.

2.2.1. Mokslinės literatūros analizės metodas ir jo taikymas

Tyrimo metu atlikta *mokslinės literatūros ir kitų šaltinių analizė*. Šiuo tyrimo metodu buvo siekiama atskleisti sveikatos apsaugos paslaugų kaip viešųjų paslaugų prieinamumo sampratą ir jos ypatumus pandemijos kontekste, identifikuojant prieinamumo užtikrinimo būdus.

Tyrimo instrumentas – tyrimo temą atliepiantis turinys, kuriuo vadovaujantis buvo surinkta, susisteminta ir išanalizuota mokslinė literatūra, ir ją papildantys kiti šaltiniai. Tyrimo rezultatai pateikti magistro darbo pirmos dalies poskyriuose.

Tyrimo imtis – moksliniai ir kiti šaltiniai, atrinkti pagal raktinius žodžius ir pristatantys teorinius sveikatos paslaugų prieinamumo aspektus.

Tyrimo organizavimas ir etika. Mokslinės literatūros ir kitų šaltinių analizė buvo atliekama 2020 m rugsėjo mėn. – 2022 m. kovo mėn., nuolatos atnaujinama naujais, reikšmingais šaltiniais. Visi panaudoti šaltiniai buvo etiškai cituojami, įtraukti į literatūros sąrašą.

2.2.2. Dokumentų analizės metodas ir jo taikymas

Tyrimo metu atlikta *dokumentų analizė*. Šiuo tyrimo metodu buvo siekiama atskleisti esamą situaciją ir identifikuoti esminius iššūkius užtikrinant paslaugų prieinamumą, kylančius Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai COVID-19 pandemijos metu.

Tyrimo instrumentas – tyrimo temą atliepiantis turinys, kuriuo vadovaujantis buvo surinkta, susisteminti ir išanalizuoti dokumentai, integruojant kartu su moksliniais ir kitais šaltiniais. Tyrimo rezultatai pateikti magistro darbo pirmos dalies poskyriuose, bei 3.1 poskyryje.

Tyrimo imtis – dokumentai ir teisės aktai. Čia, atskleidžiant Lietuvos kontekstą, labai svarbus vaidmuo teko nacionaliniams teisės aktams ir dokumentams, reglamentuojantiems tiek sveikatos apsaugos sistemos veikimą ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, tiek ir sveikatos apsaugos sistemos reguliavimą pandemijos situacijos kontekste. 3.1 poskyryje išanalizuoti 29 LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimai, 6 LR Vyriausybės nutarimai, 3 LR Vyriausybės įsakymai, bei 3 LR Seimo išleisti įstatymai.

Tyrimo organizavimas ir etika. Dokumentų analizė buvo atliekama 2020 m rugsėjo mėn. – 2022 m. kovo mėn., nuolatos atnaujinama naujais, reikšmingais dokumentais. Visi panaudoti dokumentai buvo etiškai cituojami, įtraukti į literatūros sąrašą.

2.2.3. Gyventojų apklausos raštu metodas ir jo taikymas

Kiekybinis tyrimo metodas – apklausa raštu (anketavimas) buvo naudotas norint išsiaiškinti respondentų (sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų – pacientų) požiūrį apie sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimą COVID-19 pandemijos kontekste, su kokiais sunkumais jie susidūrė ir kokios to pasekmės.

Tyrimo instrumentas – anketa, kurią sudarė darbo autorė, remdamasi Zolubienės ir kt. (2014) tyrimo apie požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą logika ir turiniu, adaptuojant klausimus ir jų turinį COVID-19 kontekstui. Anketa sudaro 3 klausimų blokus (atliepiantys teorinę prieigą – komunikacinį, organizacinį ir ekonominį prieinamumą) ir 13 klausimų. Pirmajame bloke prašoma įvertinti komunikacinį prieinamumą (pateikta 7 teiginiai), antrajame – prašoma įvertinti organizacinį prieinamumą (įvertinimui pateikta 18 teiginių), na o trečiajame bloke pateikti 3 teiginiai, kuriais prašoma įvertinti ekonominį prieinamumą (žr. 1 priedą).

Tyrimo imtis. Tyrimo populiacija – visi Panevėžio raj. savivaldybės poliklinikoje prisirašiusieji pacientai – 28 000. Tyrimo imties dydis (respondentų skaičius) buvo nustatytas pagal Paniotto formulę:

$$N=1/(\Delta^2+1/N), \text{ kur}$$

n – imties dydis;

Δ – leidžiamas paklaidos dydis (5%);

N – generalinė aibė (pacientai).

Taigi, pagal šią formulę apskaičiuota tyrimo imtis: $1/(0,05^2+1/28\ 000) = 394$ (respondentai). Nuspręsta išplatinti daugiau – 390 anketų, dėl galimos sugadintų ar negrįžusių anketų rizikos. Iš viso sugrįžo 373 anketų (anketų grįžimo procentas – 95,6 %), tačiau 14 anketų buvo sugadintos ir nevertinamos. Pilnai užpildytos ir galimos įtraukti į imtį – 359 anketų. Tad galima teigti, jog tyrimo rezultatai yra patikimi.

Tyrimo organizavimas – tyrimas organizuotas Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje apklausiant pacientus, kurie laukia prie gydytojų kabineto, išeina iš jų arba vizito metu, kai nėra sutrikdomas gydytojo paslaugų teikimas anketos pildymo metu. Tyrimui atlikti įstaigoje yra gautas įstaigos atsakingo asmens sutikimas (žr. X priedą). Tyrimas buvo atliktas 2022 m. balandžio 5–20 dienomis.

Atliekant apklausą raštu buvo laikomasi šių *tyrimo etikos* principų: pagarbos žmogaus teisėms ir valstybei, teisingumo, sąžiningumo, savanoriškumo ir nesavanaudiškumo. Respondentams buvo garantuotas anonimiškumas ir konfidencialumas.

Tyrimo rezultatai analizuoti taikant statistinę analizę, naudojant SPSS programą arba Microsoft Excel, duomenis vizualizuojant lentelėmis ir grafikais.

2.2.4. Pusiaus struktūruoto interviu metodas ir jo taikymas

Tyrimo metodas – apklausa žodžiu (pusiau struktūruotas interviu). Metodas pasirinktas, nes norima sužinoti informantų nuomonę apie paslaugų prieinamumo užtikrinimą ir iššūkius, su kuriais susidūrė įstaiga COVID-19 pandemijos laikotarpyje. Apklausus atsakingus asmenis Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje, identifikuoti esminiai iššūkiai, su kuriais susidūrė viešąsias sveikatos apsaugos paslaugas teikiančios įstaigos (įskaitant ir tą, kurioje atliktas tyrimas), sprendamos paslaugų prieinamumo klausimus.

Tyrimo instrumentas – klausimyno gairės. Klausimynas sudarytas, remiantis komunikacinio, organizacinio ir ekonominio paslaugų prieinamumo teorine prieiga (Zolubienė ir kt., 2014). Jį sudaro 5 klausimų blokus (paslaugų prieinamumo užtikrinimas iki COVID-19 pandemijos, komunikacinis, organizacinis ir ekonominis prieinamumas, iššūkiai ir galimybės), iš viso 12 klausimų grupių (žr. 2 priedą).

Tyrimo imtis – 2 Panevėžio raj. savivaldybės poliklinikos vadovai (informantai), atsakingi už paslaugų prieinamumą. Informantai buvo atrinkti naudojant *kriterinės atrankos metodą*. Pagrindiniai kriterijai, kuriais remiantis buvo pasirinkti informantai: 1) darbas Panevėžio raj. sav. poliklinikoje; 2) vadovaujanti pozicija; 3) ne mažesnis kaip 3 metų darbo stažas vadovaujančiose pareigose; 4) atsakomybės, susijusios su paslaugų prieinamumo užtikrinimu.

Tyrimo organizavimas. Interviu buvo organizuojamas susitariant su informantais iš anksto. Tyrimo dalyviai sutiko dalyvauti tyrime ir pasirašė sutikimo dalyvauti tyrime formą. Susitikta su abiem informantais jų darbo vietoje individualiai kontaktiniu būdu. Interviu audio/video įrašas nebuvo darytas pokalbių metu, kadangi ekspertai išreiškė nesutikimą (Gaižauskaitė ir kt., 2016). Pats interviu truko iki valandos (nuo 46 min iki 58 min). Tyrimo duomenys buvo transkribuoti (parengti interviu protokolai).

Atliekant interviu buvo laikomasi keleto *tyrimo etikos* principų: *savanoriškumo* – tyrimo dalyviai savanoriškai apsisprendė dalyvauti tyrime, pasirašę specialius sutikimus dėl dalyvavimo (žr. 4 priedas); siekiant užtikrinti interviu dalyvių *konfidencialumą*, informantų pasisakymai cituojant yra užkoduoti I1–I2 pagal interviu ėmimo eiliškumą. Be to, gautas organizacijos vadovo leidimas atlikti tyrimą (žr. 3 priedą) (Rutkienė ir kt., 2014). Tyrimas buvo atliktas 2022 m. balandžio 5–20 dienomis.

Tyrimo duomenų analizė. Tyrimo duomenys analizuoti taikant turinio analizės metodą. Visos citatos sistemos, grupuotos, lygintos, todėl jos buvo kategorizuotos ir interpretuotos.

3. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO UŽTIKRINIMO TYRIMO REZULTATAI

Analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo situaciją, pirmiausiai atskleidžiami teisinio reglamentavimo pokyčiai, susiję su pandemija.

3.1. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir administravimo teisinio reglamentavimo pokyčiai COVID-19 kontekste

COVID-19 ligos pandemija suponavo didžiulį iššūkį sveikatos apsaugos sistemai, todėl tik prasidėjus viruso plitimui Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija ėmė taikyti greito poveikio priemones. Sveikatos apsaugos sistema turėjo būti paruošta atlaikyti didžiulį krūvį reaguojant į pandemijos keliamas grėsmes.

Prasidėjus COVID-19 pandemijai, visų pirma, 2020 m. sausio 27 d. darbą pradėjo LR Sveikatos apsaugos ministerijos Ekstremalių situacijų operacijų centas, kaip situaciją valdanti institucija. Tačiau nuo 2020 m. kovo 16 d. dešimčiai dienų paskelbtas karantinas, kuris vėliau buvo pratęstas (žr. 5 priedo 30 pav.), todėl buvo nuspręsta analizuoti Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir administravimo teisinio reglamentavimo pokyčius COVID-19 pandemijos kontekste būtent nuo šios dienos (LR Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 metų...“, 2021).

Nutarimai ir įstatymai priimti COVID-19 pandemijos laikotarpyje prisidėjo prie sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų reorganizavimo, žmogiškųjų išteklių, asmens apsaugos priemonių, darbo ypatumų organizavimo (žr. 6 priedo 7 lent.). Nemaža dalis priimtų nutarimų yra dėl ekonominių aspektų: organizuojant sveikatos priežiūros paslaugų, kompensuojamų medikamentų ir medicininių priemonių apmokėjimo tvarkas, privalomojo sveikatos draudimo keitimai. Vyriausybė ir seimas tikslas užtikrinti kokybiškas, geresnes, tobulesnes ir priimtinesnes sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, todėl atskiras dėmesys skirtas reabilitacinėms ir sanatorinio gydymo paslaugoms (žr. 6 priedo 7 lent.)

Operacijų vadovo sprendimų, susijusių su Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo valdymu COVID-19 kontekste, analizė. 2020 m. vasario 26 d. dėl COVID-19 viruso grėsmės LR Vyriausybė šalyje paskelbė ekstremaliąją situaciją ir suformuotas Valstybės ekstremaliųjų situacijų operacijų centras, kuriame operacijų vadovu tapo LR Sveikatos apsaugos ministras (LR Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 metų...“, 2021). Atliekant dokumentų turinio analizę operacijų vadovo priimami sprendimai suskirstyti į 4 laikotarpius: pirmojo karantino, tarpkarantininį, antrojo karantino ir dabartinį. Pirmasis karantinas Lietuvoje dėl COVID-19 viruso grėsmės buvo įvestas 2020 m. kovo 16 d., o pirmasis COVID-19 ligos atvejis užfiksuotas po dviejų dienų nuo karantino įvedimo. 8 lentelėje (žr. 6 priedo 8 lent.) pateikta LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų, susijusių su Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo valdymu pirmojo karantino metu, analizė.

Analizės rezultatai parodė, kad LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimai privertė įstaigas reorganizuoti paslaugų teikimą ir pereiti į nuotolines paslaugas, dėl ko pacientams pablogėjo prieinamumas prie sveikatos priežiūros paslaugų bei jų kokybė (žr. 6 priedo 8 lent.). Įstaigos taip pat privalėjo supažindinti personalą su nauja

tvarka, mokyti, kaip teisingai naudotis asmens apsaugos priemonėmis, laikytis infekcijų kontrolės reikalavimų, bei tai kontroliuoti. Įsivyravo galimybė įsigyti gydytojo išrašytus medikamentus ar medicinos pagalbos priemones antriesiems asmenims, jei pats pacientas negali nuvykti į įstaiga, dėl ko buvo sudarytos patogesnės sąlygos priemonių įsigijimui. Įstaigose išaugo informacinių technologijų poreikis, žmogiškųjų išteklių, finansiniai iššūkiai. Nors pacientams, kurie nėra drausti privalomuoju sveikatos draudimu, buvo sudarytos galimybės gauti nemoką gydymą nuo COVID-19 ligos, prieinamumas prie prevencinių sveikatos programų ir planinių operacijų buvo visiškai sustabdytas, o ligoninėse trūko lovų. Pacientai, iki kol nebuvo gautas COVID-19 ligos tyrimo atsakymas, privalėjo būti izoliuoti palatose, kuriuose prieš tai galėjo gydytis daugiau, nei vienas pacientas, o po perkėlimo patalpos privalėjo būti gerai išdezinjekuotos ir tai užėmė laiko. Pirmojo karantino metu prieinamumas prie paslaugų ypač pablogėjo į COVID-19 ligą panašius simptomus turintiems pacientams (žr. 6 priedo 8 lent.).

2020 m. birželio 17 d. priimtas LR sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl kai kurių Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų pripažinimo netekusiais galios“, kuriuo pripažinti netekę galios pirmojo karantino metu priimti kai kurie sprendimai: „Dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) valdymo priemonių“ su visais pakeitimais ir papildymais“; „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“ su visais pakeitimais ir papildymais“; „Dėl receptinių vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) vaistinėse“; „Dėl gydytojų konsultacinės linijos, skirtos COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergantiems pacientams ir sveikatos priežiūros specialistams, organizavimo“; „Dėl planinių stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų etapinio atnaujinimo ir teikimo įstaigoje plano rengimo reikalavimų“ su visais pakeitimais ir papildymais; „Dėl planinių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų etapinio atnaujinimo ir teikimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje plano rengimo reikalavimų“ su visais pakeitimais ir papildymais. Todėl buvo koreguojami reikalavimai tiek gydymo įstaigoms, tiek ir taikomi reikalavimai pacientams. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų, susijusių su Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo valdymu tarpkarantininio laikotarpio metu, analizė pateikta 9 lentelėje (žr. 6 priedo 9 lent.).

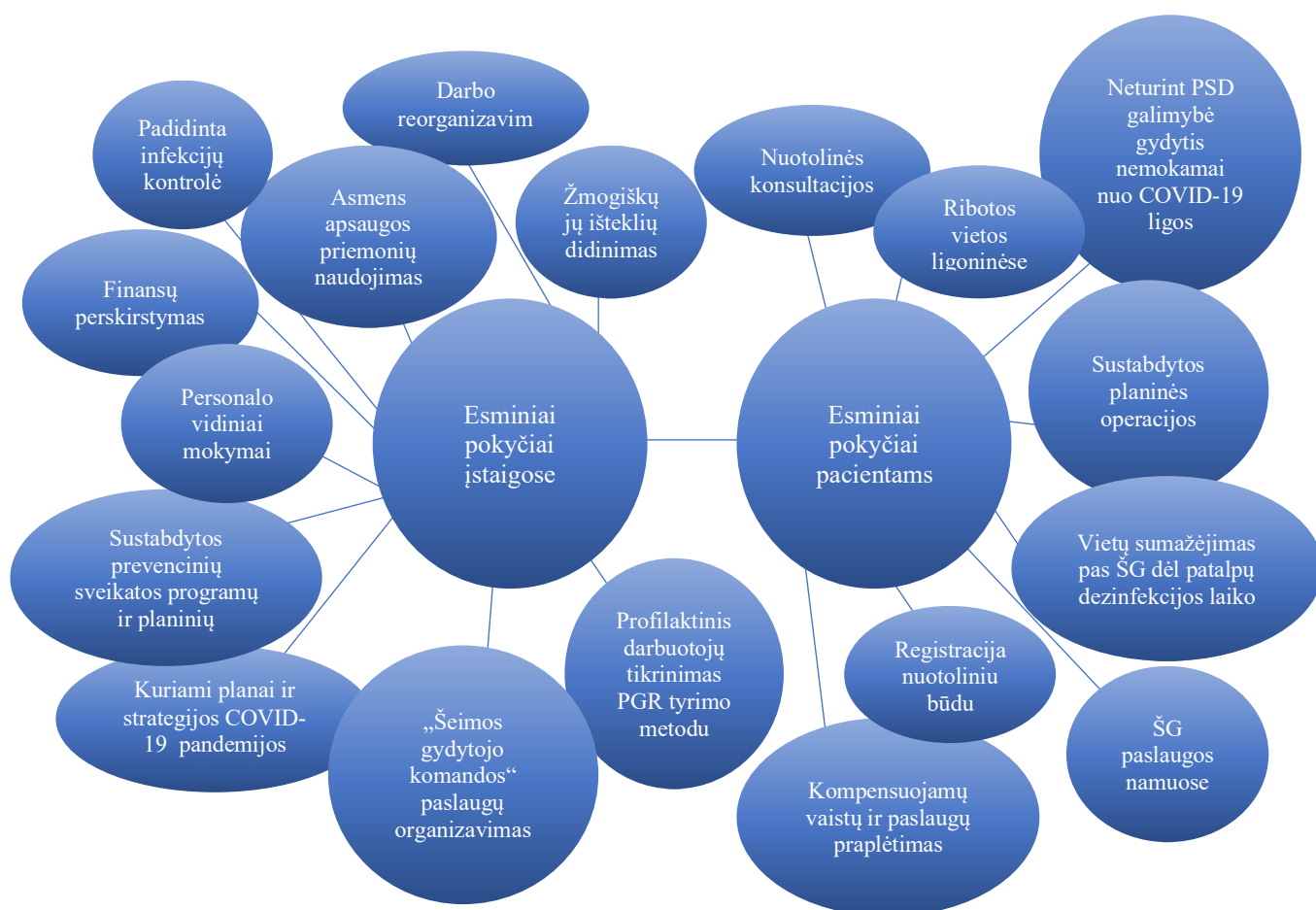
Galima teigti, kad tarpkarantiniu laikotarpiu priimamais operacijų vadovo sprendimais buvo gerinamas prieinamumas prie sveikatos priežiūros įstaigų. Įstaigos turėjo sutelkti žmogiškuosius resursus ir dėmesį persvarstant vidaus teisės aktus, reglamentuojančius pacientų registracijos tvarką, esant poreikiui juos keisti, kad būtų užtikrintas skambučių srautų valdymas. Įstaigose buvo diegiamos techninės priemonės, kurios prisidėtų prie pacientų didesnės galimybės prisiskambinti užtikrinant grįžtamąjį ryšį (žr. 6 priedo 9 lent.). Tarpkarantininio laikotarpio metu vis dar buvo draudžiama lankyti artimuosius ligoninėje, nebent gaunamas gydančio gydytojo leidimas.

Nuo 2020 m. lapkričio 7 d. buvo paskelbtas antrasis karantinas, kuris vis pratęsiant (žr. 5 priedo 30 pav.) galiojo iki 2021 m. birželio 30 d. (LR Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020 metų veiklos ataskaitos...“, 2021). Lentelėje pateikti LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas, susijęs su Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo valdymu antrojo karantino metu (žr. 6 priedo 10 lent.). Antrojo karantino laikotarpiu buvo gražinta dauguma sprendimų, kurie priimti pirmojo karantino metu, tačiau ganėtinai švelniau. Nebuvo visiškai nutrauktas planinių operacijų ir prevencinių

sveikatos paslaugų teikimas, pacientams ir toliau teikiamos nuotolinės konsultacijos įtraukiant ir kontaktines paslaugas pagal poreikį (žr. 6 priedo 10 lentelėje).

Lentelėje pateikti LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų, susijusių su Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo valdymu, analizė dabartiniu laikotarpiu (žr. 6 priedo 11 lent.). Atliktoje pokarantinio laikotarpio dokumentų turinio analizėje nepastebėti dideli pakitimai, lemiantys prastesnę paslaugų prieinamumą. Darbuotojai toliau buvo šviečiami apie asmens apsaugos priemonių naudojimą, jų parinkimą. Šiuo laikotarpiu buvo sukurtos „Šeimos komandos namuose“ paslaugos, kurias ėmė teikti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, dėl ko paslaugos buvo priimtinesnės pacientams, kurie dėl sveikatos būklės negali pasiekti gydymo įstaigos. Įstaigos ir toliau turėjo užtikrinti asmens apsaugos priemonių ir žmogiškuosius resursus (žr. 6 priedo 11 lent.).

Atlikus dokumentų turinio analizę atskleista esama situacija ir identifikuoti esminiai iššūkiai, kurie kilo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai COVID-19 pandemijos metu užtikrinant paslaugų prieinamumą. Išanalizavus tyrimo temą atliepiančius dokumentus nustatyti esminiai pokyčiai gydymo įstaigose ir pacientams, kurie vienaip ar kitaip palietė paslaugų prieinamumo užtikrinimą (žr. 6 pav.).



6 pav. Esminiai pokyčiai Lietuvos gydymo įstaigose ir pacientams, sąlygoti pandemijos

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Lietuvoje nuolat buvo siekiama įgyvendinti geresnės sveikatos priežiūros sistemos principus, kurie būtini užtikrinant gerovės valstybę, tačiau COVID-19 pandemija labai stipriai paveikė sveikatos sektorių. Dokumentų turinio analizė atskleidė pokyčius, kurie įvyko įstaigose, padėjo identifikuoti,

kaip tai paveikė pacientus ir jų prieinamumą prie paslaugų. Laikantis visų teisinių dokumentų reikalavimų įstaigoms kilo didžiulis iššūkis užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, atsirado naujas paslaugų teikimo būdas, tai – nuotolinės konsultacijos. Nuotolinių konsultacijų metu vis tik neįmanoma atlikti intervencinių procedūrų ir pilnai įvertinti paciento būklės. Pandemijos skirtingais laikotarpiais operacijų vadovo priimti sprendimai labiausiai paveikė žmonių sveikatą. Todėl analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimo klausimą, būtina išsiaiškinti piliečių (tam tikros tiriamos savivaldybės gyventojų) nuomonę.

3.2. Gyventojų nuomonės apie Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumą tyrimo rezultatai

Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje atliktas kiekybinis tyrimas kurio metu naudojant tyrimo instrumentą – anketą apklausti 359 respondentai raštu. Pirmoje dalyje identifikuoti socio-demografiniai apklaustųjų duomenys (žr. 7 pav.). Tyrime dalyvavo 203 (56,5 proc.) moterų ir 134 (37,3 proc.) vyrai, o likę 22 (6,1 proc.) respondentų nenorėjo nurodyti lyties.

Požymis	Kategorija	Dažnis	Procentai
Lytis	Moteris	203	56,5
	Vyras	134	37,3
	Nenoriui nurodyti	22	6,1
Išsilavinimas	Pradinis	20	5,6
	Nebaigtas vidurinis	25	7,0
	Vidurinis	116	32,3
	Aukštesnysis	114	31,8
	Aukštasis	77	21,4
	Kita	7	1,9
Šeimyninė padėtis	Nevedęs, netekėjusi	65	18,1
	Vedęs, ištekėjusi	158	44,0
	Išsituokęs (-usi)	74	20,6
	Gyvenu partnerystėje	40	11,1
	Našlys (-ė)	22	6,1
Gyvenamoji vieta	Miestas	174	48,5
	Kaimas	185	51,5
Užimtumas	Dirbu	212	59,1
	Dirbu ir mokausi	71	19,8
	Mokausi	22	6,1
	Nedirbu ir nesimokau	54	15,0
	iki 200 eurų	38	10,6
Mėnesio pajamos vienam šeimos nariui	200-400 eurų	66	18,4
	401-600 eurų	92	25,6
	601-800 eurų	82	22,8
	801 eurų ir daugiau	81	22,6

7 pav. Socio-demografiniai apklaustųjų duomenys, N=359

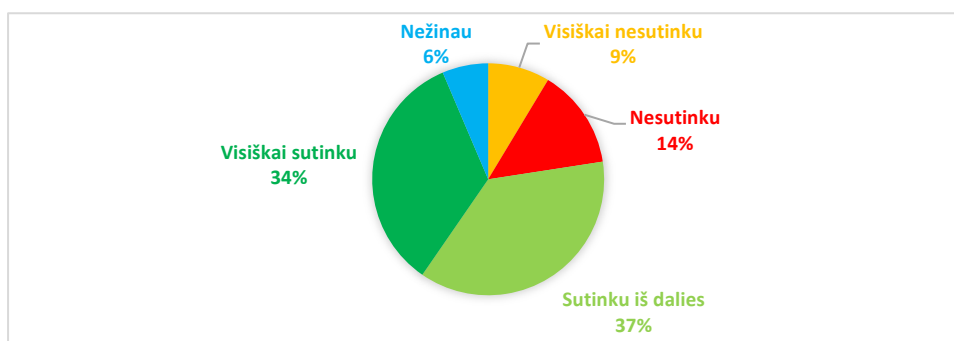
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Tyrime dalyvavo daugiausiai vidurinį (32,3 proc.) ir aukštesnįjį (31,8 proc.) išsilavinimą turinys pacientai, mažiau respondentų turi aukštąjį (21,4 proc.), yra nebaigę vidurinio (7 proc.) arba turi

pradinį (5,6 proc.) išsilavinimą. Didžioji dalis (44 proc.) apklaustųjų yra vedę arba ištekėjusios, o mažiausiai – (6,1 proc.) našliai. Apklausta buvo panašiai miesto (48,5 proc.) ir kaimo (51,5 proc.) gyventojų. Daugiau respondentų šiuo metu dirba (59,1 proc.).

3.2.1. Komunikacinis prieinamumas

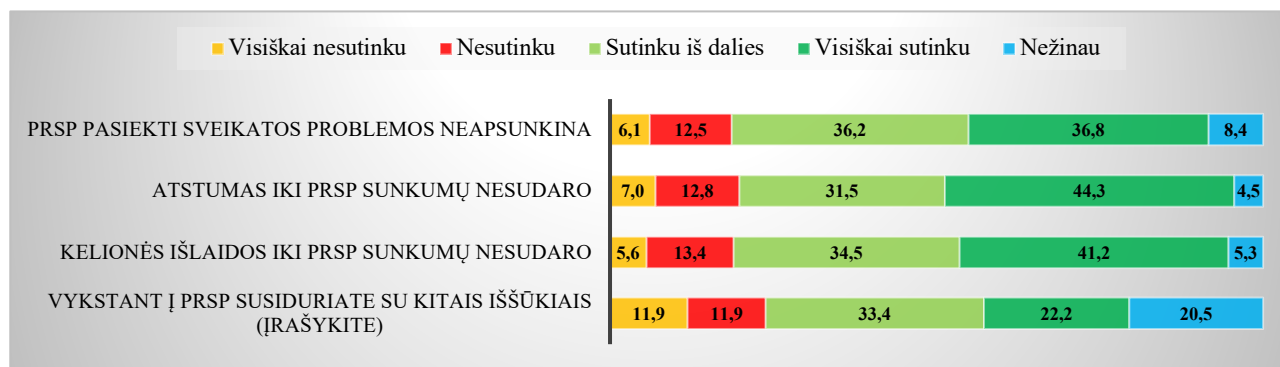
Vertindami komunikacinį prieinamumą pacientai atsakinėjo į klausimus apie tai, su kokiais iššūkiais jie susidūrė pasiekdami Panevėžio rajono savivaldybės polikliniką (toliau – PRSP) pandemijos metu. Didžioji (visiškai sutiko 34 proc., o iš dalies sutiko 37 proc.) respondentų dalis vertina, kad PRSP pasiekia lengvai, tačiau šiek tiek daugiau nei penktadalis (visiškai nesutiko 9 proc., o 14 proc. nesutiko) teigia, jog susiduria su atvykimo iššūkiais (žr. 8 pav.)



8 pav. Respondentų nuomonės pasiskirstymas apie atvykimo iššūkius, N=359, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Didžioji dalis respondentų (37 proc. visiškai sutinka, o 36 proc. sutinka iš dalies) sutinka, kad pasiekti PRSP sveikatos problemos neapsunkina, tačiau beveik penktadalis (6 proc. visiškai nesutinka ir 13 proc. nesutinka) teigia, jog sveikatos problemos sudaro sunkumą pasiekiant gydymo įstaigą (žr. 9 pav.).



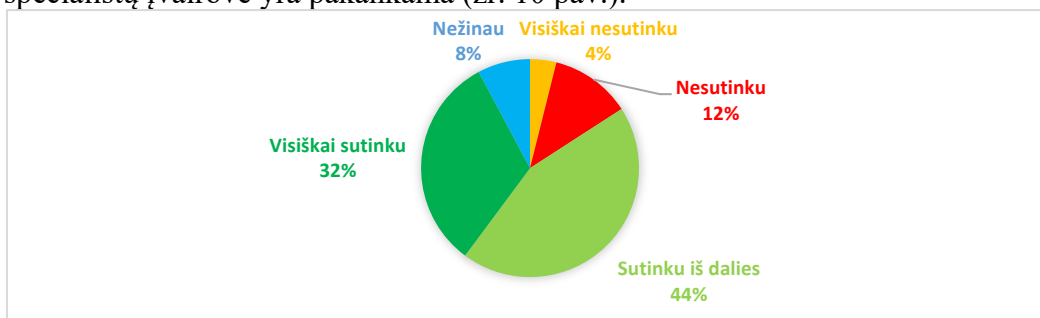
9 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie kylančius sunkumus pasiekti PRSP, N=359, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Nors labai panaši dalis respondentų vertina, kad atstumas iki PRSP sunkumų nesudaro ir net 44 proc. visiškai sutiko su tuo, o 32 proc. sutiko iš dalies su šiuo teiginiu (žr. 9 pav.), tačiau penktadalis apklaustųjų (7 proc. visiškai nesutiko, o 13 proc. nesutiko) atsakė, kad atstumas iki pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos visgi sudaro sunkumą. COVID-19 pandemijos metu tik penktadalis (6 proc. visiškai nesutiko ir 13 proc. nesutiko) respondentų teigia, kad kelionės išlaidos iki PRSP sudaro sunkumą pasiekiant įstaigą (žr. 9 pav.). Nors pacientai nurodė, kad didžioji dalis respondentų nesusiduria su prieš tai įvardytais iššūkiais, tačiau šiek tiek daugiau nei pusė respondentų nurodė, kad susiduria su kitais iššūkiais (22 proc. visiškai sutinka, o 33 proc. sutinka iš dalies) (žr. 9 pav.), tokiais kaip: dažnai serga gydytoja; nebūna ar nėra autobuso; baimė išgirsti blogą diagnozę; sunku prisiversti; gyvena vienkiemyje; žemas atlyginimas; prastos kelio sąlygos; nėra stovėjimo aikštelės;

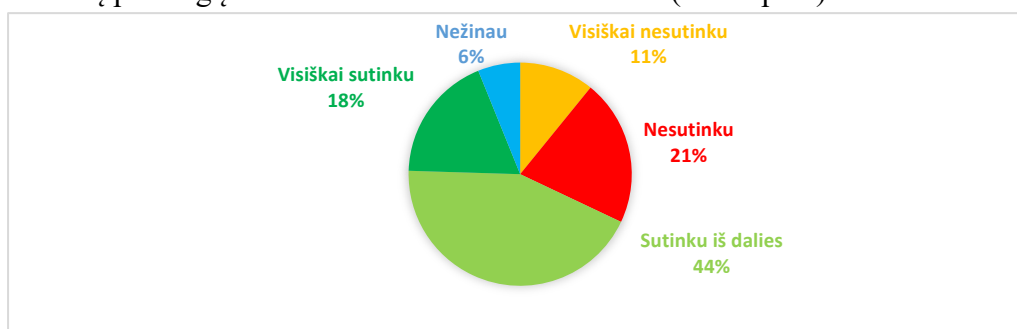
netinka darbo laikas; transporto problemos; sugėsta automobilis; tenka ilgai laukti už durų, nors atvykta paskirtu laiku.

Didžioji dalis (32 proc. visiškai sutinka, 44 proc. sutinka iš dalies) respondentų teigia, kad PRSP gydytojų specialistų įvairovė yra pakankama (žr. 10 pav.).



10 pav. Respondentų nuomonės pasiskirstymas apie gydytojų specialistų įvairovę PRSP, N=359, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

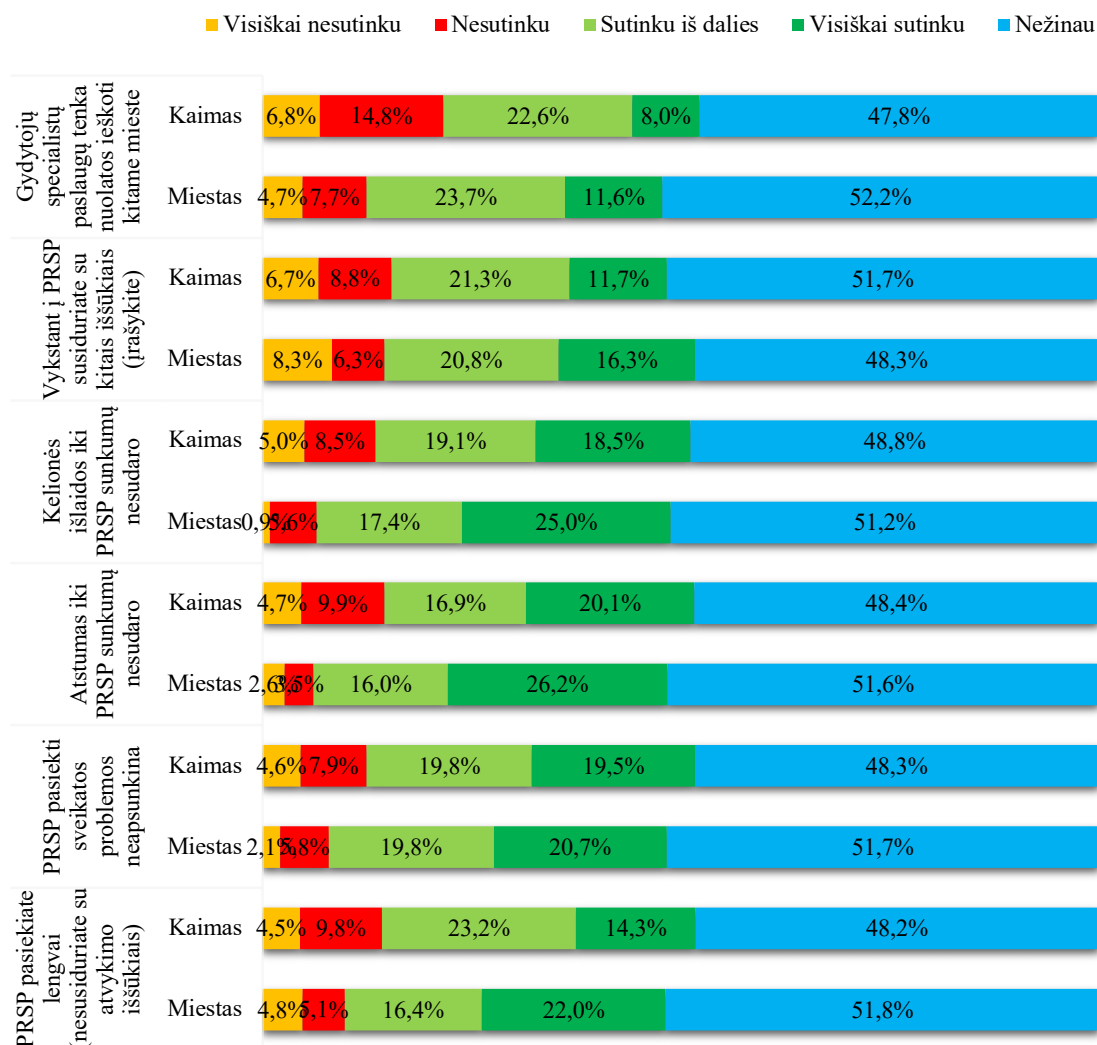
Tačiau daugiau, nei pusę respondentų (18 proc. visiškai sutinka, 44 proc. sutinka iš dalies), kad gydytojų specialistų paslaugų tenka ieškoti ir kituose miestuose (žr. 11 pav.)



11 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie gydytojų specialistų poreikį ieškant kituose miestuose, N=359, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Analizuojant duomenis išryškėja komunikacinio prieinamumo skirtumai tarp apklaustųjų pagal gyvenamąją vietą (žr. 12 pav.). Kaimo gyventojai išreiškė didesnę (6,8 proc. visiškai nesutinka, 4,8 proc. nesutinka) nesutikimą lyginant su miesto gyventojais (4,7 proc. visiškai nesutinka ir 7,7 proc. nesutinka) tiriant gydytojų specialistų paslaugų ieškojimą kituose miestuose, kas rodo, kad kaimo gyventojams dažniau tenka nusivilti gydytojų specialistų pasiūla viename mieste. Akivaizdžiai matoma, kad kaime gyvenantys respondentai dažniau susiduria su kelionės iki PRSP išlaidų sunkumais COVID-19 pandemijos metu. Šiek tiek daugiau nei viena dešimtoji (5 proc. visiškai nesutinka ir 8,5 proc. nesutinka) apklaustų kaimo gyventojų teigia, kad pasiekti gydymo įstaigą patiriamos išlaidos kelia sunkumų, kai tuo tarpu miesto gyventojų tik nedidelė dalis (0,9 proc. visiškai nesutinka ir 5,6 proc. nesutinka) patiria finansinius sunkumus vykstant į įstaigą. Panašus pasiskirstymas stebimas tiriant atstumo iki PRSP sudaromus iššūkius. 4,7 proc. visiškai nesutinka, o 9,9 proc. nesutinka kaime gyvenančių respondentų, kad atstumas nesudaro sunkumų pasiekiant įstaigą, kai tuo tarpu mieste gyvenančių ir susiduriančių su minėtais sunkumais sudaro tik apie vieną dvidešimtąją (2,6 proc. visiškai nesutinka ir 3,5 proc. nesutinka). Mažesnę dalis miesto gyventojų (2,1 proc. visiškai nesutinka ir 5,8 proc. nesutinka) susiduria su iššūkiais pasiekti sveikatos priežiūros

įstaigą turint sveikatos problemų, nei kaimo gyventojų dalis (4,6 proc. visiškai nesutinka ir 7,9 proc. nesutinka).



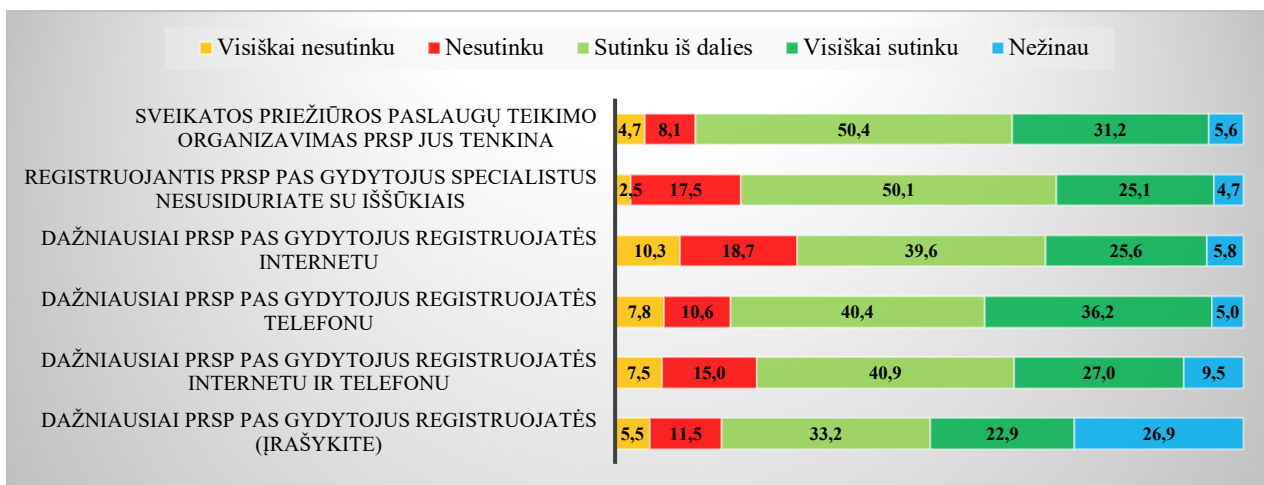
12 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą ir jų nuomonę apie komunikacinę prieinamumą, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Taigi, bendrai respondentai komunikacinę prieinamumą vertina neblogai; didžioji dalis kaimo ir miesto gyventojų teigia, jog nesusiduria su atvykimo iššūkiais, atstumas ir kelionės išlaidos nesudaro sunkumų, o sveikatos problemos atvykimo neapsunkina, tačiau jie išskyrė daugybę kitų iššūkių, tokių, kaip: transporto sugedimas, viešojo transporto trūkumas, stovėjimo aikštelės poreikis, sergantys medikai, prastos kelio sąlygos ir kt. Pacientai vertina, jog PRSP esančių specialistų didžiąjai daliai pacientų pakanka, tačiau daugiau nei pusei pacientų prireikia ieškoti gydytojų specialistų ir kituose miestuose. Tačiau kaimo gyventojai (iki šeštadalio) dažniau susiduria su vykimu į įstaigą iššūkiais. Labiausiai mieste ir kaimuose gyvenančių respondentų nuomonė išsiskiria vertinant atvykimą, atstumą, kelionės išlaidas, bei gydytojų specialistų paslaugų ieškojimą kituose miestuose.

3.2.2. Organizacinis prieinamumas

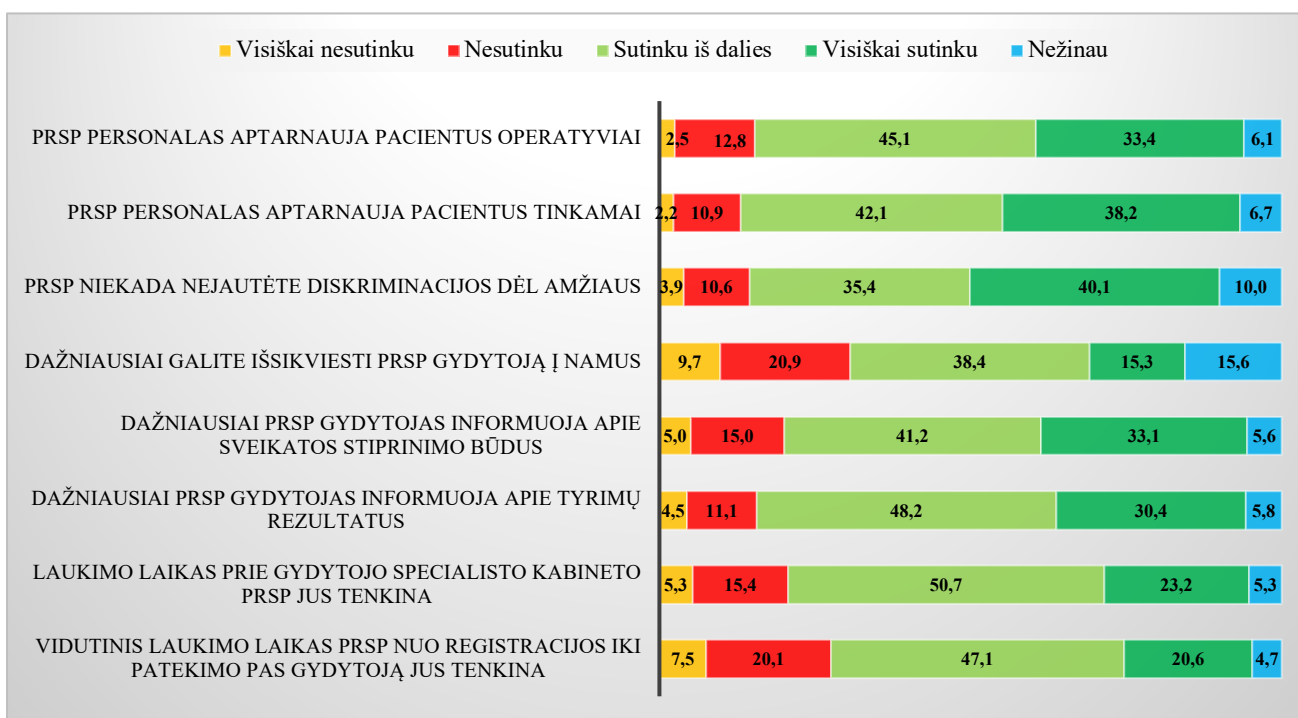
Pandemijos metu dažnai girdima, kad pacientai nėra patenkinti sveikatos priežiūros organizaciniu prieinamumu, tačiau PRSP didžioji dalis pacientų (31 proc. visiškai sutinka, 50 proc. sutinka iš dalies) yra patenkinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimu PRSP (žr. 13 pav.).



13 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą ir registraciją pas gydytojus PRSP, N=359, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

13 pav. pateikti rezultatai rodo, kad tik labai nedidelė dalis (5 proc. visiškai nesutinka ir 8 proc. nesutinka) teigia, kad nėra patenkinti paslaugų teikimo organizavimu poliklinikoje. Ketvirtadalis (25 proc.) respondentų teigia, kad visiškai nesusiduria su iššūkiais, tačiau lygiai pusė (50 proc.) sutinka tik iš dalies. 18 proc. nesutinka, kad registruojantis pas gydytojus specialistus nepatiria iššūkių, o 2 proc. pasisako, jog visiškai nesutinka. Šiek tiek daugiau, nei pusė respondentų (39,6 proc. sutinka iš dalies ir 25,6 proc. visiškai sutinka) dažniausiai pas gydytojus registruojasi internetu, tačiau trys trečdaliais respondentų (40,4 proc. sutinka iš dalies ir 36,2 proc. visiškai sutinka) teigia, jog dažniau registruojasi telefonu. Nors šiek tiek daugiau nei penktadalis (26,9 proc.) apklaustųjų nežinojo, ką atsakyti į klausimą, kokiais dar kitais būdais jie registruojasi pas gydytojus, šiek tiek daugiau nei pusė (33,2 sutiko iš dalies, o 22,9 visiškai sutiko), kad dažniausiai pas gydytojus registruojasi *nueidami patys į įstaigą ir/ar gyvai, užregistruoja artimieji, bei skambina tiesiogiai šeimos gydytojui* (žr. 13 pav.).

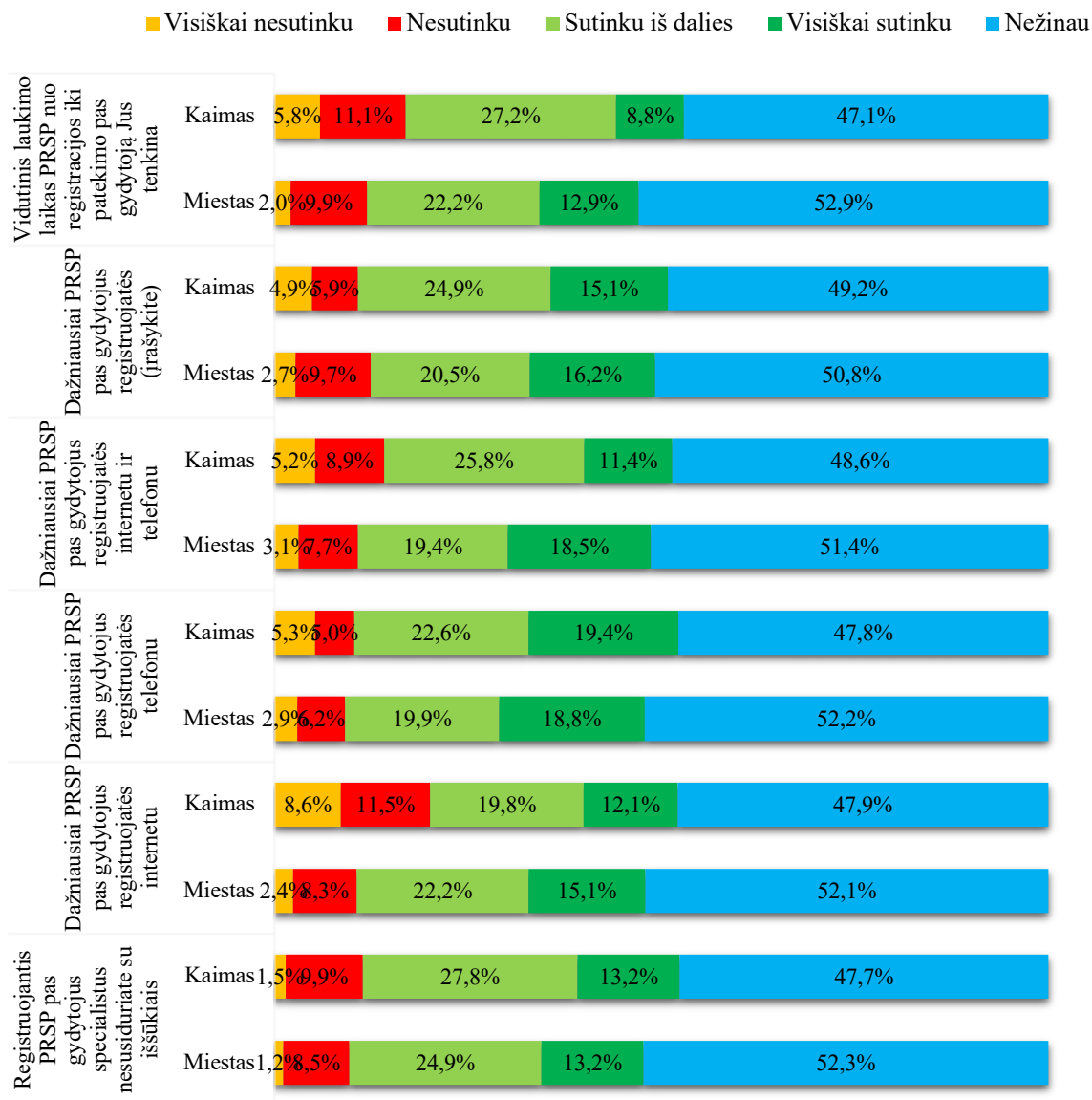


14 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų priimtinumą PRSP, N=359, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

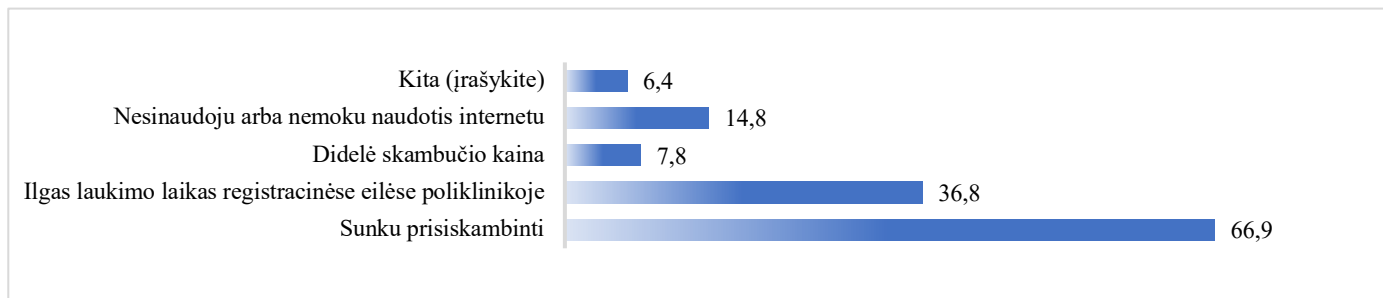
Tiriant pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų priimtinumą PRSP stebimi sunkumai (žr. 14 pav.). Dažniausiai išsikviesti gydytojo į namus negali beveik trečdalis (9,7 proc. visiškai nesutinka ir 20,9 proc. nesutinka) respondentų, penktadalio (5 proc. visiškai nesutinka ir 15 proc. nesutinka) gydytojai neinformuoja apie sveikatos stiprinimo būdus, šiek tiek daugiau nei penktadalio (5,3 proc. visiškai nesutinka ir 15,4 proc. nesutinka) nėra patenkinti laukimo laiku prie gydytojo specialisto kabineto, o beveik trečdalis (7,5 proc. visiškai nesutinka ir 20,1 proc. nesutinka) nėra patenkinti laukimo laiku nuo registracijos iki patekimo pas gydytoją.

Analizuojant apklausų raštu duomenis apie organizacinį prieinamumą ir siejant su socio-demografiniais duomenimis darbo autorė pastebėjo, kad respondentų nuomonė išsiskiria lyginant nuomones pagal gyvenamąją vietą. Rezultatai rodo, kad kaime gyvenantys respondentai yra labiau nepatenkinti laukimo laiku nuo registracijos iki patekimo pas gydytojus (5,8 proc. visiškai nesutinka ir 11,1 proc. nesutinka), bei rečiau pas gydytojus registruojasi internetu (19,8 proc. sutinka iš dalies ir 18,8 proc. visiškai sutinka) lyginant su miesto gyventojais (22,2 proc. sutinka iš dalies ir 15,1 visiškai sutinka) (žr. 15 pav.). Daugiau reikšmingų skirtumų nepastebėta.



15 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų gyvenamąją vietą ir nuomonę apie registracijos ypatumus PRSP, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

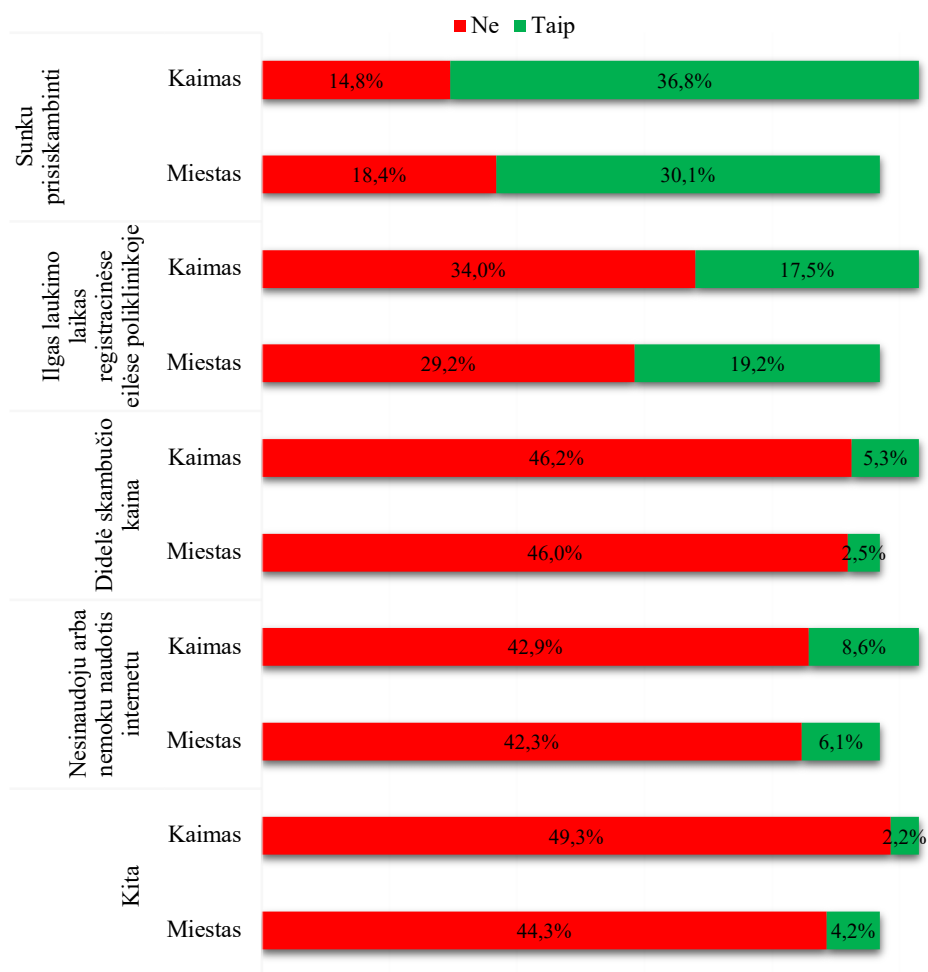
Vertinant sunkumus registruojantis didžioji respondentų dalis (66,9 proc.) teigia, kad COVID-19 pandemijos metu yra sunku prisiskambinti. Taip pat šiek tiek daugiau, nei trečdalis pažymi, kad yra ilgas laukimo laikas registracinėse eilėse poliklinikoje. Nedidelė dalis (14,8 proc.) teigia, kad sunku užsiregistruoti, nes nesinaudoja arba nemoka naudotis internetu, o 7,8 proc. sudaro sunkumų didelė skambučių kaina, o 6,4 proc. pažymėjo kita ir pasisakė, kad: *jokių sunkumų neturi registruojantis pas gydytoją specialistą, sudėtinga tvarka, per greit komunikuoja registratorės ir gydytoja (neišklauso)* (žr. 16 pav.).



16 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie sunkumus registruojantis į polikliniką, N=359, proc.

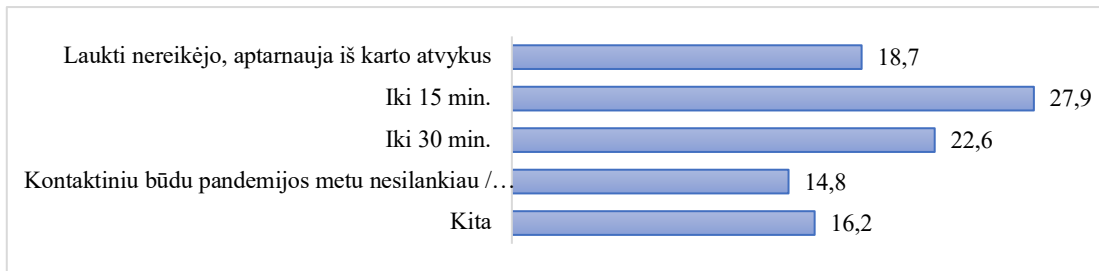
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Lyginant pagal gyvenamą vietą pacientų nuomonę apie sunkumus didelio skirtumo nepastebėta (žr. 17 pav.).



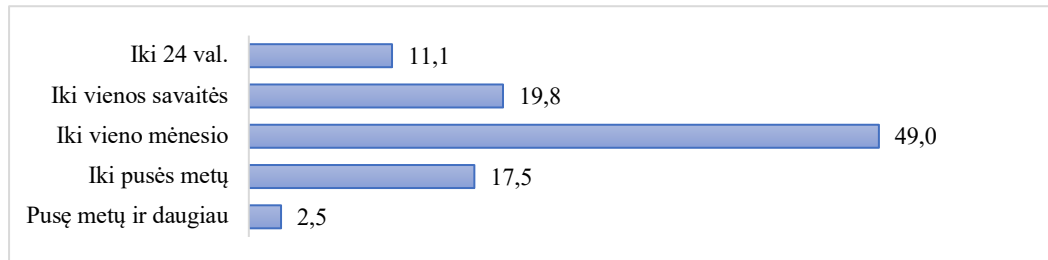
17 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų gyvenamą vietą ir nuomonę apie sunkumus registruojantis į polikliniką, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.



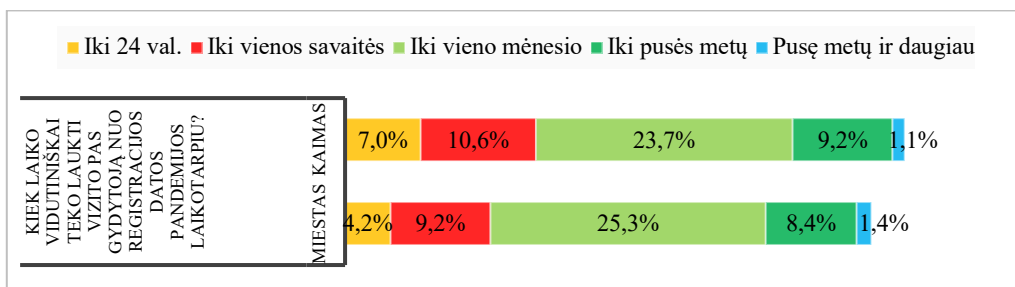
18 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie laukimo laiką prie gydytojo kabineto durų, N=359, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Analizuojant laukimo laiką prie gydytojo kabineto (žr. 18 pav.) pacientų pasiskirstymas labai panašus, tačiau daugiausiai (27,9 proc.) respondentų teigia, jog jiems tenka laukti iki 15min, o beveik ketvirtadalis (22,6 proc.) laukia iki 30min. Beveik penktadaliui (18,7 proc.) laukti nereikia, 14,8 proc. kontaktiniu būdu pandemijos metu nesilankė, o likusieji 16,2 proc. pažymėjo „kita“, tačiau nieko neįrašė. Analizuota ir pagal gyvenamąją vietą, tačiau reikšmingų skirtumų nepastebėta.



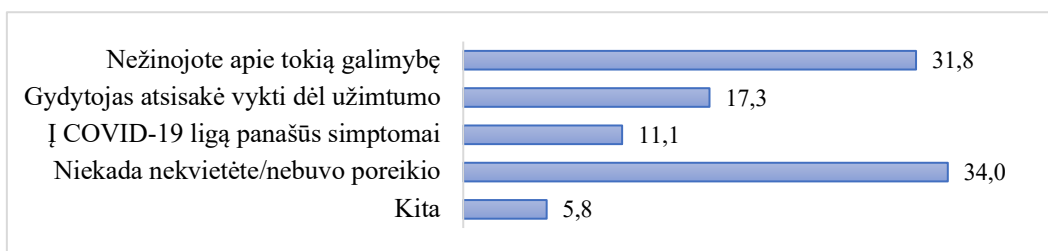
19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie laukimo laiką nuo registracijos datos iki apsilankymo pas gydytoją, N=359, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Daugiausiai (49 proc.) pacientų nuo registracijos datos iki apsilankymo pas gydytoją laukia iki vieno mėnesio. Beveik penktadalis (19,8 proc.) laukia iki vienos savaitės, 17,5 proc. laukia iki pusės metų, o 11,1 proc. laukia tik iki 24 val. Labai nedidelė dalis (2,5 proc.) laukia pusę metų ir daugiau (žr. 19 pav.). Lyginant respondentų nuomonę apie laukimo laiką nuo registracijos iki apsilankymo pas gydytoją pagal jų gyvenamąją vietą matoma, kad didesnė dalis kaimo gyventojų (7,0 proc. iki 24 val. ir 10,6 proc. iki vienos savaitės), nei miesto (4,2 proc. iki 14 val. ir 9,2 proc. iki vienos savaitės) pas gydytoją patenka greičiau (žr. 20 pav.).



20 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų gyvenamąją vietą ir nuomonę apie laukimo laiką nuo registracijos datos iki apsilankymo pas gydytoją, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

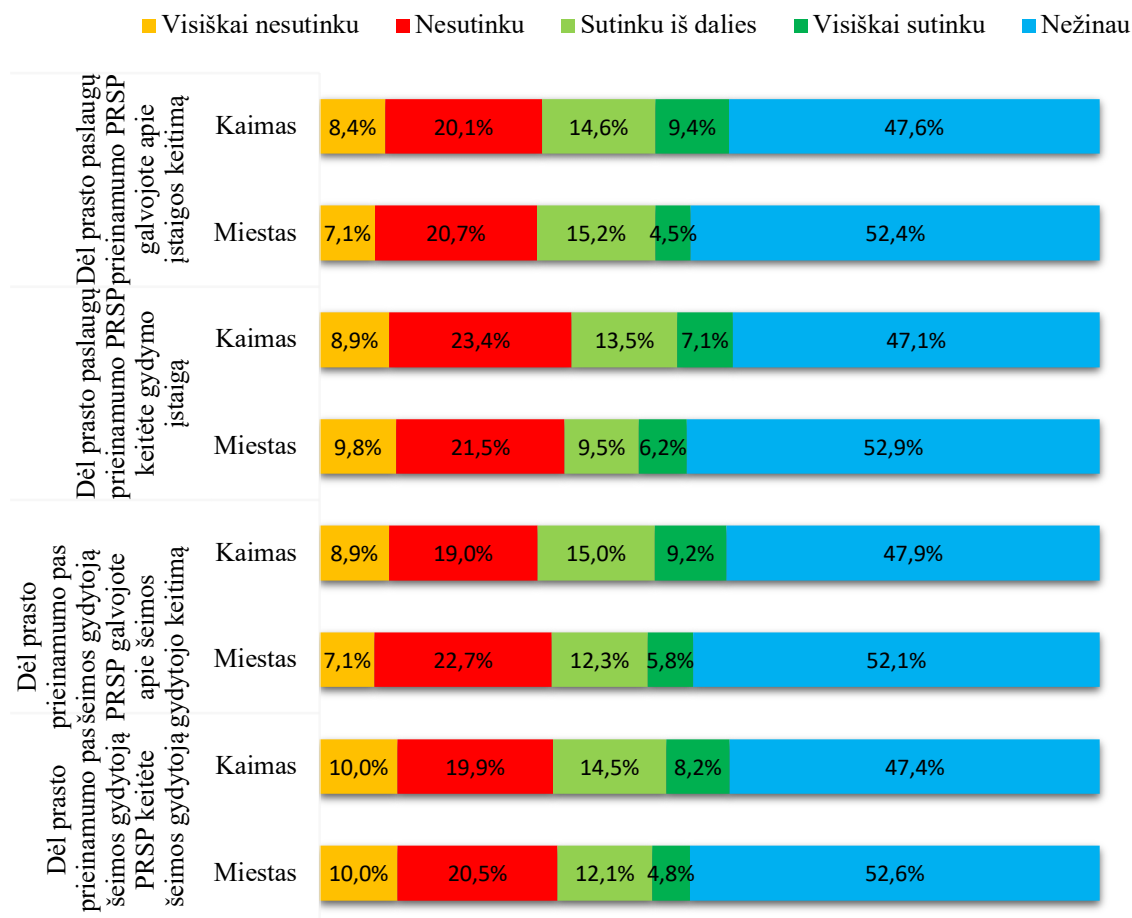
Apie trečdalį (34 proc.) pacientų niekada nekvieta ir/ar nebuvo poreikio kviesti šeimos gydytoją, o kitas trečdalis (31,8 proc.) net nežinojo apie tokią galimybę. 17,3 proc. teigia, kad gydytojas atsisakė vykti dėl užimtumo, 11,1 proc. turėjo į COVID-19 ligą panašius simptomus, o likusieji 5,8 proc. pažymėjo „kita“ (žr. 21 pav.).



21 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie galimybę išsikviesti šeimos gydytoją į namus, N=359, proc.

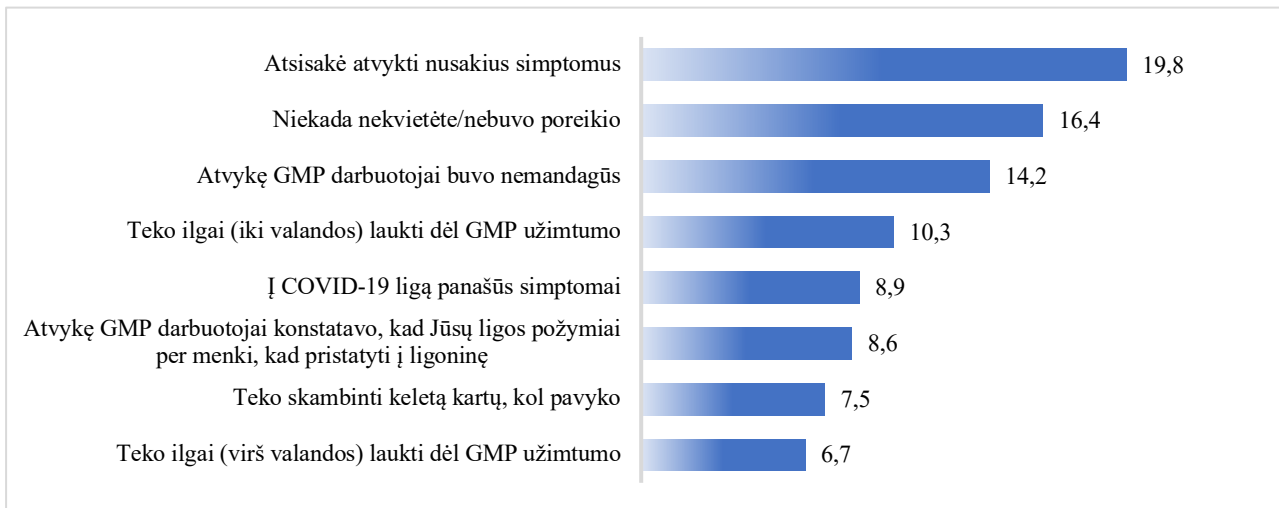
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Esant blogam paslaugų prieinamumui, kaip rodo grafikas (žr. 22 pav.), kaimo gyventojai dažniau galvojo ir keitė įstaigą, bei šeimos gydytoją. Dėl prasto prieinamumo beveik ketvirtadalis (14,6 proc. sutinka iš dalies ir 9,4 proc. visiškai sutinka) galvojo apie įstaigos keitimą, o šiek tiek daugiau nei penktadalis (13,5 proc. sutinka iš dalies ir 7,1 proc. visiškai sutinka) keitė gydymo įstaigą. Beveik ketvirtadalis (15 proc. sutinka iš dalies ir 9,2 proc. visiškai sutinka) respondentų gyvenančių kaime galvojo apie šeimos gydytojo keitimą dėl prasto prieinamumo ir beveik ketvirtadalis (14,5 proc. sutinka iš dalies ir 8,2 proc. visiškai sutinka) pakeitė šeimos gydytoją.



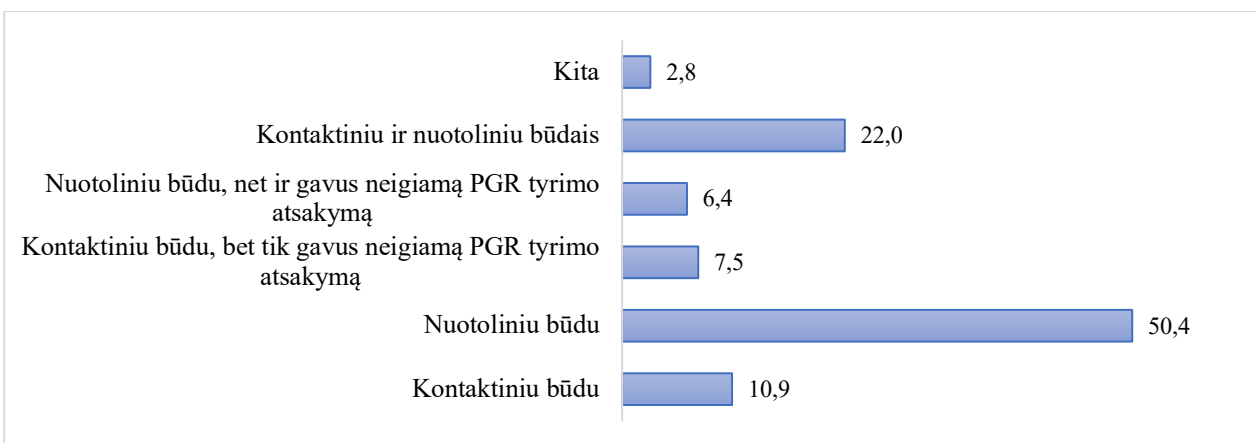
22 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų gyvenamą vietą ir nuomonę apie norą keisti gydymo įstaigą ir šeimos gydytoją ir/ar realų keitimą, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.



23 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie greitosios medicinos pagalbos prieinamumą, N=359, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Beveik penktadalis (19,8 proc.) respondentų teigia, jog pandemijos laikotarpiu greitoji medicinos pagalba atsisakė vykti pas juos nusakius simptomus. 16,4 proc. niekada nekvietė ir/ar nebuvo poreikio skubiajai medicinos pagalbai, tačiau šiek tiek daugiau, nei 14 proc. apklaustųjų teigia, jog GMP darbuotojai buvo nemandagūs. Viena dešimtoji (10,3 proc.) respondentų sako, kad GMP teko laukti ilgai (iki valandos), o 6,7 proc. laukė virš valandos (žr. 23 pav.).



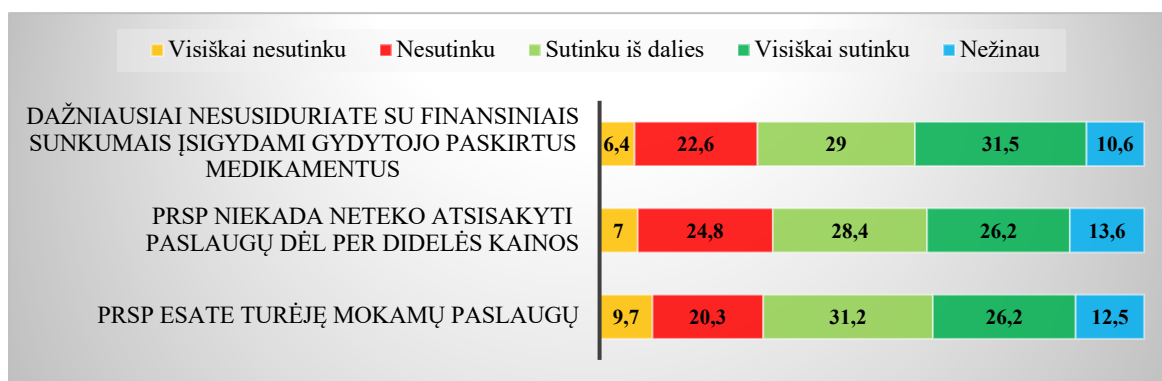
24 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie paslaugų gavimo būdus, N=359, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Sveikatos priežiūros paslaugos pandemijos metu buvo pradėtos teikti ir nuotoliniu būdu (24 pav.). Šiek tiek daugiau, nei pusė (50,4 proc.) respondentų teigia, jog paslaugos buvo teikiamos nuotoliniu būdu, truputį daugiau nei penktadalis gavo kontaktiniu ir nuotoliniu būdais paslaugas, o 10,9 proc. buvo teikiamos tik kontaktinės paslaugos. Nedidelė dali respondentų (7,5 proc.) gavo paslaugas kontaktiniu būdu, bet tik gavus neigiamą PGR tyrimo atsakymą, o 6,4 proc. naudojo nuotolinėmis paslaugomis, net ir gavus neigiamą PGR tyrimo atsakymą. Buvo sulyginama ir respondentų nuomonė pagal gyvenamąją vietą tuo pačiu klausimu, tačiau reikšmingų skirtumų nestebima.

Taigi, yra nemažai pacientų, kurie vis dar nemoka naudotis arba nesinaudoja internetu, registruojasi tik telefonu. Dažniau internetu registruojasi mieste gyvenantys pacientai. Tyrimo rezultatai rodo, kad pandemijos metu tapo sunku prisiskambinti, ilgos registracinės eilės. Pandeminiu laikotarpiu nemažai pacientų galvojo arba pakeitė įstaigą ir/ar šeimos gydytoją. Dažniau tai darė kaime gyvenantys respondentai. Pasak daugumos respondentų paslaugos buvo teikiamos nuotoliniu būdu nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos.

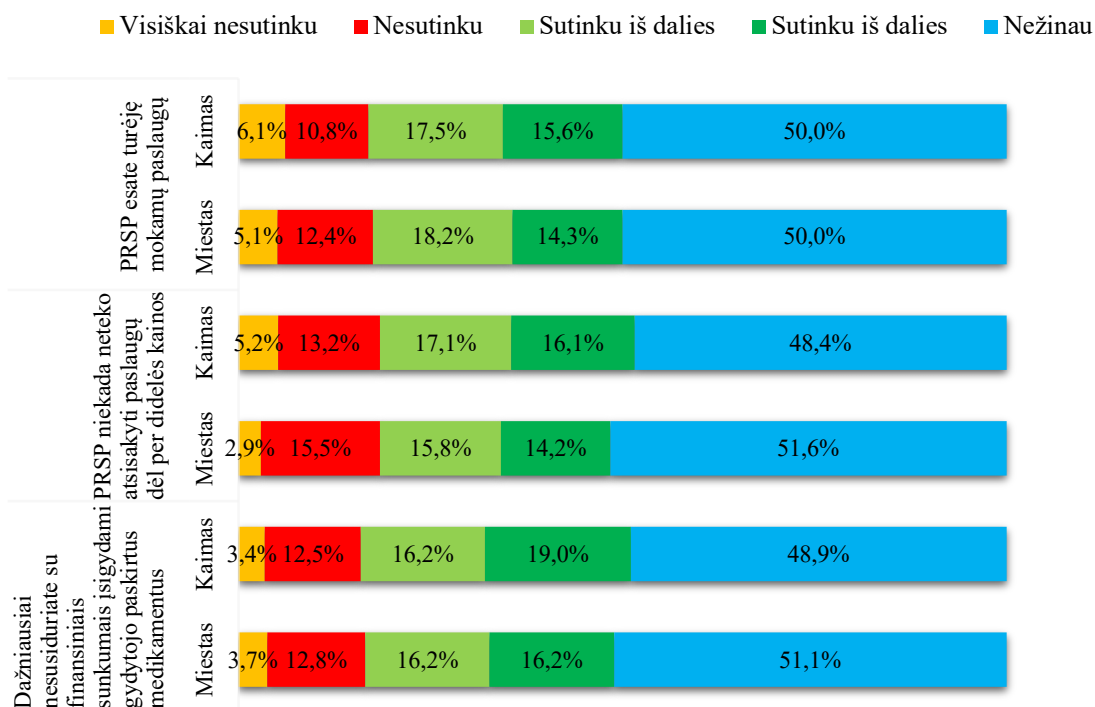
3.2.3. Ekonominis prieinamumas

Respondentai gavo keletą klausimų ir apie ekonominę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.



26 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų nuomonę apie mokamas paslaugas, N=359, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Tyrimo rezultatai rodo, kad didžioji dalis respondentų (31,2 sutinka iš dalies ir 26,2 proc. visiškai sutinka) yra turėję PRSP mokamų paslaugų, tačiau trečdaliui (7 proc. visiškai nesutinka, 24,8 proc. nesutinka) apklaustųjų teko atsisakyti paslaugų dėl per didelės kainos. Šiek tiek daugiau, nei ketvirtadalis (6,4 proc. visiškai nesutinka ir 22,6 proc. nesutinka) respondentų susiduria su finansiniais sunkumais įsigyjant gydytojo paskirtus medikamentus (žr. 26 pav.). Lyginant pagal gyvenamą vietą reikšmingų skirtumų nestebima (žr. 27 pav.).



27 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal jų gyvenamą vietą ir nuomonę apie mokamas paslaugas, N(kaimo)=185, N(miesto)=174, proc.
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Taigi, ekonominis paslaugų prieinamumas neturėjo reikšmingų pokyčių pandemijos metu, tačiau tai, kad dalis pacientų turėjo sunkumų įsigyjant gydytojo paskirtų medikamentų ir atsisakė kai kurių gydymo paslaugų dėl jų kainos, leidžia daryti prielaidą, kad ekonominio paslaugų prieinamumo stabilumas buvo sutrikdytas.

3.3. Informantų nuomonės apie Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje teikiamų sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumo užtikrinimą tyrimo rezultatai

Pasaulyje įsivyravus COVID-19 pandemijai Lietuvos gydymo įstaigos, tame tarpe ir Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika, turinti daugiau nei dvidešimt aštuoniems tūkstančiams pacientų, susidūrė su daug iššūkių užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Taikant pusiau struktūruoto interviu tyrimą siekta sužinoti Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos vadovų, atsakingų už paslaugų teikimo valdymą, nuomonę apie paslaugų prieinamumo užtikrinimą ir iššūkius, su kuriais susidūrė įstaiga COVID-19 pandemijos laikotarpyje.

Temoje apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ypatumus iki COVID-19 pandemijos (žr. 1 lent.) išskirtos trys kategorijos. Vadovai interviu metu akcentavo paslaugų prieinamumo sampratą, organizavimą ir atskirai pabrėžė registracijos pas gydytoją ypatumus iki COVID-19 pandemijos.

1 lentelė

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ypatumai iki COVID-19 pandemijos

Kategorija	Subkategorija	Citatos
Paslaugų prieinamumo samprata	Būdingi kokybiškų paslaugų bruožai	„<...>, operatyvumu, tikslumu, bei priimtinumu“ (I-2). „Darbas organizuojamas derinant žmogiškuosius išteklius“ (I-1). „<...> paslaugos operatyviai tiksliai orientuojantis į jo susirgimą“ (I-2). „<...>, kadangi mūsų įstaigoje yra įvairaus profilio specialistų, turime padalinių kituose Panevėžio rajono miesteliuose“ (I-2). „<...>, kokybiškos, gydytojai turėjo pakankamai laiko paciento apžiūrai, dokumentacijos supildymui ir poilsiui tarp darbo“ (I-2). „<...>, paciento būklė nėra stabili, teikiame ir tokią paslaugą, kaip pervežimai iš PRSP į VŠĮ Respublikinę Panevėžio ligoninę“ (I-2).
	Keliami aiškūs reikalavimai	„<...>, vadovaujamosi teisės aktų reikalavimais ir jų pakeitimais“ (I-1). „<...>, užtikrinant infekcijos kontrolę“ (I-1). „<...>, ir sudaromos sąlygos, kad būtų lengva užsiregistruoti vizitui, suteikiama visa informacija apie patekimą pas gydytoją, o bendravimas būtų mandagus ir pagarbus“ (I-2).
Paslaugų prieinamumo organizavimas	Aiškūs atsakingų institucijų identifikavimas	„<...>, vyriausybė, todėl svarbūs yra vyriausybės sprendimai“ (I-2). „<...>, įstaigos“ (I-2). „<...>, Panevėžio teritorinė ligonių kasa“ (I-1).
	Būtinų resursų identifikavimas	„Pirmiausia, pakankamas žmogiškųjų išteklių skaičius“ (I-1). „<...>, žmogiškųjų išteklių užtikrinimas, finansavimas, pacientų švietimas apie prieinamumo būdus“ (I-2). „<...>, nepertraukiamas finansavimas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas“ (I-1). „Nuolat atliekami įstaigoje auditai“ (I-1). „Paslaugų viešinimas internete, leidiniuose, seniūnijų, bendruomenių susirinkimuose“ (I-1).
	Trumpo laukimo laikas prie gydytojo kabineto užtikrinimas	„Iki pandemijos buvo nusistovėjusi tvarka, kurią vertinčiau teigiamai. Gydytojai aptarnaudavo maždaug keturis kartus mažiau pacientų lyginant su pandeminiu laikotarpiu“ (I-2).
Registracija pas gydytoją	Registracijos sėkmingo proceso bruožai	„<...>, registruotis pas gydytojus buvo gan paprasta. Pacientai turėjo galimybę registruotis telefonu, didelių eilių nebuvo ir dažniausiai prisiskambindavo iš pirmo karto“ (I-2).
	Registracijos trūkumai	„<...>, skiriasi nuo gydytojo populiarumo, todėl laukimo eilės skiriasi nuo 1 iki 30 dienų“ (I-1). „Šėimos gydytojų trūkumas“ (I-1). „<...>, gydytojų yra virš 65 metų amžiaus“ (I-1).

Paslaugų prieinamumo sampratos kategorijoje buvo identifikuota 2 subkategorijos. Informantai išskyrė būdingus *kokybiškų paslaugų bruožus*, tokius kaip: operatyvumas, tikslumas, priimtinumas, mandagumas, pagarbumas bei darbo organizavimas derinant žmogiškuosius išteklius. „Vienas iš informantų pabrėžė, kad kokybiškos paslaugos pasižymi įvairaus profilio specialistais vienoje įstaigoje, padalinių steigimas aplinkiniuose miesteliuose, bei galimybę kai paciento būklė to reikalauja, iš gydytojo kabineto pervežti pacientą į kitą gydymo įstaigą. Pasak informantų yra *keliami aiškūs reikalavimai*. Paslaugų prieinamumas yra užtikrinamas vadovaujantis teisės aktų reikalavimais ir jų pakeitimais, garantuojant infekcijų kontrolę ir sudarant sąlygas lengvai registracijai.

Paslaugų prieinamumo organizavimo kategorijoje buvo identifikuota 3 subkategorijos. Informantai teigia, kad *institucijos, atsakingos* už paslaugų prieinamumo organizavimą yra vyriausybė, pačios gydymo įstaigos ir teritorinės ligonių kasos. Kalbant apie *būtinų resursų identifikavimą* abu informantai pasisako dėl žmogiškųjų išteklių atitinkamo skaičiaus būtinumą, nepertraukiamo finansavimo poreikį, pacientų švietimą informacinėmis priemonėmis, tokiomis kaip: internetas, laikraščiai, seniūnijos, bendruomenių susirinkimuose. Vienas iš vadovų taip pat pabrėžia, jog įstaigoje būtini nuolatiniai auditai, nes „Nuolat atliekami įstaigoje auditai leidžia iširti tiek išorines (pvz. pacientų skundai), tiek vidines priežastis (tam tikros srities specialisto trūkumas, pvz. kardiologo) dėl paslaugų prieinamumo“ (I-1). Pasak informantų, iki pandemijos buvo nusistovėjusi tvarka kalbant apie *laukimo laiką prie gydytojo kabineto*: „Iki pandemijos buvo nusistovėjusi tvarka, kurią vertinčiau teigiamai“ (I-2). Gydytojai aptarnaudavo maždaug keturis kartus mažiau pacientų lyginant su pandeminiu laikotarpiu, o tai leisdavo greičiau priimti tikslinius pacientus.

Kategorijoje **registracija pas gydytoją** išskirtos 2 subkategorijos. *Registracijos sėkmingo proceso bruožais* informantai įvardijo tai, kad registruotis yra gan paprasta, sudarytos visos sąlygos registruotis telefonu. Jie pažymėjo, kad sėkmingai registracijai padeda tai, kad nėra didelių eilių ir prisiskambinti galima iš pirmo karto. Tačiau informantai teigia, kad pandemijos laikotarpiu didžiausias *registracijos trūkumas* – ilgas laukimo laikas. „<...> laukimo eilės skiriasi nuo 1 iki 30 dienų“ (I-1) pas šeimos gydytojus, o tai skiriasi priklausomai nuo gydytojų populiarumo tarp pacientų. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje jaučiamas „Šeimos gydytojų trūkumas“ (I-1), kadangi „Jaunus specialistus sunku pasikviesti dirbti, netenkina Panevėžio miesto – provincijos statusas ir atlyginimo už atliktą darbą skirtumas, kuris mokamas Vilniaus ar Kauno ASPĮ“ (I-1), be to, kita dalis gydytojų, pasak informantų, yra vyresnio (ar net pensinio) amžiaus.

Atsižvelgiant į geografinių aspektų stabilumo kontekstą, būtų galima tikėtis, kad **komunikacinis prieinamumas COVID-19 laikotarpiu** nekito, tačiau, pasak informantų, pandemijos laikotarpiu Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos pacientai susidūrė su atvykimo į įstaigą sunkumais (žr. 2 lent.). Šioje temoje išskirta viena kategorija.

Kategorijoje apie **sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumą (atstumo įveikimas)** išskirtos dvi subkategorijos. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos informantai pažymėjo, kad esminis privalumas yra *patogus padalinių išdėstymas*, kuris leidžia kaime gyvenantiems pacientams lengviau ir greičiau gauti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau informantai taip pat pažymėjo, kad pandemijos metu kaime gyvenantiems pacientams prireikus atvykti į Panevėžio mieste esantį pagrindinį poliklinikos centrą buvo nepatogu. COVID-19 pandemijos metu *susisiekimas su įstaiga pablogėjo* dėl viešųjų transportų tvarkaraščių pakeitimų ar net maršrutų panaikinimų. Be abejonės, toliau gyvenantys pacientai taip pat turėjo skirti daugiau finansų ir jėgų atvykti į gydymo įstaigą.

Komunikacinis prieinamumas COVID-19 laikotarpiu

Kategorija	Subkategorija	Citatos
Sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumas (atstumo įveikimas)	Patogus padalinių išdėstymas	„<...>, kaime gyvenantys pacientai turi galimybes poliklinikos padaliniuose, t. y. ambulatorijose, gydytojų kabinetuose ar medicinos punktuose gauti teikiamas paslaugas“ (I-1).
	Blogas susisiekimas su įstaiga	„Kaime gyvenantiems pacientams nepatogu pasiekti gydymo įstaigą viešuoju transportu dėl pandemijos metu pakeistų autobusų tvarkaraščių“ (I-1). „<...>, kaimo žmonės turėjo įdėti daugiau jėgų ir finansų pasiekiant gydymo įstaigą mieste. Tačiau tie, kurie naudojami tik viešuoju transportu susidūrė su dar didesniais iššūkiais dėl pakeistų ar iš viso panaikintų kai kurių autobusų tvarkaraščių“ (I-2).

Organizacinis viešųjų paslaugų prieinamumas yra viena iš svarbiausių sudedamųjų dalių kalbant bendrai apie sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimą. Šis tipas yra apimantis daugiausiai aspektų, todėl interviu metu informantai turėjo daugiausiai pastebėjimų, apibūdinančių **organizacinį paslaugų prieinamumą COVID-19 pandemijos laikotarpiu** (žr. 3 lent.). Išanalizavus interviu duomenis apie organizacinį prieinamumą išskirtos 3 kategorijos ir 13 subkategorijų.

Organizacinis prieinamumas COVID-19 laikotarpiu

Kategorija	Subkategorija	Citatos
Šeimos gydytojo paslaugų teikimo organizavimas	Keliami aiškūs rūšiavimo reikalavimai	„Bet kokių atveju pirmiausia privaloma įvertinti paciento būklę ir priimti sprendimą kokios paslaugos yra reikalingos. Kuomet susirgimas kelia grėsmę paciento gyvybei (pvz. miokardo infarkto rizika ir kt.) jis yra nukreipiamas skambinti 112. Kitais atvejais, kai yra kreipiamasi dėl karščiavimo ar kt. lėtinių ligų paūmėjimo paslaugos yra suteikiamos pirminės sveikatos priežiūros poliklinikoje“ (I-1). „<...>, svarbu įvertinti paciento būklę ir priimti sprendimą koku būdu pacientui suteikti paslaugą: nuotolinę konsultaciją telefonu, kontaktinę konsultaciją ASPĮ karščiavimo klinikoje ar skambinti 112 kviesi GMP ir vykti į priėmimo skyrių.“ (I-1). „Labai svarbu yra rūšiuoti. Pablogėjus sveikatos būklei ar staiga susirgus, kai tai nekelia grėsmės gyvybei pvz.: peršalimas, šlapimo takų infekcija, nedidelė trauma ir kt., kai reikalinga tik pirminės asmens sveikatos priežiūros paslauga ir atitinka būtinosios pagalbos“ (I-2).
	Nepakankamas informavimas apie vizito reikalingumo nustatymo kriterijus	„<...> buvo iššūkis – teisingai, protingai nustatyti vizito reikalingumą, įvertinti prioritetą registruojant vizitus į laukimo eilę“ (I-1).
	Adekvatus laukimo laikas nuo registracijos iki patekimo pas gydytoją	„Tą pačią dieną pas šeimos gydytoją patenka pacientai jei atitinka būtinosios pagalbos teikimo reikalavimus“ (I-1). „<...>, reikalinga tik pirminės asmens sveikatos priežiūros paslauga ir atitinka būtinosios pagalbos kriterijus privalo būti suteiktos per 24 val nuo simptomų atsiradimo pradžios“ (I-2). „Laukimo eilė priklauso nuo gydytojo populiarumo, nuo prisirašiusių pacientų skaičiaus prie šeimos gydytojo apylinkės“ (I-1).
	Ilgas laukimo laikas prie gydytojo kabineto	„Prie gydytojo kabineto tenka palaukti eilėje iki valandos“ (I-1). „Laukimo už durų trukmę nulemia didelis gydytojų darbo krūvis“ (I-1),
	Galimybė komunikuoti su šeimos gydytoju ne darbo metu	„<...>, kaime susisiekti su šeimos gydytoju telefonu yra galimybė ir po gydytojo darbo valandų.“ (I-1).
	Per mažai kontaktinių paslaugų	„<...>, mažinamas kontaktinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, 70 proc. nuotolinių konsultacijų, 30 proc. kontaktinių“ (I-1).

Kategorija	Subkategorija	Citatos
Paslaugų kokybė	Pakankama specialistų įvairovė	„PRs poliklinikoje teikiamos pirminio lygio, antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugos, dantų protezavimo, greitosios medicinos pagalbos, stacionarinės slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos.“ (I-1). „PRSP taip pat priklauso greitosios medicinos pagalbos, dantų protezavimo, stacionarinės slaugos ir palaikomojo gydymo, reabilitacinės, fizioterapijos ir kt. paslaugas teikiantys skyriai.“ (I-2).
	Specialistų kvalifikacijos tobulinimas	„Asmens sveikatos priežiūros specialistai siunčiami į kvalifikacijos tobulinimosi kursus.“ (I-1).
	Konkrečių specialistų trūkumas	„Poliklinikoje kaip ir visoje Lietuvoje trūksta šeimos gydytojų, otorinolaringologų, oftalmologų.“ (I-1). „<...>, šeimos gydytojų ir skubios medicinos pagalbos slaugos specialistų.“ (I-2).
Darbo organizavimo pokyčiai	Darbo funkcijų perskirstymas pagal poreikį	„<...>, laikinai keičiamos asmens sveikatos priežiūros specialistų darbo funkcijos, perkeliama dirbti į kitą sveikatos priežiūros įstaigą (pvz. poliklinikos darbuotojai laikinai perkeliama darbu į mobilų punktą, karščiavimo kliniką).“ (I-1). „
	Išaugęs žmoniškųjų išteklių poreikis	„Pandeminiu laikotarpiu gydytojų darbo krūvis yra stipriai išaugęs, dokumentaciją kartais pildo ir po darbo valandų“ (I-2). „<...>, padidėjęs COVID-19 pacientų skaičius, tuo pačiu darbo metu pacientų konsultavimas ir telefonu <...>, pandemijos metu 100 pacientų ir daugiau <...>, palietė žmoniškuosius išteklius“ (I-1). „Darbų perskirstymas, darbo pobūdžio keitimas“ (I-1).
	Tinkamas asmens apsaugos priemonių paskirstymas	„<...>, teisingas asmens apsaugos priemonių pagal atskirus apsaugos lygius (I-IV lygis) naudojimas.“ (I-1).
	Patalpų higienos užtikrinimas	„<...>. sustiprinta patalpų dezinfekcija“ (I-1). „<...>, užtikrinti patalpų ir rankų dezinfekciją.“ (I-2). kad būtų užtikrintas kitomis ligomis sergančių pacientų ir darbuotojų saugumas. (I-2). „<...>, padidinta infekcijų kontrolė, teisės aktų sekimas, jų vykdymas ir laikymasis.“ (I-2)

Kategorijoje **Šeimos gydytojo paslaugų teikimo organizavimas** buvo identifikuota 6 subkategorijos. Pasak informantų, buvo **keliami aiškūs pacientų rūšiavimo reikalavimai**, nors ir buvo „Sunku tenkinti paciento poreikius kai nuolat keičiasi teisės aktų reikalavimai“ (I-1). Vienas informantų teigia, jog „Bet koku atveju, pirmiausia, privaloma įvertinti paciento būklę ir priimti sprendimą kokios paslaugos yra reikalingos. Kuomet susirgimas kelia grėsmę paciento gyvybei (pvz. miokardo infarkto rizika ir kt.) jis yra nukreipiamas skambinti 112. Kitais atvejais, kai yra kreipiamasi dėl karščiavimo ar kt. lėtinių ligų paūmėjimo paslaugos yra suteikiamos pirminės sveikatos priežiūros poliklinikoje“ (I-1). Antrasis informantas pabrėžė, jog labai svarbu yra rūšiuoti. COVID-19 pandemijos metu įvertinęs paciento būklę gydantis daktaras priėmė sprendimą, koku būdu pacientui bus teikiama pagalba: nuotolinė konsultacija telefonu ar kontaktinė konsultacija poliklinikoje. Kitais atvejais pacientas buvo nukreipiamas skambinti 112 ir kviešti GMP arba pačiam vykti į priėmimo skyrių. Tačiau informantai pamini, kad pandemijos metu buvo labai sunku nustatyti vizito reikalingumą. **Nepakankamas informavimas apie vizito reikalingumo nustatymo kriterijus** kėlė didelį sunkumą gydantiems gydytojams siekiant teisingai ir protingai nustatyti vizito reikalingumą ir įvertinti prioritetą registruoti vizitui į laukimo eilę. Ilgas laukimo laikas kėlė nepasitenkinimą pacientams. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos vadovai **laukimo laiką nuo registracijos iki patekimo pas gydytoją vertino adekvačiai**, kadangi pacientai, jų nuomone, kurie atitinka būtinosios pagalbos teikimo reikalavimus, pas šeimos gydytoją patenka tą pačią dieną ir/arba per 24 val. nuo sveikatos pablogėjimo. COVID-19 pandemijos metu, kaip ir prieš pandemiją, laukimo

eilių dydis priklausė nuo gydytojų populiarumo ir prisirašiusių pacientų skaičiaus prie šeimos gydytojo apylinkės. Užsiregistravus kontaktinei paslaugai pacientams tekdavo **ilgai laukti prie gydytojo kabineto** – net iki valandos. Pasak informantų laukimo už durų trukmę dažniausiai nulemdavo gydytojų darbo krūvis, o kaime gyvenantys žmonės turėjo **galimybę komunikuoti su šeimos gydytoju ir ne darbo metu**. Vienas informantų teigė, kad kaimuose pacientai galėjo susisiekti su savo šeimos gydytoju telefonu ir po specialisto darbo valandų. Tačiau informantai sutarė, kad nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos yra **per mažai kontaktinių paslaugų**. Informantas teigia, kad buvo mažinamas kontaktinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir didinamas nuotolinių konsultacijų teikimas. Nuotolinės paslaugos sudarė 70 proc. teikiamų paslaugų.

Paslaugų kokybės kategorijoje išskirtos trys subkategorijos. Informantų nuomone, Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje yra **pakankama specialistų įvairovė**. Informantai teigia, kad Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje teikiamos ne tik pirminio, bet ir antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugos. Informantai įvardino įstaigoje įsteigtus skyrius, tai: dantų protezavimo, greitosios medicinos pagalbos, stacionarinės slaugos ir palaikomojo gydymo, fizioterapijos ir kt. paslaugas teikiantys skyriai. Vadovai teigia, jog vyksta **specialistų kvalifikacijos tobulinimas**. Panevėžio rajono poliklinikoje dirbantys specialistai periodiškai siunčiami į kvalifikacijos tobulinimo kursus. Tačiau, kad ir kokias geras darbo sąlygas sudarytų įstaiga vis dar išlieka **konkrečių specialistų trūkumas**. Informantai teigia, kad Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje, kaip ir visoje Lietuvoje trūksta šeimos gydytojų, otorinolaringologų, oftalmologų ir skubios medicinos pagalbos specialistų. Pastebėta, kad iki COVID-19 pandemijos šioje įstaigoje trūko tik šeimos gydytojų, vadinasi, pandemijos metu išaugo ir kitų gydytojų paslaugų poreikis.

Paskutinėje **darbo organizavimo pokyčių** kategorijoje identifikuota 4 subkategorijos. Pasak informantų, pandeminiame situacijoje buvo svarbus **darbo funkcijų perskirstymas pagal poreikį**. Pirmasis informantas teigė, kad situacija privertė sveikatos priežiūros specialistus laikinai keisti darbo funkcijas, jie buvo perkeliami dirbti į kitas įstaigas. „*Invertinus epidemiologinę situaciją, nuolatiniai teisės aktų keitimai tiesiogiai palietė žmogiškuosius išteklius*“ (I-1), todėl greitai pasijautė **išaugęs žmogiškųjų išteklių poreikis**. Pasak informantų, COVID-19 pandemijos metu buvo reikalingas didesnis darbuotojų kiekis, kadangi padidėjo darbo krūvis, pradedant išaugusiu pacientų skaičiumi, baigiant dokumentacijos padidėjimu ir pacientų srautų normavimu. Dėl žmogiškųjų išteklių trūkumo buvo perskirstomi darbai, keičiami darbo pobūdžiai. **Tinkamas asmens apsaugos priemonių paskirstymas** buvo vienas iš svarbiausių darbo organizavimo pokyčių. Pirmasis informantas teigia, kad asmens apsaugos priemonės turėjo būti teisingai paskirstytos ir prižiūrėtas jų naudojimas pagal atskirus apsaugos lygius (I-IV lygis). Tačiau antrasis informantas pasidžiaugė, kad „*<...> mūsų įstaiga buvo pasiruošusi ir prikaupusi reikiamą kiekį <...>*“ (I-2) apsaugos priemonių ir dezinfekcinių medžiagų. **Patalpų higienos užtikrinimas** buvo svarbus siekiant suvaldyti pandemijos plitimą. Pasak informantų, įstaigoje buvo sustiprinta ir užtikrinta patalpų, rankų dezinfekcija, padidinta infekcijų kontrolė, vykdomi teisės aktai ir jų laikomasi.

Temoje apie ekonominę paslaugų prieinamumą COVID-19 laikotarpiu išskirtos dvi kategorijos, abi orientuotos į paslaugų apmokėjimą (žr. 4 lent.).

Ekonominis prieinamumas COVID-19 laikotarpiu

Kategorija	Subkategorija	Citatos
Paslaugų apmokėjimas iš valstybės biudžeto	<i>Įprastinė finansavimo tvarka dėl nemokamų paslaugų</i>	„<...>, draustiems pacientams kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų“ (I-1). Žmonės moka PSD, o jau iš PSDF yra kompensuojamos Panevėžio TLK sutarties pagrindu“ (I-2).
Paslaugų apmokėjimas iš privačių lėšų	<i>Pacientų pasirengimas mokėti papildomai už tyrimus</i>	„Pirminio lygio paslaugų kompensuojamas paketas yra „siauras“, pacientai sutinka dėl išsamesnio sveikatos ištyrimo susimokėti savo lėšomis už tyrimus, paslaugas, konsultacijas“ (I-1). Poliklinikos sudaryta sutartis dėl laboratorinių tyrimų atlikimo nesukelia pacientams didelių finansinių sunkumų, nes tyrimų kainos yra mažos iki kelių eurų“ (I-1). „Patvirtintas mokamų paslaugų kainynas suteikia teisę pacientui gauti tyrimus, paslaugas, kurios nėra kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis“ (I-1).

Pirmojoje kategorijoje apie *paslaugų apmokėjimą iš valstybės biudžeto* identifikuota viena subkategorija. *Įprastinė finansavimo tvarka dėl nemokamų paslaugų*, pasak informantų yra tada, kai pacientams, turintiems privalomąjį sveikatos draudimą, sveikatos priežiūros paslaugos yra kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSD) lėšų. Antras informantas teigia, jog paslaugos yra kompensuojamos sutarties pagrindu iš Panevėžio teritorinės ligų kasos. Kalbėdamas apie *paslaugų apmokėjimą iš privačių lėšų*, pirmasis informantas pabrėžė, kad „Pirminio lygio paslaugų kompensuojamas paketas yra „siauras“, pacientai sutinka dėl išsamesnio sveikatos ištyrimo susimokėti savo lėšomis už tyrimus, paslaugas, konsultacijas“ (I-1). Bet kokių atveju, vadovas teigia, kad pacientams nėra didelių finansinių sunkumų dėl laboratorinių tyrimų apmokėjimo, kadangi tyrimų kainos yra mažos, dažniausiai iki kelių eurų. Patvirtintas mokamų paslaugų kainynas, pasak pirmojo informanto, suteikia teisę pacientams gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurios nėra kompensuojamos iš PSD biudžeto lėšų.

Pandemija sukėlė daugybę iššūkių visose sistemose. Naujų įstatymų, įsakymų ir nutarimų priėmimai, operacijų vadovo sprendimai privertė įstaigas reaguoti ir veikti greitai. Sveikatos apsaugos sistemoje iškilo **paslaugų prieinamumo iššūkiai COVID-19 pandemijos metu** (žr. 5 lent.). Šioje temoje identifikuotos 2 kategorijos.

Paslaugų prieinamumo iššūkiai COVID-19 pandemijos metu

Kategorija	Subkategorija	Citatos
Registracija pas gydytoją	<i>Žmogiškųjų išteklių trūkumas</i>	„Tačiau dėl žmogiškųjų išteklių trūkumo pandemijos metu susidūrėme su skambučių gausa, pacientai privalėjo laukti eilėse, kol atsilaisvins registruotojai. Didžiausias užimtumas stebimas pirmadieniais ir penktadieniais“ (I-1). „<...>, skambučių srautas stipriai padidėjo“ (I-2). „<...>, pasireiškė ir darbuotojų „perdegimas“. Dirbti sunku tiek emociškai, tiek fiziškai.“ (I-1). „Dalis darbuotojų išėjo iš darbo dėl baimės užsikrėsti COVID-19 liga, kita dalis svarstė apie tokią galimybę“ (I-2). „<...>, žmogiškųjų išteklių trūkumas pandemijos metu naujai įsteigtoms darbo vietoms.“ (I-1). „žmogiškuosius išteklius (darbuotojų stygių dėl susirgimų, baimių užsikrėsti ir kt.)“ (I-2).

Kategorija	Subkategorija	Citatos
		„Organizavimas gyventojų vakcinacijai nuo COVID-19 prasidėjo etapais, pagal amžiaus grupes, jų registracija ir organizavimas pareikalavo daug <...>, žmogiškųjų išteklių.“ (I-1). „<...>, pacientas bandė skambinti į PRSP ar kt. polikliniką, tačiau ragelio niekas nepakeldavo ir neatskambindavo.“ (I-2).
	<i>Naujos įrangos ir technologijų trūkumas</i>	„Organizavimas gyventojų vakcinacijai nuo COVID-19 prasidėjo etapais, pagal amžiaus grupes, jų registracija ir organizavimas pareikalavo daug techninių galimybių“ (I-1). „Teikiant įvairių rūšių paslaugas nuolat reikalingas įrangos atnaujinimas, naujos medicininės įrangos pirkimas.“ (I-1). „<...>, asmens apsaugos priemonių, spaudimo matuoklių, pulsoksimetrų, kardiografų ir kt. priemonių aprūpinimo.“ (I-2).
	<i>Menki pacientų įgūdžiai naudotis internetu</i>	„Pandemijos metu pastebėjome didesnę registracijų skaičių internetu.“ (I-1). „Kaimo ar vyresnio amžiaus žmonės dažnai nesinaudoja, nemoka ar neturi interneto, todėl alternatyvų registracijai kaip ir nelieta.“ (I-2).
Personalo valdymas	<i>Naujų kompetencijų įgijimas</i>	„Pandemija pakeitė visų gyvenimus, darbuotojai įgavo naujų kompetencijų.“ (I-1).
	<i>Asmens apsaugos priemonių išteklių naudojimo užtikrinimas</i>	„Buvo svarbu organizuoti darbuotojų aprūpinimą asmens apsaugos priemonėmis“ (I-2). „Visų pirma svarbiausia buvo užtikrinti asmens apsaugos priemonių kiekį darbuotojams, kurį stengėmės valdyti pagal protingumo kriterijus nepamirštant laikytis infekcijų kontrolės.“ (I-2).
	<i>Profilaktinio darbuotojų tikrinimo dėl COVID-19 ligos kontrolė</i>	„Profilaktinis darbuotojų tikrinimas dėl COVID-19 ligos (kas 7-10 d.), asmens apsaugos priemonių aprūpinimas“ (I-2). „COVID – 19 infekcijos plitimo valdymui būtinas periodinis (7-10 d.) darbuotojų profilaktinis testavimas PGR testu, izoliavimas, sustiprinta patalpų dezinfekcija, darbuotojų vakcinacija.“ (I-2).

Kategorijoje apie **registraciją pas gydytoją** išskirtos 3 subkategorijos. **Žmogiškųjų išteklių trūkumas** turbūt vienas iš didžiausių ir sunkiausiai įveikiamų sunkumų. Dėl žmogiškųjų išteklių trūkumo, pasak informantų, įstaiga susidūrė su skambučių srauto padidėjimu, pacientų ilgu laukimu eilėse. Žmogiškieji resursai ėmė blėsti dėl pasireiškusio darbuotojų „perdegimo“, emocinių ir fizinių sunkumų. Pasak antrojo informanto, dalis darbuotojų išėjo iš darbo arba svarstė apie tokį pasirinkimą dėl baimės užsikrėsti COVID-19 liga, kai tuo tarpu ėmė trūkti darbuotojų naujai įsteigtoms darbo vietoms. **Naujos įrangos ir technologijų trūkumas** COVID-19 pandemijos metu, pasak informantų, sukėlė sunkumų organizuojant gyventojų vakcinaciją nuo COVID-19 ligos, teikiant įvairių rūšių paslaugas. Pasak antrojo informanto buvo jaučiamas trūkumas ir tokių medicininių inventorių kaip asmens apsaugos priemonių, spaudimo matuoklių, kardiografų ir kt. įsteigus naujas paslaugas – šeimos gydytojų komandas į namus. **Menki pacientų įgūdžiai naudotis internetu** kaimo ar vyresnio amžiaus žmonėms pablogino registraciją. Nors pandemijos metu buvo pastebėtas didesnis registracijų skaičius internetu, tačiau antrasis informantas teigia, kad pacientai, kurie nemoka naudotis ar neturi interneto, atsidūrė atskirtyje. Jei prisiskambinti į įstaigą tokiems pacientams nepavyko, alternatyvos kitokiai registracijai neliko.

Išskirta **personalo valdymo** kategorija, kurioje identifikuota 3 subkategorijos. COVID-19 pandemijos metu darbuotojams tapo svarbus **naujų kompetencijų įgijimas**. Pasak informantų, pandemija pakeitė nusistovėjusį gyvenimą, normas ir standartus, dėl ko darbuotojai įgavo naujų kompetencijų. **Asmens apsaugos priemonių išteklių naudojimo užtikrinimas** pandemijos metu buvo ypatingai svarbus.

Pasak informantų, buvo svarbu užtikrinti asmens apsaugos priemonių kiekį darbuotojams, kurių stengėsi valdyti pagal protingumo kriterijus nepamirštant laikytis ir infekcijų kontrolės. Riboti resursai skatino racionalų tokių priemonių valdymą. **Profilaktinio darbuotojų tikrinimo dėl COVID-19 ligos kontrolė** buvo įvesta operacijų vadovo sprendimu. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje profilaktinis darbuotojų tikrinimas dėl COVID-19 ligos vyko kas 7–10 d. Taip siekta ne tik užtikrinti operacijų vadovo sprendimų įgyvendinimą, bet ir kaip įmanoma geriau apsaugoti darbuotojus ir pacientus nuo besiplečiančios pandemijos.

Interviu metu siekta identifikuoti **paslaugų prieinamumo užtikrinimo būdus COVID-19 pandemijos metu** (žr. 6 lent.), kurias išvelgė informantai. Šioje temoje išskirtos 2 kategorijos. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje buvo išnaudojamos įstaigos sukurtos galimybės – naujų priemonių panaudojimas ir pertvarkoma „vidinė politika“, kurios turėjo užtikrinti paslaugų prieinamumą kiekvienam pacientui pandemijos metu.

6 lentelė

Paslaugų prieinamumo užtikrinimo būdai COVID-19 pandemijos metu

Kategorija	Subkategorija	Citatos
Įstaigos sukurtos naujos priemonės	Naujų punktų įkūrimas	„Prasidėjus pandemijai įkurta karščiavimo klinika karščiuojantiems pacientams reorganizuota medicinos punktų veikla, mobilių paslaugų namuose įgyvendinimas“ (I-1). „Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje įsteigtas COVID-19 užsikrėtusių infekcija pacientų gydymas“ (I-1). „Pandemijos metu įsteigtas mobilus punktas, COVID-19 infekcijai nustatyti imant PGR ėminius, karščiavimo klinika, karščiuojančių pacientų priėmimui“ (I-1). „Pandemijos metu laikinai įsteigti nauji struktūriniai padaliniai“ (I-1).
	Naujo pacientų valdymo plano sukūrimas	„Sukurtas ir pritaikytas pacientų valdymo srauto planas, be kurio nebuvo galima teikti kontaktinių paslaugų PRSP“ (I-2).
	Įkurta nauja greitosios medicinos pagalbos brigada COVID-19 liga sergantiems	„Reorganizuoti brigadų darbai ir sukurta brigada vykti pas COVID-19 liga sergančius ar įtariamus liga pacientus“ (I-2).
	Įkurta „Šeimos gydytojo komanda“	„Pandemijos metu, PRSP prisirašiusiems pacientams, buvo sudaryta galimybė išsikviesti šeimos gydytojo komandą į namus. Įvertinus žmogiškuosius išteklius ir tai, kad poliklinika yra miesto teritorijoje, o prisirašę gyventojai gyvena rajone, buvo sukurtos gydytojo komandos ambulatorijose ir gydytojų kabinetuose. Pacientai mažai naudojo šią paslaugą, konsultacijos buvo teikiamos nuotoliniu būdu telefonu, atvykus apžiūrai į karščiavimo kliniką ar kviesdavosi GMP“ (I-1).
Vidinės „politikos“ pokyčiai	Nauji direktorės įsakymai pandemijos valdymui	„Poliklinikos vyriausiojo gydytojo įsakymu sukurta darbo grupė atsakinga už COVID-19 ligos valdymą, paskirtas koordinatorius už proceso įgyvendinimą, parengti procesų žemėlapiai, numatytos lėšos“ (I-1). „Poliklinikos vyriausiojo gydytojo įsakymai keičiami atsižvelgiant į epidemiologinę situaciją“ (I-2).
	Žmogiškųjų išteklių pačių inicijuotos galimybės	„Kiekvienas poliklinikos darbuotojas prisidėjo prie COVID-keisti vadovavimo priemonės, pasikeitė darbo užduočių delegavimas. Pasikeitė sprendimų priėmimas ir jų įgyvendinimo procesas“ (I-1). „<...> darbuotojai, kurie prisidėjo prie pandemijos valdymo, dirbo padidintais krūviais, kad būtų užtikrintas darbas. Poliklinikos infrastruktūra, kuri yra puikiai pritaikyta valdant infekcijas (ne vienas įėjimas į pastatą, kabinetų gausa, puiki vėdinimo sistema ir kt.). Puikus vadovų įsitraukimas į procesą ir organizavimą, priemonių įgyvendinimo stebėjimas ir vertinamas“ (I-2).

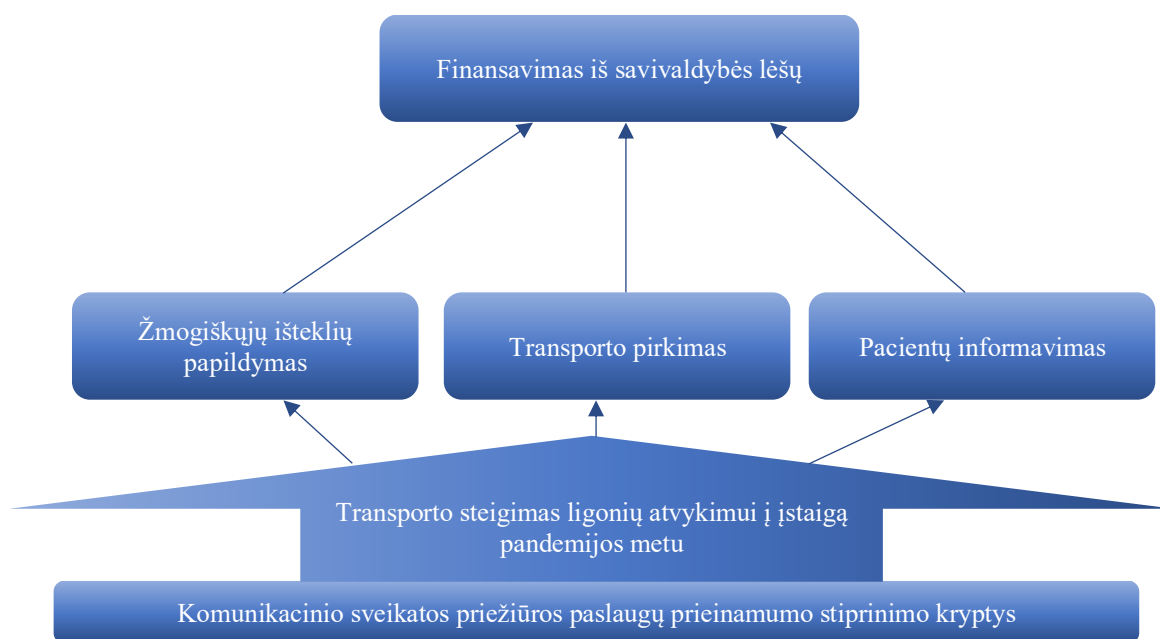
Kategorijoje apie *įstaigos sukurtas naujas priemones* identifikuotos 4 subkategorijos. Prie paslaugų prieinamumo gerinimo visų pirma prisidėjo *naujų punktų įkūrimas*. Pasak informantų, prasidėjus pandemijai buvo įkurta karščiavimo klinika, reorganizuota medicinos punktų veikla, įgyvendintas mobilių paslaugų namuose teikimas. Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje imta gydyti COVID-19 liga susirgę pacientai, taip padidinant laisvų lovų kiekį. Iš esmės buvo pergaltvota paslaugų teikimo schema, įvedant naujas (ne)kontaktinio gydymo formas ir paskirstant srautus. Taigi, buvo siekiama pertvarkyti / perskirstyti turimus išteklius taip, kad būtų galima suvaldyti pandemijos paveiktus padidėjusius pacientų srautus taip pat užtikrinti paslaugas tiems, kuriems tuo metu labiausiai to reikėjo, bet kartu atliepiant saugumo ir srautų valdymo reikalavimus. Be to, suvaldyti rizikas padėjo ir *įstaigos vadovybės priimti sprendimai* bei *pačių darbuotojų inicijuoti pasiūlymai*. Todėl galima teigti, kad tai parodė, kad būtina į sprendimų priėmimą įtraukti ne tik pačius vadovus, bet ir personalo atstovus, nes jie, turėdami šią pandeminę patirtį gali pasiūlyti naujų būdų, kaip užtikrinti paslaugų prieinamumą net ir neapibrėžtumo sąlygomis.

Taigi, iki pandemijos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas buvo pakankamai aiškus: paslaugos pasižymi operatyvumu, tikslumu, priimtumu, o darbas organizuojamas derinant žmogiškuosius išteklius, laikantis aiškių reikalavimų. Prasidėjus COVID-19 pandemijai ir paveikus socialinę sistemą sveikatos priežiūros paslaugų komunikaciniame prieinamume tai pasijautė iš karto. Pakeisti ar panaikinti autobusų tvarkaraščiai smarkiai prisidėjo prie pablogėjusio prieinamumo. Kalbant apie organizacinį prieinamumą įvyko esminiai sunkumai, kurie pablogino sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą: pacientų rūšiavimas, nepakankamas pacientų informavimas, per mažai kontaktinių paslaugų, konkrečių specialistų trūkumas, darbo funkcijų perskirstymas, išaugęs žmogiškųjų išteklių poreikis ir kt. Tačiau, kad ir kaip būtų pablogėję organizacinis ir komunikacinis prieinamumas galima teigti, kad pasak informantų ekonominis prieinamumas nepakito. Pandemijos metu sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas susidūrė su įvairiausiai iššūkiais, tokiais kaip: žmogiškųjų išteklių trūkumas, technologijų poreikis, menki pacientų įgūdžiai naudotis internetu, naujų kompetencijų įgijimas, asmens apsaugos priemonių išaugęs poreikis, bei profilaktinių darbuotojų tikrinimo dėl COVID-19 ligos kontrolė. Tačiau naujų punktų įkūrimas, pacientų valdymo plano sukūrimas, „šeimos gydytojo komandos“, naujų direktorės įsakymų priėmimas ir žmogiškųjų išteklių pačių inicijuotos galimybės prisidėjo prie paslaugų prieinamumo užtikrinimo stiprinimo.

3.4. Sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumo Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje užtikrinimo stiprinimo kryptys COVID-19 kontekste

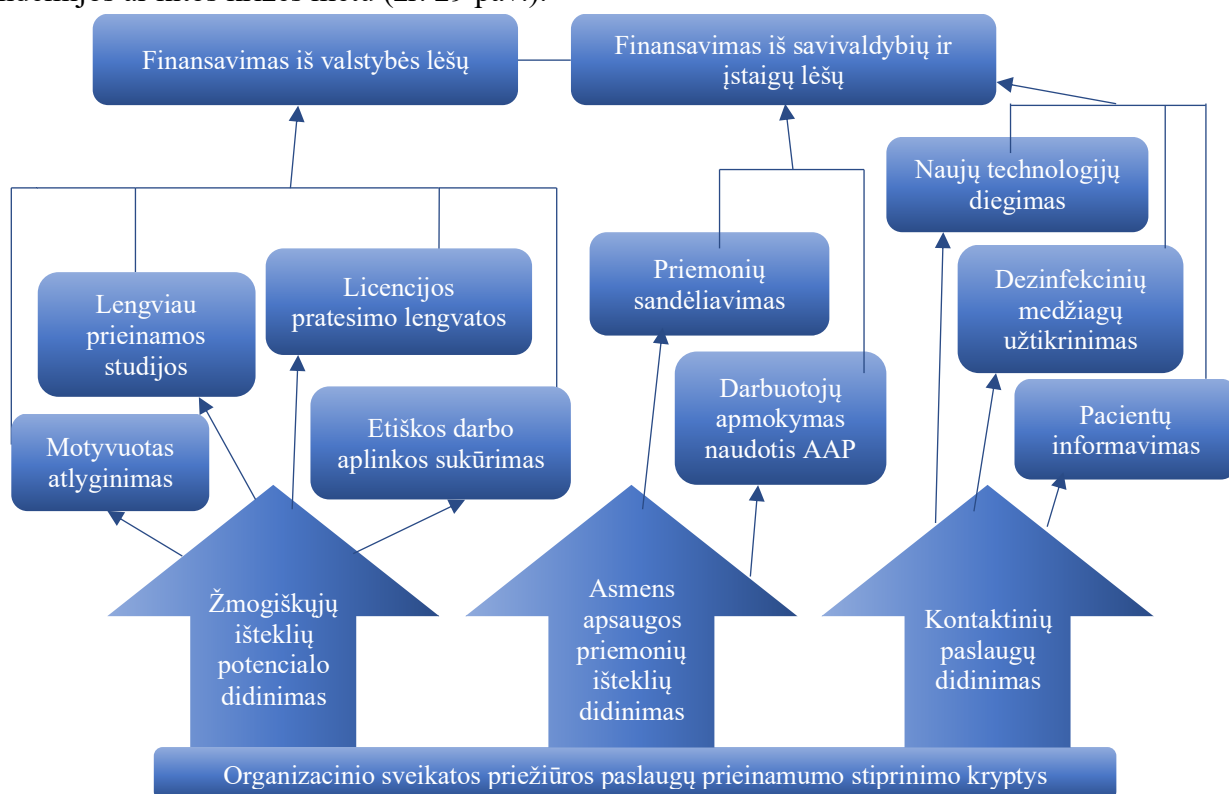
Identifikuoti stiprinimo kryptis yra labai svarbu, siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą. COVID-19 pandemijos metu pacientai susidūrė su sunkumais bandant pasiekti įstaigą viešuoju transportu, todėl būtina kitos pandemijos metu užtikrinti tinkamą transporto sistemą ir atokiau gyvenantiems pacientams (žr. 28 pav.). Stiprinant komunikacinį prieinamumą siūloma įsigyti įstaigose papildomo transporto, kuriuo ligoniai, gavus gydančio gydytojo siuntimą, būtų atvežti į sveikatos priežiūros įstaigą pačios įstaigos transportu. Šiam tikslui įgyvendinti būtina padidinti žmogiškuosius išteklius pasamdant vairuotojus, kas taip pat leistų pandemijos metu sukurti naujų darbo vietų. Įstaiga turėtų apsirūpinti automobiliais, kurie būtų pritaikyti ir negalia turintiems pacientams (pvz. neįgaliojo vežimėlis), bei būtinas pacientų informavimas. Dažnu atveju pacientai, nežinodami apie tam tikras galimybes jomis nesinaudoja ir įvertina, kad paslaugų prieinamumas dėl nepasiekiamumo yra blogas.

Šį modelį darbo autorė siūlytų finansuoti iš savivaldybės lėšų, kadangi tai yra socialinė paslauga, o ne medicininė.



28 pav. Komunikacinio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stiprinimo kryptys
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Pandemijos metu daugiausiai iššūkių stebima organizacinio prieinamumo srityje. Identifikavus didžiausius sunkumus, identifikuotos stiprinimo kryptys organizacinio prieinamumo užtikrinimui pandemijos ar kitos krizės metu (žr. 29 pav.).



29 pav. Organizacinio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stiprinimo kryptys
Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

Vienas iš didžiausių iššūkių prasidėjus pandemijai kilo dėl žmogiškųjų išteklių trūkumo. Siekiant žmogiškųjų išteklių potencialo didinimo, visų pirma reikėtų pradėti nuo lengviau prieinamų medicinos studijų. Valstybė galėtų motyvuoti kuo daugiau Lietuvoje esančių aukštųjų mokyklų steigti

medicinos studijų programas gydytojams, bendrosios praktikos slaugytojams, akušeriams ir kitų specialybių būsimiems medikams. Kadangi pandemijos metu medikai susidūrė su licencijų pratęsimų iššūkiais, būtina apgalvoti licencijų pratęsimo lengvatas. Kuomet ribojamos kontaktinės paslaugos yra sudėtinga susirinkti reikiamas valandas licencijų pratęsimui pandemijos metu. Opus klausimas yra ir medikų atlyginimas. Renkantis specialybę studentai dažnai žvelgia į perspektyvas, na o geras atlyginimas yra viena iš motyvacijos priežasčių, dėl ko pasirenkama tam tikra studijų programa. Etiška darbo aplinka, užtikrinanti gerą mikroklimatą kolektyve, taip pat labai motyvuoja darbuotojus. Visa ši struktūra turėtų būti finansuojama iš valstybės lėšų, kadangi naujų darbo vietų steigimas medicinos srityje (viešojo sektoriaus organizacijose) labiausiai priklauso nuo valstybės skiriamų finansų.

COVID-19 pandemijos metu pastebėtas asmens apsaugos priemonių trūkumas Lietuvoje todėl būtina stiprinti šį aspektą. Visų pirma, labai svarbu pasiruošti ir prikaupti asmens apsaugos priemonių resursų, turėti kur juos sandėliuoti. Darbuotojų mokėjimas naudotis priemonėmis labai prisideda prie asmens apsaugos priemonių užtikrinimo. Darbuotojas turi mokėti ir žinoti, kaip ir kokias priemones kada naudoti. Todėl reikalingi mokymai personalui. Perteklinis ar per dažnas priemonių keitimas reikalauja didesnių resursų.

Nuotolinės paslaugos neatstoja kontaktinių todėl svarbu pandemijos metu didinti kontaktines paslaugas. Kita vertus būtinos inovacijos, naujų technologijų diegimas. Galėtų būti sukurta elektroninė sistema, kurioje pacientai galėtų bet kuriuo metu pildyti testus, kurie automatiškai išsisiųstų gydančiam gydytojui. Darbo metu, ne vėliau, kaip per 24val. gydytojas įvertintų paciento pirminę anamnezę ir su juo susisiektų. Jau prieš skambinant gydytojas galėtų susidaryti nuomonę, kokių būdu pacientas turėtų gauti paslaugas. Taip būtų sutaupyta laikas ir paskiriamas kontaktinės konsultacijos laikas.

Taip pat būtinas pakankamas įprastų medicinos priemonių užtikrinimas, kad gydantys gydytojai galėtų nuvykti pas pacientus esant reikalui ir atlikti kuo platesnį ištyrimą. Esant dezinfekcinių medžiagų stygiui sunku užtikrinti kontaktines paslaugas, todėl būtina kitos pandemijos metu turėti pakankamai resursų patalpų, įrankių ir rankų dezinfekcijai. Labai svarbu tinkamai informuoti pacientus kada reikėtų kreiptis kontaktiniu būdu, ne tik, kad nepavėluoti kreiptis dėl savo sveikatos, bet, kad neužimti būtino laiko kitam pacientui, kai kreipiamasi dėl labai nežymių sveikatos sutrikimų.

Stiprinant asmens apsaugos priemonių išteklius ir didinant kontaktinių paslaugų kiekį būtinas finansavimas, kurį turėtų skirtis valstybė, savivaldybės ir pačios įstaigos.

Kadangi ekonominio prieinamumo pokyčių nepastebėta pandemijos metu stiprinimo kryptys nėra įvardijamos. Atvirkščiai, tai, kad pandeminiu laikotarpiu buvo nuspręsta nemokamai gydyti nuo COVID-19 ligos visus piliečius nepriklausomai, ar yra apsidraudę sveikatą privalomuoju sveikatos draudimu ar ne, yra labai svarbus žingsnis ekonominio prieinamumo užtikrinimo link.

Taigi, COVID-19 pandemija atskleidė kokias sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sritis būtina stiprinti. Krizių metu būtina užtikrinti gerą susisiekimą su sveikatos priežiūros įstaigomis todėl turi būti įsteigtos/palaikomos socialinės paslaugos, kurias valdytų gydantys gydytojai, kas labai prisidėtų prie komunikacinio prieinamumo gerinimo. Užtikrinant organizacinį prieinamumą svarbūs žmogiškųjų išteklių, asmens apsaugos priemonių pakankami kiekiai bei kontaktinių paslaugų teikimas. Darbo autorė pabrėžia, kad krizės metu turi būti palaikomas ekonominis stabilumas šioje srityje.

IŠVADOS

1. Sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumas apibūdinimas kaip gydytojų, slaugytojų ir personalo reikiamo skaičiaus užtikrinimas, patogios įstaigos darbo valandos, geografinis patogus ir greitas pasiekiamumas, paslaugų pilnas asortimentas ir apmokestinimas, kas lemtų, jog teikiamos viešosios paslaugos yra kokybiškos, lengvai visiems prieinamos. Tik tokiu būdu galima rūpintis žmonių sveikata siekiant valstybės ekonominės ir socialinės gerovės. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas net ir pandemijos sąlygomis turi būti užtikrintas tokiais būdais, kaip: medikų licencijavimas, tikslingas nukreipimas į gydymo įstaigas pagal lygius, neatidedamos planinės paslaugos ir kt.
2. Lietuvos sveikatos sistema COVID-19 metu užtikrinant paslaugų prieinamumą susidūrė su tam tikrais iššūkiais, kadangi pandeminiu laikotarpiu buvo labai svarbu laikytis visų nurodytų teisės aktų ir įstatymų, gebėti greitai pakeisti nusistovėjusią tvarką, veiklos ir / ar organizavimo procesus, prisitaikyti ir įgyti naujų įgūdžių. Išanalizavus mokslinę literatūrą ir kitus šaltinius identifikuotos tokios Lietuvos sveikatos sistemos problemos pandemijos metu kaip: pacientų sveikatos pokyčiai dėl atidėtų planinių hospitalizacijos, diagnostikos ir gydomųjų paslaugų, socialinis ir psichologinis diskomfortas dėl uždrausto pacientų lankymo, darbo nuotoliniu būdu įvedimas, bei IT priemonių įvaldymas, padidėję gydymo įstaigų poreikių persikirstymo išteklių, skubios pagalbos ir greitosios medicinos pagalbos paslaugų poreikiai, darbo krūviai medikams, Bendros pagalbos centrui ir Greitosios medicinos pagalbos dispečerinėms labai apsunkinantys medicininių paslaugų prieinamumo užtikrinimą. Prastėjanti gyventojų psichinė sveikata bei žalos, kurią piliečiai patyrė dėl ribotos galimybės gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kompensavimo poreikis taip pat neigiamai paveikė paslaugų prieinamumo užtikrinimą.
3. Remiantis Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos (PRSP) atveju analize nustatyta, su kokiais iššūkiais buvo susiduriama užtikrinant pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Lietuvoje iškilo nemažai organizacinių problemų susijusių su COVID-19 pandemija, tačiau išskirtos dvi esminės problemos – planinių paslaugų atidėjimas ir nuotolinės konsultacijos, labai apsunkinusios medicininių paslaugų prieinamumą. Be to, PRSP atveju pacientai susidūrė ir su kitais komunikaciniais, organizaciniais ir ekonominiais iššūkiais. Vadovaudamasi LR Vyriausybės priimtais nutarimais, savivaldybės pakeitė viešojo transporto tvarkaraščius, kuriais sumažino ar net panaikino susiekimo galimybes atokiau gyvenantiems pacientams, kai kurie pacientai neturi asmeninio transporto, o be to, prie poliklinikos trūksta stovėjimo aikštelių. Didžioji dalis PRSP apklaustų pacientų patyrė sunkumų registruojantis telefonu dėl linijų užimtumo bei medikų trūkumo pandemijos metu gavo tik nuotolines paslaugas (o tai ne visada leido nustatyti tikslias diagnozes), kai kuriais atvejais gydytojai neinformuodavo apie pacientų sveikatos būklę, priemonės sveikatai stiprinti. PRSP kaip įstaiga susidūrė su žmogiškųjų išteklių pakankamumo, aprūpinimo asmens apsaugos priemonėmis, kontaktinių paslaugų didinimo poreikio iššūkiais. PRSP siekė įvairiais būdais užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą savo pacientams. Remiantis interviu rezultatais, įstaigos vadovai, dalyvavę apklausoje teigė, kad užtikrinant paslaugų prieinamumą buvo keliami aiškūs reikalavimai tiek darbuotojų, tiek ir vadovų veiklai, buvo sparčiai identifikuoti būtini resursai, sėkmingai užtikrintas registracijos procesas ir trumpas laukimo laikas prie gydytojo kabineto, įsteigti nauji punktai, GMP brigados COVID-19 liga sergantiems, šeimos gydytojo komanda, sukurtas pacientų valdymo planas, išleisti nauji direktorės įsakymai pandemijos valdymui bei sudarytos sąlygos žmogiškųjų išteklių pačių inicijuotų galimybių įgyvendinimui.

4. Teisės aktų nuoseklus atnaujinimas ir jų laikymasis, žmogiškųjų išteklių didinimas sveikatos priežiūros sistemoje, kontaktinių paslaugų didinimas pasibaigus (tęsiantis) pandemijai, personalo nuolatinis mokymas, vietų ligoninėse užtikrinimas, naujų paslaugų diegimas yra sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimo stiprinimo kryptys Lietuvoje ir tirtoje Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje. Ši išvada išplaukia iš teisės dokumentų turinio, kiekybinio ir kokybinio tyrimų duomenų rezultatų analizių. Atlikus dokumentų turinio analizę, identifikuoti esminiai pokyčiai (iššūkiai) įstaigose, paveikę ir pacientus, t. y. ribotas vietų ligoninėse skaičius, nuotolinės konsultacijos, žmogiškųjų išteklių nepakankamumas, darbo įstaigoje reorganizavimas, stabdomos planinės operacijos ir kt., į kurias būtina atsižvelgti, siekiant stiprinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Atlikus kiekybinį ir kokybinį tyrimus, nustatyta, kad didžiausias dėmesys, siekiant paslaugų prieinamumo užtikrinimo įstaigos, savivaldybės ar valstybės mastu, turi būti orientuojama į komunikacinio ir organizacinio prieinamumo stiprinimą bei ekonominio prieinamumo palaikymą.

REKOMENDACIJOS

LR Sveikatos apsaugos ministerijai rekomenduojama sustiprinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo valdymo procesus: išteklių planavimą, kad būtų nenutrūkstamai teikiamos asmens apsaugos ir dezinfekcinės priemonės Lietuvos savivaldybėms; koordinavimą, kad būtų paskirti atsakingi asmenys, kurie prižiūrėtų priemonių paskirstymo skaidrumą; organizavimą, kad suorganizuotų mokymus sveikatos priežiūros įstaigų atsakingiems asmenims apie asmens apsaugos priemonių tinkamą naudojimą. Tai paruoštų darbuotojus teisingam asmens apsaugos priemonių naudojimui ir maksimaliam apsisaugojimui bet kokios pandemijos metu.

LR Sveikatos apsaugos ministerijai rekomenduojama pandeminiu laikotarpiu pritaikyti licencijos įsigijimo/pratęsimo lengvatas. Taip būtų padidinti žmogiškųjų išteklių sveikatos priežiūros įstaigose resursai (ypač reikalingi pandeminiu laikotarpiu), išspręsta jų darbo apribojimo problema, kai darbuotojai negali dirbti dėl licencijos negaliojimo.

LR Sveikatos apsaugos ministerija ir **LR Švietimo, mokslo ir sporto ministerija** turėtų sudaryti tokias sąlygas, kad aukštosios mokyklos galėtų steigti daugiau papildomų studijų vietų (ypač valstybės finansuojamų), ruošiančių medicinos darbuotojus. Be to, galėtų būti išplėstas tokių aukštųjų mokyklų tinklas Lietuvoje. Tai paskatintų daugiau moksleivių rinktis medicinos studijas. Studentai galėtų studijuoti arčiau gyvenamosios vietos, nesikeldami į kitą miestą, o daugiau valstybės finansuojamų vietų sudarytų didesnę studijų ekonominę prieinamumą. Taip būtų sprendžiama ilgalaikė žmogiškųjų išteklių trūkumo sveikatos apsaugos sistemoje problema.

Panevėžio rajono savivaldybei rekomenduojama papildyti Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikai (PRSP) suplanuotą finansavimą papildoma suma, reikalinga ligonių pervežimui būtino transporto įsigijimui. Šis projektas užtikrintų komunikacinį prieinamumą pacientams, kurie gyvena toli nuo sveikatos įstaigos (atokesnėse vietovėse). Ši siūlymą būtų galima finansuoti iš Europos socialinių paslaugų fondo. Panevėžio rajono savivaldybei rekomenduojama padėti PRSP įsigyti ir sandėliuoti asmens apsaugos priemones. Taip viešieji pirkimai galėtų tapti skaidresni. Taip pat būtų galima įsigyti daugiau asmens apsaugos priemonių, kadangi savivaldybė įsipareigotų padėti sandėliuoti. Panevėžio rajono savivaldybė taip pat galėtų prisidėti teikdama informaciją savivaldybės gyventojams apie paslaugas, jų prieinamumą ir prieinamumo užtikrinimą internetinėje svetainėje, laikraščiuose, skelbimų lentose ir kt.

Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos administracijai rekomenduojama įsigyti papildomą transportą, kuriuo ligoniai, gavus gydančio gydytojo siuntimą, būtų atvežti į sveikatos priežiūros įstaigą iš atokesnių vietovių. Ši paslauga užtikrintų geografinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika galėtų padidinti žmogiškųjų išteklių potencialą sukurdama etišką darbo aplinką. Tai pritrauktų daugiau specialistų, gerėtų organizacijos mikroklimatas ir paslaugų, teikiamų pacientams prieinamumas ir kokybė. Asmenys, atsakingi už antikorupcinę aplinką įstaigoje, galėtų savo įžvalgomis, konsultacijomis ir pagalba prisidėti kurdami etišką darbo aplinką. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikai taip pat rekomenduojamas naujų technologijų diegimas bei darbuotojų apmokymai naudotis šia įranga. Tai atlieptų paslaugų kokybės ir prieinamumo užtikrinimo siekį. Naujos technologijos turėtų būti finansuojamos iš PRSP ir Panevėžio rajono savivaldybės medicinos įrangos pirkimui skirtų finansų. Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika turėtų nuolat informuoti pacientus apie nuotolinių paslaugų tiekimo principus ir didinti kontaktinių paslaugų kiekį. Tai atlieptų sveikatos priežiūros paslaugų organizacinio prieinamumo užtikrinimo pacientams poreikį.

LITERATŪRA

Moksliniai šaltiniai:

1. Al Asmri, M., Almalki, M. J., Fitzgerald, G., Clark, M. (2020). The public health care system and primary care services in Saudi Arabia: a system in transition. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(4). Prieiga per internetą: <https://applications.emro.who.int/emhj/v26/04/10203397-2020-2604-468-476.pdf> (Žiūrėta 2022-02-14).
2. Andrijauskaitė, J. (2021). Visuomenės sveikatos apsauga nacionalinio saugumo kontekste (Doctoral dissertation, Klaipėdos universitetas). Prieiga per internetą: <https://vb.ku.lt/object/elaba:79185735/> (Žiūrėta 2022-03-18).
3. Astromskė, K. (2018). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo reglamentavimo tendencijos Europos Sąjungoje ir Lietuvoje. *Teisės apžvalga*, 2 (18), 98-113. <http://dx.doi.org/10.7220/2029-4239.18.6> (Žiūrėta 2021-03-03).
4. Barber, R. M., Fullman, N., Sorensen, R. J., Bollyky, T., McKee, M., Nolte, E., Davey, G. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 390(10091), 231-266. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617308188> (Žiūrėta 2021-03-25).
6. Benjamin, J., Girard, V., Jamani, S., Magwood, O., Holland, T., Sharfuddin, N., Pottie, K. (2021). Access to refugee and migrant mental health care services during the first six months of the COVID-19 pandemic: a Canadian refugee clinician survey. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5266. Prieiga per internetą: <https://www.mdpi.com/1110562> (Žiūrėta 2022-03-16).
7. Bílek, S. (2022). Liability for Damage to Health Due to Limited Access to Health Care during Emergency of the Covid-19 Pandemic. In SHS Web of Conferences (Vol. 135). EDP Sciences. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1051/shsconf/202213501001> (Žiūrėta 2022-03-30).
8. Birmontienė, T., Miliuvienė, J. (2020). Pandemijos iššūkiai žmogaus teisėms ir laisvėms. Prieiga per internetą: <http://repository.mruni.eu/handle/007/17261> (Žiūrėta 2022-02-28).
9. Bobinaitė, S. (2017). Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas 65 m. ir vyresniems Vilniaus miesto gyventojams (Doctoral dissertation, Vilniaus universitetas). Prieiga per internetą: <https://epublications.vu.lt/object/elaba:23194083/> (Žiūrėta 2022-02-14).
10. Campos, P. A., Reich, M. R. (2019). Political analysis for health policy implementation. *Health Systems & Reform*, 5(3), 224-235. Prieiga per internetą: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/23288604.2019.1625251> (Žiūrėta 2021-04-25).
11. Chen, K. L., Brozen, M., Rollman, J. E., Ward, T., Norris, K. C., Gregory, K. D., Zimmerman, F. J. (2021). How is the COVID-19 pandemic shaping transportation access to health care?. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*, 10, 100338. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590198221000452> (Žiūrėta 2022-02-14).
12. Conklin, A., Morris, Z., Nolte, E. (2015). What is the evidence base for public involvement in health-care policy?: results of a systematic scoping review. *Health Expectations*, 18(2), 153-165. ISO 690. Prieiga per internetą: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12038> (Žiūrėta 2022-02-14).
13. Cullen, W., Gulati, G., Kelly, B. D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312. Prieiga per internetą: <https://academic.oup.com/qjmed/article-abstract/113/5/311/5813733> (Žiūrėta 2022-03-30).
14. Douthit, N., Kiv, S., Dwolatzky, T., Biswas, S. (2015). Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public health*, 129(6), 611-620. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350615001584> (Žiūrėta 2022-02-14).
15. Gaižauskaitė, I., Valavičienė, N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu*. Vadovėlis. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
16. Gilson, L. (2016). Everyday politics and the leadership of health policy implementation. *Health Systems & Reform*, 2(3), 187-193. Prieiga per internetą: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23288604.2016.1217367> (Žiūrėta 2022-02-14).
17. Guogis, A., Svirbutaitė-Krutkienė, G. (2020). Gerovės valstybės sampratos ir matavimų problemos. *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai*, 2020, 25 (1), 9-26. Prieiga per internetą: <https://portalcris.vdu.lt/cris/handle/20.500.12259/111325> (Žiūrėta 2021-01-13).
18. Hartnett, K. P., Kite-Powell, A., DeVies, J., Coletta, M. A., Boehmer, T. K., Adjemian, J., Gundlapalli, A. V. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits—United States, January

- 1, 2019–May 30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(23), 699. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7315789/> (Žiūrėta 2022-04-01).
19. Izokaitis, M., Stonienė, L., Liuima, V., Vitkūnienė, O. (2016). Lietuvoje teikiamų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų. *Visuomenės sveikata*, 1(72), 37-46. Prieiga per internetą: [https://hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2016.01.72/Vs%202016%201\(72\)%20ORIG%20Psichikos%20sveikata.pdf](https://hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2016.01.72/Vs%202016%201(72)%20ORIG%20Psichikos%20sveikata.pdf) (Žiūrėta 2022-02-13).
 20. Yang, S. X., Leung, K. C. M., Jiang, C. M., Lo, E. C. M. (2021). Dental care services for older adults in hong konga shared funding, administration, and provision mode. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 4, p. 390). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. Prieiga per internetą: <https://www.mdpi.com/1055992> (Žiūrėta 2022-02-13).
 21. Jankauskienė, D. (2011). Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiam dešimtmetyje. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(3), 7-26. (Žiūrėta 2021-03-03).
 22. Jankauskienė, Ž., Liepuonienė, R. (2004). Sveikatos priežiūros žmoniškųjų išteklių politikos raida. *Mitybos nepakankamumo prevencija ir gydymas: XXVI Lietuvos dietologų draugijos konferencijos medžiaga*, 26, 7-13. 2004 m. lapkričio 20 d., Vilnius / Lietuvos dietologų draugija. Vilnius: Homo liber. Prieiga internete: http://elibrary.lt/resursai/Mokslai/VIKO/SPF_040422/SPF_040422_05.pdf (žiūrėta 2021-12-12).
 23. Jaselionienė, J., Gurevičius, R. (2020). Stacionariąsias aktyvaus gydymo paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų tiesinio geografinio prieinamumo netolygumai Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*, 2(89), 44-51. Prieiga per internetą: [http://hi.simplit.lt/uploads/pdf/zurnalo_vs%20info/2020%202/Vs%202020%202\(89\)%20ORIG%20Stacionariosios%20paslaugos.pdf](http://hi.simplit.lt/uploads/pdf/zurnalo_vs%20info/2020%202/Vs%202020%202(89)%20ORIG%20Stacionariosios%20paslaugos.pdf) (Žiūrėta 2021-03-30).
 24. Jerdiakova, N., Mikaliūkštienė, A., Rabkovskaja, J., Žilinskienė, R., Kutkauskienė, J., Davydenko, E. (2020). Dažniausi pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiantys veiksniai. Pacientų požiūris. *Sveikatos mokslai*, 2020, 30 tomas, Nr.1, p. 56-64. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2020.008> (Žiūrėta 2021-03-25).
 25. Johnson S., Dalton-Locke, C., Vera San Juan, N., Foye, U., Oram, S., Papamichail, A., Simpson, A. (2021). Impact on mental health care and on mental health service users of the COVID-19 pandemic: a mixed methods survey of UK mental health care staff. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(1), 25-37. Prieiga per internetą: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-020-01927-4> (Žiūrėta 2022-03-30).
 26. Jucys, D., Paulikienė, B. (2018). Žalos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui konceptualizacija. Prieiga per internetą: <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/04/121-127.pdf> (Žiūrėta 2022-03-17).
 27. Juričko, V. (2021). Odontologinių paslaugų prieinamumas Lietuvoje COVID-19 pandemijos metu: pacientų patirtis. Prieiga per internetą: <https://dspace.kaunokolegija.lt/handle/123456789/5528> (Žiūrėta 2022-03-16).
 28. Kairys, J., Žėbienė, E., Zokas, I., Tylienė, V., Tomkevičius, V. (2011) Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų apklausa apie Sveikatos priežiūros paslaugas – nuomonė pagal pacientų išsilavinimą, socialinę ir ekonominę padėtį. *Visuomenės sveikata*, Nr. 6, p. 42-58. Prieiga per internetą: <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/02/173-556-1-PB.pdf> (Žiūrėta 2022-02-25).
 29. Kairys, J., Žėbienė, E., Rutkys, B. A., Zokas, I. (2004). Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. *Medicina*, 40(2), 178-191. (Žiūrėta 2021-03-25).
 30. Kavak, D. G., Öksüz, A. S., Cengiz, C., Kayral, I. H., & Şenel, F. Ç. (2020). The importance of quality and accreditation in health care services in the process of struggle against Covid-19. *Turkish journal of medical sciences*, 50(8), 1760-1770. Prieiga per internetą: <https://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-20-50-8/sag-50-8-2-2007-279.pdf> (Žiūrėta 2022-02-13).
 31. Khodary, Y. (2016). Public Participation in Public Policy: Case Studies on Egypt's Right to Information Draft Law and National Plan. *Inter. J. Polit. Sci. Develop*, 4(1), 16-25. Prieiga per internerą: https://buescholar.bue.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1029&context=poli_sci (Žiūrėta 2022-02-15).
 32. Kourkouta, L., Sialakis, C., Iliadis, C., Mihalache, A. M., Krepia, V., Sapountzi-Krepia, D., Kaptanoglu, A. Y. (2020). The Impact of the Economic Crisis in the Welfare State. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3), 22-78. Prieiga per internetą: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/81_kourkouta_special_13_3_2.pdf (Žiūrėta 2022-02-13).

33. Kutkauskienė, J. (2020). Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų subordinavimas ir veiklos koordinavimas: ekstremaliosios situacijos reguliavimo ypatumai COVID-19 plitimo grėsmės akivaizdoje. *Sveikatos mokslai*, 2020, 30 tomas, Nr.6, p. 139-142. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2020.155> (Žiūrėta 2021-03-27).
34. Kutkauskienė, J. (2021). Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir sauga ekstremalios situacijos metu dėl COVID-19. *Sveikatos mokslai*, 2021, 31 tomas, Nr.1, p. 80-86. Prieiga per internetą <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2021.017> (Žiūrėta 2022-03-16).
35. O'Brien, C. M., Jung, K., Dang, W., Jang, H. J., Kielar, A. Z. (2020). Collateral damage: the impact of the COVID-19 pandemic on acute abdominal emergency presentations. *Journal of the American College of Radiology*, 17(11), 1443-1449. Prieiga per internetą: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1546144020308681> (Žiūrėta 2022-03-30).
36. Liukinevičienė, L., Blažienė, J. (2022). Ligoninių atsparumo diskursas teoriniame organizacijos atsparumo sampratos, bruožų ir veiksmų kontekste. Prieiga per internetą: <https://www.zurnalai.vu.lt/social-research/article/download/25444/25708/57704> (Žiūrėta 2022-03-31).
37. Ma, L., Luo, N., Wan, T., Hu, C., & Peng, M. (2018). An improved healthcare accessibility measure considering the temporal dimension and population demand of different ages. *International journal of environmental research and public health*, 15(11), 2421. Prieiga per internetą: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6266999/> (Žiūrėta, 2022-03-20).
38. Makovskaja, N., Neverauskienė, L. O. (2020, May). *Socialinė gerovė ekonomikos pokyčių kontekste. In 23rd Conference for Young Researchers" Economics and Management"*. Prieiga internete: <https://doi.org/10.3846/vvf.2020.023> (Žiūrėta, 2022-03-20).
39. Mikaliūkštienė, A., Baltokaitė, L., Kalibatienė, D., Jerdiakova, N. (2018). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas kardiologijos centre: pacientų požiūris. *Sveikatos mokslai*, 28(5), 32-40. Prieiga per internetą: <https://pdfs.semanticscholar.org/1872/eac9daec132bf99aa33713184ade85d01ede.pdf> (Žiūrėta 2021-03-27).
40. Mekšriūnaitė, S., Gurevičius, R. (2016). Mirtingumo nuo kepenų cirozės ir kepenų vėžio Lietuvoje alternatyvi prognozė taikant skirtingus alkoholio vartojimo scenarijus. *Visuomenės sveikata*, 1(72), 20-28.
41. Mekšriūnaitė, S., Gurevičius, R. (2016). Šeimos medicinos ir pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigos geografinis prieinamumas Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*, 3(78), p. 29-37. Prieiga per internetą: <https://www.researchgate.net/publication/320165948> (Žiūrėta 2021-03-30).
42. Miežanskienė, R., Tartilaitė, A. (2014). Teisinės kalbos aiškumo poreikis viešajame sektoriuje: viešųjų paslaugų vartojimo sutarčių atvejis. Prieiga per internetą: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=54717> (Žiūrėta 2022-02-14).
43. Milašauskienė, Ž., Juodrytė, I., Misevičienė, I., Boerma, W., Rezgienė, R. (2006). Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. *Medicina*, 42(3), 231-7. Prieiga per internetą: <https://medicina.lsmuni.lt/med/0603/0603-081.pdf> (Žiūrėta 2022-03-28).
44. Millman, M. (Ed.). (1993). Access to health care in America. *Chapter:2. A Model for Monitoring Access National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, 31p-44p. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.17226/2009> (Žiūrėta 2022-03-18).
45. Mitchell, R., Banks, C. (2020). Emergency departments and the COVID-19 pandemic: making the most of limited resources. *Emergency Medicine Journal*, 37(5), 258-259. Prieiga per internetą: <http://dx.doi.org/10.1136/emmermed-2020-209660> (Žiūrėta 2022-03-30).
46. Musaeva, A., Salmorbekova, R., Rustamova, D., Abdullaeva, Z. (2020). *Social Qualimetry of Public Services Standardization in the Kyrgyz Republic. Advances in Applied Sociology*, 10(09), 348. Prieiga per internetą: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=102861> (Žiūrėta 2022-03-18).
47. Nuñez, J. H., Sallent, A., Lakhani, K., Guerra-Farfan, E., Vidal, N., Ekhtiari, S., Minguell, J. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on an emergency traumatology service: experience at a tertiary trauma centre in Spain. *Injury*, 51(7), 1414-1418. Prieiga per internetą: [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(20\)30422-8/fulltext](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(20)30422-8/fulltext) (Žiūrėta 2021-01-13).
48. Olah, M. E., Gaisano, G., Hwang, S. W. (2013). *The effect of socioeconomic status on access to primary care: an audit study. Cmaj*, 185(6), E263-E269. Prieiga per internetą: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/185/6/E263.full.pdf> (Žiūrėta 2021-03-25).
49. Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 1136(1),

- 161-171. Prieiga per internetą: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1196/annals.1425.011> (Žiūrėta 2022-03-17).
50. Porter, M. E. (2010). What is value in health care. *N Engl J Med*, 363(26), 2477-2481. (Žiūrėta 2022-02-13).
 51. Pranaitis, A., & Ivanickienė, G. (2014). Elektroninės valdžios paslaugų prieinamumas Utenos rajono gyventojams. *Studies in Modern Society*, 5(1). Prieiga per internetą: <https://problemypoleczne.edu.pl/repository/Studies%20in%20Contemporary%20Society%202014%20%281%29.pdf#page=157> (Žiūrėta 2022-04-22).
 52. Raipa, A. (2002). Viešoji politika ir viešasis administravimas: raida, struktūra ir sąveika. *Viešoji politika ir administravimas*, 1, 11-20. (Žiūrėta 2021-05-14).
 53. Raipa, A., Čepuraitė, D. (2017). Atvejo vadybos modelio taikymas asmens sveikatos priežiūros įstaigose modernaus viešojo valdymo kontekste. *Viešoji politika ir administravimas*, 2017, T. 16, Nr.2, p. 165-178. Prieiga per internetą: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=563610> (Žiūrėta 2021-01-14).
 54. Rotarou, E. S., Sakellariou, D. (2019). Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece. *Critical Public Health*, 29(1), 48-60. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1394575> (Žiūrėta 2022-02-14).
 55. Rutkienė, A., Tandzegolskienė, I. (2014). Studentų savarankiškumo skatinimas studijuojant universitete. *Mokslo studija*, ISBN9789955129974. Prieiga internete: <https://hdl.handle.net/20.500.12259/156> (Žiūrėta 2022-01-14).
 56. Staševičienė, A., Fatkulina, N. (2020). Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, taikant universalus dizaino principus, neįgaliems asmenims nustatymas Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*, 2021/3(94), p. 51-60. (Žiūrėta 2022-02-14).
 57. Spencer, D. L., McManus, M., Call, K. T., Turner, J., Harwood, C., White, P., Alarcon, G. (2018). Health care coverage and access among children, adolescents, and young adults, 2010–2016: Implications for future health reforms. *Journal of Adolescent Health*, 62(6), 667-673. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.12.012> (Žiūrėta 2022-02-14).
 58. Štaras, K., Vedlūga, T., Kalvelytė, N. (2013). Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės prieinamumo ir priimtino vertinimas ir analizė. *Sveikatos mokslai*, 23(4), 27-33. Prieiga per internetą: <http://smhs.eu/wp-content/uploads/2019/03/490-1695-1-SM.pdf> (Žiūrėta 2021-02-23).
 59. Tao, Z., Cheng, Y., Zheng, Q., Li, G. (2018). Measuring spatial accessibility to healthcare services with constraint of administrative boundary: a case study of Yanqing District, Beijing, China. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1-12. Žiūrėta (2022-03-18).
 60. Thouez, J. P. M., Bodson, P., Joseph, A. E. (1988). Some methods for measuring the geographic accessibility of medical services in rural regions. *Medical care*, 34-44. Prieiga per internetą: <http://www.unm.edu/~lspear/geog525/3765239.pdf> Žiūrėta (2022-03-18).
 61. Trakšėlyš, K., Martišauskienė, D. (2016). Švietimo paslaugų kokybė: efektyvumas, rezultatyvumas, prieinamumas. *Tiltai*, (1), 191-205. (Žiūrėta 2022-03-20).
 62. Trein, P. (2020). Bossing or protecting? The integration of social regulation into the welfare state. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 691(1), 104-120. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1177/0002716220953758> (Žiūrėta 2022-02-13).
 63. Urvikis, M. (2016). Vietos savivaldos institucijų organizuojamų viešųjų paslaugų sistemos tobulinimas. Prieiga per internetą: <https://193.219.57.220/handle/007/14420> (Žiūrėta 2022-03-17).
 64. Zhou, R. A., Beaulieu, N. D., Cutler, D. (2020). Primary care quality and cost for privately insured patients in and out of US Health Systems: Evidence from four states. *Health Services Research*, 55, 1098-1106. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13590> (Žiūrėta 2021-03-03).
 65. Zolubienė, E., Beržanskytė, A., Aguonytė, V., Nedzinskienė, L. (2014). m. ir vyresnių asmenų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. *Visuomenės sveikata*, 3(66), 109-114. (Žiūrėta 2022-02-13).
 66. Žarskus, A., Pačinskaitė, R., Kakta, B., Rinkevičius, M., Macas, A. (2021). Plaučių ultragarsinės diagnostikos galimybės ir sunkumai COVID-19 pandemijos metu. *Sveikatos mokslai*, 2021, T. 31, Nr. 3, p. 72-75. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.35988/sm-hs.2021.083> (Žiūrėta 2022-03-16).
 67. Wongtanasarasin, W., Srisawang, T., Yothiya, W., Phinyo, P. (2021). Impact of national lockdown towards emergency department visits and admission rates during the COVID-19 pandemic in Thailand: a hospital-based study. *Emergency Medicine Australasia*, 33(2), 316-323. Prieiga per internetą: <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13666> (Žiūrėta 2022-03-31).
 68. Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., Ahmed, S., Bailey, Z., Bassett, M. T., Bird, M., Venkataramani, A. (2021). Public policy and health in the Trump era. *The Lancet*, 397(10275), 705-753. Prieiga per internetą: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32545-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32545-9) (Žiūrėta 2021-02-23).

Teisės aktai

69. LR Konstitucinio Teismo sprendimas „Dėl LR Konstitucinio Teismo 2013m. gegužės 16d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“. Byla Nr. 47/2009-131/2010. Prieiga per internetą: <https://www.lrkt.lt/lt/teismo-aktai/paieska/135/ta36/content> (Žiūrėta 2022-01-10).
70. LR Seimo įstatymas „Dėl LR 2019 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio patvirtinimo“. TAR, 2020-12-08, Nr. 26532. Įsigalioja 2020-12-08. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/00826100395511eb8d9fe110e148c770> (Žiūrėta 2022-04-18).
71. LR Seimo įstatymas „LR medicinos praktikos įstatymas“. Valstybės žinios, 1996-10-23, Nr. 102-2313. Galiojanti suvestinė redakcija: 2020-09-01. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.10E8E285740C/asr> (Žiūrėta 2021-04-25)
72. LR Seimo įstatymas „LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 10 straipsnio pakeitimo įstatymas“. TAR, 2021-01-19, Nr. 840. Įsigalioja 2021-03-01 (Įstatymo 2 straipsnio 2 dalis įsigalioja 2021-01-20). Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/23a67c205a5711eb9dc7b575f08e8bea> (Žiūrėta 2022-04-18).
73. LR Seimo įstatymas „LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas“. Valstybės žinios, 1996-07-12, Nr. 66-1572. Galiojanti suvestinė redakcija: 2022-03-01 - 2022-06-30. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.29546/asr> (Žiūrėta 2022-02-13)
74. LR Seimo įstatymas „LR sveikatos sistemos įstatymas“. Valstybės žinios, 1994-08-17, Nr. 63-1231. Galiojanti suvestinė redakcija 2021-01-01 - 2021-05-25. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905?jfwid=32wf8d5n> (Žiūrėta 2021-02-05)
75. LR Seimo įstatymas „LR sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 67 straipsnio pakeitimo įstatymas“. TAR, 2021-06-29, Nr. 14507. Įsigalioja 2021-06-30. Įsigalioja 2020-12-08. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/4cc053f0d89d11eb9f09e7df20500045> (Žiūrėta 2022-04-18).
76. LR Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“. TAR 2014-07-01, Nr. 9403. Įsigalioja 2014-07-01. Galiojanti suvestinė redakcija 2019-10-22. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=bkaxmec0> (Žiūrėta 2021-02-05)
77. LR Seimo įstatymas „LR viešojo administravimo įstatymas“. Valstybės žinios, 1999-07-09, Nr. 60-1945. Galiojanti suvestinė redakcija: 2022-01-29 - 2022-12-31. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.83679?jfwid=-16p6h2itwc> (Žiūrėta 2022-02-17).
78. LR Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“, TAR 2014-07-01, Nr. 9403. Įsigalioja 2014-07-01. Galiojanti suvestinė redakcija 2019-10-22. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?jfwid=bkaxmec0> (Žiūrėta 2021-02-05).
79. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“. TAR, 2017-11-16, Nr. 18130. Galiojanti suvestinė redakcija: 2019-06-06. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3ca52110caac11e782d4fd2c44cc67af/asr> (Žiūrėta 2021-04-25)
80. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos teikimo tvarkos ir masto aprašo patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2004-04-16, Nr. 55-1915. Galiojanti suvestinė redakcija: 2020-03-07. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.B8E6F91F019F/asr> (Žiūrėta 2021-03-25)
81. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“. Valstybės žinios, 2001-11-16, Nr. 96-3400. Galiojanti suvestinė redakcija: 2020-07-03. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.914AB8255C83/asr> (Žiūrėta 2021-02-05).
82. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“. Valstybės žinios, 2005-12-08, Nr. 143-5205. Galiojanti suvestinė redakcija: 2020-07-03 - 2020-10-31. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313> (Žiūrėta 2021-02-13).
83. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“. Valstybės žinios, 1997-07-04, Nr. 64-1525. Galiojanti suvestinė redakcija: 1997-07-05 - 2004-01-01. Nebegalioja. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.41384?jfwid=mmceod7kt> (Žiūrėta 2021-03-25)
84. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“. Valstybės žinios, 2005-06-18, Nr.

- 76-2775. Galiojanti suvestinė redakcija: 2020-11-26. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.258027/asr> (Žiūrėta 2021-02-13).
85. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“. Valstybės žinios, 1997-07-04, Nr. 64-1525. Nebegalioja, suvestinė redakcija: 1997-07-05 - 2004-01-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.41384?jfwid=mmceod7kt> (Žiūrėta 2021-02-013).
86. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl asmenims, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) apmokėjimo“ pakeitimo“. TAR, 2020-07-10, Nr. 15566. Įsigalioja 2020-07-11. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/5611ba60c2ab11ea0db016672cba9c> (Žiūrėta 2022-04-02).
87. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. balandžio 20 d. sprendimo Nr. V-931 „Dėl asmenims, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) apmokėjimo“ pakeitimo“. TAR, 2020-10-02, Nr. 20634. Įsigalioja 2020-10-03. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/898136b1049f11ebbedbd456d2fb030d> (Žiūrėta 2022.04.03).
88. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl asmenims, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) apmokėjimo“. TAR, 2020-04-21, Nr. 8273. Įsigalioja 2020-04-21. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/75daec2838611ea51db668f0092944?jfwid=j4ag2m8u> (Žiūrėta 2022.04.03).
89. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“. TAR, 2020-03-17, Nr. 5561. Įsigalioja 2020-03-17 Negalioja nuo 2020-06-18. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/f770372267a611ea02cacf2a861120c> (Žiūrėta 2022-04-01).
90. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl asmenų, kuriems taikoma izoliacija ir COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergančių asmenų pervežimo“. TAR, 2020-12-04, Nr. 26233. Įsigalioja 2020-12-07. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/197f5aa1361211eb8c97e01ffe050e1c> (Žiūrėta 2022-04-07).
91. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl asmenų vežimo į vakcinacijos nuo COVID-19 (koronaviruso infekcijos) vietas ir iš jos būtinų sąlygų“. TAR, 2021-04-13, Nr. 7621. Įsigalioja 2021-04-14. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/4dd593109c1911eb998483d0ae31615c> (Žiūrėta 2022-04-08).
92. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) atvejo apibrėžimo atnaujinimo“. TAR, 2020-03-16, Nr. 5547. Priėmimo data: 2020-03-10. Galiojanti suvestinė redakcija: 2021-07-01 – iki dabar. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/8e3710f1678b11ea02cacf2a861120c/asr> (Žiūrėta 2022-04-03).
93. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Gyvybiškai svarbias valstybės funkcijas vykdančių darbuotojų, privalančių dirbti nepertraukiamai fiziniu būdu valstybės lygio ekstremaliosios situacijos dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) plitimo grėsmės metu, sąrašo patvirtinimo“. TAR, 2022-01-21, Nr. 925. Įsigalioja 2022-01-24. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/8f9b59307a8311ecb2fe9975f8a9e52e> (Žiūrėta 2022-04-10).
94. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl kai kurių LR sveikatos apsaugos ministro–valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų pripažinimo netekusiais galios“. TAR, 2020-06-17, Nr. 13168. Įsigalioja 2020-06-18. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/972b8b61b05a11ea9a12d0dada3ca61b> (Žiūrėta 2022-04-02).
95. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl koronavirusio (COVID-19) plitimo valdymo priemonių LR“. TAR, 2020-03-02, Nr.

4543. Įsigalioja 2020-03-03 Negalioja nuo 2020-03-16. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/6e81fc205c4611eac56f6e40072e018> (Žiūrėta 2022-04-01).
96. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl kvėpavimo takų asmeninės apsaugos priemonių naudojimo asmens sveikatos priežiūros bei stacionariose ir nestacionariose su apgyvendinimu susijusiose socialinių paslaugų įstaigose pagal saugumo lygius“. TAR, 2022-01-14, Nr. 566. Įsigalioja 2022-01-15. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/1445c762757a11ecb2fe9975f8a9e52e> (Žiūrėta 2022-04-07).
97. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl laboratorinius COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) tyrimus atliekančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, pirmines ambulatorines ir kai kurias specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, mobilių punktų ir karščiavimo klinikų darbo laiko ir darbo organizavimo tam tikromis dienomis“. TAR, 2021-10-27, Nr. 22275. Įsigalioja 2021-10-28 negalioja nuo 2021-11-24. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/447c7542371911ec99bbc1b08701c7f8> (Žiūrėta 2022-04-07).
98. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. birželio 16 d. sprendimo Nr. V-1471 „Dėl valstybės ir savivaldybių institucijų, įstaigų, valstybės ir savivaldybių valdomų įmonių darbo vietoms būtinų sąlygų“ pakeitimo“. TAR, 2020-12-04, Nr. 26313. Įsigalioja 2020-12-05 negalioja nuo 2021-07-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/9b7ffa61363e11eb8c97e01ffe050e1c> (Žiūrėta 2022-04-07).
99. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. kovo 16 d. sprendimo Nr. V-387 "Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“ pakeitimo“. TAR, 2020-04-30, Nr. 9257. Įsigalioja 2020-04-30 negalioja nuo 2020-06-18. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/6879c1708af211eaa51db668f0092944> (Žiūrėta 2022-04-01).
100. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. kovo 16 d. sprendimo Nr. V-387 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“ pakeitimo“. TAR, 2020-05-15, Nr. 10403. Įsigalioja 2020-05-15 negalioja nuo 2020-06-18. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/541a3e80966911eaa51db668f0092944> (Žiūrėta 2022-04-02).
101. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro, valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. lapkričio 3 d. sprendimo Nr. V-2463 „Dėl pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), simptominio gydymo paslaugų organizavimo palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ pakeitimo“. TAR, 2021-11-16, Nr. 23643. Įsigalioja 2021-11-17. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/c4210ab1463a11eca8a1caec3ec4b244> (Žiūrėta 2022-04-07).
102. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl pacientų registracijos asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti gerinimo Lietuvos“. TAR, 2020-08-11, Nr. 17182. Įsigalioja 2020-08-12 Negalioja nuo 2021-07-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/b8cd1111db1311ea8f4ce1816a470b26> (Žiūrėta 2022-04-02).
103. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), simptominio gydymo paslaugų organizavimo palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose“. TAR, 2021-11-03, Nr. 22810. Įsigalioja 2021-11-04. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/cd4f33e13ce511ec99bbc1b08701c7f8> (Žiūrėta 2022-04-07).
104. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), tolimesnio simptominio gydymo paslaugų organizavimo“. TAR, 2021-11-05, Nr. 23098. Įsigalioja 2021-11-06 negalioja nuo 2022-03-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/caa9f8d13e7711ec99bbc1b08701c7f8> (Žiūrėta 2022-04-07).
105. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl pavedimo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą organizuojančioms ir šias paslaugas teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir savivaldybių administracijoms

- vykdymo“. TAR, 2020-10-29, Nr. 22475. Įsigalioja 2020-10-30 Negalioja nuo 2021-07-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/ac787a71193511eb9604df942ee8e443> (Žiūrėta 2022-04-03).
106. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl pavedimo vykdyti Lietuvos Respublikoje aptinkamų pavojingų SARS-COV-2 viruso mutacijos nustatymą ir epidemiologinę kontrolę“. TAR, 2021-03-26, Nr. 6021. Įsigalioja 2021-03-27 negalioja nuo 2021-08-16. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/cac019808e5a11eb998483d0ae31615c?jfwid=-3u6wuv4qv> (Žiūrėta 2022-04-07).
107. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo namuose COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergantiems asmenims organizavimo tvarkos aprašas“. TAR, 2020-11-11, Nr. 23698. Įsigalioja 2020-11-12 negalioja nuo 2021-07-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/efef3ea0242611eb8c97e01ffe050e1c> (Žiūrėta 2022-04-03).
108. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo namuose COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergantiems asmenims organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. TAR, 2021-09-20, Nr. 19693. Įsigalioja 2021-09-21. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/bdc1f5b21a4a11ecad9fbbf5f006237b> (Žiūrėta 2022-04-07).
109. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl planinių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų etapinio atnaujinimo ir teikimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje plano rengimo reikalavimų“. TAR, 2020-04-29, Nr. 9068. Įsigalioja 2020-04-30 negalioja nuo 2020-06-18. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/3d16c3718a2011eaa51db668f0092944> (Žiūrėta 2022-04-01).
110. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl receptinių vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) vaistinėse“. TAR, 2020-03-17, Nr. 5608. Įsigalioja 2020-03-17 Negalioja nuo 2020-06-18. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/9dc39e51686511eaa02cacf2a861120c> (Žiūrėta 2022-04-03).
111. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 teikimą organizuojančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos koordinatoriaus skyrimo, Sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 teikimo organizavimo koordinacinės grupės sudarymo ir jos darbo reglamento patvirtinimo“. TAR, 2020-11-06, Nr. 23423. Įsigalioja 2020-11-07. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/9042a401204911eb9604df942ee8e443> (Žiūrėta 2022-04-03).
112. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl valstybės ir savivaldybių institucijų, įstaigų, valstybės ir savivaldybių valdomų įmonių bei privataus sektoriaus darbo organizavimo būtinų sąlygų“. TAR, 2020-06-16, Nr. 13095. Įsigalioja 2020-06-17 negalioja nuo 2021-07-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/4008f707afa711ea9a12d0dada3ca61b?jfwid=-3u6wuwym9> (Žiūrėta 2022-04-03).
113. LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl visuomenės sveikatos priemonių, siekiant valdyti COVID-19 ligą (koronaviruso infekciją)“. TAR, 2020-03-16, Nr. 5538. Įsigalioja 2020-03-16 Negalioja nuo 2020-06-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/2b7b4a4b677b11eaa02cacf2a861120c> (Žiūrėta 2022-04-01).
114. LR Vyriausybės įstatymas „LR sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9 ir 11 straipsnių pakeitimo įstatymas“. TAR, 2021-05-04, Nr. 9686. Įsigalioja 2021-06-01 (Įstatymo 3 straipsnio 2 dalis įsigalioja 2021-05-05). Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/2916f660acde11eba871a26c1fc3fbc1> (Žiūrėta 2022-04-18).LR
115. LR Vyriausybės įstatymas „LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 5 straipsnio pakeitimo įstatymas“. TAR, 2020-11-18, Nr. 24228. Įsigalioja 2021-01-01 (Įstatymo 2 straipsnio 2 dalis įsigalioja 2020-11-19). Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/d64b29b0299811eb932eb1ed7f923910> (Žiūrėta 2022-04-18).
116. Vyriausybės įstatymas „LR sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 2, 3, 16, 59-1, 59-2, 59-3, 59-4, 59-5, 59-6, 75 straipsnių pakeitimo ir Įstatymo papildymo priedu įstatymo Nr. XIII-2754 1 ir 14 straipsnių

- pakeitimo įstatymas“. TAR, 2020-05-25, Nr. 11067. Įsigalioja 2021-05-26. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/8383b0f09e8b11ea9515f752ff221ec9> (Žiūrėta 2022-04-18).
117. LR Vyriausybės nutarimas „Dėl karantino LR teritorijoje paskelbimo“, TAR 2020-03-14, Nr. 5466. Įsigalioja 2020-03-15. Negalioja nuo 2020-06-17. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/deaf8694663011ea02cacf2a861120c?jfwid=3d5v1zjid> (Žiūrėta 2021-02-05).
118. LR Vyriausybės nutarimas „Dėl LR teritorijoje paskelbimo“. TAR, 2020-11-05, Nr. 23062. Galiojanti suvestinė redakcija: 2021-04-22. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/a2b5da801f4a11eb9604df942ee8e443> (Žiūrėta 2021-04-25)
119. LR Vyriausybės nutarimas „Dėl LR Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“. TAR, 2020-03-30, Nr. 6567. Galiojanti suvestinė redakcija: 2020-12-10. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/7247fca0727211eabee4a336e7e6fdab> (Žiūrėta 2022-04-18).
120. LR Vyriausybės nutarimas "Dėl LR Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo". TAR, 2020-06-08, Nr. 12476. Įsigalioja 2020-06-09. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/deccfd50a95211eab9d9cd0c85e0b745> (Žiūrėta 2022-04-18).
121. LR Vyriausybės nutarimas „Dėl LR Vyriausybės 2020 metų veiklos ataskaitos“. TAR, 2021-03-31, Nr. 6657. Įsigalioja 2021-04-01. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/aad30121923111eb998483d0ae31615c?jfwid=-fxdp7c3m> (Žiūrėta 2022-04-01).
122. LR Vyriausybės nutarimas „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų darbo užmokesčio didinimo karantino metu tvarkos aprašo patvirtinimo“. TAR, 2020-05-05, Nr. 9461. Įsigalioja 2020-05-06. Negalioja nuo 2022-01-28. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/b5230f308e9011ea9515f752ff221ec9> (Žiūrėta 2022-04-18).
123. LR Vyriausybės nutarimas „Dėl LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 153 ir 45 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIIIIP-4378“. TAR, 2020-06-25, Nr. 13893. Įsigalioja 2020-06-26. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/634d5b80b6a311eab9d9cd0c85e0b745> (Žiūrėta 2022-04-18).
124. LR Vyriausybės nutarimas „Dėl pritarimo valstybės rezervo tvarkytojos – Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimams panaudoti jos tvarkomas valstybės rezervo medicinos atsargas“. TAR, 2020-08-20, Nr. 17580. Įsigalioja 2020-08-21. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/1c5244d0e2d011ea9342c1d4e2ff6ff6> (Žiūrėta 2022-04-18).
125. LR Vyriausybės nutarimas „Dėl pritarimo valstybės rezervo tvarkytojos – Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimams panaudoti jos tvarkomas valstybės rezervo medicinos atsargas“. TAR, 2021-01-27, Nr. 1435. Įsigalioja 2021-01-28. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/ce409f9060b911eb9dc7b575f08e8bea> (Žiūrėta 2022-04-18).

Kiti šaltiniai:

126. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla*. (2020). Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Vilnius, 2021, 102 p. Prieiga internete: <https://hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html> (Žiūrėta 2022-01-07).
127. LR Sveikatos apsaugos ministerija. (2020). *Asmens sveikatos priežiūra*. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura> (Žiūrėta 2021-04-07).
128. LR Sveikatos apsaugos ministerija. (2020). *Lietuvos šeimos gydytojai ir slaugytojos. Šeimos gydytojų ir slaugytojų laiškas gyventojams*. Prieiga internete: <https://sam.lrv.lt/lt/koronavirusas/informacija-visuomenei/seimos-gydytoju-ir-slaugytoju-laiskas-gyventojams> (Žiūrėta 2021-04-25).
129. LR Sveikatos apsaugos ministerija. (2020). *Šeimos gydytojo komandos paslaugos*. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/asmens-sveikatos-prieziura/pirmine-ambulatorine-asmens-sveikatos-prieziura/seimos-gydytojo-komandos-paslaugos> (Žiūrėta 2021-04-07).
130. LR Sveikatos apsaugos ministerija. (2022). Vyriausybė pritarė sveikatos priežiūros tinklo pertvarkai. Prieiga per internetą: <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/vyriausybe-pritare-sveikatos-prieziuros-tinklo-pertvarkai> (Žiūrėta 2022-02-28).
131. LR Vidaus reikalų ministerija. (2010). *Savivaldybių organizuojamų viešųjų paslaugų teikimo analizė*. Vidaus reikalų ministerija. Studija. Prieiga per internetą:

- https://vrm.lrv.lt/uploads/vrm/documents/files/LT_versija/Teisine_informacija/Tyrimai_ir_analizes/Analize/TYRIMAS_VP_galutinis.doc (Žiūrėta 2022-02-15)
132. LR Vyriausybė. (2022). Vyriausybė. Prieiga per internetą: <https://lr.lt/lt/apie-vyriausybe/vyriausybe> (Žiūrėta 2022-03-18).
 133. OECD. (2017). *State of Health in the EU. Lietuvos sveikatos profilis*. Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_lt_lithuanian.pdf (Žiūrėta 2021-04-25).
 134. Paulauskienė, V. (2018). *Nauji viešųjų paslaugų teikimo būdai ir kanalai ikimokyklinio ugdymo įstaigose: Mažeikių atvejis* (Doctoral dissertation, Šiaulių universitetas). Prieiga per internetą: <https://epublications.vu.lt/object/elaba:28706245/> (Žiūrėta 2022-03-02).
 135. PHCPI. (2019). *Primary health care performance initiative. Improvement strategies model: High quality primary health care: first contact accessibility*. Prieiga per internetą: <https://improvingphc.org/improvement-strategies/high-quality-primary-health-care/first-contact-accessibility> (Žiūrėta 2021-04-25).
 136. Saukienė, I. (2020). *1808 Karštosios linijos užkulisiai: tai nepavykęs eksperimentas ar naujas žingsnis pagalbos teikimo sistemoje?* 15min redakcija. Prieiga per internetą: <https://www.15min.lt/gyvenimas/naujiena/sveikata/1808-karstosios-linijos-uzkulisiai-tai-nepavykes-eksperimentas-ar-naujas-zingsnis-pagalbos-teikimo-sistemoje-1028-1388358> (Žiūrėta 2021-04-25).
 137. Stašaitienė, L. (2020). Pacientų ir gydytojų požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje. Magistro darbas. Kaunas: LSMU. Prieiga per internetą: <https://www.lsmu.lt/cris/bitstream/20.500.12512/107630/1/GALUTINIS%20JUODZEVICE.pdf> (Žiūrėta 2021-01-13).
 138. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. (2011). *Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų administravimo praktikos tobulinimo metodinės rekomendacijos*. Prieiga per internetą: [www.smlpc.lt/media/file/Programos_projektai/Tarptautiniai_projektai/Visuomenes_sveikatos_prieziuros_viesuju_paslaugu_sistemos_tobulinimas_savivaldybese-Administravimo_praktika-\(1.1.2.2.\).pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Programos_projektai/Tarptautiniai_projektai/Visuomenes_sveikatos_prieziuros_viesuju_paslaugu_sistemos_tobulinimas_savivaldybese-Administravimo_praktika-(1.1.2.2.).pdf) (Žiūrėta 2022-02-28).
 139. Valstybinė ligonių kasa prie LR SAM. (2021). *Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos*. Prieiga per internetą: <http://old.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugos/pirmines-ambulatorines-asmens-sveikatos-prieziuros-paslaugos> (Žiūrėta 2022-03-20).
 140. Žvinakis, P. (2019). Šeimos gydytojų poreikio prognozavimas X miesto poliklinikoje. Prieiga per internetą: <https://www.lsmu.lt/cris/handle/20.500.12512/101957> (Žiūrėta 2022-03-20).
 141. World Health Organization. (2020). *Health policy and system support to optimize community health worker programmes for HIV, TB and malaria services: an evidence guide*. Prieiga per internetą: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340078/9789240018082-eng.pdf?sequence=1> (Žiūrėta 2021-03-27).

PRIEDAI

1 PRIEDAS

Anketa



Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo anketa

Anketa skirta Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos pacientams

Aš esu Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos Viešojo valdymo magistrantūros studijų programos studentė Aistė Sinicaitė. Atlieku tyrimą, kurio tema „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas COVID-19 pandemijos kontekste“. Šiuo tyrimu siekiama išsiaiškinti Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos (toliau – PRSP)

pacientų požiūrį į sveikatos paslaugų prieinamumą COVID-19 pandemijos (nuo 2020 m. kovo mėn. iki dabar) kontekste. Dalyvavimas tyrime yra *savanoriškas*, jei pageidausite, bet kada galite nutraukti dalyvavimą apklausoje. Atliekant šį tyrimą laikomasi *anonimiškumo ir konfidencialumo*, visų pagarbos žmogaus teisėms ir valstybei, sąžiningumo ir nesavanaudiškumo etikos principų. Remiantis moksline etika, tyrėja Aistė Sinicaitė įsipareigoja ir garantuoja, kad rezultatai bus naudojami tik juos apibendrinus ir tik moksliniais tikslais.

Atsakant į pateiktą klausimą, prašome pasirinktą variantą (jei nurodyta – kelis variantus) pažymėti varnelė arba įrašyti savo nuomonę eilutėje „Kita“. Iš anksto dėkoju už atsakymus!

1. Jūsų lytis:

- Moteris
- Vyras
- Nenoriu nurodyti

2. Išsilavinimas:

- Pradinis
- Nebaigtas vidurinis
- Vidurinis
- Aukštesnysis
- Aukštasis
- Kita _____

3. Šeimyninė padėtis:

- Nevedęs, netekėjusi
- Vedęs, ištekėjusi
- Išsituokęs (-usi)
- Gyvenu partnerystėje
- Našlys (-ė)

4. Gyvenamoji vieta:

- Miestas
- Kaimas

5. Užimtumas:

- Dirbu
- Dirbu ir mokausi
- Mokausi
- Nedirbu ir nesimokau

6. Mėnesio pajamos vienam šeimos nariui:

- Iki 200 eurų
- 201–400 eurų
- 401–600 eurų
- 601–800 eurų
- 801 euras ir daugiau

7. Kaip dažnai naudojotės sveikatos priežiūros paslaugomis Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje (toliau – PRSP) pandemijos laikotarpiu:

- Kartą per savaitę
- Kartą per mėnesį
- Kartą per tris mėnesius
- Kartą per pusę metų
- Kartą per metus
- Rečiau nei kartą per metus

8. Pažymėkite Jums tinkančius atsakymus apie geografinį paslaugų prieinamumą pandemijos laikotarpiu:

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Sutinku iš dalies	Visiškai sutinku	Nežinau
PRSP pasiekiate lengvai (nesusiduriate su atvykimo iššūkiais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRSP pasiekti sveikatos problemas neapsunkina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atstumas iki PRSP sunkumų nesudaro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kelionės išlaidos iki PRSP sunkumų nesudaro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vykstant į PRSP susiduriate su kitais iššūkiais (įrašykite).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRSP gydytojų specialistų įvairovė yra pakankama (nereikia vykti į kitas įstaigas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gydytojų specialistų paslaugų tenka nuolatos ieškoti kitame mieste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Pažymėkite Jums tinkančius atsakymus apie organizacinę ir komunikacinę paslaugų prieinamumą pandemijos laikotarpiu:

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Sutinku iš dalies	Visiškai sutinku	Nežinau
Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimas PRSP Jus tenkina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Registruojantis PRSP pas gydytojus specialistus nesusiduriate su iššūkiais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dažniausiai PRSP pas gydytojus registruojatės internetu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dažniausiai PRSP pas gydytojus registruojatės telefonu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dažniausiai PRSP pas gydytojus registruojatės internetu ir telefonu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dažniausiai PRSP pas gydytojus registruojatės (įrašykite).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vidutinis laukimo laikas PRSP nuo registracijos iki patekimo pas gydytoją Jus tenkina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laukimo laikas prie gydytojo specialisto kabineto PRSP Jus tenkina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dažniausiai PRSP gydytojas informuoja apie tyrimų rezultatus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dažniausiai PRSP gydytojas informuoja apie sveikatos stiprinimo būdus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dažniausiai galite išsikviesti PRSP gydytoją į namus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRSP niekada neįtariate diskriminacijos dėl amžiaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRSP personalas aptarnauja pacientus tinkamai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRSP personalas aptarnauja pacientus operatyviai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dėl prasto paslaugų prieinamumo PRSP galvojote apie įstaigos keitimą	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dėl prasto paslaugų prieinamumo PRSP keitėte gydymo įstaigą	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dėl prasto prieinamumo pas šeimos gydytoją PRSP galvojote apie šeimos gydytojo keitimą	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dėl prasto prieinamumo pas šeimos gydytoją PRSP keitėte šeimos gydytoją	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Su kokiais sunkumais susidūrėte registruojantis pas gydytoją specialistą pandemijos laikotarpiu? (galite pažymėti kelis atsakymo variantus)

- Sunku prisiskambinti
- Ilgas laukimo laikas registracinėse eilėse poliklinikoje
- Didelė skambučio kaina
- Nesinaudoju arba nemoku naudotis internetu
- Kita (įrašykite) _____

11. Kiek laiko vidutiniškai teko laukti vizito pas gydytoją nuo registracijos datos pandemijos laikotarpiu?

- Iki 24 val.
- Iki vienos savaitės
- Iki vieno mėnesio
- Iki pusės metų
- Pusę metų ir daugiau



12. Dažniausiai vidutiniškai prie gydytojo specialisto kabineto pandemijos laikotarpiu laukti teko?

- Laukti nereikėjo, aptarnauja iš karto atvykus
- Iki 15 min.
- Iki 30 min.
- Daugiau kaip 30 min.
- Kontaktiniu būdu pandemijos metu nesilankiau / lankiausi retai.

13. Su kokiais sunkumais susidūrėte norėdami išsikviesti šeimos gydytoją/terapeutą į namus pandemijos laikotarpiu?

- Nežinojote apie tokią galimybę
- Gydytojas atsisakė vykti dėl užimtumo
- Į COVID-19 ligą panašūs simptomai
- Niekada nekvietėte/nebuvo poreikio
- Kita (įrašykite) _____

14. Su kokiais sunkumais susidūrėte norėdami išsikviesti greitąją medicininę pagalbą į namus pandemijos laikotarpiu? (galite pažymėti kelis atsakymo variantus)

- Atsisakė atvykti nusakius simptomus
- Teko ilgai (iki valandos) laukti dėl GMP užimtumo
- Teko ilgai (virš valandos) laukti dėl GMP užimtumo
- Atvykę GMP darbuotojai buvo nemandagūs
- Atvykę GMP darbuotojai konstatavo, kad Jūsų ligos požymiai per menki, kad pristatyti į ligoninę
- Teko skambinti keletą kartų, kol pavyko
- Teko skambinti keletą kartų, kol atvyko
- Į COVID-19 ligą panašūs simptomai
- Kita (įrašykite) _____

15. Pažymėkite Jums tinkančius atsakymus apie ekonominį paslaugų prieinamumą pandemijos metu:

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Sutinku iš dalies	Visiškai sutinku	Nežinau
PRSP esate turėję mokamų paslaugų	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRSP niekada neteko atsisakyti paslaugų dėl per didelės kainos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dažniausiai nesusiduriate su finansiniais sunkumais įsigydami gydytojo paskirtus medikamentus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



16. Koku būdu dažniausiai bendravote su gydytoju pandemijos laikotarpiu?

- Kontaktiniu būdu
- Nuotoliniu būdu
- Kontaktiniu būdu, bet tik gavus neigiamą PGR tyrimo atsakymą
- Nuotoliniu būdu, net ir gavus neigiamą PGR tyrimo atsakymą
- Kontaktiniu ir nuotoliniu būdais
- Kita (įrašykite) _____

***Nuoširdžiai dėkoju už skirtą laiką ir dalyvavimą apklausoje!
Linkiu sveikatos ir gauti laiku ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas!***

Klausimynas informantams

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas COVID-19 pandemijos kontekste***Interviu klausimynas Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos vadovams (informantams)***

Tyrimą atlieka Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos Viešojo valdymo magistrantė Aistė Sinicaitė. Tyrimo tikslas – atskleidus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, identifikuoti esminius iššūkius ir sprendimus Lietuvoje ir Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje COVID-19 sąlygomis. Apklausa žodžiu (pusiau struktūruotas interviu) atliekama laikantis tokių tyrimo etikos principų, kaip savanoriškumas – tyrimo dalyviai savanoriškai apsisprendžia dalyvauti tyrime, pasirašę specialius sutikimus dėl dalyvavimo; siekiant užtikrinti interviu dalyvių konfidencialumą, informantų pasisakymai cituojant yra užkoduoti.

1. *Kuo, Jūsų manymu, turėtų pasižymėti tinkamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas? Pateikite pavyzdžių.*
2. *Kas, Jūsų manymu, turėtų užtikrinti šių paslaugų prieinamumą bet kokiomis sąlygomis?*
3. *Kaip vertintumėte sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimą savo įstaigoje iki COVID-19 pandemijos? Su kokiais iššūkiais susidurdavo Jūsų įstaiga?*
4. *Komunikacinis prieinamumas reiškia galimybę prisiregistruoti ir gauti paslaugas nepaisant atstumo ir gyvenamosios vietovės. Kaip manote, ar buvo kokių nors skirtumų norint pasiekti Jūsų įstaigą miesto ir kaimo žmonėms pandeminiame situacijoje? Pateikite pavyzdžių.*
5. *Organizacinis prieinamumas reiškia galimybę esant poreikiui greitai prisiregistruoti ir gauti sveikatos priežiūros paslaugas pas gydytojus specialistus, trumpai laukti eilėse prie gydytojo kabineto ir gauti malonų grįžtamąjį ryšį. Kuo pasižymėjo organizacinis prieinamumas Jūsų įstaigoje iki pandemijos ir jai prasidėjus? Ar buvo kokių nors reikšmingų valdymo pokyčių Jūsų įstaigoje prasidėjus pandemijai? Pateikite pavyzdžių.*
6. *Ekonominis prieinamumas reiškia galimybę gauti (ne)mokamas paslaugas ir medikamentus, kurių nereikėtų atsisakyti dėl per didelės kainos. Kaip dažnai pacientai atsisako paslaugų dėl per didelės kainos? Kaip keitėsi pacientų poreikiai nemokamoms ir mokamoms paslaugoms Jūsų įstaigoje prasidėjus pandemijai? Jeigu buvo pokyčių, ar Jūsų nuomone, mokamų paslaugų poreikis išaugs (sumažės) pandemijai pasibaigus?*
7. *Su kokiais organizaciniais iššūkiais Jūsų įstaiga susidūrė užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pandeminiame situacijoje? Kaip įstaigos veiklą paveikė nuolat priimami nauji LR Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimai pandemijos valdymui?*
8. *Su kokiais išteklių valdymo iššūkiais susidūrėte (darbuotojų, asmens apsaugos priemonių, technikos, medikamentų ir kt. stygiai)? Kaip keitėsi žmogiškieji ištekliai Jūsų įstaigoje prasidėjus COVID-19 pandemijai?*
9. *Kaip sekėsi valdyti pacientų registracijos pas šeimos gydytoją procesus prasidėjus pandemijai ir dabar, kai pandemija po truputį mažėja? Su kokiais sunkumais susiduriate pandeminiame situacijoje?*
10. *Kiek dažnai pacientai pandemijos laikotarpiu naudojami galimybe Jūsų įstaigoje išsikviesti šeimos gydytoją į namus? Su kokiais iššūkiais susidūrėte?*
11. *Kaip vertinate gydytojų specialistų įvairovę Jūsų įstaigoje? Galbūt tenka ieškoti specialistų papildomai? Galbūt kokių nors sveikatos priežiūros paslaugos teikimui vienoje įstaigoje dar trūkstate kokių nors išteklių?*
12. *Kas pandemijos laikotarpiu labiausiai padėjo atliepti pokyčius ir įveikti iššūkius Jūsų įstaigoje? Kiek šiuose procesuose buvo svarbūs lyderystės, vadovavimo procesai?*

Leidimas atlikti mokslinį (empirinį) tyrimą

Vilniaus universitetas, Šiaulių akademija, Regionų plėtros institutas
(Vytauto g. 84, Šiauliai)

Panevėžio rajono savivaldybės poliklinika
(Jakšto g. 4, Panevėžys)

Atsakingam asmeniui

PRAŠYMAS

DĖL LEIDIMO ATLIKTI MOKSLINĮ (EMPIRINĮ) TYRIMĄ

2022-03-31

Šiauliai

Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos Viešojo valdymo studijų programos studentė Aistė Sinicaitytė atlieka mokslinį tyrimą „Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas COVID-19 pandemijos kontekste“. Jos tyrimo laukas – Lietuvos kontekstas ir Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikos atvejais.

Labai prašytume bendradarbiauti ir leisti jai atlikti kiekybinį tyrimą (pacientų apklausą raštu) ir kokybinį tyrimą (dviejų informantų apklausą raštu – interviu apie paslaugų prieinamumo valdymą) Jūsų įstaigoje.

Kilus klausimų galima pasiteirauti mokslinio darbo vadovės – Viešojo administravimo studijų programų komiteto pirmininkės doc. dr. Vitos Juknevičienės telefonu + 37067779357 arba el. paštu vita.jukneviene@sa.vu.lt.

Regionų plėtros instituto docentė,

Viešojo administravimo studijų programų komiteto pirmininkė



dr. Vita Juknevičienė

SUTINKU / NESUTINKU



Vyriausiojo gydytojo pavaduotoja
asmens sveikatos priežiūrai
Danutė Pajėdienė

(pareigos, vardas, pavardė, parašas, data)

(vardas, pavardė)

(kontaktiniai duomenys)

Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos
Regionų plėtros institutui

SUTIKIMAS DALYVAUTI MOKSLINIAME TYRIME

2022- ____ - ____

(Miestas)

Sutinku / nesutinku dalyvauti Vilniaus universiteto Šiaulių akademijos Regionų plėtros instituto Viešojo valdymo magistrantės Aistės Sinicaitės atliekamame moksliniame tyrime, kurio tikslas – atskleidus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, identifikuoti esminius iššūkius ir sprendimus Lietuvoje ir Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje COVID-19 sąlygomis.

Sutinku / nesutinku, kad tyrimo metu gauti duomenys būtų naudojami plėtojant žinias apie iššūkius ir sprendimus, susijusius su sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimu Lietuvoje ir Panevėžio rajono savivaldybės poliklinikoje COVID-19 pandemijos laikotarpiu.

Sutinku / nesutinku, kad interviu metu būtų daromas garso įrašas.

Tyrėja – Viešojo valdymo magistrantė Aistė Sinicaitė įsipareigoja, kad tyrimo rezultatai bus pateikiami konfidencialiai ir tik moksliniais tikslais.

Tyrimo dalyvis (-ė)

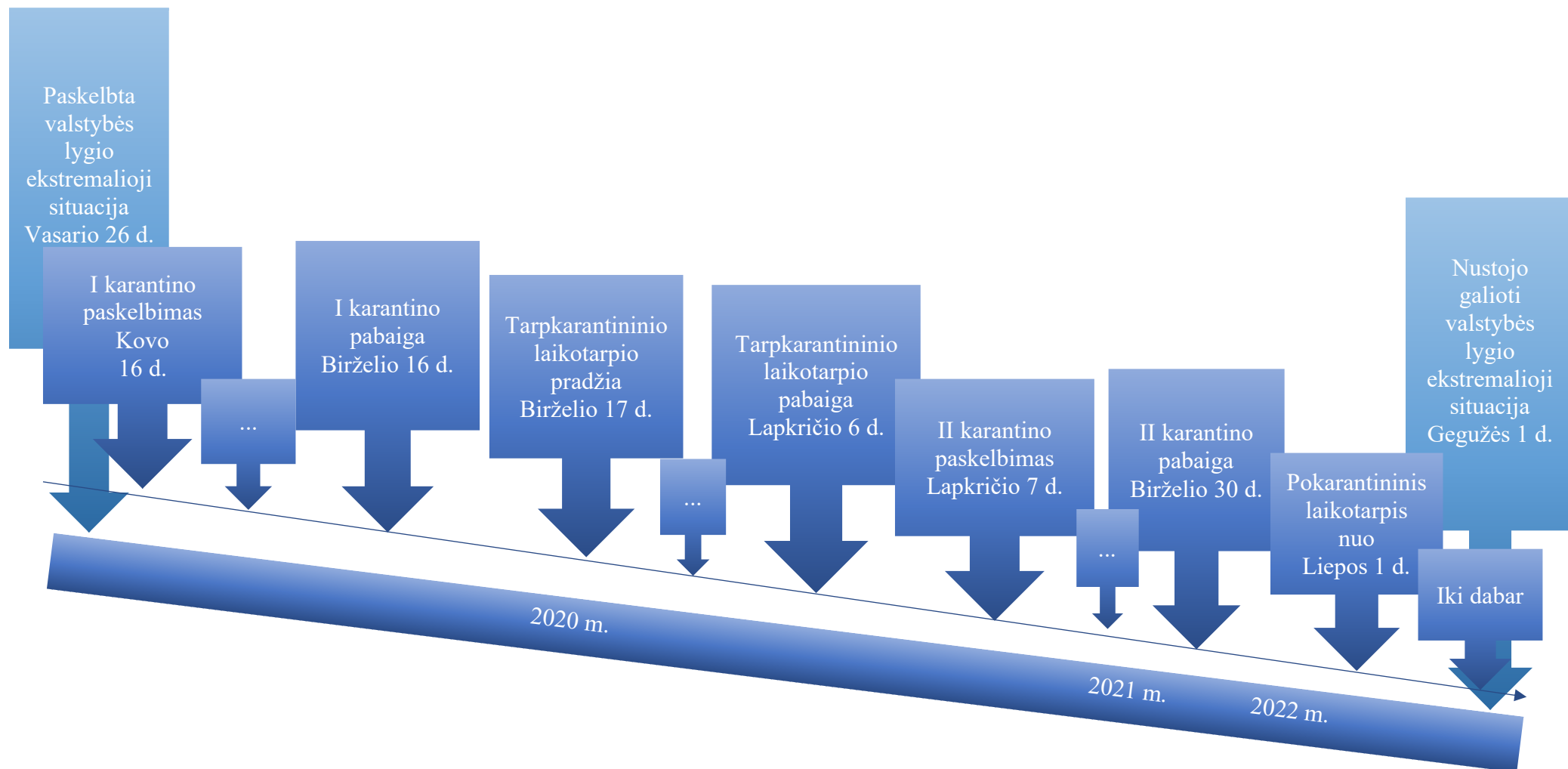
(vardas, pavardė, parašas, data)

Tyrėja Aistė Sinicaitė

(vardas, pavardė, parašas, data)

Mokslinio darbo vadovė
doc. dr. Vita Juknevičienė
vita.juknevi-ciene@sa.vu.lt

Vilniaus universitetas, Šiaulių akademija, Regionų plėtros institutas (Vytauto g. 84, Šiauliai)



30 pav. Karantino ir ekstremalios situacijos laikotarpių paskelbimo Lietuvoje laiko juosta, 2020–2022 m.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės.

**LR Vyriausybės, Seimo ir Sveikatos apsaugos ministro priimtų įstatymų, nutarimų ir įsakymų dokumentų turinio analizė,
priimtų nuo 2020 m. kovo 16 d. iki 2022 m. gegužės 1 d.**

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
<p>LR Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“ 2020-03-31</p>	<p>„<...> užtikrinama, kad jas pacientams teiktų: <...> du visu etatu dirbantys specialistai – bendruomenės ir (ar) bendrosios praktikos, ir (ar) išplėstinės praktikos, ir (ar) psichikos sveikatos slaugytojai; <...> du visu etatu dirbantys slaugytojo padėjėjai; <...> vienas visu etatu dirbantis kineziterapeutas.“; „<...> stacionariųjų paslaugų (išskyrus palaikomojo gydymo ir slaugos bei stacionarinės paliatyvosios pagalbos paslaugas), brangiųjų tyrimų ir procedūrų TLK veiklos zonos vartojimo rodiklis, kurio reikšmė apskaičiuojama prie TLK veiklos zonos ASPĮ prirašytiems gyventojams per metus suteiktų paslaugų skaičių dalijant iš prie TLK veiklos zonos ASPĮ prirašytų gyventojų skaičiaus ir dauginant iš 100, yra 10 procentų (ir daugiau) mažesnis nei šalies vidurkis; <...> dėl paslaugų, nurodytų šio sąrašo 11.2 papunktyje, kurias teikianti ASPĮ pagal licencijoje nurodytą asmens sveikatos priežiūros veiklos adresą yra kitos TLK veiklos zonoje, sutartį sudarančios TLK veiklos zonos vartojimo rodiklis, kurio reikšmė apskaičiuojama prie TLK veiklos zonos ASPĮ prirašytiems gyventojams per metus suteiktų paslaugų skaičių dalijant iš prie TLK veiklos zonos ASPĮ prirašytų gyventojų skaičiaus ir dauginant iš 100, yra 10 procentų (ir daugiau) mažesnis nei šalies vidurkis; <...> faktinis slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius, tenkantis 1 000 savivaldybės gyventojų, neviršija tai savivaldybei arba bent vienai iš besiribojančių savivaldybių pagal gyventojų amžiaus struktūrą apskaičiuoto lovų skaičiaus, kai bendras šalies rodiklis yra 3 lovos 1 000 gyventojų; <...> stacionarinės paliatyvosios pagalbos lovų skaičius, tenkantis 100 tūkst. savivaldybės gyventojų, neviršija 12 lovų 100 tūkst. gyventojų.“; „<...> paslaugoms, teikiamoms laisvės atėmimo vietų ligoninėje;“; „<...> paslaugoms, kurių teikimas būtinas klasterių centru funkcijoms užtikrinti.“; „<...> paslaugos, teikiamos pagal 2020 metams teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudarytas sutartis dėl ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, apmokamos pagal iki 2020 m. birželio 30 d. galiojusiame Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 3 punkte nustatytas sąlygas iki šių sutarčių galiojimo pabaigos.“.</p>	<p>Žmogiškųjų išteklių užtikrinimas, atidžiau peržvelgti SPĮ prisirašytų gyventojų skaičių, reguliuoti lovų skaičių, sudaryti sąlygas, kad būtų laisvų lovų, o esant reikalui būtų teikiamos laisvės atėmimo vietų ligoninėje politika. Klasterinių centrų funkcijų užtikrinimas.</p>	<p>Užtikrintas prieinamumas pacientams stacionariam gydymui pandemijos laikotarpiu.</p>
<p>LR Vyriausybės nutarimas „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų darbo užmokesčio didinimo karantino metu tvarkos aprašo patvirtinimo“ 2020-05-06</p>	<p>„LNSS priklausančių įstaigų darbuotojų darbo užmokesčio didinimo konkretus procentinis dydis nuo 60 iki 100 procentų nustatomas LNSS priklausančių įstaigų vadovų sprendimu, atsižvelgiant į konkretaus darbuotojo, karantino metu organizuojančio ir (ar) teikiančio sveikatos priežiūros paslaugas ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis sergantiems pacientams ar vykdančio epidemijų profilaktikos priemonės ypač pavojingų ligų židiniuose (toliau – paslaugos teikimas), atliekamų funkcijų pobūdį, sudėtingumą ir atsakomybės lygį, darbo krūvį ir veiklos mastą.“</p>	<p>Peržiūrėti finansavimą, pertvarkyti algų mokėjimo skaičiavimą. Darbuotojų ekonominė motyvacija.</p>	<p>Didesnis žmogiškųjų išteklių resursai, dėl ko platesnis prieinamumas pas specialistus.</p>

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
LR Vyriausybės įstatymas „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 2, 3, 16, 59-1, 59-2, 59-3, 59-4, 59-5, 59-6, 75 straipsnių pakeitimo ir Įstatymo papildymo priedu įstatymo Nr. XIII-2754 1 ir 14 straipsnių pakeitimo įstatymas“ 2020-05-21	<i>„Sveikatos priežiūros prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei.“; „Sveikatos priežiūros priimtumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitikimą.“</i>	Užtikrinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir priimtinumą.	Apibrėžtos sąvokos sudaro galimybę žinoti, kokias paslaugas pacientai privalo gauti.
LR Vyriausybės nutarimas "Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo" 2020-06-03	<i>„Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“, ir <...> pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros, sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos, ambulatorinėms slaugos namuose, ambulatorinėms paliatyviosios pagalbos, vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro, dantų protezavimo, hemodializės ir prevencinės programose numatytiems paslaugoms;“.</i>	Sudaryti sąlygas minėtomis ligomis sergantiems pacientams gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurias apmoka PSD.	Suteikiamas geresnis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas gaunantiems pacientams.
LR Vyriausybės nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 153 ir 45 straipsnių pakeitimo įstatymo projekto Nr. XIII-4378“ 2020-06-22	<i>„Jei asmens sveikatos priežiūros įstaigos priklauso LNSS ir teikia pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, organizuoja savo darbą taip, kad pačios (arba per sutartis su kitomis įstaigomis) užtikrina pirminių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams daugiau kaip po 11 nepertraukiamų valandų 5 darbo dienas per savaitę, įstaigai sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka papildomai skiriamas finansinis skatinimas.“; „<...> jeigu jos priklauso LNSS ir teikia pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, organizuoti savo darbą taip, kad pačių įstaigų (arba sudarius sutartis su kitomis įstaigomis dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pacientams užtikrinimo kitose įstaigose) sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos pacientams būtų užtikrinamos ne mažiau kaip po 11 nepertraukiamų valandų 5 darbo dienas per savaitę.“; „Atsižvelgiant į tai, kad Įstatymo projekto 1 straipsniu atsisakoma Įstatymo 15 straipsnio 2 dalies 1 punkto, kuriame buvo nustatyta, kad pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos sveikatos apsaugos ministro nustatyti ūmių būklių atvejais privalo būti suteiktos ne vėliau kaip per 24 valandas, o Įstatymo projekto 2 straipsniu, kuriuo keičiamas Įstatymo 45 straipsnis, atsisakoma pareigos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms savo darbą organizuoti taip, kad pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (taip pat ir ūmių būklių atvejais) įstaigos pacientams būtų užtikrinamos 24 valandas per parą ir 7 dienas per savaitę <...> įstaigoms informuoti pacientus apie kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir jų darbo laiką, kur jie įstaigos ne darbo laiku galėtų gauti būtinąją medicinos pagalbą.“.</i>	Organizuoti darbą taip, kad būtų užtikrintas paslaugų teikimas. Visos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti užtikrinamos, ambulatorinės 11val per parą, 5d. per savaitę, o būtinoji pagalba 24val per parą ir 7 dienas per savaitę.	Prieinamos ambulatorinės paslaugos 11val. per parą 5d. per savaitę, neatidėliotina pagalba 24val. per parą, 7 dienas per savaitę.
LR Vyriausybės nutarimas „Dėl pritarimo valstybės rezervo tvarkytojos – Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimams panaudoti jos tvarkomas valstybės rezervo medicinos atsargas“ 2020-08-12	<i>„Pavesti Sveikatos apsaugos ministerijai iki 2020 m. gruodžio 31 d. atkurti panaudotas valstybės rezervo medicinos atsargas.“</i>	Gaunamos medicininės atsargos gerina paslaugų prieinamumą, didesnė paslaugų pasiūla.	Gerinamas paslaugų prieinamumas, užtikrinta saugi aplinka.
LR Vyriausybės įstatymas „Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 5 straipsnio pakeitimo įstatymas“ 2020-11-05	<i>„Asmens sveikatos priežiūros veiklos licencijas jau turinčios asmens sveikatos priežiūros įstaigos asmeninės apsaugos priemonės ir kitas veiklos vykdymui užtikrinti būtinas priemonės turi įsigyti ir sukaupti vadovaudamosi šio įstatymo nuostatomis iki 2021 m. kovo 1 d.“</i>	Iki nustatyto termino sukaupti asmeninės apsaugos priemonės, turėti kur sandėliuoti.	Užtikrinamas paslaugų prieinamumas dėl trūkstantų AAP.

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
LR Seimo įstatymas „Dėl Lietuvos Respublikos 2019 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio patvirtinimo“ 2020-12-03	„<...> siekdamas, kad gydymo įstaigų teikiami duomenys sveikatos priežiūros paslaugų kainai apskaičiuoti būtų teisingi ir palyginami; <...>“; akcentuodamas, kad mokslo, technologijų pažanga, nuolat kintantys gydymo ir tyrimo metodai, pacientų poreikiai lemia tai, kad Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos gydymo įstaigos patvirtina bei teikia ir kitas mokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas kitokiomis kainomis, negu patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos<...>“.	Peržvelgti paslaugų kainas ir apskaičiuoti teisingai, bei palyginamai.	Sudarytos vienos sąlygos įsigyjant sveikatos priežiūros paslaugas.
LR Seimo įstatymas „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 10 straipsnio pakeitimo įstatymas“ 2021-01-14	„Paciento priemokos už kompensuojamuosius vaistus, įrašytus į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą bei į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą, ir medicinos pagalbos priemones, įrašytas į Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą, skiriamas senatvės pensijos amžių sukakusiems arba Lietuvos Respublikos neįgalųjų socialinės integracijos įstatyme nurodytiems neįgaliesiems asmenims, kurių užpraeitą mėnesį gautų socialinio draudimo pensijų (kartu su socialinio draudimo senatvės arba netekto darbingumo (invalidumo) pensijų priemokomis), šalpos išmokų, valstybinių pensijų, užsienio valstybės pensijų, pensijų išmokų, mokamų pagal Lietuvos Respublikos pensijų kaupimo įstatymą ir Lietuvos Respublikos papildomo savanoriško pensijų kaupimo įstatymą, kompensacinių išmokų profesionaliojo scenos meno įstaigų kūrybiniais darbuotojams, valstybinių signataro rentų, valstybinių signataro našlių ir našlaičių rentų, rentų buvusiems sportininkams, kompensacijų už ypatingas darbo sąlygas ir (ar) draudžiamųjų pajamų, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatyme, suma sudaro mažiau kaip 100 procentų einamųjų metų minimalių vartojimo poreikių dydžio, apskaičiuoto Lietuvos Respublikos socialinės paramos išmokų atskaitos rodiklių ir bazinio bausmių ir nuobaudų dydžio nustatymo įstatymo nustatyta tvarka, arba 75 metų ir vyresniems asmenims, padengiamos Vyriausybės nustatyta tvarka.“	Peržvelgti pacientų priemokos už kompensuojamus vaistus sąrašą.	Keičiasi prieinamumas prie kompensuojamųjų vaistų.
LR Vyriausybės nutarimas „Dėl pritarimo valstybės rezervo tvarkytojos – Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimams panaudoti jos tvarkomas valstybės rezervo medicinos atsargas“ 2021-01-27	„Pritarti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. rugpjūčio 7 d. Nr. V-1801, spalio 10 d. Nr. V-2242, spalio 12 d. Nr. V-2247, spalio 12 d. Nr. V-2248 ir spalio 15 d. Nr. V-2276 sprendimams panaudoti šio nutarimo priede nurodytas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tvarkomas valstybės rezervo medicinos atsargas, kurių bendra įsigijimo vertė 71 185 eurai (septyniasdešimt vienas tūkstantis vienas šimtas aštuoniasdešimt penki eurai), susidarius valstybės lygio ekstremaliajai situacijai šalyje dėl COVID-19 (koronavirusinės infekcijos) plitimo.<...> Pavesti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai panaudotas valstybės rezervo medicinos atsargas iki 2021 m. liepos 1 d. atkurti iš 2021 metams Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai šiam tikslui numatytų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimų.“	Gaunamos valstybės rezervo atsargos ir sudaromos didesnės sąlygos teikti kontaktines paslaugas.	Geresnis prieinamumas prie kontaktinių paslaugų.
LR Vyriausybės įstatymas „Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9 ir 11 straipsnių pakeitimo įstatymas“ 2021-04-29	„Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų bazinės kainas ir šių paslaugų apmokėjimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras. Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų bazinės kainos nustatomos įvertinus Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.<...> Apmokama 100 procentų medicininės reabilitacijos paslaugų bazinės kainos. <...> 90 procentų sanatorinio gydymo paslaugų bazinės kainos apmokama: <...> už vaikų iki 7 metų gydymą; <...> už asmenų iki 18 metų, kurie teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti neįgaliaisiais, gydymą.“	Supažindinti darbuotojus su apmokamų reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų apmojimo tvarka.	Geresnis prieinamumas prie reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų tam tikroms žmonių grupėms.
LR Seimo įstatymas „Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 67 straipsnio pakeitimo įstatymas“ 2021-06-17	„Taryba turi teisę: skatinti valstybės ir savivaldybių institucijas, įstaigas, asociacijas bendradarbiauti sprendžiant strateginius sveikatos sistemos tobulinimo klausimus, bendradarbiauti su kitų Europos Sąjungos valstybių narių ir kitų valstybių panašiomis institucijomis; <...> telkti Lietuvos ir užsienio intelektinius išteklius sveikatos sistemai tobulinti ir plėtoti;<...>“.	Sudaromos galimybės dalyvauti sprendžiant strateginius sveikatos sistemos tobulinimo klausimus.	Geresnės ir tobulesnės sveikatos priežiūros paslaugos.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis nurodytais dokumentais.

LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų ir pokyčių pirmojo karantino metu turinio analizė

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl visuomenės sveikatos priemonių, siekiant valdyti COVID-19 ligą (koronaviruso infekciją)“ 2020-03-16	„<...>atidėti visų visuomenės sveikatos stiprinimo veiklų, apimančių grupinius ir individualius užsiėmimus <...>“.	Paslaugų reorganizavimas pereinant į nuotolines paslaugas.	Prastėja sveikata dėl blogo prienamumo prie paslaugų ir/arba prastos paslaugų kokybės.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl receptinių vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) vaistinėse“ 2020-03-17	„<...> išduoti (parduoti) gyventojams kompensuojamus vaistinius preparatus ar kompensuojamąsias medicinos pagalbos priemonių pagal popierinius <...> elektroninius <...> receptus, skirtus kitam pacientui, nereikalaujant pateikti jokių dokumentų.“.	Supažindinti personalą su nauja tvarka.	Sudarytos puikios sąlygos pacientams negalintiems nuvykti patiems įsigyti medicininių pagalbos priemonių ar medikamentų.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl receptinių vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) vaistinėse“ 2020-03-17	„<...> išduoti (parduoti) gyventojams kompensuojamus vaistinius preparatus ar kompensuojamąsias medicinos pagalbos priemonių pagal popierinius <...> elektroninius <...> receptus, skirtus kitam pacientui, nereikalaujant pateikti jokių dokumentų.“.	Supažindinti personalą su nauja tvarka.	Sudarytos puikios sąlygos pacientams negalintiems nuvykti patiems įsigyti medicininių pagalbos priemonių ar medikamentų.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl gydytojų konsultacinės linijos, skirtos COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergantiems pacientams ir sveikatos priežiūros specialistams, organizavimo“ 2020-03-24	„<...> suteikti reikiamus žmogiškuosius ir materialiuosius išteklius gydytojų konsultacinės linijos, skirtos COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergantiems pacientams ir sveikatos priežiūros specialistams, darbui užtikrinti 1808 telefono linijoje <...>“; „<...> atsižvelgus į VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stoties pateiktą poreikį, atšaukti reikiamą kiekį gydytojų ir gydytojų rezidentų iš jų darbo ir studijų vietų ir šių asmens sveikatos priežiūros specialistų vardinius sąrašus nedelsiant perduoti VšĮ Kauno miesto greitosios medicinos pagalbos stoties vadovui <...>“.	Organizuoti karštosios linijos 1808 veikimą, užtikrinti žmogiškuosius išteklius, vykdyti pacientų rūšiavimą pagal LR sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo nurodytus kriterijus.	Pacientams suteiktas platesnis ir konkretesnis prienamumas dėl COVID-19 ligos, sumažėjęs greitosios medicinos pagalbos linijų užimtumas. Pacientai, kurie kreipiasi ne dėl COVID-19 ligos greičiau gali pasiekti greitąją medicinos pagalbą.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“ 2020-04-15	„Planinės operacijos ir planinės hospitalizacijos dėl kitų diagnostinių ir gydomųjų paslaugų <...> pacientams, kurie dar nėra hospitalizuoti įstaigoje, atidedamos, o kurie hospitalizuoti – atšaukiamos, išskyrus sveikatos priežiūros paslaugas, kurių nesuteikus pacientui atsirastų būtinosios medicinos pagalbos poreikis arba labai pablogėtų jo būklė (sprendžia gydantis gydytojas).“; „Onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams planinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos priskiriamos neatidėliotinoms paslaugoms.“; „Sveikatos priežiūros specialistų darbas organizuojamas įstaigos vadovo nustatyta tvarka pacientus konsultuojant nuotoliniu būdu <...> vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymas,	Prisitaikyti prie nuotolinio paslaugų teikimo, didesnio technologijų pasitelkimo. Reorganizuoti paslaugų teikimą užtikrinant pacientų ne dėl COVID-19 ligos atskyrimą nuo COVID-19 liga sergančiųjų.	Atidedamos ar atšaukiamos paslaugos, nuotolinės konsultacijos teikiamos iki tol, kol gydančio gydytojo nuomone nesuteikus kontaktinių paslaugų gali stipriai pablogėti sveikata ar net prireikti būtinosios pagalbos, kas rodo, jog yra sudaromos sąlygos lėtinų ligų ūmėjimui.

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
	<p><i>konsultacijos <...>“; „<...> diagnostinės paslaugos ir procedūros teikiamos tik tais atvejais, kai jų nesuteikimas pacientui turėtų tiesioginės įtakos pacientų sveikatos pablogėjimui.“; „<...>ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos privalo atnaujinti ar pasirengti nuotolinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkas ir pagal jas organizuoti nuotolines konsultacijas<...> teikiamos informacinėmis ir elektroninių ryšių technologijomis<...>“; „Jei asmens sveikatos priežiūros paslaugos įstaigoje teikiamos pacientams dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos), asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovas privalo užtikrinti, kad įstaigoje kitų pacientų atžvilgiu būtų laikomasi Infekcijų kontrolės reikalavimų.“, ASPĮ organizuoja darbuotojų mokymus kaip naudoti apsaugos priemonės ir atliekų tvarkymą.“; „<...> įstaigos veiklą organizuoti taip, kad būtų užtikrintas paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) įstaigoje savalaikiškumas ir prieinamumas, pacientų, kuriems paslaugos teikiamos ne dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) atskyrimas nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) paslaugos.“.</i></p>		<p>Blogas prieinamumas, dėl į COVID-19 ligą panašių simptomų ar patvirtinta COVID-19 liga, kaip kreipiamasi dėl kitų sveikatos problemų</p>
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl asmenims, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) apmokėjimo“ 2020-04-20</p>	<p><i>„Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokėti asmens sveikatos priežiūros įstaigų išlaidas pacientų, neturinčių teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, kuriems įtariama COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), <...> virusas nenustatytas arba <...> Kontaktas su sergančiaisiais kitomis užkrečiamosiomis ligomis ir jų poveikis, ir (arba) kuriems yra diagnozuota COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), <...> neturintys teisės į nemokamą gydymą) tyrimams ir gydymui;<...>“; „išlaidas apmokėti pagal asmens sveikatos priežiūros įstaigų pateiktas sąskaitas už faktiškai suteiktas šias paslaugas;<...>“; „<...>sveikatos priežiūros įstaigas karantino laikotarpiu: teikti pacientams, neturintiems teisės į nemokamą gydymą, asmens sveikatos priežiūros paslaugas <...>“.</i></p>	<p>Įstaigos turėjo sudaryti sąlygas pacientams, kurie neturi privalomojo sveikatos draudimo suteikti paslaugas, kai įtariamas nenustatytas arba nustatytas COVID-19 ligos atvejis.</p>	<p>Gyventojai, kurie neturi privalomojo sveikatos draudimo turėjo galimybę gydytis nuo COVID-19 ligos nemokamai nepriklausomai ar ji patvirtinta, ar įtariama nepatvirtinta.</p>
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl planinių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų etapinio atnaujinimo ir teikimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje plano rengimo reikalavimų“ 2020-04-29</p>	<p><i>„Paslaugas įstaiga gali pradėti teikti tik po to, kai parengtą Planą: raštu suderina su įstaigos infekcijų kontrolės specialistu, <...> patvirtina įstaigos vadovas ir patvirtintą nusiunčia Nacionaliniam visuomenės sveikatos centrui prie Sveikatos apsaugos ministerijos.“; „Atsižvelgiant į infekcijų kontrolės principus, Plane turi būti: Įvertinta infrastruktūra: apskaičiuotas <...> per dieną galimų priimti pacientų skaičius ir įvertintas, <...> kabinetų, skirtų nuotolinėms ir tiesioginio kontakto su pacientu konsultacijoms <...>, kabinetų, skirtų invazinėms ir neinvazinėms procedūroms <...> skaičius, <...> sudarytas kiekvieno kabineto atskiras konsultacijų grafikas, <...> užtikrintas kabinetų ir kitų ASPĮ patalpų, daiktų, įrenginių, paviršių valymas / dezinfekcija <...>“; „<...>nustatyti personalo darbo principai: užtikrinta, kad ASPP teiktų minimalus, būtinas paslaugai suteikti, asmens sveikatos priežiūros specialistų skaičius <...>, jeigu komandoje dirbantis asmens sveikatos specialistas dirba ir kitoje ASPĮ, tai, siekiant kryžminės taršos prevencijos, toks specialistas kiekvienoje ASPĮ, kurioje ASPP teikia tiesioginio kontakto su pacientu būdu, dirba ciklais <...>, užtikrinta, kad ASPĮ darbuotojai naudotų asmeninės apsaugos priemones atsižvelgiant į saugumo lygius, <...> numatyti detalūs įstaigos ir personalo veiksmai, identifikavus COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) atvejį ASPĮ<...>“; „<...>nustatyti pacientų aptarnavimo ir ASPP teikimo principai: <...> užtikrinta, kad</i></p>	<p>Įstaigos privalėjo parengti planus, kaip valdys srautus laikydamiesi infekcijų kontrolės, nustatyti darbo principus. Darbuotojai dirbantys keliose įstaigoje ir įstaigos susidūrė su darbo ciklų organizavimu. Galimas darbuotojų trūkumas dėl perorganizavimo. Įstaigos privalėjo nustatyti srautų valdymo principus, kurti strategijas. Pacientų informavimas apie registracijos tvarką.</p>	<p>Pacientai lengviau galėjo prieiti prie sveikatos priežiūros paslaugų, tačiau dėl vykdomos srautų valdymo strategijos laisvų įprastai vietų skaičius pas gydytojus negalėjo būti atkurtas į priešpandeminį laikotarpį. Pacientai galėjo registruotis vadovo nustatyta tvarka.</p>

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
	<p>prioritetas būtų teikiamas nuotoliniam ASPP teikimo būdai <...>, kad ASPĮ registratūra ar skambučių centras per Išankstinę pacientų registravimo informacinę sistemą ar kitu elektroniniu būdu, ar telefonu pacientą registruotų tik dėl nuotolinių šeimos gydytojo ar slaugytojo ASPP <...>, gydytojo specialisto tiesioginio kontakto su pacientu konsultacijos registruojamos ASPĮ vadovo nustatyta tvarka <...>“; „<...>nustatyti pacientų srautų valdymo principai<...>“.</p>		
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. kovo 16 d. sprendimo Nr. V-387 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“ pakeitimo“ 2020-04-30</p>	<p>„Visiems į stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų <...> stacionarizuojamiems pacientams, o jeigu įstaigoje kartu su pacientu lieka ir kitas asmuo <...> turi būti atliekamas viruso SARS-CoV-2 tyrimas (tiriant PGR metodu). Jeigu pacientui paskirtas planinis gydymas <...> viruso SARS-CoV-2 tyrimas (tiriant PGR metodu) jam gali būti atliekamas iki stacionarizavimo likus ne daugiau kaip 48 val.“, „Šeimos gydytojas ar slaugytojas, ESPBI IS gavęs paciento viruso SARS-CoV-2 tyrimo atsakymą, nedelsdamas informuoja pacientą ir ASPĮ, į kurią pacientas siunčiamas planinei paslaugai gauti.“, „<...> kol negautas viruso SARS-CoV-2 tyrimo atsakymas, stacionarizuojamas pacientas palatoje turi būti vienas <...>“, „<...>įstaigos personalas tuo atveju, kai pacientui nėra pasireiškę ūmiai kvėpavimo takų infekcijai būdingi ligos simptomai <...> naudoja ne žemesnio kaip II, o tuo atveju, kai dėl paciento sveikatos būklės negalima nustatyti ar pacientui yra pasireiškę ūmiai kvėpavimo takų infekcijai būdingi ligos simptomai <...> ne žemesnio kaip III <...>“ asmens apsaugos priemonių lygį.</p>	<p>Įstaigos privalėjo užtikrinti, kad pacientai iki COVID-19 ligos tyrimo atsakymo būtų vieni palatose, palatos būtų dezinfekuojamos, tinkamai naudojami asmens apsaugos priemonių resursai pagal būtinybę.</p>	<p>Pacientams buvo mažiau laisvų vietų, ko pasekmėse paslaugų teko laukti ilgiau, lėtinės ligos toliau ūmėjo. Privalėjo atlikti COVID-19 testą ir sugaišti papildomo laiko prieš paslaugų gavimą.</p>
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. kovo 16 d. sprendimo Nr. V-387 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“ pakeitimo“ 2020-05-14</p>	<p>„Planinės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos gali būti teikiamos tik tada, kai <...> nustatyta tvarka patvirtinamas <...> pateikiamas Planinių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų etapinio atnaujinimo ir teikimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje planas <...>. Planas paskelbiamas ASPĮ interneto svetainėje.“; „<...>ambulatorinės paslaugos onkologinėmis ligomis ir tuberkulioze sergantiems pacientams teikiamos prioriteto tvarka <...>“; „Organizuojant ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas prioritetas teikiamas nuotoliniam ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo būdai <...>“; „Tiesioginio kontakto su pacientu ASPP teikiama tik tuomet, kai dėl ASPP specifikos jos neįmanoma suteikti nuotoliniu būdu.“ „Odontologijos ir burnos priežiūros paslaugos <...> teikiamos šia tvarka: <...> pacientas turi susisiekti su odontologinės priežiūros <...> paslaugas teikiančia asmens sveikatos priežiūros įstaiga nuotoliniu būdu. Gydytojui odontologui nustatčius nuotoliniu būdu, kad pacientui reikalinga odontologinė pagalba, jis turi paskirti pacientui vizito laiką tokiu periodiškumu, kad būtų galima atlikti kabineto, kuriame buvo suteiktos paslaugos pacientui, pilną dezinfekciją; <...>, atvykstant pacientui sveikatos priežiūros specialistai, <...> turi apsirengti/užsidėti ir paslaugos teikimo metu dėvėti ne žemesnio kaip III saugumo lygio <...> asmeninės apsaugos priemonių rinkinį.“.</p>	<p>Įstaigos privalėjo laikytis nustatytos tvarkos ir prieš teikiant paslaugas ne tik pateikti ir laikytis Planinių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų plano, tačiau ir organizuoti asmeninės apsaugos priemones, išmokyti darbuotojus kaip naudoti ir dėvėti.</p>	<p>Ribotas vizitų skaičius dėl teikimo asmens sveikatos priežiūros paslaugų įstaigoje plano ir asmeninių apsaugos priemonių išteklių užtikrinimo.</p>
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl valstybės ir savivaldybių institucijų, įstaigų, valstybės ir savivaldybių valdomų įmonių bei</p>	<p>„<...> valstybės ir savivaldybių institucijų, įstaigų, valstybės ir savivaldybių valdomų įmonių vadovus: <...> Užtikrinti, kad įstaigose dirbtų darbuotojai, neturintys ūmių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų ir kitų užkrečiamųjų ligų požymių <...> darbuotojams, kuriems pasireiškia ūmių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų <...> rekomenduoti konsultuotis Karštąja koronaviruso linija tel. 1808 arba susisiekti su</p>	<p>Vykdyti pavestus reikalavimus, paskirstyti žmogiškuosius išteklius taip, kad būtų užtikrinamas darbas. Kontroliuoti viršutinių kvėpavimo takų infekcijos požymius jaučiančių</p>	<p>Pablogėjęs paslaugų prieinamumas sveikatos priežiūros įstaigoje, nes jaučiant į viršutinių kvėpavimo takų infekciją ar kitų užkrečiamųjų ligų požymius</p>

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
privataus sektoriaus darbo organizavimo būtinų sąlygų“ 2020-06-16	<i>savo šeimos gydytoju konsultacijai. <...>“; „Užtikrinti darbuotojų ir lankytojų saugos reikalavimus <...> darbo vietas ir darbo vietų aplinka turi atitikti darbuotojų saugos ir sveikatos norminių teisės aktų reikalavimus; <...> nedirbti ir drausti įstaigoje dirbti darbuotojams, kuriems privaloma izoliacija, <...> išskyrus darbuotojus, dirbančius nuotoliniu būdu arba gavus NVSC leidimą; <...> apriboti darbuotojų fizinį kontaktą su lankytojais, išlaikant ne mažesnę nei 1 metro atstumą, <...>“; „Prie įėjimo į įstaigą pateikti informaciją: <...> apie lankytojų asmens higienos laikymosi būtinybę <...> kad įstaigoje neapstatuojami lankytojai, turintys ūmių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų požymių <...>“; „Sudaryti galimybę tinkamai darbuotojų ir lankytojų rankų higienai ir (ar) dezinfekcijai <...>“; „Vėdinti darbo patalpas ne rečiau kaip 1 kartą per valandą.“; „Dažnai liečiamus paviršius (durų rankenos, elektros jungikliai, kėdžių atramos ir kt.) valyti paviršiams valyti skirtu valikliu kaip galima dažniau, bet ne rečiau kaip 2 kartus per dieną.“; „Kitą aplinkos valymą ir dezinfekciją atlikti vadovaujantis Rekomendacijomis dezinfekcijai sveikatos priežiūros įstaigose ir ne sveikatos priežiūros patalpose (ne sveikatos priežiūros sektorius, įtarus ar patvirtinus COVID-19 atvejį) <...>“.</i>	darbuotojų ir lankytojų lankymąsi įstaigoje. Kontroliuoti patalpų vėdinimą ir srautų valdymą, patalpų dezinfekciją po įtariamo ar patvirtinto COVID-19 ligos sergančio lankymosi patalpoje.	negalėjimas kontaktiniu būdu atvykti į įstaigą. Patalpų vėdinimas užtrunka ir atima laiką, kuris galėtų būti skirtas pacientui, todėl mažėja laisvų vietų skaičius pas specialistus.

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis nurodytais dokumentais.

9 LENTELĖ

LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų tarpkarantininio laikotarpio metu turinio analizė

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. balandžio 20 d. sprendimo Nr. V-931 „Dėl asmenims, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) apmokėjimo“ pakeitimo“ 2020-07-10	<i>„Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokėti asmens sveikatos priežiūros įstaigų išlaidas už pacientams, kurie neturi teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą ir kuriems įtariama ir (arba) diagnozuota COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) (toliau – pacientai, neturintys teisės į nemokamą gydymą), suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas <...>“; „<...> nurodytas išlaidas apmokėti pagal asmens sveikatos priežiūros įstaigų pateiktas sąskaitas už faktiškai suteiktas šias paslaugas.“; „<...> iki einamojo mėnesio 10 dienos pateikti atskirą sąskaitą už praėjusį mėnesį suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas <...>“.</i>	Informuoti darbuotojus apie paslaugų teikimą neturintiems privalomojo draudimo pacientams, teikti atskiras sąskaitas už suteiktas paslaugas nedraustiems asmenims.	Suteikta galimybė neturintiems privalomojo draudimo pacientams gauti gydymo paslaugas susirgus arba įtariant COVID-19 ligą.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos	<i>„Pavesti Lietuvos <...> sveikatos priežiūros įstaigų <...> vadovams: <...> persvarstyti vidaus teisės aktus, reglamentuojančius pacientų registracijos tvarką <...> pagal poreikį juos pakeisti užtikrinant</i>	Įstaigos turėjo sutelkti žmogiškuosius resursus ir dėmesį persvarstant vidaus teisės	Pacientai turėjo galėti registruotis

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl pacientų registracijos asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti gerinimo Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ 2020-08-10	<i>pacientų skambučių srautų valdymą <...> įdiegti technines priemones, kurios padidintų pacientų galimybes prisiskambinti <...> į registratūrą <...> užtikrintų grįžtamąjį ryšį (perskambinimą į neatsilieptus skambučius) <...> informaciją apie registratūros darbo organizavimo pokyčius pavišinti įvairiomis komunikavimo priemonėmis <...>.“ „Pavesti savivaldybių administracijų direktoriams kontroliuoti, kaip jų pavalduose esančios ASPĮ įdiegė <...>, teritorinėms ligonių kasoms kontroliuoti, kaip jų veiklos zonoje esančios savivaldybių pavaldui nepriklausančios ASPĮ įdiegė skambučių srautų valdymo mechanizmą ir pagerino pacientų skambučių srautų valdymą.“.</i>	aktus, reglamentuojančius pacientų registracijos tvarką, esant poreikiui juos keisti, kad būtų užtikrintas skambučių srautų valdymas. Turėjo įdiegti technines priemones, kurios prisidėtų prie pacientų didesnės galimybės prisiskambinti užtikrinant grįžtamąjį ryšį. Savivaldybių administracijų vadovai ir teritorinės ligų kasos turėjo kontroliuoti šiuos pakeitimus.	pas gydytojus didesniu srautu, greičiau prisiskambinti į registratūrą.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. balandžio 20 d. sprendimo Nr. V-931 „Dėl asmenims, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) apmokėjimo“ pakeitimo“ 2020-10-02	<i>„<...>pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigoms – teikti paslaugas pacientams, neturintiems teisės į nemokamą gydymą ir kurie kreipėsi į jas dėl šio sprendimo 1.1 papunktyje nurodytų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo.“</i>	Pirminio lygio paslaugas turėjo teikti pacientams neturintiems teisės į nemokamą gydymą, kurie kreipėsi į jas dėl COVID-19 įtariamos nenustatytos arba patvirtintos ligos.	Sudarytos sąlygos be privalomojo draudimo gauti pirminę sveikatos priežiūros pagalbą susirgus COVID-19 liga.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl pavidimo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą organizuojančioms ir šias paslaugas teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir savivaldybių administracijoms vykdymo“ 2020-10-28	<i>„Pavesti paslaugų teikimą organizuojančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms <...> nurodytoms Sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) organizavimo tvarkos aprašo 7 punkte <...> organizuoti ir koordinuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) teikimą <...>“; „Pavesti pagrindinėms stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms ASPĮ <...> užtikrinti paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) teikimą ir Organizuojančių ASPĮ suformuotų pavidimų, įgyvendinant Sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) organizavimo tvarkos aprašą, vykdymą.“; „Pavesti Organizuojančioms <...>, Pagrindinėms <...> ir Savivaldybių ASPĮ užtikrinti infrastruktūros pajėgumus <...> Pavesti savivaldybių administracijų direktoriams užtikrinti infrastruktūros pajėgumus Savivaldybių ASPĮ pagal Organizuojančios ASPĮ pavidimus.“.</i>	Įstaigos organizavo ir koordinavo asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos užtikrinimą įgyvendindamos Sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos organizavimo tvarkos aprašą ir vykdymą. Strategijų kūrimas ir jų laikymasis, užtikrinimas. Savivaldybių direktoriai užtikrina infrastruktūros pajėgumus.	Geresnis, didesnis ir kokybiškesnis prieinamumas.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl socialinių paslaugų įstaigų veiklos organizavimo būtinų sąlygų“ 2020-11-06	<i>„Įpareigoti stacionarių socialinės globos įstaigų, skirtų senyvo amžiaus ir neįgaliesiems asmenims, įskaitant vaikų globos namus, teikiančius stacionarias ilgalaikės (trumpalaikės) socialinės globos paslaugas, šeimynas, grupinio ir bendruomeninio gyvenimo namus, nepriklausomai nuo nuosavybės formos ir pavalduo, vadovus užtikrinti, kad šiose įstaigose gyvenančių socialinių paslaugų gavėjų <...>, kurie yra terminalinės būklės, lankymas ir (ar) asmenų, kurių lankymasis įstaigoje susijęs su pareigų atlikimu, būtų organizuojamas laikantis šių sąlygų: <...> tuo pačiu metu galima lankyti tik vieną to paties kambario gyventoją; <...> lankytojai viso lankymo metu privalo <...> laikytis ne mažesnio kaip 2 metrų atstumo tarp asmenų; <...> vyresni nei 6 metų dėvėti nosį ir burną“</i>	Darbuotojų supažindinimas ir mokymas infekcijų kontrolės taisyklių, planais, strategijomis.. Kontroliuojami pacientai ir lankytojai, stebima tvarka, mokomi pacientai ir jų artimieji apie lankomų pacientų galimybes, būkles.	Galimybė lankyti terminalinės būklės pacientus, tačiau uždraustas lankymas kitų pacientų (išskyrus su gydančio gydytojo leidimu).

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
	<p>dengiančias priemones <...> vengti tiesioginio fizinio kontakto <...> lankymo trukmė gali būti ne ilgesnė nei 15 min <...> lankyti gali tik asmenys, neturintys ūmių viršutinių kvėpavimo takų ligų ir kitų užkrečiamųjų ligų požymių <...>“; „<...> sudarytos galimybės rankų dezinfekcijai tam skirtomis priemonėmis <...> turi būti sudaryta galimybė matuoti lankytojų kūno temperatūrą; <...> asmenų, kurie nėra terminalinės būklės, lankymas draudžiamas <...>“; „<...> gyventojų lankymo tvarką, kurioje būtų nurodytos lankytojų srautų valdymo priemonės, užtikrinančios, kad į stacionarią socialinės globos įstaigą nepatektų karščiujantys ar turintys virusinės infekcijos simptomų lankytojai <...> gyventojų apgyvendinimo tvarką, kurioje būtų nurodytos gyventojų izoliavimo priemonės, kurios bus taikomos Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatyme numatytais atvejais; <...>“; „Turi būti ribojami paslaugų gavėjų srautai <...> paslaugų gavėjai turi būti skatinami laikytis asmens higienos (rankų higienos, kosėjimo, čiaudėjimo etiketo ir kt.) <...>“.</p>		

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis nurodytais dokumentais.

10 LENTELE

LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų ir pokyčių antrojo karantino metu turinio analizė

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 teikimą organizuojančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos koordinatoriaus skyrimo, Sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 teikimo organizavimo koordinacinės grupės sudarymo ir jos darbo reglamento patvirtinimo“ 2020-11-06	<p>„Koordinacinės grupės funkcijos <...> vertinti sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 teikimą organizuojančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų <...> sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 teikimo ASPĮ organizavimo, jo tobulinimo; <...> turimos ir trūkstamos infrastruktūros, diagnostikai ir gydymui reikalingų medicinos priemonių (prietaisų), jų įsigijimo planavimo, paskirstymo, perskirstymo; <...> žmogiškųjų išteklių, jų pasitelkimo planavimo, perskirstymo <...> pacientų srautų tarp ASPĮ valdymo <...> asmeninių apsaugos priemonių paskirstymo tarp ASPĮ organizavimo; <...> bendradarbiavimo tarp ASPĮ, su kitomis įstaigomis <...> savivaldybių ir kitų institucijų, organizacijų kreipimuisi sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 teikimo organizavimo <...> klausimais <...> teikti siūlymus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministrui ir Valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovui <...> konsultuoti ASPĮ sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 teikimo ASPĮ organizavimo <...> klausimais; <...>“.</p>	<p>Paskirti asmenis, kurie dalyvautų ASPĮ organizavimo klausimų posėdžiuose, rinktu ir perduotu informaciją.</p>	<p>Saugoma pacientų sveikata gerinant ASPĮ veiklą, kokybiškesnės ir priimtinesnės paslaugos, gerinamas prieinamumas reorganizuojant įstaigas.</p>
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo namuose COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergantiems asmenims organizavimo tvarkos aprašas“ 2020-11-11	<p>"Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo namuose COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergantiems asmenims <...> Savivaldybės administracija iš savivaldybės teritorijoje esančių Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančių PAASP paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – PAASPĮ) sudaro Komandą (esant poreikiui kelias Komandas), kuri teikia PAASP paslaugas pacientams visoje savivaldybės teritorijoje. Už Komandos narių darbą apmokama iš tos PAASPĮ, kurioje jie dirba, lėšų. Komanda paslaugas teikia nuo 8.00 val. iki 20.00 val., kitu metu pablogėjus paciento sveikatos būklei, jis kviečiasi greitąją medicinos pagalbą.<...>“; „Pacientas, atsiradus naujų simptomų ir / ar pablogėjus sveikatos būklei, sveikatos apsaugos ministro patvirtinto Nuotolinių gydytojo ir šeimos gydytojo komandos nario konsultacijų pacientui ir gydytojo konsultacijų gydytojui teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo nustatyta tvarka nedelsiant kreipiasi į savo šeimos gydytoją (arba pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią vidaus ligų gydytoją, vaikų ligų gydytoją (toliau – šeimos gydytojas), kuris, nustatęs, kad pacientui reikalinga kontaktinė konsultacija, Elektroninėje sveikatos</p>	<p>Organizuoti paslaugų teikimą pacientams namuose apmokant personalą naudotis asmens apsaugos priemonėmis ekstremaliomis sąlygomis. Apmokyti ir informuoti apie sveikatos būklės kuomet COVID-19 sergantiems asmenims reikalinga</p>	<p>Prieinamumo galimybė namuose, kas visiškai panaikina komunikacinio prieinamumo sunkumus.</p>

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
	<p>paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros 3 informacinėje sistemoje (toliau – ESPB IS) paciento kreipimosi dieną užpildo formą E027 „Siuntimas konsultacijai, tyrimams, gydymui“ (toliau – forma E027). Komanda pas pacientus vyksta paciento kreipimosi dieną PAASPI vadovo, atsižvelgiant į pacientų sveikatos būklę ir pacientų gyvenamąją vietą, nustatytu eiliškumu<...>“; „Pirmojo vizito pas pacientą vyksta Komandos šeimos gydytojas ir slaugytojo padėjėjas<...>“; „Komandos nariai privalo naudoti asmenines apsaugos priemones<...> AAP priemonės keičiamos po kiekvieno vizito paciento namuose.“; „Komanda privalo būti aprūpinta šiomis medicinos priemonėmis (prietaisais): <...> pulsoksimetru; <...> kraujospūdžio matavimo aparatu / matuokliu su įvairaus dydžio manžetėmis; <...> stetofonendoskopu; <...> termometru (bekontaktiu).“</p>	<p>hospitalizacija. Siuntimų išrašymai, technologijų naudojimas. Aprūpinimas reikalingais inventoriais vykstant pas pacientą į namus.</p>	
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl asmenų, kuriems taikoma izoliacija ir COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergančių asmenų pervežimo“ 2020-12-04</p>	<p>„Pavesti savivaldybių administracijų direktoriams užtikrinti asmenų, sergančių COVID-19 liga <...>, kurie išrašomi iš stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų testuoti COVID - 19 ligos <...> gydymo ambulatoriškai, transportavimą į šių asmenų namus ar kitą gyvenamąją vietą, jeigu tokie asmenys neturi galimybės grįžti nuosavu ar artimųjų transportu.“</p>	<p>Organizuoti pacientų pervežimą į namus ar kitą gyvenamąją vietą, kai pacientai neturi galimybės grįžti nuosavu transportu.</p>	<p>Pacientai turi galimybę drąsiau kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas, nepaisant problemos, kaip grįžti į namus, jei neturi nuosavo transporto.</p>
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. birželio 16 d. sprendimo Nr. V-1471 „Dėl valstybės ir savivaldybių institucijų, įstaigų, valstybės ir savivaldybių valdomų įmonių darbo vietoms būtinų sąlygų“ pakeitimo“ 2020-12-04</p>	<p>„<...> užtikrinti, kad darbuotojai, bendro naudojimo patalpose ir darbo vietose <...> kuriose dirba daugiau nei po vieną darbuotoją, dėvėtų nosį ir burną dengiančias apsaugos priemones (veido kaukes, respiratorius ar kitas priemones).“</p>	<p>Užtikrinti asmens apsaugos priemonių kiekį, organizuoti ir prižiūrėti vienkartinį priemonių tinkamą naudojimą.</p>	<p>Mažinama rizika užsikrėsti COVID-19 liga nuo medicinos personalo.</p>
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl pavedimo vykdyti Lietuvos Respublikoje aptinkamų pavojingų SARS-COV-2 viruso mutacijos nustatymą ir epidemiologinę kontrolę“ 2021-03-26</p>	<p>„Pavesti atlikti ėminių, ištirtų SARS-CoV-2 (2019-nCoV) RNR nustatymo tikralaikės PGR metodu (toliau – PGR tyrimas), kurių rezultatas teigiamas (toliau – teigiamas ėminys), pakartotinus SARS-CoV-2 viruso variantų nustatymo PGR metodu tyrimams nustatant SARS-CoV-2 viruso atmainos E484K variantus (toliau – PGR tyrimas SARS-CoV-2 viruso variantams nustatyti) šioms įstaigoms: <...> Nacionalinei visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijai <...> VšĮ Vilniaus universiteto ligoninei Santaros klinikoms; <...> VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninei Kauno klinikoms; <...> Vilniaus universitetui Gyvybės mokslų centrui; <...> Nacionaliniam maisto ir veterinarijos rizikos vertinimo institutui; <...> VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės laboratorijai; <...> VšĮ Respublikinei Šiaulių ligoninei; <...> VšĮ Respublikinei Panevėžio ligoninei; <...> Nacionaliniam vėžio institutui; <...> UAB „SYNLAB Lietuva“; <...> UAB „Baltic Medics“; <...> UAB „Diagnostikos laboratorija“; <...> UAB „SK Impleks Medicinos diagnostikos centras“; <...> UAB „Rezus.lt“; <...> UAB „InMedica“; <...> UAB „Medicina Practica“.“; „Pavesti NVSPL sudaryti sutartis arba papildyti jau sudarytas sutartis dėl PGR tyrimų SARS-CoV-2 viruso variantams nustatyti atlikimo ir apmokėjimo <...>“.</p>	<p>Apmokyti darbuotojus, kaupti resursus, sudaryti sutartis dėl apmokėjimo, suvesti tyrimus į Elektroninę sveikatos paslaugų sistemą.</p>	<p>Didelė tyrimų laboratorijų aprėptis didina prieinamumą dėl SARS-CoV-2 išsityrimo.</p>
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl asmenų vežimo į vakcinacijos nuo COVID-19 (koronaviruso infekcijos) vietą ir iš jos būtinų sąlygų“ 2021-04-12</p>	<p>„Įpareigoti savivaldybių administracijų direktorius bei įmonių, įstaigų ir organizacijų, organizuojančių asmenų vežimą į vakcinacijos nuo COVID-19 <...> ir iš jos, vadovus užtikrinti, kad: <...> Transporto priemonėje, kuria vykstama į vakcinacijos vietą <...> nedirbtų asmenys, kurie serga arba jiems pasireiškia ūmių kvėpavimo takų infekcijos simptomai, <...> Transporto priemonėje nevyktų į vakcinacijos vietą asmenys, kurie serga arba jiems pasireiškia ūmių kvėpavimo takų infekcijos simptomai <...> Transporto priemonės vairuotojai ir vykstantys į vakcinacijos vietą asmenys, išskyrus vaikus iki 6 metų amžiaus, transporto priemonėje dėvėtų nosį ir burną dengiančias apsaugos priemones <...> Transporto priemonėje būtų užimtos tik sėdimos vietos ne mažesniu kaip</p>	<p>Užtikrinti darbuotojų ir asmenų sveikatos tikrinimą dėl viršutinių kvėpavimo takų infekcijos požymių. Užtikrinti saugią aplinką transporto priemonėje,</p>	<p>Užtikrinamas geresnis prieinamumas prie vakcinacijos nuo COVID-19 ligos,.</p>

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
	<p>vieno metro atstumu. Lengvajame automobilyje ir mikroautobuse vykstančių asmenų skaičius ribojamas tik pagal transporto priemonėje įrengtą maksimalų sėdimų vietų skaičių. Tokiu atveju asmenys turi pagrįsti, kad vyksta į vakcinacijos vietą. <...> Rekomenduojama, kad transporto priemonės (autobuso) vairuotojai būtų atskirti pertvaromis nuo keleivių <...> Kiekvienoje transporto priemonėje (autobuse) būtų įrengtos gerai matomoje ir naudoti patogioje vietoje rankų dezinfekavimo priemonės. <...> Kiekvienoje transporto priemonėje būtų aiškiai matoma informacija apie prevencines COVID-19 ligos (koronavirusinės infekcijos) priemones – saugų atstumą, rankų ir kosėjimo bei čiaudėjimo higieną, privalomą kaukių dėvėjimą, <...>“; „Transporto priemonėse būtų valomi ir dezinfekuojami dažnai liečiami paviršiai (rankenos, turėklai ir pan.) po kiekvieno nuvykimo į vakcinacijos vietą arba iš jos. Aplinkos valymas ir dezinfekcija viešojo transporto priemonės vietoje būtų atliekama vadovaujantis Rekomendacijomis dezinfekcijai sveikatos priežiūros įstaigose ir ne sveikatos priežiūros patalpose (kai galimas užteršimas SARS-CoV-2 virusu) <...>“.</p>	<p>mokyti darbuotojus, kaip atlikti dezinfekciją. Sudaryti sutartis su vežėjais.</p>	

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis nurodytais dokumentais.

11 LENTELE

LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimų ir pokyčių dabartiniu metu turinio analizė

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro– valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2020 m. balandžio 7 d. sprendimo Nr. V-754 „Dėl asmeninės apsaugos priemonių naudojimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose pagal saugumo lygius“ pakeitimo“ 2021-06-30</p>	<p>„Rekomenduoti visiems asmens sveikatos priežiūros įstaigų, nepriklausomai nuo jų pavaldumo ir nuosavybės formos, vadovams, sprendžiant klausimus, susijusius su asmeninės apsaugos priemonių naudojimu ir poreikio planavimu, vadovautis saugumo lygiais, nustatytais priede <...>“; „Patalpas valantis personalas turi dėvėti: medicininę kaukę (respiratorių (FFP2), jei dirba įtariamų ar patvirtintų COVID-19 pacientų priežiūros zonoje), pirštines darbu su cheminėmis medžiagomis, chalata, akių apsaugą (akiniai arba veido skydelis), bachelius arba specialius batus ir kepuraitę.“; „Jei GMP vairuotojai neturi sąlyčio su įtariamu ar patvirtintu COVID-19 atveju ir jei GMP mašinoje yra fizinė pertvara tarp vairuotojo ir likusios mašinos dalies, ECDC ir PSO rekomenduoja, kad vairuotojui pakanka vienkartinės medicininės kaukės.“; „Personalas, dirbantis su patvirtintais COVID-19 pacientais COVID-19 ligoninėse, visą AAP komplektą dėvi 4-6 val. arba keičia, jei suteršiama / sudrėksta.“; „Papildomos sąlygos personalo ir pacientų saugai užtikrinti <...>geras patalpų vėdinimas; <...> liečiamų paviršių valymas ir dezinfekcija; <...> tinkama rankų higiena, įskaitant AAP užsidėjimo, dėvėjimo (svarbu rankomis neliesti kaukės ir respiratoriaus) ir nusiėmimo metu; <...> sumažintas kontaktų skaičius ir kontakto trukmė; <...> atstumo laikymasis (2 metrų); <...> ilgesnės (10-15 min.) pertraukos tarp skirtingų pacientų vizitų ar jiems teikiamų paslaugų toje pačioje vietoje (po AGP – iki 1 val.); <...> rekomenduojama uždėti medicininę kaukę visiems pacientams bendrose ASPĮ patalpose, būtina uždėti medicininę kaukę visiems pacientams turintiems ūmios kvėpavimo takų infekcijos simptomų ir visiems pacientams priėmimo/skubios pagalbos skyriuje.“; „Racionalus AAP naudojimas esant jų trūkumui <...> atliekant klinikinę apžiūrą ir teikiant kitas paslaugas įtariamam COVID-19 atvejui, esant AAP trūkumui rekomenduoja šias AAP naudojimo modifikacijas: <...> pacientas turi dėvėti chirurginę kaukę ir laikytis bent vieno metro atstumo <...> sveikatos priežiūros specialistai, atliekantys AGP, privalo dėvėti AAP rinkinį <...> jei trūksta FFP2 / FFP3 respiratorių, darbuotojai, atliekantys procedūras ir turintys tiesioginį sąlytį su įtariamu arba patvirtintu atveju (nesant aerozolio susidarymo rizikos), turi dėvėti aukščiausio filtravimo lygio chirurginę kaukę, pirštines, apsauginius akinius ir chalata.“.</p>	<p>Nuolat mokomi darbuotojai dezinfekcijos ir AAP naudojimo taisyklių. Pildyti ir užtikrinti AAP.</p>	<p>Sudaryta maksimaliai saugi aplinka, tačiau dėl infekcijų kontrolės laikymosi sumažėjas paslaugų teikimo laikas.</p>

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo namuose COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergantiems asmenims organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ 2021-09-20	„<...> COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergantiems asmenims teikiančias pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas namuose (toliau – mobili komanda), ir organizuoti šių mobilių komandų veiklą; <...> ASPĮ vadovams deleguoti specialistą (-us) į mobilias komandas; <...>“; „Savivaldybės administracija iš savivaldybės teritorijoje esančių <...> PAASP paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – PAASPI) sudaro Komandą (esant poreikiui kelias Komandas), kuri teikia PAASP paslaugas pacientams namuose visoje savivaldybės teritorijoje. Už Komandos narių darbą apmokama iš tos PAASPI, kurioje jie dirba, lėšų. Komanda paslaugas teikia nuo 8.00 val. iki 20.00 val., kitu metu pablogėjus paciento sveikatos būklei, jis kviečiasi greitąją medicinos pagalbą.“; „Komandos nariai privalo naudoti asmenines apsaugos priemones.<...>“; „Komanda privalo būti aprūpinta <...> medicinos priemonėmis (prietaisais)<...>“.	Organizuoti mobilių komandų paslaugų teikimą ir darbą, apmokėjimą. Žmogiškųjų išteklių paskirstymas, nustatytų darbo valandų laikymasis.	Suteikiamos paslaugos namuose, gerinamas prieinamumas prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl laboratorinius COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) tyrimus atliekančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, pirminės ambulatorines ir kai kurias specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, mobilių punktų ir karščiavimo klinikų darbo laiko ir darbo organizavimo tam tikromis dienomis“ 2021-10-27	„Savivaldybių administracijų direktoriams: <...> užtikrinti pirminių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą prie savivaldybės teritorijoje esančių sveikatos sistemai <...> paslaugas teikiančių įstaigų (viešųjų ir privačių) prisirašiusiems gyventojams šeimos medicinos paslaugų, įskaitant mobilių komandų paslaugas COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergantiems pacientams <...> užtikrinti, kad <...> paskelbtų informaciją apie jos prisirašiusiems gyventojams įstaigos interneto svetainės pagrindiniame puslapyje lengvai pasiekiamoje ir gerai matomoje vietoje bei prie pagrindinio (-ių) įėjimo (-ų) į įstaigą, kaip 2021 m. spalio 30 – lapkričio 2 d. bus užtikrinamos PAASP paslaugos; <...>“; „Savivaldybių, kuriose yra įsteigti mobilūs punktai, administracijų direktoriams užtikrinti mobilių punktų veiklą 2021 m. spalio 30 – lapkričio 2 d. kasdien arba kas antrą dieną ne trumpiau kaip po 2 valandas per dieną.“; „Savivaldybių, kuriose yra įsteigtos karščiavimo klinikos, administracijų direktoriams užtikrinti karščiavimo klinikų veiklą 2021 m. spalio 30 – lapkričio 2 d. ne trumpiau kaip po 4 valandas per dieną.“; „Savivaldybių poliklinikoms ir miestų ar rajonų savivaldybių ligoninių konsultacinėms poliklinikoms 2021 m. spalio 30 – lapkričio 2 d. teikti šias ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas – radiologijos, echoskopijos, endoskopijos, chirurgijos ir medicininės laboratorijos <...> užtikrinti veiklą 2021 m. spalio 30 – lapkričio 2 d. ne trumpiau kaip po 4 valandas per dieną.“.	Organizuoti ir užtikrinti pirminių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, teikti radiologijos, echoskopijos, endoskopijos, chirurgijos ir medicininės laboratorijos paslaugas.	Pirminių ambulatorinių paslaugų prieinamumas karantino laikotarpiu.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), simptominio gydymo paslaugų organizavimo palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ 2021-11-03	„<...> veiklą organizuoti taip, kad būtų užtikrintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų pacientams, sergantiems COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), savalaikiškumas ir prieinamumas (įskaitant vaistinių preparatų bei medicinos priemonių (prietaisų), reikalingų paslaugoms teikti, įsigijimą). <...> veiklą organizuoti taip, kad būtų užtikrintas pacientų, kuriems teikiamas palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas, atskyrimas nuo pacientų, kuriems teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos); <...> paciento būklei pablogėjus, esant indikacijų, užtikrinti paciento tolimesnį gydymą aktyviojo gydymo paslaugas teikiančioje ASPĮ; <...>“; „<...> organizuoti pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), pervežimą į palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančią įstaigą <...>“.	Paslaugų užtikrinimas sergant COVID-19 liga ir ne, atskiriant sergančius nuo nesergančių COVID-19 liga.	Užtikrintas saugumas gydymo įstaigoje, suteikiamos paslaugos.
LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), tolimesnio simptominio gydymo paslaugų organizavimo“ 2021-11-05	„<...> veiklą organizuoti taip, kad būtų užtikrintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų pacientams, sergantiems COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), savalaikiškumas ir prieinamumas (įskaitant vaistinių preparatų bei medicinos priemonių (prietaisų), reikalingų paslaugoms teikti, įsigijimą). <...> veiklą organizuoti taip, kad būtų užtikrintas pacientų, kuriems asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiamas ne dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos), atskyrimas nuo pacientų, kuriems asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiamos dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos);“; „<...> paciento būklei pablogėjus, esant indikacijų, užtikrinti paciento tolimesnį gydymą aktyviojo gydymo paslaugas teikiančioje ASPĮ;“.	Organizuoti, kad būtų užtikrinta asmens sveikatos priežiūra tiek sergantiems COVID-19, tiek nesergantiems užtikrinant lovų skaičių, žmogiškuosius išteklius. Organizuoti tolimesnį gydymą pablogėjus būklei.	Sudarytos sąlygos priėti prie sveikatos priežiūros paslaugų.

Dokumentas	Esminiai reglamentuoti pokyčiai	Pokyčiai įstaigose	Pokyčiai pacientams
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. lapkričio 3 d. sprendimo Nr. V-2463 „Dėl pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), simptominio gydymo paslaugų organizavimo palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ pakeitimo“ 2021-11-15</p>	<p>„Valstybinę ligonių kasą prie Sveikatos apsaugos ministerijos apmokėti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančioms įstaigoms už <...> simptominių gydymą slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas kaina, nustatyta Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašė, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymu Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“. Kaina nustatoma atsižvelgiant į tai, kokią palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugą atitinka asmens būklė (slaugos ir palaikomojo gydymo, ar vegetacinių ligonių (pagal Glasgow komų skalę ne daugiau kaip 10 balų) slaugos ir palaikomojo gydymo, ar onkologinių ligonių slaugos ir palaikomojo gydymo, kai naudojami injekciniai narkotiniai analgetikai, ar onkologinių ligonių slaugos ir palaikomojo gydymo, kai naudojamas epidurinis nuskausminimas, ar negalinčių savęs aptarnauti ligonių, kurių Bartelio indeksas iki 40 balų, slaugos ir palaikomojo gydymo).“</p>	<p>Teikti ir organizuoti paslaugas ir nustatyti kainas atsižvelgiant į tai, kokios paslaugos buvo teikiamos.</p>	<p>Suteikiamos palaikomosios slaugos paslaugos.</p>
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl kvėpavimo takų asmeninės apsaugos priemonių naudojimo asmens sveikatos priežiūros bei stacionariuose ir nestacionariuose su apgyvendinimu susijusiose socialinių paslaugų įstaigose pagal saugumo lygius“ 2022-01-04</p>	<p>„<...> asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas, ambulatorines slaugos paslaugas namuose ir paliatyvosios pagalbos paslaugas, nepriklausomai nuo jų pavaldumo ir nuosavybės formos, vadovus užtikrinti, kad teikdami šias paslaugas, kvėpavimo takų apsaugai darbuotojai naudotų ne žemesnio kaip FFP2 lygio respiratoriai;“</p>	<p>Organizuoti ambulatorinių paslaugų teikimą namuose ir užtikrinti AAP.</p>	<p>Užtikrinamas saugumas paslaugų teikimo metu, tačiau galimas vizitų skaičiaus mažėjimas dėl AAP trūkumo.</p>
<p>LR Sveikatos apsaugos ministro – Valstybės lygio ekstremalios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimas „Dėl Gyvybiškai svarbias valstybės funkcijas vykdančių darbuotojų, privalančių dirbti nepertraukiamai fiziniu būdu valstybės lygio ekstremaliosios situacijos dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) plitimo grėsmės metu, sąrašo patvirtinimo“ 2022-01-20</p>	<p>“Gyvybiškai svarbias valstybės funkcijas vykdančių darbuotojų, privalančių dirbti nepertraukiamai fiziniu būdu valstybės lygio ekstremaliosios situacijos dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) plitimo grėsmės metu, sąrašė <...> darbuotojai, vykdančys funkcijas, nurodytas Gyvybiškai svarbias valstybės funkcijas vykdančių darbuotojų, privalančių dirbti nepertraukiamai fiziniu būdu valstybės lygio ekstremaliosios situacijos dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) plitimo grėsmės metu, sąrašė <...> dirba šiomis sąlygomis: <...> turėjus sąlytį su sergančiuoju COVID-19 liga <...> ar susirgus šia liga <...> jei dėl didelio gyvybiškai svarbias valstybės funkcijas vykdančių darbuotojų, sergančių COVID-19 <...> skaičiaus neįmanoma užtikrinti gyvybiškai svarbių valstybės funkcijų vykdymo <...>“.</p>	<p>Organizuoti žmoniškųjų išteklių paskirstymą, užkirsti kelią viruso plitimui.</p>	<p>Užtikrinamas sveikatos priežiūros prieinamumas, net ir sergant darbuotojams, tačiau rizika užsikrėsti COVID-19 liga didėja.</p>

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis nurodytais dokumentais.