

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS INSTITUTAS

Magistro darbas

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ TEIKIAMŲ PASLAUGŲ
VERTINIMAS PACIENTŲ POŽIŪRIU VILNIAUS MIESTE**

**Evaluation of Services Provided by Health Care Institutions in Respect
of the Patients in Vilnius**

Leidžiama ginti _____
Visuomenės sveikatos instituto direktorius,
prof. R. Stukas

Magistrantė Ona Sužiedelytė _____

Darbo vadovas _____
Doc. (HP) J. Kairys

Darbo įteikimo data _____
Registracijos Nr. _____

Vilnius, 2011 m.

TURINYS

1. SANTRAUKA	3
2. ĮVADAS	5
3. LITERATŪROS APŽVALGA	6
3.1. Sveikata. Teisė į sveikatos priežiūrą	6
3.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata	7
3.3. Teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas: paciento teisės įgyvendinimas	12
3.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas	18
3.5. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas	29
3.6. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: nepageidaujami įvykiai	30
4. TYRIMO METODAI IR APIMTIS	37
5. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	40
5.1. Tyrimo rezultatai	40
5.1.1. Tiriamųjų apibūdinimas	40
5.1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą	43
5.1.3. Respondentų nuomonė apie tam tikrų su asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu susijusių faktorių svarbą ligoninėje	52
5.1.4. Antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmens sveikatos specialistų (gydytojų ir slaugytojų) žmogiškųjų ir profesinių savybių bei jų atliekamos pareigos teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas vadovaujantis informuoto sutikimo principu vertinimas	56
5.1.5. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų aplinka ir medicininių tyrimų galimybės jose	71
5.1.6. Problemos, su kuriomis susiduriama gydantis ligoninėje. Papildomos su gydymu ligoninėje susijusios išlaidos	75
5.1.7. Privačios medicinos praktikos vertinimas	80
5.1.8. Respondentų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis	84
5.1.9. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimas	86
5.2. Tyrimo rezultatų aptarimas	90
5.2.1. Sveikatos priežiūros paslaugų orientacija į pacientą, prieinamumas, priimtinumą ir tęstinumas	90
5.2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų teisėtumas – papildomos su gydymu susijusios išlaidos	93
5.2.3. Privačiai ir valstybės teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos	95
5.2.4. Pacientų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis	96
5.2.5. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbo kokybė	97
5.3. Kritinis atlikto tyrimo vertinimas	98
6. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI	98
6.1. Išvados	98
6.2. Pasiūlymai	99
7. LITERATŪROS SĄRAŠAS	100
8. PRIEDAI	113

1. SANTRAUKA

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme yra įtvirtinta paciento teisė gauti ne bet kokias, o kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Minėtame įstatyme apibrėžta, kad kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – tai prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami.

Darbo tikslas – įvertinti Vilniaus miesto ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis besinaudojančių asmenų nuomonę apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Vilniaus mieste, o uždaviniai: ištirti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įvertinti Vilniaus miesto ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis besinaudojančių asmenų pasitenkinimą gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis ir nustatyti sąsajas tarp teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir respondentų pasitenkinimo gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis.

Vykdamas sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų vertinimo pacientų požiūriu Vilniaus mieste momentinį tyrimą, buvo Vilniaus miesto ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose – Šeškinės, Antakalnio ir Centro poliklinikose – išdalinta 650 klausimynų. Anketos grįžtamumas 77,36 %. Gauti duomenys apdoroti „SPSS for Windows 17,0“ ir WinPepi programomis.

Atlikus tyrimą ir išanalizavus gautus rezultatus, paaiškėjo, kad dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą blogai arba labai blogai vertina tik 1/20 respondentų. Visgi absoliuti dauguma respondentų dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą įvertino patenkinamai arba gerai. Tik labai maža dalis respondentų yra nepatenkinti ar greičiau nepatenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis. Daugiau nei pusė respondentų yra greičiau patenkinti nei nepatenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, o net labai patenkinti gautomis paslaugomis yra 1/5 respondentų. Duomenų analizė atskleidė, kad yra priklausomybė tarp to, ar respondantai yra patenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis ir to, kaip vertina dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą: didesnė dalis labai patenkintų ar patenkintų gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis respondentų įvertino sveikatos priežiūros įstaigų darbą gerai ar labai gerai. Taip pat analogiškai nustatyta, kad yra skirtumas tarp to, kaip respondentas vertina asmens sveikatos priežiūros lygio pokytį ir to, kaip vertina dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą: didesnė dalis respondentų, įvertinusių dabartinį asmens sveikatos priežiūros darbą labai gerai, nurodė, kad per pastaruosius 2 metus jų nuomone sveikatos priežiūros lygis pakilo.

Raktažodžiai: sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, pacientų pasitenkinimas gautomis paslaugomis.

SUMMARY

The Law on the rights of patients and compensation for the damage to their health of the Republic of Lithuania establishes the right of a patient to receive not just any healthcare services but the services of high quality. The abovementioned law defines the high quality health care services as accessible, safe, efficient health improvement, disease prevention, diagnostic, patient treatment and nursing services which are provided to an appropriate patient at an appropriate time and place by an appropriate health care professional according to the level of modern medical and nursing science and good practice, taking into account the service provider's possibilities and the patient's needs and expectations by satisfying or exceeding them.

The objective of the paper is to evaluate the opinion of individual persons who are using ambulatory personal health care institutions in Vilnius on the quality of the services they are rendered and the tasks of the paper involved examination of the quality of the healthcare services, evaluation of the satisfaction level of the individual persons who are using the services of the personal healthcare institutions in respect of the personal healthcare services they have received and establishing the correlation between the service quality of the personal healthcare institutions and the satisfaction of the respondents in relation to the personal healthcare services they have received.

During the instant survey of the quality of healthcare services in respect of the patients in Vilnius a questionnaire was developed. The answering rate of the questionnaires accounted for 79,4 %. The received data was processed with the help of SPSS for Windows 17.0 and WinPepi programs.

After the survey was conducted and the collected data analyzed it became clear that only 1 out of 20 respondents evaluates the existing service level of the healthcare institutions negatively. Nevertheless the overall majority of the respondents have evaluated the present service level of the healthcare institutions as being satisfactory or good. Only a small number of respondents are unsatisfied or they are rather unsatisfied with the healthcare services they have been rendered with. More than fifty percent of the respondents are rather more satisfied than unsatisfied with the personal healthcare services and 1 out of 15 respondents are even very satisfied with received services. The data analysis revealed that there is a dependency between the fact whether they are satisfied with the received personal healthcare services and the approach they have towards the existing operation of the personal healthcare institutions: the majority of respondents who are very satisfied or satisfied with the personal healthcare services they have received evaluated the operation of healthcare institutions as good or very good. It was also analogically established that the difference exists between how does the respondent evaluate the change of the service level of the personal healthcare and how he evaluates the present operation of the personal healthcare institutions: the bigger number of respondents who have evaluated the present operation of the personal healthcare institutions as very good have indicated that in their opinion the service level of the healthcare has increased over the last 2 years.

Keywords: quality of healthcare services, service level evaluation of healthcare services, satisfaction of the patients in respect of the services they have received.

2. ĮVADAS

Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtinta sveikatos, kaip vienos iš pagrindinių valstybės ir žmogaus vertybių, apsauga. Šio tikslo siekiama suteikiant visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme yra įtvirtinta paciento teisė gauti ne bet kokias, o kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Minėtame įstatyme apibrėžta, kad kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – tai prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad nepaisant suteiktų kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų, paslaugos rezultatai gali būti blogi, ir priešingai – pacientai gali pasveikti, net teikiant nekokybiškas asmens sveikatos paslaugas. Taigi, suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos rezultatas yra tikimybė – nežinomas sveikatos priežiūros aspektas, todėl vertinant kokybę, reikia atkreipti dėmesį ir į priežiūros procesą, ir į jo rezultatus. Kadangi pacientų apklausos yra informatyvus ir adekvatyvus sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo instrumentas, o pacientų pasitenkinimas gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis yra asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės indikatorius, todėl siekiant įvertinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę šiuo sudėtingu sveikatos priežiūros sistemai dėl vykdomų reformų laikotarpiu, atliktas šis tyrimas.

Tikslas – įvertinti Vilniaus miesto ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis besinaudojančių asmenų nuomonę apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Vilniaus mieste.

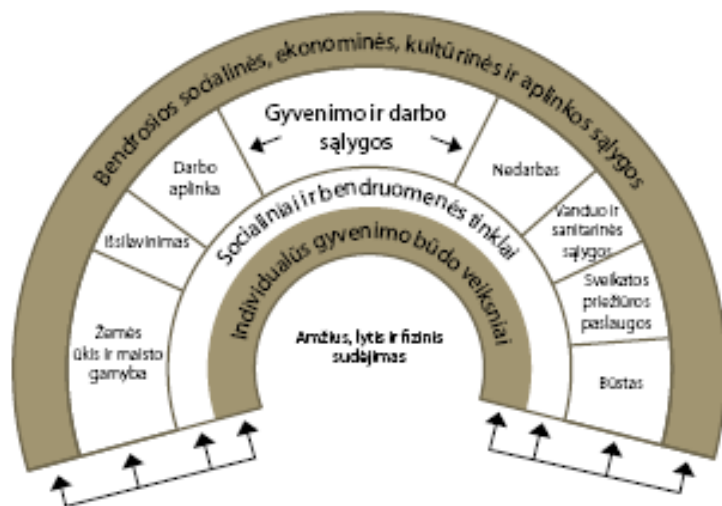
Uždaviniai:

- ištirti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę;
- įvertinti Vilniaus miesto ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis besinaudojančių asmenų pasitenkinimą gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis;
- nustatyti sąsajas tarp teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir respondentų pasitenkinimo gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis.

3. LITERATŪROS APŽVALGA

3.1. Sveikata. Teisė į sveikatos priežiūrą

1974 m. publikuoti tyrimai atskleidė, kad sveikatą 50 % lemia gyvenimo būdas, po 20 % – genai ir aplinka bei tik 10 % sveikatą lemia medicinos / sveikatos priežiūros įstaigų darbas [1]. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) vaizduodama sveikatos skirtumų priežastis naudojo Dahlgreno ir Whiteheado modelį, kuris taip pat parodo, kad sveikatos lygis kinta ne atsitiktinai, bet kaip jį veikiančių veiksnių pasiskirstymo sisteminių skirtumų rezultatas (1 paveikslas) [2].



1 paveikslas. Ryšys tarp įvairių veiksnių ir sveikatos.

Nors tie 10 %, kuriuos lemia medicinos / sveikatos priežiūros įstaigų darbas, nėra daug, tačiau kadangi sveikata yra didžiausias turtas, todėl rūpinamasi ja ne tik individualiai, bet ir valstybiniu, pasauliniu lygiu, nes sveiki, dirbti ir savimi pasirūpinti sugebantys individai yra visuomenės gerbūvio pagrindas.

Sveikatos priežiūros kokybei didelį dėmesį skiria įvairios tarpvvyriausybines organizacijos, tarp jų Europos Komisija, Europos Taryba, PSO Europos regioninis biuras, bei tarptautinės nevyriausybines organizacijos (Europos sveikatos priežiūros kokybės asociacija, Europos kokybės organizacija, Europos kokybės vadybos fondas ir kt.).

Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtinta sveikatos, kaip vienos iš pagrindinių valstybės ir žmogaus vertybių, apsauga. Šio tikslo siekiama suteikiant visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas, o taip pat aiškiai įtvirtinant pacientų ir sveikatos priežiūros srityje dirbančių gydytojų teises ir pareigas bei užtikrinant efektyvią pacientams padarytos žalos atlyginimo sistemą.

Paciento, turinčio Lietuvos pilietybę, teisė į sveikatos priežiūros paslaugas įtvirtinta ir kitose Europos Sąjungos valstybėse narėse [3]. Bendrijos teisėje ši paciento teisė suprantama kaip teisė gauti iš nacionalinės sveikatos draudimo institucijos lėšų apmokamas sveikatos priežiūros paslaugas kitoje valstybėje narėje nei pacientas yra apdraustas sveikatos draudimu.

2008 m. Komisija parengė direktyvos projektą dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo ir kartu su direktyva pateikė aiškinamąjį memorandumą dėl siūlomos priimti direktyvos nuostatų [4, 5, 6]. Siūloma direktyva siekiama nustatyti aiškia ir skaidrią sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kitose valstybėse narėse sistemą. Direktyva turėtų pašalinti pacientų judėjimo laisvės teisinį neapibrėžtumą. Direktyvos projekte nurodoma, kad šia direktyva siekiama nustatyti bendrą saugią ir veiksmingą aukštos kokybės kitose valstybėse narėse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų Bendrijoje sistemą, ir užtikrinti pacientų mobilumą bei laisvę teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Jeigu valstybė narė nesuteikia savo piliečiams teisės į konkretų gydymą savo šalyje, pagal šią direktyvą pacientams bus suteikiama nauja teisė tokį gydymą gauti užsienyje ir kompensuoti jo išlaidas (pacientai turi teisę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis užsienyje, o išlaidos jiems turėtų būti atlyginamos taip, kaip būtų atlygintos namuose suteiktų paslaugų išlaidos). Direktyvos projekte nustatomi tik bendrieji vienos sistemos Europos Sąjungoje (toliau – ES) sukūrimo principai, bet valstybės narės galės gana laisvai šiuos principus įgyvendinti atsižvelgdamos į nacionalines, regionines ir vietos aplinkybes.

3.2. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata

Sveikatos priežiūros paslaugų kokybei apibrėžti pasaulyje naudojamas ne vienas terminas, tačiau Lietuvoje remiamasi JAV Medicinos instituto pateikta sveikatos priežiūros kokybės samprata, atspindinčia pagrindinius sveikatos priežiūros kokybės aspektus, pagal kurią *sveikatos priežiūros kokybė – laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę* [7, 8]. Pageidaujami sveikatos rezultatai apibūdinami kaip sveikatos priežiūros ir jos poveikio sveikatai tikslas, kurio siekiama pacientą informavus apie galimas alternatyvias sveikatos priežiūros intervencijas ir galimus rezultatus. Ši sąvoka apima ir pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra, o didesnė pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybė reiškia, kad kokybė nėra tapati teigiamiems rezultatams. Nepaisant geros priežiūros rezultatai gali būti blogi, ir priešingai – pacientai gali pasveikti, net blogai prižiūrimi. Taigi, tikimybė – nežinomas sveikatos priežiūros aspektas, todėl vertinant kokybę, reikia atkreipti dėmesį ir į priežiūros procesą, ir į jo rezultatus. Ši sveikatos

kokybės samprata oficialiai Lietuvoje patvirtinta 2004 m. priėmus Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programą (toliau – Programa) [9]. Būtent šioje programoje buvo įvardinti pagrindiniai kokybiškos sveikatos priežiūros aspektai:

1. orientacija į pacientą (aktyvų paslaugų vartotoją) – sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į sveikatos priežiūros paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimams dėl savo sveikatos priežiūros bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas sveikatos priežiūros paslaugas;

2. priimtumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį;

3. prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtumą asmeniui ir visuomenei;

4. tinkamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas, užtikrinančias sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą;

5. teisumas – lygių visiško sveikatos potencialo siekimo galimybių kiekvienam asmeniui sudarymas paskirstant sveikatos priežiūros išteklius bei panaikinant kliūtis bei skirtumus, kuriuos lemia neteisingais traktuojami veiksniai;

6. tęstinumas – laipsnis, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų;

7. veiksmingumas – sveikatos priežiūros intervencijų galimybės pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje;

8. ekonomiškai pagrįstas efektyvumas – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei sveikatos priežiūros paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiais kaštais;

9. saugumas – užtikrinant saugią sveikatos priežiūrą ir jos aplinką pacientams bei sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantiems darbuotojams, įdiegiant vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą.

Programoje ypatingas dėmesys skiriamas šiems svarbiausiems ir aktualiausiems Lietuvai sveikatos priežiūros kokybės aspektams: sveikatos priežiūros saugumui, prieinamumui, tęstinumui ir tinkamumui. Joje buvo užsibrėžta orientuoti sveikatos priežiūrą į paciento ir visuomenės poreikius ir

lūkesčius, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir kokybę bei tobulinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą. Tačiau Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolei 2007 m., įpusėjus Programos vykdymui, atlikus auditą, buvo nustatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija 2005-2006 m. minėtą Programą vykdė nerezultatyviai ir nesudarė sąlygų tinkamam asmens sveikatos priežiūros kokybės sistemos formavimui ir vystymui. 2005 m. iš numatytų įgyvendinti 27 priemonių įgyvendintos 4, o 2006 m. iš 32 įgyvendintos 3 priemonės, kadangi Programos priemonių įgyvendinimui Sveikatos apsaugos ministerija 2005-2006 m. teskyrė tik 5 proc. lėšų nuo Programoje numatyto lėšų poreikio. Valstybės kontrolė konstatavo, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės kontrolė iš esmės vykdoma tik tiriant pacientų skundus, o nacionaliniu lygmeniu asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos sveikatos priežiūros kokybė neanalizuojama. Sveikatos apsaugos ministerijos veiksmai neužtikrino ir nepadėjo vystyti asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistemos [10]. Atsižvelgdama į audito rekomendacijas, Sveikatos apsaugos ministerija 2007 m. pakeitė Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m., ir išdėstė ją nauja redakcija, kur buvo suformuluoti programos vertinimo kriterijai ir tiksliau apibrėžti laukiami programos įgyvendinimo rezultatai [11].

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje kokybiška sveikatos priežiūros paslauga apibrėžiama kiek kitaip nei Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (toliau – Įstatymas). Pagal nuo 2005 m. sausio 1 d. iki 2010 m. kovo 1 d. galiojusią jo redakciją *„kokybiška sveikatos priežiūra – tai sveikatos priežiūra, teikiama laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų, kitų teisės aktų ir vykdoma asmenų, turinčių medicinos ar kitos atitinkamos praktikos licencijas sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir apdraudusios savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams“* [12]. Minėtoje redakcijoje buvo nurodyta, kad jo paskirtis – reglamentuoti teisę į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir šios teisės įgyvendinimo tvarką (1 straipsnis). Tačiau naujojoje Įstatymo redakcijoje, įsigaliojusioje nuo 2010 m. kovo 1 d. pateikiamas ne bendrai sveikatos priežiūros, o kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų apibrėžimas: – „tai prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami“ [13]. Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų apibrėžimas nustatė (ir pagaliau įstatymiškai įtvirtino) reikalavimus kokybiškų asmens sveikatos priežiūros

paslaugų turiniui („prieinamos, saugios, veiksmingos...“) (ankstesnėje redakcijoje buvęs kokybiškos sveikatos priežiūros apibrėžimas nustatė reikalavimus priežiūros sąlygoms („...įstaigose, turinčiose licenciją...“), o ne turiniui).

Naujojoje Įstatymo redakcijoje įtvirtinta, kad Įstatyme vadovaujamasi nuostata, kad paciento ir sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros įstaigų santykiai yra grindžiami šiais principais:

- 1) savitarpio pagarbos, supratimo ir pagalbos;
- 2) paciento teisių užtikrinimo pagal valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas;
- 3) draudimo varžyti paciento teises dėl jų lyties, amžiaus, rasės, pilietybės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų, pažiūrų, seksualinės orientacijos, genetinių savybių, neįgalumo ar kitokiais pagrindais, išskyrus įstatymų nustatytus atvejus, nepažeidžiant bendrųjų žmogaus teisių principų.

Įstatyme įtvirtinta kokybiškos sveikatos priežiūros definicija pagal savo tikslą ir turinį orientuota tiek į sveikatos priežiūros teikėją, tiek į pacientą: teikti paslaugas tik turint tam civilinės atsakomybės draudimą (IV skyriaus 25 straipsnis 1 dalis) ir pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį (I skyriaus 2 straipsnis 8 dalis). Įstatymo 3 straipsnyje privalomai ir tvirtai įtvirtinama paciento teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų kriterijus apibrėžia pats kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų sąvokos turinys bei papildomi teisės aktai, tarp jų ir jau minėta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programa (šioje Programoje detalizuojant kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų turinį iš esmės nustatytos kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų ribos sveikatos priežiūros paslaugų teikimui sisteminiu požiūriu). Įstatymo 3 straipsnio 3 punktas detalizuodamas paciento teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, ypatingą dėmesį skiria orumui, pagarbai, skausmo malšinimui ir pagarbiai mirčiai (t. y. „pacientas turi teisę į savo garbės ir orumo nežeminančias sąlygas ir pagarbų sveikatos priežiūros specialistų elgesį, pacientui turi būti suteikiamos mokslu pagrįstos nuskausminamosios priemonės, kad jis nekentėtų dėl savo sveikatos sutrikimų, pacientas turi teisę būti prižiūrimas ir numirti pagarboje“).

Analizuojant įstatymo nuostatas, teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą reikėtų suvokti kaip sudėtinę kompleksinę teisę, kuri susideda iš daugelio kitų teisių: paciento teisės pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą, dalyvauti / nedalyvauti biomedicininuose tyrimuose ir mokymo procese, susipažinti su įrašais savo medicinos dokumentuose, taip pat teisės į

informaciją (arba nežinoti), privataus gyvenimo neliečiamumą, anoniminę sveikatos priežiūrą, ir žinoma, į žalos atlyginimą.

Tačiau toliau analizuojant šį įstatymą, būtina atkreipti dėmesį, kad pacientams suteikiamos ne tik teisės, bet ir pareigos, tokios kaip: pasirašytinai susipažinti su sveikatos priežiūros įstaigos dokumentais ir vykdyti juose nurodytas pareigas; rūpintis savo sveikata, sąžiningai naudotis savo teisėmis, jomis nepiktnaudžiauti, bendradarbiauti su sveikatos priežiūros įstaigos specialistais ir darbuotojais (pvz. jei ligonis piktnaudžiauja alkoholiu, rūko ar turi kitų žalingų sveikatai įpročių, tai negalima kaltinti gydytojo, kad šis neišgydo lėtinių ligų, kurias išprovokavo pats ligonis, nesirūpindamas savo sveikata); pateikti asmens tapatybę patvirtinančius dokumentus, išskyrus būtiniosios sveikatos priežiūros atvejus; teikti specialistams reikalingą informaciją; sutikimą ar atsisakymą dėl sveikatos priežiūros paslaugų patvirtinti raštu (tinkamai pasirašytas paciento sutikimas preiumuoja, kad jis yra gavęs visapusišką ir pakankamą informaciją); vykdyti sveikatos priežiūros specialistų paskyrimus ir rekomendacijas arba atsisakyti paskirtų sveikatos priežiūros paslaugų; informuoti juos apie nukrypimus nustatyto režimo, dėl kurio jis davė sutikimą; elgtis pagarbiai ir deramai (netinkamai besielgiančio paciento gydytojas neturi teisės negydyti, tačiau žalos padarymo atveju teismas galės atsižvelgti į nukentėjusiojo elgesį, galėjusį prisidėti prie žalos savo sveikatai padarymo ar jos padidinimo).

Būtent tinkamai paciento atliekamos pareigos užtikrina jo teises: jų įgyvendinimą ir gynimą.

Įstatymo antrame straipsnyje esantis kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apibrėžimas (... pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį...) įtvirtino šiuolaikinio mokslo lygį kaip tinkamo sveikatos apsaugos paslaugos standarto kriterijų. Šio žingsnio svarba akivaizdi. Šiuolaikinio mokslo pripažinimas sveikatos paslaugos kokybės kriterijumi reiškia, kad bet kokia gydymo veikla bei ją reguliuojantys norminiai dokumentai bet kada gali tapti teisinio ginčo objektu, jeigu paaiškės, t. y. atsiras mokslo žiniomis pagrįstų įrodymų, kad jie nevisiškai atitinka šiuolaikinio mokslo lygį, kadangi didėjant gyvybės ir sveikatos vertei, pakilo ir gydymo lygio standartai. To proceso esmė – perėjimas nuo tradicinių standartų, orientuotų į įprastą, labiausiai paplitusią, gydymo praktiką, prie naujųjų, orientuotų į šiuolaikinio mokslo lygį.

Iš žmogaus teisės į privatumą kildinamas vienas svarbiausių medicinos etikos principų – konfidencialumas [14]. Konfidencialumas Įstatyme pripažįstamas kaip viena iš pamatinių kokybiškos medicinos praktikos sąlygų. Kita Įstatyme įvardinta pamatinė kokybiškos asmens sveikatos priežiūros sąlyga – informuoto asmens sutikimas [15]. Jo, kaip proceso, pagrindas yra informacijos pasikeitimas tarp paciento ir gydytojo. Jau Niurnbergo kodekse buvo apibrėžta, kad neleidžiama naudoti tyrimuose asmenų, kurie neturi veiksnio ir pakankamo supratimo.

Informuoto asmens sutikimo principas, iš pradžių buvęs nebūtina gydytojo priederme informuoti pacientą apie numatomas jam vykdyti intervencijas, XX a. antroje pusėje išsiplėtojo ne tik į būtiną gydytojo pareigą pateikti išsamią ir pacientui suprantamą informaciją, bet taip pat ir į paciento teisę laisvai apsispręsti pačiam. Kalbant apie informuoto asmens sutikimo sampratą, pagrįstą modernios etikos sistema, kuri pabrėžia pagarbą paciento autonomijai, svarbiausia yra tai, kad pacientas laisva valia priima informuotus ir pagrįstus sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros. Įstatymo 15 ir 16 straipsniuose yra apibrėžti reikalavimai informuoto sutikimo sąlygoms ir turiniui.

Apibendrinant galima pasakyti, kad Įstatymu užtikrinta, kad pacientams būtų suteiktos vienodos teisės nepriklausomai nuo to, kur jie gauna sveikatos priežiūros paslaugą. Pabrėžtina, kad ir tarptautiniu mastu sveikatos priežiūros sritis kol kas yra reguliuojama žmogaus teisių instrumentais [16]. Vis dėlto, kalbant plačiąja prasme apie teisę į sveikatos priežiūrą, doktrinoje nesutariama, kas yra šios teisės objektas – sveikata ar sveikatos priežiūra. Sveikatos turinys, remiantis PSO pateiktu sveikatos apibrėžimu, tampa labai platus (... visapusė gerovė ...), o visuomenė negali užtikrinti savo nariui geros sveikatos, nes ji vis dar priklauso nuo konkretaus asmens prigimties ir glaudžiai susijusi su jo elgesiu ir / arba pasirinktu gyvenimo būdu. Kitas neigiamas aspektas yra susijęs su tuo, kad platus sveikatos apibrėžimas lemia neribotą specialiųjų išvestinių teisių atsiradimą, kurių gausa trikdo veiksmingą teisės apsaugą. Nors teisės į sveikatos priežiūrą objektas ir turinys yra siauresnis, tačiau šios teisės veiksmingą įgyvendinimą gali riboti minėto sveikatos apibrėžimo platumas. Platus sveikatos apibrėžimas gali grėsti neribojamų sveikatos priežiūros poreikių įteisinimu.

3.3. Teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas: paciento teisės įgyvendinimas

Kadangi sveikata yra didžiausias asmens, visuomenės, o kartu ir valstybės turtas, į ją kėsintis aktyviais veiksmais (veika) ar pasyvumu, esant pareigai veikti (neveikimu), nevalia. Gydytojas, kaip profesionalas, turi specialiųjų profesinių žinių žmogui gyvybiškai svarbiais klausimais bei pripažintą teisę jas taikyti (veikti) [17].

Sprendžiant klausimą, ar yra gydytojo kaltė dėl pacientui padarytos žalos atsiradimo, būtina turėti omenyje gydytojo profesijos, jo teikiamų paslaugų ir šios veiklos metu susiklostančių santykių specifiką. Šią specifiką apsprendžia gydytojo profesijos ypatumai, dėl kurių gydytojo atsakomybė pripažįstama viena iš profesinės atsakomybės rūšių, kuriai būdinga tai, kad profesionalo (nagrinėjamu atveju – gydytojo) veiksmai vertinami taikant griežtesnius atidumo, rūpestingumo, dėmesingumo, atsargumo standartus. Tam tikrų profesijų (pvz. notarų, gydytojų, advokatų) civilinės

atsakomybės ypatumai yra konstatuoti Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 1999 m. rugsėjo 27 d. nutartyje, priimtoje civilinėje byloje L. Kazlauskienė v. D. Jungevičienė, Nr. 3K-3-398/1999, kategorija 7. Šioje nutartyje Lietuvos Aukščiausiasis Teismas nurodė, kad gydytojo profesijai būdinga tai, kad jos yra susiję su didesne rizika padaryti žalą kitiems asmenims. Dėl šios priežasties šios profesijos atstovams, kaip jau minėta, yra taikomi griežtesni atidumo, atsargumo, dėmesingumo, rūpestingumo reikalavimai. Taigi, jų civilinę atsakomybę gali lemti bet kuri, net ir pati lengviausia kaltės forma, t. y. bet koks neatidumas, nerūpestingumas, nedėmesingumas, nepakankamas profesinės pareigos atlikimas, profesinės etikos taisyklių pažeidimas ir pan. Nurodytoje nutartyje Lietuvos Aukščiausiasis Teismas taip pat pabrėžė, kad kaltės samprata civilinėje ir baudžiamojoje bei administracinėje teisėje skiriasi. Kadangi civilinės atsakomybės pagrindinė funkcija yra kompensuoti patirtą žalą, todėl kaltė civilinėje teisėje suprantama ne subjektyvia, o objektyvia prasme. Sprendžiant klausimą, ar yra kaltė, civilinėje teisėje vadovaujamosi protingumo, rūpestingumo, atidumo kriterijais, pagal kuriuos vertinamas žalą padariusio asmens elgesys.

Visgi teisėje galiojantys protingumo, sąžiningumo ir teisingumo principai neleidžia visiškai suabsoliutinti gydytojo profesinės atsakomybės, kadangi joje galiojantis principas „iš nieko negalima reikalauti to, kas neįmanoma“ reikalauja įvertinti, kokias objektyvias galimybes medicinos mokslo ir praktikos lygis jam suteikė atliekant savo pareigą ir siekiant profesinių tikslų. Tam, kad būtų pasiekta asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, kiekvienu konkrečiu atveju gydytojas įpareigotas įvertinti visus veiksnius ir aplinkybes, galinčias įtakoti laukiamą (siekiamą) rezultatą, pasirinkti optimaliausią sprendimą konkrečiu atveju veikiant ar neveikiant ir dėti didžiausias pastangas laukiamam rezultatui pasiekti.

Tačiau mokslinių tyrimų duomenimis, gydytojo teisinės atsakomybės už asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę didinimas, užuot gerinant šią kokybę, sukelia priešingą efektą – kokybės pablogėjimą [18]. Parodoma, kad šis reiškinys atsiranda dėl teisinės atsakomybės didėjimo ir ją įgyvendinančių teisės aktų įvykdymo neatitikimo. Iš esmės praktikoje vyrauja tendencija, kuri rodo, kad kuo didesni gydymo kokybės reikalavimai, tuo lengviau apkaltinti, kad jie neužtikrinami ir, atitinkamai, tuo nesaugiau jaučiasi gydytojas. Kuo aukštesni gydymo standartai, tuo iš principo pacientui lengviau daryti teisinį spaudimą gydytojui. Esant tokiai situacijai, pacientas suinteresuotas, kad būtų įteisinti ir pernelyg griežti gydymo standartai. Per aukšti, sunkiai įgyvendinami, sveikatos paslaugų standartai daro gydytoją teisiškai lengvai pažeidžiamą ir dėl to lengviau sukalbama. Dėl visų šių procesų praplečiama gydymo klaidos samprata, įtraukiant į ją vis naujų niuansų.

Pacientas savo interesus ir teises, kurie buvo pažeisti, gali ginti tik įstatymais nurodytais pagrindais bei būdais [19]. Teisinėje sistemoje egzistuoja reikalavimas elgtis apdairiai bei rūpestingai, domėtis savo teisėmis ir jų apsaugos būdais. Minėtas Įstatymas nurodo, kad pacientai, kuriems suteiktos netinkamos kokybės medicininės paslaugos, norėdami išsireikalauti žalos atlyginimo, gali remtis Įstatymo suteiktomis teisėmis. Kartu pažymėtina, kad esanti / galiojanti teismų praktika, teismų išaiškinimai – pagrindas, kuriuo vadovaujamosi ginant pažeistas pacientų teises konkrečiu atveju.

Pacientas, kuriam buvo pažeista jo teisė į nekokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, turi teisę gauti kompensaciją. Įstatyme įvardintos procedūros, kurios pacientui suteikia teisę gauti kompensaciją dėl suteiktų nekokybiškų paslaugų (atsiradusios žalos). Pirmoji procedūra – tai skundo (rašytinio kreipimosi, kuriame nurodomos pažeistos teisės, ar teisėti interesai bei reikalavimai kilusiai žalai atlyginti) sveikatos priežiūros įstaigai, kurioje jo manymu, buvo pažeistos jo teisės, pateikimas. Atkreiptinas dėmesys, kad Įstatyme numatytas teisės skūstis imperatyvaus reglamentavimo metodas yra perteklinis, kadangi reikalavimas pacientui pateikti skundą asmeniškai, o jei jis teikiamas paštu ar per pasiuntinį, pridėti notaro ar pacientui atstovaujančio advokato patvirtintą pareiškėjo asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopiją gresia reikšmingai apriboti paciento teisę skūstis [20]. Pretenzijas pacientas turi teisę reikšti ne konkrečiam gydytojui, bet įstaigai, taigi dėl suteiktų nekokybiškų paslaugų atsakomybė tenka ne sveikatos priežiūros specialistui, o juridiniam ar fiziniam asmeniui – sveikatos priežiūros įstaigai. Taigi, Įstatymas suteikia teisę gydytojui daugeliu atvejų dalinai išvengti tiesioginės atsakomybės už suteiktas nekokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Galiojanti teisminė praktika rodo, kad sprendžiant klausimą dėl atsakomybės už žalą, padarytą pacientui, subjekto, t. y. nustatant, kas konkrečiai – ar gydytojas asmeniškai, ar atitinkamas juridinis asmuo – gydymo įstaiga - turi atsakyti, pagrindinę reikšmę turi aplinkybė, kas ir už kokias lėšas teikė sveikatos priežiūros paslaugas [21]. Jeigu šias paslaugas teikė ne privati sveikatos priežiūros įstaiga, o valstybės ir savivaldybės asmens sveikatos priežiūros ar visuomenės sveikatos priežiūros įstaiga, o paslaugos buvo apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ar valstybės (savivaldybės) biudžeto lėšų, tai tokiu atveju teisiniai santykiai susiklosto tarp paciento ir atitinkamos sveikatos priežiūros įstaigos. Atsakomybės subjektu tokiu atveju yra sveikatos priežiūros įstaiga, kaip juridinis asmuo, o ne asmeniškai gydytojas. Sveikatos priežiūros įstaiga tokiu atveju atsako ne pagal sutartinės, o pagal deliktinės civilinės atsakomybės taisykles, t. y. jeigu dėl žalos atsiradimo yra įstaigos darbuotojų kaltė. Tačiau Lietuvos Aukščiausiasis Teismas yra pažymėjęs, kad draudiko pareiga mokėti draudimo išmoką neatsiras, pavyzdžiui, kai žalą sukėlęs veiksmas nėra draudiminis įvykis [22]. Draudiminis įvykis –

tai įvykis, kuriam įvykus draudikas draudimo sutarties sąlygomis privalo mokėti draudimo išmoką. Viena iš sąlygų, reikalingų pripažinti reikalavimą draudiminiu įvykiu, yra tai, kad atliekamas veiksmas (pavyzdžiui, biomedicininis tyrimas) buvo teisėtas (atliekamas teisės aktų nustatyta tvarka). Taigi, Lietuvos draudimo bendrovei neatsiras pareigos atlyginti žalą, jei bus pažeisti biomedicininį tyrimų atlikimo tvarkos teisiniai reikalavimai.

Antroji Įstatyme numatyta procedūra, kuria pacientas turi vadovautis, siekdamas teisės į žalas atlyginimą sveikatos priežiūros įstaigos vadovui atsisakius atlyginti žalą – kreiptis į Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisiją, kuri yra privaloma ikiteisminė institucija, nagrinėjanti ginčus dėl pacientams padarytos žalos atlyginimo nustatymo, su pareiškimu, laikantis jo turiniui ir formai keliamų reikalavimų. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija nagrinėja tik tokius reikalavimus, kurie paremti po 2005 m. sausio 1 d. kilusios žalos faktu. Ginčai, kurie yra kilę iš civilinės atsakomybės draudimo santykių, į komisijos kompetenciją nepatenka. Komisijos sprendimas sveikatos priežiūros įstaigai, pacientui, ar kitiems asmenims, turintiems teisę į žalos atlyginimą, yra privalomas. Tačiau nesutinkant su Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos priimtu sprendimu, Įstatymu įtvirtinta trečioji procedūra – teismas. Teisė kreiptis į teismą dėl ginčo nagrinėjimo iš esmės suteikta abiem šalims. Esant pagrindo manyti, kad pirmos instancijos teismas priėmė sprendimą nesilaikydamas procesinių taisyklių reikalavimų, nevisapusiškai ir neišsamiai ištyrė esmines faktines bylos aplinkybes ir įrodymus, reikšmingus teisingam bylos išsprendimui, netinkamai juos įvertino, nenustatė reikšmingų bylos aplinkybių, nepagrįstais motyvais priėmė neteisėtą ir nepagrįstą sprendimą, galimos apeliacijos ir kasacijos procedūros.

Tačiau norint įgyvendinti paciento teisės į suteiktą nekokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų atlyginimą, yra taikomos ne tik minėto įstatymo nuostatos, bet ir kituose teisės aktuose nustatyti principai. Pažymėtina, kad sveikatos priežiūros įstaigos atsakomybei kilti būtinos sąlygos – tai gydytojų veiksmų, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, neteisėtumas (Lietuvos Respublikos civilinis kodekso (Žin., 2000, Nr. 74-2262) (toliau – LR CK) 6.246 str. „Neteisėti veiksmai“), padaryta žala (LR CK 6.249 str. „Žala ir nuostoliai“), žalą padariusio asmens kaltė (LR CK 6.248 str. „Kaltė kaip civilinės atsakomybės sąlyga“) ir priežastinis ryšys tarp veiksmų (veikimas, neveikimas) ir atsiradusios žalos (LR CK 6.247 str. „Priežastinis ryšys“):

1. Gydytojų veiksmų, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, neteisėtumas (LR CK 6.246 str.) [23].

Pagrindinė gydytojo pareiga – teikti kvalifikuotą ir rūpestingą medicinos pagalbą ligoniui. Pacientą ir gydytoją siejančios prievolės turinį sudaro ne pareiga garantuoti tam tikrą konkretų rezultatą, bet pareiga užtikrinti, kad ši prievolė būtų vykdoma dedant maksimalias pastangas, t. y.

užtikrinant maksimalų atidumo, rūpestingumo, atsargumo ir kvalifikuotumo laipsnį. Gydytojų veiksmai vertinami ne jų rezultato, o proceso aspektu, t. y. ar konkrečioje situacijoje medicinos paslaugos buvo teikiamos dedant maksimalias pastangas, imantis visų galimų ir reikalingų priemonių ir jas naudojant atidžiai, rūpestingai ir kvalifikuotai. Taigi, neteisėtiems gydytojo veiksams konstatuoti pakanka įrodyti bet kokį neatidumą, nerūpestingumą, nepakankamą profesinės pareigos atlikimą, profesinės etikos taisyklių pažeidimą. Šie principai yra įtvirtinti ir Konvencijoje dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje;

2. Padaryta žala (LR CK 6.249 str.) [24].

Žala gali būti turtinė ir neturtinė. Jeigu žalos fakto nenustatoma – civilinė atsakomybė netaikoma. Turtinė žala turi būti pagrįsta prie pareiškimo pridėtais dokumentais. Neturtinė žala suprantama kaip asmens fizinis skausmas, dvasiniai išgyvenimai, nepatogumai, dvasinis sukrėtimas, emocinė depresija, reputacijos pablogėjimas, gero vardo praradimas ir panašiai, teismo įvertinti pinigais (LR CK 6.250 str.). Jos atlyginimo paskirtis – teisingai kompensuoti patirtą fizinį ir dvasinį skausmą, neigiamus išgyvenimus, nepatogumus ir kt. Reikalavimas atlyginti neturtinę žalą yra savarankiškas teisių gynimo būdas, kuris egzistuoja, nepriklausomai nuo to, ar neteisėtų veiksmų sekoje atsirado turtinė žala. Iš neturtinės žalos prigimties kyla nebuvimas galimybės jos tiksliai apibrėžti, apčiuopti, o kartu ir grąžinti asmenį į buvusią padėtį ar rasti tokios žalos tikslų piniginių ekvivalentą. Tačiau, kartu vienintelis tinkamas neturtinės žalos įvertinimo ir kompensavimo kelias – įvertinti ją pinigais. Neturtinės žalos įvertinimas pinigais nereiškia asmens išgyvenimų, skausmo, kančios, prarasto džiaugsmo ir pan. kainos. Tačiau nėra mokslinio metodo, formulės, kaip nustatyti ir įvertinti neturtinę žalą;

3. Žalą padariusio asmens kaltė (LR CK 6.248 str.) [25].

Gydytojo profesijai būdinga tai, kad ji yra susijusi su didesne rizika padaryti žalą kitiems asmenims, dėl to jų civilinę atsakomybę gali lemti bet kuri, net ir pati lengviausia kaltės forma, t. y. bet koks neatidumas, nerūpestingumas, nedėmesingumas, nepakankamas profesinės pareigos atlikimas, profesinės etikos taisyklių pažeidimas ir pan. Sprendžiant klausimą, ar yra kaltė, vadovaujamosi protingumo, rūpestingumo, atidumo, maksimalių pastangų kriterijais, pagal kuriuos vertinamas žalą padariusio asmens elgesys;

3. Priežastinis ryšys tarp neteisėtų veiksmų ir atsiradusios žalos (LR CK 6.247 str.) [26].

Nustačius, kad medicinos įstaigos darbuotojų veiksmai neatitiko padidinto rūpestingumo ir dėmesingumo standarto, taikomo profesionalams, t. y. nebuvo suteiktos tinkamos sveikatos priežiūros paslaugos, nebuvo imtasi visų įmanomų priemonių išvengti neigiamų padarinių,

konstatuotinas faktinio ir teisinio priežastinio ryšio tarp paciento patirtos žalos ir medicinos įstaigos neteisėtų veiksmų buvimas .

Pacientas, pareikšdamas ieškinį medicinos įstaigai dėl jos darbuotojų atliktų netinkamų veiksmų, vadovaujantis CPK 178 str. turi įrodyti pareigos teikti kvalifikuotą ir rūpestingą pagalbą pažeidimą, žalos faktą ir priežastinį ryšį tarp gydytojo nerūpestingumo ir padarytos žalos [27]. Kaip rodo praktika, svarią įrodomąją vertę turi Valstybinės medicininio audito inspekcijos ataskaitos, ekspertų išvados, medicininių dokumentų įrašai, taip pat atsižvelgiama į liudytojų parodymus, šalių paaiškinimus bei kita. Įrodymų vertinimas grindžiamas visapusišku, pilnutiniu ir objektyviu pateiktų aplinkybių išnagrinėjimu bei vadovaujantis tikėtinumo taisykle, kurios esmė – laisvo įrodymų vertinimo principas, didesnė įrodomoji galia suteikiama tam įrodymui, kuris suponuoja vieno ar kito fakto buvimo ar nebuvimo tikimybę. Kaltė, sprendžiant gydytojo atsakomybės klausimą, preziumuojama, todėl tol, kol ši prezumpcija nėra paneigta, jos įrodinėti nereikia (t. y. galioja pažeidimo prezumpcija: laikoma, kad asmuo yra pažeidęs teisę (pvz., esant sukeltai žalai), kol neįrodoma kitaip) [28].

Siekiant garantuoti pacientų žalos atlyginimo mechanizmo veiksmingumą sveikatos priežiūros įstaigoms numatytas civilinės atsakomybės privalomasis ir (ar) savanoriškasis draudimas. Naujojoje Įstatymo redakcijoje minimalią draudimo sumą vienam ir visiems draudžiamiesiems įvykiams per vienus draudimo sutarties galiojimo metus pavesta nustatyti Vyriausybei. Poįstatyminiu reglamentavimu pagrįstas minėtųjų santykių reguliavimas turėtų pasižymėti didesniu lankstumu, dėl to kur kas labiau prisitaikyti prie valstybės bei jos gyventojų ekonominės bei socialinės padėties. Siekiant dar labiau apsaugoti pacientų teises nustatyta, kad draudimo išmokai esant nepakankamai pilnam konstatuotos žalos atlyginimui, skirtumas išmokamas atsakingosios sveikatos priežiūros įstaigos sąskaita. Kita vertus, mėginant pasiekti abiejų šalių interesų pusiausvyrą, jei dėl tokio pobūdžio išmokų įstaiga bankrutuotų, prievolei įvykdyti jai suteikta galimybė sulaukti pagalbos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo ar kitų šaltinių Vyriausybės nustatyta tvarka.

Lyginant galiojusią iki 2010 m. vasario 28 d. ir nuo 2010 m. kovo 1 d. įsigaliojusią Įstatymo redakcijas, akivaizdu, kad galiojančioje Įstatymo redakcijoje kur kas išsamiau, labiau koncentruotai apibrėžiamos ne tik pacientų teisės, bet ir pareigos. Aiškiai reglamentuoti atstovavimo santykiai, paciento informavimo ir sutikimo gavimo procedūra, patobulinti reikalavimai privalomajam draudimui – rodo pažangą, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų teisinio reglamentavimo kokybę.

Įdomu tai, kad 2006 m. atliktas tyrimas parodė, kad beveik pusė iš visų dalyvavusių tyrime pacientų ir medicinos personalo atstovų žino tik tiek, kad yra toks Įstatymas [29]. „Gerai žinančių Įstatymą“ buvo 13,6 %, o tuo tarpu nieko nežinančių apie šį Įstatymą – 2,5 % respondentų.

Kalbant apie žalos atlyginimą, dera nepamiršti, kad žala darbuotojo sveikatai atlyginama šiek tiek kitaip nei žala, padaryta paciento sveikatai [30]. Ji gali būti atlyginama keliais skirtingais būdais, kurie reglamentuojami tiek viešosios, tiek ir privačiosios teisės normomis. Darbuotojo sveikatai padarytos žalos atlyginimo sistema reikalauja skirtingus žalos atlyginimo būdus taikyti subsidiariai: pirmiausia dėl žalos atlyginimo turėtų būti sprendžiama remiantis viešosios teisės normomis – nelaimingų atsitikimų darbe ar susirgimų profesine liga socialinio draudimo būdu, ir tik paskui neatlyginta žalos dalis galėtų būti atlyginama remiantis darbdavio materialinės atsakomybės arba civilinės atsakomybės taisyklėmis.

3.4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas

Siekis nacionalinėje teisėje užtikrinti sveikatos priežiūros kokybės įgyvendinimą kilo iš pasaulinės teorijos ir praktikos.

Europos pacientų teisių chartija įvardija pacientų teises, kurios turi garantuoti kokybiškas paslaugas, kurias teikia įvairios nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigos Europoje [31]. Šioje chartijoje pateikiamos trys aktyvių piliečių teisės. Jos numato, kad pavieniai asmenys ir organizuotos piliečių grupės gali prisidėti prie pacientų teisių įgyvendinimo ir tikrinti, kaip vyksta šis procesas. Todėl šios teisės yra neatsiejama chartijos dalis: teisė vykdyti visuotinai naudingą veiklą, teisė atstovauti, teisė dalyvauti sveikatos politikos formavime. Šias pagrindines teises sudaro 14 elementų:

1. Teisė į profilaktikos priemones.
2. Teisė į gydymo prieinamumą.
3. Teisė gauti informaciją.
4. Teisė sutikti.
5. Teisė laisvai pasirinkti.
6. Teisė į privatumą ir konfidencialumą.
7. Teisė gerbti paciento laiką.
8. Teisė tikrinti kokybės standartus.
9. Teisė į saugumą.
10. Teisė inovacijoms.

11. Teisė išvengti nebūtinės kančios ir skausmo.
12. Teisė į asmeninį gydymo metodą.
13. Teisė skųstis.
14. Teisė į kompensaciją.

Visgi pačių pacientų jiems suteikta teisė dalyvauti sveikatos politikos formavime vertinama prieštaringai: atliktas tyrimas parodė, kad sveikatos priežiūros situacija Lietuvoje rūpi absoliučiai daugumai gyventojų, tačiau tik palyginti nedidelė dalis teigiamai vertina savo, kaip paciento, vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje [32].

1950 m. lapkričio 4 d. pasirašyta Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija (toliau – Europos žmogaus teisių konvencija), priimta regioniniu Europos lygiu – pirmoji tarptautinė sutartis, kurioje buvo kodifikuotos žmogaus teisės ir kurioje pirmą kartą įtvirtinta individualios peticijos teisė, suteikianti individui teisę pateikti skundą tarptautiniam teismui, šiuo atveju Europos Žmogaus Teisių Teismui (toliau – Strasbūro Teismas), skundžiant savo valstybę dėl jo teisių ir pagrindinių laisvių pažeidimo [33]. Europos žmogaus teisių konvencijos sukurta sistema ir dabar yra labiausiai išplėtotą regioninę žmogaus teisių apsaugos sistemą, sukurianti pareigas tik jos dalyvėms. Ši pirmoji individualios peticijos teisės sistema iki šiol vadinama efektyviausia žmogaus teisių gynimo sistema, kai individui suteikta teisė pateikti skundą tarptautiniam teismui, skundžiant savo valstybę dėl savo teisių ir pagrindinių laisvių pažeidimo [34]. Tai buvo perversmas tarptautinės teisės istorijoje, kai individas įgijo realias galimybes praktiškai ir efektyviai ginti savo pažeistas teises tarptautiniu lygiu.

Pagrindinis dokumentas, sukūręs pagrindus žmonių, dalyvaujančių biomedicininuose tyrimuose, etinei ir teisinei apsaugai, yra 1964 m. priimta Helsinkio deklaracija „Medicininų tyrimų su žmogumi etiniai aspektai“ [35]. Vėliau ji buvo nuolat pildoma kaip atsakas į aktualius klausimus, išskylančius biomedicininų tyrimų srityje [36]. Helsinkio deklaracija turėjo ir šiuo metu turi įtakos pasaulio valstybių teisinei bazei, reglamentuojančiai biomedicininus tyrimus. Edinburge 2000 m. priimta Helsinkio Deklaracijos redakcija – tai pasaulio mokslo visuomenės pripažintas etinis standartas, taikytinas biomedicininams tyrimams ir apibrėžiantis placebo panaudojimą kontrolinei pacientų grupei; tyrimo subjektų gydymą naujaisiais metodais, nustatytais tyrimo, bei biomedicininų tyrimų metu gautų duomenų paskelbimą. Dauguma Helsinkio Deklaracijos pagrindinių principų koreliuoja su Lietuvos Respublikos teisės aktuose pateiktomis formuluotėmis, o kai kurie klausimai reglamentuoti tiksliau nei Helsinkio Deklaracijoje. 1978 m. Alma-Atoje vyko Tarptautinė konferencija dėl pirminės sveikatos priežiūros ir buvo paskelbta Almatos deklaracija [37]. Ji paragino imtis skubių ir veiksmingų nacionalinių ir tarptautinių veiksmų, siekiant plėtoti ir

įgyvendinti pirminės sveikatos priežiūrą visame pasaulyje ir ypač besivystančiose šalyse, nes dėl socialinių ekonominių priežasčių šalyse skiriasi sveikatos priežiūros lygis ir kokybė (yra nelygybė) bei sveikatos būklė išsivysčiusiose ir besivystančiose šalyse. Ji skatino vyriausybes, PSO, UNICEF ir kitas tarptautines organizacijas prisidėti prie nacionalinių ir tarptautinių išsipareigojimų dėl pirminės sveikatos priežiūros gerinimo ir padidinti techninę ir finansinę paramą, ypač besivystančioms šalims. Konferencija taip pat ragino bendradarbiauti įvedant, plėtojant ir išlaikant pirminę sveikatos priežiūrą. Deklaracija įtvirtino kai kuriuos pirminės sveikatos priežiūros kokybės principus (svarbu, kad sveikata būtų prieinama visiems – teisė į sveikatą; įtvirtino žmogaus teisę ir pareigą dalyvauti individualiai ir kolektyviai planuojant ir įgyvendinant sveikatos priežiūrą) ir pirminės sveikatos priežiūros komponentus, kuriuos galima vertinti kalbant apie kokybiškas sveikatos paslaugas. Tačiau nors praėjo tiek metų nuo deklaracijos patvirtinimo galima teigti, kad tos problemos aktualios ir šiandien, nes vis dar išsivysčiusiose ir besivystančiose šalyse sveikatos priežiūros lygis ir kokybė bei sveikatos būklė smarkiai skiriasi. Skirtumus ir netolygumus vis dar galima pastebėti ir tarp išsivysčiusių šalių [38].

1981 m. PSO Asamblėja vienbalsiai priėmė strategiją „Sveikata visiems“ iki 2000 m. Ji siekė vienodo sveikatos išteklių paskirstymo ir pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo kiekvienam [39]. 1986 m. vykusioje Pirmojoje tarptautinėje sveikatos stiprinimo konferencijoje priimta Otavos Chartija [40]. Konferencija vyko kaip atsakas į naują visuomenės sveikatos judėjimą visame pasaulyje. Chartija parengta remiantis Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros Deklaracija, PSO tikslais, nurodytais dokumente „Sveikata visiems“, naujausiomis Pasaulio Sveikatos Asamblėjos išvadomis apie bendrą įvairių žinybų veiklą sveikatos labui. Otavos chartijoje buvo paminėta svarbi sveikatos priežiūros kokybės dimensija – orientacija į pacientą. Otavos chartijoje kalbama apie tai, kad sveikatos priežiūros paslaugų perorientavimas turi pakeisti sveikatos priežiūros tarnybų požiūrį ir organizavimą, kad jos orientuotųsi į individo, kaip vientisos asmenybės, poreikius. Perorientuojant sveikatos priežiūrą reikia daugiau dėmesio skirti sveikatos tyrinėjimams, taip pat profesiniam mokymuisi ir tolesniam tobulinimuisi. 1996 m. PSO Liublianios chartijos nuostatai teigia, kad sveikatos priežiūros sistema turi vadovautis žmogiškojo orumo, teismo, solidarumo ir profesinės etikos vertybėmis, turėti aiškius sveikatos tikslus, būti skirta žmonėms, orientuota į kokybę, pagrįsta protingu finansavimu, ir orientuota į pirminę sveikatos priežiūrą [41]. Sveikatos priežiūros sistema, orientuota į kokybę joje reiškia, kad visos sveikatos priežiūros reformos turi turėti aišką tikslą ir strategiją – turi nuolatos gerinti sveikatos priežiūrą, atsižvelgiant į laukiamą kaštų efektyvumą. 1997 m. ketvirtojoje sveikatos stiprinimo konferencijoje Džakartoje nustatyta, kad būtent sveikatos stiprinimas yra pagrindinis investicijų ir sveikatos plėtros elementas

(42). 1998 m. buvo patvirtinta nauja PSO Europos regioninio biuro programa „Sveikata visiems XXI a.“, kurios prioritetuose ir tiksluose teigiama, kad šalyse turi būti sukurta nuolatinio sveikatos priežiūros kokybės tobulinimo nacionalinė politika, sveikatos sektoriaus valdymas turi būti orientuotas į sveikatos rezultatus, visos šalys turi turėti mechanizmą stebėti ir tobulinti sveikatos priežiūros kokybę, o procesų ir jiems reikalingų išteklių planavimas turi būti pagrįstas sveikatos rezultatų, pacientų pasitenkinimo ir ekonominio efektyvumo pagrindu [43, 44]. Šioje programoje pabrėžta, kad, norint įgyvendinti bendrus sveikatos priežiūros siekius, būtina sutelkti visus sveikatos priežiūros sistemos dalyvius. Bankoko chartijoje (2005) buvo suformuluotos tokios Globalinio pasaulio sveikatos stiprinimo strategijos: sveikatos atstovavimas (gynimas), grindžiamas žmogaus teisėmis ir solidarumu bei įstatymų ir teisės aktų, užtikrinančių didelį saugos nuo žalos sveikatai lygį bei suteikiančių lygias galimybes siekti geros sveikatos bei visapusiškos gerovės, priėmimas. Taigi šioje chartijoje įtvirtinta sveikatos priežiūros paslaugų svarbi kokybiškos sveikatos priežiūros determinantė – saugumas [45]. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija) apima lygiateisio sveikatos priežiūros prieinamumo ir priežiūros kokybės (3 str.), profesinių standartų (4 str.), sutikimo (II skyrius) ir kitus sveikatos priežiūros kokybės aspektus [46]. Pabrėžtina, kad informuoto sutikimo koncepcija pasaulyje įsigalėjo tik XX a. viduryje, o įsitvirtino sveikatos teisės doktrinoje būtent 1997 m., Europos Tarybai priėmus minėtą Žmogaus teisių ir biomedicinos konvenciją [47].

Būtent apžvelgus minėtus svarbiausius sveikatos priežiūrą apibūdinančius (reglamentuojančius) dokumentus, manytina, kad idėja užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę sekė po siekio bendrai užtikrinti žmogaus teisę į gyvybę, sveikatą ir sveikatos priežiūrą (t. y. poreikis užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę kilo sukūrus sveikatos priežiūros sistemą).

Atsižvelgiant į šias išvardintas tarptautines sutartis, deklaracijas, strategijas, programas, taip pat remiantis rekomendacijomis ir kitais dokumentais bei duomenis ir įvairiais standartais, vertybėmis ir nuostatais tiek Lietuvoje, tiek kitose pasaulio šalyse buvo ir yra vykdomas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės organizavimas, užtikrinimas ir gerinimas. Sveikatos priežiūros srityje teisės normos neturėtų atsirasti neapgalvotai ir atsitiktinai, o tik iš išgrynintų esminių principų, sudarančių pačią teisę [48]. Pagrindiniai principai, kurie būtų reikšmingi reguliuojant sveikatos priežiūros sritį ir kurie atsekami mūsų teisėje, yra žmogaus orumo bei žmogaus kūno integralumo ir neliečiamumo principai. Asmens autonomijos principas, kurio pozicijos teisinėje doktrinoje pakankamai stiprios, išorinės kilmės, perimtas iš bendrosios teisės tradicijos, ir todėl neretai konfliktuoja su dviem pirmaisiais paminėtais principais. Teisinis solidarumo principas, tapęs

integralia europinės konstitucinės tradicijos dalimi, mūsų teisės doktrinoje yra menkai atspindėtas, tačiau jis turi potencialą atsverti liberalaus mąstymo kraštutinumus.

Lietuvoje siekiant užtikrinti ir gerinti asmens sveikatos priežiūros kokybę, nuolatos vykdoma atitinkama veikla: parengta ir nuolatos tobulinama teisinė bazė, licencijuojama sveikatinimo veikla, vykdomas asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas, asmens sveikatos priežiūros įstaigose diegiamos kokybės sistemos [49, 50, 51, 52].

Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų rengimo kokybę reglamentuoja Europos Sąjungos sektorinės direktyvos 93/16/EEB, 77/452/EEB, 77/453/EEB, 78/686/EEB, 78/687/EEB, 80/154/EEB, 80/155/EEB, 85/432/EEB, 85/433/EEB, 19/2001/EB, 36/2005/EB, 100/2006/EB; pacientų, vartotojų ir kitų asmenų saugą, susijusią su medicinos prietaisais, reglamentuoja Europos Sąjungos medicinos prietaisų direktyvos 93/42/EEB, 98/79/EEB, 2000/70/EB, 2001/104/EB, 2002/364/EB ir kiti teisės aktai.

Pagrindinė institucija Lietuvoje, kurios misija – motyvuoti žmones sveikai gyventi, o jiems susirgus teikti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus išteklius, – tai Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) [53]. Jos strateginiai tikslai yra glaudžiai susiję su sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Siekti užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą užsibrėžta ir Sveikatos sistemos plėtros 2011–2015 metais metmenų, kuriuose išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys, numatyta jų įgyvendinimo strategija, projekte [54].

Savo misija SAM įsipareigojo siekti, kad pacientams būtų laiku teikiama geros kokybės, saugi ir prieinama sveikatos priežiūra ir tobulinti sveikatos sistemos valdymą, sveikatos santykius grįsti teismo ir solidarumo principais. Geros kokybės, saugios ir prieinamos sveikatos priežiūros siekiama per asmens sveikatos priežiūros atitiktį šiuolaikiniams reikalavimams, užtikrinimą, kad sveikatos priežiūros paslaugas teiktų tik tie juridiniai asmenys, kurie atitinka sveikatos priežiūros įstaigoms nustatytus reikalavimus, kad fiziniai asmenys, teikiantys pacientams sveikatos priežiūros paslaugas, būtų tinkamai pasirengę ir jų kvalifikacija atitiktų ES reikalavimus, pažangių gydymo metodų, tarp jų audinių ir organų transplantacijos, prieinamumo gerinimą pacientams, asmens sveikatos priežiūros paslaugų valstybinę kontrolę ir ekspertizę. Numatyta, kad ypač daug dėmesio būtų skiriama sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų nėščiosioms, gimdyvėms ir naujagimiams, kokybei gerinti modernizuojant ligoninių materialinę bazę.

Sveikatos sistemos valdymo tobulinimas, grįstas sveikatos santykių teismo ir solidarumo principais, užtikrinimas pertvarkant sveikatos sistemą pagal modernios visuomenės sveikatos koncepciją ir Europos Sąjungos bei Pasaulio sveikatos organizacijos „Sveikata visiems XXI

amžiuje“ strateginius principus. Sveikatos santykių socialinio teismo ir solidarumo principai užtikrina mokesčių naštos padalijimą visiems visuomenės nariams pagal jų pajamų dydį, nesiejant paslaugų prieinamumo su asmens socialine kategorija. Siekiama užtikrinti teisingą lėšų administravimą, tolygų gyventojų sveikatos priežiūros poreikių finansavimą, įvairesnių ir geresnės kokybės paslaugų teikimą, pirmenybę teikiant ambulatorinėms ir dienos stacionaro paslaugoms.

SAM savo oficialiajame puslapyje nurodo, kad siekdama geresnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, numatoma teikti pasiūlymus keisti mokesčių surinkimą į Privalomojo sveikatos draudimo fondą, įteisinti papildomą savanoriškąjį sveikatos draudimą, pritraukti privataus kapitalo lėšas ir naudojantis finansiniais svertais skatinti pažangių sveikatos priežiūros technologijų plėtrą ir ligų prevenciją bei įdiegti nacionalinę elektroninę sveikatos sistemą. Taip pat šiuo metu yra skatinamas sveikatos sistemos efektyvumas, racionalus Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto, ES struktūrinių fondų, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, valstybės kapitalo investicijų ir kitų lėšų naudojimas.

Lietuvoje be SAM sveikatos priežiūros kokybe įstatymų nustatyta tvarka rūpinasi ir šios jai pavaldžios įstaigos: Valstybinė medicininio audito inspekcija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, teritorinės ligonių kasos [55]. Valstybinė medicininio audito inspekcija prie SAM (toliau – VMAI) vykdo visų nuosavybės formų juridinių ir fizinių asmenų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės bei ekonominio efektyvumo kontrolę ir ekspertizę, kontroliuoja teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį teisės aktų reikalavimams pagal asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektus: prieinamumą, tęstinumą, tinkamumą, saugumą, efektyvumą, sveikatos priežiūros personalo kompetenciją, racionalų išteklių naudojimą, tiria pacientų lūkesčių patenkinimą, taipogi atlieka priežastinių ryšių analizę ir priima sprendimus asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei užtikrinti. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM (toliau – VASPVT) tvarko asmens sveikatos priežiūros įstaigų, fizinių asmenų licencijų ir sertifikatų užsiimti asmens sveikatos priežiūros veikla informacines duomenų bazes, organizuoja ir vykdo asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimą bei laboratorijų atestavimą ir jų sąlygų laikymosi priežiūrą, organizuoja ir vykdo medicinos praktikos ir slaugytojų licencijavimą ir jų licencijų sąlygų laikymosi priežiūrą, kontroliuoja medicinos prietaisų ikiklinikinių tyrimų kokybę ir apimtį, vertina ir išduoda leidimus dėl medicinos prietaisų tinkamumo naudoti klinikiniams tyrimams, vykdo juridinių asmenų, vertinančių ir sertifikuojančių medicinos prietaisus, priežiūrą, vykdo medicinos prietaisų rinkos priežiūrą ir t. t. Teritorinės ligonių kasos vertina asmens sveikatos priežiūros įstaigų (turinčių sutartis su teritorine ligonių kasa) teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir tinkamumą (atitikimą teisės aktais

nustatytiems reikalavimams) bei privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų panaudojimo pagrįstumą, perkant sveikatos priežiūros technologijas.

Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų saugumą, t. y. įgyvendinti vieną iš pamatinių kokybės dimensijų, vadovaujantis Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymu, Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie SAM (toliau – VVSPT) atlieka sveikatos priežiūros įstaigų valstybinę visuomenės sveikatos saugos kontrolę, t. y. kontroliuoja sveikatos priežiūros įstaigų veiklos atitiktį higienos normų / reglamentų reikalavimams, kadangi sveikatos priežiūros paslaugų saugumas yra išskirtinė kokybiškos sveikatos priežiūros dimensija [56]. Pagrindinis teisinis higieninis reglamentas, nustatantis svarbiausios pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dimensijos – saugumo įgyvendinimą praktikoje yra Lietuvos higienos norma HN 47-1:2010 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2010 m. liepos 19 d. įsakymu Nr. V-644 (Žin., 2010, Nr. 90-4781). Kitas taip pat svarbus dokumentas, nustatantis sveikatos priežiūros įstaigų higieninius, o tiksliau statybinius reikalavimus yra Lietuvos higienos norma HN 47 – 1995 „Medicinos įstaigos. Higienos normos ir taisyklės“. Joje yra nustatomi specialieji patalpų įrengimo, patalpų priežiūros, vėdinimo, insoliacijos ir kiti reikalavimai, užtikrinantys teikiamų sveikatos paslaugų saugą. Tačiau ši higienos norma yra nepaskelbta „Valstybės žiniuose“, iš esmės kontroliuojančios institucijos ja remtis negali, nes Lietuvos Aukščiausias teismas ne kartą yra išaiškinęs, kad nepaskelbti teisės aktai savaime yra negaliojantys ir negali būti taikomi praktikoje. Tai, kad minėta higienos norma yra nepaskelbta „Valstybės žiniuose“, yra teisinio reguliavimo spraga, kadangi jau daug metų nėra specialaus galiojančio teisės akto, reglamentuojančio reikalavimus statomoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Iš principo situaciją šioje srityje gelbėjo ir tegelbėja tai, kad naujų stambių tretines ir antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų (ligoninių, poliklinikų) nuo laikotarpio, kai tapo privaloma skelbti teisės aktus, iki dabar nestatyta ir kol kas neplanuojama statyti. Tačiau šie paminėti teisės aktai yra ne vieninteliai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros įstaigų darbo niuansus. Siekiant užtikrinti tiek pacientų, tiek dirbančio sveikatos priežiūros įstaigoje personalo saugumą, ypač rūpinamasi užkrečiamųjų ligų profilaktika, darbo vietų įrengimu, todėl yra parengta eilė teisės aktų, įteisinančių, reglamentuojančių tai savo tikslais ir turiniu [57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68]. Darbdavio lėšomis yra skiepijami darbuotojai pagal ekonominės veiklos rūšis, profesijas ir pareigybes, kai darbuotojams dėl darbo specifikos gali kilti pavojus susirgti užkrečiamąja liga, nes medicinos darbuotojai susiduria su profesiniais rizikos veiksniais, o skiepai yra vienas veiksmingiausių būdų išvengti ligos [69, 70]. Sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant užtikrinti ne tik pacientų, medicinos personalo, bet ir aplinkos ir visuomenės saugą, yra

privalomas tinkamas medicininių atliekų tinkamas surinkimas, saugojimas, nukenksminimas [71]. Kadangi teikiamų paslaugų kokybė yra susijusi ir su sveikatos priežiūros praktikoje naudojamų medicinos prietaisų sauga, yra parengti techniniai reglamentai, kurie nustato į Lietuvos rinką teikiamų medicinos prietaisų būtinuosius saugos reikalavimus ir atitikties įvertinimo tvarką [72, 73].

Vadovaujantis įstatymų, higienos normų ir kitų teisės aktų reikalavimais bei nuostatomis asmens sveikatos priežiūros veiklai yra būtinas leidimas-higienos pasas. Jis išduodamas tam tikroms konkrečioms paslaugoms, teikiamoms konkrečiu adresu. Pagal dabar galiojančius teisės aktus leidimus-higienos pasus privalo turėti šios sveikatos priežiūros veiklos:

- 1) ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veikla (pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą licencijuojamų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą);
- 2) ligoninių veikla (pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą licencijuojamų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą);
- 3) kitai asmens sveikatos priežiūros veikla, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro [74].

Leidimas-higienos pasas yra labai svarbus dokumentas, kurį privalo turėti visi sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys juridiniai ir fiziniai asmenys ar filialai, vykduojantys ar planuojantys vykdyti ūkinę komercinę veiklą, pažymintys teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir liudijantis, kad ūkinės komercinės veiklos sąlygos atitinka visuomenės sveikatos saugos teisės aktų reikalavimus [75]. Tik leidimus-higienos pasus turinčios sveikatos priežiūros įstaigos gali gauti licenciją vykdyti konkrečią veiklą, kuri buvo įvertinta išduodant leidimą-higienos pasą bei kuri buvo įvardinta dokumentuose (pažymėta leidimo higienos paso formoje). Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų saugumą teisės aktuose yra numatyta, kad leidimą-higienos pasą turintis fizinis ar juridinis asmuo veiklą gali vykdyti tik tokiomis apimtimis, kurios buvo nustatytos išduodant leidimą-higienos pasą, t. y. sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis asmuo savavališkai negali pradėti naujų, išduodant leidimą higienos pasą ir licenciją nenumatytų teikti paslaugų. Licencija – dokumentas, patvirtinantis, kad juridinis asmuo turi teisę vykdyti licencijuojamą sveikatos priežiūros veiklą pagal jame nurodytas veiklos rūšis. Licencija suteikia teisę pareiškėjui verstis asmens sveikatos priežiūros veikla ir teikti licencijoje nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas [76]. Leidimo-higienos paso ir licencijos turėjimas įtvirtina ir kitą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dimensiją – tinkamumą, t. y. teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį teisės aktų reikalavimams.

VVSPT teritorinės visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos, vykdydamos visuomenės sveikatos saugos kontrolę, 2009 m. atliko 2829 asmens sveikatos priežiūros įstaigų patikrinimus. 19,2 proc. patikrinimų metu (1033 patikrinimų) nustatyti pažeidimai, surašyti 248 protokolai, šiems

objektams skirta 241 nuobauda [77]. Didžiausią dalį 2009 m. patikrintų asmens sveikatos priežiūros įstaigų sudarė pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, ambulatorijos (48 % asmens sveikatos priežiūros įstaigų patikrinimų) ir odontologines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos (38 %) (likusius 8 % sudarė ligoninės ir po 3 % – poliklinikos ir kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos).

1 lentelė. 2009 m. teritorinių visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų asmens sveikatos priežiūros įstaigose nustatytų pažeidimų ir taikytų poveikio priemonių skaičius

Teisės aktų pažeidimai	Stacionarios ir ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (išskyrus odontologines įstaigas)		Odontologinės įstaigos	
	<i>Patikrinimų, kurių metu nustatyta pažeidimų, skaičius</i>	<i>Taikytos poveikio priemonės (proc.)</i>	<i>Patikrinimų, kurių metu nustatyta pažeidimų, skaičius</i>	<i>Taikytos poveikio priemonės (proc.)</i>
1. Įranga neatitiko teisės aktų reikalavimų, nepateikti naudojamos įrangos techniniai dokumentai	11	18,2	8	75,0
2. Darbuotojai neišklausė higienos įgūdžių ir pirmosios medicinos pagalbos teikimo mokymo kursų	2	50,0	0	-
3. Darbuotojai nepasitikrino sveikatos	14	64,3	9	66,7
4. Naudojamos cheminės medžiagos neatitinka teisės aktų reikalavimų	15	33,3	7	85,7
5. Neatlikti teisės aktuose reglamentuojami tyrimai (matavimai)	3	66,7	1	100,0
6. Netinkama patalpų ir įrangos priežiūra	127	29,1	24	45,8
7. Neužtikrinama tinkama įrankių dezinfekcija, sterilizacija, pakartotinai naudojami vienkartiniai įrankiai	14	78,6	24	87,5
8. Nevykdoma įrangos darbo kontrolė	15	60,0	19	84,2
9. Patalpos, vartotojai neaprūpinami būtinu inventoriumi	12	41,7	2	0,0
10. Patalpų įrengimas neatitinka teisės aktų reikalavimų	123	12,2	45	22,2
11. Veikla vykdoma neturint leidimo-higienos paso	29	20,7	8	100,0

Kaip matyti iš 1 lentelės, dažniausiai stacionariose ir ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose nustatomas pažeidimas – netinkama patalpų ir įrangos priežiūra. Tačiau

poveikio priemonės už tokio pobūdžio teisės aktų pažeidimus buvo taikomos tik 29,1 proc. objektų. O štai odontologines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose dažniausiai nustatomas pažeidimas – patalpų įrengimas neatitiko teisės aktų reikalavimų. Taip pat šiose įstaigose dažnai nustatoma, kad neužtikrinama tinkama įrankių dezinfekcija, sterilizacija, pakartotinai naudojami vienkartiniai įrankiai, netinkamai prižiūrimos patalpos ir įranga. Tokie pažeidimai yra iš esmės nesuderinami su esmine asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės definicija – saugumu (kadangi, pavyzdžiui, nedezinfekuojami įrankiai dėl mikrobinės taršos gali sukelti ir kelia tiesioginę riziką pacientų sveikatai ir gyvybei).

Atsargumo principo panaudojimo žmogaus sveikatos apsaugos reglamentavimo srityje išplėstų galimybes padaryti sveikatos priežiūros paslaugas saugesnes [78]. Tai pat šis principas išspręstų problemas, susijusias su naujausių biotechnologijų taikymu, kur mokslinis netikrumas yra gana dažnas reiškinys.

Pažymėtina, kad Lietuvos teisinėje sistemoje istoriškai susiklostė tam tikros konkrečios įstatyminės išimtys, susijusios su teise į asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Pavyzdžiui, Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymas, įtvirtinęs vartotojų teisę įsigyti saugias, tinkamos kokybės prekes ar paslaugas, negina vartotojų, pasinaudojusių neprivaćiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, teisių (įstatymas netaikomas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugoms, kurių išlaidos pagal įstatymus yra apmokamos (kompensuojamos) iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšų, aprūpinimui vaistais, taip pat vykdant teismų sprendimus) [79]. Taip pat sveikatos priežiūros ir farmacinėms paslaugoms, kurias pacientams teikia sveikatos priežiūros įstaigos ar specialistai, siekdami įvertinti, padėti išsaugoti ar pagerinti pacientų sveikatos būklę tais atvejais, kai šias paslaugas gali teikti tik reglamentuojamos sveikatos priežiūros profesijos specialistai, netaikomas Paslaugų įstatymas, nustatantis įsisteigimo laisvės, laisvės teikti paslaugas ir ūkinės paslaugų teikimo veiklos laisvės įgyvendinimo sąlygas ir kartu sudarantis prielaidas užtikrinti aukštą paslaugų kokybę [80]. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad sveikatos priežiūros paslaugoms, su sveikatos priežiūra susijusių produktų saugai užtikrinti yra taikomas Produktų saugos įstatymas, kai Lietuvos Respublikos teisės aktuose nėra nuostatų, reglamentuojančių konkretaus produkto / paslaugos saugą [81].

Sveikatos priežiūros kokybės požiūriu taip pat labai svarbu, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų tiekiamos naudojant kokybiškas technologijas, prietaisus, preparatus. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 54 straipsnio 1 punktą nustato draudimą „naudoti neįvertintas ar neapčiuotas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros technologijas“ [82]. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 45 straipsnio 4 punktą nurodo „naudoti tik tas sveikatos

priežiūros technologijas, kurios yra nustatyta tvarka aprobuotos ir (ar) leistos naudoti Lietuvos Respublikoje“ [83]. Vertinat medicinos technologijas, įvertinamos šios jų kokybės dimensijos: klinikinis saugumas, veiksmingumas ir efektyvumas. Pažymėtina, kad visi į Europos ekonominę erdvę teikiami medicinos prietaisai turi atitikti Europos Sąjungos direktyvų, reglamentuojančių medicinos prietaisų saugą, reikalavimus, kurių pagrindinės nuostatos yra perkeltos į sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas Lietuvos medicinos normas (Medicinos prietaisų saugos techninius reglamentus) [84]. Siekiant užtikrinti pacientų, vartotojų ir kitų asmenų saugą, teisės aktais yra įtvirtinta, kad duomenis apie teikiamus į rinką medicinos prietaisus turi pateikti VASPVT kiekvienas juridinis asmuo, atsakingas už medicinos prietaisų pateikimą į rinką. Privaloma pateikti duomenis apie gaminamus pagal užsakymą, I klasės medicinos prietaisus, surenkamus pagal jų paskirtį ir pagal gamintojų pateiktus nurodymus, pažymėtus „CE“ ženklu, medicinos prietaisus, pateikiamus rinkai kaip sistemas ar procedūrinius rinkinius, gaminamus in vitro diagnostikos medicinos prietaisus ir t. t. [85]. Siekiant padidinti sveikatos priežiūros paslaugų saugumą, sveikatos priežiūros įstaigų vadovai taip pat yra įpareigoti užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugoms teikti būtų naudojami tik medicinos prietaisai, atitinkantys sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintus medicinos prietaisų saugos techninius reglamentus.

2007 m. gegužės 23 d. Šešiasdešimtojoje Pasaulio Sveikatos Asamblėjoje buvo priimta rezoliucija dėl Sveikatos priežiūros technologijų (WHA60.29), akcentuoja sveikatos priežiūros technologijų, ypač susijusių su medicinos prietaisais, svarbą. Rezoliucijoje pabrėžiama, kad sveikatos priežiūros technologijos, ypač susijusios su medicinos prietaisais, tapo ekonominiu bei techniniu iššūkiu sveikatos sistemai visose Europos šalyse, ypač kai kalbama apie siekį teikti ir gauti kuo kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas. Todėl šalių narių primygtinai reikalaujama kaupti ir keisti informacija apie sveikatos priežiūros technologijas, sukurti ir įgyvendinti nacionalines sveikatos priežiūros technologijų strategijas ir programas, užtikrinti racionalų išteklių panaudojimą, tinkamai planuojant, vertinant, įsigyjant bei valdant sveikatos priežiūros technologijas, ypač susijusias su medicinos prietaisais. Tačiau Lietuvoje kol kas nėra vykdomos specialios programos, užtikrinančios racionalų išteklių naudojimą įsigyjant bei valdant sveikatos priežiūros technologijas, ypač susijusias su medicinos prietaisais. Kalbant apie sveikatos technologijų vertinimo patirtį Lietuvoje galima konstatuoti, kad kai kurios sveikatos technologijos vertinamos, tačiau nėra nustatyta bendra jų vertinimo sistema [86]. Sveikatos technologijų vertinimo sistemos veikimas Lietuvoje įgalintų įvertinti sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą vertinimo rodikliu.

3.5. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas

2005 m. įvykusiame Europos Aštuntajame Ateities Forume buvo pabrėžta, kad moderni kokybės definicija apima šešis parametrus: saugumą, veiksmingumą, savalaikiškumą, orientaciją į pacientą, efektyvumą ir lygų paslaugų prieinamumą [87]. Ekonominio bendradarbiavimo ir vystymo organizacija, vykdydama Sveikatos priežiūros kokybės indikatorių projektą unifikavo kokybės vertinimo dimensijų matricą, padarė išvadą, kad svarbiausios kokybės dimensijos yra saugumas, veiksmingumas ir orientacija į pacientą [88].

PSO ekspertai, atlikę gydymo įstaigų veiklos kokybės vertinimo dimensijų analizę vienuolikoje Europos valstybių, taip pat patvirtino, kad viena iš šešių svarbiausių kokybės dimensijų – priežiūra orientuota į pacientą [89]. Ekspertai išskyrė ir šios dimensijos indikatorius, kuriuos labiausiai linkę vertinti pacientai: gydytojo ir paciento bendravimas, informacijos gavimas, pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą ir sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas.

Atlikti tyrimai papildė sveikatos priežiūros kokybės vertinimą paslaugų vartotojo, t. y. paciento, atžvilgiu naujais dėkingumo, lojalumo, sėkmės suvokimo vertinimo kriterijais [90]. Šie kriterijai sudaro galimybę pacientui į kokybę pažvelgti kiek kitokiu pjūviu ir pasijusti reikšmingu ir teisėtu dalyviu sveikatos priežiūros procese. Pacientai siekia lygiavertės partnerystės ir abipusės pagarbos. Tokiu būdu užtikrinamas ir abipusis pasitikėjimas.

Europos Picker Institas, apibendrinęs 10 metų mokslinio tyrimo patirtį ir daugiau nei 350 000 pacientų apklausų vertinimų, išskyrė 8 indikatorius, kurie atspindi sveikatos priežiūrą, orientuotą į pacientą: pagarba pacientų nuomonei apie sveikatos priežiūros kokybę (teikiamiems prioritetams ir išreikštiems poreikiams), paslaugų prieinamumas, emocinė parama, informacija, priežiūros koordinavimas, fizinis komfortas, šeimos narių ir artimųjų įtraukimas į gydymo procesą, priežiūros tęstinumas [91].

ES šalyse narėse, siekiant pagerinti pacientų saugą šiuo metu yra vykdomas Europos Sąjungos pacientų saugos projektas (EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety)) (projektas remiamas ir finansuojamas Europos Komisijos pagal 2007-2013 m. Visuomenės sveikatos programą) [92]. EUNetPaS oficialiai pradėtas 2008 m. vasario mėn. Projektą koordinuoja Prancūzijos sveikatos priežiūros įgaliotoji institucija (HAS). Lietuvai projekte atstovauja VASPVT. EUNetPaS tikslas – įkurti tinklą, vienijantį visas ES šalis nares ir tarptautines ES organizacijas, siekiant paskatinti ir pagerinti bendradarbiavimą pacientų saugos srityje (klaidų medicinoje registravimo ir mokymosi sistemos, vaistų vartojimo saugumas ir švietimas pacientų saugos klausimais, pacientų saugos kultūra) ir tokiu būdu sustiprinti pastangų gerinti sveikatos priežiūros

paslaugų efektyvumą ir įvertinti, pagrįsti ir paskleisti naujas žinias ir geras praktikas, surinktas siekiant sumažinti žalos pacientui sveikatos priežiūros įstaigose riziką, ir tuo pačiu pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Pagrindinės EUNetPaS nagrinėjamos temos: pacientų saugos kultūra, švietimas ir mokymas pacientų saugos klausimais, nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizavimo sistemos, vaistų vartojimo ligoninėse saugumas.

3.6. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: nepageidaujami įvykiai

Atlikus teisės aktų analizę, pastebėta, kad Lietuvoje didžiausias dėmesys kreipiamas į sveikatos priežiūros paslaugų saugumą, kuris siejamas su teisėtumu (t. y. turi būti organizuojamos saugios sveikatos priežiūros paslaugos remiantis galiojančiais įstatymais ir kitais teisės aktais).

Lietuvos teisinėje sistemoje yra reglamentuojama, kad VASPVT sveikatos priežiūros įstaigų vadovai privalo pateikti pranešimus apie su medicinos prietaisais susijusius incidentus [93]. Incidentas apibrėžiamas kaip bet koks medicinos prietaiso funkcinis sutrikimas, gedimas arba jo charakteristikų ir (arba) veikimo pablogėjimas, taip pat ženklinimo ar naudojimo instrukcijos neatitikimas, kuris tiesiogiai ar netiesiogiai galėtų ar būtų galėjęs tapti paciento, vartotojo arba kitų asmenų mirties priežastimi arba būtų rimtai pabloginęs jų sveikatą.

Be incidentų, Lietuvos teisinėje sistemoje yra apibrėžta, kad registruojami ir nepageidaujami įvykiai [94]. Nepageidaujamais įvykiais yra laikomi įvykiai, reakcijos, reiškiniai, aplinkybės, atsiradę dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui. Privalomi registruoti nepageidaujami įvykiai – tai:

1. Nepageidaujami įvykiai, susiję su medicinos prietaisų naudojimu;
2. Nepageidaujami įvykiai, susiję su kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija;
3. Nepageidaujami įvykiai, susiję su vaistinių preparatų naudojimu;
4. Nustatyta hospitalinė infekcija;
5. Nepageidaujami įvykiai, susiję su pacientų, darbuotojų, gyventojų radiacine sauga bei radiologinėmis avarijomis;
6. Nepageidaujami įvykiai, susiję su audinių, ląstelių ir organų įsigijimu (paėmimu), ištyrimu, apdorojimu, laikymu, paskirstymu (transportavimu) ir transplantacija.

Lietuvoje kai kurios sveikatos priežiūros įstaigos turi kelerių metų patirtį, registruojant nepageidaujamus įvykius, tačiau nepaisant galiojančių teisės aktų, nėra sukurta efektyvi šalies nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje registravimo ir mokymosi sistema, todėl nėra patikimų duomenų apie tai, kaip dažnai nepageidaujami įvykiai vyksta sveikatos priežiūros įstaigose, kokių

padarinių pacientams ir medikams jie sukelia ar potencialiai galėjo sukelti, kokios yra jų priežastys [95, 96].

2008 m. Higienos institutas, vykdydamas Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos priemones, atliko tyrimą „Nepageidaujami įvykiai ir jų priežastys sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų požiūriu“ (toliau – HI tyrimas). HI tyrimo išvadose nurodyta, kad kas dešimtas medikas nežinojo, kas yra nepageidaujami įvykiai, tik 4,5 proc. medikų pripažino, kad nepageidaujami įvykiai asmeninėje praktikoje įvyksta dažnai (keletą kartų per mėnesį); virš 80 proc. medikų teigė, kad nepageidaujami įvykiai analizuojami jų įstaigose, dažniausiai aptariant tai skyriuje [97]. Kad pacientus būtina informuoti apie nepageidaujamus įvykius, visiškai sutinka maždaug pusė medikų, tačiau tik trečdalis visada pacientus informuoja apie tokius įvykius [98]. Daugiausia medikų (27 proc.) pagrindiniu nepageidaujamų įvykių atsiradimą lemiančiu veiksniu įvardijo darbo aplinkos veiksnius.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymu Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ patvirtinti reikalavimai įpareigoja sveikatos priežiūros įstaigas privalomai registruoti ir analizuoti informaciją apie nepageidaujamus įvykius ir jų priežastis bei taikomos prevencinės priemonės siekiant išvengti ir (ar) sumažinti nepageidaujamų įvykių, susijusių su medicinos prietaisų naudojimu, kraujo ir jo preparatų perpylimu, vaistinių preparatų naudojimu, hospitaline infekcija ir radiacine sauga. Tačiau pagal VMAI atliekamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolių rezultatus, šio įsakymo reikalavimai registruoti nepageidaujami įvykiai nėra tinkamai įgyvendinti daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų.

Apie įvykusius nepageidaujamus įvykius pranešama skirtingoms institucijoms pagal kompetenciją, pvz.: Nacionaliniame kraujo centre per 2007–2008 m. buvo gauti 3 pranešimai apie patvirtintas 1-o priežastinio lygio reakcijas dėl galimo padidėjusio jautrumo po trombocitų transfuzijos, 3 pranešimai apie patvirtintas 2-o lygio reakcijas po eritrocitų transfuzijos dėl tikėtino padidėjusio jautrumo ar po transfuzinės purpuros su visišku pasveikimu ir 1 pranešimas apie patvirtintą 3-io priežastinio lygio reakciją – imuninę hemolizę su nedideliais klinikiniais padariniais po eritrocitų transfuzijos.

VASPVT nusiskundimų, susijusių su medicinos prietaisų naudojimu Lietuvoje, gauna retai. VASPVT gauna pranešimus apie nepageidaujamus įvykius, susijusius su medicinos prietaisais, tik iš kitų valstybių. Tokiais atvejais apie visus įvykius informuojami arba medicinos prietaisų platintojai, arba sveikatos priežiūros įstaigos.

Lietuvos sveikatos informacijos centre yra renkami duomenys apie nepageidaujamus įvykius. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos metų veiklos ataskaitoje Nr. 1 yra duomenys apie atliktas bendrąsias anestezijas ir mirusius nuo jų. Pvz., 2008 m. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) įstaigose užregistruotas 1 mirties atvejis, pranešta apie 55 komplikacijas po kraujo perpylimo, viena jų baigėsi mirtimi, registruotos 3 nėščiųjų ir gimdyvių mirtys. Patologinės anatomijos skyriaus darbo ataskaitoje (forma Nr. 42), kurią pateikia asmens sveikatos priežiūros įstaigų patologinės anatomijos skyriai, yra duomenys apie atliktų autopsijų skaičių, išnagrinėtos diagnozių nesutapimo priežastys. Pvz., 2008 m. iš viso atliktos 1 477 autopsijos, per kurias nustatyta, kad 16 atvejų mirties priežastis buvo klaidinga diagnozė.

Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie SAM 2009 m. gautų pranešimų apie nepageidaujamą reakciją į vaistą ataskaitoje nurodoma, kad 2009 m. gautas 171 pranešimas apie nepageidaujamą reakciją į vaistus, 2008 m. – 166, 2007 m. – 134, 2006 m. – 224, 2005 m. – 356. Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centrui (toliau – ULPKC) siunčiami skiepijimo, pašalinių reiškinų tyrimo protokolai (forma Nr. 392-1/a), 2008 m. pranešta apie 46 atvejus dėl paraudimo ir pakilusios temperatūros. Iki 2009 m. privalomai turėjo būti registruojamos visos hospitalinės infekcijos, tačiau ULPKC 2008 m. buvo užregistruoti tik 1 333 atvejai, 2007 m. – 1 235, 2006 m. – 1 428, 2005 m. – 1 340.

Tyrimai rodo, kad hospitalinių infekcijų paplitimas Lietuvos ligoninėse nėra didelis, tačiau paplitimo skirtumai atskirose ligoninėse akivaizdūs [99]. Atskirose asmens sveikatos priežiūros įstaigose svyravo nuo 0,2 proc. iki 28,0 proc. Dažniausiai hospitalinės infekcijos nustatytos reanimacijos-intensyviosios terapijos skyriuose (15,7 proc.) vaikų iki 1 metų amžiaus grupėje (6,8 proc.). Hospitalinių infekcijų struktūroje vyravo apatinių kvėpavimo takų infekcijos (36,3 proc.), operacinių žaizdų infekcijos (15,6 proc.), šlapimo takų (10,9 proc.) ir odos minkštųjų audinių infekcijos (10,7 proc.).

E. N. De Vries ir bendraautorių atliktos sisteminės aštuonių mokslinių studijų apie nepageidaujamus įvykius JAV, Australijos, Jungtinės Karalystės, Naujosios Zelandijos ir Kanados ligoninėse (1991-2006 metais) analizės duomenimis, nepageidaujamų įvykių dažnis – 9,2%, 7 % atvejų baigėsi invalidumu, 7,4 % atvejų – mirtimi [100]. Autoriai nurodė, kad nepageidaujami reiškiniai hospitalizacijos laikotarpiu pasireiškė vienam iš 10 pacientų. Beveik pusė nepageidaujamų įvykių įvyko chirurginių intervencijų metu ir kad 43,5 % nepageidaujamų įvykių buvo galima išvengti. Panašūs duomenys gauti ir kitų šalių nepageidaujamų įvykių paplitimo tyrimuose [101].

Tokie statistiniai duomenys rodo, kad paslaugos pacientams nėra visiškai saugios ne tik Lietuvoje, bet ir kitose šalyse ir tai rimta problema kalbant apie sveikatos priežiūros paslaugų

kokybę [102]. Pacientai tikisi nepageidaujamo įvykio pripažinimo, atskleidimo, paaiškinimo, atsiprašymo, palaikymo ir žalos atlyginimo [103, (104)].

2007 m. atliktas tyrimas atskleidė, kad ir patys pacientai abejoja teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis: kas dešimtas 15–74 m. Lietuvos gyventojas mano, kad per paskutiniuosius trejus metus jam besigydamt sveikatos priežiūros įstaigose buvo padaryta diagnostikos klaidų diagnozuojant ligą. Analogiška situacija nagrinėjant sveikatos priežiūros įstaigose padarytas gydymo klaidas. 9 % apklaustų Lietuvos gyventojų mano, jog jiems besigydamt buvo padaryta gydymo klaidų [105].

Sveikatos priežiūros kokybės dimensijos vertinamos ir atliekant Euro Health Consumer Index“ (EHCI) tyrimus. 2009 m. pabaigoje atlikto tyrimo „Euro Health Consumer Index“ (EHCI) duomenis, kuriame vertinamos šešios vartotojams svarbiausios Europos sveikatos priežiūros sistemos sritys: pacientų teisės ir informacija, elektroninė sveikatos priežiūros sveikata, gydymo laukimo laikas, paslaugų prieinamumas ir vaistai, paaiškėjo, kad Lietuva ES sveikatos priežiūros sistemų įvertinimo rikiuotėje iš 24 vietos nusmuko į 29, t. y. pagal ES metinio sveikatos priežiūros sistemų tyrimo rezultatus Lietuva užima 29 vietą iš 33. Jau keli metai Europoje geriausiai vartotojų (pacientų) požiūriu vertinama sveikatos priežiūros sistema Nyderlanduose ir Danijoje. Lietuva aplenkė tik Albaniją, Latviją, Rumuniją ir Bulgariją. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos rodikliai, pavyzdžiui, pacientų teisės ir informacija, medicininės kortelės įrašų prieinamumas ir galimybė sužinoti objektyvią diagnozę, buvo gana neblogai įvertinti, tačiau gydymas ir vaistai ligoniams yra sunkiai prieinami, o gydymo rezultatai nepatenkinami [106]. 2008 m. tyrimas parodė, kad Lietuvoje ypač prastai diegiama elektroninė sveikatos priežiūros sistema, kurios našumas turi būti gerokai padidintas, taip pat, kad būtina daugiau dėmesio skirti klausimams, susijusiems su paslaugų prieinamumu, gydymo rezultatais, pacientų galimybe gauti naujausius vaistus ir kyšininkavimo problemoms spręsti. Tačiau tinkamai sprendžiami klausimai, susiję su pacientų teisėmis ir sveikatos priežiūros informacijos sistema [107, 108]. Palyginus 2009 metų „Euro Health Consumer Index“ tyrimų duomenis su 2008 m., galima teigti, kad situacija vartotojų požiūriu pablogėjo, tačiau palyginus su 2006 m., kai Lietuva užėmė paskutinę vietą ir buvo prasčiausiai vertinama Europoje, galima teigti, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistema tobulėja [109]. Tačiau lyginant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą ir sveikatos priežiūros paslaugas, jų kokybę su kitų ES šalių sveikatos priežiūra, galima daryti pagrįstą išvadą, kad Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybė smarkiai atsilieka nuo tokių šalių kaip Nyderlandai ir Danija.

Siekiant pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę yra pertvarkomas sveikatos priežiūros sektorius [110]. Tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir sistemos

funkcionavimo efektyvumą, vykdoma 2002 m. parengta ir 2003 m. pradžioje patvirtinta ilgalaikė sveikatos priežiūros įstaigų ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo strategija [111].

Sveikatos priežiūros kokybės gerinimą skatintų didėjanti konkurencija tarp sveikatos priežiūros įstaigų. Visgi, septyniolika metų besitęsianti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos reforma nėra pakankamai sėkminga, kadangi sveikatos apsaugos sistemoje nėra įvertinta konkurencijos prigimtis [112]. Nors reformos pastangos, bandant koncentruotis į vartotojus, pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, rodo, kad sveikatos apsaugos sistema juda teisinga kryptimi, tačiau esminių pokyčių vis dar nėra. Nulinės sumos konkurencija, kuri paremta išlaidomis, tik sekina sveikatos apsaugos sistemą. Tačiau absoliučiai pritaikyti rinkos ekonomikos ir konkurencijos sąlygas ir metodus sveikatos priežiūros kokybės gerinime negalima, kadangi kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos yra sudėtinga paslaugų rūšis dėl savo specifiškumo, kadangi jos turi tenkinti ne tik paciento poreikius, bet ir atitikti klinikinius standartus [113].

Pastebėtina, kad dauguma priemonių, nukreiptų į sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pagerinimą, yra materialinės investicijos į ilgalaikį turtą (t. y. didžioji dalis lėšų investuojama į statinius, įrangą). Tik palyginti nedidelė dalis investicijų skiriama žmogiškajam kapitalui. Tai gali būti viena iš priežasčių, kodėl atliekant įvairius tyrimus, vertinimus, analizes nenustatoma sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ar jos dimensijų ženklus ir stabilus gerėjimo. Nustatyti penki integralūs sveikatos sistemos plėtros indikatoriai: fizinės gerovės, reformos neveiksmingumo, slaugos ir reabilitacijos galimybės, socialinio statuso ir demografinio statuso [114]. Jie paaiškino 62,5% plėtros strategijų dispersijos. Labai didelis problemų paplitimas sveikatos reformos organizavimo (96,7 %), sveikatos reformos rezultatų (96,9 %) srityse. Tai rodo prastą sveikatos sistemos plėtros politikos veiksmingumą.

Užtikrinti aukščiausią pacientų pasitenkinimą veiksmingiausiu būdu padeda kokybės vadybos sistemos įdiegimas [115]. Kokybės vadybos sistemos terminas sveikatos priežiūros įstaigoje gali būti suprantamas kaip dalis visos institucijos bendrosios valdymo sistemos, užtikrinant aukščiausios kokybės paslaugas pacientams bei kuriant aplinką, kai nuolat tobulinami visų veiklos sričių procesai, ir tai darant mažiausiomis išlaidomis. Tačiau jeigu sveikatos paslaugų įvertinimo ir kokybės matavimo procedūros nėra įtraukiamos į integruotą platesnį kokybės valdymo ir plėtros projektą, jos gali greitai nusmukti iki biurokratinio ritualo ir tapti tiesiog ataskaitų ir skaičių rinkiniu. Tik visa apimantis tolygiai plėtojamas ir tobulinamas sveikatos priežiūros paslaugų kompleksas, o kartu ir kokybės vadybos modelis, yra įstaigos sėkmingos veiklos garantas [116, 117]. Būtent visuotinės kokybės vadyba šiuo metu laikoma „išlaikiusia laiko testą organizacine filosofija“ [118].

Pavyzdžiui, šešių sigma metodologija, apimanti procesų apibrėžimą, pamatavimą, analizę, tobulinimą ir kontrolę, įgalina labiau suvienodinti sveikatos priežiūros kokybę įvairiose organizacijose ir leidžia geriau apibrėžti pacientų poreikius ir lūkesčius bei sveikatos priežiūros organizacijų galimybes juos patenkinti [119]. Šios metodologijos kokybės gerinimo įrankius galima sugrupuoti į šešias kategorijas – organizacinius, vadybinius, kūrybinius, statistinius, planavimo ir matavimo. Visgi vadyba – pats svarbiausias kokybės gerinimo įrankis [120].

Pažymėtina, kad, praeityje Lietuvoje skirtingai nuo medicinos profesijos specialistų, profesionalioms vadybinėms kvalifikacijoms ir sveikatos vadybininkų rengimui nebuvo skiriama pakankamai dėmesio [121]. Įvertinus sveikatos sistemos reformos valdymo srityje istoriją Lietuvoje ir jos pamokas, taip pat atsižvelgiant į tai, kad visame viešajame sektoriuje diegiami naujosios viešosios vadybos principai, pagrindinės valdymo tobulinimo kryptys galėtų būti valdymo kokybės, susijusios su efektyvumu, ir pačių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas. Manoma, kad teigiamų sveikatos priežiūros paslaugų valdymo ir paslaugų kokybės pokyčių atsirastų skatinant privačią sveikatos priežiūros praktiką. Taip pat manoma, kad siekiant palengvinti finansinę naštą sveikatos priežiūros sistemai, reikėtų svarstyti galimybę priimti specialų įstatymą savanoriškojo sveikatos draudimo santykiams reguliuoti, kuris leistų savanoriškuoju papildomu draudimu apsidrausti ne tik juridiniams, bet ir fiziniams asmenims [122].

Lietuvoje kokybės vadybos sistemos įgyvendinimas sveikatos priežiūros įstaigose buvo pradėtas 1998 m., sveikatos priežiūros įstaigas įpareigojus diegti kokybės vadybos sistemą, bet pakeitus teisės aktus, 2010 m. įpareigojimas vykdyti kokybės vadybą tapo nepageidaujamų įvykių registravimo tvarka [123].

Nors kokybės koncepcija turi ilgą istoriją, kokybės vadyba sveikatos priežiūros sektoriuje vystosi ne taip sparčiai, kaip pramonėje [124, 125]. Pavyzdžiui, gera slaugos praktika sveikatos priežiūros įstaigose priklauso nuo kokybės sistemos įdiegimo, atskirų veiksnių stiprumo ir glaudžios jų sąveikos [126, 127]. Nustatyta, kad geros slaugos praktikai didelę įtaką turi administraciniai veiksniai, tačiau slaugos darbo organizavimas pripažintas slaugos kokybę stipriausiai lemiančiu veiksniumi. Savalaikės vadybinės intervencijos ir netradicinis sveikatos priežiūros įstaigos valdymo problemų sprendimas leidžia efektyviai naudoti išteklius ir gerina sveikatos priežiūros kokybę bei organizacijų veiklos rezultatus [128].

Visgi teisės į sveikatos apsaugą (o kartu ir kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų) įgyvendinimas priklauso ne tik nuo valstybės, jos sukurtų administracinių bei institucinių sistemų gebėjimo tinkamai atlikti pavestą funkciją, bet ir nuo paties individo pastangų [129]. Tačiau kadangi Konstitucijoje „įtvirtinta valstybės priedermė rūpintis piliečiais, kurie dėl įstatymuose numatytų

priežasčių negali apsirūpinti iš darbo ir kitokių pajamų arba yra nepakankamai aprūpinti“, manytina, kad solidarumo principas yra Lietuvos nacionalinės teisės dalis [130]. Nacionaliniame sveikatos priežiūros reglamentavime solidarumo principą įtvirtino privalomojo sveikatos draudimo sistema. Nors privalomasis pobūdis rodo šio principo instrumentiškumą, tačiau solidarumo įgyvendinimas remiantis privalomojo sveikatos draudimo sistema yra svarbi teisės į sveikatos priežiūrą įgyvendinimo priemonė, lygybės ir teisingumo žmonėms siekiant sveikatos užtikrinimo sąlyga. Yra požymių, kad dėl išteklių ir lūkesčių disproporcijos racionalizuojant sveikatos priežiūros sistemas neišvengiamai didės asmeninės atsakomybės už savo sveikatą reikšmė (mokamų sveikatos priežiūros paslaugų, papildomų paciento priemokų už jas ir savanoriško sveikatos draudimo įmokų pavidalu). Tačiau solidarumo principo reikšmė sveikatos priežiūros sistemoje neturėtų sumažėti. O štai atsižvelgiant į mokslinių tyrimų biomedicinos srityje vystimosi pagreitį ir į vyraujančias politines tendencijas, manytina, kad kokybiškų tiek visuomenės sveikatos, tiek asmens sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimo pozicija ateityje turėtų tik stiprėti.

4. TYRIMO METODAI IR APIMTIS

Lietuvos statistikos departamento duomenimis tyrimo planavimo etapu (2009 metais) Vilniaus miesto savivaldybėje buvo 453 734 gyventojai vyresni nei 18 metų amžiaus. Sudarant imtį, remtasi tikimybinio imties sudarymo metodu, siekiant gauti kuo didesnę imties reprezentatyvumą. Pasirinkus 95 % pasiklovimo lygmenį ir esant paklaidai (pasikliautiniui intervalui), lygiai 4, tyrimo imtį sudarė 599 vyresni nei 18 metų amžiaus Vilniaus miesto savivaldybės gyventojai.

Vykdamas Sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų vertinimo pacientų požiūriu Vilniaus mieste momentinį tyrimą, buvo sukurtas klausimynas. Tyrimas vykdytas dviem etapais: pirmuoju etapu 2009 m. pabaigoje siekiant įvertinti sudaryto klausimyno patikimumą buvo atliktas pilotinis tyrimas, kurio metu Šeškinės poliklinikoje apklausti 145 respondentai. Atsižvelgiant į pilotinio tyrimo metu nustatytus klausimų formulavimo trūkumus, sąlygojusius nepakankamą klausimyno skalės vidinį nuoseklumą, klausimynas pakoreguotas ir antruoju etapu 2010 m. gegužės – liepos mėnesiais atliktas tikrasis tyrimas. Šio tyrimo metu vykdyta mišri dvipakopė tiriamųjų atranka. Iš pradžių klasterinės (grupinės) atrankos būdu klasteriais pasirinktos visos Vilniaus mieste esančios ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos – poliklinikos (jų sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojantys gyventojai, vyresni nei 18 metų). Atlikus patogiąją atranką, išrinktos 3 poliklinikos, kuriose nuspręsta vykdyti tyrimą. Poliklinikose tiriamųjų apklausa vykdyta naudojant paprastąją tikimybinę atranką. Pažymėtina, kad klasterinės atrankos, yra mažiau efektyvios nei stratifikuotos, jas atliekant galima didesnė atrankos paklaida, tačiau finansiniu ir laiko požiūriu klasterinės atrankos yra efektyvesnės nei paprastosios ar stratifikuotos.

Tyrimo metu Vilniaus miesto ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose – Šeškinės, Antakalnio ir Centro poliklinikose – išdalinta 650 klausimynų. Klausimynų grįžtamumas 79,4 % (t. y. surinkta 516 klausimynų, paklaida padidėjo nuo 4 iki 4,33). 215 klausimynų (41,7 %) surinkta Šeškinės poliklinikoje, 192 (37,2 %) – Antakalnio poliklinikoje, 108 (20,9 %) – Centro poliklinikoje. 1 klausimynas (0,2 %) nebuvo priskirtas nei vienai iš šių grupių, kadangi ant jo nebuvo nurodyta apklausos vieta, tačiau į analizę jis buvo įtrauktas.

Gauti duomenys apdoroti „SPSS for Windows 17,0“ programa, naudojant kryžminės tabuliacijos (cross-tabulation) procedūrą, Chi kvadrato testą dviejų kintamųjų nepriklausomumui patikrinti (skaitmeniniams kategoriniams (nominaliesiems arba ranginiams) kintamiesiems) ir nominaliems kintamiesiems, Kruskal-Wallis testą (ranginiams ir nominaliems kintamiesiems), Mann-Whitney U testą (ranginiams ir dichotominiais kintamiesiems), Spirmano koreliacijos testą (ranginiams kintamiesiems). Kai koreliacijos koeficientas yra mažesnis už 0,3 ar -0,3, laikyta, kad

koreliacija nereikšminga. Skirtumai tarp atskirų rodiklių laikomi patikimais, kai $p \leq 0,05$, pasirinktas reikšmingumo lygmuo α lygus 0,05. Taip pat naudota WinPepi programa skirtumams grupėse įvertinti (programos Compare2 D funkcija).

Priklausomų binarinių kintamųjų reikšmėms prognozuoti taikyta binarinė logistinė regresija, o kai kategorinis priklausomas kintamasis nėra binarinis, o turi daugiau kaip dvi kategorijas taikyta daugiareikšmė logistinė regresija (nepriklausomi kintamieji turi būti kategoriniai (nominalieji arba ranginiai), arba intervalų skalės kintamieji).

Klausimyno skalės vidiniam nuoseklumui (angl. scale internal consistency) įvertinti naudotas Cronbacho alfa (Cronbach's alpha) koeficientas, kuris remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimyną, koreliacija ir įvertina, ar visi skalės klausimai pakankamai atspindi tiriamąjį dydį bei įgalina patikslinti reikiamų klausimų skaičių skalėje (gerai sudarytam klausimynui Cronbacho alfa turėtų būti didesnė už 0,7 (kai kurių autorių teigimu – už 0,6)). Pasirinkus svarbiausius klausimus ir atlikus analizę nustatyta, kad Chronbach'o alfos koeficientas lygus 0,781.

Siekiant įvertinti ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę klausimyne buvo suformuluoti tiesioginiai ir netiesioginiai klausimai, apimantys įvairias sveikatos priežiūros paslaugų dimensijas. Siekiant išsiaiškinti sveikatos priežiūros paslaugų **prieinamumą** klausta apie respondento galimybes pasiekti asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Siekiant nustatyti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų **tinkamumą**, prašyta įvertinti gydytojo, pas kurį respondentas lankėsi ir slaugytojos kvalifikaciją, asmenines savybes ir suteiktą informaciją, taip pat prašyta įvertinti aplinkos, kurioje teikiamos / suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, tinkamumą. Siekiant įvertinti paslaugų **tęstinumą** klausta apie galimybę esant būtinybei gauti siuntimą / nukreipimą pas gydytoją specialistą, medicininių tyrimų galimybes vietoje, kurioje naudojamosi asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, aprūpinimą medikamentais, slaugos kitais medicinos reikmenimis. Taip pat klausimyne, norint nustatyti kuriamos sveikatos priežiūros paslaugų politikos **orientaciją į pacientą**, buvo suformuluoti klausimai apie tai, kaip respondentas įvertintų projektą, kurio esmė, kad Šeimos gydytojai (apylinkės terapeutai, pediatrai) pagal galimybes dirbtų arčiau pacientų, t.y. savo mikrorajonuose, kaip įvertintų sveikatos reformos įdiegiamą naujovę, kad vietoj terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikėtų / reikia kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / Šeimos gydytoją, taipogi respondentų klausta apie jų informuotumą apie galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“ poliklinikoje.

Norint sužinoti apie teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų **teisumą ir teisėtumą** respondentų klausta, ar jie gydydamiesi stacionare neturėjo papildomų su gydymu susijusių išlaidų,

o jei turėjo, tai kokių. Siekiant įvertinti, ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybė gerėja, prašyta įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės pokytį per pastaruosius metus. Taip pat respondentams buvo užduoti bendro pobūdžio klausimai, kaip jie įvertintų dabartinę sveikatos priežiūros įstaigų darbą ir siekiant atlikti gautų anoniminių duomenų analizę pagal tam tikrus kriterijus respondentų paprašyta pateikti socialinius – demografinius duomenis apie save (lytis, amžius, išsimokslinimas, pajamos tenkančios vienam ūkio nariui per mėnesį, užsiėmimas, gyvenamoji vieta ir apklausos vieta).

Siekiant nustatyti, ką patys respondentai mano apie jiems teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prašyta nurodyti savo pasitenkinimo lygį ir tiesiogiai patiems įvertinti teikiamų paslaugų kokybę ir kokybės pokytį per pastaruosius 2 metus.

Gauti atsakymai į pateiktus klausimus leido daryti pagrįstas išvadas apie teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jų kokybę ir trūkumus Vilniaus mieste.

5. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

5.1. Tyrimo rezultatai

5.1.1. Tiriamųjų apibūdinimas

Atlikus surinktų duomenų analizę paaiškėjo, kad iš 516 apklaustų respondentų 81,4 % (420) sudarė moterys, 16,3 % (84) – vyrai, o likusieji 2,3 % (12) respondentų savo lyties nenurodė.

Dauguma respondentų, t. y. 58,9 % (304), turėjo aukštąjį išsilavinimą. Specialųjį vidurinį išsilavinimą turėjo 16,7 % (86) respondentų, vidurinį – 11,2 % (58), nebaigtą aukštąjį – 10,1 % (52), nebaigtą vidurinį išsilavinimą – 1,2 % (6), o 1,9 % (10) respondentų savo išsilavinimo nenurodė.

Atlikus respondentų duomenų analizę pagal pagrindinį užsiėmimą nustatyta, kad dauguma respondentų buvo specialistai ar tarnautojai (1 lentelė). Likusią nemažą dalį respondentų sudarė darbininkai, techniniai darbuotojai, pensininkai, verslininkai ir studentai su moksleiviais.

1 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pagrindinį užsiėmimą (absoliučiais skaičiais ir procentais).

Pagrindinis užsiėmimas	Respondentų skaičius, gaunantis nurodytas pajamas	Respondentų dalis (%), gaunanti nurodytas pajamas
<i>Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas</i>	24	4,7
<i>Specialistas, tarnautojas</i>	310	60,9
<i>Darbininkas, techninis darbuotojas</i>	67	13,2
<i>Verslininkas</i>	9	1,8
<i>Pensininkas</i>	46	9
<i>Bedarbis</i>	14	2,8
<i>Studentas, moksleivis</i>	22	4,3
<i>Namų šeimininkė</i>	17	3,3
Iš viso:	509	100

Didžiausia respondentų dalis, t. y. 23,4 % (122), priklausė 31-40 metų amžiaus grupei, nedaug nuo šios grupės atsiliko ir 19-30 bei 41-50 metų amžiaus grupės, sudarančios po 21,3 % (po 110) respondentų. 17,2 % (89) sudarė 51-60 metų amžiaus grupės respondentų, 9,1 % (47) – 61 metų ir vyresni respondentai, 0,4 % (4) respondentų buvo 18 metų amžiaus. 6,6 % (34) respondentų savo amžiaus nenurodė.

Respondentų pasiskirstymas absoliučiais skaičiais ir procentais pagal pajamas, tenkančias vienam ūkio nariui per mėnesį, pavaizduotas 1 lentelėje. Kaip matyti iš 2 lentelės, beveik pusės

respondentų pajamos, tenkančios vienam ūkio nariui per mėnesį, sudaro 501 – 1200 Lt/mėn. 500 Lt/mėn. ir mažesnes pajamas, tenkančios vienam ūkio nariui per mėnesį, gauna 20,3 % respondentų, o didesnes nei 1501 Lt/mėn. – 22,1 % respondentų.

2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas absoliučiais skaičiais ir procentais pagal pajamas, tenkančias vienam ūkio nariui per mėnesį

Pajamos, tenkančios vienam ūkio nariui per mėnesį	Respondentų skaičius, gaunantis nurodytas pajamas	Respondentų dalis (%), gaunanti nurodytas pajamas
<i>iki 300 Lt</i>	26	5
<i>301 – 500 Lt</i>	79	15,3
<i>501 – 1000 Lt</i>	153	29,7
<i>1001 – 1500 Lt</i>	109	21,1
<i>1501 – 2000 Lt</i>	69	13,4
<i>Virš 2000 Lt</i>	45	8,7
<i>Nenurodyta</i>	35	6,8
Iš viso:	516	100

Respondentų pasiskirstymas absoliučiais skaičiais ir procentais pagal gyvenamąją vietą pavaizduotas 2 lentelėje. Kaip matyti iš šios lentelės, didžioji dalis tirtų respondentų gyvena Šeškinėje, Antakalnyje, Žirmūnuose, Fabijoniškėse, Senamiestyje. 4,8 % nurodė, kad gyvena Vilniaus rajone, 0,1 % – ne Vilniaus rajone, tačiau nepaisant to, kad jie nėra iš Vilniaus miesto (arba pastoviai negyvena Vilniuje), į tyrimą ir duomenų analizę jie buvo įtraukti, kadangi šio tyrimo tikslas nėra įvertinti tik Vilniaus miesto gyventojų nuomonę apie Vilniaus mieste teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas absoliučiais skaičiais ir procentais pagal gyvenamąją vietą

Gyvenamoji vieta (mikrorajonas)	Respondentų, gyvenančių nurodytame mikrorajone, skaičius	Respondentų, gyvenančių nurodytame mikrorajone, dalis (proc.)
<i>Šeškinė</i>	76	14,7
<i>Justiniškės</i>	18	3,5
<i>Pašilaičiai</i>	25	4,8
<i>Fabijoniškės</i>	42	8,1
<i>Viršuliškės</i>	2	0,4
<i>Žirmūnai</i>	43	8,3
<i>Lazdynai</i>	7	1,4
<i>Vilniaus raj.</i>	25	4,8
<i>Pilaitė</i>	1	0,2
<i>Santariškės</i>	2	0,4
<i>Jeruzalė</i>	6	1,2
<i>Naujininkai</i>	9	1,7
<i>Baltupiai</i>	3	0,6
<i>Antakalnis</i>	73	14,1
<i>Senamiestis</i>	33	6,4
<i>Centras</i>	3	0,6
<i>Karoliniškės</i>	6	1,2
<i>N. Vilnia</i>	4	0,8
<i>Šnipiškės</i>	10	1,9
<i>Užupis</i>	11	2,1
<i>Pavilnys</i>	3	0,6
<i>Žemieji Paneriai</i>	2	0,4
<i>Valakampiai</i>	1	0,2
<i>Balsiai</i>	2	0,4
<i>Rokantiškės</i>	1	0,2
<i>Naujamiestis</i>	22	4,3
<i>Visoriai</i>	1	0,2
<i>Žvėrynas</i>	1	0,2
<i>Ne Vilniaus raj.</i>	1	0,2
<i>Rasos</i>	4	0,8
<i>Nenurodė</i>	79	15,3
Iš viso:	516	100

5.1.2. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą

Dauguma respondentų asmens sveikatos priežiūros įstaigose lankosi vidutiniškai kartą per kelis mėnesius, per pusmetį ar metus (4 lentelė). Tik nedidelė dalis respondentų atsakė, kad asmens sveikatos įstaigose per pastaruosius metus gydymo įstaigose nesilankė. Tačiau palyginus nemaža dalis respondentų nurodė, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose lankosi kelis kartus per mėnesį (net 8,9 % respondentų) ar kartą per mėnesį (13,8 % respondentų).

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas absoliučiais skaičiais ir procentais atsakant į klausimą „Kaip dažnai per pastaruosius dvejus metus Jums vidutiniškai tenka lankytis sveikatos priežiūros įstaigose“

Lankymasis asmens sveikatos priežiūros įstaigoje	Besilankančių asmens sveikatos priežiūros įstaigoje respondentų skaičius	Besilankančių asmens sveikatos priežiūros įstaigoje respondentų dalis (proc.)
<i>Kelis kartus per mėnesį</i>	46	8,9
<i>Kartą per mėnesį</i>	71	13,8
<i>Kartą per kelis mėnesius</i>	160	31,0
<i>Kartą per pusmetį</i>	113	21,9
<i>Kartą per metus</i>	105	20,3
<i>Per pastaruosius dvejus metus gydymo įstaigose nesilankiau</i>	20	3,9
<i>Nenurodyta</i>	1	0,2
Iš viso:	516	100,0

Siekiant patikrinti visuomenėje paplitusią nuomonę, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose dažniau lankosi vyresnio amžiaus asmenys ir tam tikros profesijos (užsiėmimo) asmenys, bandyta ieškoti skirtumų tarp apsilankymų asmens sveikatos priežiūros įstaigose skaičiaus amžiaus grupėse bei skirtumo tarp apsilankymų asmens sveikatos priežiūros įstaigose skaičiaus ir pagrindinio užsiėmimo. Gauti rezultatai parodė, kad yra tarp amžiaus grupių ir lankymosi asmens sveikatos priežiūros įstaigose yra skirtumas, kadangi Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmė yra mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05) ($\chi^2 = 12,042$, $df = 5$, $p = 0,034$), todėl nulinė hipotezė, teigianti kad nėra skirtumo tarp amžiaus grupių ir to, kaip dažnai lankomasi asmens sveikatos priežiūros įstaigose, atmesta. Dažniausiai sveikatos priežiūros įstaigose lankėsi vyresni nei 61 m. asmenys. Gautus duomenis galėjo paveikti tokie iškraipantys veiksniai kaip sveikatos būklė – žinoma, kad vyresniame amžiuje didesnė dalis asmenų susiduria su sveikatos problemomis ir dėl to dažniau kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas. Taip pat nustatyta, kad yra reikšmingas

skirtumas tarp pagrindinio užsiėmimo ir apsilankymų asmens sveikatos priežiūros įstaigose skaičiaus, kadangi Chi kvadrato p reikšmė yra mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05) ($\chi^2 = 87,529$, $df = 35$, $p = 0,0001$).

Logistinės regresijos rezultatai taip pat parodė, kad stipriausią ryšį su tuo, kaip dažnai lankomasi sveikatos priežiūros įstaigose, turi amžius ir išsilavinimas (5 lentelė). Nustatyta, kad lankytis asmens sveikatos priežiūros įstaigose kartą per kelis mėnesius ir dažniau didesnė tikimybė yra vidurinio išsilavinimo ir vyresnio amžiaus asmenims. Galima teigti, kad tikimybė (galimybė), kad vyresnio amžiaus respondentas lankysis asmens sveikatos priežiūros įstaigoje yra 0,765 karto. Analogiškai tikimybė (galimybė), kad vidurinio išsilavinimo respondentas lankysis asmens sveikatos priežiūros įstaigoje yra 0,408 karto. Atliekant logistinę regresiją atkreiptas dėmesys, kad modelis ir duomenys suderinti ir adekvatūs (Omnibus'o testas modelio suderinamumui įvertinti ($\chi^2 = 45,083$, $p = 0,0001$), bei Hosmer-Lemešou testas modelio adekvatumui įvertinti ($p = 0,346$).

5 lentelė. Ryšys tarp to, kaip dažnai lankomasi sveikatos priežiūros įstaigose ir respondento socialinių – demografinių rodiklių

Kintamasis	B (β įverčiai)	B standartinė paklaida	Waldo kriterijus	p reikšmė	ŠSp
<i>Amžius</i>	-0,268	0,085	9,881	0,002	0,765
<i>Išsilavinimas</i>	-0,897	0,414	4,685	0,030	0,408
<i>Pajamos</i>	0,192	0,101	3,630	0,057	1,212
<i>Apklauskos vieta</i>	-0,394	0,289	1,861	0,173	0,674

Daugumai, t. y. 89,3 %, respondentų norint pasiekti savo asmens sveikatos priežiūros įstaigą didesnių sunkumų nekyla, tačiau 6,8 % respondentų nurodė, kad jiems kyla didesnių sunkumų norint pasiekti savo įstaigą (5,6 % respondentų su gydymo įstaiga nepatogus susisiektis visuomeniniu transportu, 1,2 % - gydymo įstaiga yra nepatogioje geografinėje padėtyje). Likusi dalis respondentų nurodė kitas priežastis arba šiuo klausimu neturėjo nuomonės. Šie duomenys iš dalies leidžia spręsti, kad Vilniaus mieste asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (pasiekiamumas) yra aukšto lygio. Faktą, kad Vilniaus mieste paslaugų prieinamumas, o kartu ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas, yra aukšto lygio patvirtina ir tai, kad daugumai respondentų apsilankius pas Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą) gauti nukreipimą pas gydytoją specialistą yra visiškai nesunku (taip atsakė 35,5% respondentų) arba greičiau nesunku

(40,0 % respondentų). Greičiau sunku gauti nukreipimą pas gydytoją specialistą yra 15,8 % respondentų, labai sunku – 2,6 % respondentų (o 6,1 % respondentų šiuo klausimu nuomonės neturėjo).

Atlikus duomenų analizę taip pat nustatyta, kad yra reikšmingas skirtumas tarp to, kaip dažnai lankomasi asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir to, ar respondentui kyla didesnių sunkumų norint pasiekti savo asmens sveikatos priežiūros įstaigą (pagal gyvenamąją vietą), kadangi Chi kvadrato p reikšmė yra mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05) ($\chi^2 = 45,383$, $df = 20$, $p = 0,001$).

Kadangi viena iš pasekmių esant sunkumams norint pasiekti savo sveikatos priežiūros įstaigą, galėtų būti Šeimos gydytojo keitimas (kartu galima pakeisti ir asmens sveikatos priežiūros įstaigą), bandyta ieškoti skirtumo tarp atsakymų į klausimą, ar respondentas norėtų keisti / per pastaruosius 2 metus keitė Šeimos gydytoją ir ar kyla didesnių sunkumų norint pasiekti savo sveikatos priežiūros įstaigą, tačiau kadangi gauta Chi kvadrato p reikšmė yra didesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį ($\chi^2 = 13,951$, $df = 12$, $p = 0,304$), nulinė hipotezė, teigianti, kad nėra skirtumo tarp atsakymų į klausimą, ar respondentas norėtų keisti / per pastaruosius 2 metus keitė Šeimos gydytoją ir ar kyla didesnių sunkumų norint pasiekti savo sveikatos priežiūros įstaigą, neatmesta.

Respondentų klausta, ar jie norėtų keisti / per 2 paskutinius metus keitė Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą), taip pat siekiant įvertinti Šeimos gydytojo teikiamas paslaugas. Gauti rezultatai parodė, kad apie dešimtadalis respondentų per 2 paskutinius metus keitė ar norėtų keisti Šeimos gydytoją (6 lentelė).

6 lentelė. Respondentų nuomonės pasiskirstymas absoliučiaisiais skaičiais ir procentais atsakant į klausimą “Ar Jūs norėtumėte keisti/ per pastaruosius 2 metus keitėte Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą)?”

Atsakymai į klausimą “Ar Jūs norėtumėte keisti/ per pastaruosius 2 metus keitėte Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą)?”	Atsakymą nurodžiusių respondentų skaičius	Atsakymą nurodžiusių respondentų dalis (proc.)
<i>Taip</i>	58	11,3
<i>Ne</i>	408	79,7
<i>Sunku pasakyti / neprisimenu</i>	23	4,5

<i>Nežinau / neturiu nuomonės</i>	23	4,5
Iš viso:	512	100,0

Šiuos rezultatus būtų galima vertinti kaip dalies respondentų **nepasitenkinimą** savo Šeimos gydytojo institucijos teikiamomis paslaugomis. Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad nėra skirtumo tarp respondentų išsilavinimo bei to, ar respondentas norėtų keisti / per 2 paskutinius metus keitė Šeimos gydytoją ($\chi^2 = 17,673$, $df = 12$, $p = 0,117$). Taip pat nepavyko atmesti nulinių hipotezių, teigiančių, kad nėra skirtumo tarp to, ar respondentas norėtų keisti / per 2 paskutinius metus keitė Šeimos gydytoją ir amžiaus (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 4,683$, $df = 5$, $p = 0,456$), pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 1,117$, $df = 5$, $p = 0,953$), respondentų lyties (kadangi Mann-Whitney U testo p reikšmė yra didesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05) ($U = 16055,500$, $p = 0,095$) nenustatyta. Tačiau rastas skirtumas tarp atsakymų į klausimą, ar respondentas norėtų keisti / per pastaruosius 2 metus keitė Šeimos gydytoją ir apklausos vietos ($\chi^2 = 16,623$, $df = 6$, $p = 0,011$).

Visgi logistinės regresijos rezultatai parodė, kad stipriausią ryšį su tuo, ar respondentas norėtų keisti ar keitė per pastaruosius 2 metus Šeimos gydytoją turi amžius (7 lentelė). Galima teigti, kad tikimybė (galimybė), kad jaunesnio amžiaus respondentas norės pakeisti (pakeitė) savo Šeimos gydytoją 1,551 kartas. Atliekant logistinę regresiją atkreiptas dėmesys, kad modelis ir duomenys suderinti ir adekvatūs (Omnibus'o testas modelio suderinamumui įvertinti ($\chi^2 = 16,399$ $p = 0,022$), bei Hosmer-Lemeshou testas modelio adekvatumui įvertinti ($p = 0,990$).

7 lentelė. Ryšys tarp to, ar respondentas norėtų keisti ar keitė per pastaruosius 2 metus Šeimos gydytoją ir respondento socialinių – demografinių rodiklių

Kintamasis	B (β įverčiai)	B standartinė paklaida	Waldo kriterijus	p reikšmė	ŠSp
<i>Amžius</i>	0,439	0,144	9,234	0,002	1,551
<i>Išsilavinimas</i>	0,613	0,410	2,243	0,134	1,847
<i>Pajamos</i>	-0,130	0,151	0,743	0,389	0,878
<i>Apklausos vieta</i>	-0,828	0,489	2,864	0,091	0,37

Tyrimo metu respondentai, besilankantys ambulatorinėse asmens sveikatos įstaigose ir jose susiduriantys su problemomis, turėjo galimybę įvardinti problemas, su kuriomis susiduria dažniausiai. 40,7 % respondentų šia galimybe pasinaudojo ir problemas nurodė. Suskirsčius

įvardintas problemas, su kuriomis dažniausiai susiduriama asmens sveikatos priežiūros įstaigose (neskaitant stacionarų), į grupes, nustatyta, kad 40,7 % respondentų, nurodžiusių problemas, dažniausiai susiduria su eilių arba ilgo laukimo nukreipimo problemomis pas gydytoją (8 lentelė).

8 lentelė. Problemų, su kuriomis dažniausiai susiduriama ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, pasiskirstymas absoliučiais skaičiais ir procentais*

Problemos, su kuriomis dažniausiai susiduriama ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose	Problema nurodžiusių respondentų skaičius	Problema nurodžiusių respondentų dalis (proc.)
<i>Ilgas laukimas nukreipimo pas specialistus</i>	88	41,9
<i>Mažai laiko skiriama vienam pacientui</i>	2	1
<i>Mažai tyrimų, kuriuos galima atlikti nemokamai</i>	2	1
<i>Abejingumas</i>	15	7,1
<i>Informacijos trūkumas</i>	3	1,4
<i>Eilės</i>	96	45,7
<i>Skirtingi specialistai dirba skirtingose įstaigose</i>	2	1
<i>Kyšininkavimas</i>	1	0,5
<i>Neišrašo siuntimų į sanatorijas</i>	1	0,5
Iš viso:	210	100

* Problema nurodžiusių respondentų dalis skaičiuota nuo į šį klausimą atsakiusių skaičiaus

Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad nėra skirtumo tarp atsakymų apklausos vietose (t.y. tarp poliklinikų) ir problemų, su kuriomis susiduriama ambulatorinėse asmens sveikatos įstaigose, kadangi gauta Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmė yra didesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05) ($\chi^2 = 2,026$, $df = 2$, $p = 0,363$). Šie duomenys rodo, kad iš esmės visose ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose problemos, su kuriomis susiduria pacientai, yra panašios.

Siekiant įvertinti sveikatos politikos orientaciją į pacientą respondentų klausta, ar jie pritaria projektui, kad Šeimos gydytojai (apylinkės terapeutai, pediatrai) pagal galimybes dirbtų arčiau pacientų, t. y. savo mikrorajonuose. Taip pat prašyta pateikti savo nuomonę apie Sveikatos reformos įdiegiamą naujovę, kad vietoj terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikėtų kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / Šeimos gydytoją ir paklausta apie jų informuotumą apie galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“ bei galimybę / norą rinktis minėtą paslaugą. Gauti rezultatai

parodė, kad projektui, kad Šeimos gydytojai (apylinkės terapeutai, pediatrai) pagal galimybes dirbtų arčiau pacientų, t. y. savo mikrorajonuose, pritartų (respondentams būtų patogiau, jei apylinkės gydytojas dirbtų jų rajone) 27,6 % respondentų, vertintų neutraliai (nėra skirtumo kur kreiptis) – 23,9 % respondentų. Tačiau beveik pusė respondentų tam nepritartų (patogiau kai apylinkės gydytojas, tyrimai, ir gydytojai – specialistai dirba „po vienu stogu“) (9 lentelė). Didžiausia dalis respondentų pritarančių, kad Šeimos gydytojai dirbtų savo mikrorajonuose, buvo Centro poliklinikoje, mažiausia – Šeškinės.

9 lentelė. Respondentų nuomonės atsakant į klausimą „Ar Jūs pritartumėte projektui, jog Šeimos gydytojai (apylinkės terapeutai, pediatrai) pagal galimybes dirbtų arčiau pacientų t.y. savo mikrorajonuose?“ pasiskirstymas pagal apklausos vietą absoliučiais skaičiais ir procentais (%).

Atsakymai į klausimą „Ar Jūs pritartumėte projektui, jog Šeimos gydytojai (apylinkės terapeutai, pediatrai) pagal galimybes dirbtų arčiau pacientų t.y. savo mikrorajonuose?“	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Pritarčiau, man būtų patogiau, jei apylinkės gydytojas dirbtų mano rajone	45	21,3	59	31,1	36	34	140	27,6
Vertinčiau neutraliai – man nėra skirtumo kur kreiptis	41	19,4	52	27,4	28	26,4	121	23,9
Nepritarčiau – patogiau kai apylinkės gydytojas, tyrimai, ir gydytojai – specialistai dirba „po vienu stogu“	117	55,5	76	40,0	38	35,8	231	45,6
Nežinau / neturiu nuomonės	8	3,8	3	1,6	4	3,8	15	3,0
Iš viso	211	100	190	100	106	100	507	100

$$\chi^2 = 26,034, df = 4, p = 0,0001$$

Rastas skirtumas tarp apklausos vietos ir respondentų nuomonės apie galimą Šeimos gydytojų veiklos vietą, t. y. skirtumas tarp poliklinikų, kuriose daryta apklausa ir kaip vertina projektą, jog Šeimos gydytojai pagal galimybes dirbtų savo mikrorajonuose ($\chi^2 = 26,034, df = 4, p = 0,0001$).

Taip pat atkreiptinas dėmesys, kad nustatyta priklausomybė tarp to, ar respondentas pritartų, jog Šeimos gydytojai (apylinkės pediatrai, terapeutai (bendrosios praktikos gydytojai)) pagal galimybes dirbtų arčiau savo pacientų, t. y. mikrorajonuose, ir to, ar respondentui kyla didesnių sunkumų norint pasiekti savo asmens sveikatos priežiūros įstaigą (pagal gyvenamąją vietą) kadangi Chi kvadrato p reikšmė yra mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį ($\chi^2 = 47,140, df = 12, p = 0,0001$). Darytina išvada, kad respondentams, kuriems sunku pasiekti polikliniką, būtų patogiu ir priimtina, kad Šeimos gydytojo institucija išikurtų jo mikrorajone.

Kadangi Šeimos gydytojo institucijos perkėlimas arčiau pacientų, t. y. privačių Šeimos gydytojų kabinetų steigimo mikrorajonuose skatinimas, susijęs su tikimybe, kad sudėtingesnius tyrimus reikėtų atlikti labiau specializuotose asmens sveikatos priežiūros įstaigose (pvz. poliklinikose), domėtasi, ar respondentams kiltų didelių nepatogumų, jei pas gydytojus – specialistus reikėtų kreiptis į kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą (netoliese esančią polikliniką). Tyrimo rezultatai parodė, kad 73,9 % respondentų tai sukeltų nepatogumų (40,1 % respondentų sukeltų daug nepatogumų, 33,8% – sukeltų šiokių tokių nepatogumų, tačiau jie nebūtų reikšmingi jei dėl to nekiltų papildomų biurokratinių ar kitokių kliūčių). Tik 22,4 % respondentų tai nesukeltų didesnių nepatogumų. Centro poliklinikos respondentams kiltų mažiau sunkumų, jei pas gydytojus – specialistus reikėtų kreiptis į kitą asmens sveikatos priežiūros įstaigą, negu Antakalnio ar Šeškinės poliklinikos respondentams (10 lentelė).

10 lentelė. Respondentų nuomonės atsakant į klausimą „Ar Jums kiltų didelių nepatogumų, jei pas gydytojus – specialistus reikėtų kreiptis į kitą netoliese esančią polikliniką?“ pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%).

Atsakymai į klausimą „Ar Jums kiltų didelių nepatogumų, jei pas gydytojus – specialistus reikėtų kreiptis į kitą netoliese esančią polikliniką?“	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Taip, tai man sukeltų daug nepatogumų	94	44,5	82	43,2	28	25,9	204	40,1
Tai sukeltų šiokių tokių nepatogumų, tačiau jie nebūtų reikšmingi jei dėl to nekiltų papildomų biurokratinių ar kitokių kliūčių	69	32,7	68	35,8	35	32,4	172	33,8
Man tai nesukeltų didesnių nepatogumų	41	19,4	33	17,4	40	37	114	22,4
Kita	0	0	3	1,6	2	1,9	5	1
Nežinau / neturiu nuomonės	7	3,3	4	2,1	3	2,8	14	2,8
Iš viso	211	100	190	100	108	100	509	100

$$\chi^2 = 24,695, df = 8, p = 0,002$$

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp apklausos vietos ir atsakymų į klausimą apie tai, ar respondentui kiltų didelių nepatogumų, jei pas gydytojus – specialistus reikėtų kreiptis į kitą netoliese esančią polikliniką ($\chi^2 = 24,695, df = 8, p = 0,002$).

Taip pat nustatyta, kad tarp atsakymų į klausimą apie tai, ar respondentui kiltų didelių nepatogumų, jei pas gydytojus – specialistus reikėtų kreiptis į kitą netoliese esančią

polikliniką pagal lytį yra skirtumas ($U = 14840,500$, $p = 0,032$). Didesnei daliai moterų nei vyrų tai sukeltų nepatogumų.

Dauguma respondentų Sveikatos reformos įdiegiamą naujovę, kad vietoje terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikėtų kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / Šeimos gydytoją vertina nepalankiai (bendrosios praktikos gydytojas negali būti toks pat geras specialistas kaip atskirose srityse besispecializuojantys gydytojai) (11 lentelė). Didžiausia dalis respondentų palankiai vertinančių įdiegiamą naujovę taip pat buvo Centro poliklinikoje, o mažiausia – Šeškinės.

11 lentelė. Respondentų nuomonės atsakant į klausimą „Kaip Jūs vertintumėte Sveikatos reformos įdiegiamą naujovę, kad vietoje terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikėtų kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / Šeimos gydytoją?“ pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%).

Atsakymai į klausimą „Kaip Jūs vertintumėte Sveikatos reformos įdiegiamą naujovę, kad vietoje terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikėtų kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / Šeimos gydytoją?“	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Palankiai – bendrosios praktikos gydytojas būtų geriau susipažinęs su visų šeimos narių sveikata, esant reikalui nukreiptų pas reikiamą specialistą	23	10,7	44	22,9	28	25,9	95	18,4
Nepalankiai – bendrosios praktikos gydytojas negali būti toks pat geras specialistas kaip atskirose srityse besispecializuojantys gydytojai	185	86	138	71,9	68	63	391	75,9
Nežinau / neturiu nuomonės	7	3,3	10	5,2	12	11,1	29	5,6
Iš viso	215	100	192	100	108	100	515	100

$$\chi^2 = 26,034, df = 4, p = 0,0001$$

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp apklausos vietos ir atsakymų į klausimą apie tai, kaip respondentas vertina Sveikatos reformos įdiegiamą naujovę, kad vietoje terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikėtų / reikia kreiptis į vieną – bendrosios praktikos / Šeimos gydytoją ($\chi^2 = 24,695$, $df = 2$, $p = 0,002$).

Įdomu tai, kad apie prioritetinę asmens sveikatos priežiūros reformos kryptį – galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“ yra negirdėję net beveik trečdalis respondentų, o 24,3 % respondentų teko apie tai girdėti, nors jie nežino kur ir kaip praktiškai toks stacionaras veikia. Žinančių apie galimybę gydytis „dienos stacionare“ daugiausiai buvo Šeškinės poliklinikoje – beveik dvigubai daugiau nei Antakalnio ir Centro poliklinikose (12 lentelė). Didžiausia dalis

respondentų, negirdėjusių apie galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“ buvo Antakalnio poliklinikoje. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp apklausos vietos ir atsakymų į klausimą apie tai, ar respondentas yra girdėjęs apie galimybę gydytis „dienos stacionare“ ($\chi^2 = 51,207$, $df = 6$, $p = 0,0001$). Tai reiškia, kad tirtų poliklinikų respondentų informuotumas apie galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“ skiriasi.

12 lentelė. Respondentų nuomonės atsakant į klausimą „Ar Jūs esate girdėję apie galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“?“ pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%).

Atsakymai į klausimą „Ar Jūs esate girdėję apie galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“?“	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Taip, žinau apie tokią galimybę	128	59,5	54	28,3	38	35,2	220	42,8
Taip, teko girdėti, nors nežinau kur ir kaip praktiškai toks stacionaras veikia	48	22,3	50	26,2	27	25	125	24,3
Ne, neteko girdėti	35	16,3	78	40,8	37	34,3	150	29,2
Nežinau / neturiu nuomonės	4	1,9	9	4,7	6	5,6	19	3,7
Iš viso	215	100	191	100	108	100	514	100

$$\chi^2 = 51,207, df = 6, p = 0,0001$$

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp to, ar respondentas buvo anksčiau girdėjęs apie galimybę gydytis „dienos stacionare“ ir atsakymų į klausimą apie tai, ar respondentas atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą rinktųsi ligoninę ar „dienos stacionarą“ poliklinikoje ($\chi^2 = 33,976$, $df = 15$, $p = 0,003$). Duomenų analizė rodo, kad nepaisant to, kad nemaža dalis respondentų nebuvo anksčiau girdėję apie galimybę gydytis „dienos stacionare“, 29,9 % respondentų greičiau rinktųsi dienos stacionarą, jei, atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą, jiems būtų pasiūlyta rinktis ligoninę ar „dienos stacionarą“ poliklinikoje, o 13,3 % respondentų – kad tvirtai rinktųsi dienos stacionarą. Visgi trečdalis respondentų greičiau rinktųsi ligoninę, o 11,5 % – tvirtai rinktųsi ligoninę. Pastebėta, kad daugiausiai respondentų rinktųsi dienos stacionarą (greičiau ar tvirtai) Centro poliklinikoje, nors daugiausia apie dienos stacionarą buvo girdėję Šeškinės poliklinikos respondentų (Šeškinės poliklinikoje didžiausia respondentų dalis nurodė, kad tvirtai arba greičiau rinktųsi ligoninę) (13 lentelė).

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp apklausos vietos ir atsakymų į klausimą apie tai, ar respondentas atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą rinktųsi ligoninę ar „dienos stacionarą“ poliklinikoje ($\chi^2 = 27,983$, $df = 10$, $p = 0,002$). Iš to galima spręsti, kad „dienos stacionaro“ paslaugos patrauklumas poliklinikose skiriasi.

13 lentelė. Respondentų nuomonės atsakant į klausimą „Jei, atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą, Jums būtų pasiūlyta rinktis ligoninę ar dienos stacionarą poliklinikoje, kuri Jūs pasirinktumėte?“ pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%).

Atsakymai į klausimą „Jei, atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą, Jums būtų pasiūlyta rinktis ligoninę ar dienos stacionarą poliklinikoje, kuri Jūs pasirinktumėte?“	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Tvirtai rinkčiausi dienos stacionarą	34	16	20	10,5	14	13	68	13,3
Greičiau rinkčiausi dienos stacionarą	47	22,2	68	35,6	38	35,2	153	29,9
Greičiau rinkčiausi ligoninę	76	35,8	64	33,5	33	30,6	173	33,9
Tvirtai rinkčiausi ligoninę	38	17,9	14	7,3	7	6,5	59	11,5
Kita	1	0,5	4	2,1	3	2,8	8	1,6
Nežinau / neturiu nuomonės	16	7,5	21	11	13	12	50	9,8
Iš viso	212	100	191	100	108	100	511	100

$\chi^2 = 27,983$, $df = 10$, $p = 0,002$

5.1.3. Respondentų nuomonė apie tam tikrų su asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimu susijusių faktorių svarbą ligoninėje

Siekiant nustatyti, kiek gydantis ar prižiūrint artimuosius tretinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, t. y. ligoninėse, yra vertinami kvalifikuoti, geros reputacijos gydytojai, visokeriopa informacija ligoniui apie jo sveikatos būklę, gydymo eigą bei metodus, profesionalios, paslaugios slaugytojos, ligonio poreikiams jautrus pagalbinis personalas, kokybiškas maistas, gera ligoninės patalpų būklė, aprūpinimas reikalingais medikamentais, visiškas aprūpinimas kitais medicinos reikmenimis, visiškai aprūpinimas slaugos reikmenimis, taip pat tai, ar ligoninėje yra visa gydymui reikalinga medicininė įranga, ar ligoninėje yra galimybė atlikti visus tyrimus vietoje bei siekiant nustatyti, kokie minėti faktoriai svarbiausi, respondentų prašyta nurodyti, kaip jiems tai svarbu.

Gydantis ligoninėje kvalifikuoti, geros reputacijos gydytojai labai svarbu yra 84,4 % respondentų, visokeriopa informacija ligoniui apie jo sveikatos būklę, gydymo eigą bei metodus – 65,7 % respondentų, profesionalios, paslaugios slaugytojos – 59,1 % respondentų, ligonio

poreikiams jautrus pagalbinis personalas – 41,7 % respondentų, kokybiškas maistas – 31,9 % respondentų, gera ligoninės patalpų būklė – 32,6 % respondentų, aprūpinimas reikalingais medikamentais – 63,6 % respondentų, visiškai aprūpinimas kitais medicinos reikmenimis – 52,8 % respondentų, visiškai aprūpinimas slaugos reikmenimis – 49,8 % respondentų, tai, ar ligoninėje yra visa gydymui reikalinga medicininė įranga – 72,3 % respondentų ir ar ligoninėje yra galimybė atlikti visus tyrimus vietoje labai svarbu yra 71,3 % respondentų. Nei vienas respondentas nenurodė, kad jam nesvarbu ar visiškai nesvarbu kvalifikuoti, geros reputacijos gydytojai). Pastebėtina, kad visokeriopa informacija ligoniui apie jo sveikatos būklę, gydymo eigą bei metodus respondentams yra mažiau labai svarbi nei kiti pagrindiniai sveikatos priežiūros kokybę garantuojantys faktoriai, nors informuoto asmens sutikimas – tai sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pagrindas (14 lentelė). Tai, kad respondentams labai svarbu sveikatos priežiūros tęstinumas, kuri apibūdina tai, ar ligoninėje yra visa gydymui reikalinga medicininė įranga ir ar ligoninėje yra galimybė atlikti visus tyrimus vietoje, yra prielaida asmens sveikatos priežiūros įstaigų konkurencijai, kurią sąlygoja arba galėtų ir turėtų sąlygoti vartotojai (pacientai).

Analizuojant minėtus faktorius, su kuriais susiduriama gydantis ligoninėje, pagal apklausos vietą, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp apklausos vietos ir to, kaip svarbu gydantis ligoninėje kvalifikuoti, geros reputacijos gydytojai nenustatyta, kadangi $\chi^2 = 5,751$, o p reikšmė daug didesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį 0,05 ($0,219 > 0,05$). Analogiški rezultatai gauti ir ieškant skirtumų tarp apklausos vietos ir visokeriopos informacijos ligoniui apie jo sveikatos būklę, gydymo eigą bei metodus ($\chi^2 = 8,699$, $p = 0,191$), profesionalių, paslaugių slaugytojų ($\chi^2 = 8,558$, $p = 0,219$), ligonio poreikiams jautraus pagalbinio personalo ($\chi^2 = 6,577$, $p = 0,765$), kokybiško maisto ($\chi^2 = 15,393$, $p = 0,118$), geros ligoninės patalpų būklės ($\chi^2 = 11,570$, $p = 0,315$), aprūpinimo reikalingais medikamentais ($\chi^2 = 8,773$, $p = 0,362$), visiškai aprūpinimo kitais medicinos reikmenimis ($\chi^2 = 7,077$, $p = 0,552$), visiškai aprūpinimo slaugos reikmenimis ($\chi^2 = 6,861$, $p = 0,219$), to, ar ligoninėje yra visa gydymui reikalinga medicininė įranga ($\chi^2 = 4,156$, $p = 0,656$), ir ar ligoninėje yra galimybė atlikti visus tyrimus vietoje ($\chi^2 = 3,397$, $p = 0,907$) (t. y. skirtumo pagal apklausos vietą tarp minėtų faktorių nerasta). Gauti rezultatai rodo, kad nepriklausomai nuo apklausos vietos respondentų lūkesčiai yra panašūs.

14 lentelė. Faktorių, su kuriais susiduriama gydantis ligoninėje, svarbos vertinimas absoliučiais skaičiais ir procentais.

Savybė / faktorius	Vertinimas												Atsakiusių respondentų skaičius	
	Labai svarbu		Svarbu		Nei svarbu nei nesvarbu		Nesvarbu		Visiškai nesvarbu		Nežinau / neturiu nuomonės			
	abs. sk.	%	abs. sk.	%	abs. sk.	%	abs. sk.	%	abs. sk.	%	abs. sk.	%		
Kvalifikuoti, geros reputacijos gydytojai	422	84,4	73	14,6	5	1,0	0	0	0	0	0	0	0	500
Visokeriopa informacija ligoniui apie jo sveikatos būklę, gydymo eigą bei metodus	322	65,7	156	31,8	9	1,8	3	0,6	0	0	0	0	0	490
Profesionalios, paslaugios slaugytojos	292	59,1	188	38,1	12	2,4	1	0,2	1	0,2	0	0	0	494
Ligonio poreikiams jautrus pagalbinis personalas	201	41,7	233	48,3	43	8,9	2	0,4	1	0,2	2	0,4	0	482
Kokybiškas maistas	156	31,9	256	52,4	65	13,3	8	1,6	2	0,4	2	0,4	0	489
Gera ligoninės patalpų būklė	156	32,6	263	54,9	47	9,8	10	2,1	2	0,4	1	0,2	0	479
Aprūpinimas reikalingais medikamentais	314	63,6	162	32,8	15	3,0	2	0,4	1	0,2	0	0	0	494
Visiškas aprūpinimas kitais medicinos reikmenimis	260	52,8	200	40,7	25	5,1	6	1,2	1	0,2	0	0	0	492
Visiškai aprūpinimas slaugos reikmenimis	243	49,8	218	44,7	23	4,7	1	0,2	3	0,6	0	0	0	488
Ligoninėje yra visa gydymui reikalinga medicininė įranga	358	72,3	132	26,7	4	0,8	1	0,2	0	0	0	0	0	495
Ligoninėje yra	356	71,3	135	27,1	5	1,0	2	0,4	1	0,2	0	0	0	499

galimybė atlikti visus tyrimus vietoje													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tarp to, kaip respondentas vertina visiško aprūpinimo kitais medicinos reikmenimis svarbą, ir to, kaip vertina visiško aprūpinimo slaugos reikmenimis svarbą, nustatytas stiprus ryšys, kadangi Spirmano koreliacijos koeficientas lygus 0,805, o pats gautas rezultatas statistiškai reikšmingas, nes p reikšmė mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį 0,05 ($0,0001 < 0,05$). Tai reiškia, kad respondentui, kuriam svarbu, ar gydantis ligoninėje visiškai aprūpinama kitais medicinos reikmenimis, bus svarbu ir ar visiškai aprūpinama slaugos reikmenimis arba atvirkščiai, respondentui, kuriam nesvarbu, ar gydantis ligoninėje visiškai aprūpinama kitais medicinos reikmenimis, bus nesvarbu ir ar visiškai aprūpinama slaugos reikmenimis. Taip pat nustatytas stiprus ryšys tarp to, kaip respondentas vertina aprūpinimo reikalingais medikamentais svarbą, ir to, kaip vertina aprūpinimo kitais medicinos reikmenimis svarbą ($R_s = 0,0,779, p = 0,0001$), ir stiprus ryšys tarp to, kaip respondentas vertina tai, ar ligoninėje yra visa gydymui reikalinga medicininė įranga ir tai, ar ligoninėje yra galimybė atlikti visus tyrimus vietoje ($R_s = 0,766, p = 0,0005$). Tai reiškia, kad respondentui, kuriam svarbu, ar gydantis ligoninėje aprūpinama reikalingais medikamentais, bus svarbu ir ar visiškai aprūpinama kitais medicinos reikmenimis, o respondentui kuriam svarbu, ar gydantis ligoninėje yra visa gydymui reikalinga medicininė įranga, bus svarbu ir tai, ar ligoninėje yra galimybė atlikti visus tyrimus vietoje (ir abiem atvejais atvirkščiai). Nustatytus stiprius ryšius galima paaiškinti tuo, kad kiekvienas asmuo siekia, kad jam atsižvelgiant į paslaugos teikėjo galimybes ir jo (paciento) poreikius būtų suteiktos kuo kokybiškesnės – šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygio ir geros patirties – paslaugos, į kurias teisė įtvirtinta literatūros apžvalgoje minėtame Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme. Be to, Lietuvoje pacientai tikisi aukščiausio asmens sveikatos priežiūros lygmens, kadangi Konstitucija ir kiti įstatymai iš esmės garantuoja nemokamą gydymą. Taigi, galima teigti, kad nustatyti ryšiai atitinka teisėtus respondentų lūkesčius.

Taip pat nustatytos statistiškai reikšmingos vidutinio stiprumo ar silpnos tarpusavio koreliacijos tarp visų likusių x lentelėje paminėtų savybių ir faktorių, su kuriais susiduriama gydantis ligoninėje. Pavyzdžiui respondentui, kuriam svarbu, kad ligoninėje gydytų kvalifikuoti, geros reputacijos gydytojai, bus svarbu ir kad slaugytų profesionalios, paslaugios slaugytojos (nustatytas vidutinio stiprumo ryšys tarp to, kaip respondentas vertina kvalifikuotų, geros reputacijos gydytojų svarbą, ir to, kaip vertina profesionalių, paslaugių slaugytojų svarbą ($R_s = 0,439, p = 0,0001$), respondentui, kuriam svarbu, kad slaugytų profesionalios, paslaugios slaugytojos, bus

svarbu ir kad ligoninėje dirbtų ligonio poreikiams jautrus pagalbinis personalas (nustatyta priklausomybė tarp to, kaip respondentas vertina profesionalių, paslaugių svarbą, ir to, kaip vertina slaugytojų ligonio poreikiams jautraus pagalbinio personalo svarbą ($\chi^2 = 432,613$, $df = 20$, $p = 0,0001$)), respondentui, kuriam svarbu, kad būtų pateikiama visokeriopa informacija ligoniui apie jo sveikatos būklę, gydymo eigą bei metodus, bus svarbu ir kad ligoninėje gydytų kvalifikuoti, geros reputacijos gydytojai (nustatytas silpnas ryšys tarp to, kaip respondentas vertina visokeriopos informacijos ligoniui apie jo sveikatos būklę, gydymo eigą bei metodus pateikimo svarbą, ir to, kaip vertina kvalifikuotų, geros reputacijos gydytojų svarbą, ($R_s = 0,379$, $p = 0,0001$), o respondentui, kuriam svarbu, kad ligoninėje būtų maitinama kokybišku maistu, bus svarbu ir kad būtų gera ligoninės patalpų būklė (nustatyta priklausomybė tarp to, kaip respondentas vertina kokybiško maisto svarbą, ir to, kaip vertina gerą ligoninės patalpų būklės svarbą ($\chi^2 = 536,180$, $df = 25$, $p = 0,0001$)).

5.1.4. Antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmens sveikatos specialistų (gydytojų ir slaugytojų) žmogiškųjų ir profesinių savybių bei jų atliekamos pareigos teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas vadovaujantis informuoto sutikimo principu vertinimas

Kaip jau minėta anksčiau, kvalifikuoti geros reputacijos gydytojai gydantis ligoninėje yra labai svarbu absoliučiai daugumai respondentų. Siekiant nustatyti, kaip vertinami antrinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, t. y. poliklinikose, dirbantys gydytojai prašyta įvertinti gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, kvalifikaciją, parodytą dėmesį, draugiškumą, mandagumą, sugebėjimą suprasti problemas, informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą ir išsamumą, tolimesnio gydymo aiškumą bei išsamumą bei sveikatos profilaktikos patarimus.

Gauti rezultatai parodė, kad gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi kvalifikaciją labai gerai įvertino 66,3 % respondentų, gerai – 23,0 %, patenkinamai – 10,2 %, blogai – 0,4 %, o labai blogai 0,2 % respondentų. Didžiausia dalis atsakiusiųjų, kad gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, kvalifikaciją labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje (15 lentelė). Vienintelėje Antakalnio poliklinikoje buvo respondentų, kurie gydytojo kvalifikaciją įvertino ir blogai bei labai blogai (taip nurodė bendrai 1,6 % Antakalnio poliklinikos respondentų).

15 lentelė. Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, kvalifikacijos vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą absoliučiais skaičiais ir procentais (%)

Gydytojo kvalifikacijos įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Labai blogai	0	0	1	0,5	0	0	1	0,2
Blogai	0	0	2	1,1	0	0	2	0,4
Patenkinamai	35	16,5	11	5,9	5	4,8	51	10,2
Gerai	70	33	30	16,2	15	14,4	115	23
Labai gerai	107	50,5	141	76,2	84	80,8	332	66,3
Iš viso	212	100	185	100	104	100	501	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 40,876$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, kvalifikaciją ir apklausos vietos, t. y. skirtumas tarp vietos, kur respondentas gydomi ir kaip vertina gydytojo kvalifikaciją, kadangi gauta Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmė yra mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05) ($\chi^2 = 40,876$, $df = 2$, $p = 0,0001$), todėl nulinė hipotezė, teigianti, kad nėra skirtumo tarp respondentų nuomonės apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, kvalifikaciją ir apklausos vietos, atmesta.

Tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, kvalifikaciją skirtumo nenustatyta, kadangi gauta Mann-Whitney U testo p reikšmė yra didesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05) ($U = 16132,500$, $p = 0,851$), todėl nulinė hipotezė, teigianti, kad nėra skirtumo tarp respondentų nuomonės apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi ir respondentų lyties, atmesta. T. y. lytis nelemia vertinimo.

Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie gydytojo kvalifikaciją ir amžiaus ($R_s = -0,038$; $p = 0,408$), išsilavinimo ($R_s = -0,084$; $p = 0,062$) ir pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = 0,035$; $p = 0,455$). Tai galima paaiškinti tuo, kad iš esmės kvalifikacija vertinama pagal panašius kriterijus arba bendrai kvalifikacija suprantama panašiai nepriklausomai nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais

kintamaisiais ir nenustatyta. O štai tarp respondento gyvenamosios vietos ir to, kaip vertina gydytojo kvalifikaciją, rastas statistiškai reikšmingas skirtumas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 45,843$, $df = 29$, $p = 0,024$). Galima būtų daryti prielaidą, kad tokius rezultatus lėmė tai, kad antrinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (poliklinikose) pacientai gydytojams dalinai būna „priskirti“ pagal gyvenamąją vietą (pagal vadinamąsias apylinkes), o kažkurios (-ių) „apylinkės“ (-ių) gydytojo (-ų) kvalifikacija respondentų įvertinta buvo geriau ar prasčiau.

Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi parodytą dėmesį labai gerai įvertino 64,6 % respondentų, gerai – 22,8 %, patenkinamai – 11,5 %, blogai – 0,8 %, o labai blogai 0,2 % respondentų. Didžiausia dalis atsakiusių, kad gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, parodytą dėmesį labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje, tačiau joje buvo ir didžiausia dalis respondentų, kurie gydytojo parodytą dėmesį įvertino ir blogai bei labai blogai (taip nurodė bendrai 2 % Centro poliklinikos respondentų) (16 lentelė). Tik Antakalnio poliklinikoje nebuvo atsakiusių, kad gydytojo parodytą dėmesį vertina blogai ar labai blogai.

16 lentelė. Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, parodyto dėmesio vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą absoliučiais skaičiais ir procentais (%)

Gydytojo parodyto dėmesio įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Labai blogai	0	0	0	0,5	1	0	1	0,2
Blogai	3	0	0	1,1	1	0	4	0,4
Patenkinamai	40	16,5	12	5,9	5	4,8	57	10,2
Gerai	68	33	32	16,2	13	14,4	113	23
Labai gerai	99	50,5	138	76,2	83	80,8	320	66,3
Iš viso	210	100	182	100	103	100	495	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 50,295$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, parodytą dėmesį ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 50,295$, $df = 2$, $p = 0,0001$). Tai paaiškintina tuo, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirba skirtingi specialistai, todėl jų elgesys skiriasi.

Tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, parodytą dėmesį skirtumo nenustatyta ($U = 14463,500$, $p = 0,089$). Analogiškai nenustatyta ryšio

tarp respondentų nuomonės apie parodytą dėmesį ir amžiaus ($R_s = 0,024$; $p = 0,601$), išsilavinimo ($R_s = -0,077$; $p = 0,090$), pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = 0,075$; $p = 0,106$). Tai galima paaiškinti tuo, kad iš esmės parodytas dėmesys vertinamas pagal panašius kriterijus nepriklausomai nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta.

O štai tarp respondento gyvenamosios vietos ir to, kaip vertina gydytojo parodytą dėmesį, rastas statistiškai reikšmingas skirtumas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 45,843$, $df = 29$, $p = 0,024$). Kaip ir ankstesniu (respondentų nuomonės apie gydytojo kvalifikaciją ryšio su gyvenamąja vieta) atveju galima būtų daryti prielaidą, kad tokius rezultatus lėmė tai, kad poliklinikose pacientai gydytojams dalinai būna „priskirti“ pagal gyvenamąją vietą (pagal vadinamąsias apylinkes), o kaž kurios (-ių) „apylinkės“ (-ių) gydytojo (-ų) parodytas dėmesys respondentų įvertintas buvo geriau ar prasčiau.

Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, draugiškumą labai gerai įvertino 63 % respondentų, gerai – 24,2 %, patenkinamai – 11,6 %, blogai – 1,2 %, o labai blogai įvertinusių gydytojo draugiškumą respondentų nebuvo. Didžiausia dalis atsakiusių, kad gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, draugiškumą labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje, mažiausiai – Šeškinės (17 lentelė).

17 lentelė. Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, draugiškumo vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą absoliučiais skaičiais ir procentais (%)

Gydytojo draugiškumo įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Blogai	3	1,4	2	1,1	1	1	6	1,2
Patenkinamai	40	19	10	5,6	7	6,9	57	11,6
Gerai	71	33,6	35	19,4	13	12,9	119	24,2
Labai gerai	97	46	133	73,9	80	79,2	310	63
Iš viso	211	100	180	100	101	100	492	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 47,084$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, draugiškumą ir apklausos vietos, kadangi gauta Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmė yra mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05) ($\chi^2 = 47,084$, $df = 2$, $p = 0,0001$).

Taip yra todėl, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirba skirtingi specialistai, todėl jų elgesys skiriasi.

Tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, draugiškumą skirtumo nenustatyta ($U = 15348,500$, $p = 0,644$). Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie gydytojo draugiškumą ir amžiaus ($R_s = 0,002$; $p = 0,960$), išsilavinimo ($R_s = -0,079$; $p = 0,083$), pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = 0,049$; $p = 0,292$). Tai vėl galima paaiškinti tuo, kad iš esmės gydytojo asmenybės psichologinės dimensijos – draugiškumo vertinamas nepriklauso nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta.

O štai tarp respondento gyvenamosios vietos ir to, kaip vertina gydytojo parodytą draugiškumą, rastas statistiškai reikšmingas skirtumas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 61,910$, $df = 28$, $p = 0,0001$). Kaip ir ankstesniais (respondentų nuomonės apie gydytojo kvalifikaciją, parodytą dėmesį ryšio su gyvenamąja vieta) atvejais galima būtų daryti prielaidą, kad tokius rezultatus lėmė tai, kad poliklinikose pacientai gydytojams dalinai būna „priskirti“ pagal gyvenamąją vietą, o kažkurios (-ių) „apylinkės“ (-ių) gydytojo (-ų) draugiškumas respondentų įvertintas buvo geriau ar prasčiau.

Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, mandagumą labai gerai įvertino 66,7 % respondentų, gerai – 22,2 %, patenkinamai – 10,3 %, blogai – 0,8 %, o labai blogai įvertinusių gydytojo mandagumą respondentų nebuvo. Didžiausia dalis atsakiusių, kad gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, mandagumą labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje. Taip pat joje vienintelėje iš poliklinikų nebuvo respondentų, nurodžiusių, kad gydytojų mandagumą vertina blogai (18 lentelė).

18 lentelė. Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, mandagumo vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą absoliučiais skaičiais ir procentais (%)

Gydytojo mandagumo įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Blogai	3	1,4	1	0,6	0	0	4	0,8
Patenkinamai	33	15,6	10	5,5	8	7,8	51	10,3
Gerai	65	30,8	34	18,8	11	10,7	110	22,2
Labai gerai	110	52,1	136	75,1	84	81,6	330	66,7
Iš viso	211	100	181	100	103	100	495	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 36,224$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, mandagumą ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 36,224$, $df = 2$, $p = 0,0001$. tokie rezultatai gauti, kadangi, kaip jau minėta, asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirba skirtingi specialistai, todėl jų elgesys skiriasi ir dėl to tarp vertinamo yra skirtumas.

Tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, mandagumą skirtumo nenustatyta ($U = 15081$, $p = 0,296$). Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie gydytojo mandagumą ir amžiaus ($R_s = -0,001$; $p = 0,976$), išsilavinimo ($R_s = -0,079$; $p = 0,080$) ir pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = 0,018$; $p = 0,693$). Tai vėl galima paaiškinti tuo, kad iš esmės gydytojo asmenybės psichologinės dimensijos – mandagumo vertinamas nepriklauso nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta. Tarp respondento gyvenamosios vietos ir to, kaip vertina gydytojo parodytą mandagumą, rastas statistiškai reikšmingas skirtumas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 51,228$, $df = 28$, $p = 0,005$. Kaip ir ankstesniais (respondentų nuomonės apie gydytojo kvalifikaciją, parodytą dėmesį, draugiškumą ryšio su gyvenamąja vieta) atvejais galima būtų daryti prielaidą, kad tokius rezultatus lėmė tai, kad poliklinikose pacientai gydytojams dalinai būna „priskirti“ pagal gyvenamąją vietą, o kažkurios (-ių) „apylinkės“ (-ių) gydytojo (-ų) mandagumas respondentų įvertintas buvo geriau ar prasčiau.

Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, sugebėjimą suprasti problemas labai gerai įvertino 61,3 % respondentų, gerai – 25,5 %, patenkinamai – 11,3 %, blogai – 1,6 %, o labai blogai 0,2 % respondentų. Didžiausia dalis atsakiusių, kad gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, sugebėjimą suprasti problemas labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje (19 lentelė).

19 lentelė. Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, sugebėjimo suprasti problemas vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą absoliučiais skaičiais ir procentais (%)

Gydytojo sugebėjimo suprasti problemas įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Labai blogai	1	0,5	0	0	0	0	1	0,2
Blogai	5	2,4	2	1,1	1	1	8	1,6
Patenkinamai	36	17,3	13	7,4	6	5,9	55	11,3
Gerai	75	36,1	32	18,2	17	16,7	124	25,5

Labai gerai	91	43,8	129	73,3	78	76,5	298	61,3
Iš viso	208	100	176	100	102	100	486	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 47,129$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, sugebėjimą suprasti problemas ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 47,129$, $df = 2$, $p = 0,0001$). Gauti rezultatai vėl paaikšintini tuo, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirba skirtingi specialistai, todėl jų elgesys skiriasi.

Tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, sugebėjimą suprasti problemas skirtumo nenustatyta ($U = 15170$, $p = 0,518$). Tai rodo, kad respondento lytis nelemia vertinimas nepriklauso nuo lyties – yra objektyvus. Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie gydytojo sugebėjimą suprasti problemas ir amžiaus ($R_s = -0,004$; $p = 0,938$), išsilavinimo ($R_s = -0,050$; $p = 0,273$), pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = -0,008$; $p = 0,864$). Tai vėlgi galima paaikškinti tuo, kad iš esmės gydytojo profesionalumo dimensijos – sugebėjimo suprasti problemas vertinamas nepriklauso nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta.

O štai tarp respondento gyvenamosios vietos ir to, kaip vertina gydytojo parodytą sugebėjimą suprasti problemas, rastas statistiškai reikšmingas skirtumas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 64,855$, $df = 28$, $p = 0,0001$). Kaip ir ankstesniais (respondentų nuomonės apie gydytojo kvalifikaciją, parodytą dėmesį, draugiškumą, mandagumą ryšio su gyvenamąja vieta) atvejais galima būtų daryti prielaidą, kad tokius rezultatus lėmė tai, kad kaž kurios (-ių) „apylinkės“ (-ių) gydytojo (-ų) mandagumas respondentų įvertintas buvo geriau ar prasčiau.

Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, pateiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą labai gerai įvertino 56 % respondentų, gerai – 27,2 %, patenkinamai – 13,2 %, blogai – 2,5 %, o labai blogai 1,2 % respondentų. Didžiausia dalis atsakiusių, kad gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, pateiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje (20 lentelė).

20 lentelė. Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, pateikiamos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumo bei išsamumo vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą absoliučiais skaičiais ir procentais (%)

Informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumo bei	Apklausos vieta			
	Šeškinės	Antakalnio	Centro	Iš viso

išsamumo įvertinimas	poliklinika		poliklinika		poliklinika			
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Labai blogai	4	1,9	1	0,6	1	1	6	1,2
Blogai	6	2,9	3	1,7	3	2,9	12	2,5
Patenkinamai	41	19,6	17	9,7	6	5,9	64	13,2
Gerai	79	37,8	36	20,6	17	16,7	132	27,2
Labai gerai	79	37,8	36	67,4	17	73,5	132	56
Iš viso	209	100	175	100	102	100	486	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 46,766$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, pateiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą ir apklausos vietas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 46,766$, $df = 2$, $p = 0,0001$).

Tačiau tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, pateiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą skirtumo nenustatyta ($U = 15239,500$, $p = 0,718$). Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie pateiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą ir amžiaus ($R_s = -0,055$; $p = 0,240$), išsilavinimo ($R_s = -0,069$; $p = 0,133$), pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = 0,014$; $p = 0,770$). Tai vėlgi paaiškintina tuo, kad iš esmės gydytojo profesionalumo dimensija – pateiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumo bei išsamumo vertinamas nepriklauso nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta.

O štai tarp respondento gyvenamosios vietos ir to, kaip vertina gydytojo parodytą pateiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą, rastas statistiškai reikšmingas skirtumas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 49,516$, $df = 28$, $p = 0,007$). Kaip ir ankstesniais (respondentų nuomonės apie gydytojo kvalifikaciją, parodytą dėmesį, draugiškumą, mandagumą, sugebėjimą suprasti problemas ryšio su gyvenamąja vieta) atvejais galima būtų daryti prielaidą, kad tokius rezultatus lėmė tai, kad poliklinikose pacientai gydytojams dalinai būna „priskirti“ pagal gyvenamąją vietą (pagal vadinamąsias apylinkes), o kažkurios (-ių) „apylinkės“ (-ių) gydytojo (-ų) mandagumas respondentų įvertintas buvo geriau ar prasčiau.

Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, tolimesnio gydymo nurodymų aiškumą bei išsamumą bei sveikatos profilaktikos patarimus labai gerai įvertino 56,2 % respondentų, gerai – 27,6 %, patenkinamai – 14,0 %, blogai – 1,4 %, o labai blogai 0,8 % respondentų. Didžiausia dalis atsakiusių, kad gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, tolimesnio gydymo nurodymų aiškumą

bei išsamumą bei sveikatos profilaktikos patarimus labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje (21 lentelė). Tačiau joje buvo ir didžiausia dalis respondentų, nurodžiusių, kad tolimesnio gydymo nurodymų aiškumą bei išsamumą bei sveikatos profilaktikos patarimus vertina labai blogai.

21 lentelė. Gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, tolimesnio gydymo nurodymų aiškumo bei išsamumo bei sveikatos profilaktikos patarimų vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą absoliučiais skaičiais ir procentais (%)

Tolimesnio gydymo nurodymų aiškumo bei išsamumo bei sveikatos profilaktikos patarimų įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Labai blogai	1	0,5	1	0,6	2	2	4	0,8
Blogai	5	2,4	2	1,1	0	0	7	1,4
Patenkinamai	45	21,6	17	9,7	6	5,9	68	14
Gerai	77	37	41	23,3	16	15,7	134	27,6
Labai gerai	80	38,5	115	65,3	78	76,5	273	56,2
Iš viso	208	100	176	100	102	100	486	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 48,679$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, tolimesnio gydymo nurodymų aiškumo bei išsamumo bei sveikatos profilaktikos patarimų ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 48,679$, $df = 2$, $p = 0,0001$), o tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie gydytojo, pas kurį apklausos dieną lankėsi, tolimesnio gydymo nurodymų aiškumo bei išsamumo bei sveikatos profilaktikos patarimų skirtumo nenustatyta ($U = 14493$, $p = 0,267$). Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie tolimesnio gydymo nurodymų aiškumą bei išsamumą bei sveikatos profilaktikos patarimus ir amžiaus ($R_s = -0,064$; $p = 0,168$), išsilavinimo ($R_s = -0,066$; $p = 0,150$), pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = -0,010$; $p = 0,834$). Tai galima paaiškinti tuo, kad iš esmės gydytojo profesionalumo

dimensijos – tolimesnio gydymo nurodymų aiškumo bei išsamumo bei sveikatos profilaktikos patarimų vertinamas nepriklauso nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta. Tarp respondento gyvenamosios vietos ir to, kaip vertina gydytojo parodytą tolimesnio gydymo nurodymų aiškumo bei išsamumo bei sveikatos profilaktikos patarimų, rastas statistiškai reikšmingas skirtumas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 53,080$, $df = 28$, $p = 0,003$). Kaip ir ankstesniais (respondentų nuomonės apie gydytojo kvalifikaciją, parodytą dėmesį, draugiškumą, mandagumą, sugebėjimą suprasti problemas, informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą ir išsamumą ryšio su gyvenamąja vieta) atvejais galima būtų daryti prielaidą, kad tokius rezultatus lėmė tai, kad kažkurios (-ių) „apylinkės“ (-ių) gydytojo (-ų) mandagumas respondentų įvertintas buvo geriau ar prasčiau.

Atlikus duomenų analizę taip pat pastebėta, kad yra stiprus teigiamas ryšys tarp to, kaip respondentai įvertino gydytojo, pas kurį lankėsi apklausos dieną, tolimesnio gydymo nurodymų aiškumą ir išsamumą bei sveikatos profilaktikos patarimus ir gydytojo suteiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą ($R_s = 0,883$, $p = 0,0001$). Tai reiškia, kad respondentai gerai įvertinę gydytojo, pas kurį lankėsi apklausos dieną, tolimesnio gydymo nurodymų aiškumą ir išsamumą bei sveikatos profilaktikos patarimus taip pat gerai įvertino ir gydytojo suteiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą arba atvirkščiai. Gauti rezultatai logiški, kadangi gydytojas, kuris tinkamai ir sąžiningai įgyvendina informuoto sutikimo pareigą pacientui, aiškiai bei išsamiai suteiks tiek informaciją apie ligą bei gydymo procedūras, tiek aiškiai bei išsamiai duos tolimesnio gydymo nurodymus bei sveikatos profilaktikos patarimus, o gydytojas, kuris savo praktikoje netinkamai įgyvendina paciento teisę į informuotą sutikimą, savo pareigą įvykdys neaiškiai, neišsamiai arba jos išvis neatliks. Taip pat nustatyta, kad yra stiprus teigiamas ryšys tarp to kaip respondentai įvertino gydytojo, pas kurį lankėsi apklausos dieną, kvalifikaciją ir gydytojo tolimesnio gydymo nurodymų aiškumą ir išsamumą bei sveikatos profilaktikos patarimus bei kaip įvertino gydytojo kvalifikaciją ir gydytojo suteiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą (pirmuoju atveju $R_s = 0,735$, $p = 0,0001$, antruoju atveju $R_s = 0,708$, $p = 0,0001$). Tai reiškia, kad respondentai geriau įvertinę gydytojo tolimesnio gydymo nurodymų aiškumą bei išsamumą bei sveikatos profilaktikos patarimus ir / ar gydytojo suteiktos informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą taip pat geriau įvertino ir gydytojo kvalifikaciją.

Kaip jau įvardinta anksčiau, profesionalios, paslaugios slaugytojos gydantis ligoninėje yra labai svarbu daugumai respondentų. Siekiant nustatyti, kaip vertinamos antrinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, t. y. poliklinikose, dirbančios slaugytojos prašyta įvertinti slaugytojos, pas kurią

apklausos dieną lankėsi, kvalifikaciją, parodytą dėmesį, draugiškumą, mandagumą, sugebėjimą suprasti problemas.

Gauti rezultatai parodė, kad slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi kvalifikaciją labai gerai įvertino 67,3 % respondentų, gerai – 25,4 %, patenkinamai – 7,1 %, blogai – 0,2 %. Respondentų, įvertinusiųjų slaugytojos kvalifikaciją labai blogai nebuvo. Didžiausia dalis atsakiusiųjų, kad slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, kvalifikaciją labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje (22 lentelė).

22 lentelė. Slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, kvalifikacijos vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%)

Slaugytojos kvalifikacijos įvertinimas	Apklausoje vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso (%)	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Blogai	1	0,5	0	0	0	0	1	0,2
Patenkinamai	24	11,5	8	4,4	3	2,9	35	7,1
Gerai	73	34,9	40	22,2	12	11,7	125	25,4
Labai gerai	111	53,1	132	73,3	88	85,4	331	67,3
Iš viso (%)	209	100	180	100	103	100	492	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 38,414$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, kvalifikacijos vertinimo ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 38,414$, $df = 2$, $p = 0,0001$). Gauti rezultatai patvirtina, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirba skirtingi specialistai, todėl jų elgesys skiriasi.

Tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, kvalifikacijos vertinimo skirtumo nenustatyta ($U = 15829,500$, $p = 0,633$). Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie slaugytojos kvalifikaciją ir amžiaus ($R_s = 0,044$; $p = 0,342$), išsilavinimo ($R_s = -0,013$; $p = 0,769$), pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = -0,009$; $p = 0,849$). Tai paaiškintina tuo, kad iš esmės kvalifikacija vertinama pagal panašius kriterijus arba bendrai kvalifikacija suprantama panašiai nepriklausomai nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta.

O štai tarp respondento gyvenamosios vietos ir to, kaip vertina slaugytojos kvalifikaciją, rastas statistiškai reikšmingas skirtumas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 47,828$, $df = 29$, $p = 0,015$). Galima būtų daryti prielaidą, kad tokius rezultatus lėmė tai, kad antrinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (poliklinikose) pacientai gydytojams (o kartu ir su jais dirbančioms slaugytojoms) dalinai būna „priskirti“ pagal vadinamąsias apylinkes, o kažkurios (-ių) „apylinkės“ (-ių) slaugytojos (-ų) kvalifikacija respondentų įvertinta buvo geriau ar prasčiau.

Slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, parodytą dėmesį labai gerai įvertino 64,7 % respondentų, gerai – 23,9 %, patenkinamai – 10,7 %, blogai – 0,4 %, 6 labai blogai – 0,2 %. Didžiausia dalis atsakiusių, kad slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, parodytą dėmesį labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje, o mažiausiai – Šeškinės poliklinikoje (23 lentelė).
23 lentelė. Slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, parodyto dėmesio vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%)

Slaugytojos parodyto dėmesio įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso (%)	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Labai blogai	1	0,5	0	0	0	0	1	0,2
Blogai	2	1	0	0	0	0	2	0,4
Patenkinamai	27	13,1	19	10,7	6	5,9	52	10,7
Gerai	72	35	34	19,2	10	9,8	116	23,9
Labai gerai	104	50,5	124	70,1	86	84,3	314	64,7
Iš viso (%)	206	100	177	100	102	100	485	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 34,387$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, parodytą dėmesį ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 34,387$, $df = 2$, $p = 0,0001$). Tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, parodytą dėmesį skirtumo nenustatyta ($U = 14856,500$, $p = 0,341$). Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie slaugytojos parodytą dėmesį ir amžiaus ($R_s = 0,062$; $p = 0,183$), išsilavinimo ($R_s = -0,020$; $p = 0,656$), pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = -0,026$; $p = 0,585$). Tai vėlgi galima paaiškinti tuo, kad iš esmės parodytas dėmesys vertinamas pagal panašius kriterijus arba bendrai suprantamas panašiai nepriklausomai nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta.

Slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, draugiškumą labai gerai įvertino 63,2 % respondentų, gerai – 25,4 %, patenkinamai – 10,4 %, blogai – 1 %, o atsakiusių, kad draugiškumą vertina labai blogai nebuvo. Didžiausia dalis atsakiusių, kad slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, draugiškumą labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje, o mažiausiai – Šeškinės poliklinikoje (24 lentelė).

24 lentelė. Slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, draugiškumo vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%)

Slaugytojos draugiškumo įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso (%)	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Blogai	4	1,9	1	0,6	0	0	5	1
Patenkinamai	32	15,4	12	7	6	5,9	50	10,4
Gerai	74	35,6	38	22,1	10	9,9	122	25,4
Labai gerai	98	47,1	121	70,3	85	84,2	304	63,2
Iš viso (%)	208	100	172	100	101	100	481	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 44,980$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, draugiškumą ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 44,980$, $df = 2$, $p = 0,0001$), o tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, draugiškumą skirtumo nenustatyta ($U = 14395,500$, $p = 0,204$).

Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie slaugytojos draugiškumą ir amžiaus ($R_s = 0,030$; $p = 0,522$), išsilavinimo ($R_s = -0,011$; $p = 0,815$), pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = -0,009$; $p = 0,847$). Tai galima paaiškinti tuo, kad iš esmės parodytas draugiškumas vertinamas pagal panašius kriterijus arba bendrai suprantamas panašiai

nepriklausomai nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta.

Slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, mandagumą labai gerai įvertino 65,3 % respondentų, gerai – 25,6 %, patenkinamai – 8,7 %, blogai – 0,4 %, o atsakiusių, kad mandagumą vertina labai blogai nebuvo. Didžiausia dalis atsakiusių, kad slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, mandagumą labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje, o mažiausiai – Šeškinės poliklinikoje (25 lentelė).

25 lentelė. Slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, mandagumo vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%)

Slaugytojos mandagumo įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso (%)	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Blogai	1	0,5	1	0,6	0	0	2	0,4
Patenkinamai	29	14	8	4,6	5	4,9	42	8,7
Gerai	75	36,2	40	22,9	9	8,8	124	25,6
Labai gerai	102	49,3	126	72	88	86,3	316	65,3
Iš viso (%)	207	100	175	100	102	100	484	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 46,152$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, mandagumą ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 46,152$, $df = 2$, $p = 0,0001$), o tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, mandagumą skirtumo nenustatyta ($U = 15650$, $p = 0,940$).

Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie slaugytojos mandagumą ir amžiaus ($R_s = 0,045$; $p = 0,332$), išsilavinimo ($R_s = -0,004$; $p = 0,930$), pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = -0,007$; $p = 0,885$). Tai galima paaiškinti tuo, kad iš esmės parodytas mandagumas vertinamas pagal panašius kriterijus arba bendrai suprantamas panašiai nepriklausomai

nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta.

Slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, sugebėjimą suprasti problemas labai gerai įvertino 65,3 % respondentų, gerai – 25,6 %, patenkinamai – 8,7 %, blogai – 0,4 %, o atsakiusių, kad sugebėjimą suprasti problemas vertina labai blogai nebuvo. Didžiausia dalis atsakiusių, kad slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, sugebėjimą suprasti problemas labai gerai vertina buvo Centro poliklinikoje, o mažiausiai – Šeškinės poliklinikoje (26 lentelė).

26 lentelė. Slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, sugebėjimo suprasti problemas vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%)

Slaugytojos sugebėjimo suprasti problemas įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso (%)	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Blogai	3	1,4	0	0	0	0	3	0,6
Patenkinamai	30	14,5	17	9,7	7	6,9	54	11,2
Gerai	84	40,6	38	21,6	14	13,9	136	28,1
Labai gerai	90	43,5	121	68,8	80	79,2	291	60,1
Iš viso (%)	207	100	176	100	101	100	484	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 41,136$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, sugebėjimą suprasti problemas ir apklausos vietas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 41,136$, $df = 2$, $p = 0,0001$), o tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie slaugytojos, pas kurią apklausos dieną lankėsi, sugebėjimą suprasti problemas skirtumo nenustatyta ($U = 14689,500$, $p = 0,290$).

Analogiškai nenustatyta ryšio tarp respondentų nuomonės apie slaugytojos sugebėjimą suprasti problemas ir amžiaus ($R_s = 0,069$; $p = 0,141$), išsilavinimo ($R_s = -0,040$; $p = 0,383$), pajamų tenkančių vienam šeimos nariui per mėnesį ($R_s = 0,002$; $p = 0,958$). Tai galima paaiškinti tuo, kad iš esmės slaugytojos sugebėjimas suprasti problemas vertinamas pagal panašius kriterijus

arba bendrai suprantamas panašiai nepriklausomai nuo vertinančiojo socialinės – demografinės padėties, todėl ryšio su minėtais kintamaisiais ir nenustatyta.

5.1.5. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų aplinka ir medicininių tyrimų galimybės jose

Siekiant įvertinti ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų aplinką ir medicininių tyrimų galimybes jose, respondentų prašyta nurodyti, kaip jie vertina įstaigos, kurioje apklausos dieną lankėsi, patalpų interjerą, patalpų pritaikymą tokio pobūdžio įstaigai, nuorodų ir rodyklių aiškumą ir galimybę atlikti visus reikiamus tyrimus vietoje.

Nustatyta, kad apie pusę (t. y. 41,2 %) respondentų patalpų interjerą vertina patenkinamai. Taip pat nemažai respondentų patalpų interjerą vertina gerai ar labai gerai (analogiškai 15,6 % ir 36,2 %). Tačiau net 7,1 % respondentų patalpų interjerą vertina blogai arba labai blogai (27 lentelė). Didžiausia dalis respondentų įvertinusių patalpų interjerą blogai buvo Centro poliklinikoje. Analogiškai šioje poliklinikoje buvo mažiausiai interjerą įvertinusių gerai ir labai gerai.

27 lentelė. Patalpų interjero vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%)

Patalpų interjero įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso (%)	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Labai blogai	3	1,4	3	1,7	0	0	6	1,2
Blogai	12	5,7	8	4,4	9	8,7	29	5,9
Patenkinamai	79	37,4	68	37,6	57	55,3	204	41,2
Gerai	86	40,8	70	38,7	23	22,3	179	36,2
Labai gerai	31	14,7	32	17,7	14	13,6	77	15,6
Iš viso	211	100	181	100	103	100	495	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 8,850$, $df = 2$, $p = 0,012$

Rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje apklausos dieną lankėsi, patalpų interjerą ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 8,850$, $df = 2$, $p = 0,012$), todėl nulinė hipotezė, teigianti, kad nėra skirtumo apie sveikatos priežiūros įstaigos,

kurioje apklausos dieną lankėsi, patalpų interjerą ir apklausos vietas, atmesta. Tai tik patvirtina, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigų išorinis patrauklumas skiriasi.

Taip pat rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje apklausos dieną lankėsi, patalpų interjerą ($U = 12390,500$, $p = 0,0001$), todėl nulinė hipotezė, teigianti, kad nėra skirtumo tarp respondentų nuomonės apie sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje apklausos dieną lankėsi, patalpų interjerą ir respondentų lyties, atmesta, t. y. sveikatos priežiūros įstaigos išorinį patrauklumą (interjerą) vyrai ir moterys vertina skirtingai.

Patalpų pritaikymą ambulatorinio pobūdžio įstaigai beveik du trečdaliai respondentų įvertino gerai ar labai gerai (gerai – 47,8 %, labai gerai – 17,8 %), beveik trečdalis – patenkinamai ir nedidelė likusi dalis (t. y. 5,1 %) respondentų – blogai ir labai blogai (x lentelė). Didžiausia dalis respondentų, patalpų pritaikymą ambulatorinio pobūdžio įstaigai įvertinę gerai ir labai gerai buvo Antakalnio poliklinikoje, mažiausia – Centro.

28 lentelė. Patalpų pritaikymo ambulatoriniui pobūdžiui vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%)

Patalpų pritaikymo ambulatoriniui pobūdžiui įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso (%)	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Labai blogai	2	0,9	1	0,6	0	0	3	0,6
Blogai	10	4,7	3	1,7	9	8,8	22	4,5
Patenkinamai	57	27	47	26,6	40	39,2	144	29,4
Gerai	107	50,7	91	51,4	36	35,3	234	47,8
Labai gerai	35	16,6	35	19,8	17	16,7	87	17,8
Iš viso	211	100	177	100	102	100	490	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 8,205$, $df = 2$, $p = 0,017$

Kaip ir ankstesniu atveju, rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje apklausos dieną lankėsi, patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui ir apklausos vietas (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 8,205$, $df = 2$, $p = 0,017$). Tai reiškia, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos respondentų nuomone ambulatoriniui pobūdžiui pritaikytos nevienodai.

Taip pat rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje apklausos dieną lankėsi, patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui ($U = 13134$, $p = 0,008$). Tai rodo, kad sveikatos priežiūros įstaigos pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui vyrai ir moterys vertina skirtingai.

Rastas stiprus ryšys tarp to, kaip respondentas vertina patalpų interjerą ir kaip vertina patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui: nustatyta stipri teigiama reikšminga tarpusavio koreliacija tarp respondentų nuomonės apie patalpų interjerą ir patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui, kadangi Spirmano koreliacijos koeficientas lygus 0,768, o pats gautas rezultatas statistiškai reikšmingas, nes p reikšmė mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį 0,05 ($0,0001 < 0,05$). Šie rezultatai rodo, kad kuo respondentų nuomone geresnis patalpų pritaikymas ambulatoriniui pobūdžiui, tuo jie geriau vertina patalpų interjerą, arba atvirkščiai, kuo respondentų nuomone blogesnis patalpų pritaikymas ambulatoriniui pobūdžiui, tuo jie blogiau vertina patalpų interjerą.

Nuorodų ir rodyklių aiškumas ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose daugumos respondentų yra vertinamas gerai ar labai gerai (gerai – 45,1 %, labai gerai – 28,4 %). Patenkinamai nuorodų ir rodyklių aiškumas yra įvertintas 21,4 % respondentų, blogai ir labai blogai – 5,1 % respondentų (29 lentelė). Antakalnio poliklinikoje buvo daugiausia respondentų, nuorodų ir rodyklių aiškumą įvertinusių gerai ir labai gerai, o mažiausia – Centro.

29 lentelė. Nuorodų ir rodyklių aiškumo vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%)

Nuorodų ir rodyklių aiškumo įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso (%)	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Labai blogai	3	1,4	0	0	1	1	4	0,8
Blogai	8	3,8	2	1,1	11	10,9	21	4,3
Patenkinamai	51	24,2	27	15,2	27	26,7	105	21,4
Gerai	102	48,3	84	47,2	35	34,7	221	45,1
Labai gerai	47	22,3	65	36,5	27	26,7	139	28,4
Iš viso	211	100	178	100	101	100	490	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 18,859$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Kaip ir ankstesniais atvejais, rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje apklausos dieną lankėsi, nuorodų ir rodyklių aiškumą ir apklausos vietos

(Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 8,205$, $df = 2$, $p = 0,017$). Tai reiškia, kad respondentų nuomone asmens sveikatos priežiūros įstaigose nuorodų ir rodyklių aiškumas nevienodas.

Tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie sveikatos priežiūros įstaigas, kurioje apklausos dieną lankėsi, nuorodų ir rodyklių aiškumą skirtumo nerasta ($U = 15681$, $p = 0,708$). Tai rodo, kad sveikatos priežiūros įstaigose nuorodų ir rodyklių aiškumą vyrai ir moterys vertina vienodai.

Tačiau buvo rastas vidutinio stiprumo ryšys tarp to, kaip respondentas vertina nuorodų ir rodyklių aiškumą ir kaip vertina patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui: nustatyta vidutinio stiprumo teigiama reikšminga tarpusavio koreliacija tarp respondentų nuomonės apie nuorodų ir rodyklių aiškumą ir patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui ($R_s = 0,619$, $p = 0,0001$). Šie rezultatai rodo, kad kuo respondentų nuomone geresnis nuorodų ir rodyklių aiškumas, tuo jie geriau vertina patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui, arba atvirkščiai, kuo respondentų nuomone blogesnis nuorodų ir rodyklių aiškumas, tuo jie blogiau vertina patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui.

Galimybę atlikti tyrimus vietoje dauguma respondentų vertina gerai arba labai gerai (gerai – 40,6 %, labai gerai – 30,3 %). Patenkinamai galimybę atlikti tyrimus vietoje yra įvertinta 24,4 % respondentų, blogai ir labai blogai – 4,6 % respondentų (30 lentelė). Antakalnio poliklinikoje buvo daugiausia respondentų, galimybę atlikti tyrimus vietoje įvertinusių gerai ir labai gerai, o mažiausia – Centro.

30 lentelė. Galimybės atlikti tyrimus vietoje vertinimo pasiskirstymas pagal apklausos vietą procentais (%)

Galimybės atlikti tyrimus vietoje įvertinimas	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso (%)	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
Labai blogai	2	0,9	0	0	0	0	2	0,4
Blogai	8	3,8	2	1,1	11	10,8	21	4,2
Patenkinamai	46	21,7	38	21	37	36,3	121	24,4
Gerai	93	43,9	76	42	32	31,4	201	40,6
Labai gerai	63	29,7	65	35,9	22	21,6	150	30,3
Iš viso	212	100	181	100	102	100	485	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 18,883$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Kaip ir ankstesniais atvejais, rastas skirtumas tarp respondentų nuomonės apie galimybę atlikti tyrimus vietoje sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje apklausos dieną lankėsi, ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 18,883$, $df = 2$, $p = 0,0001$). Tai reiškia, kad respondentų nuomone galimybė sveikatos priežiūros įstaigoje atlikti tyrimus vietoje vertinama nevienodai.

Tarp respondentų nuomonės pagal lytį apie galimybę atlikti tyrimus vietoje sveikatos priežiūros įstaigoje skirtumo nerasta ($U = 14882,500$, $p = 0,223$). Tai rodo, kad sveikatos priežiūros įstaigose galimybę atlikti tyrimus vietoje vyrai ir moterys vertina vienodai.

Taip pat buvo rastas vidutinio stiprumo ryšys tarp to, kaip respondentas vertina galimybę atlikti tyrimus vietoje ir kaip vertina patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui: nustatyta vidutinio stiprumo teigiama reikšminga tarpusavio koreliacija tarp respondentų nuomonės apie galimybę atlikti tyrimus vietoje ir patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui ($R_s = 0,577$, $p = 0,0001$). Šie rezultatai rodo, kad kuo respondentų nuomone geresnė galimybė atlikti tyrimus vietoje, tuo jie geriau vertina patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui, arba atvirkščiai, kuo respondentų nuomone blogesnė galimybė atlikti tyrimus vietoje, tuo jie blogiau vertina patalpų pritaikymą ambulatoriniui pobūdžiui.

5.1.6. Problemos, su kuriomis susiduriama gydantis ligoninėje. Papildomos su gydymu ligoninėje susijusios išlaidos

Per pastaruosius dvejus metus ligoninėje gydėsi 53,1 % (274) respondentų arba jų artimųjų. 45,5 % (235) respondentų nurodė, kad ligoninėje jie (ar jų artimieji) nesigydė, o 1,4 % (7) respondentų į šį klausimą neatsakė (atsižvelgiant tik atsakiusiųjų šį klausimą respondentų atsakymus – 53,8 % respondentų nurodė, kad ligoninėje jie (ar jų artimieji) gydėsi, 46,2 % – kad nesigydė). Jeigu respondentams (jų artimiesiems) prireikia gydytis ligoninėje, kurioje ligoninėje gydytis labai svarbu yra maždaug pusei respondentų (31 lentelė). Tik dešimtadaliui respondentų tai yra greičiau ar visiškai nesvarbu.

31 lentelė. Respondentų nuomonės pasiskirstymas absoliučiaisiais skaičiais ir procentais atsakant į klausimą “Ar Jūs norėtumėte keisti/ per pastaruosius 2 metus keitėte Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą)?”

Atsakymai į klausimą “Jeigu Jums/ Jūsų artimiesiems prireikia gydytis ligoninėje, ar Jums svarbu kurioje ligoninėje reikės gydytis?”	Atsakymą nurodžiusių respondentų skaičius	Atsakymą nurodžiusių respondentų dalis (proc.)
<i>Labai svarbu</i>	258	50,9
<i>Greičiau svarbu</i>	181	35,7
<i>Greičiau nesvarbu</i>	52	10,3
<i>Visiškai nesvarbu</i>	16	3,2
Iš viso:	507	100

Jeigu respondentui (jo artimiesiems) prireikia gydytis ligoninėje, didžiausia dalis (t. y. apie pusė respondentų – 51,3 %; 261) respondentų stengiasi patekti į tą ligoninę, kur jo žiniomis yra geriausi tos srities specialistai. Tačiau taip pat nemaža dalis (t. y. 40,5 %; 206) respondentų vyksta ten, kur nurodo / rekomenduoja gydantis gydytojas. Tik 6,9 % (35) respondentų stengiasi patekti į tą ligoninę, kurioje yra geresnė medicininė įranga, o 1,4 % (7) – kur yra geresnės ligonių buities sąlygos. Aukščiausio, vidutinio lygio vadovai ir specialistai, tarnautojai dažniau nei kitų profesijų asmenys atsakydami į klausimą, kaip pasirenka paprastai gydymo įstaigą, nurodė, kad jie stengiasi patekti į tą ligoninę, kur jų žiniomis yra geriausi tos srities specialistai (32 lentelė).

32 lentelė. Gydomo įstaigos pasirinkimo būdo pasiskirstymas pagal pagrindinį užsiėmimą skaičiais ir procentais (%)

Gydymo įstaigos pasirinkimo būdas pagal pagrindinį užsiėmimą	Vyksta ten, kur nurodo / rekomenduoja gydantis gydytojas		Stengiasi patekti į tą ligoninę, kur jų žiniomis yra geriausi tos srities specialistai		Stengiasi patekti į tą ligoninę, kur yra geresnės ligonių buities sąlygos		Stengiuosi patekti į tą ligoninę, kurioje yra geresnė medicininė įranga		Iš viso:	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
<i>Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas</i>	6	25	15	62,5	1	4,2	2	8,3	24	100
<i>Specialistas, tarnautojas</i>	106	34,5	176	57,3	3	1	22	7,2	307	100
<i>Darbininkas, techninis</i>	30	45,5	29	43,9	3	4,5	4	6,1	66	100

<i>darbuotojas</i>										
<i>Veršlininkas</i>	6	66,7	2	22,2	0	0	1	11,1	9	100
<i>Pensininkas</i>	27	61,4	14	31,8	0	0	3	6,8	44	100
<i>Bedarbis</i>	8	57,1	4	28,6	0	0	2	14,3	14	100
<i>Studentas, moksleivis</i>	12	54,5	10	45,5	0	0	0	0	22	100
<i>Namų šeimininkė</i>	10	58,8	6	35,3	0	0	1	5,9	17	100
Iš viso:	205	40,8	256	50,9	7	1,4	35	7	503	100

$$\chi^2 = 35,714; p = 0,024; R_s = -0,188; p = 0,0001$$

Kadangi Spirmano koreliacijos koeficiento reikšmė labai maža (-0,188), galima teigti, kad praktiškai nėra ryšio tarp pagrindinio užsiėmimo ir gydymo įstaigos pasirinkimo būdo. Pats gautas rezultatas statistiškai reikšmingas, nes kriterijaus p reikšmė mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį 0,05 (0,0001 < 0,05), todėl nulinė hipotezė, teigianti, kad nėra koreliacijos tarp dviejų kintamųjų (koreliacijos koeficientas lygus nuliui) neatmesta.

Taip pat siekiant nustatyti, su kokiomis kitomis problemomis susiduriama tretines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose, respondentų prašyta nurodyti, gal yra kiti dalykai, su kuriais susiduriama gydantis ligoninėje. Kad susiduria su kitomis problemomis, nurodė 10,5 % visų tirtų respondentų (54 iš 516). Į šį klausimą atsakiusių respondentų įvardintos dažniausios kitos problemos, su kuriomis susiduriama gydantis ligoninėje – tai dėmesio trūkumas bei neužtikrinta slauga (33 lentelė).

33 lentelė. Respondentų nuomonės apie kitų problemų, su kuriomis susiduriama gydantis ar prižiūrint ligonį ligoninėje, pasiskirstymas pagal pagrindinį užsiėmimą skaičiais ir procentais (%)

Kitos problemos, su kuriomis susiduriama gydantis ar prižiūrint ligonį ligoninėje	Atsakymą nurodžiusių respondentų skaičius	Atsakymą nurodžiusių respondentų dalis (proc.)
<i>Trūksta geros aparatūros</i>	1	1,9
<i>Neužtikrinta slauga</i>	11	20,4
<i>Per mažai slaugos personalo</i>	4	7,4
<i>Slaugančiam asmeniui, labai sudėtingos sąlygos vaikų skyriuose</i>	2	3,7
<i>Dėmesio trūkumas</i>	11	20,4
<i>Informacijos stoka</i>	2	3,7
<i>Buitinės problemos</i>	4	7,4
<i>Trūksta nemokamų vaistų</i>	5	9,3

<i>Atstumas</i>	2	3,7
<i>Kyšių prašymas</i>	7	13
<i>Sunku patekti į ligoninę</i>	3	5,6
<i>Trūksta lovų</i>	2	3,7
Iš viso:	54	100

Skirtumo pagal lytis tarp respondentų nuomonės apie kitas problemas, su kuriomis susiduriama gydantis ar prižiūrint ligonį ligoninėje nenustatyta, kadangi Chi kvadrato p reikšmė mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį ($\chi^2 = 5,062$, $df = 10$, $p = 0,887$). Nenustatyta skirtumo ir pagal pagrindinį užsiėmimą ($\chi^2 = 67,497$, $df = 66$, $p = 0,426$) bei apklausos vietą ($\chi^2 = 23,665$, $df = 22$, $p = 0,365$) tarp respondentų nuomonės apie kitas problemas, su kuriomis susiduriama gydantis ar prižiūrint ligonį ligoninėje. Taip pat nustatyta, kad nėra skirtumų amžiaus grupėse ($\chi^2 = 2,749$, $df = 4$, $p = 0,601$), tarp skirtingo išsilavinimo žmonių ($\chi^2 = 2,244$, $df = 4$, $p = 0,691$), gaunančių skirtingas pajamas vienam šeimos nariui ($\chi^2 = 9,217$, $df = 5$, $p = 0,101$) pagal problemas, su kuriomis susiduriama sveikatos priežiūros įstaigoje, kadangi gautos Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmės yra didesnės už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05). Tačiau nustatytas silpnas reikšmingas ryšys tarp to, ar respondentams svarbu, kurioje ligoninėje gydytis ir respondentų nuomonės apie kitas problemas, su kuriomis susiduriama gydantis ar prižiūrint ligonį ligoninėje ($R_s = 0,318$, $p = 0,019$).

Siekiant nustatyti, ar Lietuvos Respublikoje sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos vadovaujantis galiojančiais teisumo ir teisėtumo principais respondentų klausta, ar jie patiria su gydymu susijusių papildomų išlaidų gydymiesi ligoninėje (ar ten prižiūredami artimuosius), ir jei patiria, tai kokių. Gauti rezultatai atskleidė, kad net daugiau nei pusė respondentų turėjo papildomų su gydymu susijusių išlaidų: 68,6 % (354) visų tirtų respondentų nurodė, kad turėjo papildomų su gydymu susijusių išlaidų, 31,4 % (162) respondentų – kad neturėjo arba to neprisimena.

Siekiant išsiaiškinti, ar pacientai ligoninėse susidūrę su problemomis linke „užsimokėti“, bandyta ieškoti ryšio tarp problemų, su kuriomis respondentai susiduria ligoninėje ir respondentų patiriamų su gydymu susijusių papildomų išlaidų.

Nustatyta, kad yra priklausomybė tarp problemų, su kuriomis respondentai susiduria ligoninėje ir respondentų patiriamų su gydymu susijusių papildomų išlaidų, nes Chi kvadrato p reikšmė mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį 0,05 ($\chi^2 = 39,637$, $df = 22$, $p = 0,012$).

Nustatyta, kad nėra skirtumo pagal apklausos vietą tarp respondentų patirtų papildomų su gydymu susijusių išlaidų ($\chi^2 = 7,279$, $df = 4$, $p = 0,122$). Tačiau nustatytas skirtumas tarp patiriamų papildomų išlaidų ir pagrindinio užsiėmimo ($\chi^2 = 32,616$, $df = 14$, $p = 0,003$). Taip pat nustatyta,

kad yra skirtumų amžiaus grupėse ($\chi^2 = 17,875$, $df = 5$, $p = 0,003$), tarp skirtingo išsilavinimo žmonių ($\chi^2 = 19,986$, $df = 4$, $p = 0,001$), gaunančių skirtingas pajamas vienam šeimos nariui ($\chi^2 = 13,772$, $df = 5$, $p = 0,017$) pagal respondentų patirtas papildomas su gydymu susijusių išlaidas (ar patyrė, ar ne, ar neprisimena), kadangi gautos Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmės yra mažesnės už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05).

Kokio pobūdžio išlaidų visi respondentai dažniausiai patiria pavaizduota 34 lentelėje. Kaip iš jos matyti, 78,5 % papildomų su gydymu susijusių išlaidų patyrusių respondentų patys mokėjo už vaistus ir medicinines priemones, 15 % – neoficialiai mokėjo už gydymą, 3,1 % – pirko dovanas gydytojams, 1,7 % – neoficialiai mokėjo už slaugą, 1,4 % – mokėjo už maitinimą, o 0,3 % respondentų nurodė, kad pirko dovanas kitam medicinos personalui.

Nustatyta, kad reikšmingos priklausomybės tarp problemų, su kuriomis respondentai susiduria ligoninėje ir respondentų patiriamų su gydymu susijusių papildomų išlaidų pobūdžio nėra ($\chi^2 = 36,067$, $df = 33$, $p = 0,327$).

34 lentelė. Respondentų atsakymų į klausimą „Kokio pobūdžio išlaidų Jūs turėjote?“ pasiskirstymas skaičiais ir procentais (%)

Respondentų atsakymai į klausimą „Kokio pobūdžio išlaidų Jūs turėjote?“	Atsakymą nurodžiusių respondentų skaičius	Atsakymą nurodžiusių respondentų dalis (proc.)	Atsakymą nurodžiusių respondentų dalis (proc.)
<i>Mokėjau už vaistus, medicinines priemones</i>	278	53,9	78,5
<i>Mokėjau už maitinimą</i>	5	1,0	1,4
<i>Neoficialiai mokėjau už gydymą</i>	53	10,3	15,0
<i>Neoficialiai mokėjau už slaugą</i>	6	1,2	1,7
<i>Pirkau dovanas gydytojams</i>	11	2,1	3,1
<i>Pirkau dovanas kitam medicinos personalui</i>	1	,2	,3
Iš viso (papildomų su gydymu susijusių išlaidų turėję respondentai)	354	68,6	100,0
Papildomų su gydymu susijusių išlaidų neturėję ar	162	31,4	-

priežiūros įstaigoje?“	sk.		sk.		sk.		sk.	
<i>Taip</i>	144	54,3	116	60,7	67	62,6	297	58,5
<i>Ne</i>	89	42,4	72	37,7	38	35,5	199	39,2
<i>Neprisimenu</i>	7	3,3	3	1,6	2	1,9	12	2,4
Iš viso	210	100	191	100	107	100	508	100

$$\chi^2 = 3,590; p = 0,464$$

Reikšmingo ir statistiškai patikimo skirtumo tarp apklausos vietos ir to, ar respondentai yra gydysią ar atlikę tyrimus privačioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje nenustatyta, kadangi Chi kvadrato p reikšmė didesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį ($\chi^2 = 3,590; p = 0,464$).

Logistinės regresijos rezultatai parodė, kad stipriausią ryšį su tuo, ar respondentas gydėsi privačioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turi amžius ir pajamos (36 lentelė). Galima teigti, kad tikimybė (galimybė), kad jaunesnio amžiaus respondentas gydėsi (gydysis) privačiai 1,310 karto [95 % PI 1,115 – 1,539]. Analogiškai tikimybė (galimybė), kad didesnes pajamas gaunantis respondentas gydėsi (gydysis) privačiai 0,944 karto. Atliekant logistinę regresiją atkreiptas dėmesys, kad modelis ir duomenys suderinti ir adekvatūs (Omnibus'o testas modelio suderinamumui įvertinti ($\chi^2 = 26,832, p = 0,0001$), bei Hosmer-Lemeshow testas modelio adekvatumui įvertinti ($p = 0,184$).

36 lentelė. Ryšys tarp to, ar respondentas gydėsi privačioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ir respondento socialinių – demografinių rodiklių

Kintamasis	B (β įverčiai)	B standartinė paklaida	Waldo kriterijus	p reikšmė	ŠSp	ŠSp 95 % pasikliautiniai intervalai
<i>Amžius</i>	0,270	0,082	10,819	0,001	1,310	[1,115 – 1,539]
<i>Išsilavinimas</i>	-0,057	0,285	0,040	0,841	0,944	[0,539 – 1,654]
<i>Pajamos</i>	-0,329	0,101	10,600	0,001	0,720	[0,590 – 0,877]
<i>Apklausos vieta</i>	-0,006	0,295	0,0001	0,984	0,994	[0,558 – 1,773]

Vis dėlto turėdami sveikatos problemų dažniausiai pas privatų gydytoją kreipiasi tik 4,3 % tyrime dalyvavusių respondentų. Dauguma, t. y. 70,3 %, respondentų, turėdami sveikatos problemų dažniausiai kreipiasi pas savo Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą), esantį poliklinikoje, o 20,9 % – pas pažįstamą gydytoją. Daugiausia respondentų, kurie turėdami sveikatos problemų

dažniausiai kreipiasi pas savo poliklinikos Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą) yra Šeškinės poliklinikoje (37 lentelė).

37 lentelė. Respondentų atsakymų į klausimą „Kuris iš žemiau pateiktų teiginių geriausiai atitinka Jūsų gydymosi praktiką...“ pasiskirstymas skaičiais ir procentais (%) pagal apklausos vietą

Respondentų atsakymai į klausimą „Kuris iš žemiau pateiktų teiginių geriausiai atitinka Jūsų gydymosi praktiką...“	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso (%)	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
<i>Turėdamas (-a) sveikatos problemų aš dažniausiai kreipiuosi pas Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą)</i>	125	58,7	148	79,1	84	77,8	357	70,3
<i>Turėdamas (-a) sveikatos problemų aš dažniausiai kreipiuosi pas pažįstamą gydytoją</i>	71	33,3	22	11,8	13	12	106	20,9
<i>Turėdamas (-a) sveikatos problemų aš dažniausiai kreipiuosi pas privatų gydytoją</i>	8	3,8	10	5,3	4	3,7	22	4,3
<i>Negaliu atsakyti</i>	9	4,2	7	3,7	7	6,5	23	4,5
Iš viso	213	100	187	100	108	100	508	100

$$\chi^2 = 36,269; p = 0,0001$$

Statistiškai patikimai nustatyta, kad nėra reikšmingo skirtumo tarp to, kur respondentai dažniausiai kreipiasi turėdami sveikatos problemų ir apklausos vietos ($\chi^2 = 36,269; p = 0,0001$) bei pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui ($\chi^2 = 45,381; p = 0,0001$), kadangi Chi kvadrato p reikšmė didesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį.

Tačiau kalbant apie privačios medicinos praktikos ir valstybinių įstaigų darbo kokybę, derėtų pažymėti, kad šiek tiek daugiau nei pusė respondentų mano, kad privačiose įstaigose dirbantys medikai rodo daugiau dėmesio pacientui, tačiau jų darbo kokybė nesiskiria (38 lentelė). 21,1 % respondentų mano, kad apie privačias įstaigas suformuotas geras įvaizdis, tačiau valstybinėse gydymo įstaigose medikai dirba kokybiškiau, o 16,2 % – kad privačiose įstaigose dirbantys medikai dirba kruopščiau ir kokybiškiau. Kad valstybinėse įstaigose medikai dirba kokybiškiau didžiausia dalis manančių yra Šeškinės poliklinikoje, mažiausia – Antakalnio.

38 lentelė. Respondentų atsakymų į klausimą „Kaip Jūs apskritai vertinate dirbančių valstybinėse poliklinikose / ligoninėse bei privačia praktika besiverčiančių medicinos darbuotojų darbo kokybę?“ pasiskirstymas skaičiais ir procentais (%) pagal apklausos vietą

Respondentų atsakymai į klausimą „Kaip Jūs apskritai vertinate dirbančių valstybinėse poliklinikose / ligoninėse bei privačia praktika besiverčiančių medicinos darbuotojų darbo kokybę?“	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
<i>Manau privačiose įstaigose dirbantys medikai dirba kruopščiau ir kokybiškiau</i>	29	13,6	38	20	16	15	83	16,2
<i>Manau privačiose įstaigose dirbantys medikai rodo daugiau dėmesio pacientui, tačiau jų darbo kokybė nesiskiria</i>	119	55,6	97	51,1	45	42,1	261	51,1
<i>Manau apie privačias įstaigas suformuotas geras įvaizdis, tačiau valstybinėse gydymo įstaigose medikai dirba kokybiškiau</i>	50	23,4	34	17,9	24	22,4	108	21,1
<i>Kita</i>	1	0,5	4	2,1	2	1,9	7	1,4
<i>Nežinau / neturiu nuomonės</i>	15	7	17	8,9	20	18,7	52	10,2
Iš viso	214	100	190	100	107	100	511	100

$\chi^2 = 19,045$, $df = 8$, $p = 0,015$

Nustatyta, kad yra skirtumas tarp apklausos vietos ir privačių bei valstybinių paslaugų vertinimo, kadangi Chi kvadrato p reikšmė didesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį ($\chi^2 = 19,045$, $df = 8$, $p = 0,015$). Taip pat pavyko atmesti nulinę hipotezę, teigiančią, kad nėra ryšio tarp privačių bei valstybinių paslaugų vertinimo ir pagal lytį ($\chi^2 = 11,593$, $df = 4$, $p = 0,021$) (Chi kvadrato p reikšmė yra mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį), išsilavinimą ($\chi^2 = 11,593$, $df = 4$, $p = 0,021$), amžių ($\chi^2 = 11,312$, $df = 5$, $p = 0,046$), kadangi gautos Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmės yra mažesnės už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05). Spėtina, kad skirtumus tarp paslaugų kokybės vertinimo lemia skirtingas vyrų ir moterų supratimas apie kokybę, su amžiumi ir žiniomis atsiradusi patirtis.

Tačiau nustatyta, kad nėra skirtumo tarp valstybinių paslaugų vertinimo pagal respondentų pajamas, tenkančias vienam šeimos nariui ($\chi^2 = 5,233$, $df = 5$, $p = 0,38$) bei pagrindinio užsiėmimo ($\chi^2 = 10,476$, $df = 7$, $p = 0,163$), kadangi gautos Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmės yra didesnės už nustatytą reikšmingumo lygmenį.

5.1.8. Respondentų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis

Kadangi vertinant asmens sveikatos priežiūros kokybę labai svarbu yra pačių pacientų nuomonė apie teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tyrimo metu respondentų klausta, ar jie patenkinti sveikatos priežiūros įstaigoje, kurioje apklausos dieną lankėsi, gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis.

Gauti rezultatai atskleidė, kad dauguma (t. y. 58,6 %) respondentų yra greičiau patenkinti nei nepatenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis. Net labai patenkinti gautomis paslaugomis yra 22,9 % respondentų. 16,6 % respondentų jiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas vertina neutraliai – jie nurodė, kad gautomis paslaugomis yra nei patenkinti, nei nepatenkinti. Tik 1,8 % respondentų pasisakė, kad jie yra greičiau nepatenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, o 0,2 % respondentų – kad jie yra labai nepatenkinti. Didžiausia dalis respondentų, nurodžiusių, kad gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra labai patenkinti, buvo Antakalnio poliklinikoje, o didžiausia dalis respondentų, nurodžiusių, kad gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis yra labai patenkinti ar greičiau nepatenkinti, buvo Cento poliklinikoje (39 lentelė).

39 lentelė. Respondentų atsakymų į klausimą „Turint galvoje viską, apie ką kalbėjome, ar jūs patenkintas šioje sveikatos priežiūros įstaigoje gautomis paslaugomis?“ pasiskirstymas skaičiais ir procentais (%) pagal apklausos vietą

Respondentų atsakymai į klausimą „Turint galvoje viską, apie ką kalbėjome, ar jūs patenkintas šioje sveikatos priežiūros įstaigoje gautomis paslaugomis?“	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
<i>Labai patenkintas</i>	40	18,6	53	27,7	24	22,6	117	22,9
<i>Greičiau patenkintas, nei nepatenkintas</i>	116	54	116	60,7	68	64,2	300	58,6
<i>Nei patenkintas, nei nepatenkintas</i>	55	25,6	19	9,9	11	10,4	85	16,6
<i>Greičiau nepatenkintas</i>	4	1,9	2	1	3	2,8	9	1,8
<i>Visiškai nepatenkintas</i>	0	0	1	0,5	0	0	1	0,2
Iš viso	215	100	191	100	106	100	512	100

Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 15,363$, $df = 2$, $p = 0,0001$

Rastas skirtumas tarp respondentų pasitenkinimo gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis ir apklausos vietos (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 15,363$, $df = 2$, $p = 0,0001$). Tai reiškia, kad respondentų pasitenkinimas tarp sveikatos priežiūros įstaigų gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis skiriasi.

Didesnė dalis tirtų vyrų nei moterų nurodė, kad jie yra labai patenkinti suteiktomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, tačiau šis rezultatas yra statistiškai nepatikimas, kadangi tarp atsakymų nustatyta p reikšmė didesnė už reikšmingumo lygmenį 0,05 ($0,123 > 0,05$) (40 lentelė). Taip pat analogiškai nenustatyta skirtumo ir tarp kitų vyrų ir moterų atsakymų – tai rodo, kad vyrai ir moterys patenkinti (ar nepatenkinti) suteiktomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis panašiai.

Tarp respondentų pasitenkinimo gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis pagal lytį skirtumo nerasta ir naudojant Mann-Whitney U testą ($U = 14882,500$, $p = 0,223$). Tai patvirtina, kad vyrų ir moterų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis nesiskiria.

40 lentelė. Respondentų atsakymų į klausimą „Turint galvoje viską, apie ką kalbėjome, ar jūs patenkintas šioje sveikatos priežiūros įstaigoje gautomis paslaugomis?“ pasiskirstymas skaičiais ir procentais (%) pagal lytį

Respondentų atsakymai į klausimą „Turint galvoje viską, apie ką kalbėjome, ar jūs patenkintas šioje sveikatos priežiūros įstaigoje gautomis paslaugomis?“	Lytis						P reikšmė (skirtumas tarp vyrų ir moterų atsakymų)
	Vyrai		Moterys		Iš viso		
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	
<i>Labai patenkintas</i>	24	28,6	91	21,8	115	23	0,123
<i>Greičiau patenkintas, nei nepatenkintas</i>	47	56	247	59,2	294	58,7	0,366
<i>Nei patenkintas, nei nepatenkintas</i>	12	14,3	70	16,8	82	16,4	0,313
<i>Greičiau nepatenkintas</i>	1	1,2	8	1,9	9	1,8	0,366
<i>Visiškai nepatenkintas</i>	0	0	1	0,2	1	0,2	0,416
Iš viso	84	100	417	100	501	100	-

Mann-Whitney U testo $U = 14882,500$, $p = 0,223$

Taip pat nepavyko atmesti nulinių hipotezių, teigiančių, kad nėra skirtumų tarp to, ar respondentas patenkintas sveikatos priežiūros įstaigoje gautomis paslaugomis pagal amžių ($\chi^2 =$

5,595, $df = 5$, $p = 0,348$), išsilavinimą ($\chi^2 = 3,707$, $df = 4$, $p = 0,447$), pajamas, tenkančias vienam šeimos nariui ($\chi^2 = 5,445$, $df = 5$, $p = 0,364$), kadangi gautos Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmės yra didesnės už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05).

Nustatyta, kad yra silpnas, bet reikšmingas ryšys tarp pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis ir gydytojo sugebėjimo suprasti problemas ($R_s = -0,392$, $p = 0,0001$) (kuo labiau respondentas geriau įvertino gydytojo sugebėjimą suprasti problemas, tuo mažiau buvo patenkintas gautomis paslaugomis), gydytojo pateiktos informacijos apie ligą ir gydymo procedūras išsamumą ir aiškumą ($R_s = -0,388$, $p = 0,0001$) (kuo respondentas geriau įvertino gydytojo pateiktos informacijos apie ligą ir gydymo procedūras išsamumą ir aiškumą, tuo labiau nepatenkintas ir gautomis paslaugomis), tolimesnio gydymo nurodymų aiškumo ir išsamumo ir profilaktikos patarimų ($R_s = -0,349$, $p = 0,0001$) (-,-), patalpų pritaikymo tokio pobūdžio įstaigai ($R_s = -0,304$, $p = 0,0001$), galimybės atlikti tyrimus vietoje ($R_s = -0,301$, $p = 0,0001$) (-,-), nuorodų ir rodyklių aiškumo ($R_s = -0,336$, $p = 0,0001$) (-,-), patalpų interjero ($R_s = -0,281$, $p = 0,0001$) (esant geram minėtų rodiklių vertinimui, blogėja respondentų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis).

5.1.9. Sveikatos priežiūros kokybės vertinimas

Atsižvelgiant į tai, kad pačių pacientų nuomonė apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas yra svarbus sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo rodiklis, respondentų prašyta nurodyti, kaip apskritai per pastaruosius 2 metus pakito sveikatos priežiūros lygis. Beveik pusė (t. y. 43,9 %) respondentų nurodė, kad asmens sveikatos priežiūros lygis šiek tiek pakilo, o 10,7 % respondentų atsakė, kad asmens sveikatos priežiūros lygis net labai pakilo per pastaruosius 2 metus. Tačiau buvo ir manančiųjų priešingai: 5,8 % respondentų nurodė, kad asmens sveikatos priežiūros lygis per pastaruosius 2 metus net labai nusmuko, 10,3 % – kad šiek tiek nusmuko. 21,2 % respondentų atsakė, kad asmens sveikatos priežiūros lygis nepakito, o 8 % respondentų šiuo klausimu neturėjo nuomonės, nežinojo arba jiems į šį klausimą buvo per sunku atsakyti. Antakalnio poliklinikoje buvo didžiausia dalis respondentų, nurodžiusių, kad asmens sveikatos priežiūros lygis net labai pakilo per pastaruosius 2 metus labai ar šiek tiek pakilo, Šeškinės poliklinikoje mažiausia (41 lentelė). Nustatyta, kad yra statistiškai patikimas skirtumas tarp Šeškinės ir Antakalnio poliklinikos respondentų vertinimų, kuomet buvo nurodyta, kad sveikatos priežiūros lygis labai

pakilo, kadangi tarp atsakymų gauta p reikšmė mažesnė už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,041<0,05).

41 lentelė. Respondentų atsakymų į klausimą „Kaip jūs manote, apskritai per pastaruosius 2 metus, sveikatos priežiūros lygis...“ pasiskirstymas skaičiais ir procentais (%) pagal apklausos vietą

Respondentų atsakymai į klausimą „Kaip jūs manote, apskritai per pastaruosius 2 metus, sveikatos priežiūros lygis...“	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
<i>Labai pakilo</i>	17	7,9	26	13,6	12	11,2	55	10,7
<i>Šiek tiek pakilo</i>	88	40,9	95	49,7	42	39,3	225	43,9
<i>Nepakito</i>	46	21,4	40	20,9	23	21,5	109	21,2
<i>Šiek tiek nusmuko</i>	29	13,5	14	7,3	10	9,3	53	10,3
<i>Labai nusmuko</i>	20	9,3	6	3,1	4	3,7	30	5,8
<i>Sunku pasakyti</i>	8	3,7	5	2,6	10	9,3	23	4,5
<i>Nežinau / neturiu nuomonės</i>	7	3,3	5	2,6	6	5,6	18	3,5
Iš viso	215	100	191	100	107	100	513	100

$\chi^2 = 26,212$, $df = 12$, $p = 0,010$

Tačiau padaryti išvadą, ar nuomonė apie sveikatos priežiūros lygį skiriasi pagal apklausos vietą, nepavyko ($\chi^2 = 26,212$, $df = 12$, $p = 0,010$).

Nustatyta, didesnė dalis vyrų mano, kad per pastaruosius dvejus metus sveikatos priežiūros paslaugų lygis labai pakilo, kadangi tarp vyrų ir moterų grupių nustatyta p reikšmė mažesnė už reikšmingumo lygmenį 0,05 ($0,017 > 0,05$) – t. y. statistiškai reikšmingai skiriasi atsakymai tarp grupių (42 lentelė). Reikšmingo skirtumo tarp kitų vyrų ir moterų atsakymų, vertinant sveikatos priežiūros paslaugų lygį per pastaruosius 2 metus, nenustatyta.

42 lentelė. Respondentų atsakymų į klausimą „Kaip jūs manote, apskritai per pastaruosius 2 metus, sveikatos priežiūros lygis...“ pasiskirstymas skaičiais ir procentais (%) pagal lytį

Respondentų atsakymai į klausimą „Kaip jūs manote, apskritai per pastaruosius 2 metus, sveikatos priežiūros lygis...“	Lytis						P reikšmė (skirtumas tarp vyrų ir moterų atsakymų)
	Vyrai		Moterys		Iš viso		
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	
<i>Labai pakilo</i>	15	17,9	38	9,1	53	10,5	0,017
<i>Šiek tiek pakilo</i>	37	44	184	43,9	221	43,9	0,485
<i>Nepakito</i>	14	16,7	93	22,2	107	21,3	0,160

<i>Šiek tiek nusmuko</i>	7	8,3	44	10,5	51	10,1	0,298
<i>Labai nusmuko</i>	4	4,8	26	6,2	30	6	0,330
<i>Sunku pasakyti</i>	3	3,6	20	4,8	23	4,6	0,343
<i>Nežinau / neturiu nuomonės</i>	4	4,8	14	3,3	18	3,6	0,261
Iš viso	84	100	419	100	503	100	-

$\chi^2 = 7,319$, $df = 6$, $p = 0,292$

Taip pat nepavyko atmesti nulinių hipotezių, teigiančių, kad nėra skirtumo tarp to, kaip respondentas vertina asmens sveikatos priežiūros lygio pokytį ir lyties ($\chi^2 = 7,319$, $df = 6$, $p = 0,292$).

Skirtumo tarp to, kaip respondentas vertina asmens sveikatos priežiūros lygio pokytį pagal amžių amžiaus ($\chi^2 = 5,331$, $df = 5$, $p = 0,377$), išsilavinimo ($\chi^2 = 2,824$, $df = 4$, $p = 0,588$), pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui ($\chi^2 = 3,448$, $df = 5$, $p = 0,631$) nenustatyta, kadangi gautos Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmės yra didesnės už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05).

Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą blogai arba labai blogai vertina tik 5,4 % respondentų (43 lentelė). Visgi absoliuti dauguma respondentų dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą įvertino patenkinamai arba gerai.

43 lentelė. Respondentų nuomonės apie dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą pasiskirstymas absoliučiaisiais skaičiais ir procentais

Dabartinio sveikatos priežiūros įstaigų darbo vertinimas	Įvertinusių sveikatos priežiūros įstaigų darbą respondentų skaičius	Įvertinusių sveikatos priežiūros įstaigų darbą respondentų dalis (proc.)
<i>Labai gerai</i>	32	6,2
<i>Gerai</i>	215	41,7
<i>Patenkinamai</i>	227	44
<i>Blogai</i>	19	3,7
<i>Labai blogai</i>	9	1,7
<i>Nežinau / neturiu nuomonės</i>	7	1,4
<i>Nenurodyta</i>	7	1,4
Iš viso:	516	100

Didžiausia dalis respondentų, įvertinusių dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą labai gerai buvo Centro poliklinikoje (44 lentelė). Šioje įstaigoje statistiškai nereikšmingai daugiau

respondentų sveikatos priežiūros įstaigų darbą įvertino labai gerai nei Antakalnio poliklinikoje (kadangi gautas nereikšmingas skirtumas tarp atsakymų šiose poliklinikose ($p = 0,274$)).

44 lentelė. Respondentų nuomonės apie dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą pasiskirstymas skaičiais ir procentais (%) pagal apklausos vietą

Respondentų atsakymai į klausimą „Kaip Jūs apskritai galėtumėte įvertinti dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą?“	Apklausos vieta							
	Šeškinės poliklinika		Antakalnio poliklinika		Centro poliklinika		Iš viso	
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%
<i>Labai gerai</i>	6	2,8	15	8	11	10,2	32	6,3
<i>Gerai</i>	72	33,8	93	49,7	50	46,3	215	42,3
<i>Patenkinamai</i>	118	55,4	68	36,4	40	37	226	44,5
<i>Blogai</i>	9	4,2	5	2,7	5	4,6	19	3,7
<i>Labai blogai</i>	6	2,8	2	1,1	1	0,9	9	1,8
<i>Nežinau / neturiu nuomonės</i>	2	0,9	4	2,1	1	0,9	7	1,4
Iš viso	213	100	187	100	108	100	508	100

$\chi^2 = 28,319$, $df = 10$, $p = 0,002$

Statistiškai patikimai nustatyta, kad yra skirtumas tarp respondentų nuomonės apie dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą pagal apklausos vietą ($\chi^2 = 28,319$, $df = 10$, $p = 0,002$). Tai rodo, kad ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūrose įstaigose dabartinis asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbas yra vertinamas skirtingai.

Analizuojant kaip dabartinis asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbas vertinamas pagal lytį, nustatyta, kad didesnė dalis vyrų nei moterų atsakė, kad darbą vertina labai gerai, tačiau skirtumas tarp vyrų ir moterų nuomonės apie sveikatos priežiūros įstaigų darbą, kaip labai gerą, yra nereikšmingas, kadangi tarp atsakymų pagal lytį gautas skirtumas nereikšmingas ($p = 0,224$) (45 lentelė).

45 lentelė. Respondentų atsakymų į klausimą „Kaip Jūs apskritai galėtumėte įvertinti dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą?“ pasiskirstymas skaičiais ir procentais (%) pagal lytį

Respondentų atsakymai į klausimą „Kaip Jūs apskritai galėtumėte įvertinti dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą?“	Lytis						P reikšmė (skirtumas tarp vyrų ir moterų atsakymų)
	Vyrai		Moterys		Iš viso		
	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	Abs. sk.	%	
<i>Labai gerai</i>	7	8,3	25	6	32	6,4	0,224

Gerai	35	41,7	176	42,5	211	42,4	0,465
Patenkinamai	39	46,4	183	44,2	222	44,6	0,384
Blogai	1	1,2	17	4,1	18	3,6	0,102
Labai blogai	0	0	8	1,9	8	1,6	0,114
Nežinau / neturiu nuomonės	2	2,4	5	1,2	7	1,4	0,217
Iš viso	84	100	414	100	498	100	-

$\chi^2 = 4,611$, $df = 5$, $p = 0,465$

Taipogi nepavyko atmesti nulinių hipotezių, teigiančių, kad nėra skirtumo tarp nuomonės apie sveikatos priežiūros įstaigų darbą ir lyties ($\chi^2 = 4,611$, $df = 5$, $p = 0,465$), amžiaus ($\chi^2 = 1,954$, $df = 5$, $p = 0,856$), išsilavinimo ($\chi^2 = 9,113$, $df = 4$, $p = 0,058$) bei pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui ($\chi^2 = 3,969$, $df = 5$, $p = 0,554$), kadangi gautos Kruskal-Wallis testo Chi kvadrato p reikšmės yra didesnės už nustatytą reikšmingumo lygmenį (0,05). Tačiau nustatyta, kad tarp nuomonės apie sveikatos priežiūros įstaigų darbą pagal pagrindinį užsiėmimą yra skirtumas ($\chi^2 = 58,594$, $df = 35$, $p = 0,007$).

Taip pat duomenų analizė atskleidė, kad yra priklausomybė tarp to, ar respondentai yra patenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis ir to, kaip vertina dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 75,825$, $df = 4$, $p = 0,0001$). Didesnė dalis labai patenkintų ir patenkintų gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis respondentų įvertino sveikatos priežiūros įstaigų darbą gerai ar labai gerai.

Analogiškai nustatyta, kad yra skirtumas tarp to, kaip respondentas vertina asmens sveikatos priežiūros lygio pokytį ir to, kaip vertina dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą (Kruskal-Wallis testo $\chi^2 = 61,916$, $df = 4$, $p = 0,0001$). Didesnė dalis respondentų, įvertinusių dabartinį asmens sveikatos priežiūros darbą labai gerai, nurodė, kad per pastaruosius 2 metus jų nuomone sveikatos priežiūros lygis pakilo.

5.2. Tyrimo rezultatų aptarimas

5.2.1. Sveikatos priežiūros paslaugų orientacija į pacientą, prieinamumas, priimtinumai ir tęstinumas

Palyginus gautus rezultatus su 2000 m. Vilniaus miesto savivaldybės Sveikatos ir socialinės apsaugos departamento užsakymu viešosios nuomonės ir rinkos tyrimų studijos Sprinter atliktu „Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų prieinamumas“ (toliau – Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų studija), kurio metu apklausti 1006 Vilniaus miesto asmens sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojantys asmenys (pagal tyrimo metodiką spėjama, kad tai populiaciją atspindintis (t. y. reprezentatyvus) tyrimas), nustatyta, kad 2011 m., palyginus su 2000 m., sveikatos priežiūros įstaigose lankomasi rečiau: 2000 m. kelis kartus per mėnesį lankėsi 12,1 % respondentų, o 2010 m. – 8,9 %, 2000 m. kartą per mėnesį lankėsi 18,4 % respondentų, o 2010 m. 13,8 % [131]. Tai galėjo lemti tai, kad per pastarąjį dešimtmetį pasikeitė vaistų skyrimo (išrašymo) politika, todėl asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis turi galimybę rečiau lankytis asmens sveikatos priežiūros įstaigose, taip pat keitėsi ligos pašalpos skyrimo tvarka, nustatant, kad dirbantiems asmenims už pirmąsias ligos savaites skiriant pašalpą mokama mažesnė pašalpa, todėl manytina, kad dalis asmenų siekdami neprarasti pajamų, turėdami nesunkių sveikatos sutrikimų, tiesiog nesikreipia į asmens sveikatos priežiūros įstaigas. Be to, asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas tapo labiau kontroliuojamas, kadangi visuomenei pradėtas formuoti požiūris, kad į asmens sveikatos priežiūros įstaigas kreipiamasi tik esant būtinybei. Tačiau, kaip ir 2000 m., 2011 m. išliko tendencija, kad didžiąją dalį dažniau besilankančių gydymo įstaigose sudaro vyresnio amžiaus asmenys, dažniausiai pensininkai, taip pat mažesnės pajamas gaunantys asmenys. Kad yra priklausomybė tarp gaunamų pajamų, amžiaus ir lankymosi asmens sveikatos priežiūros įstaigose dažnumo, nustatyta ir kitų tyrimų duomenimis [132, 133]. Tai lemia tai, kad vyresniame amžiuje didesnė dalis asmenų susiduria su sveikatos problemomis ir dėl to dažniau kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas. Asmenys, gaunantys mažesnes pajamas, turėdami mažiau lėšų gali turėti mažiau galimybių pasirūpinti savo sveikata, todėl potencialiai susiduriama su daugiau sveikatos problemų.

Šio tyrimo duomenimis, norint pasiekti savo asmens sveikatos priežiūros įstaigą didesnių sunkumų nekyla 89,3 % respondentų. Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų studijos metu buvo nustatyta, kad norint pasiekti savo asmens sveikatos priežiūros įstaigą didesnių sunkumų nekilo 80,9 % respondentų. Šie rezultatai leidžia spręsti, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas per dešimtmetį pagerėjo ir šiuo metu yra labai aukšto lygio. Tą patvirtina ir kiti autoriai [134, 135, 136]. Faktą, kad Vilniaus mieste paslaugų prieinamumas, o kartu ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumas, yra aukšto lygio patvirtina ir tai, kad daugumai respondentų apsilankius pas Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą) gauti nukreipimą pas gydytoją specialistą yra visiškai nesunku (taip atsakė 35,5 % respondentų) arba greičiau nesunku (40

% respondentų). Panašūs rezultatai buvo gauti ir 2000 m. atlikto tyrimo metu. Galima spręsti, kad asmenys, kurie susiduria su problemomis norėdami pasiekti savo sveikatos priežiūros įstaigą, į sveikatos priežiūros įstaigas kreipiasi rečiau, kadangi nustatyta, kad yra reikšmingas skirtumas tarp to, kaip dažnai lankomasi asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir to, ar respondentui kyla didesnių sunkumų norint pasiekti savo asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Taip pat palyginus gautus rezultatus su 2000 m. atlikta Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų studija, nustatyta, kad Šeimos gydytoją keitė ar norėtų keisti mažesnė dalis asmenų. Šiuos rezultatus būtų galima vertinti mažėjantį nepasitenkinimą savo Šeimos gydytojo institucijos teikiamomis paslaugomis.

Problemos, su kuriomis susiduriama asmens sveikatos priežiūros įstaigose, per dešimtmetį išliko beveik nepakitusios: vis dar dažniausiai susiduria su eilių arba ilgo laukimo nukreipimo problemomis pas gydytoją problema [137]. Pažymėtina, kad problemos, su kuriomis susiduriama nepriklauso nuo apklausos vietos – tai rodo, kad tai tiesiog sisteminės problemos, todėl manytina, kad jas reiktų spręsti sisteminiu būdu.

Kaip minėta literatūros apžvalgoje, kokybiškų paslaugų definicijai labai svarbu orientacija į pacientą. Palyginus su Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų studijos rezultatais, nustatyta, kad projektui, kad Šeimos gydytojai (apylinkės terapeutai, pediatrai) pagal galimybes dirbtų arčiau pacientų, t. y. savo mikrorajonuose, nepritaria žymiai didesnė dalis respondentų (2000 m. tam nepritarė 25,8 % respondentų, o 2010 m. – 45,6 %). Rastas skirtumas tarp poliklinikų, kuriose daryta apklausa ir kaip vertina projektą, jog Šeimos gydytojai pagal galimybes dirbtų savo mikrorajonuose, ir priklausomybė tarp to, ar respondentas pritarėtų, jog Šeimos gydytojai pagal galimybes dirbtų arčiau savo pacientų, t. y. mikrorajonuose, ir to, ar respondentui kyla didesnių sunkumų norint pasiekti savo asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Darytina išvada, kad respondentams, kuriems sunku pasiekti polikliniką, būtų patogu ir priimtina, kad Šeimos gydytojo institucija įsikurtų jo mikrorajone, o respondentai, kurie su panašiomis problemomis nesusiduria, nepritaria asmens sveikatos priežiūros įstaigų decentralizacijos koncepcijai.

Šeimos gydytojo institucijos perkėlimas arčiau pacientų, t. y. privačių Šeimos gydytojų kabinetų steigimo mikrorajonuose skatinimas, susijęs su tikimybe, kad sudėtingesnius tyrimus reikėtų atlikti labiau specializuotose asmens sveikatos priežiūros įstaigose (pvz. poliklinikose). Tyrimo rezultatai parodė, kad žymiai didesnei daliai asmenų šiuo metu tai sukeltų daug nepatogumų nei ankstesnio tyrimo metu (2000 m. sukeltų nepatogumų 21,2 % respondentų, o 2010 m. – 40,1 %). Kaip ir prieš dešimtmetį, tai sukeltų nepatogumų didesnei daliai moterų nei vyrų.

Nustatyta, kad apie prioritetinę asmens sveikatos priežiūros reformos kryptį – galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“ yra negirdėję net beveik trečdalis respondentų, o 24,3 %

respondentų teko apie tai girdėti, nors jie nežino kur ir kaip praktiškai toks stacionaras veikia. 2000 m. atliktos Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų studijos duomenimis, nieko negirdėjusių asmenų buvo dvigubai didesnė dalis, o žinančių – beveik dvigubai mažesnė. Tai rodo, kad pacientų informuotumas apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, jų pobūdį labai pagerėjo. Tai galėjo lemti tiek informacinių sistemų plėtra, tiek siekis sumažinti stacionarinių paslaugų apimtį. Tačiau kadangi vis dar beveik pusė asmenų apie vadinamąjį „dienos stacionarą“ yra nieko negirdėję arba girdėję nepakankamai, manytina, kad turėtų būti skatinama informacijos sklaida, kadangi viena iš asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dimensijų – orientacija į pacientą – turėtų būti įgyvendinama tiek per paciento įtraukimą į sprendimų priėmimo procesą, tiek užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimams dėl savo sveikatos priežiūros. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp apklausos vietos ir atsakymų į klausimą apie tai, ar respondentas yra girdėjęs apie galimybę gydytis „dienos stacionare“ rodo, kad tirtų poliklinikų respondentų informuotumas apie galimybę gydytis vadinamajame „dienos stacionare“ skiriasi ir kad ne visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos vienodai atlieka pareigą teikti paslaugas, orientuotas į pacientą, kaip aktyvų dalyvį paslaugų teikimo proceso metu. Nustatytas skirtumas tarp to, ar respondentas buvo anksčiau girdėjęs apie galimybę gydytis „dienos stacionare“ ir atsakymų į klausimą apie tai, ar respondentas atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą rinktųsi ligoninę ar „dienos stacionarą“ poliklinikoje. Nepaisant to, kad nemaža dalis respondentų nebuvo anksčiau girdėję apie galimybę gydytis „dienos stacionare“, 29,9 % respondentų greičiau rinktųsi dienos stacionarą, jei, atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą, jiems būtų pasiūlyta rinktis ligoninę ar „dienos stacionarą“ poliklinikoje, o 13,3 % respondentų – kad tvirtai rinktųsi dienos stacionarą. 2000 m. buvo žymiai didesnė dalis respondentų, kurie tvirtai rinktųsi dienos stacionarą (29,2 %) – tai rodo, kad „dienos stacionaro“ paslaugos patrauklumas ir priimtumas pacientų požiūriu per dešimtmetį sumažėjo. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp apklausos vietos ir atsakymų į klausimą apie tai, ar respondentas atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą rinktųsi ligoninę ar „dienos stacionarą“ poliklinikoje leidžia spręsti, kad „dienos stacionaro“ paslaugos patrauklumas poliklinikose skiriasi.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros paslaugos yra nepakankamai orientuotos į pacientą, tačiau jų prieinamumas, priimtumas ir tęstinumas yra vertinamas pakankamai gerai.

5.2.2. Sveikatos priežiūros paslaugų teisėtumas – papildomos su gydymu susijusios išlaidos

2000 m. atliktos Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų studijos metu buvo nustatyta 61,6 % respondentų nurodė, kad turėjo papildomų su gydymu susijusių išlaidų, 34,6 % respondentų – kad neturėjo arba to neprisimena. Šio tyrimo metu gauti panašūs duomenys: daugiau nei pusė respondentų turėjo papildomų su gydymu susijusių išlaidų: 68,6 % visų tirtų respondentų nurodė, kad turėjo papildomų su gydymu susijusių išlaidų, 31,4 % respondentų – kad neturėjo arba to neprisimena, tačiau matoma šiokia tokia didėjimo tendencija. Nustatyta, kad yra priklausomybė tarp problemų, su kuriomis respondentai susiduria ligoninėje ir respondentų patiriamų su gydymu susijusių papildomų išlaidų. Taip pat gauti skirtumai tarp patiriamų papildomų išlaidų pagal pagrindinį užsiėmimą, amžiaus grupės, tarp skirtingo išsilavinimo žmonių, gaunančių skirtingas pajamas vienam šeimos nariui. 2000 m. taip pat buvo nustatyta, kad daugiau išlaidų turėjo moterys, vidutinio ir vyresnio amžiaus respondentai bei aukščiausio išsilavinimo ir pajamų žmonės.

Pastebėtina, kad už apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas gydymo įstaigoms moka Valstybinė ligonių kasa sveikatos apsaugos ministro įsakymuose patvirtintomis paslaugų bazinėmis kainomis (t. y. apmokama už suteiktą pacientui gydymą – asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei jų metu naudotas priemones). Atvejai, kai pacientams gali tekti sumokėti ar primokėti už paslaugą, išvardyti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 5 dalyje bei poįstatyminiuose aktuose [138]. Taigi, nustatytas faktas, kad respondentai mokėjo už vaistus, medicinines priemones, maitinimą, galėjo būti tiek teisėtų gydytojo veiksmų pasėkos rezultatas, kadangi buvo mokama teisės aktu nustatyta tvarka, tiek neteisėtos asmens sveikatos priežiūros specialistų ar įstaigų veiklos rezultatas, kadangi Valstybinės ligonių kasos skelbiamais duomenimis [139], gydymo įstaiga galėjo neteisėtai ligoniui suteikti brangiau kainuojančias ar papildomas paslaugas, medicinos priemones bei vaistus be jo sutikimo, o pacientai mokėti už kai kuriuos vaistus, priemones. Apie išaiškintus pažeidimus informuojamos įstaigų steigėjos, o pacientams nurodoma kreiptis į tikrintą įstaigą dėl pinigų gražinimo. Ar respondentai mokėjo už vaistus, medicinines priemones, maitinimą dėl neteisėtų asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiksmų, pasakyti neįmanoma, kadangi atliekant tyrimą nebuvo suformuluota minėtą faktą pagrįsti galėsiančių papildomų klausimų. Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad Valstybinės ligonių kasos skelbiamais duomenimis apie išaiškintus pažeidimus, kuomet pacientai dėl neteisėtų asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiksmų mokėjo už vaistus ir medicinines priemones informuojamos įstaigų steigėjos, o pacientams nurodoma kreiptis į pažeidimą padariusią įstaigą dėl pinigų gražinimo. Tai rodo, kad iš tiesų egzistuoja neteisėti sveikatos priežiūros įstaigų veiksmai, tačiau kiti sveikatos priežiūros sistemos dalyviai stengiasi teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas būtų išlaikyti teismo ir teisėtumo principai.

Visgi 15 % respondentų atsakymai, kad jie neoficialiai mokėjo už gydymą, o 1,7 % – kad neoficialiai mokėjo už slaugą, tiesiogiai patvirtina faktą, kad mokėta pažiedžiant įstatymuose ir kituose teisės aktuose reglamentuotus teisėtumo ir skaidrumo principus (duotas kyšis), o sveikatos priežiūros profesionalas, priėmęs neoficialų užmokestį, pasielgė neetiškai, neprofesionaliai ir neteisėtai. Šie duomenys taip pat rodo, kad galbūt gydytojams neteisėtai mokama, arba kitais žodžiais tariant duodamas kyšis, dažniau nei kitam medicinos personalui (nes daugiau respondentų nurodė, kad moka už gydymą, o ne už slaugą), tačiau kadangi atliekant tyrimą nebuvo suformuluota tikslinio klausimo, kam mokėta, tai yra tik spėjimas (hipotezė kitiems tyrimams).

3,1 % respondentų atsakymai, kad jie pirkdo dovanas gydytojams, o 0,3 % – kad pirkdo dovanas kitam medicinos personalui, taip pat gali rodyti neteisėtus sveikatos priežiūros specialistų veiksmus. Iki 2006 m. liepos 14 d. galiojusiam CK 6.470 straipsnio 4 dalyje buvo nurodyta, kad draudžiama priimti dovanas sveikatos priežiūros, gydymo ar globos (rūpybos) institucijų vadovams ir kitiems darbuotojams iš asmenų, kurie šiose institucijose gydomi ar išlaikomi, bei jų artimųjų giminaičių, išskyrus simbolines dovanas, kurių vertė neviršija vieno minimalaus gyvenimo lygio dydžio sumos. Nuo 2006 m. liepos 14 d. esant priežastiniam ryšiui tarp dovanos ir gydymo, t. y. jei dovana siekiama paveikti gydytoją, dovana traktuojama kaip kyšis ir užtraukia baudžiamąją atsakomybę pagal Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso (Žin., 2000, Nr. 89-2741) 225 straipsnį „Kyšininkavimas“. Jame numatytos labai griežtos sankcijos, pavyzdžiui: gydytojas priėmęs mažesnės negu 1 MGL vertės kyšį padaro baudžiamąjį nusižengimą ir baudžiamas teisės dirbti tam tikrą darbą arba užsiimti tam tikra veikla atėmimu. Už didesnio kyšio priėmimą gydytojo gali laukti laisvės atėmimas. Iš dalies galbūt sveikatos priežiūros, gydymo ir globos institucijų darbuotojų atžvilgiu įtvirtintas neproporcingai griežtas draudimas priimti dovanas, kadangi tuo tarpu kitų viešųjų paslaugų teikėjų (švietimo, sporto ir kitų institucijų darbuotojų) atžvilgiu jokie ribojimai priimti dovanas civilinėje teisėje nėra nustatyti. Lietuvos Respublikos Vyriausybė yra rašiusi, kad korupcijos paplitimas tarp medicinos darbuotojų yra sąlygotas ne tik CK 6.470 straipsnio nuostatų, o kitų priežasčių [140]. Problema sprendina keičiant ne teisės aktus, o visuomenės požiūrį į teikiamas medicinos paslaugas, medicinos darbuotojų sampratą apie profesinę etiką, valstybės nuostatą dėl medicinos darbuotojų darbo apmokėjimo, kitas sąlygas, taip pat kuo efektyviau organizuojant tarnybų, atsakingų už kovą su korupcija, darbą.

5.2.3. Privačiai ir valstybės teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos

Duomenų analizė parodė, kad privačių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vartojimas didėja: šio tyrimo duomenimis 58,5 % respondentų yra gydysią ar atlikę tyrimus privačioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, o 2000 m. atlikto tyrimo duomenimis – tokių asmenų buvo 40,1 %. Vis dėlto turėdami sveikatos problemų dažniausiai pas privatų gydytoją kreipiasi tik maža dalis respondentų, nors palyginus su 2000 m. duomenimis šiuo laikotarpiu privačiomis gydytojo paslaugomis dažniausiai naudojami šiek tiek daugiau asmenų (2010 m. – 4,3 %, 2000 m. – 2,1 % tyrime dalyvavusių respondentų). Nustatyta, kad nėra reikšmingo skirtumo tarp to, kur respondantai dažniausiai kreipiasi turėdami sveikatos problemų ir pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui.

Kalbant apie privačios medicinos praktikos ir valstybinių įstaigų darbo kokybę, nustatyta, kad privačios medicinos paslaugos vertinamos prasčiau nei prieš dešimtmetį: 2000 m. atlikto tyrimo duomenimis, respondentų, manančių, kad privačiose įstaigose dirbantys medikai dirba kruopščiau ir kokybiškiau buvo 33,8 %. Tai galima paaiškinti tuo, kad įstatymiškai įtvirtinta kokybiškų asmens sveikatos paslaugų definicija ir pradėta vykdyti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija lėmė padidėjusią konkurenciją tiek tarp valstybinių ir privačių, tiek tarp valstybinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, o tai paskatino teikti kokybiškesnes valstybines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Be to per pastarąjį dešimtmetį valstybinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos sulaukė labai didelių investicijų į ilgalaikį turtą (modernizuojama įranga ir kitos technologijos, rekonstruojamos patalpos ir pastatai) ir į žmogiškuosius išteklius (skatinami asmens sveikatos priežiūros specialistų tobulinimosi, kvalifikacijos kėlimo kursai ir t. t.). Atsižvelgiant į tai, manytina, kad todėl 2010 m. buvo žymiai didesnė dalis asmenų, patvirtinusių, kad apie privačias įstaigas suformuotas geras įvaizdis, tačiau valstybinėse gydymo įstaigose medikai dirba kokybiškiau.

5.2.4. Pacientų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis

Vienas iš svarbiausių kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų indikatorių – pacientų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Jis subjektyviai atspindi visas kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dimensijas: orientaciją į pacientą (aktyvų paslaugų vartotoją), priimtinumą, prieinamumą, tinkamumą, teisumą, tęstinumą, veiksmingumą, ekonomiškai pagrįstą efektyvumą ir saugumą.

Šio tyrimo duomenimis, tik 2 % respondentų pasisakė, kad jie yra greičiau nepatenkinti ar labai nepatenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis. Kitų autorių 2001 m. atlikto tyrimo duomenimis, daug didesnė dalis respondentų (t. y. 11,8 %) išsakė neigiamą nuomonę [141]. Tai rodo, kad per dešimtmetį pasitenkinimas asmens sveikatos priežiūros paslaugomis pakilo. Tiek

2001 m., tiek šio 2010 m. atlikto tyrimo duomenimis, didesnė dalis vyrų nei moterų yra labai patenkinti suteiktomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis. Aukštą pacientų pasitenkinimo lygį sveikatos priežiūros paslaugomis patvirtina ir senesni tyrimai Lietuvoje [142]. Kitų autorių gauti duomenys apie pacientų pasitenkinimo asmens sveikatos priežiūros paslaugomis ir socialinių – ekonominių charakteristikų sąryšius yra labai priešaringi, pavyzdžiui, iš 145 tyrimų, atliktų įvairiose šalyse duomenų, tik trečdalyje tyrimų amžius ir ekonominė respondentų padėtis buvo reikšmingai susijusi su vertinimais apie teikiamas paslaugas, o mažiau nei ketvirtadalyje tyrimų metu – nustatytas ryšys tarp išsimokslinimo ir lyties [143].

5.2.5. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbo kokybė

Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad **dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą** blogai arba labai blogai vertina tik 5,4 % respondentų. Visgi absoliuti dauguma respondentų dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą įvertino patenkinamai arba gerai. Stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė daugumos pacientų nuomone taip pat yra vertinama labai gerai ar gerai [144, 145].

Kaip ir 2006-2007 m. D. Brogienės atlikto stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų tyrimo duomenimis, nustatyta, kad yra lytis ir išsilavinimas nekoreliavo su kokybės vertinimu, tačiau kokybės vertinimui įtakos turėjo tai, kur buvo atliktas tyrimas. Darytina išvada, kad skirtingose įstaigose asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė skiriasi, todėl pacientai tai ir skirtingai vertina.

2003 m. atlikto tyrimo duomenimis, tik 21,8 % respondentų nurodė, kad per 2 pastaruosius metus (2001-2003 m.) gydytojų darbo kokybė pagerėjo, o šio tyrimo duomenimis – beveik pusė respondentų nurodė, kad asmens sveikatos priežiūros lygis šiek tiek pakilo, o dešimtadalis – kad per pastaruosius 2 metus asmens sveikatos priežiūros lygis net labai pakilo [146]. Šiuos rezultatus galėjo lemti tai, kad nuo 2003 m. intensyviai vystėsi sveikatos priežiūros politika, orientuota į sveikatos priežiūros kokybės gerinimą, priimant tiek teisinio reglamentavo pobūdžio sprendimus, tiek siekiant kitomis intervencijomis pagerinti sveikatos priežiūros įstaigų darbo kokybės rodiklius.

Taip pat duomenų analizė atskleidė, kad yra priklausomybė tarp to, ar respondentai yra patenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis ir to, kaip vertina dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą. Tai patvirtina ir kiti autoriai [147].

Kaip jau minėta anksčiau, informuotas sutikimas – tai kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų pagrindas ir būtina sąlyga. Tačiau šio tyrimo metu nustatyta, kad beveik

penktadalis respondentų informacijos apie ligą bei gydymo procedūras aiškumą bei išsamumą ir tolimesnio gydymo nurodymų aiškumą bei išsamumą bei sveikatos profilaktikos patarimus įvertino tik patenkinamai ar blogai ir labai blogai. Visgi moksliniai tyrimai rodo, kad informacijos apie sveikatos priežiūrą teikimas sietinas su geresniu asmens sveikatos priežiūros kokybės vertinimu [148].

5.3. Kritinis atlikto tyrimo vertinimas

Šiame darbe analizuotas sąsajas tarp įvairių kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų determinančių ir po to gautus rezultatus galėjo paveikti pagrindinis iškraipantis veiksnys – respondento sveikatos būklė, kadangi mokslinių tyrimų duomenimis, blogos sveikatos būklės pacientas sveikatos priežiūros paslaugas vertina blogiau [149]. Taip pat galėjo pasitaikyti atsitiktinės klaidos suvedant duomenis į statistinius paketus, bei galimai galėjo atsirasti sisteminių klaidų dėl sudarytų klausimų skirtingų skalių, jų kodavimo ir perkodavimo statistinės analizės metu. Rezultatų aptarime rastos sąsajos su kitų autorių tyrimų duomenimis gali būti iškreiptos tirtų skirtingų populiacijų aspektu, tyrimo reprezentatyvumo pobūdžio lygmeniu ir tyrimo metu naudotų instrumentų patikimumo skirtumu.

6. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

6.1. Išvados

1. Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad sveikatos priežiūros paslaugos yra nepakankamai orientuotos į pacientą, tačiau jų prieinamumas, priimtinumai ir tęstinumas yra vertinamas pakankamai gerai.

2. Sveikatos priežiūros sistemoje paplitęs kyšininkavimas: net beveik 7/10 respondentų turėjo papildomų su gydymu susijusių išlaidų. Dažniausios kitos problemos, su kuriomis susiduriama gydantis ligoninėje – tai dėmesio trūkumas bei neužtikrinta slauga.

3. Dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą blogai arba labai blogai vertina tik 1/20 respondentų. Visgi absoliuti dauguma respondentų dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą įvertino patenkinamai arba gerai. Didesnė dalis vyrų nei moterų atsakė, kad darbą vertina labai gerai. Dabartinis asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbas yra vertinamas skirtingai priklausomai nuo įstaigos.

4. Tik labai maža dalis respondentų yra nepatenkinti ar greičiau nepatenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis. Daugiau nei pusė respondentų yra greičiau patenkinti nei nepatenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis, o net labai patenkinti gautomis paslaugomis yra 1/5 respondentų.

5. Nustatyta, kad yra silpnas, bet reikšmingas ryšys tarp pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis ir gydytojo sugebėjimo suprasti problemas, gydytojo pateiktos informacijos apie ligą ir gydymo procedūras išsamumą ir aiškumą, tolimesnio gydymo nurodymų aiškumo ir išsamumo ir profilaktikos patarimų, patalpų pritaikymo tokio pobūdžio įstaigai, galimybės atlikti tyrimus vietoje, nuorodų ir rodyklių aiškumo, patalpų interjero.

6. Duomenų analizė atskleidė, kad yra priklausomybė tarp to, ar respondentai yra patenkinti gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis ir to, kaip vertina dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą: didesnė dalis labai patenkintų ar patenkintų gautomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis respondentų įvertino sveikatos priežiūros įstaigų darbą gerai ar labai gerai.

7. Taip pat analogiškai nustatyta, kad yra skirtumas tarp to, kaip respondentas vertina asmens sveikatos priežiūros lygio pokytį ir to, kaip vertina dabartinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbą: Didesnė dalis respondentų, įvertinusių dabartinį asmens sveikatos priežiūros darbą labai gerai, nurodė, kad per pastaruosius 2 metus jų nuomone sveikatos priežiūros lygis pakilo.

6.2. Pasiūlymai

1. Atsižvelgiant į tai, kad ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, vietoj atacionarių, vartojimas skatinamas, ir į tai, kad į pacientą orientuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka kokybiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sampratą, reikėtų didinti informacijos sklaidą apie vadinamuosius „dienos stacionarus“, kadangi kaip ir prieš dešimtmetį atlikto tyrimo duomenimis nustatyta, kad didelė dalis respondentų apie šią paslaugą (galimybę) visai nežino arba žino nepakankamai.

2. Atsižvelgiant į tai, kad vis dar nustatytas didelis kyšininkavimo paplitimas teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, reikėtų pradėti socialinės reklamos, orientuotos į visuomenės savigarbos ir saviugdą skatinimą, kūrimo projektą, kadangi žinoma ir tyrimo rezultatai netiesioginiai patvirtino, kad vien baudžiamojo pobūdžio nuobaudos, nesiimant švietimo ir kitų visuomenės nuomonės formavimo priemonių, nėra veiksmingos sprendžiant su kyšininkavimu susijusias problemas.

7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974 http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf
2. Dahlgrenas, Whiteheadas WHO Europe 2007 „European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2
3. Elzbergas T. Paciento teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse Socialinių mokslų studijos, 2010, Nr. 1(5)
4. 2009 m. balandžio 23 d. Europos Parlamento teisėkūros rezoliucija dėl pasiūlymo dėl Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo (COM(2008)0414 – C6-0257/2008 – 2008/0142(COD)) (OL 2010 7 8, C 184 E/368)

5. Tarybos pozicija (ES) Nr. 14/2010 pirmojo svarstymo metu, siekiant priimti Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo Tarybos priimta 2010 m. rugsėjo 13 d. (OL 2010/C 275 E/01)
6. Komisijos komunikatas Europos parlamentui pagal Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 294 straipsnio 6 dalį dėl Tarybos pozicijos per pirmąjį svarstymą siekiant priimti Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą dėl pacientų teisių į sveikatos priežiūros paslaugas kitose valstybėse narėse įgyvendinimo Briuselis, 2010.9.20, 2008/0142 (COD)
7. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, DC: National Academy Press, 1990, Vol.1, p.4.
8. Statement on Quality of Care (1998). National Roundtable on Health Care Quality. Ed.Molla S.Donaldson. Institute of Medicine. The National Academies Press.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo (Žin., 2004, Nr. 144-5268)
10. Valstybinio audito ataskaita Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema 2007 m. birželio 26 d. Nr. VA-P-10-4-9 Vilnius
11. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. Rugsėjo 14 d. Įsakymo nr. V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. Programos patvirtinimo“ pakeitimo“ 2007 m. Rugpjūčio 31 d. Nr. V-711
12. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Žin., 2004, nr.115-4284
13. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Žin., 2009, Nr. 145-6425
14. Giedrikaitė R., Misevičienė I., Jakušvaitė I. Gydytojų ir pacientų nuomonės apie pasitikėjimą ir konfidencialumą vertinimas *Medicina* (Kaunas) 2008; 44(1)
15. Paukštytė I. Informuoto asmens sutikimo sampratos raida sveikatos priežiūroje „Visuomenė s sveikata“ 2010/1(48)
16. Juškevičius J., Balsienė J. Human rights in healthcare: some remarks on the limits of the right to healthcare *jurisprudencija jurisprudence* 2010, 4(122), p. 95–110.
17. Robert A. McNutt, MD Shared Medical Decision Making. Problems, Process, Progress. *JAMA*. 2004;292(20):2516-2518. doi: 10.1001/jama.292.20.2516

18. Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Įstatymo įvykdomumas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. Socialinių mokslų studijos, 2010, Nr. 4(8)
19. Juškevičius J., Rudzinskas A. Civilinės atsakomybės už netinkamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą taikymo Lietuvoje ir Italijoje ypatumai Jurisprudencija. Mokslo darbai 2008 12(114); 73–81 p.
20. Kutkauskienė J. Paciento teisių ir pareigų teisinio reglamentavimo Lietuvoje problematika ir raidos tendencijos Jurisprudencija. Mokslo darbai 2008 12(114); 82–91 p.
21. LAT CBS teisėjų kolegijos 2001-11-14 nutartis, priimta civilinėje byloje Lelijona Marija Sandienė v. Kauno Raudonojo Kryžiaus ligoninė, bylos Nr. 3K-3-1140
22. Zamarytė K. Civilinės atsakomybės už klinikinių vaistinių preparatų tyrimų metu tiriamajam asmeniui padarytą žalą probleminiai aspektai Jurisprudencija Mokslo darbai 2008 12(114); 52–63 p.
23. LAT CBS teisėjų kolegijos 2003-03-31 nutartis, priimta civilinėje byloje D. A. v. VU Onkologijos institutas, bylos Nr. 3K-3-438/2003; LAT CBS teisėjų kolegijos 2003-12-08 nutartis, priimta civilinėje byloje Romualdas Velička ir Danguolė Lionė Veličkienė v. VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė, VĮ Kauno klinikinė infekcinė ligoninė, Sveikatos apsaugos ministerija, bylos Nr. 3K-3-1180/2003; LAT CBS teisėjų kolegijos 2004-12-18 nutartis, priimta civilinėje byloje O. R. v. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, bylos Nr. 3K-3-16/2004; LAT CBS teisėjų kolegijos 2005-04-25 nutartis, priimta civilinėje byloje Audrius Daukantas ir Audronė Daukantienė v. VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė, bylos Nr. 3K-3-222/2005; LAT CBS teisėjų kolegijos 2008-10-14 nutartis, priimta civilinėje byloje R. B. v. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinika, bylos Nr. 3K-3-478/2008; LAT CBS teisėjų kolegijos 2009-10-13 nutartis, priimta civilinėje byloje D. B. v. VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos, bylos Nr. 3K-3-408/2009
24. LAT CBS teisėjų kolegijos 2003-03-26 nutartis, priimta civilinėje byloje N. Ž. v. UAB „Vilniaus troleibusiai“, ADB „Preventa“, bylos Nr. 3K-3-371/2003; LAT CBS teisėjų kolegijos 2005-04-18 nutartis, priimta civilinėje byloje L. Z., M. Z., V. Z., G. Z. v. VšĮ Marijampolės ligoninė, bylos Nr. 3K-7-255/2005; LAT CBS teisėjų kolegijos 2007-11-06 nutartis, priimta civilinėje byloje Nr. 3K-3-469/2007)
25. LAT CBS teisėjų kolegijos 1999-09-27 nutartis, priimta civilinėje byloje L. K v. D. J., bylos Nr. 3K-3-398/1999; LAT CBS teisėjų kolegijos 2001-11-14 nutartis, priimta civilinėje byloje Lelijona Marija Sandienė v. Kauno Raudonojo Kryžiaus ligoninė, bylos Nr. 3K-3-1140; LAT CBS teisėjų kolegijos 2005-04-25 nutartis, priimta civilinėje byloje A. D. ir A. D. v. VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė, bylos Nr. 3K-3-222/2005; LAT CBS teisėjų kolegijos 2008-10-14 nutartis, priimta

- civilinėje byloje R. B. v. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinika, bylos Nr. 3K-3-478/2008
26. LAT CBS teisėjų kolegijos 2005-03-30 nutartis, priimta civilinėje byloje Julita Raudonienė ir Zigfridas Raudonis v. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinika, bylos Nr. 3K-3-206/2005; LAT CBS teisėjų kolegijos 2008-10-14 nutartis, priimta civilinėje byloje R. B. v. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinika, bylos Nr. 3K-3-478/2008; LAT CBS teisėjų kolegijos 2009-10-13 nutartis, priimta civilinėje byloje D. B. v. VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos, bylos Nr. 3K-3-408/2009
27. LAT CBS teisėjų kolegijos 2005-04-25 nutartis, priimta civilinėje byloje A. D. ir A. D. v. VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė, bylos Nr. 3K-3-222/2005
28. LAT CBS teisėjų kolegijos 2008-10-14 nutartis, priimta civilinėje byloje R. B. v. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinika, bylos Nr. 3K-3-478/2008
29. Jurkuvienė R., Petrauskaitė L. Pacientų ir personalo požiūris į pacientų teises ginantį įstatymą „Sveikatos mokslai“ 2006, Nr.4
30. Verikas A. Darbuotojo sveikatai padarytos žalos atlyginimo sistema Jurisprudencija Mokslo darbai 2006 11(89); 63–69 p.
31. European Charter of Patient rights. Roma 2002. Prieiga internete: http://www.epha.org/img/pdf/european_charter_patientsrights.pdf
32. Grabauskas V., Peičius E., Kaminskas R. Pacientų vaidmuo priimant sveikatos priežiūros sprendimus Medicina (Kaunas) 2004; 40(11)
33. Jočienė D. Pagrindinių teisių apsauga pagal europos žmogaus teisių konvenciją ir europos sąjungos teisę Jurisprudencija 2010, 3(121), p. 97–113 p.
34. Jočienė D. Europos žmogaus teisių teismo jurisprudencijos įtaka nacionalinei teisei bei jurisprudencijai, tobulinant žmogaus teisių apsaugą. Konvencijos ir Europos sąjungos teisės santykis jurisprudencija Mokslo darbai 2007 7(97); 17–27 p.
35. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 1964
36. Balsienė J., Maksvytienė D. Helsinkio deklaracija ir jos nuostatų implementavimas į lietuvos respublikos teisės aktus Jurisprudencija Mokslo darbai 2008 12(114); 44–51 p.
37. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
38. Europos Komisijos leidinys Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas Europos Sąjungoje, 2011, ISBN 978-92-79-15041-8, doi:10.2767/97297

39. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries MJA 2003 178 (1): 17-20 The Medical Journal of Australia 2003 www.mja.com.au PRINT ISSN: 0025-729X ONLINE ISSN: 1326-5377
40. Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1
http://209.85.135.132/search?Q=cache%3Aairg6SycmObkJ%3Awww.who.int%2Fhpr%2FNPH%2Fdocs%2Fottawa_charter_hp.pdf+otavos+chartija&hl=lt&gl=lt
41. Liublijanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje 1996 m. Birželio mėn. 18 d. http://www.sec.lt/pages/spr/alf_mok/priedai/chartija.html
42. Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century http://www.who.int/hpr/nph/docs/jakarta_declaration_en.pdf (žiūrėta 2010-02-18)
43. Liublijanos chartija dėl sveikatos apsaugos reformų Europoje, 1996 m. birželio mėn. 18 d. http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Priedai/Chatija.html (žiūrėta 2010-01-19)
44. Eurostrategija: sveikata visiems XXI a
http://www.sos03.lt/Naujienos/Pasulyje/Eurostrategija_sveikata_visiems_XXI_a (žiūrėta 2010-01-19)
45. New Bangkok charter for health promotion adopted to address rapidly changing global health issues <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/en/index.html>
46. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija). Valstybės žinios, 2002, Nr.97-4258. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/en/index.html>
47. Kutkauskienė J., Rudzinskas A. Informuoto paciento sutikimas: pacientui teikiamos informacijos teisinio įvertinimo problemos Socialinių mokslų studijos. 2009, Nr. 2(2)
48. Juškevičius J. Teisės principų taikymas norminant sveikatos priežiūros sritį Jurisprudencija. Mokslo darbai 2008 12 (114); 7–17 p.
49. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 2 d. įsakymas Nr. V-156 "Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo" (Žin., 2007, Nr. 31-1148)
50. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995)
51. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymas Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 86-3152)

52. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. V-488 „Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“ (Žin., 2005, Nr. 76-2775)
53. Sveikatos apsaugos ministerijos misija <http://www.sam.lt/go.php/Misija> (žiūrėta 2010-02-18)
54. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimo dėl sveikatos sistemos plėtros 2011-2015 metais metmenų patvirtinimo projektas, 2011-02-04, Nr. 11-241-02
http://www.lrs.lt/pls/proj/dokpaieska.showdoc_l?p_id=73419&p_org=&p_fix=y&p_gov=n
55. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo pakeitimo įstatymas (Žin., 1996, Nr.66-1572; 1997, Nr.62-1462)
56. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. McLoughlin V, Millar J, Mattke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D, Bates D. International Journal for Quality in Health Care 2006. pp 14-20.
57. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. Balandžio 23 d. Įsakymas nr. 186 „dėl sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų asmeninių apsauginių priemonių, dėvimų teikiant paslaugas sergantiems ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, sąrašo ir naudojimosi jomis taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2002, nr. 45-1734)
58. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. birželio 21 d. įsakymas Nr. 80/353 „Dėl Darbuotojų apsaugos nuo biologinių medžiagų poveikio darbe nuostatų patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr. 56-1999)
59. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. liepos 14 d. įsakymas Nr. 407 „Dėl epidemiologinio režimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiant medicinos pagalbą sergantiems tuberkulioze ir išskiriantiems tuberkuliozės mikobakterijas asmenims, tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2000, Nr. 60-1796)
60. Lietuvos higienos norma HN 47-1:2008 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higieninės ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 24 d. įsakymu Nr. V-1270 (Žin., 2009, Nr. 4-107)
61. Lietuvos higienos norma HN 100:2000 „Bendrosios praktikos gydytojo kabinetas. Higienos normos ir taisyklės“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. liepos 13 d. įsakymu Nr. Nr.404 (Žin., 2000, Nr. 58-1745)
62. Lietuvos higienos norma HN 47-1:2003 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higieninės ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 27 d. įsakymu Nr. V-136 (Žin., 2003, Nr. 29-1213)

63. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ (Žin., 2000, Nr. 47-1365)
64. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. gegužės 7 d. nutarimas Nr. 544 „Dėl Darbų ir veiklos sričių, kuriose leidžiama dirbti darbuotojams, tik iš anksto pasitikrinusiems ir vėliau periodiškai besitikrinantiems, ar neserga užkrečiamosiomis ligomis, sąrašo ir šių darbuotojų sveikatos tikrinimosi tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 1999, Nr. 41-1294; 2002, Nr. 73-3127)
65. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas (Žin., 1996, Nr. 104-2363; 2001, Nr. 112-4069; 2007, Nr. 64-2454)
66. Lietuvos higienos norma HN 82:2000 „Dantų protezų gamybos laboratorijų įrengimas ir priežiūra“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. liepos 12 d. įsakymu Nr. 399 (Žin., 2000, Nr. 58-1744)
67. Lietuvos higienos norma HN 65:2001 „Haloterapijos kameros. Įrengimas ir priežiūra“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 30 d. įsakymu Nr. 623 (Žin., 2001, Nr. 104-3720)
68. Lietuvos higienos norma HN 108:2001 „Sveikatos priežiūros įstaigų skalbinių skalbimo higienos reikalavimai“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. liepos 27 d. įsakymu Nr. 413 (Žin., 2001, Nr. 67-2455)
69. Greta Gailienė, Regina Cenenkienė Medicinos darbuotojų profesiniai biologiniai rizikos veiksniai *Medicina (Kaunas)* 2009; 45(7) 530-536 p.
70. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 14 d. įsakymas Nr. V-716 „Dėl Darbuotojų, kurie skiepijami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 155-5664)
71. Lietuvos higienos norma HN 66:2008 „Medicininė atliekų tvarkymo saugos reikalavimai“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 14 d. įsakymu Nr. V-117 (Žin., 2008, Nr. 22-822)
72. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. vasario 8 d. įsakymas Nr. 101 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 4:2001 „Medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ ir medicinos normos MN 100:2001 „Aktyviųjų implantuojamųjų medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr. 15-467)
73. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. 679 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 102: 2001 „In vitro diagnostikos medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ patvirtinimo ir dėl sveikatos apsaugos ministro 2001 m. kovo 15 d. įsakymo

- Nr. 176 „Dėl pereinamojo laikotarpio medicinos prietaisų aprobavimo tvarkos patvirtinimo“ keitimo“ (Žin., 2002, Nr. 9-323)
74. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (Žin., 2002, Nr. 56-2225)
75. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-632 „Dėl Leidimų-higienos pasų išdavimo taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2010, Nr. 86-4573)
76. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. Kovo 2 d. Įsakymas nr. V-156 dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo (Žin., 2007, Nr. 31-1148)
77. Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos metinis leidinys 2009 m. http://www.vvspt.lt/pub/imagelib/file/2009_metinis_svetainei.pdf
78. Širinskienė A. Atsargumo principo taikymo teisinės prielaidos aplinkos ir žmogaus sveikatos apsaugos srityse Jurisprudencija. Mokslo darbai 2008 12(114); 18–26
79. Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymas, patvirtintas 1994 m. lapkričio 10 d. įsakymu Nr. I-657 (Žin., 1994, Nr. 94-1833)
80. Lietuvos Respublikos paslaugų įstatymas, patvirtintas 2009 m. gruodžio 15 d. įsakymu Nr. XI-570 (Žin., 2009, Nr. 153-6901)
81. Lietuvos Respublikos produktų saugos įstatymas, patvirtintas 1999 m. birželio 1 d. įsakymu nr. VIII-1206 (Žin., 1999, Nr. 52-1673)
82. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 63-1231; 1998, Nr. 112-3099)
83. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (Žin., 1996, Nr. 66-1572)
84. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. 679 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 102: 2001 „In vitro diagnostikos medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ patvirtinimo ir dėl sveikatos apsaugos ministro 2001 m. kovo 15 d. įsakymo Nr. 176 „Dėl pereinamojo laikotarpio medicinos prietaisų aprobavimo tvarkos patvirtinimo“ keitimo“ (Žin., 2002, Nr. 9-323)
85. Dėl Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos generalinio direktoriaus 2003 m. gruodžio 23 d. įsakymo Nr. T1-159 "Dėl Asmenų, atsakingų už medicinos prietaisų pateikimą į rinką, registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo (Žin., 2009, Nr. 159-7271)
86. Gintarė Petronytė, Vytautas Jurkuvėnas Sveikatos technologijos ir jų vertinimas Visuomenės sveikata 2010/4(51)
87. Eight Futures Forum on governance of patient safety. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2005. p.5.

88. Arah O A, Westert G P, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; Vol.18, 1:5-13.
89. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset A-L. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care* 2005;17(6):487-496.
90. Staniszevska SH, Henderson L. Patients' evaluations of the quality of care: influencing factors and the importance of engagement. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49(5):530-537.
91. New Visions for Health Care. Picker Institute, the Bulletin 1999 January. Available from: URL: <http://www.pickerinstitute.org/publications.html>
92. Good medications safety practices in Europe compendium i results of the implementation EUNetPaS WP4 – compendium I - Results of the implementation http://90plan.ovh.net/~extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas_wp4_compendium_i_results_of_the_implementation.pdf
93. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos generalinio direktoriaus 2004 m. rugpjūčio 5 d. įsakymas Nr.T1-136 Dėl Pranešimų apie nesaugius ir neatitinkančius reikalavimų medicinos prietaisus pateikimo tvarkos patvirtinimo (Žin., 2004, Nr.127-4586; 2008, Nr. 137-5434)
94. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. V-401 Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo (Žin., 2010, Nr.: 55-2703)
95. Janušonis V. Nepageidautinų įvykių pranešimų sistemos sveikatos priežiūros organizacijose Sveikatos mokslai. 2005(1), 75-80 psl.
96. Kanapeckienė V, Jurkuvėnas V. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūros sistemoje ir jų priežastys. *Visuomenės sveikata*. 2009; 4(47): 37-43.
97. Jurkuvėnas V. Nepageidautini įvykiai ir jų priežastys sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų požiūriu (2008-2009). higienos instituto mokslinių tyrimų ataskaita <http://www.hi.lt/images/NI-ataskaita-2009.pdf>
98. Kanapeckienė V., Jurkuvėnas V. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūriu į nepageidautinus įvykius ir jų priežastis vertinimas *Visuomenės sveikata*, 2010/4(51)
99. Ašembergienė J., Gailienė G. Hospitalinių infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo ypatumai Lietuvos ligoninėse „Visuomenės sveikata” 2010/2(49)

100. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008; 17:216-223.
101. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown B, Cox J et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidents of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC*. 2004;170(11):1678-1686
102. Recommendation of the Committee of Ministers to Member States on Management of Patient Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care. Council of Europe. *European Journal of Health Law* 2008; 15:79-98.
103. Open disclosure standart: a national standart for open communication in public and private hospitals, following an adverse event in health care. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Standards Australia 2003. <http://www.safetyandquality.gov.au/>
104. Annual report of the Chief Medical Officer 2003
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_4086602
105. Jankauskienė D., Ališauskienė R., Navickienė R., Vaitkevičienė R. Pacientų dalyvavimo sveikatos apsaugos sistemoje įvertinimas „Visuomenės sveikata” 2008, Nr. 3(42)
106. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2009. <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHCI%202009%20091005%20final%20with%20cover.pdf>
107. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2008. <http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>
108. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2007. http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf
109. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2006. <http://www.healthpowerhouse.com/media/RaportEHCI2006en.pdf>
110. Misevičienė J., Milašauskienė Ž. Pacientų pasitenkinimas ligoninės medicinos personalo darbu. *Medicina*, 2002, 38(5): 559–565 p.
111. Kairys J., Sužiedelytė O. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija 2003-2008 metais: miestų ir rajonų ligoninių vadovų nuomonė *Sveikatos mokslai* 2009, Nr.5
112. Smilga E., Janušonienė K. Konkurencijos, pagrįstos paslaugų verte, formavimo prielaidos sveikatos apsaugos sistemoje “Sveikatos mokslai” Nr.4, 2007
113. Bučiūnienė I., Petkinis J., Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. *Medicina*, 2004, 40(3): 272–277 p.

114. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Venalis A., Čeremnych J., Filipavičiūtė R., Alekna V. Sveikatos sistemos plėtros integralumas *Gerontologija* 2007; 8(4): 207–211
115. Kosinskienė A., Ruževičius J. Kokybės vadybos priemonių poveikis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos veiksmingumui. *Visuomenės sveikata*, 2011/1(52)
116. Biskys V., Mikelskas R. Penkiolikos metų reabilitacijos paslaugų kokybės tobulinimo patirtis „Sveikatos mokslai“ Nr.7, 2007 m.
117. Šilys A., Gurevičius R. Visuotinės kokybės vadybos modeliai tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinėje ligoninėje *Medicinos teorija ir praktika* 2008 - T. 14 (Nr. 1), 60–70 p.
118. Bagdonienė D., Galbuogienė A., Paulavičienė E. Darnios organizacijos koncepcijos formavimas visuotinės kokybės vadybos pagrindu *Ekonomika ir vadyba*: 2009. 14
119. Janušonis V., Asadauskienė J. Kokybės gerinimas sveikatos priežiūros organizacijose: šešių sigma metodologija „Sveikatos mokslai“ Nr.3, 2006
120. Donald H. Lloyd, II, J.E. Holsenback The use of six sigma in health care operations: application and opportunity *Academy of Health Care Management Journal*, Annual, 2006
121. Jankauskienė D. Sveikatos apsaugos valdymo tobulinimo kryptys „Visuomenės sveikata“ Nr. 2(37), 2007
122. Elzbergas T. Europos Sąjungos teisės įtaka privataus sveikatos draudimo teisiniam reguliavimui *Jurisprudencija Mokslo darbai* 2008 12(114); 92–100
123. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“ (Žin., 1998, Nr. 89-2469)
124. Komashie, A., Mousavi, A. and Gore, J. (2007) 'Quality management in healthcare and industry: A comparative review and emerging themes', *Journal of Management History*, vol. 13, no. 4, p. 359-370
125. Komashie, A., Mousavi, A. and Gore, J. (2007) 'A review of historical developments of quality assessment in industry and in healthcare', in *Proc. 10th Int. Conf. Quality Management and Organisational Development*, 2007, Helsingborg, Sweden
126. Prokurotas R., Šilys A., Čepulis R., Gurevičius R. Slaugos kokybės vertinimo modelis EQ-5D-SL ir jo taikymas ilgalaikio gydymo ligoninėje „Visuomenės sveikata“ 2010/3(50)
127. Meištienė R., Brožaitienė J. Slaugos kokybei įtakos turinčių veiksnių analizė *Sveikatos mokslai* Nr.5, 2009
128. Janušonis V. Problemų sprendimo vadyba sveikatos priežiūros organizacijose: metodologiniai aspektai „Sveikatos mokslai“ Nr.4 2007 m.

129. Čelkis P., Venckienė E. Concept of the right to health care *Jurisprudencija* 2011, 18(1), p. 269–286 p.
130. Špokienė I. Solidarumo principo turinys ir vaidmuo sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo srityje *Jurisprudencija* 2010, 3(121), p. 329–348.
131. Vilniaus miesto savivaldybės Sveikatos ir socialinės apsaugos departamento užsakymu viešosios nuomonės ir rinkos tyrimų studijos Sprinter atliktas tyrimas „Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų prieinamumas“, Vilniaus miesto savivaldybės Sveikatos ir socialinės apsaugos departamento nuosavybė, 2000
132. Kairys J., Žėbienė E., Tylienė V., Tomkevičius V. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos pacientų nuomonė apie sveikatos priežiūros paslaugas pagal pacientų išsilavinimą ir gaunamas pajamas „Sveikatos mokslai“ 2008, Nr.3 – 1643-1650 p.
133. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Vilniaus miesto Šeškinės poliklinikos darbo įvertinimas *Medicina (Kaunas)* 2004, 38 tomas, Nr. 1 – 94-102 p.
134. Milašauskienė Ž., Juodrytė I., Misevičienė I., Boerma W., Rezgienė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose *Medicina (Kaunas)* 2006; 42(3)
135. Misevičienė I, Dregval L. Lietuvos gyventojų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą ir teikiamų paslaugų kokybę. *Medicina (Kaunas)* 2002;38:1129-35
136. Jankauskienė D, Žemgulienė J. Sveikatos priežiūros prieinamumas. *Medicina (Kaunas)* 1998;34:301-38.)
137. Kairys J., Gurevičius R. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumai – problemos Vilniaus mieste *Medicina (Kaunas)* 2001;37;3:293-301
138. Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkoje, patvirtintoje sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 (Žin., 1999, Nr. 67-2175)
139. Valstybinės ligonių kasų prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2011 m. vasario 22 d. pranešimas Paciento teisė žinoti ir nemokėti, kai neprivalu
http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2011-02-22&item_id=1860
140. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. birželio 15 d. nutarimas Nr. 654 „Dėl Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 6.470 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto Nr. XP-392“
http://www.lrvk.lt/bylos/Teises_aktai/2005/06/4925.doc

141. Leonavičius V., Plieskis M., Petrauskienė J. Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu Sociologija. Mintis ir veiksmas (Sveikatos sociologija) 2003/1, ISSN 1392-3358 – 93-101 p.
142. Bučiūnienė I., Pelkinis J., Milašauskienė Ž. Ligoninės medicinos personalo ir pacientų vertinimai apie medikų ligoninėje teikiamas paslaugas. Medicina, 2004; 40(3) – 272-277 p.; Ivonaitis A., Klumbienė J. Pacienčių pasitenkinimas paslaugų kokybe akušerijos stacionaruose. Lietuvos akušerija ir ginekologija, 2006; IX(1) – 12-15 p.
143. Jung HP, Baerveldt C, Olesen F, Grol R, et al. Patients characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. Health Expectation 2003;6:160-81.
144. Brogienė D, Gurevičius R. Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę Medicina (Kaunas) 2009; 45(3) – 226-237 p.
145. Brogienė D, Gurevičius R. Veiksniai, sąlygojantys pacientų nuomonę apie sveikatos priežiūros paslaugų kokybę „Visuomenės sveikata“ 2008, Nr. 3(42) – 36-44 p.).
146. Kairys J., Žėbienė E., Rutkys B. A., Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose Medicina (2004) 40 tomas, Nr. 2 – 178-191 p.
147. Vanagienė V., Žilaitienė B., Vanagas T. Ar sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas Kauno miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose atitinka nėščiąjų lūkesčius Medicina (Kaunas) 2009; 45(8) – 652-659 p.
148. Janušonis V. Tinkama sveikatos priežiūra: pacientų, dėkojusių medikams, nuomonės ypatumai „Sveikatos mokslai“ 2008, Nr. 4 – 1721-1725 p.
149. Westaway M. S., Rheeder P., Van Zyl D. G., Seager J. R. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. Int. Journal Quality Health Care, 2003; 15(4) –337-344 p.

8. PRIEDAI

1 priedas

KLAUSIMYNAS

Kviečiame Jus dalyvauti sociologinėje apklausoje apie sveikatos priežiūros įstaigų darbą. Tyrimas vyksta Vilniaus miesto poliklinikose, jo metu bus apklausta 600 gyventojų atrinktų pagal tikimybinės atrankos principus. Ši anketa yra anoniminė, mus domina tik apibendrinta gyventojų nuomonė. Iš anksto dėkojame už Jūsų bendradarbiavimą. ***Teisingus atsakymus apveskite.***

1. Kaip dažnai per pastaruosius dvejus metus Jums vidutiniškai tenka lankytis sveikatos priežiūros įstaigose (ligoninėse, poliklinikose ir pan.)?

1. Kelis kartus per mėnesį.
2. Kartą per mėnesį.
3. Kartą per kelis mėnesius.
4. Kartą per pusmetį.

5. Kartą per metus.
6. Per pastaruosius dvejus metus gydymo įstaigose nesilankiau.

2. Ar jums kyla didesnių sunkumų norint pasiekti savo sveikatos priežiūros įstaigą (pagal gyvenamąją vietą)?

1. Taip, gydymo įstaiga yra nepatogioje geografinėje vietoje.
2. Taip, su gydymo įstaiga nepatogus susisiektis visuomeniniu transportu.
3. Ne, didesnių sunkumų nekyla.
4. Kita _____
5. Nežinau/neturiu nuomonės.

3. Ar Jūs pritartumėte projektui, jog Šeimos gydytojai (apylinkės terapeutai, pediatrai) pagal galimybes dirbtų arčiau pacientų, t.y. savo mikrorajonuose?

1. Pritarčiau, man būtų patogiau, jei apylinkės gydytojas dirbtų mano rajone.
2. Vertinčiau neutraliai – man nėra skirtumo, kur kreiptis.
3. Nepritarčiau – patogiau, kai apylinkės gydytojas, tyrimai ir gydytojai – specialistai dirba “po vienu stogu”.
4. Nežinau/neturiu nuomonės.

4. Kaip Jūs apskritai galėtumėte įvertinti dabartinį sveikatos priežiūros įstaigų darbą?

1. Labai gerai.
2. Gerai.
3. Patenkinamai.
4. Blogai.
5. Labai blogai.
6. Nežinau/neturiu nuomonės.

5. Su kokiais problemomis Jūs dažniausiai susiduriate sveikatos priežiūros įstaigose? (neskaitant stacionarų)

6. Ar Jūs norėtumėte keisti/ per pastaruosius 2 metus keitėte Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą)?

1. Taip.
2. Ne.
3. Sunku pasakyti/ neprisimenu.
4. Nežinau/neturiu nuomonės.

7. Ar, apsilankius pas Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą), sunku gauti nukreipimą pas gydytoją specialistą?

1. Labai sunku.
2. Greičiau sunku.
3. Greičiau nesunku.
4. Visiškai nesunku.
5. Nežinau/neturiu nuomonės.

8. Kaip Jūs vertintumėte Sveikatos reformos įdiegiamą naują, kad vietoj terapeuto, pediatro, ginekologo ir chirurgo reikėtų kreiptis į vieną – bendrosios praktikos/ Šeimos gydytoją?

1. Palankiai – bendrosios praktikos gydytojas būtų geriau susipažinęs su visų šeimos narių sveikata, esant reikalui nukreiptų pas reikiamą specialistą.
2. Nepalankiai – bendrosios praktikos gydytojas negali būti toks pat geras specialistas kaip atskirose srityse besispecializuojantys gydytojai.
3. Nežinau/neturiu nuomonės.

9. Ar Jūs esate girdėję apie galimybę gydytis vadinamajame “dienos stacionare” poliklinikoje (dienos stacionaras - tai galimybė dieną turėti savo lovą poliklinikos padalinyje, atlikti tyrimus, procedūras, o vakare grįžti į namus)?

1. Taip, žinau apie tokią galimybę.
2. Taip, teko girdėti, nors nežinau, kur ir kaip praktiškai toks stacionaras veikia.
3. Ne, neteko girdėti.
4. Nežinau/neturiu nuomonės.

10. Jei, atsižvelgiant į negalavimą ar ligos sunkumą, Jums būtų pasiūlyta rinktis ligoninę ar dienos stacionarą poliklinikoje, kurį Jūs pasirinktumėte?

1. Tvirtai rinkčiausi dienos stacionarą.
2. Greičiau rinkčiausi dienos stacionarą.
3. Greičiau rinkčiausi ligoninę.
4. Tvirtai rinkčiausi ligoninę.
5. Kita _____
6. Nežinau/neturiu nuomonės.

11. Ar Jums kiltų didelių nepatogumų, jei pas gydytojus – specialistus reikėtų kreiptis į kitą netoliese esančią polikliniką?

1. Taip, tai man sukeltų daug nepatogumų.
2. Tai sukeltų šiokių tokių nepatogumų, tačiau jie nebūtų reikšmingi, jei dėl to nekiltų papildomų biurokratinių ar kitokių kliūčių.
3. Man tai nesukeltų didesnių nepatogumų.
4. Kita _____
5. Nežinau/neturiu nuomonės.

12. Kuriais iš žemiau pateiktų atvejų, Jūsų nuomone, dėl savo ar artimųjų sveikatos negalavimų reikia kviešti greitąją pagalbą (03)? (Galimi keli atsakymo variantai)

1. Kiekvienąkart, susidūrus su rimtesniu savo ar artimųjų negalavimu.
2. Tais atvejais, kai nedirba norimas gydytojas.
3. Tais atvejais, kai nedirba poliklinika.
4. Tik kritiniais atvejais.
5. Kita _____
6. Nežinau/neturiu nuomonės.

13. Ar per pastaruosius dvejus metus Jums/ Jūsų artimiesiems teko gydytis stacionare (ligoninėje)?

1. Taip.
2. Ne.

14. Jeigu Jums/ Jūsų artimiesiems prireikia gydytis ligoninėje, ar Jums svarbu kurioje ligoninėje reikės gydytis?

1. Labai svarbu.
2. Greičiau svarbu.
3. Greičiau nesvarbu.
4. Visiškai nesvarbu.

15. Jeigu Jums/ Jūsų artimiesiems prireikia gydytis ligoninėje, kaip Jūs paprastai pasirenkate gydymo įstaigą? Pažymėkite svarbiausią kriterijų.

1. Vykstu ten, kur nurodo/ rekomenduoja gydantis gydytojas.
2. Stengiuosi patekti į tą ligoninę, kur mano žiniomis yra geriausi tos srities specialistai.
3. Stengiuosi patekti į tą ligoninę, kur yra geresnės ligonių buities sąlygos.
4. Stengiuosi patekti į tą ligoninę, kurioje yra geresnė medicininė įranga.

16. Gal yra kiti dalykai, problemos, su kuriomis susidūrėte gydydamiesi/ prižiūredami ligonį ligoninės stacionare?

17. Ar gydantis (prižiūrint ligonį) ligoninėje Jums teko turėti papildomų su gydymu susijusių išlaidų?

1. Taip.
2. Ne (pereiti prie 19 klausimo).
3. Neprisimenu (pereiti prie 19 klausimo).

18. Kokio pobūdžio išlaidų Jūs turėjote?

1. Mokėjau už vaistus, medicininės priemonės.
2. Mokėjau už maitinimą.
3. Neoficialiai mokėjau už gydymą.
4. Neoficialiai mokėjau už slaugą.
5. Pirkau dovanas gydytojams.
6. Pirkau dovanas kitam medicinos personalui.

19. Kiek gydantis ligoninėje / prižiūrint artimuosius Jums svarbūs žemiau išvardyti faktoriai? (Prie kiekvieno teiginio tinkamą atsakymą pažymėkite kryžiu)

	Labai svarbu	Svarbu	Nei svarbu nei nesvarbu	Nesvarbu	Visiškai nesvarbu	Nežinau/neturiu nuomonės
Kvalifikuoti, geros reputacijos gydytojai						
Visokeriopa informacija ligoniui apie jo sveikatos						

būklę, gydymo eigą bei metodus						
Profesionalios, paslaugios slaugytojos						
Ligonio poreikiams jautrus pagalbinis personalas						
Kokybiškas maistas						
Gera ligoninės patalpų būklė						
Ligoninėje visiškai aprūpinama reikalingais medikamentais						
Ligoninėje visiškai aprūpinama kitais medicinos reikmenimis						
Ligoninėje visiškai aprūpinama slaugos reikmenimis						
Ligoninėje yra visa gydymui reikalinga medicininė įranga						
Ligoninėje yra galimybė atlikti visus tyrimus vietoje						

20. Prašome įvertinti šias gydytojo, pas kurį Jūs šiandien lankėtės, savybes 5 balų skalėje, kur 1 reiškia „Labai blogai“, 3- „Patenkinamai“, o 5- „Labai gerai“. (Apibraukite skaičių)

	Labai gerai blogai		Patenkinamai		Labai
Pakankama kvalifikacija	5	4	3	2	1
Jums parodytas dėmesys	5	4	3	2	1
Draugiškumas	5	4	3	2	1
Mandagumas	5	4	3	2	1
Sugebėjimas suprasti problemas	5	4	3	2	1
Informacijos apie Jūsų ligą bei gydymo procedūras aiškumas bei išsamumas	5	4	3	2	1
Tolimesnio gydymo nurodymų aiškumas bei išsamumas bei sveikatos profilaktikos patarimai	5	4	3	2	1

21. Prašome įvertinti šias slaugytojos, kuri dirbo kartu su gydytoju, savybes 5 balų skalėje, kur 1 reiškia „Labai blogai“, 3- „Patenkinamai“, o 5- „Labai gerai“. (Apibraukite skaičių)

	Labai gerai		Patenkinamai		Labai
--	-------------	--	--------------	--	-------

	blogai				
Pakankama kvalifikacija	5	4	3	2	1
Jums parodytas dėmesys	5	4	3	2	1
Draugiškumas	5	4	3	2	1
Mandagumas	5	4	3	2	1
Sugebėjimas suprasti problemas	5	4	3	2	1

22. Prašome įvertinti aplinką bei medicininių tyrimų galimybes šioje sveikatos priežiūros įstaigoje 5 balų skalėje, kur 1 reiškia „Labai blogai“, 3- „Patenkamai“, o 5- „Labai gerai“.
(*Apibraukite skaičių*)

	Labai gerai blogai		Patenki- namai		Labai
Patalpų interjeras	5	4	3	2	1
Patalpų pritaikymas tokio pobūdžio įstaigai	5	4	3	2	1
Nuorodų ir rodyklių aiškumas	5	4	3	2	1
Galimybė atlikti reikiamus tyrimus vietoje	5	4	3	2	1

23. Turint galvoje viską, apie ką kalbėjome, ar jūs patenkintas šioje sveikatos priežiūros įstaigoje gautomis paslaugomis?

1. Labai patenkintas.
2. Greičiau patenkintas, nei nepatenkintas.
3. Nei patenkintas, nei nepatenkintas.
4. Greičiau nepatenkintas.
5. Visiškai nepatenkintas.

24. Kaip jūs manote, apskritai per pastaruosius 2 metus, sveikatos priežiūros lygis...

1. Labai pakilo.
2. Šiek tiek pakilo.
3. Nepakito.
5. Šiek tiek nusmuko.
6. Labai nusmuko.
7. Sunku pasakyti
8. Nežinau/neturiu nuomonės.

Toliau norėtume užduoti Jums kelis klausimus apie privačią mediciną

25. Ar Jums teko gydytis/ atlikti tyrimus privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje?

1. Taip.
2. Ne.
3. Neprisimenu.

26. Kuris iš žemiau pateiktų teiginių geriausiai atitinka Jūsų gydymosi praktiką...

1. Turėdamas (-a) sveikatos problemų aš dažniausiai kreipiuosi pas Šeimos gydytoją (apylinkės terapeutą, pediatrą).
2. Turėdamas (-a) sveikatos problemų aš dažniausiai kreipiuosi pas pažįstamą gydytoją/
3. Turėdamas (-a) sveikatos problemų aš dažniausiai kreipiuosi pas privatų gydytoją/
4. Negaliu atsakyti.

27. Kaip Jūs apskritai vertinate dirbančių valstybinėse poliklinikose/ ligoninėse bei privačia praktika besiverčiančių medicinos darbuotojų darbo kokybę?

1. Manau privačiose įstaigose dirbantys medikai dirba kruopščiau ir kokybiškiau.
2. Manau privačiose įstaigose dirbantys medikai rodo daugiau dėmesio pacientui, tačiau jų darbo kokybė nesiskiria.
3. Manau apie privacias įstaigas suformuotas geras įvaizdis, tačiau valstybinėse gydymo įstaigose medikai dirba kokybiškiau.
4. Kita _____
5. Nežinau/neturiu nuomonės.

Socialiniai – demografiniai duomenys apie respondentą

D1. Lytis 1. Vyras. 2. Moteris.

D2. Amžius _____

D3. Išsimokslinimas mėnesį

1. Aukštasis.
2. Nebaigtas aukštasis.
3. Vidurinis.
4. Spec. vidurinis.
5. Nebaigtas vidurinis.

D4. Pajamos tenkančios vienam ūkio nariui per

1. iki 300 Lt
2. 301-500 Lt
3. 501- 1000 Lt
4. 1001- 1500 Lt
5. 1501-2000Lt
6. Virš 2000Lt

D5. Pagrindinis užsiėmimas

1. Aukščiausio, vidutinio lygio vadovas.
2. Specialistas, tarnautojas.
3. Darbininkas, techninis darbuotojas.
4. Verslininkas.
5. Pensininkas.
6. Bedarbis.
7. Studentas, moksleivis.
8. Namų šeimininkė.

Gyvenamoji vieta (mikrorajonas) _____

Apklausoji vieta _____

Ačiū už dalyvavimą tyrime