

KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS

Visuomenės sveikatos fakultetas

Sveikatos vadybos katedra

Rima Banevičienė

**Demografiniai – socialiniai pirminės sveikatos priežiūros
prieinamumo skirtumai sveikatos priežiūros įstaigoje**

**Magistro diplominis darbas
(Visuomenės sveikatos vadyba)**

**Mokslinė vadovė
Prof. habil. dr. Jadvyga Petrauskienė**

Kaunas, 2007

SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

Demografiniai - socialiniai pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumai sveikatos priežiūros įstaigoje

Rima Banevičienė

Mokslinė vadovė prof. habil. dr. **Jadvyga Petrauskienė**

Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos vadybos katedra

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – tai kiekvieno gyventojų galimybė ligos ar kito patologinio proceso atveju pasinaudoti sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis.

Darbo tikslas – įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą sveikatos priežiūros įstaigoje „Telšių sveikata“, priklausomai nuo demografinių – socialinių pacientų charakteristikų.

Tyrimo metodika. 2006 m. balandžio mėn. atliktas anoniminis anketinis pacientų tyrimas. Apklausoje dalyvavo UAB „Telšių sveikata“ pas bendrosios praktikos gydytojus besilankantys pacientai. Buvo išdalinta 400 apklausos anketų, užpildyta ir gražinta – 359, atsakas – 89,75 proc. Statistinė duomenų analizė atlikta SPSS 10 versijos programiniu paketu.

Rezultatai. Daugiau kaip pusė visų respondentų (62,8 proc.) į bendrosios praktikos gydytojus kreipiasi dėl ligos. Dažniau moterys (5,4 karto), negu vyrai (4,5 karto). Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas teritoriniu požiūriu geresnis miesto respondentams. Jie greičiau pasiekia savo gydymo įstaigą, todėl patenkintų kelionės laiku iki UAB „Telšių sveikata“ dvigubai daugiau yra miesto respondentų (92,0 proc.), kaimo (47,3 proc.). Dažniausiai registracijos talone nurodytu laiku pas gydytoją nepatenka vyriausi respondentai (31,6 proc.). Laiku nepatekę, prie gydytojo kabineto durų ilgiau priėmimo laukia kaimo respondentai. Taip pat ilgiau laukia vyrai, negu moterys. Daugiau kaip valandą laukia 11,0 proc. vyrų ir 1,5 proc. moterų. Organizaciniu požiūriu sveikatos priežiūros prieinamumas skiriasi miesto bei jaunesnių respondentų naudai. Reikiamų vaistų neįperka 6,5 proc. miesto ir 14,3 kaimo respondentų. Finansiniu požiūriu prieinamumas geresnis vidutinio amžiaus, miesto respondentams. Dažniausiai į gydytojus kreipiasi išsiskyrę ir našliai taip pat mažiau išsimokslinę, mažesnes pajamas gaunantys respondentai. Jiems tiek teritorinis, tiek organizacinis, tiek finansinis pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas yra blogesnis negu didesnes pajamas gaunantiems, aukštesnį išsimokslinimą turintiems respondentams.

Išvados ir rekomendacijos. Daugelis UAB „Telšių sveikata“ pacientų patenkinti kelionei į pirminės sveikatos priežiūros įstaigą sugaištu laiku, taip pat beveik du trečdaliai pilnai patenkinti registracijos tvarka, tačiau 21,7 proc. nepatenka pas gydytoją registracijos talone nurodytu laiku. Geresnis pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas teritoriniu, organizaciniu ir finansiniu požiūriu yra miesto respondentams. Aukštesnį išsimokslinimą turintiems, didesnes pajamas gaunantiems pacientams pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas teritoriniu, organizaciniu ir finansiniu požiūriu yra geresnis.

Norint pagerinti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą, reikia artinti bendrosios praktikos gydytojo paslaugas prie gyventojų.

Raktažodžiai: pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas, demografiniai - socialiniai netolygumai.

SUMMARY

Management of public health

THE DEMOGRAPHIC AND SOCIAL INEQUALITIES OF PRIMARY HEALTH CARE IN HEALTH CARE SERVICE INSTITUTION

Rima Banevičienė

Supervisor Jadvyga Petrauskienė, Habil.Dr. Prof. Department of Social Medicine, Faculty of Public Health Management, Kaunas University of Medicine, - Kaunas, 2007, p. 64.

Introduction. The accessibility of primary health care – in the chance for the each citizen to avail oneself of health care services in case of illness or pathological process.

The aim of study. To evaluate the accessibility of health care services in primary health care service office „Telšių sveikata“ depending on the patients demographic – social characteristics.

Methods. An anonymous questionnaire study was carried out in April 2006. Patients visiting the doctors of primary health care service office “ Telšių sveikata” filled in the questionnaire. 400 questionnaires were distributed among patients, of which 359 questionnaires were completed. The response rate of completed questionnaires was 89,75. Statistical analysis of the data was conducted using SPSS programming packet.

Results. More than half of all respondents (62,8%) consulted a doctor due to illness. More frequently female patients (5,4 times), male patients (4,5 times). The territorial access of primary health care is better for urban respondents, because they could easily reach their health care institution 92 % of them are satisfied in time, reaching the places only 47,3 % of rural patients. 31,6 % of senior patients can't see the doctor at the fixed time. Rural respondents waited at the physician room longer than urban respondents, longer waited male patients than female. More than one hour had waited 11,0 % males and 1,5 % females. The organizational access was better for urban young respondents. 6,5 % urban and 14,3% rural respondents have not enough money to buy necessary medicines. The financial access is better for middle-aged urban respondents. Social inequalities of primary health care are in analysis of patients education, income. Mostly consult a doctor widowers and divorced also less educated respondents with low income consult a doctor. The territorial, organizational and financial accessibility for them was worse than for respondents with high income and higher education.

Conclusions and recommendations. The majority of respondents of health care service office “ Telšių sveikata” were satisfied in traveling time, near by two thirds of respondents are satisfied in established order of registration, but 21,7 % of respondents not access at the said time to physician. The territorial, organizational and financial primary health care accessibility was better for urban respondents. Clear – cut social inequalities were found in analysis of patients' education, income. In order to improve health care accessibility it is necessary to set the doctors' service closer to patients and upgrade the activity of health care institution,

Key words: accessibility of primary health care demographic and social inequalities.

SANTRUMPOS

PSP – pirminė sveikatos priežiūra

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

BPG – bendrosios praktikos gydytojas

UAB – uždara akcinė bendrovė

GMP – greitoji medicinos pagalba

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

VšĮ - viešoji įstaiga

LR - Lietuvos Respublika

PSPĮ- pirminės sveikatos priežiūros įstaiga

TURINYS

IVADAS.....	1
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	4
Pirminės sveikatos priežiūros plėtra	4
Šeimos medicinos principai pirminėje sveikatos priežiūroje	8
Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas.....	11
2. DARBO METODIKA.....	16
Tyrimo objektas.....	16
Socialinė – demografinė respondentų charakteristika.....	19
Statistinė duomenų analizė.....	24
3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	25
Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų netolygumai UAB „Telšių sveikata“ susiję su demografinėmis pacientų charakteristikomis.....	25
Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo socialiniai netolygumai.....	44
IŠVADOS	56
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	57
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	58
PRIEDAI.....	63

IVADAS

Sveikata ir visuomenė veikia viena kitą: visuomenės raida labai daug priklauso nuo jos sveikatos, o sveikata – nuo visuomenės raidos. Įvairiais laikotarpiais žmoniją vargino skirtingos ligos, patirta vis kitokių su sveikata susijusių problemų. Kokios tos visuomenės sveikatos problemos? Kaip jos paplitusios populiacijoje? Kodėl, kada ir kiek žmonėms reikia medicinos pagalbos? Kiekvienam suprantama ir aišku, jog iškilus sveikatos problemoms reikia kreiptis į gydytoją. Tačiau kaip ir kur?

Pirminė sveikatos priežiūra (PSP) yra pirmoji paciento kontakto su sveikatos priežiūros sistema grandis. Ji taip pat yra kompleksas priemonių, padedančių pasiekti norimą sveikatos lygį visoje šalyje. PSP samprata suformuluota 1978 m. Pasaulio sveikatos asamblėjoje, vykusioje Alma – Atoje. Čia buvo priimta rezoliucija „Sveikata visiems iki 2000 metų“ [4]. Vėliau, 1984 m. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) priėmė ir išleido pasaulio sveikatos apsaugos dokumentą „Sveikata visiems – 2000“. Šiame dokumente plėtojamos koncepcija, politika bei strategija.

PSP turi būti bendruomenės socialinės politikos dalis, pagrįsta socialiniu teismumu. Jos tikslas – spręsti pagrindines asmens, bendruomenės ir visuomenės sveikatos problemas. O priemonės – sveikatos propagavimas, mokymas, profilaktika, gydymo ir reabilitacijos paslaugos. Paslaugos priklauso nuo bendruomenės ekonominių sąlygų bei socialinių ypatybių [43].

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas – tai gyventojų galimybė ligos ar kito patologinio proceso atveju pasinaudoti sveikatos priežiūros teikiamomis paslaugomis, kurios turi būti reikiamo efektyvumo ir santykinai nebrangios [8,45]. Medicinos paslaugų prieinamumas visiems visuomenės nariams yra būtina sveikatos priežiūros sąlyga, numatyta Europos bendrijų komisijos komunikate Tarybai ir Europos Parlamentui [24]. Jis užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos daugumai, o pagrindinės – visiems šalies gyventojams.

PSP kokybė pacientų požiūriu priklauso nuo jos prieinamumo ir efektyvumo, tai yra nuo to, ar ji pacientui suteikiama, ar pakankamai gera. Pripažįstama, kad techniniai ir tarpasmeniniai bendravimo įgūdžiai yra svarbiausi PSP efektyvumo veiksniai [38]. Skirtingas sveikatos paslaugų prieinamumas bei dėl įvairių priežasčių ribota galimybė pasinaudoti medicinos paslaugomis kai kurioms gyventojų grupėms gali lemti sveikatos netolygumų gilėjimą [18].

Kurį bendrosios praktikos gydytoją (BPG) pasirinkti gali apsispręsti patys Lietuvos gyventojai. Gyventojų prisirašymas PSP įstaigose Lietuvoje reglamentuotas atitinkamu Sveikatos apsaugos ministro įsakymu, kuris numato, jog Lietuvos gyventojai gali laisvai pasirinkti PSP paslaugas teikiančią įstaigą ir toje įstaigoje dirbantį BPG [7]. Kaip esant reikalui su juo susisiekti, konsultuotis – kiekvienas visuomenės narys taip pat sprendžia individualiai. Apie tai, kaip tai bandoma ir pavyksta padaryti pacientams prisirašiusiems pas gydytojus, dirbančius privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje UAB „Telšių sveikata“ ir bus analizuojama šiame darbe.

DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas - įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą sveikatos priežiūros įstaigoje UAB „Telšių sveikata“ priklausomai nuo demografinių – socialinių pacientų charakteristikų.

Uždaviniai:

1. Įvertinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą UAB „Telšių sveikata“ ir jo ryšius su demografinėmis pacientų charakteristikomis.
2. Nustatyti ir įvertinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo socialinius netolygumus.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1 Pirminės sveikatos priežiūros plėtra

Pirminė sveikatos priežiūros plėtra yra svarbi sveikatos politikos strateginė kryptis tobulinant ir palaikant žmonių gerovę [12]. Pasaulinėje sveikatos asamblėjoje 1977 m. buvo nuspręsta sukurti bendrą sveikatos strategiją, kuri iki 2000 metų garantuotų tokią žmonių sveikatą, kad jie galėtų gyventi socialiai ir ekonomiškai produktyvų gyvenimą. 1980 m. PSO Europos regiono komitetas numatė bendrus sveikatos politikos tikslus ir uždavinius sveikatai Europoje pagerinti. Pagal 1984 metų PSO priimtą pasaulio sveikatos apsaugos politinį dokumentą „Sveikata visiems 2000“ visos valstybės turi suformuoti tokią sveikatos politiką, kuri užtikrintų visiems gyventojams aukšto lygio medicinos pagalbą, pagrįstą pirmine sveikatos priežiūra ir palaikomą antrinio ir tretinio lygio sistemomis [14]. Vėliau daugelyje tarptautinių forumų, konferencijų bei kongresų šie uždaviniai buvo tobulinami bei papildomi, atkreipiant dėmesį į svarbiausias problemas ir jų pokyčius. Vienas iš uždavinių, į kurį atkreipiamas dėmesys PSO strategijoje – sveikatos priežiūros tarnybų veikla. Visiems žmonėms turi būti garantuojamas sveikatos priežiūros prieinamumas, kokybė, efektyvumas bei lygybė [22]. Jau 1978 m. Alma - Atoje priimtoje deklaracijoje buvo nuspręsta, kad norint perorientuoti sveikatos priežiūrą nuo gydomosios į sveikatą stiprinančią, pirmiausia būtina plėtoti pirminę sveikatos priežiūrą [4]. Šioje deklaracijoje PSP apibūdinama kaip pirminis individų, šeimų ir bendruomenės kontakto su nacionaline sveikatos sistema lygis, priartinantis sveikatos priežiūrą arčiausiai kiek yra galima ten, kur žmonės gyvena ir dirba, sudarantis pirminį ištisinio sveikatos priežiūros proceso elementą. Programa „Sveikata visiems XXI amžiuje“, priimta pasaulio bendruomenės 1998 m. gegužės mėn., siekia realizuoti visuomenės sveikatos gerinimo gaires, pateiktas Pasaulio sveikatos asamblėjoje 1977 m. ir 1978 m. patvirtinta Alma - Atos konferencijoje. Ši programa padėjo nustatyti pagrindinius prioritetus ir tikslus,

padėsiančius pasaulio žmonėms kuo geriau rūpintis sveikata XXI a. pradžioje [14].

Lietuvoje po Nepriklausomybės atkūrimo PSP buvo keliami kur kas mažesni uždaviniai, tai yra ligų nustatymas ir gydymas, sveikatos tikrinimas, aplinkos, darbo, maisto, infekcinių ligų kontrolė, negu numatė naujoji reformos strategija, priimta 1995 m. Tuo metu taip pat įvyko konceptualūs sveikatos sampratos pokyčiai. Buvo pereita į kokybiškai naują sveikatos suvokimo lygmenį ne tik teoriškai, bet ir realizuojant šią sampratą svarbiausiuose sveikatos sistema reglamentuojančiuose aktuose [25].

PSP – tai būtina sveikatos priežiūra, kuri taikoma visiems bendruomenės nariams ir jų šeimoms, šaliai ir bendruomenei prieinama kaina. PSP yra kompleksas priemonių, padedančių pasiekti norimą sveikatos lygį visoje šalyje. Ji turi būti bendruomenės socialinės raidos politikos dalis, pagrįsta socialiniu teisėtumu, o jos tikslas – spręsti pagrindines bendruomenės sveikatos problemas [41]. PSP taip pat ir prioritetinė praktinės sveikatos priežiūros sritis, sprendžianti daugumą asmens sveikatos problemų bei vykdanči svarbias sveikatos priežiūros funkcijas. Jos priemonės yra sveikatos propagavimas, mokymas, profilaktika, gydymo ir reabilitacijos paslaugos. PSP yra pirmoji paciento kontakto su sveikatos priežiūros sistema grandis. Ji yra sveikatos sistemos dalis, apimanti visuomenės ir asmens sveikatos priežiūrą. Asmens sveikatos priežiūra - tai BPG, slaugos namų, pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų, greitosios medicinos pagalbos (GMP) bei palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninių paslaugos teikimas gyventojams. Paslaugų svarba kiekvieno žmogaus gyvenime neabejotina, o ypač jeigu kalbama apie sveikatą. Vartojimas skatina paslaugų pasiūlos plėtrą. Lietuvos paslaugų sferoje pastebimos daugeliui ekonomiškai stiprių šalių būdingos šios veiklos plėtros tendencijos [1].

Kas yra kokybė sveikatos priežiūroje? Tai pacientų poreikių tenkinimas žemiausiomis kainomis, laikantis įstatymų [10]. Sveikatos priežiūros paslaugų, skirtingai nuo kitose veiklos srityse teikiamų paslaugų kokybės atitikimas paciento lūkesčiams neapsprendžia paslaugos kokybės, nes paslauga, atitinkdama paciento reikalavimus, gali sunaudoti daug resursų, būtinų kitų pacientų

gydymui. Todėl kokybiška paslauga yra ta, kuri atitinka paciento poreikius bet kuria kaina, tuo pačiu aktyviai panaudoja turimus resursus, nes kokybė kartu yra ir efektyvus resursų panaudojimas [29]. Civilizuotame pasaulyje sveikatos apsaugos reformos vyksta nuolat. Sveikatos apsaugos klausimai yra painūs [47]. Daugumoje šalių sveikatos priežiūros reformų varomoji jėga – tai ekonominiai svertai, tačiau reforma sėkminga tik tada, jei, ją įgyvendinant, pagerės sveikatos priežiūros kokybė [36]. Lietuvoje vykdomas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas. Pirmasis restruktūrizavimo etapas apėmė 2003-2005 metus, antrasis tęsis iki 2008 metų.

Pirmojo etapo rezultatai rodo, kad šalyje įvyko sveikatos apsaugos sistemos pagrindinių rodiklių pokyčiai:

- apsilankymų pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, tenkančių vienam gyventojui, padaugėjo nuo 3,7 iki 3,9;
- hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų sumažėjo nuo 23,2 iki 20,2;
- vienas pacientas vidutiniškai gydomi ligoninėje 2 dienomis trumpiau, nes vidutinė gulėjimo trukmė sutrumpėjo nuo 10 iki 8 dienų (vien tai leido sutaupyti 40 mln. litų). SAM „Sveikatos apsaugos sistemos II restruktūrizavimo etapo bei ilgalaikės raidos strategijoje“, pateiktoje 2005 metų rugsėjį išsamiai paaiškina kokį tai duoda efektą [40].

Per pirmąjį sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapą sutaupyta 154 mln. litų, kurie panaudoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir kokybei, medikų darbo sąlygoms gerinti. Šio restruktūrizavimo etapo rezultatai rodo, kad pagrindiniai sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo rodikliai pagerėjo, tačiau treji metai – per trumpas laikas stebėti svarbesnius Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių pokyčius [6].

Antrasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas apima 2006-2008 metus [6]. Šio etapo strategija parengta siekiant optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir gerinti paslaugų struktūrą atsižvelgiant į gyventojų sveikatos priežiūros poreikius. Pagrindiniai antrojo etapo tikslai:

- nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;

- tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą;
- toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą;
- optimaliau naudoti žmoniškuosius, finansinius ir materialinius išteklius.

Šiame etape iškelti tokie uždaviniai;

- plėtojant ir artinant prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą, siekti, kad iki 2008 metų pabaigos ne mažiau kaip 60 procentų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teiktų privačiai dirbantys šeimos gydytojai, sudarantys su teritorinėmis ligonių kasomis teikiamų paslaugų apmokėjimo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartis;
- plačiai paplitusias ligas gydyti arčiau gyventojų esančiose sveikatos priežiūros įstaigose, naujausias technologijas koncentruojant universitetinėse ligoninėse ir ligoninėse, kuriose pacientų daugiausia, tobulinti stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą;
- plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, siekti, kad iki 2008 metų ne mažiau 80 procentų šių paslaugų būtų teikiama bendrojo pobūdžio ligoninėse ir ne mažiau 50 procentų slaugos paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis;
- gerinant greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo kokybę ir operatyvumą, reorganizuoti greitosios medicinos pagalbos teikimo sistemą;
- gerinant reabilitacijos paslaugų kokybę, siekti, kad kiekvienos savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose būtų kuriami ambulatorinės reabilitacijos skyriai, o stacionarinė reabilitacija optimizuojama;
- siekiant tinkamai naudoti sveikatos priežiūros išteklius, tobulinti sveikatos priežiūros įstaigų turto valdymą;
- siekiant geresnės paslaugų kokybės ir adekvataus apmokėjimo už paslaugas, tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros sistemą;
- skatinant papildomą sveikatos draudimą, parengti ir įgyvendinti šiam tikslui reikalingų teisinių priemonių ir finansinių svertų kompleksą;

- stiprinti mokslo ir mokymo plėtos bazę, pagal išgales numatyti didesnę finansavimą sveikatos moksliniams tyrimams, plačiau juos diegti, tobulinti specialistų rengimo ir kvalifikacijos kėlimo sistemą.

Eurointegracija, atsivėrusios naujos pasaulinės veiklos erdvės, informacijos gausa, naujos technologijos, rinkos ekonomikos sąlygoti pokyčiai visuomenėje turi didelę įtaką Lietuvos sveikatos sistemos veiklai bei raidai. Įgyvendinant 2005 m. lapkričio 22 d. LR Vyriausybės nutarimu Nr. 1270 patvirtintos Nacionalinės Lisabonos strategijos įgyvendinimo programos priemones, siekdama sveikatos sistemos efektyvumo ir finansavimo stabilumo, tęsiamas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas, tobulinama sveikatingumo veikla, užtikrinanti didesnę gyventojų darbingumą [41].

Antrojo restruktūrizavimo etapo tikslams ir uždaviniams įgyvendinti bus naudojama Europos Sąjungos finansinė parama, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų taip pat kitų finansavimo šaltinių lėšos [6].

Įgyvendinant Nacionalinę sveikatos koncepciją ir PSO doktriną „Sveikata visiems XXI amžiuje“ ir siekiant sveikatos politiką perorientuoti į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą visose sveikatos priežiūros grandyse, taip pat užtikrinti gyventojų dalyvavimą formuojant sveikatos politiką, Lietuvos sveikatos programoje buvo numatyti artimieji ir tolimieji sveikatos reformos uždaviniai. Tikslas – iki 2010 m. sumažinti sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumus tarp skirtingų socialinių – ekonominių gyventojų grupių 25 proc. Uždaviniai - rengti ir perkvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistus, pagrindinį dėmesį skiriant BPG, vadybos specialistams, gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą [27].

1.2. Šeimos medicinos principai pirminėje sveikatos priežiūroje

Gerai funkcionuojanti PSP gali padėti užtikrinti šalies sveikatos paslaugų efektyvumą bei racionaliai naudoti ribotas lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai. Jei PSP yra efektyvi, šioje grandyje galima išspręsti 80 proc. visų šalies

gyventojų sveikatos problemų. PSP pasižymi šiais principais, keliamais sveikatos priežiūros institucijose dirbantiems BPG bei kitiems darbuotojams [41]:

- universalumu, t.y. PSP gydytojas teikia visų medicinos sričių pagalbą ir pagal savo kompetenciją, turi spręsti visas sveikatos problemas. Problemų sprendimas – tai ne tik diagnostika ir gydymas. Sprendimo sąvoka apima ir taktikos numatymą;
- prieinamumu: sveikatos problemų, socialiniu, geografiniu, demografiniu požiūriais;
- visuotinumu – vienodos PSP paslaugos teikiamos visoms gyventojų amžiaus, lyties ir socialinėms grupėms;
- integralumu/vadyba – PSP gydytojo teikiamos paslaugos yra PSP paslaugų dalis, realizuojama kartu su PSP komanda, kitomis PSP struktūromis bei kitų lygių paslaugomis;
- tęstinumu – paslaugos teikiamos nuolat: rūpinamasi ne tik pablogėjusia paciento, šeimos, bendruomenės sveikata, bet ji prižiūrima ir tada, kai pagerėja, stengiamasi ją išsaugoti;
- komandine veikla – PSP gydytojas paslaugas teikia dirbdamas kartu su PSP komanda;
- holistiniu požiūriu – PSP gydytojo paslaugos orientuotos ne į konkrečią ligą, o į asmens sveikatos būklę bei psichologinius, socialinius poreikius ir aplinkybes. Individo sveikata suprantama kaip fizinė, psichinė ir socialinė gerovė;
- individualiu požiūriu – paslaugos orientuotos į individą pagal jo ir jo šeimos poreikius;
- orientacija į šeimą – sveikatos stiprinimo, išsaugojimo ir gydymosi priemonės taikomos įvertinus šeimos socialinę ir psichologinę aplinką, kad būtų pasiektas optimalus efektas pasitelkiami šeimos nariai;
- orientacija į bendruomenę – individo sveikatos problemos vertinamos atsižvelgiant į bendruomenę. Šeimos vertinamos atsižvelgiant į

bendruomenę. Šeimos gydytojo veikla bendruomenėje turi remtis konkrečiais tos bendruomenės poreikiais.

- konfidencialumu pasitikėjimu – gydytojas yra paciento sveikatos gynėjas. Paciento – gydytojo santykiai pagrįsti abipusiu pasitikėjimu.

Įvairiose pasaulio šalyse BPG keliami kiek skirtingi reikalavimai, tačiau visur pabrėžiama, kad šeimos gydytojas yra sveikatos apsaugos sistemos ašis – jis koordinuoja paciento sveikatos priežiūros procesą, vykstantį įvairiose sveikatos priežiūros sistemos grandyse. PSP organizavimo principai pasaulyje įgyvendinami įvairiais būdais, kurie priklauso nuo šalies resursų, tradicijų, visuomenės sveikatos ir demografinės padėties [28].

Norint įgyvendinti šiuos principus ir atlikti visas funkcijas būtinos tam tikros sąlygos [28] :

1. Plati kompetencija: PSP paslaugas teikiantis gydytojas turi turėti žinių ir įgūdžių visose klinikinės medicinos srityse, kad sugebėtų įvertinti paciento sveikatos būklę ir numatyti reikalingų sveikatos paslaugų poreikį. Be to turi turėti bendravimo įgūdžių, žinoti sveikatos sistemos organizavimo tvarką, turėti vadybos pagrindų bei komandą.
2. „Vartininko“ vaidmuo. Vienur į aukštesnio lygio medicinos įstaigą galima patekti tik po PSP gydytojo konsultacijos , su jo siuntimu – tai tarsi „filtravimas“. Kad į aukštesnio‘ kartu ir brangesnio lygio medicinos įstaigą patektų tik tie pacientai, , kuriems pagalba tikrai būtina. Taip yra Didžiojoje Britanijoje. Norint patekti pas specialistą būtinas BPG siuntimas. Gydytojų atlyginimo dydis priklauso nuo užsiregistravusių pacientų skaičiaus, suteiktų paslaugų pobūdžio [36]. Kitur į aukštesnio lygio medicinos įstaigą galima patekti ir su kai kurių specialistų siuntimais arba sumokėjus dalį kainos už paslaugas. Vokietijoje pacientai gali pasirinkti privačia veikla užsiimančią BPG specialistą. Dalį išlaidų už atliktas medicinos paslaugas sumoka pats pacientas, o likusią sumą sumoka sveikatos draudimas [2].
3. Bendruomenės (teritorinis principas). PSP komandos veiklos efektyvumas priklauso nuo to, ar PSP paslaugos teikiamos

bendruomenei, apribojimai teritoriniu bei bendrais socialiniais (darbas, mokykla) ir kultūriniais interesais, ar atskiriems individams, išsibarsčiusiems didelėje teritorijoje. Dabar gydytojo veikla apima tik epizodinį ir tęstinį asmens konsultavimą, diagnozavimą bei gydymą, o poveikio bendruomenei (pvz. profilaktinis darbas) nevykdo.

4. PSP grandies finansavimas. Kapitacijos principas (vienodas fiksuotas užmokestis, kai neatsižvelgiama į riziką). Apmokėjimas už suteiktas paslaugas. BPG mokama už kiekvieną prie jo prisirašiusį gyventoją. Vienas svarbiausių šio mokėjimo principų privalumų – sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjai yra motyvuoti prisirašyti kuo daugiau gyventojų ir dėl to atsižvelgti į pacientų pageidavimus [28, 11].

Lietuvoje, vykdant sveikatos sistemos reformą, PSP yra vienas kertinių sveikatos priežiūros reformų elementas [33]. Ne kartą PSP svarba akcentuojama Lietuvos Respublikos dokumentuose: 1991 m. Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje [26], 1998 m. Lietuvos sveikatos programoje [27], 2002m. Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje [9] ir kituose. Tačiau vienareikšmio PSP apibrėžimo nėra. Išsiplėtojusi PSP idėja tampa vis plačiau aptariama, giliau nagrinėjama. Tai rodo, kad sveikatos priežiūrą būtina nepertraukiamai tyrinėti [13]. Pagrindiniai PSP principai, aptarti Alma-Atos deklaracijoje, kalba apie du lygius: sveikatos priežiūros lygį bei bendrą požiūrį į sveikatos politiką ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą [46].

1.3. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas

Vienas iš pagrindinių sveikatos priežiūros organizavimo principų yra sveikatos priežiūros prieinamumas. Šis principas užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos daugumai, o pagrindinės – visiems gyventojams. Sveikatos priežiūros prieinamumas gali būti vertinamas įvairiais aspektais: gyventojų galimybe patekti pas gydytoją pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis ir šių paslaugų vartojimu, gyventojų aprūpinimu

sveikatos priežiūros ištekliais (gydytojų, slaugytojų, pirminės sveikatos priežiūros centrų, stacionarinių lovų skaičius tūkstančiui gyventojų) sergamumo, mirtingumo bei mirštamumo rodikliais [29].

Sveikatos priežiūros prieinamumas yra žinomas ir kaip vienas iš rodiklių pasiekti „sveikatą visiems“, kuris buvo vienas pagrindinių PSP principų, įvardytų Alma - Atos deklaracijoje [12].

Dar pirmaisiais Nepriklausomybės metais Lietuvoje buvo deklaruoti pagrindiniai sveikatos reformos tikslai: tai aktyvi visuomenės sveikatos politika, kuri reiškia gyventojų atsakomybės už savo sveikatą ugdymą, taip pat gyventojų dalyvavimą priimant sprendimus. Tai nėra paprastos deklaracijos visuomenės požiūrį, kad žmogus pats turi rūpintis savo sveikata ir pats už tai atsako. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas. Sveikatos priežiūros prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei [8]. Organizacinis prieinamumas įvertinamas atsakant į klausimus, ar užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra teritorijoje, ar visų baziniame paslaugų krepšelyje nustatytų rūšių paslaugos prieinamos, ar pakanka specialistų, resursų, ar naudojamos tinkamos technologijos (vadybos ir medicinos technikos), ar tinkamas įstaigos darbo laikas, ar yra ir kokios pacientų eilės. Vertinant komunikacinį prieinamumą būtina gilintis į atstumą iki sveikatos priežiūros įstaigos, ar yra tinkamas ir prieinamas viešas transportas, ar gyventojams prieinamos susisiekimo ir kitos priemonės (telefonas, internetas). Ekonominis prieinamumas siekia atsakyti į klausimus, kiek gyventojams tenka mokėti ir primokėti už sveikatos priežiūros paslaugas ar galioja ir kaip vykdomas solidarumo principas [16]. Kad kiekvienas pilietis galėtų tinkamai savimi pasirūpinti priklauso pirmiausia nuo sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo, kurio vienas iš pagrindinių principų yra sveikatos paslaugų prieinamumas. Šis principas užtikrinamas tada, kai sveikatos priežiūros paslaugos prieinamos daugumai, o pagrindinės paslaugos – visiems

šalies gyventojams. Apie tai deklaruojama ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakyme „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“, kur parašyta, jog sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra gyventojų galimybė ligos ar kito patologinio proceso atveju pasinaudoti sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis medicinos pagalbos paslaugomis, kurios turi būti reikiamo efektyvumo ir santykinai nebrangios [8]. Taip pat paslaugos turi būti pakankamai arti gyventojų, o paslaugų kaina priimtina ir mažiausias pajamas gaunantiems visuomenės nariams. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas neabejotinai turi reikšmės gyventojų sveikatos būklei. Be to, jis visiems visuomenės nariams yra būtina sąlyga, numatyta Europos bendrijų komisijos komunikate Tarybai ir Europos parlamentui [24].

Prieinamumas gali būti apibrėžtas kaip „atitikimo laipsnis“ tarp vartotojų ir sveikatos priežiūros sistemos ir išskiria keletą pagrindinių bruožų šiam laipsniui charakterizuoti [31]:

- priimtinumą (sveikatos priežiūros vartotojų bei paslaugų teikėjų požiūrių ir įsitikinimų sutapimą),
- perkamumą (susietą su paslaugų kaina pacientui ir apimančią tiek tiesiogines, tiek netiesiogines išlaidas),
- naudingumą (susietą su adekvačia paslaugų pasiūlos ir paklausos pusiausvyra),
- fizinį prieinamumą (susietą su paslaugų teikimo vieta paciento buvimo atžvilgiu bei jo galimybes judėti, t.y. geografiniais bei fiziniiais barjeriais),
- prisiderinamumą (susietą su tuo, kaip paslaugų teikimas yra organizuotas atsižvelgiant į paciento poreikius bei tinkamumo suvokimą – darbo valandos, išankstinio rezervavimo galimybė, eilės).

Šis konceptualus požiūris į prieinamumą yra naudingas, nes parodo skirtingas paslaugų vartotojo – teikėjo santykio dimensijas ir nėra nukreiptas vien į paslaugų vartotoją [34].

Pirminėje sveikatos priežiūroje ypač aktuali pacientų galimybė pasirinkti PSP paslaugas teikiančią įstaigą ir joje dirbantį BPG. Gyventojų prisirašymą pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarką reglamentuoja LR sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr.583 [7]. Pirminės sveikatos priežiūros teikiamos paslaugos turi būti ne tik kokybiškos, bet ir tenkinti pacientų poreikius bei lūkesčius. Tiek Lietuvoje, tiek užsienyje atliekami moksliniai tyrimai apie sveikatos priežiūros prieinamumą.

2004 metų birželio mėnesį pagal bendrą projektą su Olandijos sveikatos priežiūros tyrimo institutu Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose atliktas tyrimas „Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose“ [29]. Apklausoje dalyvavo Šiaulių apskrities viešose ir privačiose pirminės sveikatos priežiūros centruose besilankantys pacientai. Remiantis tyrimo duomenimis, nustatyta jog dauguma pacientų palankiai vertina sveikatos priežiūros teritorinį prieinamumą ir nurodė, kad jiems nesunku pasiekti sveikatos priežiūros centrą. Pacientai gerai vertino sveikatos priežiūros centrų registratūros personalo darbą bei darbo organizavimą registratūroje. Vertindami sugaištą laiką registratūroje, daugiau kaip du trečdaliai (73,6 proc.) apklausoje dalyvavusių respondentų pažymėjo, jog registratūroje laukia trumpai. Registratūros personalo mandagumą ir rūpestingumą gerai vertino dauguma (83,5 proc.) Vertinant, kokią įtaką pacientų nuomonei apie organizacinį darbą registratūroje turėjo socialiniai ir demografiniai veiksniai, nustatyta, jog įtakos turėjo pacientų amžius, gyvenamoji vieta, užimtumas, lankymosi pirminės sveikatos priežiūros centre dažnumas ir centro nuosavybės forma. Remiantis šio tyrimo duomenimis, vyresnio amžiaus pacientai, dažnai besilankantys pirminės sveikatos priežiūros centre pacientai ir pacientai, paslaugas gaunantys privačiuose centruose, geriau vertino organizacinį registratūros darbą. Kritiškesni šiuo požiūriu buvo pensininkai ir pacientai, turintys invalidumą ir miesteliuose gyvenantys pacientai. Net trečdalis (32,9 proc.) apklausoje dalyvavusių pacientų pažymėjo, jog per ilgai laukia vizito pas šeimos gydytoją. Daugiau kaip du trečdaliai (78,2 proc.) respondentų pažymėjo, kad jų sveikatos priežiūros įstaigą lengva pasiekti.

PSP prieinamumas apsprendžia PSP grandies svarbumą, populiarumą gyventojų tarpe ir jos veiklos efektyvumą. PSP prieinamumui tirti naudojamas efektyvus ekonominis gyventojų apklausos modelis, kai pacientai atsako į specialiai parengtos anketos klausimus [13]. Didžiojoje Britanijoje 1998 – 1999 m. atliktas tyrimas, kurio metu apklausti Londono PSP klinikų pacientai. Išryškėjo svarbūs skirtumai pacientų, besiskiriančių amžiumi ir etniškumu, įvertinimuose apie PSP. Jauni žmonės ir etninės mažumos reikšmingai dažniau pateikė nepalankius PSP įvertinimus [3].

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. sausio 24 d. nutarimu Nr. 140 patvirtintame Sveikatos apsaugos ministerijos 2007 – 2009 metų strateginiame veiklos plane, Sveikatos apsaugos ministras Rimvydas Turčinskas pabrėžė, jog svarbu, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų tolygiai prieinamos visiems Lietuvos gyventojams [41].

Sveikatos apsaugos sistemai didelės įtakos turi šalies socialiniai pokyčiai, demografinė situacija. Lietuvoje gyventojų skaičius nuolat mažėja, populiacija sensta, todėl didėja sveikatos priežiūros paslaugų poreikis. Todėl BPG Lietuvoje tampa vienu svarbiausių ir visos sveikatos sistemos dalyviu. Nuo šeimos gydytojo prasideda piliečio kontaktai su gana sudėtinga sveikatos apsauga. Be to, nuo BPG didele dalimi priklausys ir paciento požiūris į savo sveikatą bei visą šalies sveikatos apsaugos sistemą [37].

2. DARBO METODIKA

2.1. Tyrimo objektas

2005 metais Telšių rajone gyveno 56217 gyventojų, prisirašiusių prie PSP įstaigų buvo - 55709. Tai sudarė 99,1 proc. visų rajono gyventojų.

Rajone veikia 8 PSPĮ, iš kurių 5 – privačios [2.1 lentelė].

Tyrimas buvo atliktas UAB „Telšių sveikata“. Tai privati, savarankiškai jau ketvirtį metų dirbanti sveikatos priežiūros įstaiga. Joje dirba 15 gydytojų - 7 BPG, 5 terapeutai, 2 akušeriai - ginekologai, 1 chirurgas. Ši komanda aptarnauja apie 22 tūkst. Telšių rajono gyventojų, tai yra 39,6 proc. visų gydymo įstaigose prisirašiusių rajono gyventojų. Tame skaičiuje 6 tūkst. (27 proc.) kaimo gyventojai. UAB „Telšių sveikata“ daugiausiai gyventojų aptarnaujanti PSP įstaiga, todėl ji ir pasirinkta tirti. Taigi tyrimo objektas – UAB „Telšių sveikata“ pacientų požiūris į PSP prieinamumą.

Įstaigos tikslas yra teikti nespacializuotas kvalifikuotas PSP paslaugas UAB Telšių sveikata prisirašiusiems rajono gyventojams. Siekiant gerinti kaimo gyventojų medicininį aptarnavimą, gydytojai važiuoja į kaimo ambulatorijas bei medicinos punktus ir ten priima pacientus, be to, lanko ligonius namuose. Vienam gydytojui vidutiniškai tenka 1833 gyventojai. Vienam pacientui gydytojai skiria 15 – 20 minučių, per dieną aptarnauja apie 20 pacientų.

Norint įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų demografinius socialinius netolygumus bei UAB „Telšių sveikata“ pacientų požiūrį į PSP organizavimą ir prieinamumą, gavus bendrovės direktoriaus sutikimą, 2006 metų balandžio mėnesį atlikta anoniminė anketinė šios įstaigos pacientų, besilankančių pas BPG, apklausa. Anketų anonimiškumas buvo garantuotas. Apklausai atsitiktiniu būdu buvo pasirinkti pacientai nuo 16 m. ir vyresni. Anketos pacientams buvo išdalintos po apsilankymo pas BPG. Jas dalino bendrosios

praktikos slaugytojos. Pacientai buvo informuoti, kad užpildytas anketas turi palikti dėžėje prie išėjimo, šalia registratūros. Imties dydis paskaičiuotas pagal A. J. Jadov statistinę lentelę [23]. Išdalinta 400 anketų pacientams, kurie lankėsi pas BPG balandžio mėnesį, užpildyta – 359 anketos, atsakas – 89,75 proc.

Anketoje pateikti 28 klausimai. Dauguma jų uždaro tipo (su pateiktais atsakymų variantais), todėl pildydami anketą respondentai turėjo pasirinkti ir pažymėti labiausiai tinkantį atsakymą. Vieni iš pateiktų klausimų atspindi demografinę – socialinę pacientų charakteristiką, kiti naudojimąsi sveikatos priežiūros įstaigos paslaugomis, jų prieinamumą. Taip pat pacientų prašyta įvertinti savo sveikatos būklę, apsilankymo sveikatos priežiūros įstaigoje priežastis, dažnumą, pasidomėta apie kreipimąsi į specialistus ir apie tai, kaip jie vertina mokamų gydytojų specialistų konsultacijas.

2.1 lentelė Telšių rajono gyventojų prisirašymas prie pirminių sveikatos priežiūros centrų

Eil. Nr.	PSP įstaigos pavadinimas	Gydytojų skaičius				Aptarnaujamų gyventojų skaičius						Iš viso	
		BPG	Terapeutai	Pediatriai	Iš viso	BPG		Terapeutai		Pediatriai		Abs. sk.	Proc. (nuo visų prisirašiusių rajonų gyventojų)
						Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.		
1.	Telšių PSPC	6	2	4	12	9783	63,6	2944	19,4	2611	17	15338	27,5
2.	VšĮ Varnių PSPC	-	2	1	3	0	0	2981	73,4	1082	26,6	4063	7,3
3.	VšĮ Luokės PSPC	2	-	-	1	2780	100	0	0	0	0	2780	5,0
4.	A. Kojelės IĮ	2	-	-	2	2601	100	0	0	0	0	2601	4,7
5.	I. Miškinienės IĮ	1	-	-	1	2440	100	0	0	0	0	2440	4,4
6.	L.M. Šilgalienės IĮ	1	-	-	1	1756	100	0	0	0	0	1756	3,2
7.	UAB "Telšių sveikata"	7	5	-	12	13690	62,1	8355	37,9	0	0	22045	39,6
8.	UAB "Telšių vaistinė"	2	1	-	3	3047	65	1639	35	0	0	4686	8,4
Telšių r.		21	10	5	35	36097	73,8	15919	20,7	3693	5,5	55709	100,0

2.2 Socialinė – demografinė respondentų charakteristika

Socialinė – demografinė respondentų charakteristika nustatyta, anketoje respondentų klausiant apie jų amžių, lytį, išsimokslinimą, profesinę grupę, šeimines padėtis, pajamas, gyvenamąją vietą.

Į anketos klausimą apie gyvenamąją vietą atsakiusieji nurodė, jog 262 gyvena mieste, 92 – kaime. Tai atitinkamai sudaro 73,8 proc. ir 26,2 proc. respondentų (3.1 lentelė). Anksčiau taip pat buvo paminėta, jog tarp prisirašiusių UAB „Telšių sveikata“ 27 proc. yra kaimo gyventojai. Matome, kad proporcija tarp mieste ir kaime gyvenančių respondentų beveik atitinka Lietuvos gyventojų pasiskirstymą pagal gyvenamąją vietą.

Apklausti 144 vyrai (40,7 proc.) ir 210 moterų (59,3 proc.). Pagal lytį ir gyvenamąją vietą apklaustieji pasiskirstę sekančiai: tarp miesto respondentų yra 104 vyrai (39,7 proc.) ir 158 moterys (60,3 proc.), o kaimo - 40 vyrų (43,5 proc.) ir 52 moterys (56,5 proc.). $p=0,525 > 0,05$, todėl skirtumai tarp apklaustų miesto ir kaimo vyrų ir moterų yra statistikai nereikšmingi (2.2 lentelė).

2.2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį ir gyvenamąją vietą

Charakteristikos		Gyvena				Iš viso	
		Mieste		Kaime			
		Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.
Lytis	Vyras	104	39,7	40	43,5	144	40,7
	Moteris	158	60,3	52	56,5	210	59,3
	Iš viso	262	100	92	100	354	100
$\chi^2=0,404$, $lls=1$, $p=0,525$							

Rajone gyvenantys respondentai buvo paklausti koku atstumu nuo UAB „Telšių sveikata“ jie gyvena.

Atstumu iki 5 km gyvena 4 arba 4,5 proc., 5-9 km – 44 arba 47,3 proc., 10-19 km – 39 arba 41,9 proc., 20 km daugiau – 6 arba 6,5 proc. respondentų. Miesto respondentai gyvena atstumu iki 5 km.

Lyginant pagal gyvenamą vietą ir amžių gauti reikšmingi skirtumai ($\chi^2=10,713$, $lls=4$, $p=0,03$). Respondentai buvo suskirstyti į penkias grupes. Išsiaiškinta, jog kaime jauniausių žmonių (iki 29 m.) gyvena (14,0 proc.), o mieste gyvena bemaž dvigubai daugiau (26,0 proc.) to paties amžiaus žmonių. Skirtumai gauti ir nagrinėjant 50-59 m. amžiaus grupę. Šioje grupėje yra 53 respondentai (14,9 proc.): kaime gyvenančių 20 arba (21,5 proc.), mieste gyvena 33 (12,6 proc.). Be to, išnagrinėję gautus duomenis galime teigti, jog daugiau kaip pusė apklaustųjų iš kaimo amžius yra per penkiasdešimt metų (50-59 m. – 21,5 proc.; 60 m. ir vyresni – 31,2 proc.).

Skirtumai patikimi pagal amžių ir lytį skirstant miesto gyventojus ($\chi^2=10,596$, $lls=4$, $p=0,032$). Beveik dvigubai daugiau yra 30-39 m. vyrų (22,1 proc.), negu moterų (11,4 proc.). Ir 40-49 m. moterų (23,4 proc.), negu to paties amžiaus vyrų (13,5). O kalbant apie kaimo gyventojus, skirtumai tarp vyrų ir moterų amžiaus struktūros - statistikai nereikšmingi ($\chi^2=4,205$, $lls=4$, $p=0,379$). Kaimo ir miesto vyrų amžiaus struktūra skirtinga. Bemaž dvigubai daugiau kreipiasi jaunų (iki 29 m.) amžiaus vyrų iš miesto, negu iš kaimo, o iš kaimo daugiau kreipiasi vyriausių (60 m. ir vyresni) 37,5 proc., kai tuo tarpu iš miesto šio amžiaus kreipėsi 23,1 proc. respondentų vyrų. Moterų grupėje didžiausi skirtumai gauti 30-39 m. amžiaus grupėje. Šio amžiaus kaimo moterų kreipiasi daugiau negu dvigubai (25 proc.), lyginant su miesto (11,4 proc.) moterimis (2.3 lentelė).

2.3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių ir lytį

Amžiaus grupės	Gyvena											
	Mieste						Kaime					
	Lytis				Iš viso mieste		Lytis				Iš viso kaime	
	Vyrai		Moteris				Vyrai		Moteris			
	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.
29 m. ir mažiau	32	30,8*	36	22,8	68	26,0	6	15,0	7	13,5	13	14,1
30-39 m.	23	22,1	18	11,4**	41	15,6	5	12,5	13	25,0	18	19,6
40-49 m.	14	13,5	37	23,4	51	19,5	4	10,0	9	17,3	13	14,1
50-59 m.	11	10,6*	22	13,9	33	12,6	10	25,0	10	19,2	20	21,7
60 m. ir vyresni	24	23,1*	45	28,5	69	26,3	15	37,5	13	25,0	28	30,49
Iš viso	104	100	158	100,0	262	100,0	40	100	52	100,0	92	100,0

$\chi^2=10,596$, lls=4, p=0,032 lyginant miesto vyrus ir moteris ; $\chi^2=4,205$, lls=4, p=0,379 lyginant kaimo vyrus ir moteris.

- p <0,05 lyginant su kaimo vyrais, ** - p<0,05 lyginant su kaimo moterimis

Atliekant tyrimą pacientų teirautasi apie jų išsimokslinimą. Gauti statistikai nereikšmingi skirtumai tarp mieste ir kaime gyvenančių respondentų ($\chi^2=6,58$, lls=4, p=0,164) (2.4 lentelė).

2.4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal išsimokslinimą UAB „Telšių sveikata“

Charakteristikos		Gyvena				Iš viso	
		Mieste		Kaime			
		Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.
išsimokslinimas	prad/nebaigtas vidurinis	35	13,4	18	19,6	53	15,0
	vidurinis	39	14,9	18	19,6	57	16,1
	spec.vidurinis	60	22,9	22	23,9	82	23,2
	aukštesnysis/nnebaigtas aukštasis	70	26,7*	14	15,2	84	23,7
	aukštasis	58	22,1	20	21,7	78	22,0
	Iš viso	262	100	92	100	354	100
$\chi^2=6,58$, IIs=4, p=0,164, *-p<0.05 su kaimo pacientais							

Analizuojant gautus duomenis pagal gyvenamąją vietą ir darbinę veiklą gauti patikimi skirtumai ($\chi^2 = 41,254$, IIs = 8, p = 0,000). Visi ūkininkai (9), kurie sudaro 2,5 proc. visų respondentų, gyvena kaime. Čia jie sudaro 9,8 proc. Pagal gautus duomenis, iš kaimo buvo mažiau moksleivių ir studentų (2,2 proc.), o iš miesto - 8,8 proc. Tą patį galima pasakyti apie darbininkus ir tarnautojus. Iš kaimo darbininkų 20,7 proc., tarnautojų - 21,7 proc. , o iš miesto (27,1 proc.) darbininkų ir (28,6 proc.) tarnautojų. Matome, kad labiausiai pažeidžiamų socialinių grupių atstovų daugiau buvo iš kaimo: pensininkų lygiai ketvirtadalis, (mieste – 22,9 proc.), bedarbių – 6,5 proc., (mieste 2,7 proc.), auginančių vaikus moterų 6,5 proc., (mieste 1,9 proc.), neįgalių žmonių 3,3 proc., (mieste 1,5 proc.) (2.5 lentelė).

2.5 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal darbinę veiklą

Charakteristikos		Gyvena				Iš viso	
		Mieste		Kaime			
		Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.
Socialinėprofesinė grupė	moksleivis/studentas	23	8,8	2	2,2	25	7,1
	darbininkas	71	27,1	19	20,7	90	25,4
	bedarbis	7	2,7	6	6,5	13	3,7
	tarnautojas	75	28,6	20	21,7	95	26,8
	verslininkas	17	6,5	4	4,3	21	5,9
	ūkininkas		0,0	9	9,8	9	2,5
	pensininkas	60	22,9	23	25	83	23,4
	neįgalus/gaunu pašalpą	4	1,5	3	3,3	7	2,0
	auginu vaiką/gaunu pašalpą	5	1,9	6	6,5	11	3,1
	Iš viso	262	100	92	100	354	100
$\chi^2=41,254$, IIs=8, p=0,000, *-p<0,05 su kaimo pacientais							

Pagal šeiminę padėtį skirtumai tarp miesto ir kaimo respondentų statistiškai

nepatikimi ($\chi^2 = 4,876$, IIs=3 , p=0,181) (2.6 lentelė).

2.6 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal šeiminę padėtį

Charakteristikos		Gyvena				Iš viso	
		Mieste		Kaime			
		Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.
Šeimyninė padėtis	vedęs/ištekėjusi	153	58,4	57	61,3	210	59,2
	nevedęs/netekėjusi	51	19,5	12	12,9	63	17,7
	išsiskyres-usi	30	11,5	17	18,3	47	13,2
	našlys-ė	28	10,7	7	7,5	35	9,9
	Iš viso	262	100	93	100	355	100
$\chi^2=4,876$, IIs=3, p=0,181							

Skirtumai tarp pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui, taip pat nėra reikšmingi, tik galime paminėti, kad iki 500 Lt gauna beveik pusė

kaime gyvenančių respondentų (37,0 proc.) ir (40,3proc.) visų apklaustų (2.7 lentelė).

2.7 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal pajamas, tenkančias vienam šeimos nariui

Charakteristikos		Gyvena				Iš viso	
		Mieste		Kaime			
		Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.	Abs. sk.	Proc.
Pajamos	iki 100 Lt	2	0,8		0,0	2	0,6
	101-250 Lt	9	3,4	6	6,5	15	4,2
	251-500 Lt	86	32,8	40	43,0	126	35,5
	501-1000 Lt	97	37,0	28	30,1	125	35,2
	1001-2000 Lt	56	21,4*	11	11,8	67	18,9
	daugiau nei 2000 Lt	12	4,6	8	8,6	20	5,6
	Iš viso	262	100	93	100	355	100
$\chi^2=10,412$, IIs=5, p=0,064, *-p<0.05 su kaimo pacientais							

Miesto ir kaimo respondentų sudėtis pagal lytį, šeimyninę padėtį, išsimokslinimą, pajamas vienam šeimos nariui buvo panaši, tačiau skyrėsi pagal amžių bei darbinę veiklą.

2.3 Statistinė duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 10 for Windows versijos programinį paketą bei Microsoft Excel programinį paketą. Šios analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir diagramose. Požymių statistinis ryšys tirtas susietų lentelių metodu. Remiantis lentelių duomenimis, apskaičiuota chi kvadrato (χ^2) kriterijaus reikšmė, jo laisvės laipsnių skaičius (IIs) bei statistinis reikšmingumas (p). Daugiausia

vertinti procentiniai požymių pasikartojimo dažniai. Poriniai dažnių palyginimai atlikti taikant z kriterijų. Pateikiant rezultatus, nurodomas statistinių hipotezių reikšmingumas. Rezultatų skirtumas laikomas reikšmingu, jei paklaidos tikimybė $(p) < 0,05$.

3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

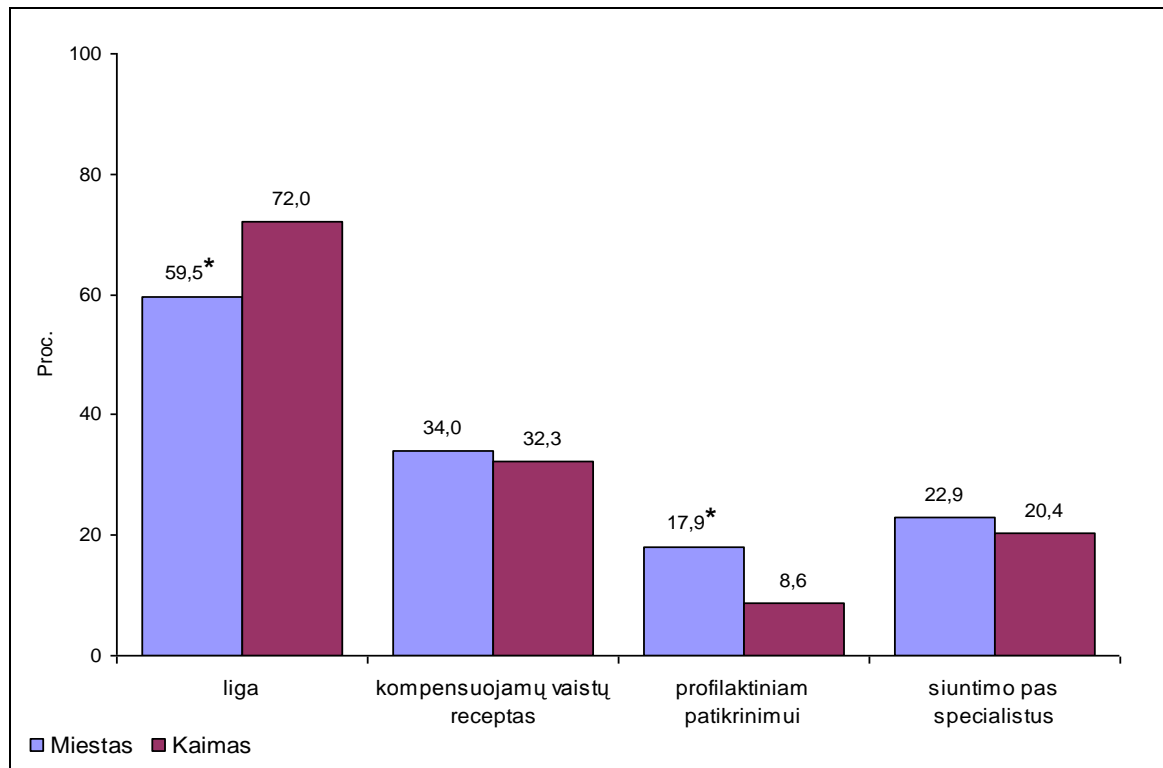
3.1 Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų netolygumai UAB „Telšių sveikata“, susiję su demografinėmis pacientų charakteristikomis

Paprastai respondentų gyvenamoji vieta skiriama socialinėms charakteristikoms, tačiau siekdami pateikti miesto ir kaimo gyventojų PSP prieinamumo netolygumus pagal lytį ir amžių, miesto ir kaimo PSP prieinamumo skirtumus pateikiame šiame poskyryje.

Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad per pastaruosius 12 mėn. pas gydytoją vidutiniškai apie 5 kartus lankėsi tiek miesto (5,0992), tiek kaimo (4,9677) respondentai, skirtumas statistikai nepatikimas ($p=0,415$). Statistikai reikšmingai moterys lankėsi dažniau (5,4 karto), negu vyrai (4,5 karto) ($p=0,001$) Kaimo vyrų ir moterų kreipimosi dažnumo skirtumas statistikai nereikšmingas ($p=0,806$). Miesto moterys pas gydytoją lankosi statistikai dažniau (5,6 karto), negu vyrai (4,4 karto), ($p=0,001$). Reikšmingi skirtumai gauti analizuojant lankymosi skaičių (kartais) ir respondentų amžių ($p<0,05$). Didėjant amžiui daugėjo ir apsilankymų skaičius. Jauniausi respondentai (iki 29 m.) per paskutiniuosius 12 mėn. kreipėsi vidutiniškai 2,9 karto, vyriausi 60 m. ir daugiau 7,8 karto. Apsilankymų skaičius didėjo tolygiai amžiui ir atskirai nagrinėjant kaimo ir miesto respondentus.

Analizuojant duomenis, statistikai patikimai skirtingai kaimo ir miesto respondentai kreipėsi tiek dėl ligos ($\chi^2 =4,592$, $l/s=1$, $p=0,032$), tiek pasitikrinti profilaktiškai ($\chi^2 =4,570$, $l/s=1$, $p=0,033$). Nereikšmingi skirtumai gauti tarp tų kaimo ir miesto respondentų, kurie paskutinį kartą pas gydytoją lankėsi išsirašyti kompensuojamų vaistų ($\chi^2 =0,090$, $l/s=1$, $p=0,764$) ir dėl siuntimo pas specialistus ($\chi^2 =0,242$, $l/s=1$, $p=0,623$). Nustatyta, kad daugiausia 62,8 proc. respondentų į BPG kreipėsi dėl ligos (59,5 proc. miesto ir 72,0 proc. kaimo), antroje vietoje pagal dažnumą 33,5 proc. – recepto vaistams išrašymas (34,0 proc. ir 32,3 proc.), trečia – siuntimo pas gydytojus-specialistus parašymas(22,9 proc. ir 20,4 proc.).

Mažiausiai 15,5 proc. respondentų pas BPG lankėsi profilaktiškai pasitikrinti sveikatą (17,9 proc. miesto ir 8,6 proc. kaimo) (3.1 pav.).

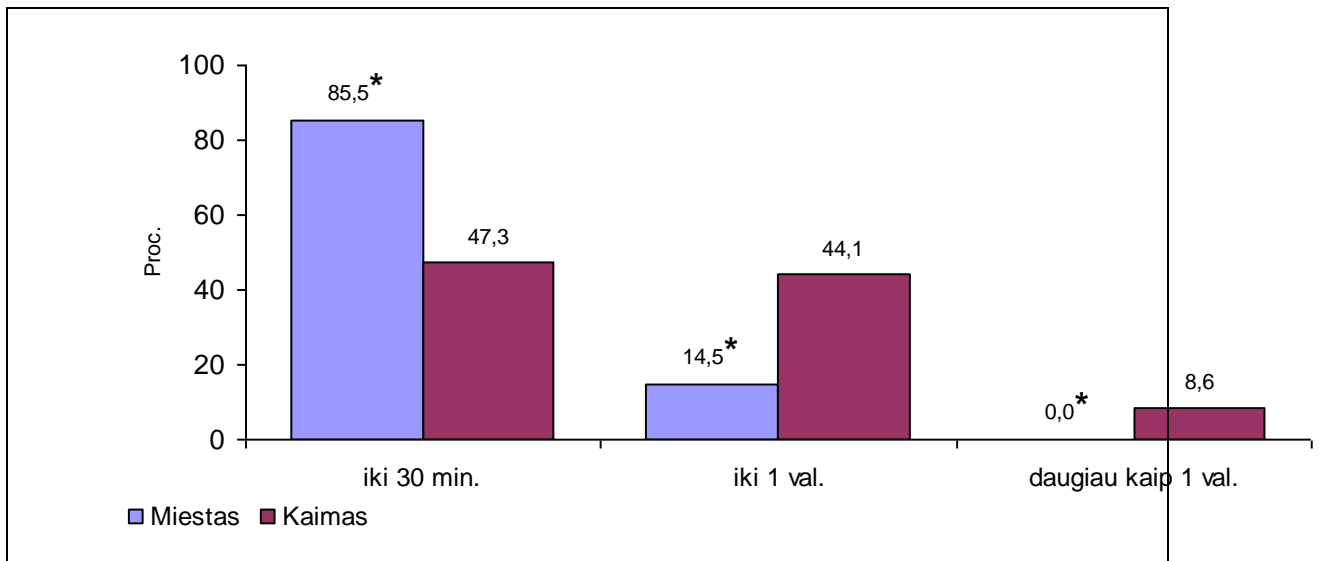


$\chi^2 = 4,592$, IIs=1, p=0,032; $\chi^2 = 0,090$, IIs=1, p=0,764; $\chi^2 = 4,570$, IIs=1, p=0,033; $\chi^2 = 0,242$, IIs = 1, p = 0,623; *-p<0,05 lyginant su kaimo gyventojais

3.1 pav. Miesto ir kaimo respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal kreipimosi į UAB „Telšių sveikata“ priežastis

Lietuvoje kiekvienas asmuo gali laisvai pasirinkti arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba jam patogiau pasiekiamą PSPĮ [7].

Analizuojant rezultatus, gauti statistikai patikimi skirtumai tarp miesto ir kaimo respondentų ir sugaišto laiko atvykimui į PSPĮ ($\chi^2=62,785$, IIs=2, p=0,000) ir nustatyta, kad iki pusės valandos sugaišta 75,5 proc. (85,5 proc. miesto bei 47,3 proc. kaimo) respondentų. Nuo pusės iki 1 val. užtrunka 17,7 proc. - 14,5 proc. miestiečių ir 44,1 proc. kaime gyvenančių pacientų. Daugiau kaip valandą sugaišta 2,3 proc. apklaustųjų, t.y. 8,6 proc. kaime gyvenančių respondentų (3.2 pav.).



$\chi^2 = 62,785$, $lks=2$, $p=0,000$; $*-p < 0,05$, lyginant su kaimo gyventojais

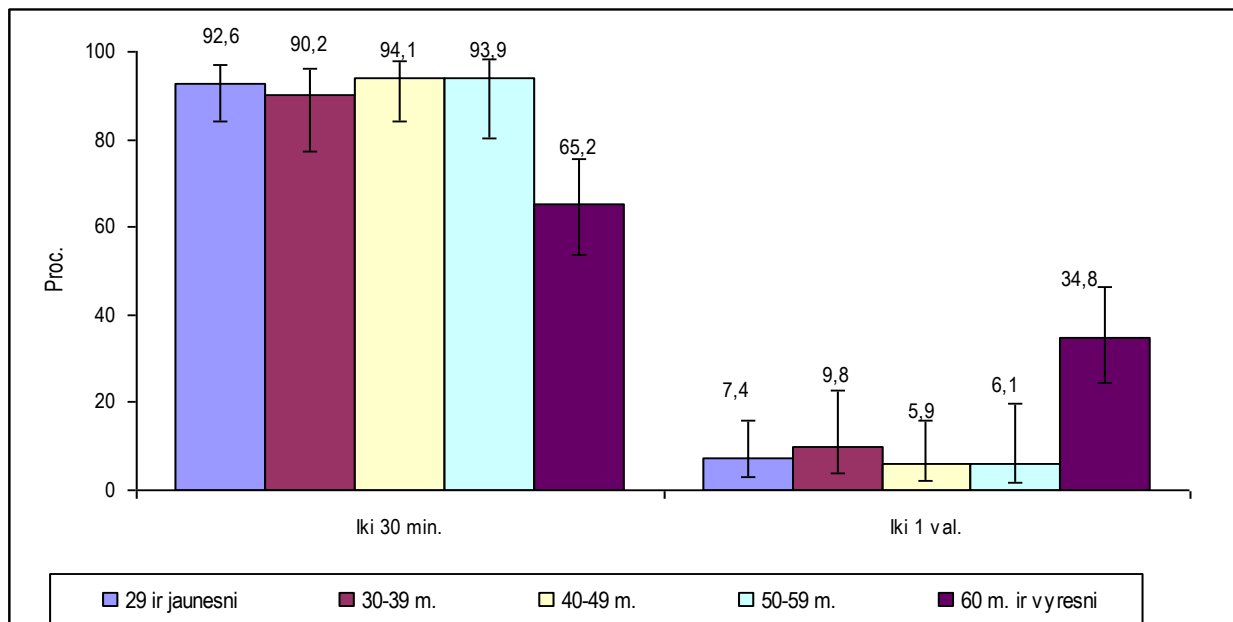
3.2 pav. Miesto ir kaimo respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal atvykimui į UAB „Telšių sveikata“ sugaištą laiką

Daugiau nei pusei (52,7 proc.) kaimo respondentų atvykimui į UAB „Telšių sveikata“ reikia nuo pusės iki valandos ir daugiau laiko.

Nagrinėjant respondentus pagal lytį, gauti nereikšmingi skirtumai ($p=0,202 > 0,05$). Iki 30 min. sugaišo 77,9 proc. vyrų ir 73,8 proc. moterų, iki 1 val. – 18,6 proc. vyrų ir 24,8 proc. moterų bei daugiau kaip valandą - 3,4 proc. vyrų ir 1,4 proc. moterų. Vyrai ir moterys kelionei iki PSPĮ sugaišo panašiai.

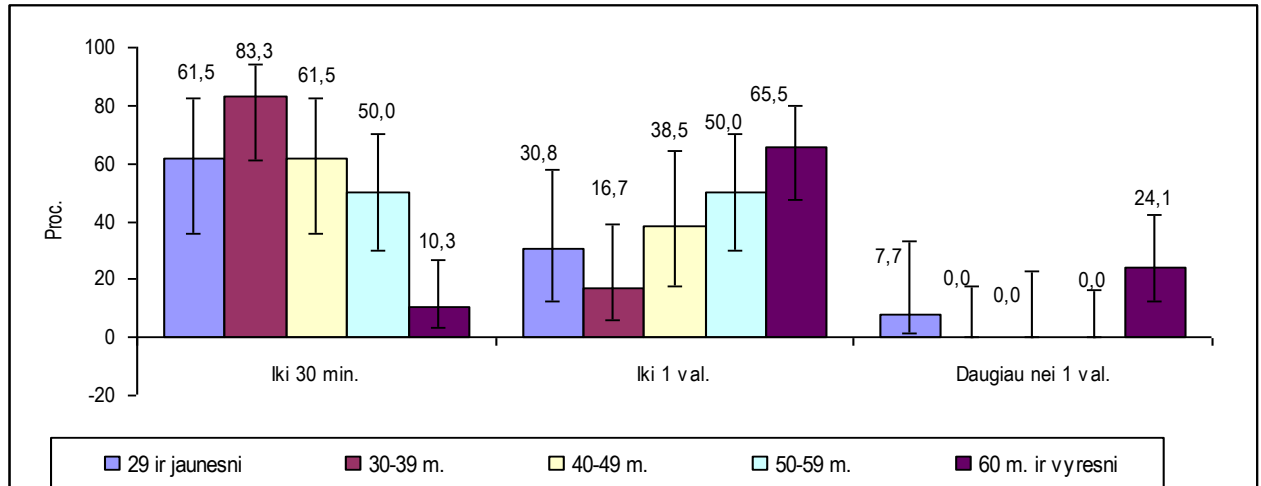
Nagrinėjant respondentų atsakymus pagal amžiaus grupes, gauti patikimi skirtumai ($\chi^2 = 58,502$, $lks=8$, $p=0,000$). Nustatyta, kad iki 30 min. sugaišta trys ketvirtadaliai respondentų. Beveik vienodai procentais pasiskirstė trys amžiaus grupės iki 29 m. (87,7 proc.), 30-39 m. (88,1 proc.) ir 40-49 m. (87,5 proc.). Beveik pusė (49,0 proc.) 60 m. ir vyresnių respondentų atsakė, jog atvykimui jiems pakanka iki pusės valandos. Nagrinėjant miesto ir kaimo gyventojus, atsakymuose buvo nurodyta, kad iki 30 min. kelionei sugaišta (85,5 proc.) miesto gyventojų, iš jų mažiausiai (65,2

proc.) vyresni negu 60 m. amžiaus. Tik (47,3 proc.) į PSPC per pusę valandos atvyksta iš kaimo. Tyrimo duomenys rodo, jog 30-39 m. amžiaus grupės kaimo žmonės atvyksta panašiai kaip mieste gyvenantys (83,3 proc.). O kaime gyvenančių 60 m. ir vyresnių žmonių per pusę valandos atvyksta tik (10,3 proc.). Dideli netolygumai sutinkami ir nagrinėjant grupę, kur kelionei iki UAB „Telšių sveikata“ sugaištama iki vienos valandos. Vidutiniškai tiek laiko sugaišta 22,5 proc. apklaustųjų. Šioje grupėje didžiausią procentą sudaro 60 m. ir vyresni., mažiausią - iki 29 m. amžiaus respondentai (11,1 proc.). Grupėje, kur respondentai atvykimui sugaišta iki 1 val. akivaizdžiai skiriasi atskirai miesto ir kaimo gyventojai (3.3 pav., 3.4 pav.).



$$\chi^2 = 31,386, \text{lls}=4, p=0,000$$

3.3 pav. Respondentų (miesto gyventojų) pasiskirstymas (proc.) pagal atvykimui į UAB „Telšių sveikata“ sugaištą laiką ir amžių



$$\chi^2 = 33,858, \text{ IIs} = 8, p = 0,000$$

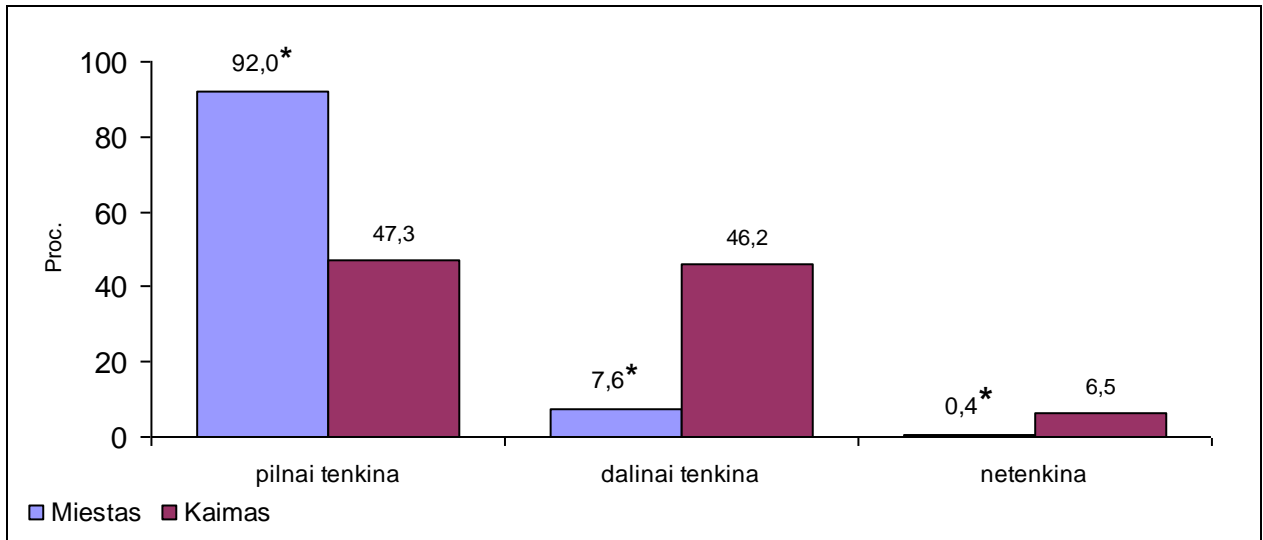
3.4 pav. Respondentų (kaimo gyventojų) pasiskirstymas (proc.) pagal atvykimui į UAB „Telšių sveikata“ sugaištą laiką ir amžių

Į klausimą, kaip respondentai vertina kelionės laiką iki PSPĮ buvo pateikti trys atsakymai: pilnai tenkina; dalinai tenkina; netenkina.

Analizuojant tarp miesto ir rajono gyventojų sugaišto laiko kelionei vertinimą, nustatyti statistikai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 87,522$, IIs=2, p=0,000). Nustatyta, kad (80,3 proc.) apklaustųjų yra visiškai patenkinti kelionės laiku, tai yra 92,0 proc. miesto ir 47,3 proc. kaimo gyventojų. Dalinai patenkinti yra 17,7 proc. respondentų. Tai 7,6 proc. miestiečių ir 46,2 proc. kaimo gyventojų. Kelionės laikas visiškai netenkina 0,4 proc. respondentų iš miesto ir 6,5 proc. iš kaimo (3.5 pav.). Taigi kelionės laiku dažniau patenkinti miesto negu kaimo gyventojai.

Pirminės sveikatos priežiūros netolygumai vis dar būna nulemti netinkamai pasirenkant vieną ar kitą sveikatos priežiūros įstaigą. Pacientai, dar prieš pasirinkdami turėtų įvertinti, ar ji patogiai pasiekama, kur patogiau gydytis – daugiau ar mažiau žmonių

aptarnaujančioje, arčiau ar toliau nuo kitų specialistų esančioje sveikatos priežiūros įstaigoje.



$\chi^2 = 58,502$, $lls=8$, $p=0,000$; *- $p<0,05$, lyginant su kaimo gyventojais

3.5 pav. Miesto ir kaimo respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal kelionę į UAB „Telšių sveikata“ sugaišto laiko vertinimą

Nagrinėdami gautus duomenis matome, kad kelionės laiku į UAB „Telšių sveikata“ panašiai patenkinti tiek vyrai, tiek moterys, gauti skirtumai statistikai nereikšmingi ($\chi^2 = 0,538$, $lls=2$, $p=0,764$). Kelionės laikas tenkina 80,1 proc. vyrų, 80,5 proc. moterų.

Pilnai patenkintų kelionės laiku mieste yra daugiau jaunų žmonių 97,1 proc. iki 29 m., 95,1 proc. 30-39 m. Kaime labiausiai patenkinti 50-59 m. respondentai – 70,0 proc. ir 30-39 m. – 61,1 proc. Skirtumai tarp amžiaus grupių mieste statistikai nereikšmingas, $p = 0,501 > 0,05$

Vertinant sveikatos priežiūros prieinamumą **teritoriniu** aspektu, matome, kad miesto gyventojai labiau patenkinti kelionės laiku iki UAB „Telšių sveikata, perpus mažiau teigiamai kelionės laiką vertina kaimo respondentai.

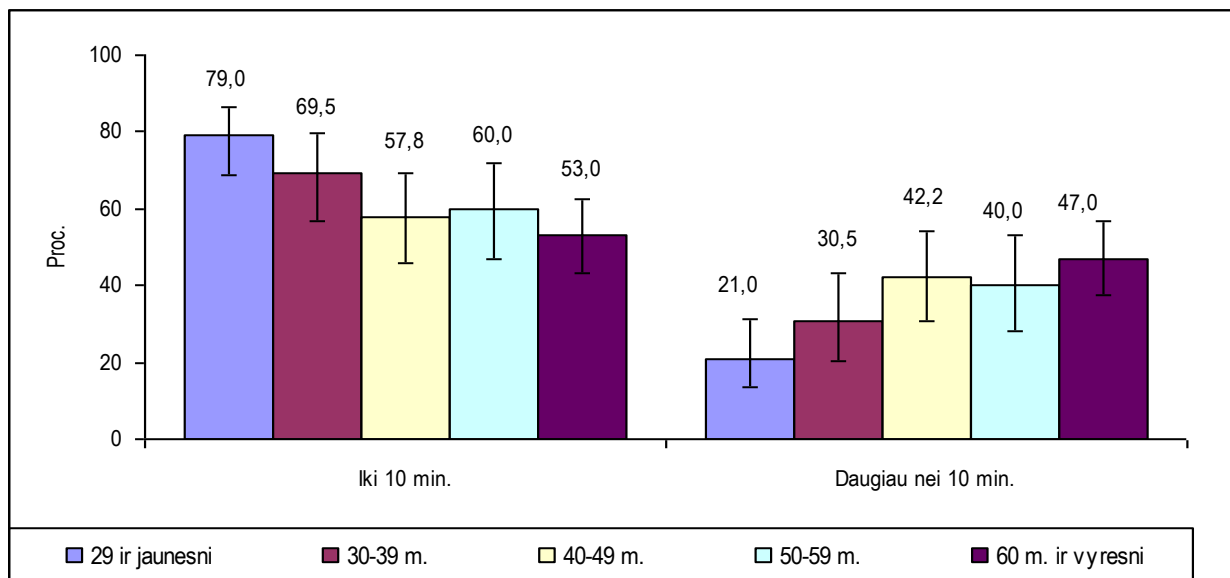
Pacientų požiūrį į sveikatos priežiūros **organizacinį** prieinamumą atspindi atsakymai į klausimą kiek laiko reikia laukti prie registratūros langelio, norint prisiregistruoti, o taip pat, ar respondentai registruojasi telefonu, kiek tenka laukti priėmimo prie gydytojo kabineto.

64,2 proc. respondentų nurodė, jog norėdami prisiregistruoti laukia iki 10 min. ir 35,8 proc. daugiau kaip 10 min.

Analizuojant respondentų atsakymus pagal laukimo laiką prie registratūros langelio ir gyvenamą vietą gauti nereikšmingi skirtumai ($\chi^2=0,034$, $lls=1$, $p=0,475$), Iki 10 min. registratūroje sugaišo 64,5 proc. miesto ir 63,4 proc. kaimo, o daugiau kaip 10 min. – 35,5 proc. miesto ir 36,6 proc. kaime gyvenančių apklaustųjų.

Nagrinėjant duomenis nustatyti nepatikimi skirtumai tarp laukimo laiko prie registratūros langelio ir lyties ($p=0,187$). Norint prisiregistruoti, prie registratūros langelio panašiai tenka laukti tiek vyrams, tiek moterims.

Statistikai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 =25,677$, $lls=8$, $p=0,004$) gauti tarp respondentų amžiaus. Duomenys rodo, kad norėdami prisiregistruoti, trumpiau laukė jaunesni respondentai (3.6 pav.).



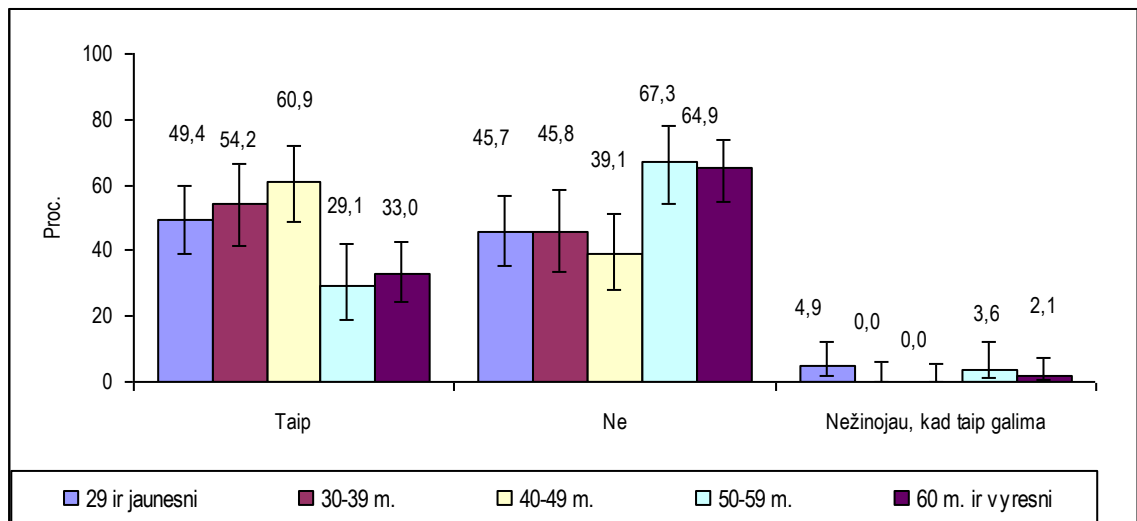
$$\chi^2 = 25,677, lls=8, p=0,004$$

3.6 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal laukimo prie registratūros langelio laiką ir amžių UAB „Telšių sveikata“

Pagal Lietuvoje atlikto mokslinio tyrimo duomenis, vertinant sugaištą laiką registratūroje, daugiau kaip du trečdaliai (73,6 proc.) apklausoje dalyvavusių respondentų pažymėjo, jog registratūroje laukė trumpai [29]. Mūsų tyrimo duomenimis, norėdami prisiregistruoti iki 10 min. prie registratūros langelio laukė 64,2 proc. respondentų.

Statistikai reikšmingų skirtumų vertinant respondentų prisiregistravimą telefonu pagal lytį, nebuvo nustatyta ($\chi^2 = 1,777$, IIs=2, p=0,411).

Vertinant pagal amžiaus grupes, skirtumai patikimi ($\chi^2 = 25,677$, IIs=7, p= 0,001). Nustatyta, jog telefonu registruojasi mažiau negu pusė (44,7 proc.) respondentų. Nežinoję, kad telefonu galima prisiregistruoti, nurodė tik 2,2 proc. respondentų (3.7 pav.).



$\chi^2 = 25,677$, IIs=7, p=0,001

3.7 pav. Respondentų pasiskirstymas proc. pagal registravimąsi telefonu ir amžių UAB „Telšių sveikata“

Nagrinėjant ar respondentai patenkinti registracijos pas gydytojus tvarka daugiausia gauti nepatikimi, statistikai nereikšmingi skirtumai. Tarp patenkinimo registracijos tvarka ir lyties skirtumas nereikšmingas

($\chi^2 = 4,353$, $lls=2$, $p=0,113$). Skirtumas statistikai nepatikimas ir tarp amžiaus bei pasitenkinimo registracijos tvarka ($\chi^2 = 12,597$, $lls=8$, $p=0,127$).

Pagal gautus rezultatus galime daryti išvadą, jog patenkinti registracijos pas gydytojus tvarka yra daugmaž vienodai visi respondentai.

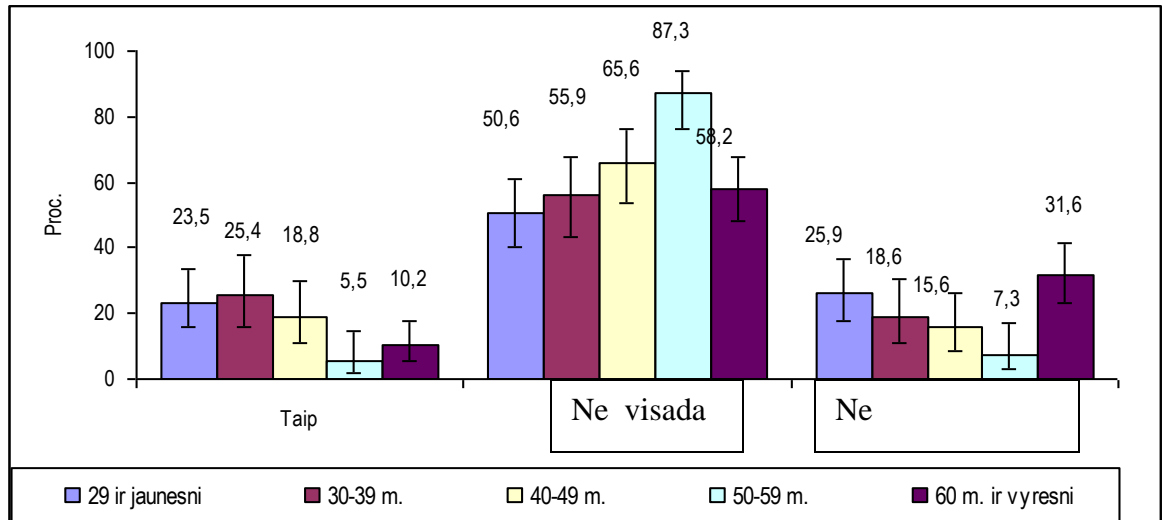
Organizacinis pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas nustatomas analizuojant ir šiuos tyrimo duomenis: ar respondentai pas gydytoją patenka talone nurodytu laiku bei kiek laiko tenka laukti nurodytu laiku nepatekus.

Tyrimo metu nustatyta, jog pas gydytoją talone nurodytu laiku UAB „Telšių sveikata“ patenka 16,6 proc., ne visada patenka 61,7 proc., laiku nepatenka 21,7 proc. respondentų. Iš tyrimo duomenų matyti, kad laiku pas gydytoją patenka tik šeštadalis respondentų. Laiku pas gydytoją patenka 17,9 proc. miesto ir 12,9 proc. kaimo respondentų, skirtumas yra, tačiau statistikai nereikšmingas. Gal rezultatus kiek iškreipia atsakymas „ne visada“.

Likusieji respondentai yra priversti laukti prie gydytojo kabineto durų.

Nagrinėdami tyrimo duomenis, nustatėme statistikai nereikšmingą skirtumą tarp lyties ir paciento patekimo pas gydytoją talone nurodytu laiku ($\chi^2 = 2,005$, $lls=6$, $p=0,367$).

Analizuojant pacientų patekimą pas gydytoją pagal talone nurodytą laiką ir amžių nustatyti statistikai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 31,720$, $lls=8$, $p=0,000$). Daugiausia pas gydytoją talone nurodytu laiku patenka 30-39 m. amžiaus respondentai. Nepatenkančių daugiausia yra 60 m. ir vyresnio amžiaus respondentų (3.8 pav.).



$$\chi^2=31,720, \text{ IIs}=8, p=0,000$$

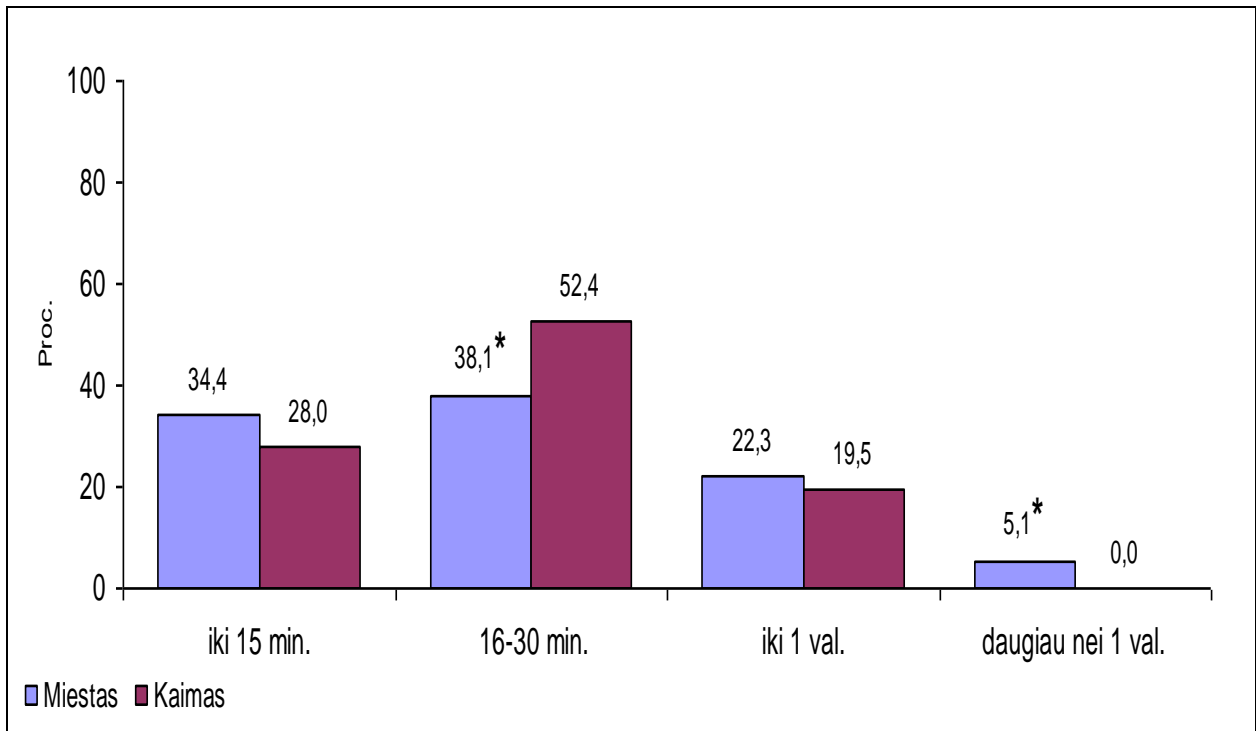
3.8 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal patekimą pas gydytoją talone nurodytu laiku ir amžiu

Analizės metu, palyginus kaimo ir miesto apklaustųjų duomenis didelių netolygumų nepastebėta. Abiejų grupių respondentai panašiai (miesto 61,1 proc., kaimo 63,4 proc.) ne visada talone nurodytu laiku patenka pas gydytoją. Kiek daugiau miesto respondentų (17,9 proc.) pas gydytoją patenkančių talone nurodytu laiku, negu kaimo (12,9 proc.). Tarp nurodytu laiku nepatenkančių pas gydytoją, taip pat nėra reikšmingo skirtumo (mieste 21,0 proc., kaime 23,7 proc.). Likusieji respondentai yra priversti laukti prie gydytojo kabineto durų. Lietuvoje atlikti tyrimai, vertinę šiuos aspektus poliklinikose, rodo, jog pagrindinės problemos yra tarp vadinamo „pirmojo kontakto“ vietoje – registratūroje, kuriose pacientai neretai susiduria su eilėmis, bei eilės prie gydytojų kabinetų durų [21].

Talone nurodytu laiku pas gydytoją nepatekusių respondentų apklausos anketoje buvo prašoma atsakyti, kiek laiko jiems tenka laukti prie gydytojo kabineto durų. Apklausos anketoje buvo pateikti keturi atsakymų variantai: iki 15 min., 16-30 min., iki 1 val., daugiau kaip 1 val.

Statistikai reikšmingi skirtumai gauti tiriant laukimo laiką prie gydytojo kabineto durų ir gyvenamąją vietą ($\chi^2=8,035$, $lls=3$, $p=0,045$).

Jei iki 15 min. laukiantys respondentai ne reikšmingai skyrėsi (34,4 proc. kaimo, 28,0 proc. miesto), tai 16-30 min. laukė 38,1 proc. miesto ir net 52,4 proc. kaimo respondentų. Prie gydytojo kabineto durų iki 1 val. laukė 22,3 proc. miesto ir 19,5 proc. kaimo. Daugiau kaip valandą laukė 3,7 proc. respondentų, t.y. 5,1 proc. miesto respondentų (3.9 pav.).



$\chi^2 = 8,035$, $lls=3$, $p=0,45$; *- $p < 0,05$ lyginant su kaimo gyventojais

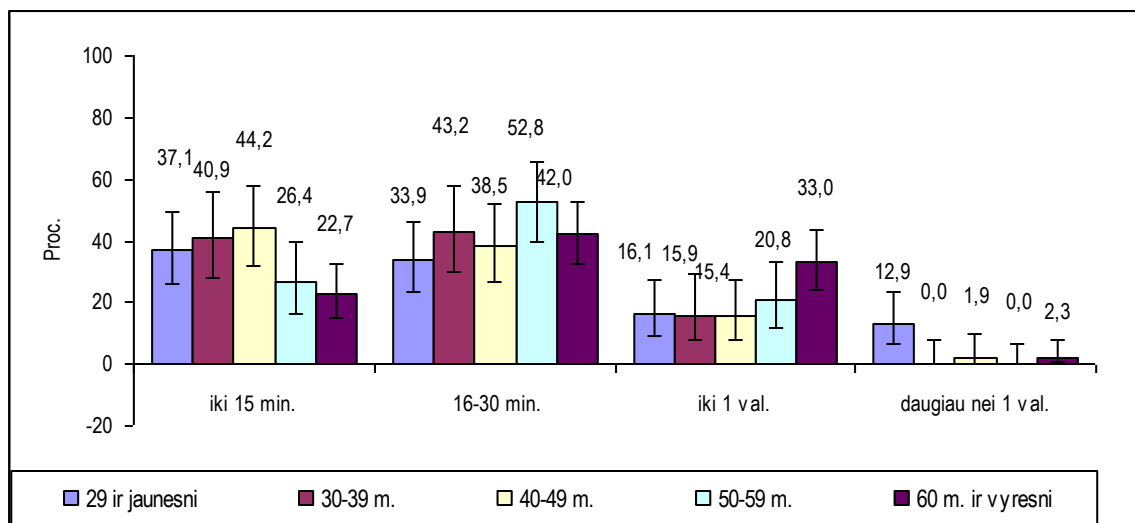
3.9 pav. Respondentų pasiskirstymas proc. pagal laukimo laiką prie gydytojo kabineto durų ir gyvenamąją vietą

Vertinant respondentų laukimo laiką prie gydytojo kabineto pagal lytį gauti statistikai reikšmingi skirtumai ($\chi^2=8,592$, $lls=3$, $p=0,035$). Skyrėsi daugiau kaip valandą laukiantys. Iš viso jų buvo 3,7 proc. respondentų. Vyru, laukiančių ilgiau kaip valandą

buvo 7,5 proc., o moterų laukė ilgiau kaip 1 val. tik 1,1 proc. Norėdami patekti pas gydytoją vyrai laukia ilgiau negu moterys.

Analizuojant duomenis pagal tai, kiek laiko respondentai laukia prie gydytojo kabineto durų ir amžiaus, nustatyti statistikai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 35,807$, $lls=12$, $p=0,000$).

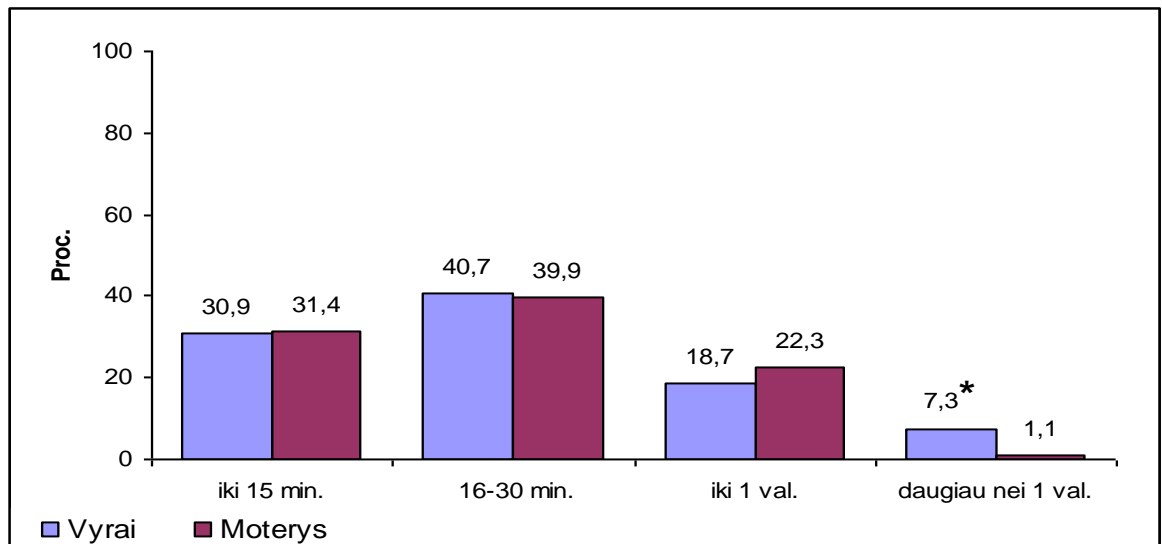
Nustatyta, kad iki 15 min. prie gydytojo kabineto laukia 32,8 proc. respondentų, daugiausia respondentų (41,8 proc.) laukia 16-30 min., iki 1 val. – 21,7 proc. respondentų ir daugiau kaip 1 val. – 3,7 proc. Trumpiausiai iki 15 min. laukia 44,2 proc. 40-49 m., 40,9 proc. 30-39 m., 37,1 proc. iki 29 m., 26,4 proc. 50-59 m. ir 22,7 proc. 60 m. ir vyresnių respondentų. Daugiau kaip valandą prie gydytojo kabineto laukė 3,7 proc. apklaustųjų. Daugiausia tokių buvo iki 29 m. (12,9 proc.). Taip pat 1,9 proc. 40-49 m. ir 2,3 proc. 60 m. ir vyresnių (3.10 pav.). Trumpiausiai prie gydytojo kabineto 30-39 m. amžiaus respondentai - 40,9 proc. iki 15 min., 43,2 proc. 16-30 min. ir 15,9 proc. iki 1 val.



$$\chi^2=35,807, ll=12, p=0,000$$

3.10 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal amžių ir laukimo laiką prie gydytojo kabineto durų

Atskirai analizuojant miesto respondentus pagal laukimo laiką prie gydytojo kabineto ir lyties nustatyti reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 10,540$, $l/s = 1,5$, $p = 0,014$). Didesni skirtumai gauti daugiau kaip valandą laukiančių grupėje. Tokį laiką laukiančių vyrų buvo daugiau (11,0 proc.) ir 1,5 proc. moterų (3.11 pav.).



$\chi^2 = 10,540$, $l/s = 1,5$, $p = 0,014$; *- $p < 0,05$ lyginant su moterimis

3.11 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal lytį ir laukimo laiką prie gydytojo kabineto durų

Miesto respondentus nagrinėjant pagal amžiaus grupes nustatyti patikimi skirtumai ($\chi^2 = 25,980$, $l/s = 12$, $p = 0,011$). Prie gydytojo kabineto durų iki pusės valandos laukė 72,4 proc. respondentų, iš jų 34,4 proc. iki 15 min., bei 38,1 proc. 16-30 min. Šį laiką laukusieji amžiaus grupėse pasiskirstė labai panašiai. Žymesnių skirtumų tarp amžiaus grupių aptikta tik nagrinėjant pacientų laukusių iki 1 val. ir laukusių daugiau kaip 1 val. Iki 1 val. laukė 22,3 proc. respondentų. Ilgiausiai prie gydytojo kabineto durų laukė 60 m. ir vyresni (32,8 proc.) ir 50-59 m. (32,3 proc.) amžiaus

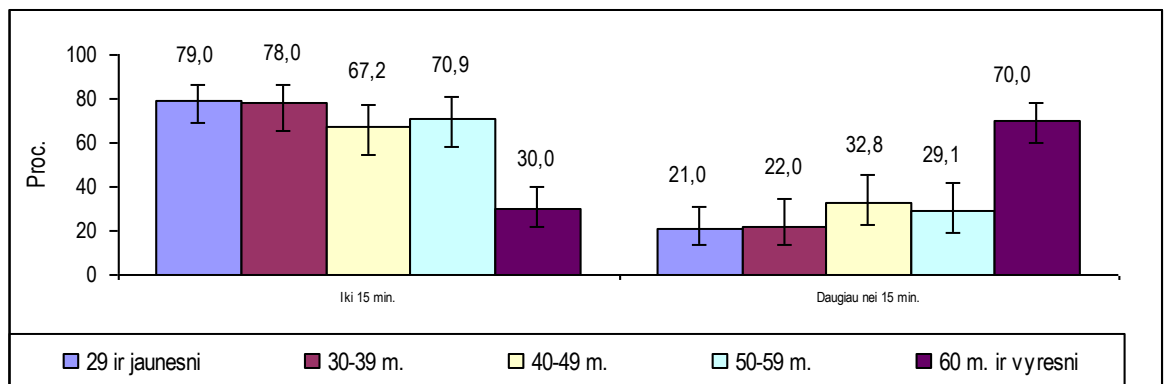
respondentai. Mažiausiai laukė jauniausi iki 29 m. (11,5 proc.) ir 12,5 proc. 40-49 m. respondentai.

Reikšmingi skirtumai nustatyti nagrinėjant kaimo respondentų laukimo laiką prie gydytojo kabineto durų ir amžių ($\chi^2=32,201$, IIs=8, $p=0,000$).

Iki 15 min. prie gydytojo kabineto laukė lygai pusė (50 proc.) 29 m. ir jaunesnių, 58,3 proc. 40-49 m., 38,5 proc. 30-39 m., 15,0 proc. 50-59 m. ir 11,1 proc. 60 m. ir vyresnių respondentų. Net 52,4 proc. kaimo respondentų laukė 16-30 min. Tai 85,0 proc. 50-59 m., 61,5 proc. 30-39 m., 55,6 proc. 60 ir vyresni, 16,7 proc. 40-49 m., ir 10,0 proc. jaunesni kaip 29 m. amžiaus. 19,5 proc. apklaustųjų laukė iki 1 valandos. 60 m. ir vyresnių buvo 33,3 proc., 40-46 m. – 25,0 proc. ir 29 m. ir jaunesnių 40,0 proc. 30-39 m. ir 50-59 m. amžiaus nebuvo nė vieno respondento. Taip pat nebuvo nė vieno kaimo respondento, laukusio prie gydytojo kabineto daugiau kaip valandą. Vyresni, taip pat kaimo respondentai prie gydytojo durų laukia ilgiau.

Nagrinėjant nerasta reikšmingo skirtumo tarp respondentų lyties ir kiek laiko trunka priėmimas pas gydytoją ($\chi^2=1,356$, IIs=1, $p=0,146$).

Reikšmingi skirtumai nustatyti tarp amžiaus grupės ir vizito pas gydytoją trukmę ($\chi^2=65,725$, IIs=4, $p=0,000$). Pagal tyrimo rezultatus galima teigti, kad didėjant amžiui ilgėja vizito pas gydytoją laikas. Jei 81,5 proc. jauniausios grupės (iki 29 m.) respondentų pas gydytoją sugaišo iki 15 min., tai vyriausios grupės (60 m. ir vyresnių) tiek sugaišusių buvo tik 30,0 proc. (3.12 pav).



$$\chi^2 = 65,725, \text{ IIs}=4, p=0,000$$

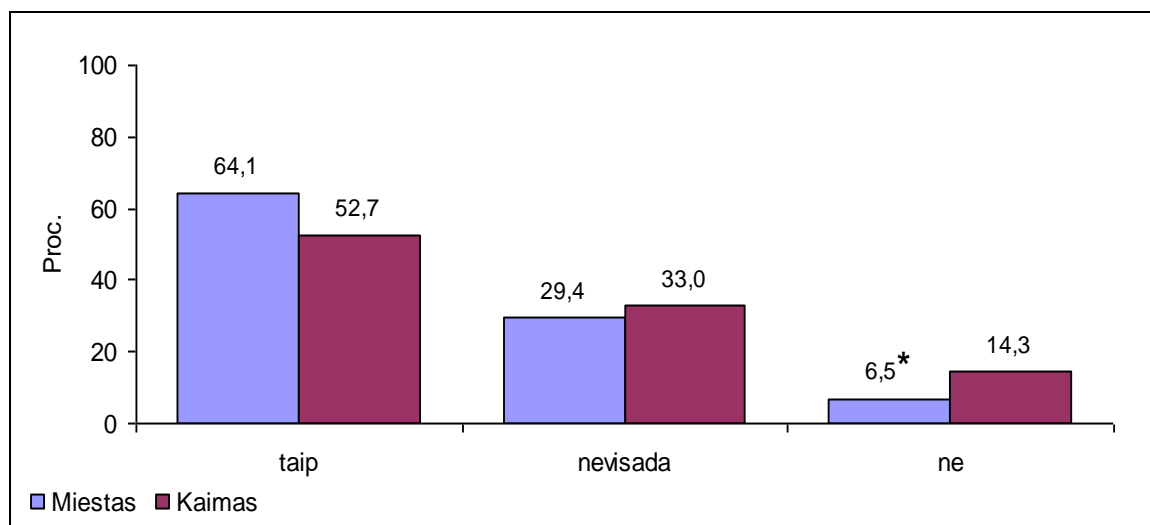
3.12 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal amžių ir vizito pas gydytoją trukmės

Statistikai nereikšmingi skirtumai gauti tarp respondentų priėmimo pas gydytoją laiko ir lyties ($p>0,05$).

Pacientų požiūriui ne mažiau svarbūs ir **ekonominiai** sveikatos priežiūros paslaugų barjerai.

Ekonominis prieinamumas siekia atsakyti į klausimus, kiek gyventojams tenka mokėti ir primokėti už sveikatos paslaugas [38]. Iš respondentams apklausos anketoje pateiktų klausimų ekonominį prieinamumą atspindi klausimas – ar jums užtenka pinigų vaistams įsigyti.

Nagrinėjant respondentų atsakymus nustatyta, kad lėšų užteko 64,1 proc. miesto ir 52,7 proc. kaimo respondentų, ne visada lėšų pakako 29,4 proc. miesto ir 33,0 proc. kaimo apklaustųjų, nepakako – 6,5 proc. miesto ir 14,3 proc. kaimo respondentų. Finansiškai pajėgesni miesto respondentai (3.13 pav.).



$\chi^2=6,545$; $l/s=2$ $p=0,038$; * $-p<0.05$ lyginant su kaimu

3.13 pav. Miesto ir kaimo respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal galimybę įsigyti vaistų

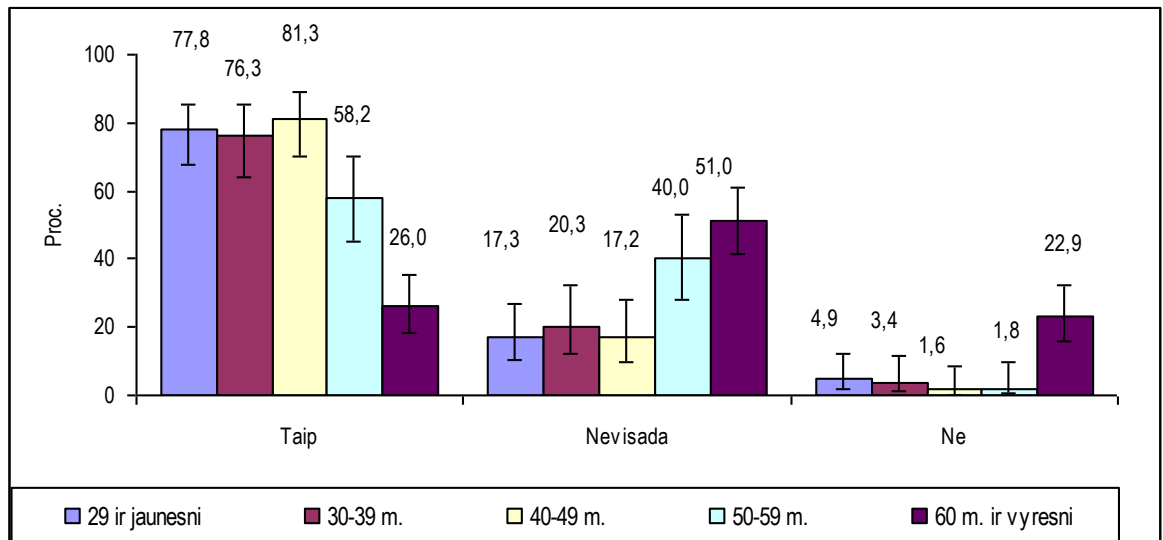
Analizuojant tyrimo duomenis pagal galimybę įsigyti vaistų ir lytį nustatyti statistikai reikšmingi ($\chi^2=17,757$, $l/s=2$, $p=0,000$). Visada pakako pinigų 72,2 proc. vyrų, 18,1 proc. ne visada pakako ir 9,7 proc. nepakako. Moterims pinigų užteko 53,8 proc., ne visada - 39,0 proc ir neužteko - 7,1 proc. Vyrai nurodė esantys finansiškai pajėgesni įsigyjant vaistus.

Analizuojant miesto respondentų duomenis pagal lytį ir galimybę įsigyti vaistų, gauti reikšmingi skirtumai ($\chi^2=14,406$, $l/s=2$, $p=0,001$). Visada pinigų užteko 76,9 proc. vyrų ir 55,7 proc. moterų, ne visada - 16,3 proc. vyrų ir 38,0 proc. moterų, neužteko 6,7 proc. vyrų ir 6,3 proc. moterų. Visada vaistams įsigyti pinigų dažniau turi vyrai.

Nagrinėjant kaimo respondentus pagal lytį gauti nepatikimi skirtumai ($\chi^2=4,891$, $l/s=2$, $p=0,087$).

Nagrinėjant tyrimo rezultatus, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai pagal amžiaus grupes ($\chi^2=88,064$, $l/s=8$, $p=0,000$). Pinigų vaistams įsigyti užteko 61,1 proc., ne visada užteko 30,4 proc. neužteko 8,5 proc. 29 m. ir jaunesniems pinigų užteko 77,8 proc., ne visada užteko 17,3 proc., neužteko 4,9 proc. 30-39 m. respondentams lėšų pakako 76,3 proc., ne visada pakako 20,3 proc., nepakako 3,4 proc. 40-49 m. pinigų pakako 81,3 proc., ne visada - 17,2 proc., nepakako 1,6 proc. 50-59 m. pinigų užteko 58,2., ne visada 40,0 proc., neužteko 1,8 proc. 60 m. ir vyresnių grupėje pinigų vaistams įsigyti užteko 26,0 proc. ne visada užteko 51,0 proc., neužteko 22,9 proc. Tyrimo rezultatai rodo, kad vyriausios grupės respondentai yra mažiausiai pajėgūs visada nusipirkti vaistų (26,0 proc.), panašus procentas šios grupės respondentų nurodė neužtenkantys pinigų vaistams. 60 m. ir vyresni respondentai yra ligoti, neretai mažas pajamas gaunantys asmenys. Jiems reikia pirkti daug vaistų,

todėl dažnai nepakanka lėšų. Pajėgiausi vaistus nusipirkti yra 40-49 m. respondentai (3.14 pav.).



$$\chi^2=88,064, \text{ IIs}=8, p=0,000$$

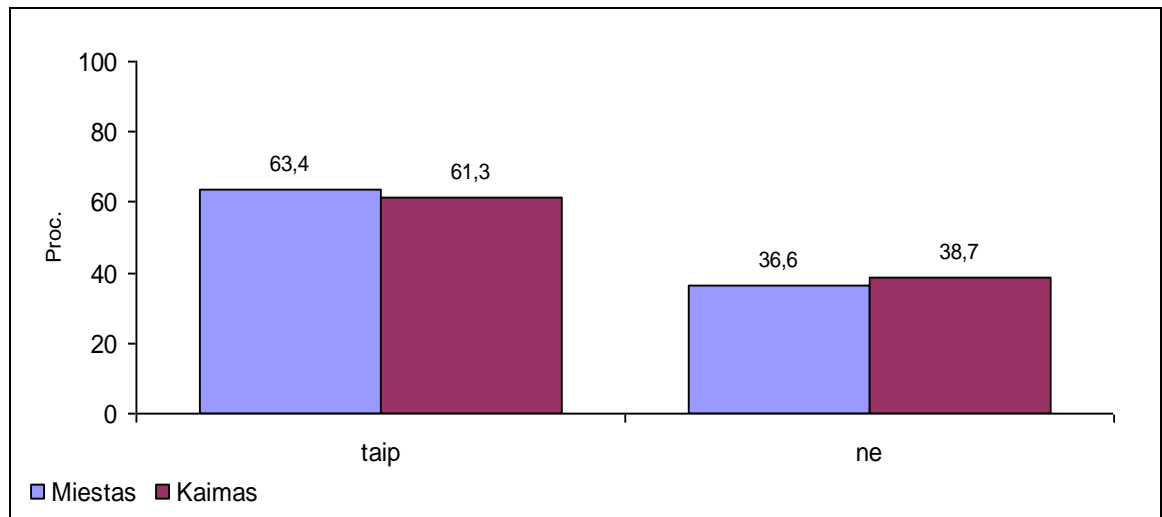
3.14 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal amžių ir galimybę įsigyti vaistų

Analizuojant miesto respondentus pagal amžių ir galimybę įsigyti vaistų, nustatyti statistikai reikšmingi skirtumai ($\chi^2=52,346$, IIs=8, $p=0,000$). Mažiausiai 29,0 proc. visada galinčių nusipirkti vaistų yra vyriausių grupėje (60 m. ir vyresni). Pinigų dažniausiai visada užtenka 40-49 m. amžiaus grupei.

Nagrinėjant kaimo respondentus pagal amžių, taip pat nustatyti statistikai reikšmingi skirtumai ($\chi^2=45,204$, IIs=8, $p=0,000$). Šio tyrimo duomenys rodo, kad labiausiai finansiškai pajėgūs nusipirkti vaistų yra 40-49 m. ir 30-39 m. kaimo respondentai. Mažiausiai pinigų vaistams įsigyti turi vyriausi kaimo respondentai, beveik kas antras pareiškė negalintis nusipirkti reikiamų vaistų.

Analizuojant tyrimo duomenis nustatyta, kad respondentų dalis, kuriai pakanka pinigų vaistams įsigyti, statistikai reikšmingai mažėjo didėjant amžiui. Nagrinėjant miesto ir kaimo respondentus ši tendencija nepakito.

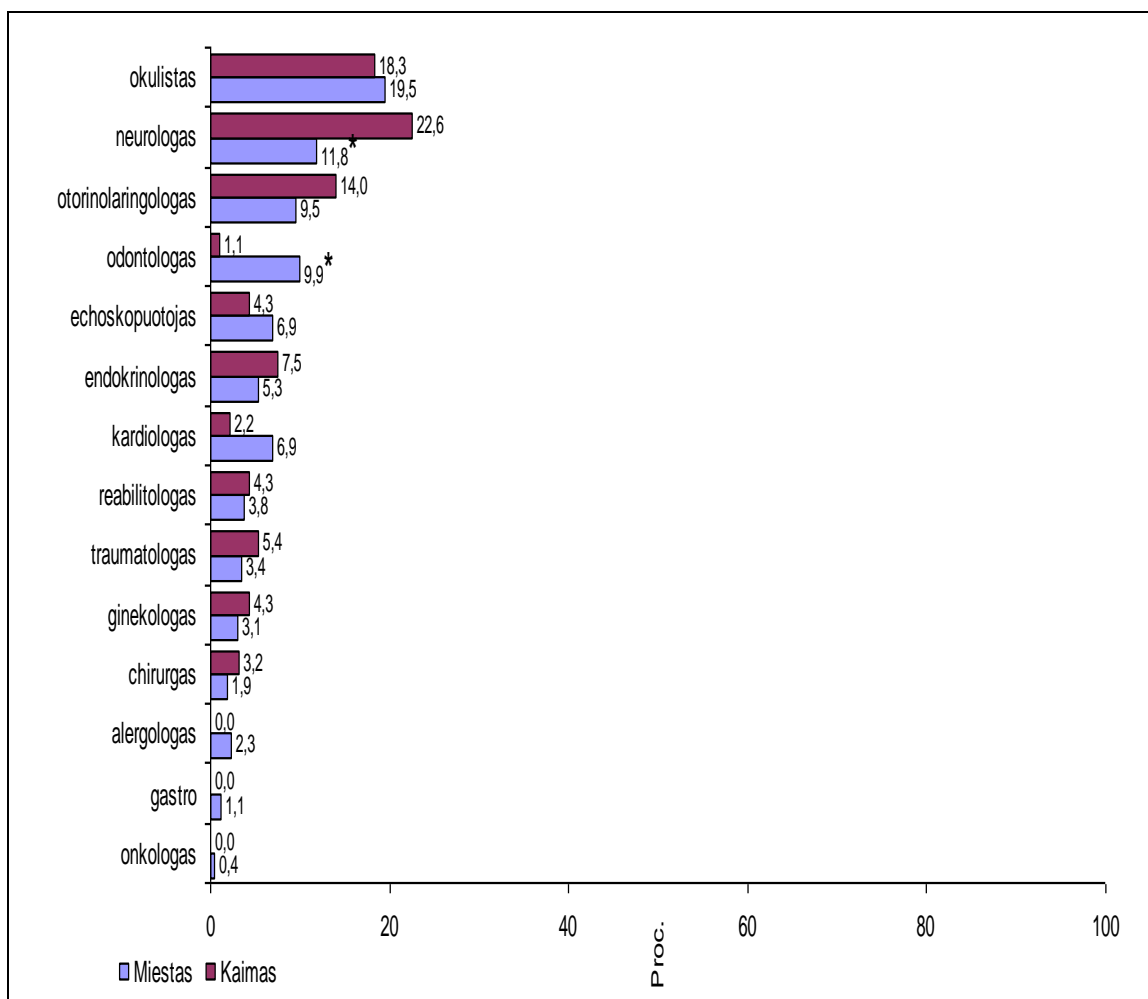
Tyrimo duomenys rodo, kad per pastaruosius 12 mėn. į privačius gydytojus specialistus nesikreipė 36,9 proc. apklaustųjų 37,0 proc. miesto ir 36,6 proc. kaimo respondentų.. Nėra reikšmingų skirtumų tarp kreipimosi į privačius gydytojus-specialistus per pastaruosius 12 mėn. ir gyvenamosios vietos $\chi^2 = 0,083$, IIs = 1, p = 0,773 (3.15 pav.). Panašiai kreipiasi tiek miesto (63,4 proc.), tiek kaimo (61,3 proc.) respondentai.



$\chi^2 = 0,083$, IIs = 1, p = 0,773

3.15 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal kreipimąsi į privačius gydytojus-specialistus ir gyvenamąją vietą

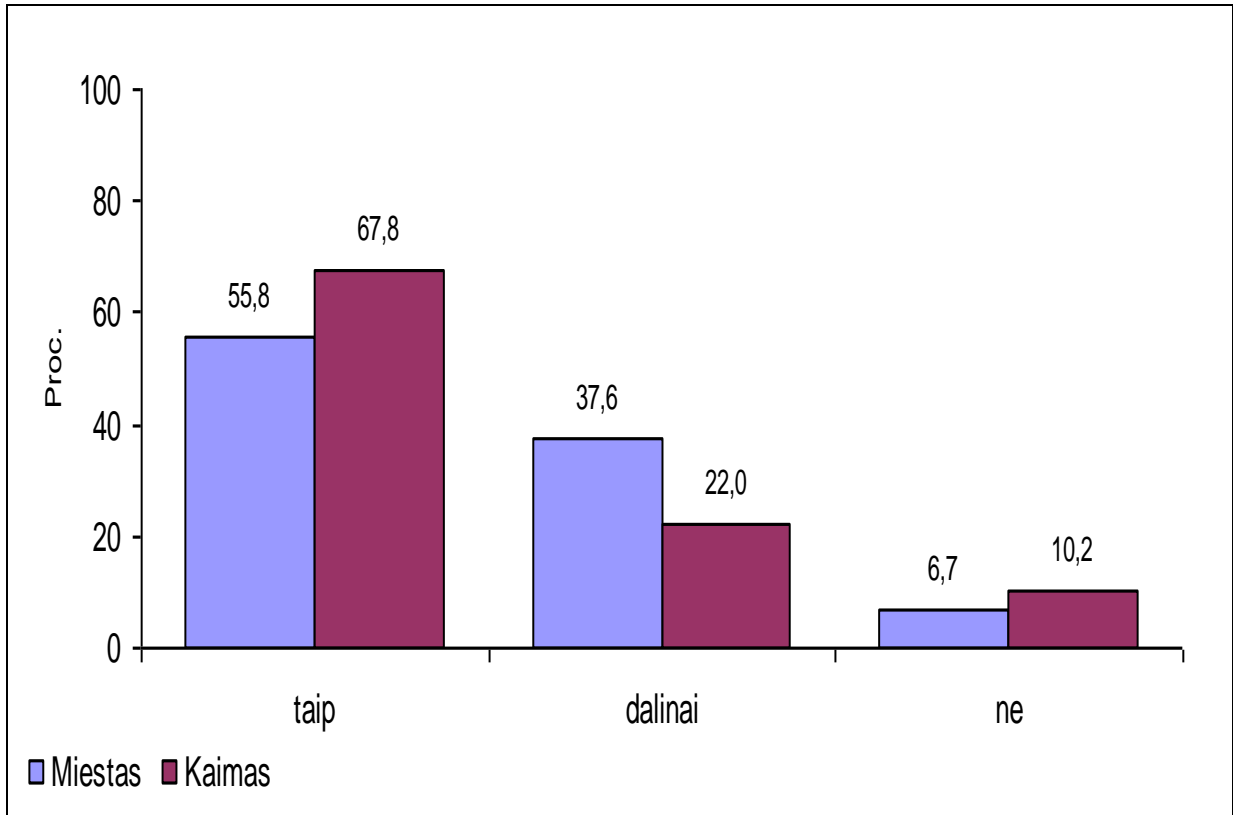
Duomenų analizė parodė, jog dažniausiai kaimo gyventojai privačiai kreipiasi pas neurologą (22,6 proc.), kai tuo tarpu pas šį specialistą kreipiasi tik 11,8 proc. mieste gyvenančių respondentų. Apie penktadalis respondentų (19,5 proc. miesto ir 18,3 proc. kaimo) naudojami mokamomis okulisto paslaugomis. Miesto respondentai žymiai dažniau 9,9 proc. negu kaimo 1,1 proc. naudojami odontologų paslaugomis (3.16 pav.).



*- $p < 0,05$ lyginant su kaimu

3.16 pav. Respondentų (proc.) kreipimasis į atskirus privačius gydytojus-specialistus pagal gyvenamąją vietą.

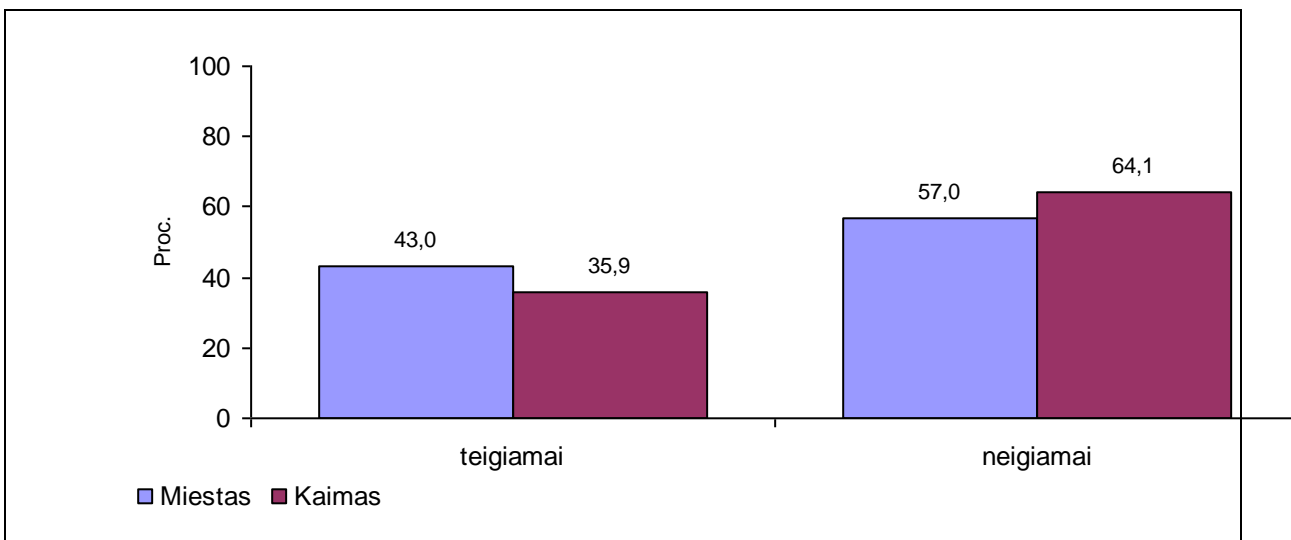
Analizuojant respondentų pasitenkinimą mokamų gydytojų – specialistų paslaugomis pagal gyvenamąją vietą statistikai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Patenkinti šiomis paslaugomis liko 67,8 proc. kaimo ir 55,8 proc. miesto respondentų (3.17 pav.).



$\chi^2=4,907$; IIs=2 p=0,086

3.17 pav. Respondentų (proc.) pasitenkinimas privačių gydytojų-specialistų konsultacijomis pagal gyvenamąją vietą

Vertinant mokamų gydytojų-specialistų konsultacijų prieinamumą finansiniu požiūriu, nustatyti statistikai nereikšmingi skirtumai $p>0,05$. Teigiamai vertina mokamų gydytojų – specialistų konsultacijų prieinamumą finansiniu požiūriu 43,0 proc. kaimo gyventojų ir 35,9 proc. miesto gyventojų (3.18 pav.).



$\chi^2=1,409$; $lks=1$; $p=0,235$

3.18 pav. Respondentų (proc.) pasitenkinimas privačių gydytojų-specialistų konsultacijomis finansiniu požiūriu pagal gyvenamąją vietą

Į privačius gydytojus – specialistus panašiai kreipiasi miesto ir kaimo respondentai. Kaimo gyventojai dažniau (22,6 proc.) negu miestiečiai (11,8 proc.) kreipiasi į neurologą, miesto gyventojai dažniau lankosi pas odontologą (9,9 proc. ir 1,1 proc.). Gydytojų – specialistų konsultacijomis apamai bei finansiniu požiūriu panašiai patenkinti tiek kaimo, tiek miesto respondentai.

3.2 Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo socialiniai netolygumai

Socialinius netolygumus nustatėme atsižvelgdami į šeimines pajamas, išsimokslinimą ir pajamas, tenkančias vienam šeimos nariui.

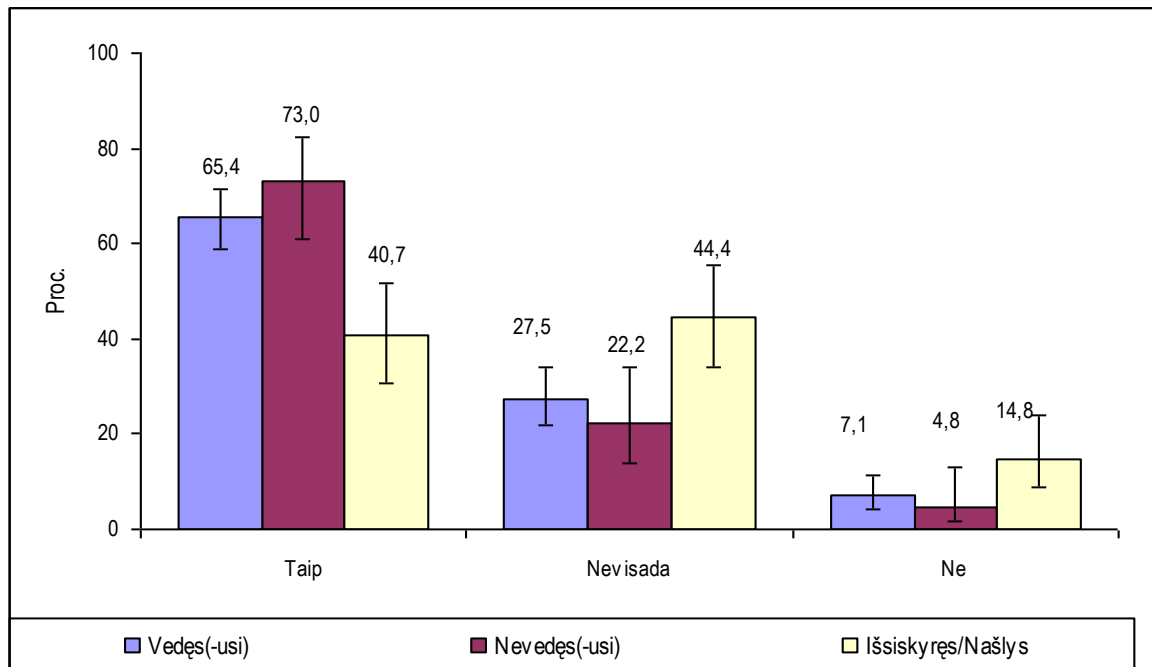
Reikšmingi skirtumai gauti išanalizavus kiek kartų per pastaruosius 12 mėn. respondentai kreipėsi į gydytoją ir šeimines pajamas $p=0,000$. Nevedę/netekėjusios į gydytoją kreipėsi rečiausiai (vidutiniškai 3,5 karto), išsiskyrę/našliai – 6,3 karto, o vedę ir ištekėjusios 5,0 karto

Lyginant atvykimui į UAB „Telšių sveikata“ sugaištą laiką ir šeimines pajamas reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta ($\chi^2=9,276$, $lks=4$, $p=0,055$).

Taip pat gauti statistikai nepatikimi skirtumai $p > 0,05$ lyginant atvykimui sugaišto laiko vertinimą, laukimą prie registratūros langelio, registravimosi telefonu, patekimo pas gydytoją nurodytu laiku ir šeiminės padėties. Analizuojant gautus duomenis, kiek teko laukti prie gydytojo kabineto durų ir šeiminės padėties skirtumai statistikai patikimi ($\chi^2=19,735$, $lfs=6$, $p=0,003$). Tik ketvirtadalis išsiskyrusių ir našlių laukė iki 15 min., o vedusių/ištekėjusių ir nevedusių/netekėjusių (35,1 proc. ir 35,3 proc.). Ilgiausiai teko laukti nevedusiems/netekėjusioms. Jų ketvirtadalis laukė iki 1 val. ir 11,8 proc. daugiau kaip valandą. Taigi prie gydytojo kabineto durų trumpiausiai laukia vedę/ištekėjusios respondentai.

Reikšmingi skirtumai gauti tarp laiko, kurį pacientas užtrunka pas gydytoją ir šeiminės padėties ($\chi^2=11,428$, $lfs=2$, $p=0,003$). Trumpiausiai pas gydytoją užtrunka nevedę/ netekėjusios (81,0 proc.), ilgiausiai 44,6 proc. išsiskyrusių ir našlių.

Vertinant tyrimo rezultatus pagal šeiminę padėtį ir galimybę apsirūpinti vaistais, jie skyrėsi patikimai ($\chi^2=20,166$, $lfs=4$, $p=0,000$). Visada pakanka pinigų 73,0 proc. nevedusių respondentų, 65,4 proc. vedusių bei 40 proc. našlių ir išsiskyrusių grupėse. Ne visada pakanka 22,2 proc. nevedusių, 27,5 proc. vedusių ir 44,4 proc. našlių ir išsiskyrusių respondentų grupėse. Nepakanka lėšų 4,8 proc. nevedusių, 7,1 proc. vedusių bei 14,8 proc. išsiskyrusių ir našlių respondentų grupėms. Rezultatai rodo, kad labiausiai finansiškai pajėgūs yra nevedę/netekėjusios. Finansiškai silpniausi yra našliai bei išsiskyre respondentai. Tai paaiškinama, nes šios grupės žmonėms dažnai tenka apsirūpinti ne tik patiems, bet ir pasirūpinti kitais šeimos nariais (3.19 pav.).



$\chi^2=20,166$, $lls=4$, $p=0,000$

3.19 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal galimybę įsigyti vaistų ir šeiminei padėti

Nagrinėjant gautus duomenis gauti statistikai reikšmingi skirtumai tarp kreipimosi į privačius gydytojus – specialistus ir šeiminei padėties ($\chi^2=10,121$, $lls=4$, $p=0,038$). Į privačius gydytojus – specialistus mažiausiai kreipėsi nevedę/netekėjusios (49,2 proc.), o vedusių bei išsiskyrusių ir našlių buvo apylygiai (65,4 proc. ir 61,6 proc.).

Tyrimo duomenys rodo, kad skirtumai tarp pasitenkinimo privačių gydytojų – specialistų konsultacijomis ir šeiminei padėties nepatikimi $p=0,069 > 0,05$.

Lyginant respondentų šeiminei padėti ir vertinimą privačių gydytojų – specialistų konsultacijų prieinamumą finansiniu požiūriu, gauti statistikai reikšmingi skirtumai ($\chi^2=20,628$, $lls=2$, $p=0,000$). Du

penktadaliai respondentų teigiamai vertina privačių gydytojų – specialistų prieinamumą finansiniu požiūriu ir trys penktadaliai neigiamai. Daugiausia finansiniu požiūriu neigiamai privačių gydytojų konsultacijas vertina išsiskyre ir našliai (76,8 proc.). Daugiausia teigiamai vertusių privačių gydytojų konsultacijų prieinamumą finansiniu požiūriu buvo nevedusių/netekėjusių respondentų (60,7). Vedę /ištekėjusios kiek mažiau vertino teigiamai (42,0 proc.), negu neigiamai (58,0 proc.).

Lyginant respondentų apsilankymų pas gydytoją dažnumą per pastaruosius metus ir išsimokslinimą gauti statistikai patikimi skirtumai $p=0,029<0,05$. Aukštesnį išsimokslinimą turintys respondentai vidutiniškai rečiau kreipiasi į gydytoją, negu žemesnį išsimokslinimą turintys. 4,6 karto turintys aukštąjį, 5,9 karto pradinį ir nebaigtą vidurinį išsimokslinimą turintys respondentai.

Pagal išsimokslinimą ir sugaištą laiką kelionei gauti reikšmingi skirtumai ($\chi^2=34,948$, $lls=6$, $p=0,000$). Mažiausiai sugaištančių (iki 30 min.) daugiausia yra tų, kurie turi aukštąjį išsimokslinimą 87,2 proc. Tačiau tarp aukštąjį išsimokslinimą turinčių daugiausia yra ir ilgiausiai (daugiau kaip 1 val.) sugaištančių (5,1 proc.). Aukštesnį išsimokslinimą turintys 84,5 proc. sugaišo iki 30 min. ir 15,5 proc. iki 1 val. Puse pradinį ir nebaigtą vidurinį išsimokslinimą turinčių sugaišo iki 30 min. ir 3,8 proc. daugiau kaip 1 val., likusieji šios grupės respondentai sugaišo iki 1 val.

Pagal išsimokslinimą ir pasitenkinimą kelionės laiku gauti patikimi skirtumai ($\chi^2=26,792$, $lls=6$, $p=0,000$). Kelionės laikas į UAB „Telšių sveikata“ pilnai tenkina 91,8 proc. aukštesnįjį bei 84,6 proc. aukštąjį ir tik 60,4 proc. pradinį išsimokslinimą turinčius respondentes. Visai netenkina tik 7,5 proc. pradinį ir 2,1 proc. vidurinį ir spec. vidurinį išsimokslinimą turinčius respondentes. Kadangi aukštesnįjį išsimokslinimą turintys respondentai mažiau laiko sugaišo, tai jie labiau patenkinti kelinės laiku.

Statistikai patikimi skirtumai gauti analizuojant laukimo laiką registratūroje norint prisiregistruoti ir išsimokslinimą ($\chi^2=21,320$, IIs=3, $p=0,000$). Iki 10 min. nurodė laukiantys 63,6 proc., daugiau kaip 10 min. 36,4 proc. apklaustųjų. Trumpiau laukia aukštesnįjį (76,5 proc.) ir aukštąjį (75,6 proc.) išsimokslinimą turintys respondentai, negu vidurinį ir spec. vidurinį (55,3 proc.) bei pradinį ir nebaigtą vidurinį (47,2 proc.) turintys.

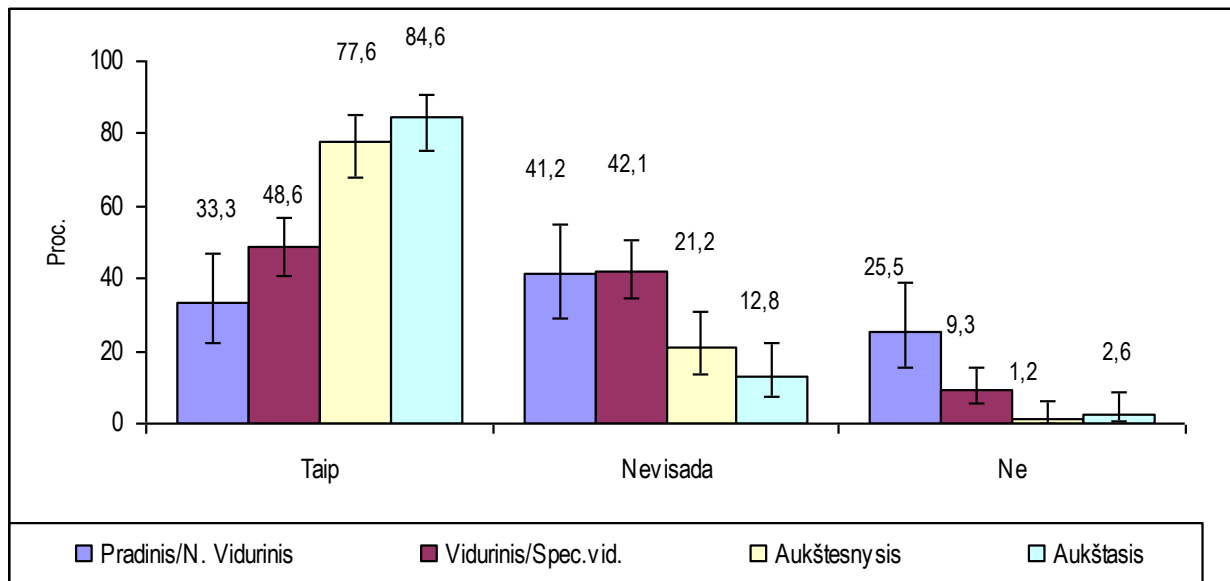
Analizuojant rezultatus pagal išsimokslinimą ir registravimąsi telefonu, gauti reikšmingi skirtumai ($\chi^2=36,189$, IIs=6, $p=0,000$). Jie rodo, jog aukštesnį išsimokslinimą turintys dažniau registruojasi telefonu. Aukštąjį išsimokslinimą turinčių telefonu registruojasi 67,9 proc. vidurinį ir spec. vidurinį – 28,8 proc.

Nagrinėjant rezultatus pagal išsimokslinimą ir patekimą pas gydytoją registravimo talone nurodytu laiku, gauti statistikai patikimi skirtumai ($\chi^2=33,491$, IIs=6, $p=0,000$). Talone nurodytu laiku pas gydytoją patenka penkis kartus daugiau aukštąjį išsimokslinimą turinčių respondentų (26,9 proc.) negu pradinį ir nebaigtą vidurinį išsimokslinimą turintys (5,7 proc.). Ne visada laiku pas gydytoją patenka apie 60 proc. įvairių išsimokslinimą turinčių respondentų. Laiku nepatenka 35,8 proc. pradinį ir nebaigtą vidurinį turintys, 27,9 proc. vidurinį ir spec. vidurinį turintys, 9,4 proc. aukštesnįjį ir 14,1 proc. aukštąjį išsimokslinimą turintys respondentai.

Statistikai reikšmingai skyrėsi laukimo laikas prie gydytojo kabineto durų pagal išsimokslinimą ($\chi^2=34,766$, IIs=9, $p=0,000$). Trumpiausiai (iki 15 min.) prie gydytojo kabineto durų laukia aukštąjį išsimokslinimą turintys (56,9 proc.), ilgiausiai (daugiau kaip 1 val.) pradinį ir nebaigtą vidurinį išsimokslinimą turintys (10,0 proc.) respondentai.

Nagrinėjant duomenis pagal priėmimo pas gydytoją trukmę ir išsimokslinimą, gauti nepatikimi skirtumai ($\chi^2=5,316$, IIs=3, $p=0,150 > 0,05$).

Statistikai reikšmingi skirtumai gauti tiriant finansinį pajėgumą įsigyti vaistų ir išsimokslinimą ($\chi^2=66,325$, IIs=6, p=0,000). Aukštąjį išsimokslinimą turinčių respondentų grupėje dažniausiai visada pakako lėšų vaistams. Aukštesnįjį išsimokslinimą turinčių respondentų grupėje lėšų pakako 77,6 proc., ne visada pakako 21,2 proc. ir nepakako 1,2 proc. Vidurinį ir specialų vidurinį išsimokslinimą turinčių grupėje lėšų visada pakako beveik pusei, ne visada pakako 42,1 proc., nepakako 9,3 proc. Pradinį ir nebaigtą vidurinį išsimokslinimą turinčių respondentų grupėje lėšų visada pakako trečdaliui, ne visada 41,2 proc. ir nepakako 25,5 proc. Pagal tyrimo duomenis, nustatyta, kad daugiau kaip pusei respondentų užtenka lėšų vaistams įsigyti. Statistikai reikšmingai galimybė nusipirkti vaistų priklauso nuo išsimokslinimo. Kuo aukštesnį išsimokslinimą turi respondentai, tuo jie pajėgesni nusipirkti vaistų (3.20 pav.)



$$\chi^2 = 66,325, \text{ IIs} = 6, p = 0,000$$

3.20 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal galimybę įsigyti vaistų ir išsimokslinimą

Analizuojant gautus duomenis per pastaruosius 12 mėn. kreipimosi į privačius gydytojus - specialistus ir išsimokslinimo, gauti reikšmingi skirtumai ($\chi^2=26,584$, $lfs=6$, $p=0,000$). Daugiausia į privačius gydytojus specialistus kreipiasi aukštesnįjį (75,3 proc.) ir aukštąjį (74,4 proc.) išsimokslinimą turintys respondentai. Į mokamus gydytojus nesikreipia 52,8 proc. pradinį ir nebaigtą vidurinį išsimokslinimą turinčių ir 46,8 proc. vidurinį ir spec. vidurinį turinčių respondentų bei 23,1 proc. aukštąjį ir 22,4 proc. aukštesnįjį išsimokslinimą turinčių respondentų.

Patikimai skiriasi respondentų pasitenkinimas mokamų gydytojų – specialistų paslaugomis ir išsimokslinimas ($\chi^2=30,885$, $lfs=9$, $p<0,05$). Labiausiai patenkinti aukštąjį išsimokslinimą turintys respondentai. Mažėjant išsilavinimui, mažėja ir pasitenkinimas privačių gydytojų specialistų konsultacijomis.

Taip pat statistikai reikšmingai skiriasi mokamų gydytojų – specialistų konsultacijų prieinamumo vertinimas finansiniu požiūriu ir išsimokslinimas ($\chi^2=52,025$, $lfs=3$, $p<0,05$). Aukštąjį ir aukštesnįjį išsimokslinimą turintys (61,8 proc. ir 61,2 proc.) beveik vienodai ir triskart daugiau patenkinti mokamų gydytojų – specialistų konsultacijomis finansiniu požiūriu nei pradinį/nebaigtą vidurinį išsimokslinimą ir vidurinį/spec. vidurinį turintys (23,5 proc. ir 23,4 proc.) respondentai.

Tyrimo duomenys rodo, kad turintiems aukštesnį išsimokslinimą respondentams sveikatos priežiūros paslaugos UAB „Telšių sveikata“ geriau prieinamos.

Vertinant apklausos duomenis apie atvykimui sugaištą laiką ir pajamas, tenkančias vienam šeimos nariui, nustatyti reikšmingi skirtumai ($\chi^2=52,651$, $lfs=4$, $p=0,000$). Respondentai, gaunantys mažiausias pajamas, atvykimui į UAB „Telšių sveikata“ užtrunka ilgiausiai. Atvykimui į PSPĮ iki 30 min. užtrunka 96,6 proc. 1001 Lt ir daugiau gaunančių, 82,4 proc. 501-1000 Lt ir 56,3 proc. mažiausias pajamas gaunančių respondentų. Daugiau kaip valandą užtrunka 4,2 proc. mažiau kaip 500 Lt ir 1,6 proc. 501-1000 Lt gaunančių respondentų.

Nustatytas statistikai patikimas skirtumas lyginant apsilankymų pas gydytoją skaičių ir pajamas, tenkančias vienam šeimos nariui per mėnesį $p < 0,05$. Rečiausiai pas gydytojus lankosi didžiausias pajamas gaunantys respondentai (3,9 karto), nes jie turi geresnes sąlygas pasirinkti gydymo įstaigas, taip pat šiai grupei priklauso jaunesni, darbingo amžiaus respondentai. Panašiai 5,4 karto lankosi mažiausias pajamas gaunantys ir 5,6 karto 501-1000 Lt per mėnesį vienam šeimos nariui gaunantys respondentai.

Vertinant rezultatus atsižvelgiant į vienam šeimos nariui tenkančias pajamas ir kelionės laiko vertinimą ($\chi^2 = 45,102$, $lls = 4$, $p = 0,000$), matome statistikai reikšmingus skirtumus. Didžiausias pajamas gaunantys net 97,7 proc., o mažiausias - 64,6 proc. yra pilnai patenkinti kelionės laiku. Visiškai nepatenkinti yra tik mažiausias pajamas gaunantys 4,9 proc.

Pagal gautus duomenis, patikimi skirtumai gauti ir tarp laukimo prie registratūros langelio bei pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui ($\chi^2 = 28,706$, $lls = 2$, $p = 0,000 < 0,05$). Ir prisiregistruoti trumpiau laukia aukštesnes pajamas vienam šeimos nariui gaunantys asmenys. Iki 10 min. laukia 82,8 proc. per 1001 Lt pajamas gaunantys ir 48,6 proc. mažiausias pajamas gaunantys respondentai.

Analizuojant tyrimo rezultatus pagal vienam šeimos nariui tenkančias pajamas ir registravimąsi telefonu gauti statistikai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 35,766$, $lls = 4$, $p = 0,000$). Pagal juos galima teigti, jog didesnes pajamas gaunantys dažniau registruojasi telefonu. Per 1000 Lt gaunantys telefonu registruojasi 71,3 proc., o iki 500 ir mažesnes pajamas gaunantys - 31,9 proc.

Lyginant pagal gaunamas pajamas vienam šeimos nariui ir pasitenkinimą registracijos tvarka, gauti skirtumai - patikimi ($\chi^2 = 18,947$, $lls = 4$, $p = 0,001$). Daugiausia patenkintų - 79,1 proc. yra tarp tų, kurių pajamos - 1001 Lt ir daugiau, o tarp 500 Lt ir mažiau gaunančių yra 50,7 proc. Pagal tyrimo duomenis registracijos tvarka yra nepatenkinti - 6,3

proc. mažiausias pajamas gaunančių, 4,0 proc. 501-1000 Lt gaunančių ir 1,2 proc. didžiausias pajamas gaunančių.

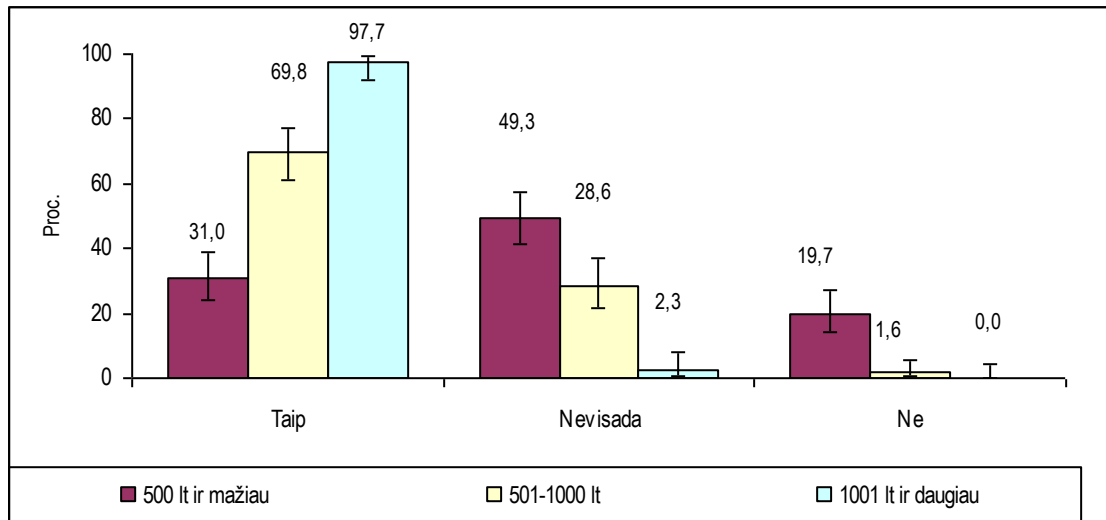
Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad statistikai reikšmingai ($\chi^2=26,963$, $lfs=4$, $p=0,000$) skyrėsi, pas gydytoją patenkančių pagal talone nurodytą laiką ir pajamas vienam šeimos nariui, duomenys. Visada pas gydytoją nurodytu laiku patenka triskart daugiau didžiausias, negu mažiausias pajamas gaunantys. 1001 Lt ir daugiau gaunantys - 33,3 proc., 500 Lt ir mažiau – 10,4 proc., o 500 – 1000 Lt -11,9 proc. Ne visada nurodytu laiku patenka (51, 7 proc.) daugiausiai pajamų gaunantys (1001 Lt ir daugiau), 69,0 proc. 501 – 1000 Lt bei 61,8 proc., kurių pajamos vienam šeimos nariui yra 500 Lt ir mažiau. Laiku nepatenka mažiausias pajamas gaunantys (27,8 proc.), 19,0 proc. – 501-1000 Lt ir didžiausias pajamas gaunantys (14,9 proc.) respondentai.

Pagal gautus tyrimo duomenis, statistikai patikimi skirtumai gauti tiriant laukimo prie gydytojo kabineto laiką ir pajamas, tenkančias vienam šeimos nariui ($\chi^2 =21,301$, $lfs=6$, $p =0,002$).

Iki 15 min. laukia kiek daugiau nei pusė (53,4 proc.) 1001 ir didesnes pajamas gaunančių, (34,8 proc.) 501-1000 Lt ir (21,7 proc.) 500 Lt ir mažiau gaunančių. 16-30 min. norėdami patekti pas gydytoją prie kabineto laukia pusė (50,4 proc.) iki 500 Lt vienam asmeniui per mėnesį gaunančių, 39,3 proc. 501-1000 Lt ir 27,6 proc. 1001 Lt ir didesnes pajamas vienam asmeniui per mėnesį gaunantys. Iki 1 val. laukia 22,5 proc., kurių pajamos vienam šeimos nariui 500 Lt ir mažiau, 24,1 proc., kurių 500-1000 Lt, 15,5 proc., kurių pajamos per 1001 Lt. Daugiau kaip valandą prie gydytojo kabineto durų laukia 5,4 proc. iki 500 Lt vienam asmeniui per mėnesį gaunantys, 1,8 proc. 501 – 1000 Lt ir 3,4 proc. 1001 Lt ir daugiau per mėnesį gaunantys respondentai.

Tiriant kiek laiko trunka priėmimas pas gydytoją ir pajamas, tenkančias vienam šeimos nariui per mėnesį, statistikai reikšmingų skirtumų negauta $p=0,090>0,05$.

Analizuojant duomenis pagal pajamas vienam šeimos nariui per mėnesį ir galimybę įsigyti vaistų, nustatyta, kad skirtumai statistikai reikšmingi ($\chi^2=166,804$, $lfs=4$, $p=0,000$). Respondentai, kur vienam šeimos nariui tenka 1001 Lt ir daugiau nurodė, kad 97,7 proc. visada gali nusipirkti vaistų ir 2,3 proc. ne visada. 501 – 1000 Lt gaunantys, 69,8 proc. visada gali nusipirkti vaistų, kiek daugiau nei ketvirtadalis (26,6 proc.) – ne visada, 1,6 proc. – negali. Mažiau negu 500 Lt gaunantys 31,0 proc. užtenka, 49,3 proc. ne visada užtenka ir 19,7 proc. neužtenka pinigų vaistams įsigyti. Matomas aiškus skirtumas. Beveik visiems respondentams, kurių pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį yra 1001 Lt ir daugiau, užtenka pinigų vaistams (3.21pav.)



$\chi^2=166,804$, $lfs=4$, $p=0,000$

3.21 pav. respondentų pasiskirstymas pagal galimybę vaistams įsigyti ir pajamas vienam asmeniui šeimoje

Patikimi skirtumai gauti ir nagrinėjant per pastaruosius 12 mėn. respondentų kreipimąsi į privačius gydytojus – specialistus ir pajamas, tenkančias vienam šeimos nariui per mėnesį ($\chi^2=23,035$, $lfs=4$, $p=0,000$). Trys ketvirtadaliai didžiausias pajamas gaunančių respondentų kreipiasi į

privačius gydytojus – specialistus. Mažiausias pajamas gaunančių privačiai į gydytojus kreipiasi tik pusė.

Toliau analizuojant duomenis nustatyti patikimi skirtumai tarp pasitenkinimo mokamų specialistų konsultacijomis ir pajamų, tenkančių vienam šeimos nariui $p=0,000<0,05$. Patenkinti mokamomis konsultacijomis didžiausias pajamas gaunantys (59,8 proc.) ir per pusę mažiau 501 -1000 Lt gaunantys (29,4 proc.) bei mažiausias pajamas gaunantys (29,5 proc.). Visiškai nepatenkintų yra 6,8 proc. mažiausias pajamas gaunančių ir 5,6 proc. 501-1000 Lt gaunančių respondentų.

Reikšmingi skirtumai gauti analizuojant mokamų gydytojų – specialistų vertinimą finansiniu požiūriu ir pajamas tenkančias vienam šeimos nariui ($\chi^2=75,642$, $lls=2$, $p=0,000$). Finansiškai stipriausi respondentai (gaunantys 1001 Lt ir daugiau) bemaž keturiskart geriau (79,1 proc.) vertino mokamas konsultacijas finansiniu požiūriu negu mažiausias pajamas (500 Lt ir mažiau) vienam šeimos nariui per mėnesį gaunantys respondentai. (21,1 proc.). 501 -1000 Lt gaunantys (63,1 proc.) neigiamai vertino privačias konsultacijas finansiniu požiūriu.

Dažniausiai per pastaruosius 12 mėn. į gydytojus kreipėsi išsiskyre ir našliai 6,3 karto. Trys ketvirtadaliai visų nepatekusių respondentų prie gydytojo kabineto laukia iki pusės valandos, likusio ketvirtadalio - 21,7 proc. iki 1 val. ir 3,7 proc. daugiau kaip 1 val. Ilgiausiai tenka laukti nevedusiems/netekėjusioms 25,5 proc. 30 min. - 1 val. ir 11,8 proc. daugiau kaip 1 val. Vaistams pinigų visada užtenka beveik trims ketvirtadaliams nevedusių respondentų. Į privačius gydytojus specialistus mažiausiai kreipiasi nevedę/netekėjusios. Neigiamai mokamų gydytojų konsultacijas finansiniu požiūriu vertina daugiausia našlių ir išsiskyrusių respondentų.

Aukštąjį išsimokslinimą turintys respondentai rečiau (4,6 karto) kreipiasi į gydytojus negu pradinį ir nebaigtą vidurinį išsimokslinimą turintys (5,9 karto). Kelionės laiku iki UAB „Telšių sveikata“ nepatenkinti tik 7,5 proc. pradinį ir nebaigtą vidurinį bei 2,1 proc.

vidurinę ir spec. vidurinę išsimokslinimą turinčių respondentų. Aukštąją išsimokslinimą turintys 67,9 proc. respondentų registruojasi telefonu, jie trumpiau laukia prie registratūros iki 10 min. 75,6 proc., pradinę, nebaigtą vidurinę – 47,2 proc. 14,1 proc. respondentų turinčių aukštąją išsimokslinimą talone nurodytu laiku nepatenka pas gydytoją, 35,8 proc. pradinę ar nebaigtą vidurinę išsimokslinimą turinčių. Daugiau kaip pusė respondentų pakanka lėšų reikiamiems vaistams įsigyti. Aukštąją išsimokslinimą turintiems respondentams dažniausiai visada pakanka pinigų vaistams įsigyti. Į privačius gydytojus – specialistus taip pat dažniau kreipiasi aukštesnę išsimokslinimą turintys respondentai. Šių gydytojų paslaugomis jie ir yra labiau patenkinti.

Rečiausiai (3,9 karto) per pastaruosius 12 mėn. pas gydytojus lankėsi respondentai, kurių pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį didžiausios. Greičiausiai UAB „Telšių sveikata“ pasiekia respondentai, kurių pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį 1000 Lt ir daugiau, todėl jie 97,7 proc. pilnai patenkinti kelionės į PSPĮ laiku. Didžiausias pajamas gaunantieji dažniausiai registruojasi telefonu 71,3 proc. , jie trumpiau laukia prie registratūros langelio bei gydytojo kabineto durų. Pinigų vaistams įsigyti neužtenka 19,7 proc. mažiausias pajamas gaunantiems (iki 500 Lt) ir 1,6 proc. 501-1000 Lt vienam šeimos nariui gaunantiems respondentams. Į privačius gydytojus – specialistus ketvirtadaliu daugiau kreipiasi didžiausias pajamas gaunančių. Nepatenkinti šių gydytojų paslaugomis 6,8 proc. mažiausias pajamas gaunančių ir 5,6 proc. 501 – 1000 Lt gaunančių. Didžiausias pajamas gaunantys geriausiai vertina privačių gydytojų – specialistų prieinamumą finansiniu požiūriu.

IŠVADOS

1. Daugelis (80,3 proc.) UAB „Telšių sveikata“ pacientų patenkinti kelionei į pirminės sveikatos priežiūros įstaigą sugaištu laiku, taip pat beveik du trečdaliai pilnai patenkinti registracijos tvarka, tačiau 21,7 proc. nepatenka pas gydytoją registracijos talone nurodytu laiku, 8,5 proc. neįgali nusipirkti reikalingų vaistų.

2. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas teritoriniu, organizaciniu bei finansiniu požiūriu UAB „Telšių sveikata“ buvo geresnis miesto, negu kaimo gyventojams:

- atvykimui ilgiausiai užtrunka vyriausi kaimo respondentai, kelionės laiku dvigubai daugiau patenkinti miesto respondentai;

- registratūroje jaunesni respondentai laukia trumpiau, registracijos talone nurodytu laiku pas gydytoją patenka dažniau miesto pacientai, o nepatekusieji miestiečiai trumpiau laukia prie gydytojo kabineto durų;

- įsigyti vaistų pajėgesni jaunesni mieste gyvenantys respondentai.

3. Aukštesnį išsimokslinimą turintys, didesnes pajamas gaunantys respondentai per pastaruosius 12 mėnesių rečiau kreipėsi į UAB „Telšių sveikata“, šie pacientai geriau vertina kelionės laiką, nes mažiau sugaišta kelyje, geriau vertina registracijos tvarką, patys dažniau registruojasi telefonu, jiems dažniau užtenka lėšų vaistams įsigyti.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Siekiant pagerinti teritorinį pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą reikia vykdyti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų decentralizaciją.
2. Skatinti gyventojus rinktis pirminės sveikatos priežiūros įstaigas arčiau gyvenamosios vietos.
3. Registruotis telefonu bei esamomis kitomis komunikacinėmis priemonėmis.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Bagdonienė L., Hopenienė R. Paslaugų marketingas ir vadyba. Kaunas, Technologija, 2005: 45-46;
2. Borkienė K., Kalibatas J., Valius L. Pirminės sveikatos priežiūros reforma ir jos modeliai Europoje // Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 1997, t. 1, p. 72 – 4.
3. Campbell JL., Ramsay J., Green J.. Age, gender, socioeconomic and ethnic differences in patients assessments of primary health care. Quality in Health Care 2001; 10; 90 – 95.
4. Declaration of Alma-Ata. In: International conference on primary health care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva:WHO;1978.
5. Demografiniai, socialiniai teritoriniai sveikatos netolygumai. Prieiga per internetą: <http://www.vsv.lt/statistika/statistika1/2169.html>
6. Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo. LR Vyriausybės nutarimas, Vilnius 2006 06 29 Nr. 647. Valstybės žinios 2006; Nr. 74-2827.
7. Dėl gyventojų prisirašymo PSP įstaigose. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas. 2001 m. lapkričio 9 d. Nr. 583.Valstybės žinios 2001; Nr.96-3400.
8. Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymas. 1997 m. liepos 4 d. Nr. 372. Valstybės žinios 1997; Nr. 73.
9. Dėl valstybės ilgalaikės raidos strategijos: patvirtinta LR Seimo 2002 11 12 nutarimu Nr. IX-1187. Valstybės žinios 2002; Nr.113-5029.
10. Donabedian A. What is quality of Medical care. Milbank Memorial found Quarterly.-1996.-No.44.pp.194-196.
11. Donaldson C., Gerard K., Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. JR Cool Gen Pract 1989; 114-7.

- 12.**Guagliardo MK. Spatial accessibility of primary care; concepts, methods and challenges. Prieiga per internetą: <http://www.pubmedcentral.gov/picrender.fcgi?artid=394340&blodtype=pdf>.
- 13.**Harrie Van Balen Disease control in primary health care: a historical perspective. Tropical medicine and international Health 2004;6; 22-26. <http://www.blackwell-synergy.com>
- 14.**Health-21: Health for all policy and strategy for Europe in 21-st century. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1998, p. 286.
- 15.**Health Promotion: a discussion document on the concepts and principles/ WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1984.
- 16.**Jankauskienė D. Sveikatos reformos poveikis gyventojų sveikatai; sveikatos priežiūros prieinamumas ir kokybė. Visuomenės sveikata, 2000; 1[11] p.81 – 91.
- 17.**Jankauskienė. D. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje. Prieiga per internetą: <http://www.medicine.lt/straipsnis.asp?StraipsnioID=7199>
- 18.**Jankauskienė D., Žemgulienė J. Sveikatos paslaugų prieinamumo skirtumai įvairiose socialinėse ir ekonominėse gyventojų grupėse. Medicina 1999; 34 :301-30.
- 19.**Javtokas Z., Goštautas A., Žagminas K. Suaugusių Lietuvos gyventojų sveikatos žinių, elgsenos ir įpročių tyrimas, Vilnius 2002. Prieiga per internetą: <http://www.ugdymas.wspt.lt/Tyrimai/L-Tyrimas-2001doc>
- 20.**Johns N. What is this thing called service?// Europon Journal of Marketing. 1999, Vol.33, No 9/10: 958-973.
- 21.**Kairys J., Žėbienė E., Ruikys B.A., Zokas I. Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas Lietuvos didžiuosiuose miestuose, rajonų centruose, kaimuose bei miesteliuose. Medicina 2004; 40;178.

- 22.**Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Vilnius, 1999, p.11,74.
- 23.**Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas, 2002.
- 24.**Komisijos Komitetas Europos Parlamentui ir Tarybai. Europos bendrijų komisija. Prieiga per internetą: http://europa.eu.int/eur-lex/lt/com/cnc/2004/com2004_0487lt01.pdf
- 25.**Leonavičius V., Plieskis M., Petrauskienė J. Pacientų pasitenkinimo bendrosios praktikos gydytojo paslaugomis analizė sveikatos modelio atžvilgiu. Sociologija 2003;1:93-101.
- 26.**Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija; patvirtinta Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimu Nr. I-1939, 1991.
- 27.**Lietuvos sveikatos programa, 1997 – 2001: patvirtinta LR Seimo 1998 07 02 nutarimu Nr. VII-833. Vilnius; 1998.
- 28.**Mačinskas Š., Valius L. Šeimos medicina Lietuvoje ir kitose šalyse // Šeimos medicinos pagrindai. – Kaunas, Vitae Litera, 2003, p. 18 – 32.
- 29.**Milašauskienė Ž., Juodytė I., Misevičienė I., Boerma W., Rezginė R. Pacientų nuomonė apie pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą Šiaulių apskrities pirminės sveikatos priežiūros centruose. Medicina, 2006: 42(3): 231-7.
- 30.**Ovretveit J. What is Quality in Health Service. Health Services Managment.-1990.- p. 132-133.
- 31.**Pechansky R., Thomas W. The concept of acces. Med Care 1981; 19:127-40.
- 32.**Petrauskienė J., Misevičienė I., Kalėdinė R. Visuomenės sveikatos magistro diplominio darbo rengimas ir gynimas. Kaunas, 2007.
- 33.**Plieskis M., Petrauskienė J., Leonavičius V. Pokyčiai pirminėje sveikatos priežiūroje. Gyventojų pasitenkinimas paslaugomis. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2004; 9; 640-4.

- 34.**Plieskis M. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumas ir gyventojų pasitenkinimas paslaugomis šeimos medicinos plėtros kontekste. Daktaro disertacija. KMU, 2005.
- 35.**Principles of primary health care. Prieiga per internetą: http://wikipedia.org/wiki/Primary_health_care
- 36.**Rawls J. A theory of justice – Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 1971.
- 37.**Razauskas E., Kalibatas J. Visuomenės sveikata ir šeimos gydytojas. Visuomenės sveikata 2002;2:50-1.
- 38.**Rosen R. Improving quality in the changing world of primary care. BMJ 2000;n321-322.
- 39.**Savo sveikatos vertinimas. Vilniaus teritorinė statistikos valdyba. Statistikos departamentas. Prieiga per internetą: <http://www.vilniustsv.stat.gov.lt/pages/view/?id=2056&PHPSESSID=dbc>
- 40.**Sveikatos apsaugos sistemos II restruktūrizavimo etapo bei ilgalaikės raidos strategija. Sveikatos apsaugos ministerija, Vilnius; 2005.
- 41.**Sveikatos apsaugos ministerijos 2007 – 2009 metų strateginis veiklos planas: patvirtintas Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 24 d. nutarimu Nr. 140.
- 42.**United Nations. Access to social services by the poor and disadvantaged in Asia and Pacific: Major trends and issues. New York: United Nation; 2002.
- 43.**Valius L. Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina.// Šeimos medicinos pagrindai. - Kaunas, Vitae Litera, 2003, p.8 – 16.
- 44.**Varanauskas E. Non progredi est regredi Kuo Lietuvai gali būti naudinga Švedijos sveikatos priežiūros sistemos organizavimo patirtis bei klaidos. Gydytojas 2003;9(97):14-15

45.Whitehead M., Evandron M., Hagland B. As the health divide
ridens in Sweden and Britain, what's happening to Access to care?
BMJ, 1997 October, 1006-1009.

46.World Health Organization. The World health report: 2003 shaping
the future. Geneva: WHO; 2003.

PRIEDAS 1

Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo tyrimo anketa

Gerbiami pacientai, sveikatos priežiūros įstaigoje UAB „Telšių sveikata“ atliekama anoniminė pacientų apklausa, padėsianti nustatyti Jūsų požiūrį į pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Prašome atsakyti į žemiau pateiktus klausimus, pabraukiant, Jūsų nuomone, tinkamą atsakymą, o, kur reikia, įrašant. Dėkojame už nuoširdžius atsakymus.

- 1. Lytis:**
1) vyras; 2) moteris.
- 2. Amžius:**
1) 16 – 19 m.; 2) 20 – 29 m.; 3) 30 – 39 m.; 4) 40 – 49 m.; 5) 50 – 59 m.; 6) 60 – 69 m.; 7) 70 ir daugiau.
- 3. Jūsų išsimokslinimas:**
1) pradinis / nebaigtas vidurinis; 2) vidurinis; 3) specialus vidurinis; 4) aukštesnysis / nebaigtas aukštasis; 5) aukštasis.
- 4. Socialinė / profesinė grupė:**
1) moksleivis / studentas; 2) darbininkas; 3) bedarbis; 4) tarnautojas; 5) verslininkas; 6) ūkininkas; 7) pensininkas; 8) neįgalus (gaunu pašalpa); 9) auginu vaiką (gaunu pašalpa). 10) kita (įrašykite).....
- 5. Jūsų šeimyninė padėtis:**
1) vedęs / ištekejusi; 2) nevedęs / netekėjusi; 3) išsiskyręs (-usi); 4) našlys (-ė).
- 6. Pajamos vienam šeimos nariui per mėnesį:** 1) iki 100 Lt; 2) 101 – 250 Lt; 3) 251 – 500 Lt; 4) 501- 1000 Lt; 5) 1001 – 2000 Lt; 6) daugiau kaip 2000 Lt.
- 7. Gyvenamoji vieta:**
1) Telšių miestas; 2) Telšių rajonas; 3) kita (įrašykite).....
- 8. Jei gyvenate ne mieste, pažymėkite kokių atstumu nuo pirminės sveikatos priežiūros centro:**
1) iki 5 km.; 2) 5 – 9 km.; 3) 10 – 19 km. 4) 20 km. ir daugiau.
- 9. Kiek laiko sugaištate atvykimui į pirminės sveikatos priežiūros centrą?**
1) iki 30 min.; 2) iki 1 val.; 3) daugiau kaip 1 val.; 4) daugiau kaip 2 val.
- 10. Kaip Jūs vertinate kelionės laiką iki Jūsų šeimos gydytojo:**
1) mane pilnai tenkina; 2) dalinai tenkina; 3) netenkina.
- 11. Kiek kartų per pastaruosius 12 mėnesių Jūs lankėtės pas savo šeimos gydytoją įskaitantir šį apsilankymą? (įrašykite).....**
- 12. Dėl kokių priežasčių lankėtės pas savo šeimos gydytoją ši kartą?**
1) dėl ligos; 2) dėl kompensuojamų vaistų recepto išrašymo; 3) pasitikrinti profilaktiškai, 4) dėl siuntimo pas specialistus; 5) kita (įrašykite).....
- 13. Kiek laiko tenka laukti prie registratūros langelio, norint prisiregistruoti?**
1) iki 10 min.; 2) 10 – 15 min.; 3) 15 – 30 min.; 4) daugiau kaip 30 min.
- 14. Ar Jūs registruojatės telefonu?** 1) taip; 2) ne; 3) nežinojau, kad taip galima.
- 15. Ar esate patenkintas registracijos pas gydytojus tvarka?**
1) patenkintas; 2) dalinai patenkintas; 3) nepatenkintas.

- 16. Ar pas gydytoją patenkate priėmimo talone nurodytu laiku?**
1) taip; 2) ne visada; 3) ne.
- 17. Jei ne, tai kiek laiko tenka laukti prie gydytojo kabineto durų?**
1) iki 15 min.; 2) 15 – 30 min.; 3) iki 1 val.; 4) daugiau kaip valandą.
- 18. Kiek laiko dažniausiai trunka Jūsų priėmimas pas gydytoją?**
1) iki 10 min.; 2) 10 - 15 min.; 3) 16 – 30 min.; 4) ilgiau kaip 30 min.
- 19. Ar atsiradus sveikatos problemoms telefonu konsultuojatės su šeimos gydytoju?** 1) niekada to nedarau; 2) retai; 3) dažnai; 4) visada.
- 20. Ar atsiradus sveikatos problemoms kviečiate gydytoją į namus?**
1) taip; 2) retai; 3) ne.
- 21. Kiek kartų per pastaruosius 12 mėnesių šeimos gydytojas lankėsi Jūsų namuose? (įrašykite).....**
- 22. Ar per pastaruosius 12 mėnesių Jums teko kreiptis pas kitus gydytojus specialistus?**
1) ne; 2) kreipiausi savo gydytojo nukreipimu; 3) kreipiausi savarankiškai.
- 23. Ar Jums užtenka pinigų vaistams įsigyti?**
1) taip; 2) nevisada; 3) ne.
- 24. Ar per pastaruosius 12 mėnesių kreipėtės į privačius gydytojus – specialistus?**
1) taip; 2) ne.
- 25. Jei taip, tai į kurį specialistą kreipėtės?**
1) neurologas; 2) okulistas; 3) otorinolaringologas; 4) traumatologas; 5) kardiologas; 6) endokrinologas; 7) kiti (įrašykite).....
- 26. Ar Jūs likote patenkintas mokamų gydytojų – specialistų konsultacijomis?**
1) taip; 2) dalinai; 3) ne.
- 27. Kaip vertinate mokamų gydytojų specialistų konsultacijų prieinamumą finansiniu požiūriu?**
1) teigiamai; 2) neigiamai.
- 28. Kaip Jūs vertinate savo sveikatą?**
1) labai gera; 2) gera; 3) patenkinama; 4) bloga; 5) labai bloga.