

**KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS**  
**Visuomenės sveikatos fakultetas**  
**Sveikatos vadybos katedra**

**Janina Asadauskienė**

**AMBULATORINIŲ KARDIOLOGO IR OFTALMOLOGO KONSULTACIJŲ  
PAGRISTUMO TYRIMAS**

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

**Mokslinė vadovė**  
**Prof. habil. m. dr. Irena Misevičienė**

**KAUNAS, 2008**

**TURINYS**

<b>ĮVADAS</b> .....	8
<b>DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI</b> .....	11
<b>1. LITERATŪROS APŽVALGA</b> .....	12
1.1. Ambulatorinės sveikatos priežiūros samprata.....	12
1.2. Šeimos gydytojo institucija.....	13
1.3. Gydytojų – specialistų ambulatorinė sveikatos priežiūra.....	17
1.4. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ypatumai Lietuvoje ir užsienyje	19
<b>2. TYRIMO METODAI IR MEDŽIAGA</b> .....	27
<b>3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS</b> .....	29
3.1. Antrinio lygio ambulatorinių - konsultacinių paslaugų pasiskirstymas pagal profilius Klaipėdos pskirtyje.....	29
3.2. Šeimos gydytojų siuntimų kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms kokybės ir pagrįstumo analizė.....	38
3.3. Kardiologo ir oftalmologo konsultacijų turinio struktūra ir apimtys.....	53
<b>IŠVADOS</b> .....	63
<b>PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS</b> .....	65
<b>LITERATŪROS SĄRAŠAS</b> .....	66
<b>PRIEDAI</b> .....	69

**SANTRUMPOS IR SIMBOLIAI**

- ASP – asmens sveikatos priežiūra  
BPG (ŠG) – bendrosios praktikos gydytojas (šeimos gydytojas)  
ES – Europos Sąjunga  
GMP – Greitoji medicinos pagalba  
LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema  
LR – Lietuvos Respublika  
LRV - Lietuvos Respublikos Vyriausybė  
LRS - Lietuvos Respublikos Seimas  
p – statistinis patikimumas  
proc.- procentai  
PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija  
PSDF – Privalomasis sveikatos draudimo fondas  
PSP – pirminė sveikatos priežiūra  
PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras  
PSPI – pirminės sveikatos priežiūros įstaiga  
SAM – Sveikatos apsaugos ministerija  
SPI – sveikatos priežiūros įstaiga  
TLK – Teritorinė ligonių kasa  
VLK – Valstybinė ligonių kasa  
VŠĮ – viešoji įstaiga

## SANTRAUKA

Visuomenės sveikatos vadyba

### **AMBULATORINIŲ KARDIOLOGO IR OFTALMOLOGO KONSULTACIJŲ PAGRĮSTUMO TYRIMAS**

Janina Asadauskienė

Mokslinė vadovė prof. habil. dr. Irena Misevičienė;

Kauno medicinos universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas, Sveikatos vadybos katedra. Kaunas; 2008.68p.

Sveikatos sistemoje viena iš svarbiausių sričių yra pirminė sveikatos priežiūra. Nuo jos veiklos efektyvumo priklauso ir kitų sveikatos priežiūros paslaugų lygių veikla. Šeimos gydytojas turi reguliuoti pacientų srautus, atlikdamas „vartininko“ vaidmenį, kad nesudėtingos sveikatos priežiūros problemos būtų sprendžiamos pirminiame lygmenyje, o į aukštesnio lygio sveikatos priežiūros įstaigas, patektų tie pacientai, kuriems ta pagalba tikrai reikalinga.

**Darbo tikslas.** Įvertinti ambulatorinių kardiologo ir oftalmologo konsultacijų pagrįstumą

#### **Darbo uždaviniai:**

Išanalizuoti antrinio lygio ambulatorinių - konsultacinių paslaugų pasiskirstymą pagal profilius Klaipėdos apskrityje; iširti šeimos gydytojų siuntimų kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms kokybę ir pagrįstumą; palyginti kardiologinių ir oftalmologinių konsultacijų turinio struktūrą ir apimtis.

**Tyrimo metodai ir medžiaga.** Antrinio lygio ambulatorinių-konsultacinių paslaugų pagal profilius analizė atlikta pagal suteiktas paslaugas Klaipėdos apskrityje (Forma VLK 05ek.). suaugusiems gyventojams per 2005 m. Konsultacijų pagrįstumo analizei pasirinktos dviejų profilių gydytojų specialistų paslaugos – kardiologo ir oftalmologo. Tyrimas buvo atliekamas N ligoninės ambulatoriniame-konsultaciniame skyriuje. Retrospektyviai atrinktos visos spalio mėnesį kardiologo ir kas trečia oftalmologo konsultuotų pacientų asmens sveikatos istorijos. Analizuotos 344 pacientų ambulatorinės kortelės.

Statistinė duomenų analizė atlikta, naudojant statistinio apdorojimo SPSS programų paketus 10.7. Nepriklausomų imčių kintamųjų vidurkiams palyginti naudotas Stjudento (t) kriterijus, požymių nepriklausomumui tikrinti taikytas chi kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijus. Rodiklių skirtumai laikytini reikšmingais kai  $p < 0,05$ .

**Rezultatai.** 2005 metais konsultuotų pacientų analizė parodė, kad vidaus ligų profilio specialistų konsultacijos sudarė 31 proc., chirurginio profilio – 12 proc., neurologijos – 5 proc., oftalmologijos- 8 proc., otorinolaringologijos – 7 proc. Su siuntimais konsultuoti 76,2 proc. pacientų. Be siuntimo

kardiologas konsultavo 10,5 proc., oftalmologas - 30,5 proc. pacientų. 1 kardiologo konsultacijai tenka 1,83 tyrimo ir 0,2 tyrimo 1 oftalmologo konsultacijai. Pusė pacientų (51,6 proc.) konsultacijų laukia daugiau nei 5 dienas. Daugumai vyresnių nei 51 m. amžiaus pacientų paskirtas gydymas - kardiologo 70,7 proc. ir oftalmologo 79,9 proc.; o pakartotinai konsultacija paskirta - kardiologo 22,8 proc. ir oftalmologo 45,7 proc. pacientų.

**Išvados.** Didžiausią ambulatorinių konsultacinių paslaugų dalį Klaipėdos apskrityje sudaro diagnostiniai tyrimai (34 proc.). Klaipėdos miesto gyventojai dažniau naudojami gydytojų-specialistų paslaugomis nei kiti apskrities gyventojai. Šeimos gydytojų siuntimai kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms nepakankamai kokybiški. Tarp siunčiamų konsultuoti pacientų oftalmologui ir kardiologui konsultacijos buvo nepagrįstos atitinkamai 24,6 proc. ir 21,0 proc. atvejų. Kardiologo konsultacijų struktūros apimtis yra didesnė nei oftalmologų pagal atliekamų tyrimų ir kitų specialistų konsultacijų skaičių.

**Raktažodžiai.** Siuntimų kokybė; ambulatorinės konsultacinės paslaugos; pagrįstumas.

## SUMMARY

Management of Public Health

### **STUDY ON THE VALIDITY OF OUT-PATIENT CONSULTATIONS OF A CARDIOLOGIST AND OPHTHALMOLOGIST**

Janina Asadauskienė

Supervisor Irena Misevičienė, hab.dr., Professor.

Department of Health Management, Faculty of Public Health, Kaunas University of Medicine. Kaunas; 2008. 68 p.

Primary health care is one of the most important spheres in health care system. The efficiency of primary health care determines activities of other levels of health care services. A family doctor must regulate the flow of patients performing “the role of a gate-keeper” so that simplistic health care problems could be solved on the primary level, and higher level health care institutions could take care of only those patients who really need this kind of help.

#### **Aim of the study**

To evaluate validity of cardiologist’s and ophthalmologist’s consultations.

#### **Objectives**

To analyze the distribution of out-patient – consultative services according to the profiles in Klaipeda region; to examine the quality and validity of admissions for consultations to cardiologists and an ophthalmologists prescribed by family doctors; to compare the structure and scope of the content of cardiologists’ and ophthalmologists’ consultations.

#### **Methods and materials**

The analysis of the secondary level out-patient – consultative services according to the profiles was carried out in accordance with the data of services provided to Klaipeda County adult citizens in 2005 (Form VLK 05ek.). Two profiles of doctors – specialists’ services, those of cardiologists’ and ophthalmologists’, were chosen. Dispensary cards of 344 patients were analyzed.

Statistical data analysis was carried out by using the statistical SPSS Windows packages 10.7. To compare averages of the investigated variables, the criterion Student (t) was used and for testing symptoms of independence – the criterion of chi square ( $\chi^2$ ) was used. Differences of indicators are to be treated significant when  $p < 0.05$ .

#### **Results**

Analysis of consulted patients in 2005 showed that consultations of general therapy specialists comprised 31%, surgery profile – 12%, neurology – 5%, ophthalmology – 8 %, otolaryngology – 7%.

76.2% patients were referred to a specialist by family doctors (FM). Without a referral, cardiologists provided consultations for 10.5% patients, ophthalmologists for 30.5 % patients. A cardiologist performs 1.83 examinations whereas an ophthalmologist performs 0.2 examinations during one consultations. Half of the patients (51.6%) had to wait for consultations for over 5 days. In the group of patients over 51 years age, treatment by the cardiologist was prescribed for 70.7 % patients, by the ophthalmologist was prescribed for 79.9 %, and a repeated consultation was prescribed for 22.8 % patients by the cardiologist, and by the ophthalmologist - for 45.7% patients.

### **Conclusions**

Diagnostic examinations make up the greatest part of out-patient consultation services in Klaipeda region (34 %). Klaipeda city inhabitants are using services of physicians – specialists more frequently than the citizens of Klaipeda region. Family doctors' referrals to cardiologists' and ophthalmologists' consultations are of insufficient quality. Among patients referred to ophthalmologists and cardiologists, the consultations were not justifiable comparatively in 24.6 % and 21.0 % cases. The scope of cardiologic consultations and the number of consultations of other specialists is greater among cardiologists than among ophthalmologists.

**Key words.** Quality of referrals; out-patient – consultative services; validity.

## ĮVADAS

Pastarojo šimtmečio mokslo, kultūros ir technologijų progresas iš esmės pakeitė medicinos mokslą, praktiką ir visą sveikatos priežiūros sistemą. Atsirado ir didėjo poreikis kurti specializuotas medicinos mokslo ir praktikos šakas, o praktikoje – steigti specializuotas sveikatos priežiūros institucijas ir rengti specialistus. Per pastaruosius du dešimtmečius sveikatos politika pasaulyje ir Europoje susidūrė su didele paslaugų kainų kilimo problema. Išlaidų sveikatos apsaugai augimą sukėlė aukštesnio lygio ir brangstančios medicinos technologijos, nauji ligų gydymo metodai bei vis didėjantys visuomenės reikalavimai sveikatos priežiūros kokybei ir tuo pačiu – gyventojų senėjimas, gausėjančios lėtinės ligos ir invalidumas [1]. Daugelis Pasaulio Sveikatos Organizacijai priklausančių Europos regiono valstybių vykdo vienokias ar kitokias sveikatos reformas. Daugelis šalių pradėjo kontroliuoti sveikatos paslaugų kainų kilimą. Sveikatos apsaugos reformos vykdomos tada, kai sistema netenkina gyventojų poreikių, kai dėl per didelių kaštų arba neteisingo valdymo ji ekonomiškai neefektyvi, nesprenžianti pagrindinių sveikatos problemų. Dauguma Europos šalių sveikatos sektoriaus pertvarką pradėjo nuo pirminės sveikatos priežiūros (PSP) reorganizavimo. Pagal 1998 m. priimtą Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO) politinį dokumentą „Sveikata visiems XXI amžiuje“ visos valstybės turėjo suformuoti tokią sveikatos politiką, kuri užtikrintų visiems gyventojams aukšto lygio medicinos pagalbą, pagrįstą pirmine sveikatos priežiūra, kuri spręstų 80 proc. paciento sveikatos problemų ir būtų palaikoma antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros sistemomis.

PSP sistemoje svarbiausias yra bendrosios praktikos gydytojas arba šeimos gydytojas (ŠG) ir jo komanda. Nuo PSP veiklos efektyvumo priklauso ir kitų sveikatos priežiūros paslaugų lygių veikla.

Septintojo dešimtmečio pradžioje sukurta šeimos medicinos disciplina, pradėti rengti šeimos gydytojai bei jų komandos nariai. Gydytojai įgijo ŠG kvalifikaciją pirminėje rezidentūroje, o daugelis apylinkėse dirbusių terapeutų ir pediatrų persikvalifikavo pertraukiamos rezidentūros būdu. ŠG žinių turėjo pakakti kuo įvairesnėms ligoms diagnozuoti ir gydyti. „ŠG koordinuoja paciento sveikatos priežiūros procesą, vykstantį įvairiose sveikatos priežiūros sistemos grandyse“ [1]. ŠG turi reguliuoti pacientų srautus sveikatos priežiūros sistemoje, atlikdamas „vartininko“ vaidmenį, kad ne svarbios sveikatos problemos būtų sprendžiamos pirminiame lygmenyje, o į specializuoto aukštesnio, ir kartu brangesnio, lygio medicinos įstaigas patektų tik tie pacientai, kuriems ta pagalba tikrai reikalinga. Šalys, turinčios racionaliai sutvarkytą sveikatos apsaugos sistemą su aiškiai apibrėžtomis pirminės



sveikatos priežiūros funkcijomis, atskirtomis nuo antrinio ir tretinio sveikatos priežiūros lygių (Olandija, Danija, Anglija), išsiskiria efektyvumu ir paslaugų kokybe. Tose pasaulio šalyse, kurios turi efektyviausias ir racionaliausias sveikatos priežiūros sistemas, šeimos gydytojas yra „vartininkas“, kuris pirmasis pasitinka pacientą ir lydi per visus sistemos lygius [1].

Ši sistema turėjo sumažinti ir optimizuoti specializuotų aukštesnio sveikatos priežiūros lygmens paslaugų teikimą. Nors buvo planuota, jog pirminė sveikatos priežiūros grandis teiks 80 proc. paslaugų, šioje srityje iki šiol yra nemaža spragų. Ambulatorinių konsultacinių paslaugų kiekis nuolat auga, pacientai nepatenkinti eilėmis pas specialistus, stacionarinės paslaugos redukuojamos greičiau nei vystosi ambulatorinės paslaugos.

Įvertinus visų ambulatorinių apsilankymų struktūrą visuomeniniame sektoriuje, stebima pirminio lygio paslaugų didėjimo tendencija – 1998 metais 63 proc. apsilankymų Lietuvoje buvo registruojama pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, 37 proc. – pas antrinio ir tretinio lygio specialistus. Panašus apsilankymų pas antrinio ir tretinio lygio specialistus ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose skaičių santykis (9:1) buvo stebimas beveik visų ligų profilių atvejais, išskiriant tik medicininę genetiką (2:8) ir onkologiją (7:3) [2]. 2005 metais apsilankymai pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus išaugo iki 67,2 proc., 32,8 proc. – pas antrinio ir tretinio lygio specialistus. Analogiškai Klaipėdos apskrityje 2005 metais pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus registruota 65,7 proc., o pas antrinio ir tretinio lygio specialistus – 34,3 proc. Tačiau Klaipėdos mieste 2005 metais 54,7 proc. apsilankymų buvo pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, o 45,3 proc. – pas antrinio ir tretinio lygio specialistus [3].

Šio darbo tikslas išanalizuoti ambulatorinių – konsultacinių paslaugų apimtį, rezultatus ir pacientų srautus kardiologijos ir oftalmologijos profiluose, darant prielaidą, kad ne visos konsultacijos yra pagrįstos.

Širdies ir kraujagyslių ligos yra viena svarbiausių ne tik medicinos, bet ir socialinių problemų [4]. Sergamumo, invalidumo ir mirtingumo priežasčių struktūroje kraujotakos ligos užima ypatingai svarbią vietą. Lietuvos gyventojų mirčių struktūroje pagrindinėmis mirties priežastimis yra širdies ir kraujagyslių ligos, 2005 m. jos sudaro didžiausią dalį, t.y. 54,4 proc. iš visų mirusių [5].

Kardiologija – viena iš vidaus ligų profilio sričių, kurioje ŠG ir persikvalifikavę terapeutai turi pakankamai žinių, tačiau, dėl visos eilės priežasčių pacientas privalomai siunčiamas konsultacijų – dėl tam tikrų patvirtintų ligų sekimo ir gydymo algoritmų, dėl kai kurių kompensuojamųjų vaistų išrašymo tvarkos, dėl nedarbingumo ekspertizės ir kt.

Oftalmologinė priežiūra persikvalifikavusiems į ŠG buvusiems apylinkių terapeutams ir pediatrams yra nauja sritis, kurioje kartais trūksta žinių ir įgūdžių. Oftalmologo konsultacijoms pacientai siunčiami ne tik dėl specifinių akių ligų, bet ir siekiant diagnozuoti kitas somatines ligas, įvertinant kraujagyslių pokyčius akių dugne (išeminė širdies liga, hipertenzija, cukrinis diabetas ir kt). ŠG turi išmanyti dažniausių akies ligų pagrindinius simptomus bei sindromus, dažniausiai oftalmologijoje vartojamų vaistų skyrimo indikacijas, indikacijas skubiai specialisto konsultacijai, stacionarizavimui. ŠG kompetencijoje mokėti ištirti regą, apžiūrėti akių dugną, nustatyti arterinei hipertenzijai būdingus pakitimus, išmatuoti akispūdį tonometru ir įvertinti pakitimus.

Gydytojai specialistai mokslinėse – praktinėse konferencijose ir kt. pasitarimuose dažnai diskutuoja dėl ŠG kompetencijos: dėl betikslio siuntimo, neteisingos diagnozės suformulavimo, tyrimų atlikimo. Nuolat vyksta ginčai dėl siuntimų pagrįstumo. Tačiau iš kitos pusės galiojantys teisės aktai, kaip „Paciento teisių ir žalos atlyginimo“ įstatymas, griežta medicininio audito politika, pacientų nepasitikėjimas, dideli darbo krūviai sąlygoja pačių ŠG nepakankamą pasitikėjimą. Neigiama ir hiperbolizuota žiniasklaidos įtaka, ypač esant nesėkmingiems atvejams, gali neigiamai veikti tiek gydytoją specialistą, tiek ir bendrosios praktikos gydytoją [6]. Norint įvertinti sveikatos priežiūros kokybės aspektus, ŠG kardiologinę ir oftalmologinę kompetenciją bei paskatinti ŠG tobulėti, nusprendėme išsiaiškinti siuntimų kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms į antrinio sveikatos priežiūros lygio įstaigas pagrįstumą viename daugiaprofilinės ligoninės ambulatoriniame konsultaciniame skyriuje.

## **DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI**

**Tikslas.** Įvertinti ambulatorinių kardiologo ir oftalmologo konsultacijų pagrįstumą.

**Uždaviniai:**

1. Išanalizuoti antrinio lygio ambulatorinių-konsultacinių paslaugų pasiskirstymą pagal profilius Klaipėdos apskrityje.
2. Ištirti šeimos gydytojų siuntimų kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms kokybę ir pagrįstumą.
3. Palyginti kardiologinių ir oftalmologinių konsultacijų turinio struktūrą ir apimtį.

## 1. LITERATŪROS APŽVALGA

### 1.1. Ambulatorinės sveikatos priežiūros samprata

Ambulatorinės sveikatos priežiūros samprata kilusi iš lotynų kalbos žodžio ambulatorius – judamas, tai yra sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ateinantiems ir namie esantiems ligoniams [7]. Ambulatorinė sveikatos priežiūra suprantama kaip priežiūra, nereikalaujanti ligonio laikytis lovos režime ir susijusi su paties ligonio pastangomis.

Lietuvoje ambulatorinės sveikatos priežiūros organizavimas įvairiuose istorijos laikotarpiuose keitėsi.

Pradžioje kūrėsi nedidelės ambulatorijos, aptarnaujančios nedidelį skaičių gyventojų ir tik pagal pagrindines medicinos specialybes, dažniausiai dirbo terapeutas, pediatras, stomatologas, akušeris-ginekologas. Pacientai buvo aptarnaujami pagal gyvenamąją arba darbo vietą. Kartais buvo organizuojamos judrios ambulatorijos, teikiančios medicinos ir profilaktikos pagalbą nuošalesnėse vietovėse arba žmonėms, negalintiems atsitraukti nuo lauko ar kitokių darbų. Iki II pasaulinio karo ambulatorijų buvo įsteigta per 200 [8].

Pirmoji poliklinikinio tipo įstaiga Lietuvoje įkurta 1934 m., pastačius Kaune ligonių kasos rūmus ir įkėlus į juos ambulatorijas. Gydymas juose buvo nemokamas tik ligonių kasos nariams ir jų šeimoms. Po II pasaulinio karo poliklinikos pradėjo veikti visuose miestuose. 1949 m. daugelis poliklinikų buvo sujungtos su ligoninėmis. Lietuvoje kaip ir visoje buvusioje Sovietų Sąjungoje buvo išvystyta poliklinikinė struktūra. Nuo 1983 m. poliklinikos kartu su kitomis gydymo ir profilaktikos įstaigomis pradėjo vykdyti lėtinių nespecifinių ligų profilaktikos programą, kuriai įgyvendinti buvo įsteigta daug profilaktikos ir atstatomojo gydymo skyrių miestų poliklinikose [9].

Medicinos mokslo ir praktikos progresas lėmė, kad pailgėjo žmonių amžius, visuomenė ėmė senėti, padaugėjo lėtinėmis ligomis sergančiųjų pacientų, neįgaliųjų tuo pačiu progresas įgalino kurti specializuotas medicinos mokslo ir praktikos šakas, steigti specializuotas institucijas ir rengti atskirų sričių specialistus. Tai lėmė sveikatos priežiūros sistemos orientaciją į ligą, organo ar organų sistemos sutrikimų diagnostiką ir gydymą, o visuomenės ir paciento atžvilgiu – sveikatos paslaugų fragmentaciją ir epizodiškumą, paciento sveikatos išskaidymą pagal amžių, lytį arba organų sistemas. Pakitus visuomenės reikmėms turėjo keistis sveikatos paslaugų kryptis: šalia diagnostikos ir gydymo paslaugų turėjo atsirasti institucija, kuri užtikrintų tęstinę, visą apimančią, orientuotą į pacientą sveikatos

priežiūrą, geriau prižiūrėtų nepagydomomis ligomis sergančių asmenų sveikatą, atpažintų sveikatą žalojančius rizikos veiksnius, organizuotų pacientui reikalingas sveikatos paslaugas visoje sveikatos priežiūros sistemoje.

Nuoseklus sveikatos sistemos pertvarkymas buvo pradėtas, atgavus Lietuvos Respublikos nepriklausomybę, ir šaliai aktyviai įsijungus į Europos Sąjungoje vykstančius integracinius procesus, vykdoma pirminės sveikatos priežiūros reforma bei kuriamas naujas požiūris į visuomenės sveikatą.

Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema skirstoma pagal veiklos organizavimo lygius į savivaldybių, apskričių ir valstybės. Pagal sveikatos priežiūros paslaugų lygius skirstoma į pirminį, antrinį, tretinį. Pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą skiriamos ambulatorinės, stacionarinės ir mišrios sveikatos priežiūros paslaugos [10]. Taigi ambulatorinė sveikatos priežiūra vykdoma visuose organizavimo ir paslaugų lygiuose.

Pirminio organizavimo lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugoms yra priskiriama pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra, stacionarinės (palaikomojo gydymo ir slaugos), greitosios medicinos pagalbos, psichikos sveikatos centrų, pirminė odontologijos sveikatos priežiūra. Už pirminės sveikatos priežiūros organizavimą atsakingos savivaldybės.

**Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra** – tai nespecializuotų kvalifikuotų sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Šeimos gydytojo ir Bendrosios praktikos slaugytojo normų reikalavimus, kompleksas. Kai šias paslaugas teikia gydytojų komanda, turi būti užtikrinta mažiausiai trijų specialybių gydytojų – terapeuto arba pediatro, chirurgo, akušerio-ginekologo pagalba [11].

**Ambulatorinės specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos** – tai paslaugos, suteiktos pagal gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją. Gydytojo specialisto konsultacija laikomas paciento apsilankymas pas jį turint siuntimą dėl konkrečios priežasties. Šio apsilankymo metu atliekami pagal gydytojo specialisto kompetenciją visi pacientui būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai ir raštu teikiami patarimai siuntusiajam gydytojui.

## 1.2. Šeimos gydytojo institucija

ŠG institucijos atsiradimą sąlygojo išaugusios medicinos paslaugų išlaidos ir visuomenės struktūros pokyčiai, sveikatos sistemos reforma ir jos orientacija į Europos šalių sveikatos sistemas. VII Lietuvos gydytojų sąjungos suvažiavime buvo priimta Nacionalinė sveikatos koncepcija, kurią 1991 metais patvirtino Aukščiausioji Taryba. Priimta koncepcija pateikė pagrindines Lietuvos sveikatos sistemos raidos kryptis, tame tarpe PSP plėtrą bendrojoje sveikatos priežiūros sistemoje [12]. Parengtas

PSP strategijos tikslas – sukurti PSP sistemą, paremtą BPG institucijos modeliu, kuris leistų įgyvendinti komandinio darbo principus, pagerintų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, jų tęstinumą ir kokybę, užtikrintų PSP veiklos prioritetus: ligų prevenciją ir visuomenės sveikatos stiprinimą. Pirmame PSP reformos etape (iki 2000 m.) buvo planuojama parengti ir perkvalifikuoti BPG. Pirmas žingsnis keičiant pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros sistemos modelį buvo bendros praktikos arba šeimos gydytojų parengimas.

Pirminės sveikatos priežiūros 2000-2010 metų programoje buvo numatyta, kad gydytojų perkvalifikavimas į ŠG bus įgyvendinamas pagal patvirtintą Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programą. Minėta programa patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2000-08-04 įsakymu Nr. 441. Programos tikslas – padėti įgyvendinti vieną iš Lietuvos sveikatos programos uždavinių – plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, perkvalifikuojant apylinkių ir ambulatorijų terapeutus, pediatus ir kitus specialistus į bendrosios praktikos arba šeimos gydytojus. Gydytojų perkvalifikavimas pagal šią programą baigtas. 2005 metais LSIC duomenimis dirbo 1730 ŠG [3].

PASP – tai būtinoji visų bendruomenės narių bei jų šeimų sveikatos priežiūra šaliai ir bendruomenei priimtina kaina. Tai yra kompleksas priemonių, padedančių pasiekti norimą sveikatos lygį visoje šalyje. PASP tikslas – spręsti pagrindines asmens, bendruomenės ir visuomenės sveikatos problemas, kurių priemonės yra sveikatos propagavimas, mokymas, profilaktika, gydymo ir reabilitacijos paslaugos.

ŠG turėtų rūpintis ne tik asmens sveikata, bet ir visos šeimos narių sveikatinimo, tai yra sveikos mitybos propagavimu, švaraus geriamo vandens tiekimu, pagrindiniais sanitarijos klausimais, vaiko ir motinos sveikata (įskaitant šeimos planavimą), skiepijimu nuo labiausiai paplitusių užkrečiamų ligų, endeminių ligų profilaktika ir kontrole, sveikatos mokymu, ligų profilaktika.

ŠG veikla atliekama kartu su kitais PSP komandos nariais ir aukštesnio lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais apibūdinama šiais pagrindiniais principais:

- Bendroji. ŠG teikia visų medicinos sričių pagalbą pagal savo kompetenciją.
- Visuotinė. PSP paslaugos teikiamos visoms gyventojų amžiaus ir socialinėms grupėms.
- Integruota. ŠG teikiamos paslaugos yra PSP paslaugų dalis, realizuojama kartu su PSP komanda bei antrinio ir tretinio lygio paslaugomis.
- Tęstinė. Paslaugos teikiamos nuolat: ne tik pablogėjus sveikatai, bet ji prižiūrima ir tada, kai pagerėja, stengiamasi ją išsaugoti.
- Komandinė. ŠG paslaugas teikia kartu su PSP komanda.

- Holistinė. ŠG paslaugos orientuotos į asmens sveikatos būklę bei psichologinius, socialinius poreikius ir aplinkybes. Asmens sveikata suprantama kaip fizinė, psichinė ir socialinė gerovė.
- Individuali. Paslaugos orientuotos į asmenį pagal jo ir jo šeimos poreikius.
- Orientuota į šeimą. Sveikatos stiprinimo, išsaugojimo ir gydomosios priemonės taikomos įvertinus šeimos socialinę ir psichologinę aplinką, kad būtų pasiekiamas maksimalus efektas, pasitelkiami šeimos nariai.
- Orientuota į bendruomenę. Asmens sveikatos problemos vertinamos atsižvelgiant į bendruomenės poreikius.
- Koordinamoji. ŠG koordinuoja paslaugas, teikiamas asmeniui įvairiuose sveikatos apsaugos sistemos lygiuose.
- Konfidenciali. ŠG yra paciento sveikatos gynėjas [1].

Kad gautų ambulatorines pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, gyventojai nustatyta tvarka pasirenka ASPĮ ir gydytoją. Pacientas, pirmiausia kreipiasi į savo pasirinktą ŠG, kuris sprendžia, kokios pagalbos jam reikia. ŠG privalo žinoti jo kompetencijai priskirtų ligų ir būklių pagrindinius požymius, profilaktikos priemones. Jis turi išmanyti dažniausiai vartojamų vaistų skyrimo indikacijas, jų galimą šalutinį poveikį, nuspręsti, kada jam reikia konsultuotis su aukštesnio paslaugų lygio specialistu. Nuo pirminės sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo priklauso ir kitų sveikatos priežiūros paslaugų lygių veikla.

Mūsų šalyje ŠG tapo pirmuoju gydytoju, kuriam buvo apibrėžtos kompetencijos ribos. 1996 m. buvo priimta BPG funkcijų, pareigų ir kompetencijos norma, kuri buvo peržiūreta 1999 m. [12]. Nuo 2006 m. sausio 1 d. įsigaliojo nauja medicinos norma MN 14:2005, kurioje BPG pavadintas šeimos gydytoju [13].

Įvairiose Europos Sąjungos valstybėse, kitose šalyse gydytojų veikla, taip pat gydytojų specialistų, ŠG veikla, kompetencija, kvalifikacijos įgijimas, atsakomybė yra apibrėžiama toje valstybėje nusistovėjusia tvarka, tačiau visose šalyse ši veikla būtinai reguliuojama teisės aktais. Tai nustatoma gydytojų, gydytojų specialistų, ŠG rengimo programose, gydytojų etikos kodeksuose, gydytojo profesijos aprašuose, gydytojo vardo vartojimo taisyklėse ir panašiai. Lietuvoje daugelis svarbiausių dalykų įtvirtinta medicinos normoje, o bendrieji dalykai apibrėžiami įstatymuose [14].

ŠG normoje aprašyti 24 profiliai, kuriuos iki tam tikro lygio privalu išmanyti ŠG. Normoje konkrečiai nurodyta, ką ŠG turi išmanyti, mokėti, kokias ligas jis gali tik įtarti ir kokias privalo diagnozuoti bei gydyti. Kai kurių profilių kompetencijos ribos praplėstos: ką anksčiau reikėjo mokėti, tą dabar reikia daryti. Pirminės ambulatorinės ASP paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos

aprašė ŠG, be bazinio atlyginimo už įrašytus į aptarnaujamų gyventojų sąrašus asmenis, nustatytas papildomas mokestis už suteiktas skatinamąsias paslaugas ir papildomas mokėjimas už prevencinių programų priemonių vykdymą. ŠG nuo 2005 m. lapkričio 1 d. papildomai mokama už šias skatinamąsias paslaugas: kraujo krešumo sistemos būklės įvertinimą, ankstyvąją piktybinių navikų diagnostiką, fiziologinio nėštumo priežiūrą, vaikų iki 1 metų amžiaus bei neįgaliųjų sveikatos priežiūrą, vaikų imunoprofilaktiką, moksleivių paruošimą mokyklai, slaugos personalo procedūras namuose bei būtinosios medicinos pagalbos suteikimą gyventojams, neįrašytiems į pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos aptarnaujamų gyventojų sąrašą pagal ŠG medicinos normą. Vėliau į skatinamųjų paslaugų sąrašą įrašyta glikozilinto hemoglobino nustatymas [14]. Tuo tarpu kitų gydytojų specialistų kompetencijos ribos buvo apibrėžtos vėliau, kardiologų ir oftalmologų medicinos normos patvirtintos 1997m., kurios peržiūrėtos 2005m. [15,16].

Daugelyje šalių pirminei sveikatos priežiūrai skiriama daug dėmesio, tačiau įvairiose šalyse ji skirtingai suprantama ir ŠG vaidmuo ir paslaugų apimtys įvairiose šalyse yra skirtingos. Šiuo metu daugelyje Europos šalių veikia telekomunikacijų sistema. Suomijoje, telekomunikacijų centre, yra ryšys su mažuose miesteliuose įsikūrusiais PSP centrais, nutolusiais 55 km spinduliu. Tai yra alternatyva nevykti specialisto konsultacijai į ligoninę. Paskaičiuota, kad vienam pacientui atvykimas, buvimas ir konsultacija kainuoja 126 eurų. Įvertinus telekomunikacijų kainą, ligoninei būtų naudinga atlikti 110 oftalmologinių telekomunikacijų. Kartu būtų vykdomas ir mokymas. Pradinei skaičiavimai rodo, kad telekomunikacijos naudingos mažiems sveikatos centrams. Tačiau esant neaiškumams, baigus telemedicinos ryšį, BPG tenka didelė atsakomybė [17].

2003 m. atliktas ŠG veiklos tyrimas Europoje. Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti ŠG veiklos skirtumų mastą įvairiose Europos šalyse. Buvo apklausta virš dešimties tūkstančių ŠG trisdešimtyje šalių. Apklausa vykdyta naudojant Olandijos Nepriklausomos sveikatos apsaugos tyrimo fondo (NIVEL) paruoštą klausimyną, sugrupuoti klausimai į 6 klausimų grupes: apie asmenį ir darbą, medicininių procedūrų naudojimą, pacientų pirmąjį kreipimąsi sutrikus sveikatai, profilaktinės medicinos apimtis, ligų gydymą, pasitenkinimą darbu. Ši studija parodė, kad vakarų Europos šalyse, kuriose ŠG atlieka vartininko funkciją, ŠG užima ženkliai stipresnę poziciją kaip pirmo gydytojo, į kurį kreipiasi pacientas, sutrikus sveikatai, daugiau naudoja medicininės procedūras, atrankinius cholesterolio tyrimus bei profilaktinius vaikų skiepėjimus. ŠG medicininių procedūrų (tame tarpe ir akių dugno tyrimas) naudojimo rodiklis Lietuvoje žemiausias – 1.10; didžiausi šie rodikliai Skandinavijos šalyse – Švedijoje – 2.83, Norvegijoje – 3.05, Suomijoje – 3.46, Danijoje – 2.82;



Islandijoje – 3.19 , Šveicarijoje – 2.94 ir Jungtinėje Karalystėje – 2.83 (vertinimo skalė nuo 0 (žemiausias) – iki 4 (aukščiausias) [18].

### **1.3. Gydytojų – specialistų ambulatorinė sveikatos priežiūra**

Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos pagal paslaugų teikimo vietą ir laiką yra skirstomos į ambulatorines ir stacionarines. Nors buvo numatyta, kad antrinio lygio paslaugas turi ir organizuoti apskritys, tačiau iki šiol jas teikia savivaldybių, apskričių bei Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios sveikatos priežiūros įstaigos. Ambulatorinės specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai paslaugos, suteiktos pagal gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją. Paslaugos teikiamos ASPĮ, turinčiose licenciją verstis asmens sveikatos priežiūros veikla ir teikti licencijoje nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Paslaugas teikia atitinkamos profesinės kvalifikacijos gydytojai, prirėikus su slaugytoju ar akušeriu. Paslaugas teikiantys specialistai turi turėti galiojančią medicinos praktikos licenciją, patvirtinančią, kad jis turi teisę verstis medicinos praktika pagal atitinkamo gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją [19]. Gydytojų-specialistų, dirbančių poliklinikose ar ambulatoriniuose konsultaciniuose skyriuose, teikiamos paslaugos, nepriklausančios teikti pagal ŠG medicinos normą, apmokamos pagal gydytojo specialisto konsultacijos bazines kainas. Konsultacija laikomas paciento apsilankymas pas jį, turint siuntimą dėl konkrečios priežasties. Siuntimas yra oficialus dokumentas, kuriuo patvirtinama, kad siunčiamam asmeniui turi būti teikiamos paslaugos. Apsilankymo metu atliekami pagal gydytojo specialisto kompetenciją visi pacientui būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai ir raštu teikiami patarimai siuntusiam gydytojui.

Kardiologinė priežiūra – asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti širdies ir kraujagyslių ligų diagnostiką, rizikos veiksnių nustatymą laiku ir antrinę bei tretinę profilaktiką, taip pat pacientų, sergančių širdies ir kraujagyslių ligomis, gydymą ir reabilitaciją. Gydytojas kardiologo kompetencija apibrėžta MN 55:2005 „Gydytojas kardiologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ [15]. Teisę verstis gydytojo kardiologo praktika Lietuvos Respublikoje turi asmuo, Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka įgijęs gydytojo kardiologo profesinę kvalifikaciją ir turintis galiojančią medicinos praktikos licenciją verstis medicinos praktika pagal gydytojo kardiologo profesinę kvalifikaciją.

Šiuolaikinės sveikatos priežiūros organizacijos sąlygomis ŠG negali dirbti vienas, be specialistų pagalbos. Kadangi savo darbe susiduria su visomis ligomis, todėl būna sunku diagnozuoti ligą, nustatyti jos stadiją ir skirti gydymą, o gydytojas specialistas ją diagnozuoja tik iš savo srities. ŠG

įsiterpimas tarp specialisto ir ligonio turėtų apsaugoti pacientus nuo bereikalingų procedūrų ir jų šalutinio poveikio, nes pacientas neturėtų patekti specialisto konsultacijai be siuntimo, kuriame turėtų būti aprašyta pirminė (įtariama) diagnozė, aprašyta ligos eiga, atlikti pagrindiniai tyrimai. Diskutuojama ir apie tai, jog patekimas pas specialistą per BPG grandį gali turėti neigiamas pasekmes – pavėluotą ligos diagnozę, neįvertintą ligos eigą ar net paciento mirtį [20]. Tačiau analizuojant sąsajas ir bendradarbiavimo tarp ŠG ir specialistų rezultatus, stebimi geresni rezultatai bendradarbiaujant ŠG ir specialistams nei jiems dirbant atskirai. Alabamos universitete 2003 m. buvo atlikta retrospektyvinė kohortinė studija, kurioje buvo analizuojamos ŠG ir kardiologo konsultacijų sąsajos su pacientų, sergančių širdies nepakankamumu priežiūros rezultatais. Nustatyta, kad ŠG ir kardiologų bendradarbiavimas susijęs su geresniais pacientų, sergančių širdies nepakankamumu gydymo rezultatais, nei pacientus prižiūrint ŠG ar kardiologui solo praktika [21].

BPG vaidmuo dėl pacientų nukreipimo pas gydytoją specialistą įvairiose šalyse yra skirtingas, tačiau turi bendrus dėsningumas, pagrįstus šalies ištekliais, tradicijomis ir medicinos lygiu [22]. Pacientai siunčiami specialistų konsultacijoms ne tik dėl paciento interesų ligos atžvilgiu, bet ir dėl tam tikrų patvirtintų ligų sekimo ir gydymo algoritmų, dėl kai kurių kompensuojamųjų vaistų išrašymo tvarkos, dėl nedarbingumo ekspertizės ir kt. Viena iš svarbių sričių yra išlaidų vaistams reguliavimas ir įtakojimas. Vaistų išlaidoms reguliuoti taikomi ne tik kompensuojamųjų vaistų kainų valstybinis reguliavimas, generinių vaistų kompensavimas, kompensavimo išlaidų monitoringas, motyvacija (gydytojų), lankstus sankcijų taikymas, bet ir ligų gydymo metodikų patvirtinimas. Dažniausiai vaistų išrašymas ribojamas gydytojams nustatant lėšų vaistams biudžetą. Ligonių kasų sudaromi ambulatorinio gydymo algoritmai arba rekomendacijos, kaip skirti vaistus, yra taip pat priskiriami šiai priemonių grupei.

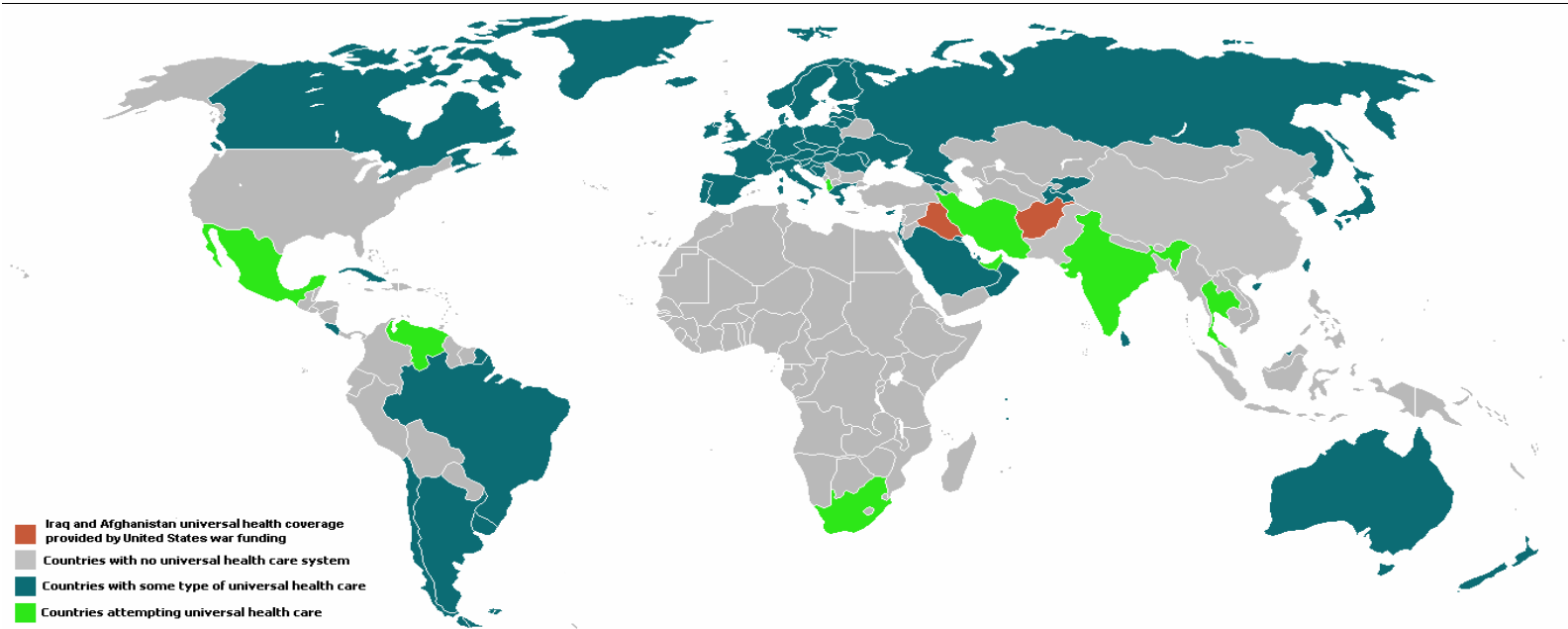
Vadovaujantis šiuo metu kompensuojamų iš PSDF medikamentų sąrašu, priešhipertenziniai vaistai suskirstyti į pirmo ir antro pasirinkimo sąrašus. Skiriant vaistą iš antro pasirinkimo sąrašo, būtina tyrimais patvirtinti specifinę (išskirtinę) jo skyrimo indikaciją, t.y. objektyviais tyrimais patvirtinti tam tikrą diagnozę. Kadangi ŠG diagnostinės galimybės labai ribotos, pacientas siunčiamas kardiologo konsultacijai, kurio kompetencijoje tuos tyrimus atlikti: echokardiograma, krūvio elektrokardiograma, koronarografija, elektrofiziologinis tyrimas, stemplinis ar intrakardinis EF tyrimas, kraujagyslių ultragarsiniai, pulsinės bangos ir tūrio, biocheminiai tyrimai ir kt. Pradinis AH gydymas išskirtines indikacijas turinčiu preparatu pradedamas arba tęsiamas, tik patvirtinus skyrimo indikaciją tyrimais. Prireikus daugiau nei trijų vaistų nuo hipertenzijos, ŠG ar vidaus ligų gydytojas siunčia gydytojo specialisto konsultacijai (kardiologo, nefrologo ar kt.), po kurios jis gali išrašyti tris ar daugiau

vaistus nuo hipertenzijos ne ilgiau 1 metų. Toliau siunčiama pakartotinai gydytojo specialisto konsultacijai [23]. Tokiu būdu skatinamos specialistų konsultacijos, nepriklausomai nuo ŠG gebėjimų.

Diabetas ir sisteminė hipertenzija vienos iš labiausiai paplitusių ligų išsivysčiusiose šalyse. Abu susirgimai sąlygoja pakitimus akių dugne ir siuntimų oftalmologo konsultacijoms dažnį. Oftalmologo konsultacijoms BPG siunčia ne tik dėl specifinių akių ligų, bet dažniau dėl kitų somatinių susirgimų, kurių diagnozės patvirtinimui ar patikslinimui reikalingas akių dugno ištyrimas, siekiant įvertinti kraujagyslių pakitimus. Tokių siuntimų dažnis įvairiose šalyse yra skirtingas. Buvo palygintas cukrinio diabeto valdymas bendrojoje praktikoje pagal gydymo būdą ir siuntimų konsultacijoms pas oftalmologą ir endokrinologą dažnius penkiose Europos šalyse: Belgijoje, Kroatijoje, Anglijoje, Ispanijoje ir Nyderlanduose. Ispanijoje (45,6% ) ir Kroatijoje (47,9%) oftalmologo konsultacijoms cukriniu diabetu sergantys pacientai siunčiami dažniau nei Anglijoje (26,6%) ar Belgijoje (29,6%) [24]. Šis rodiklis netiesiogiai leidžia daryti prielaidą, kad pastarosiose dviejose šalyse ŠG kvalifikacijos yra aukštesnės.

#### **1.4. Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ypatumai Lietuvoje ir užsienyje**

Pasaulyje yra daug įvairių sveikatos priežiūros modelių. Valstybės, priklausomai nuo išsivystymo lygio, ekonomikos, tradicijų daugiau ar mažiau reguliuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Vienose valstybėse yra vienokio ar kitokio tipo vieninga, visapusiška sveikatos sistema (Europa, Skandinavijos šalys, Rusija, Saudo Arabija, Australija, Kanada, Brazilija, Argentina, Čilė), kitose nėra vieningos sveikatos priežiūros (Afrikos valstybėse, JAV, dalyje Pietų Amerikos valstybių, Kinijoje, Mongolijoje, Kazachstane), Meksika, Venesuela, Pietų Afrika, Iranas, Indija, Nepalas, Laosas stengiasi įvesti vieningą sveikatos priežiūrą.



1 pav. Pasaulio šalių pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros visuotinumą [26]

**Danijos** sveikatos priežiūros sistema yra visuomeninė. Paslaugos iš esmės finansuojamos per mokesčius. Sveikatos priežiūros paslaugas perka grafystės (apskritys) (iš grafystei priklausančių ligoninių, dirbančių bendrosios praktikos gydytojų, specialistų, stomatologų) ir savivaldybės (iš slaugos namų, mokyklinio amžiaus vaikų stomatologų, vizituojančių slaugių ir namų slaugių). Pati vyriausybė tiesiogiai perka tik valstybei priklausančių ligoninių teikiamas paslaugas. Pacientams Danijoje tenka sumokėti nemažą dalį vaistų ir stomatologo teikiamų paslaugų kainos (~ 55%). Už ligoninių, BPG ir specialistų teikiamas paslaugas patys pacientai tiesiogiai nemoka.

Danijoje yra dvi socialinės apsaugos kategorijos: pirma ir antra, kurias galima pasirinkti vieną kartą metuose. Asmenys, priklausantys pirmai socialinės apsaugos kategorijai pasirenka šeimos gydytoją, eidami pas specialistą turi turėti šeimos gydytojo siuntimą. Asmenys, priklausantys antros kategorijos socialinei apsaugai, gali pasirinkti ir šeimos gydytoją, ir specialistus. BPG Danijoje atlieka vartininko vaidmenį, o jam mokama už suteiktų paslaugų skaičių (2/3) ir už pacientų, esančių šio gydytojo sąrašė, skaičių (1/3). Paslaugų kainas kas antri metai vykstančių derybų metu nustato BPG Asociacija ir Grafysčių Asociacija. Ir valstybė, ir grafystės (Danijoje jų yra 15), ir savivaldybės renka mokesčius ir turi politinę valdžią. Valstybė, remdamasi objektyviais kriterijais, (iš valstybinių mokesčių) padengia 17% visų grafystės išlaidų ir 50% savivaldybės išlaidų sveikatos priežiūrai.

**Čekijos** sveikatos priežiūros sistema orientuojasi į rinką. Sveikatos priežiūros paslaugas perka valstybė (iš universitetinių ir rajono mokomųjų ligoninių, nacionalinių programų), visuotinio Sveikatos draudimo tarnyba (VSDT), kuri apima 90% visų gyventojų, ir draudimo kompanijos (DDK) (Čekijoje jų yra 18). Valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai padengiamos iš gaunamų valstybinių pajamų. VSDT savo išlaidas sveikatos priežiūrai padengia rinkdama nustatytas įmokas (2/3 šių įmokų moka darbdaviai, 1/3 – darbuotojai), kurių dydis priklauso nuo mokėtojo mokumo. Kaip ir Danijoje, pacientai Čekijos Respublikoje moka nemažą dalį vaistų ir stomatologo teikiamų paslaugų kainos. BPG privačia veikla užsiimantis asmuo, kurio darbas finansuojamas per draudimo sistemą. BPG Čekijoje neatlieka vartininko vaidmens, tačiau jam mokama už suteiktas paslaugas ir naudojantis balų sistema, kuri remiasi bendru biudžetu ir vienai paslaugai sugaištamam laikui [25].

**Estijoje** 2001 metų Sveikatos priežiūros organizavimo įstatyme nustatytos keturios sveikatos priežiūros formos (lygiai): pirminė, kurią teikia šeimos gydytojai, skubi medicinos pagalba, specializuota (antrinė ir tretinė) bei slauga. Pirminės sveikatos priežiūros organizavimas yra esminis sveikatos priežiūros reformos elementas. Dabar pirminę sveikatos priežiūrą teikia tik šeimos gydytojas, t.y. nepriklausomas gydytojas, dirbantis pagal sutartį su Estijos sveikatos draudimo fondu. Jis teikia pirminę priežiūrą ir siunčia pacientus pas specialistus, nors kai kurių specialistų konsultacijoms (pvz., oftalmologo, psichiatro, ginekologo ir stomatologo) šeimos gydytojo siuntimo nereikia. Dauguma ambulatorinių įstaigų yra privačios. Visi šeimos gydytojai dirba kaip asmenys, užsiimantys individualia veikla (private entrepreneurs) arba yra samdomi darbuotojai privačiose įstaigose. Šios įstaigos gali teikti tik pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.

Po 2002 metų, t.y. įsigaliojus Sveikatos priežiūros organizavimo įstatymui, sveikatos priežiūra tapo beveik visiškai decentralizuota.. Sutarties su Sveikatos draudimo fondu sąlygos ir turinys yra derybų tarp Šeimos gydytojų asociacijos ir Estijos Sveikatos draudimo fondo rezultatas. Prieš prasidedant kalendoriniams metams Sveikatos draudimo fondas sudaro sutartis su šeimos gydytojais. Finansiniai sutarties aspektai aptariami du kartus per metus – jie priklauso nuo pacientų skaičiaus. Šeimos gydytojų finansavimo sistema grindžiama pacientų skaičiumi ir gydymo paslaugų įkainiais, kuriuos tvirtina Socialinių reikalų ministerija. Be to, mokami priedai, jei gydytojas dirba toliau kaip 20 km nuo ligoninės, priedai už įrangą ir pan.

Specializuotą ambulatorinę medicinos pagalbą teikia poliklinikos, ligoninių ambulatoriniai skyriai ir gydytojai specialistai, užsiimantys privačia praktika. Visi specialistai, tiek dirbantys privačiai, tiek ligoninių ambulatoriniuose skyriuose privalo būti sudarę sutartis su Sveikatos draudimo fondu. Jų

paslaugos apmokamos pagal nustatytus įkainius, o skirtumą turi padengti pats pacientas arba savanoriškas Sveikatos draudimas. Valstybė nustato tik minimalų atlyginimo dydį, kuris nepriklauso nuo to, kurioje srityje žmogus dirba.

**Slovėnijoje** pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikia ir privačios, ir valstybinės įstaigos. Valstybinės pirminės sveikatos priežiūros įstaigos Slovėnijoje vadinamos sveikatos centrais ir sveikatos stotimis (mažuose miesteliuose ir kaimuose). Sveikatos priežiūros stotyje teikiama pirminė medicininė pagalba (neatidėliotina pagalba, bendrosios praktikos ar šeimos medicininė pagalba, pirminė medicinos pagalba vaikams ir jaunimui, slauga, atliekami pagrindiniai laboratoriniai ir diagnostiniai tyrimai ir t.t.). Sveikatos stotys susijusios su artimiausiais medicinos centrais, kuriuose teikiama sudėtingesnė pagalba: prevencinė medicinos pagalba ir pirminis gydymas. Sveikatos centrai priklauso atitinkamai savivaldai. Darbuotojai yra samdomi ir gauna darbo užmokestį kaip valstybės tarnyboje dirbantys asmenys, tačiau gydytojai gali būti privačiai dirbantys specialistai, t.y. dirbti sveikatos centre pagal sutartį su Nacionaliniu sveikatos draudimo institutu. Jų paslaugos apmokamos iš privalomojo ar savanoriško draudimo lėšų, kaip numatyta sutartyje.

Pagal privalomojo sveikatos draudimo taisykles pacientas gali pasirinkti savo pirminės sveikatos priežiūros asmeninį gydytoją sveikatos centre ar privačioje įstaigoje. Asmeninis gydytojas nukreipia pacientus į antro ar trečio lygio medicinos įstaigas. Antrinė specialistų ambulatorinė pagalba teikiama ligoninėse, poliklinikose arba privačiose gydymo įstaigose, sudariusiose sutartis su Slovėnijos sveikatos draudimo institutu. Universitetinės ligoninės ir institutai teikia aukščiausio lygio (tretinę) medicinos pagalbą.

Sveikatos draudimo sistema Slovėnijoje yra dviejų lygių: privalomasis sveikatos draudimas ir papildomas savanoriškas Sveikatos draudimas (toms paslaugoms, kurių nedengia privalomasis sveikatos draudimas). Visiškai dengiamos tik vaikų gydymo išlaidos ir kai kurių susirgimų atveju. Privalomas sveikatos draudimas padengia nuo 95 iki 75 proc. gydymo išlaidų [26].

**Didžiojoje Britanijoje (DB)** kaip ir daugelyje kitų šalių yra valstybinis (*National Health Service, NHS*) ir privatus sveikatos draudimas. NHS vadovaujasi principu, kad sveikatos priežiūra turi būti vienodai prieinama visiems visuomenės nariams. NHS DB gyventojams suteikia platų spektrą sveikatos priežiūros paslaugų įskaitant medicininį, stomatologinį ir akių gydymą. Daug paslaugų teikiama nemokamai, o kai kurios už papildomą mokestį. Žmonės gali pasirinkti savo šeimos gydytoją, odontologą, oftalmologą, sudariusius kontraktus su Nacionaline sveikatos tarnyba. Ši tarnyba finansuojama iš bendros mokesčių sistemos. ŠG nustato pirminę diagnozę ir reikiamo gydymo kursą arba siunčia pacientą į specializuotą įstaigą [26].

ŠG mokama už visą jų aptarnaujamų gyventojų sveikatos priežiūrą. ŠG apmoka specialistų konsultacijų, tyrimų, išrašytų receptų išlaidas, tariasi su ligoninėmis dėl teikiamų paslaugų kokybės bei kainos [1]. Valstybinis sveikatos draudimas apmoka gydymą ligoninėje, apsilankymus pas šeimos gydytoją ir kitus specialistus, su kuriais jis yra sudaręs sutartį. Tokias sutartis turi dauguma gydytojų. Žmonės gali laisvai pasirinkti savo šeimos gydytoją, stomatologą, okulistą ar farmacininką, turinčius kontraktus su Nacionaline Sveikatos Tarnyba (NHS).

Šeimos gydytojai nustato pirminę ligos diagnozę ir atitinkamo gydymo kursą arba nukreipia pacientą labiau specializuotam gydymui. Apie 80 procentų dirba partnerystės ar grupiniu principu, dažnai kaip pirminės sveikatos apsaugos grupės nariai.

Vyriausybė pabrėžia partnerystės tarp visuomeninio ir privataus sveikatos apsaugos sektoriaus reikšmę. Pacientai laisvai gali siekti privataus medicininio gydymo. Gydytojai, stomatologai, okulistai ir farmacininkai gali dirbti privačiai. Nacionalinės Sveikatos Tarnybos pacientai kartais gydomi privačiose ligoninėse *visuomeninėmis lėšomis*, siekiant sumažinti belaukiančių gydymo eiles. Britų valstybinis sveikatos draudimas apmoka labai daug gydymo paslaugų, tačiau reikia labai ilgai laukti eilėje kol gydytojas juos priims. Tokia situacija susidarė todėl, kad dauguma gydytojų dalį laiko dirba pagal sutartį su NHS, o dalį – privačiai. Patekti pas gydytoją privačiai kur kas paprasčiau nei į valstybinę gydymo įstaigą, todėl pastaruoju metu britai vis dažniau draudžiasi privačiu sveikatos draudimu. Daugiau nei 6 milijonai žmonių naudojami privačiu medicininio draudimu.

**Airijoje** veikia valstybinė sveikatos draudimo sistema, tačiau didelė dalis žmonių draudžiasi privačiu draudimu. Ambulatorinės paslaugos viešosiose ligoninėse nemokamos, tačiau kai kurie žmonės turi sumokėti pradinę įmoką, jei jų nesiuntė ŠG. Yra dvi žmonių, turinčių teisę į nemokamą sveikatos priežiūrą kategorijos. Pirmoji kategorija suteikia visas sveikatos priežiūros paslaugas nemokamai, o antroji kategorija leidžia nemokamai gydytis tik dalinai. Kurie nepatenka į pirmą kategoriją ir naudojami neprivačia medicina priklauso antrajai kategorijai. Tai reiškia, kad jie privalo mokėti už vaistus ir preparatus, įprastus apsilankymus pas dantistą, okulistą, LOR gydytojus ir net už apsilankymus pas gydytoją. Airijoje privatus medicininis draudimas kainuoja visiems vienodai nepriklausomai nuo amžiaus. Daugelyje nespecializuotų ir kai kuriose specializuotose ligoninėse yra nelaimingų atsitikimų, avarijų arba nukentėjusiųjų skyriai, kuriuose gydomi pacientai, neturintys ŠG siuntimo.

Analizuojant specializuotą ir pirminę sveikatos priežiūrą, pirmiausia reikėtų apibrėžti specialistų pagalbos ir ŠG paslaugų skirtumus. Patirtis rodo, kad geriausia būtų eiti gydytis pas specialistą – čia galima tikėtis geriausios pagalbos. Tačiau Starfield ir Badia tyrimai, leidžia daryti

prielaidą, jog sveikatos pagalbą ne tiek jau daug apsprendžia pavieniai tyrimai ir technologijos – daug svarbesnis jų tinkamas pritaikymas diagnostikai ir gydymui. Skirtumai tarp specialistų ir BPG dideli (žr. 1 lentelė).

**1 lentelė. BPG ir specialistų konsultacijų skirtumai [6]**

Šeimos gydytojas (pirmas susitikimas su ligoniu)	Gydytojas specialistas (pirmas susitikimas su ligoniu)
Diagnozės tikslumas	
Diagnozės netikslios	Diagnozės daug tikslesnės
Skiriamų tyrimų kaina	
Pigesni	Brangesni
Paciento pasitenkinimas gydytojo darbu	
Didesnis	Mažesnis
Gydytojo dėmesys	
Asmenybei	Ligai
Gydymo tęstinumas	
Ilgesnis(bendruojama ilgai)	Minimalus
Diagnozės nustatymas	
Greitai sudaroma diagnozės hipotezė ir ji patikrinama	Diagnozuojama lėčiau
Diagnozių klasifikacija	
Mažiau specifinė ICPC klasifikacija	Labiau specifinė
Ligos istorija	
Problemos matomos ankstyvose stadijose, kai dar yra neaiškios, neapibrėžtos, mažai simptomų.	Problemos matomos vėliau, labiau apibrėžtos

Susidūręs su ta pačia problema kaip specialistas, BPG skiria mažiau tyrimų, o rezultatai dažniausia būna tie patys. Geri BPG ir paciento santykiai, empatija, supratimas, pagrįsti dideliu paciento ir šeimos, jo draugų ir aplinkos pažinimu, yra tvirtas geros diagnostikos ir gydymo laidas daugeliu atvejų. Kartu tai ir pigiausias diagnostikos įrankis [28].

Wienke Boerma, analizavęs ŠG veiklos skirtumų mastą įvairiose Europos šalyse, 2003 m. palygino Europos šalis pagal tris charakteristikas: kaip ŠG atlieka vartininko funkcijas, koks ŠG kaip darbuotojo statusas, ar šalis priklauso pokomunistinei šalių grupei ar ne [18]. Nustatyta, kad šalyse, kur ŠG atlieka vartininko funkcijas, jie yra pirmojo kontakto su pacientu gydytojai ir turi žymiai daugiau vaidmenų nei tose šalyse, kur ŠG nėra vartininku. Tose šalyse pirmasis kontaktas su gydytoju nukreiptas į gydytoją specialistą. Šalyse, kur ŠG yra vartininku, nerasta skirtumų pagal kitas paslaugų sritis.



ŠG kaip darbuotojo statusas sąlygoja ligų vadybos skirtumus. Šalyse, kur ŠG yra pats sau darbdaviu, ligų gydymo ir diagnostikos procedūrų žymiai daugiau atlieka nei tose šalyse, kur ŠG yra samdomu darbuotoju.

Šioje studijoje didesni skirtumai buvo nustatyti lyginant ŠG veiklą pokomunistinėse šalyse ir vakarų Europos šalyse. ŠG vakarų Europos šalyse atlieka daugiau įvairiapusių vaidmenų daugelyje sričių: jie atlieka išskirtinį vaidmenį pacientui pirmą kartą kreipiantis sutrikus sveikatai, daugiau naudoja medicininių procedūrų, dažniau atlieka profilaktinės medicinos veiklas – cholesterolio atrankinius tyrimus, vaikų profilaktinius skiepėjimus, nei ŠG pokomunistinėse šalyse. Analizuojant ligų gydymą skirtumų tarp tų šalių grupių nenustatyta [18].

Šie skirtumai matyt sąlygoti tradicijų, finansavimo būdo ir šalies išteklių bei teisinių aktų. Be to ir tyrimas buvo atliekamas tik prasidedant ŠG institucijų kūrimuisi. Pavyzdžiui Didžiojoje Britanijoje, Danijoje, Suomijoje, kitose Centrinės ir Rytų Europos šalyse, sudaryti veiklos planai, susiję su BPG institucijos, kaip pagrindinio „vartininko“ į antrinę sveikatos priežiūros lygį, įgyvendinimu [22].

Analizuojant oftalmologinės priežiūros integravimo į ŠG praktiką apimtis, įvairiose šalyse patirtis ir rezultatai skirtingi. Dauguma terapeutų yra nepasiruošę priimti atsakomybę ir tapti „vartininkais“ į antrinę sveikatos priežiūros lygį. JAV profesorių – oftalmologų sąjunga priėmė sprendimą dėl terapeutų oftalmologinės kompetencijos paruošimo. Oftalmologinis supratimas turi būti diegiamas nuo pirmojo kurso. Jų duomenimis, mažiau nei 50% baigusiųjų studijas gydytojų atitinka ši standartą [29]. Amerikoje, Kanadoje ir dalyje Australijos greta gydytojų terapeutų dirba licencijas turintys optometristai. Buvo atliktas tyrimas, kurio metu stengtasi išsiaiškinti, kaip optometristai gali pagerinti terapeuto darbą, atliekant oftalmologinę priežiūrą. Nustatyta, jog optometristai tai gali pagerinti 29% - 50% [30]. JAV optometristai dažnai būna pirmieji, kurie atpažįsta pirminę ar antrinę hipertenzijas, todėl jiems yra paruoštas informacinis leidinys apie pacientų, sergančių hipertenzija, priežiūrą [31]. ŠG Olandijoje teikia pakankamai kvalifikuotą pagalbą. 1983 m. 63% žmonių, turinčių akių problemų, pirmą kartą lankydavosi pas gydytoją oftalmologą. 1995 m. jau tik 26% žmonių lankėsi pas oftalmologus, išskyrus tuos atvejus, kaip aplenkiant ŠG ir oftalmologus, lankėsi pas optometristus – 65% žmonių, turinčių regėjimo sutrikimus. Apsilankymų skaičius pas ŠG Olandijoje yra didžiausias – 2300, tuo tarpu Didžiojoje Britanijoje – 1900, Prancūzijoje – 950, Vokietijoje – 870, Belgijoje – 600 [32].

Daugelyje pasaulio šalių ŠG taikyti oftalmologinę priežiūrą padeda optometristai. Albanijoje per paskutinius 10 metų daug optometristų dirbo ligoninėse ir kitose sveikatos priežiūros įstaigose. Jie pravedė mokymus praktikuojantiems gydytojams, pilnavertiškai pasiruoštų teikti

pacientams oftalmologinę pagalbą [33]. Optometristai ištiria refrakciją ir parenka adekvačią korekciją, atlieka „sveikų akių“ priežiūrą, ištiria akis, kartais pirmieji ištiria akių dugną. Lietuvoje optometrų nėra Teisės aktais reglamentuotą oftalmologinę priežiūrą atlieka gydytojai oftalmologai ir ŠG. Kadangi pacientas dėl akių ligų pirmiausia turi kreiptis į ŠG, neretai pavėluojama diagnozuoti ligą, skirti adekvatų gydymą. Lietuvoje ŠG aptarnaujamos apylinkės pacientų skaičius apie 2000, todėl dėl tokio didelio aptarnaujamų pacientų skaičiaus nukenčia ŠG oftalmologinė kompetencija [6].

Literatūros šaltinių tiesiogiai analizavusių ŠG siuntimus konsultacijoms pas kardiologus ir oftalmologus rasti nepavyko, todėl atliktas darbas yra naujas ir turintis praktinę reikšmę sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimui.

## 2. TYRIMO METODAI IR MEDŽIAGA

Siekiant išanalizuoti antrinio lygio ambulatorinių-konsultacinių paslaugų pasiskirstymą pagal profilius Klaipėdos apskrityje, Klaipėdos mieste ir N sveikatos priežiūros įstaigoje, buvo gauta iš Klaipėdos TLK Gydytojų specialistų draudžiamiesiems suteiktų antro lygio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ataskaita (Forma VLK 05ek.). Formos pateiktos pagal suteiktas paslaugas Klaipėdos apskrityje ir Klaipėdos mieste esančių daugiaprofilinių ligoninių (N, X ir Y) ambulatoriniuose konsultaciniuose skyriuose suaugusiems gyventojams, 2005 01 01 – 2005 12 31 ataskaitiniame laikotarpyje.

Konsultacijų pagrįstumo analizei pasirinktos dviejų profilių gydytojų specialistų paslaugos – kardiologo ir oftalmologo. Tyrimas buvo atliekamas N ligoninės ambulatoriniame-konsultaciniame skyriuje. Kadangi darbo planavimas prasidėjo 2006m., buvo nuspręsta įvertinti 2005 m.situaciją, kuri realiai atspindėtų pilnus metus. Pagal ligoninės pateiktą 2005 m. spalio mėnesį šių profilių konsultacijų apmokėjimo sąrašą Teritorinei ligonių kasai, retrospektyviai buvo atrinktos visos spalio mėnesį kardiologo ir kas trečia oftalmologo konsultuotų pacientų asmens sveikatos istorijos, forma Nr.027/a, toliau vadinamos ambulatorinėmis kortelėmis . Tyrimas buvo atliekamas 2007 m. vasario ir balandžio mėnesiais. Atrinktos 154 ambulatorinės kortelės pacientų, kurie buvo 2005 m. spalio mėnesį konsultuoti kardiologo ir 225 ambulatorinių kortelių pacientų, kurie buvo konsultuoti oftalmologo. Analizuotos 344 pacientų ambulatorinės kortelės, iš kurių kardiologo konsultuota – 124, oftalmologo – 220.

Iš ambulatorinių kortelių buvo pildoma anketa, sudaryta iš trijų dalių: paciento duomenys (amžius, lytis, gyvenamoji vieta); siuntimo konsultacijai (Forma 028-1/a ) duomenys (siuntėjas, siuntimo diagnozė, anamnezė, tyrimai, data); konsultacijos aprašo duomenys (data, anamnezė, tyrimai, diagnozė, gydymas). Pacientų amžius buvo suskirstytas: 17 – 30 m., 31 – 40 m., 41 – 50 m., 51 – 60 m., 61 – 70 m., 71 – 80 m., ir vyresni nei 80 m. Iš 344 pacientų 126 (36,6 proc.) buvo vyrai ir 218 (63,4 proc.) buvo moterys.

Gyvenamoji vieta analizuota išskiriant Klaipėdos miesto gyventojus – 255 (74,13 proc.), kitus Klaipėdos apskrities gyventojus – 60 (17,44 proc.) ir kitų apskričių (ne Klaipėdos) gyventojus – 29 (8,43 proc.), taip pat miesto – 289 (84 proc.) ir kaimo – 55 (16 proc.) gyventojus.

Pagal socialinę padėtį pacientai nebuvo analizuojami, kadangi socialinė padėtis ambulatorinėse kortelėse nepažymėta.

Analizuota kokioje ASPĮ dirba siunčiantis gydytojas – viešojoje 148 (43proc), privačioje 73 (21,2 proc.) pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje ar siunčia antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantis specialistas – 43 (12,5 proc.), 80 (23,3 proc.) pacientų atvyko konsultacijoms be siuntimo.

Siuntimo ir konsultavimo diagnozės buvo užkoduotos taip: kardiologo 1 – išeminė širdies liga (IŠL) su stenokardija, 2 – ritmo sutrikimai, 3 – hipertenzija, 4 – susirgimas širdies ir kraujagyslių liga (ŠKL) nediagnozuotas, 5 – kitos ŠKL; oftalmologo 1 – katarakta, 2 – glaukoma ir jos įtarimas, 3 – uždegiminės ligos (miežis, konjunktyvitas, blefaritas), 4 – kitos ligos, 5 – refrakcijos ydos, 6 – sveikas.

Statistinė duomenų analizė atlikta, naudojant statistinio apdorojimo SPSS programų paketus 10.7. Nepriklausomų imčių kintamųjų vidurkiams palyginti naudotas Stjudento (t) kriterijus, požymių nepriklausomumui tikrinti taikytas chi kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijus. Rodiklių skirtumai laikytini reikšmingais kai  $p < 0,05$ .

### 3. REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

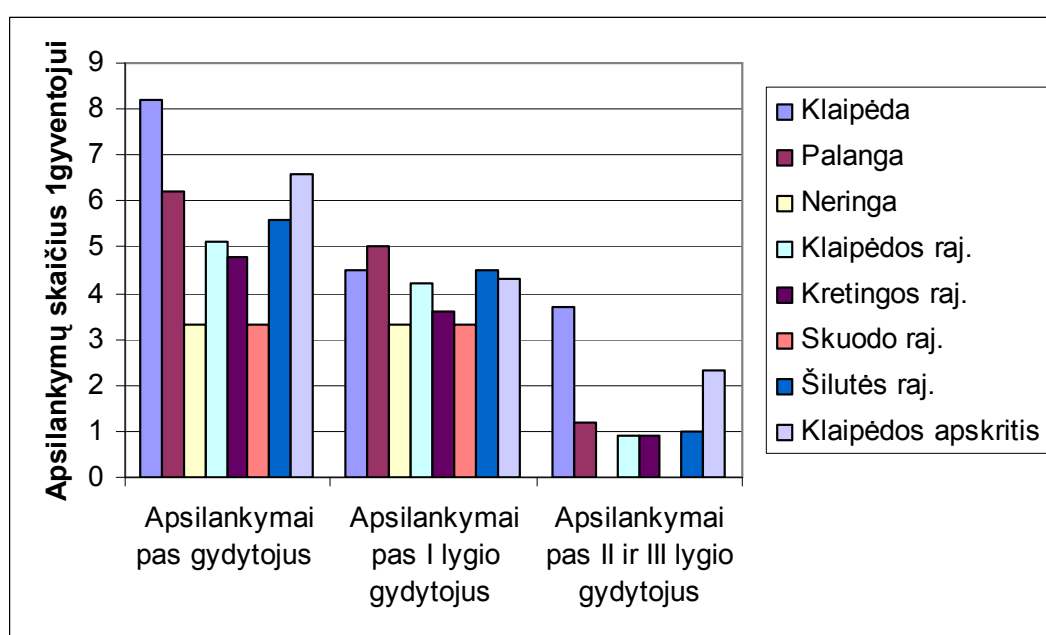
#### 3.1. Antrinio lygio ambulatorinių-konsultacinių paslaugų pasiskirstymas pagal profilius Klaipėdos apskrityje.

Klaipėdos apskritis trečia pagal gyventojų skaičių apskritis, kurioje LSIC 2005 m. duomenimis gyveno 381395 gyventojai, t.y. 11,2 proc. visų Lietuvos nuolatinių gyventojų. Apskrityje yra 7 savivaldybės. Klaipėdos gyventojai sudaro 49,3 proc. visų Klaipėdos apskrities gyventojų. Pagrindiniai ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų rodikliai pateikti 2 lentelėje.

**2 lentelė. Ambulatorinių paslaugų pagrindiniai rodikliai Klaipėdos apskrityje 2005m.**

		Klaipėda	Palanga	Neringa	Klaipėdos rajonas	Kretingos rajonas	Skuodo rajonas	Šilutės rajonas	Klaipėdos apskritis
Nuolatiniai gyventojai	Abs. skč.	188041	17641	2926	48104	45987	24718	53976	381395
	Proc.	49.3	4.63	0.77	12.61	12.06	6.48	14.15	100
Apsilankymai pas gydytojus (tūkst.)	Abs. skč.	1539.2	110.0	9.6	245.9	222.4	81.5	300.8	2509.4
	Proc.	61,34	4,38	0,38	9,80	8,87	3,24	11,99	100
	1 gyv.	8.2	6.2	3.3	5.1	4.8	3.3	5.6	6.6
Apsilankymai pas I lygio gydytojus (tūkst.)	Abs. skč.	841.4	88.4	9.6	203.7	180.1	81.5	244.9	1649.6
	Proc.	51,00	5,36	0,58	12,35	10,92	4,94	14,85	100
	1 gyv.	4.5	5.0	3.3	4.2	3.9	3.3	4.5	4.3
Apsilankymai pas II, III lygio gydytojus (tūkst.)	Abs. skč.	697.8	21.6	-	42.2	42.3	-	55.9	859.8
	Proc.	81,16	2,51	-	4,91	4,92	-	6,50	100
	1 gyv.	3.7	1.2	-	0.9	0.9	-	1.0	2.3

Kaip matyti iš 2 lentelės skiriasi ambulatorinių paslaugų rodikliai tarp Klaipėdos miesto ir kitų apskrities vietovių. Klaipėdos apskrityje apsilankymų skaičius pas gydytojus 1 gyventojui 2005 m buvo 6,6; Klaipėdos mieste – 8,2; o tuo tarpu Skuodo rajone ir Neringoje tik 3,3. T.y. Klaipėdos mieste beveik 2,5 karto daugiau apsilankymų pas gydytojus nei Skuode ir Neringoje. Mažesni skirtumai apsilankymų pas pirminio lygio gydytojus. Daugiausia apsilankymų Palangoje 5,0, mažiausiai Skuodo rajone ir Neringoje 3,3. Didesni skirtumai lyginant apsilankymų skaičių pas antrinio ir tretinio lygio gydytojus. Skirtumas tarp didžiausio apsilankymų skaičiaus Klaipėdos mieste 3,7 ir mažiausio Klaipėdos ir Kretingos rajonuose 0,9 buvo 4,1 karto.

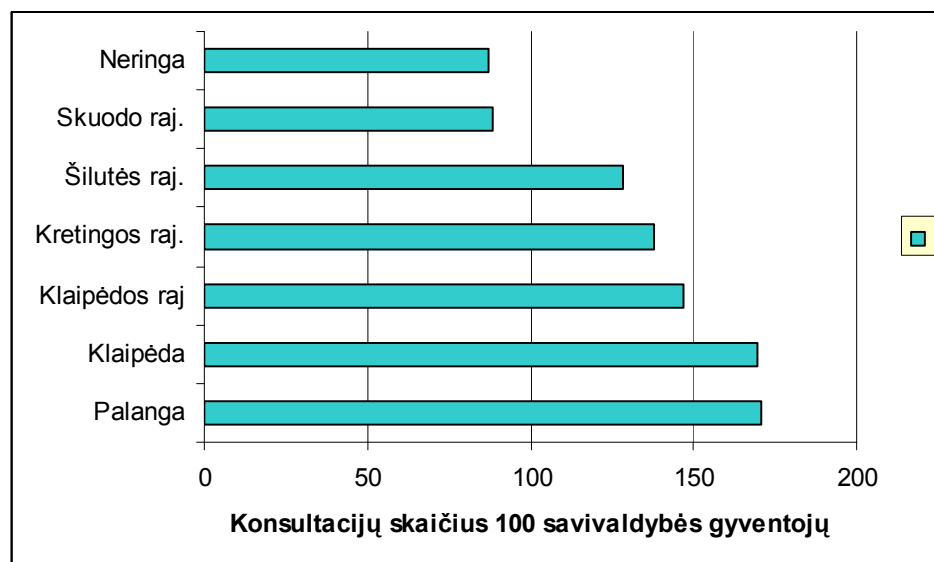


**2pav. Apsilankymų pas gydytojus skaičiaus palyginimas 1 gyventojui Klaipėdos apskrityje 2005m.**

Klaipėdos apskrityje 2005 metais pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus registruota 65,7 proc., o pas antrinio ir tretinio lygio specialistus – 34,3 proc. Tačiau Klaipėdos mieste 2005 metais 54,7 proc. apsilankymų buvo pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, o 45,3 proc. pas antrinio ir tretinio lygio specialistus [3]. Pagal Klaipėdos teritorinės ligonių kasos pateiktą gydytojų-specialistų suteiktų antro lygio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ataskaitą, 2005 m. suteikta 643142 konsultacijų, vidutinis apsilankymų dėl 1 konsultacijos skaičius 1,5.

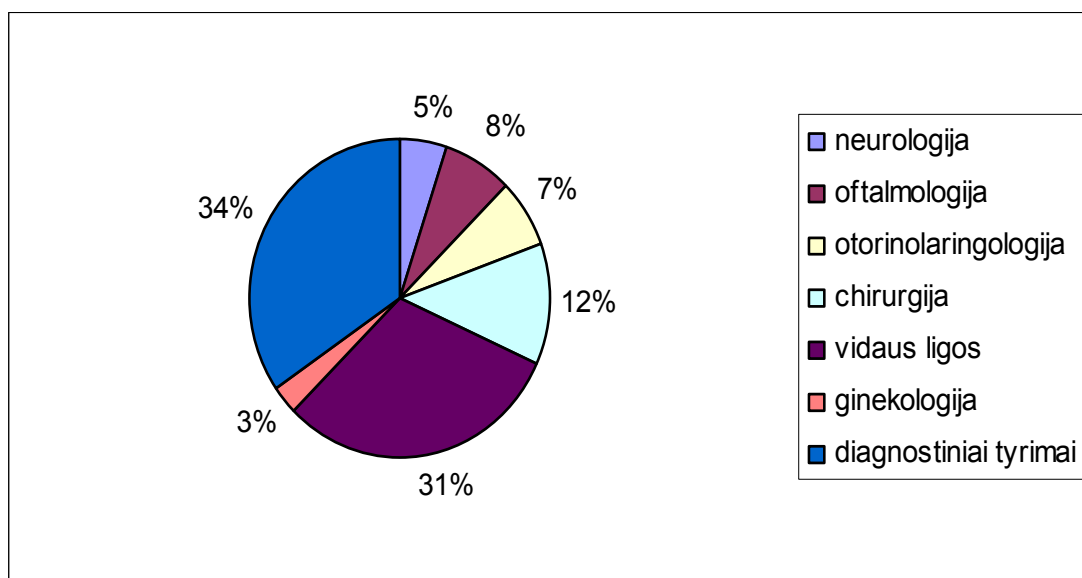
Analizuojant Klaipėdos apskrities gyventojams suteiktas ambulatorines konsultacines paslaugas pagal konsultacijų skaičių 100 savivaldybės gyventojų, matome, kad Klaipėdos gyventojams tenka

169,8, o Palangos 170,8 konsultacijų, kai tuo tarpu Neringos ir Skuodo 87 ir 88,1 konsultacijų (3 pav.). Tai leidžia teigti, kad miesto gyventojai dažniau naudojami gydytojų-specialistų paslaugomis.



**3 pav. Klaipėdos apskrities gyventojams 2005 m. suteiktų konsultacijų skaičius tenkantis 100 savivaldybės gyventojų**

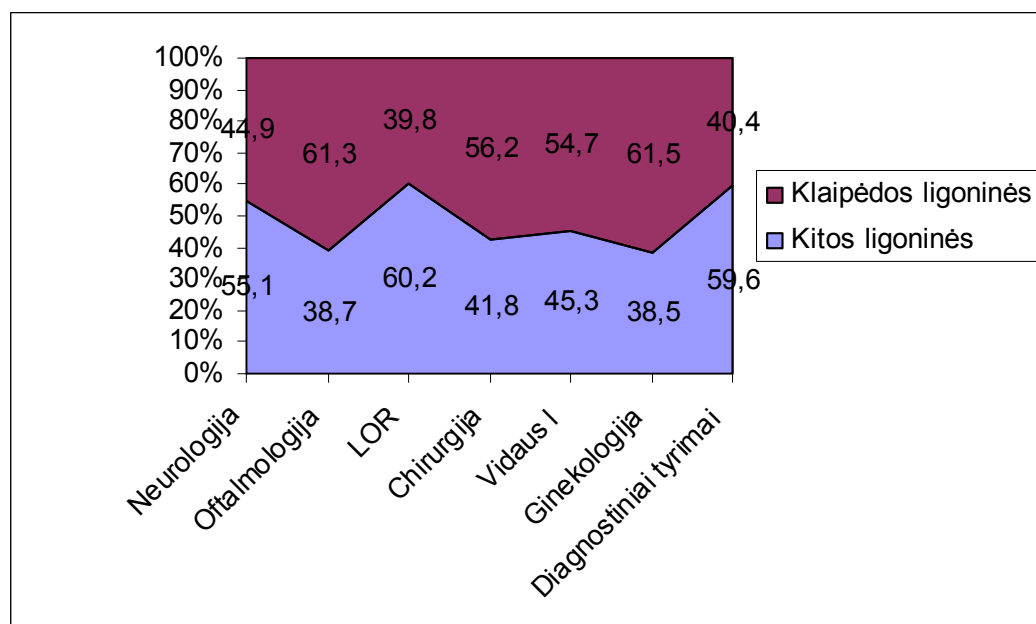
Analizuojant apskrityje suaugusių pacientų ambulatorinių konsultacijų pasiskirstymą pagal profilius matome (4 pav.), kad didžiausią dalį sudaro vidaus ligų profilio specialistų konsultacijos – 31 proc., chirurginio profilio konsultacijos, kartu su ortopedija traumatologija sudaro 12 proc., neurologija, oftalmologija ir otorinolaringologija užima panašią dalį nuo 5 iki 8 proc., tačiau didžiausią dalį ambulatorinių konsultacijų paslaugų sudaro diagnostiniai (rentgenologų, radiologų echoskopuotojų, endoskopuotojų) tyrimai – 34 proc.



**4 pav. Bendras konsultacijų pasiskirstymas pagal profilius 2005 m. Klaipėdos apskrityje**

Lietuvoje pacientas turi teisę pasirinkti SPI, gydytoją ne tik pirminei sveikatos priežiūrai, bet ir ambulatorines konsultacijas pas gydytoją specialistą bei stacionarinę gydymo įstaigą, nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos. Klaipėdos mieste ambulatorinės – konsultacinės paslaugos teikiamos daugiaprofilinių (Klaipėdos universitetinės, Jūrininkų, Klaipėdos apskrities ir Klaipėdos vaikų) ligoninių ir specializuotų (Klaipėdos psichiatrijos ir Klaipėdos tuberkuliozinės) ligoninių ambulatoriniuose – konsultaciniuose skyriuose. (Šiame darbe analizuojamos tik suaugusiems pacientams teikiamos ambulatorinės konsultacinės paslaugos). Kaip matyti 5 paveiksle, didesnę dalį ambulatorinių konsultacinių paslaugų suaugusiems gyventojams Klaipėdos apskrityje suteikia Klaipėdos mieste esančių daugiaprofilinių ligoninių ambulatoriniai – konsultaciniai skyriai. Tik neurologų – 55,1 proc., otorinolaringologo – 60,2 proc. konsultacijos sudarė didesnę dalį kitose ASPĮ nei Klaipėdos didžiosiose ligoninėse (taip pat diagnostiniai tyrimai – 59 proc.). Oftalmologines konsultacijas Klaipėdos mieste pacientai gauna 61,3 proc., chirurgines 56,2 proc., akušerines-ginekologines – 61,5proc., vidaus ligų – 54,7 proc. nuo visų šių profilių konsultacijų.

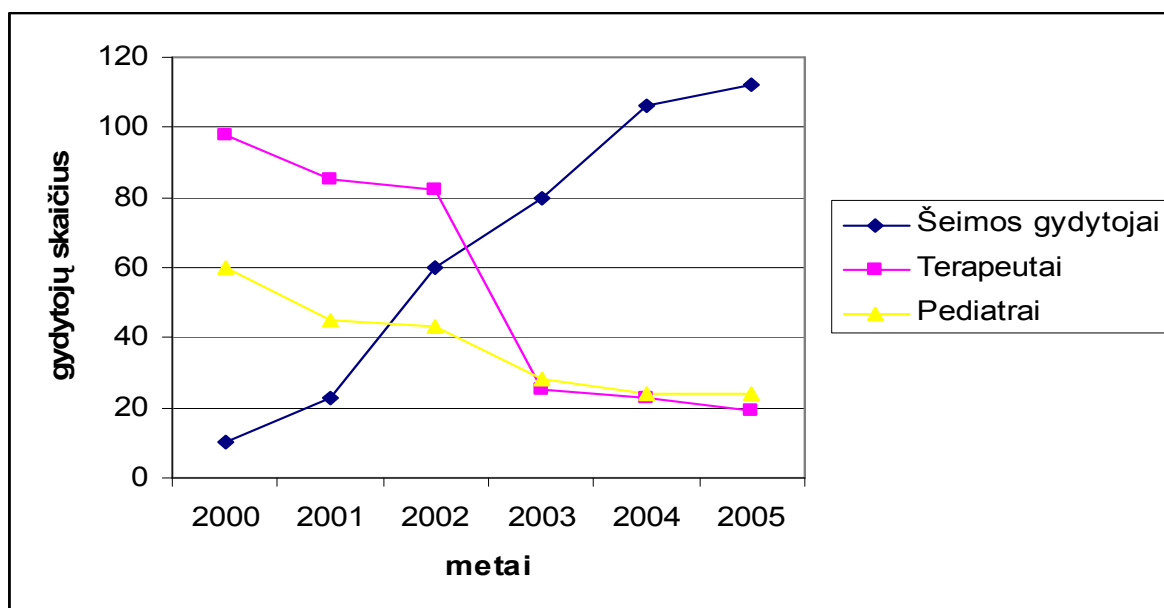




**5 pav. Klaipėdos apskrityje suteiktos antro lygio ambulatorinės konsultacijos pagal pagrindinius profilius 2005 m.**

Sveikatos sistemos reforma Klaipėdos mieste iš esmės pradėta 1997 m. Iki to laiko visos ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos buvo teikiamos poliklinikose. Jos priklausė keturioms mieste veikiančioms Klaipėdos, Jūrininkų, Raudonojo Kryžiaus ir Vaikų ligoninėms. Poliklinikose dirbo apylinkių terapeutai ir apylinkių pediatrai ir pagrindinių profilių gydytojai specialistai – chirurgai, ginekologai, oftalmologai, otorinolaringologai, neurologai, kardiologai, pulmonologai, gastroenterologai ir kiti. 1997 m. Klaipėdos miesto savivaldybės taryba, būdama Klaipėdos ir Vaikų ligoninių steigėja, priėmė sprendimą atskirti PSP grandį ir įsteigti Viešąją įstaigą Klaipėdos miesto pirminės sveikatos priežiūros centrą (VŠĮ Klaipėdos m. PSPC). Tuo pačiu metu PSP mieste teikė ir Jūrininkų bei Raudonojo Kryžiaus ligoninių poliklinikos, kurios atskirtos nuo stacionarų ir įsteigti Jūrininkų ir Senamiesčio PSC 2000 m. Taigi Klaipėdoje, vieninteliame iš didžiųjų Lietuvos miestų, pirminio lygio ambulatorinės paslaugos yra atskirtos nuo antrinio lygio paslaugų, poliklinikų kaip atskirų juridinių vienetų nėra. Ambulatorines – konsultacines paslaugas teikia ir privatūs gydytojų-specialistų kabinetai.

Atskyrus sveikatos priežiūros lygius ir pereinant prie šeimos medicinos pirminės sveikatos priežiūros modelio labai svarbus buvo apylinkės terapeutų ir pediatrų persikvalifikavimas į šeimos gydytojus. Persikvalifikavusių gydytojų skaičius išaugo. 2005 metais dirbo 112 licencijuotų šeimos gydytojų (6 pav.)



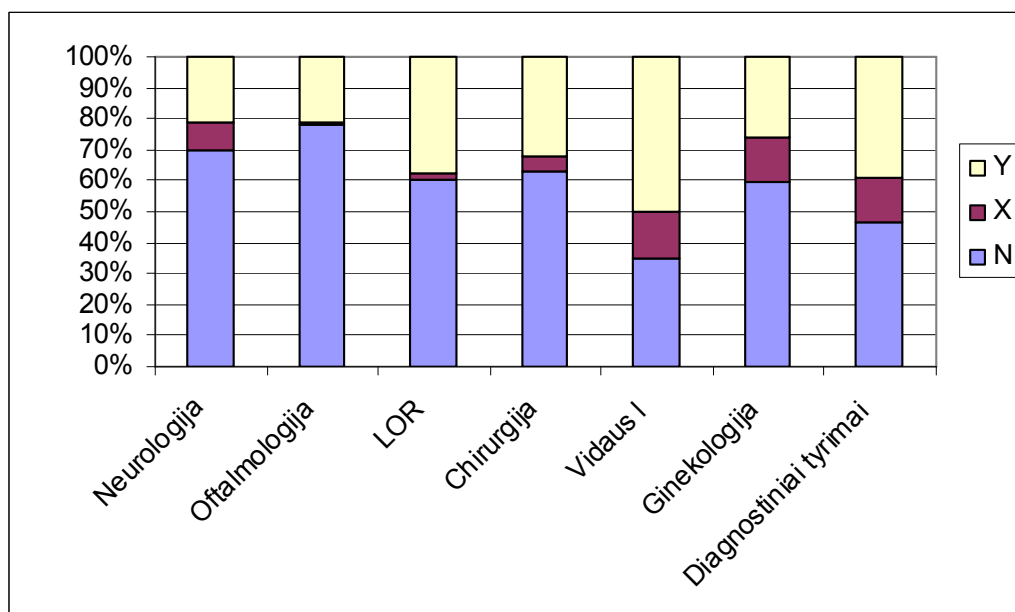
6 pav. PSP gydytojų skaičiaus pokyčiai 2001-2005 m.

PSP dirbantys ŠG yra persikvalifikavę pertraukiamos rezidentūros būdu apylinkių terapeutai ir pediatrai, tik pavieniai ŠG dirba baigę nepertraukiamą rezidentūrą. Persikvalifikavimui iš terapeuto į ŠG oftalmologijai skiriama 2 kreditai (1 kreditas – 40 valandų), tačiau manome, kad praktiškai to nepakanka. Gydytojas terapeutas savo praktikinėje veikloje neturi tiesioginio ryšio su akių ligomis, išskyrus 4-tame universiteto (akademijos, instituto) kurse, todėl tenka abejoti, kad toks valandų kiekis suteiktų minimalias oftalmologines žinias, įrašytas ŠG normoje. Ruošiant ŠG rezidentūroje, oftalmologijos mokymui skirta 4 kreditai (160 valandų). Atsižvelgiant į oftalmologo darbo apimtį, tenka susidurti su eile rimtų susirgimų, tokių, kaip glaukoma, katarakta, refrakcijos ydomis, akies dugno kraujotakos sutrikimais, priekinio akies segmento susirgimais. Visa tai įtarti, o dalį diagnozuoti ir pradėti gydyti, pagal ŠG normą privalo pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantis ŠG.

Kardiologija viena iš vidaus ligų profilių, kuriame ŠG ir persikvalifikavę terapeutai turi daugiau žinių, patirties ir drąsos, nes dirbdami apylinkių terapeutais nuolat tiesiogiai susidurdavo su širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis.

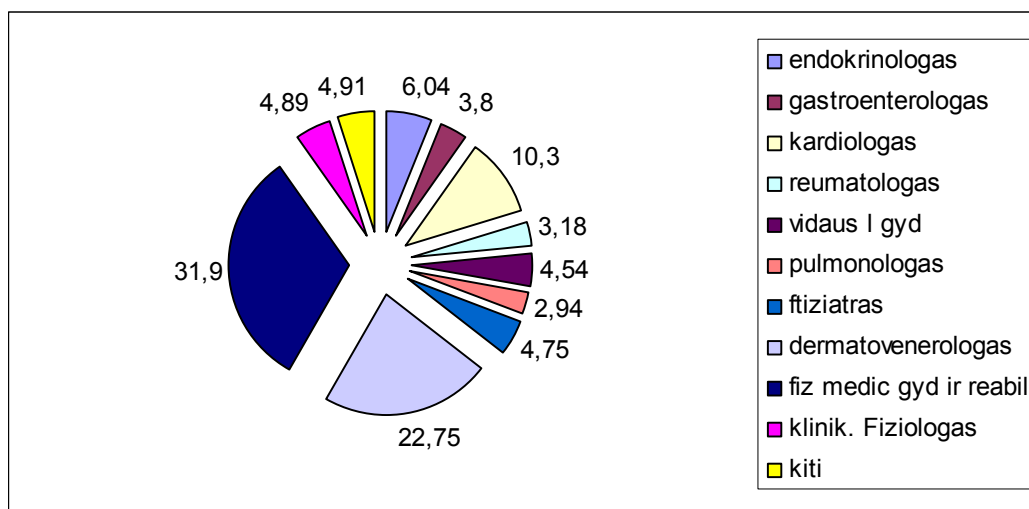
Analizuojant antrinio lygio ambulatorines konsultacijas pagal profilius, teikiamas daugiaprofilinių ligoninių ambulatoriniuose konsultaciniuose skyriuose Klaipėdos mieste, stebimas tam tikras profilių apimčių ir pacientų srautų pasiskirstymas (7 pav.). Daugiaprofilines ligonines šiame darbe pavadiname sąlyginai N, X ir Y sveikatos priežiūros įstaigomis (SPI). Didžiausios apimtys N

SPI, kurioje neurologinės, oftalmologinės, otorinolaringologinės, chirurginės ir ginekologinio profilio paslaugos teikiamos daugiau nei 50 proc. visų šių profilių konsultacijų. X SPI ambulatorinės paslaugos daugiau orientuotos į vidaus ligų, ginekologinį profilį ir tyrimus. Iš visų mieste teikiamų vidaus ligų profilio paslaugų 50 proc. teikiama Y SPI.



**7 pav. Pagrindinių profilių ambulatorinių konsultacijų pasiskirstymas pagal suteiktą konsultacijų vietą**

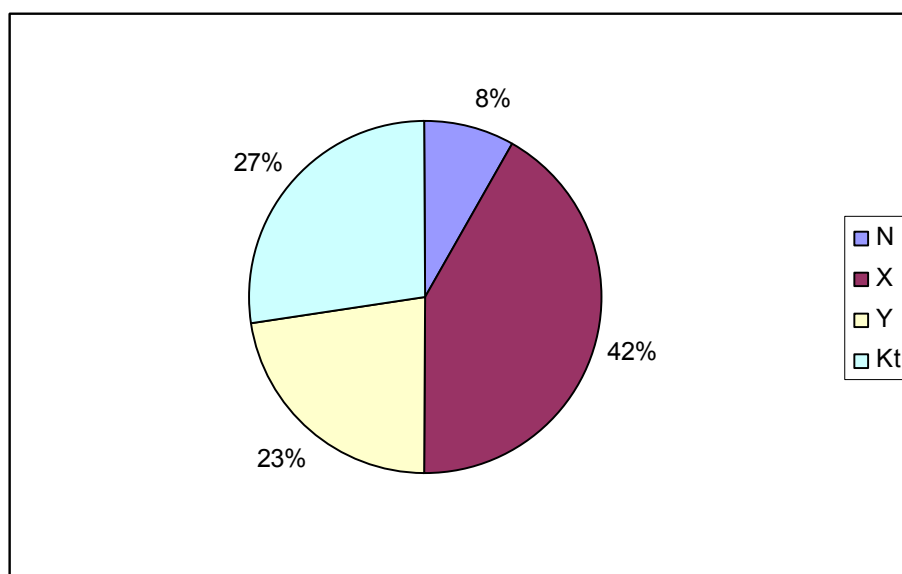
Analizuojant vidaus ligų profilio konsultacijų pagal specialybes pasiskirstymą (8 pav.), didžiausią dalį konsultacijų 31,9 proc. sudaro fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos ir tai suprantama, nes pas šios specialybės gydytojus pacientus konsultacijoms siunčia iš esmės visų profilių specialistai. Atkreiptinas dėmesys, kad dermatovenerologų konsultacijos užima antrą vietą pagal dažnumą – 22,75 proc. visų vidaus ligų profilio specialybių tarpe, nors analizuojant sergamumo rodiklius dermatovenerologiniai susirgimai nėra plačiai paplitusių susirgimų grupėje. LSIC duomenimis 2005 m. Lietuvoje odos ir poodžio ligų iš viso užregistruota 73,8/1000 suaugusių ir paauglių, sifilio – 8,61/100 000 gyventojų, gonorėjos – 12,68/100 000 gyventojų, kai tuo tarpu kraujotakos sistemos ligų iš viso užregistruota 307,3/1000 gyventojų, o kvėpavimo sistemos ligų 337,9/1000 gyventojų [3]. Galima daryti prielaidą, kad esant laisvam dermatovenerologo konsultacijų prieinamumui, t.y. nereikalingas ŠG siuntimas, šios specialybės paslaugų kiekis didėja, nes ŠG neatlieka vartininko vaidmens ir nevykdo ŠG normoje numatytų funkcijų odos ir lytiškai plintančių ligų srityje.



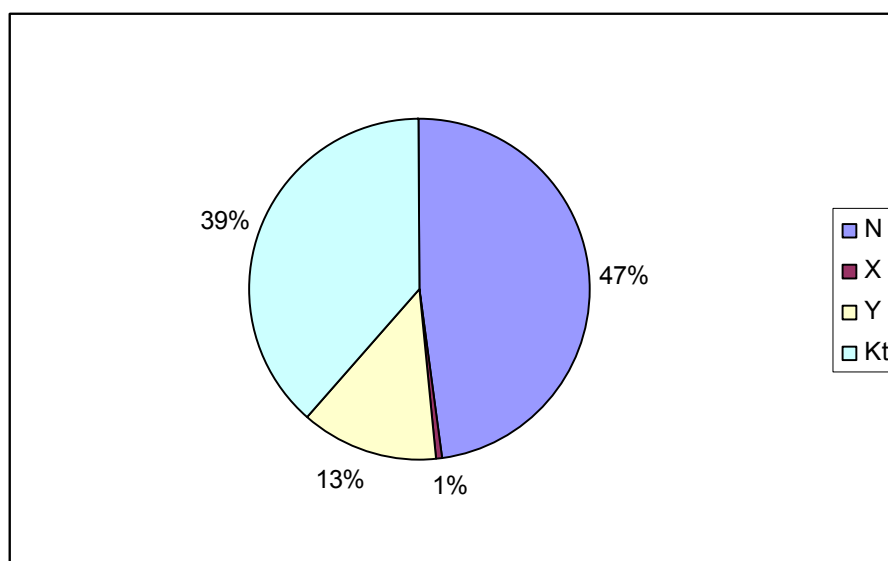
**8 pav. Terapinio profilio konsultacijų pasiskirstymas Klaipėdos apskrityje 2005 m.**

Šiame darbe analizuojamos kardiologo konsultacijos sudaro 10,3 proc. visų vidaus ligų profilio konsultacijų teikiamų Klaipėdos apskrityje.

73 proc. visų kardiologinių ir 61 proc. visų oftalmologinių konsultacijų pacientai gauna Klaipėdos mieste. Daugiaprofilinių stacionarų ambulatoriniai konsultaciniai skyriai pagal teikiamų šių konsultacijų skaičių pasiskirstę taip: kardiologinių konsultacijų 42 proc. teikia X SPĮ, tik 8 proc. teikia N SPĮ ir 23 proc. teikia Y SPĮ, kitose SPĮ pacientai gauna 27 proc. kardiologinių konsultacijų (9 pav.); oftalmologinių konsultacijų 47 proc. teikia N SPĮ, tik 1 proc. teikia X SPĮ ir 13 proc. teikia Y SPĮ, kitose SPĮ pacientai gauna 39 proc. oftalmologinių konsultacijų (10 pav.). Apskaičiuota, kad vidutinis apsilankymų skaičius dėl vienos kardiologo ir oftalmologo konsultacijos yra vienodas – 1,4. Tai atitinka Kauno medicinos universiteto Šeimos medicinos klinikoje 2003 m. atliktame tyrime minimus rodiklius – kardiologo vienai konsultacijai teko 1,4 apsilankymų, oftalmologo – 1,5 [27]. Tikėtina, kad šiuos rodiklius gali įtakoti ir konsultacijų apmokėjimų tvarka.



**9 pav. Kardiologinių konsultacijų srautų pasiskirstymas Klaipėdos apskrityje 2005 m.**



**10 pav. Oftalmologinių konsultacijų srautų pasiskirstymas Klaipėdos apskrityje 2005 m.**

Kardiologo ir oftalmologo kompetencija apibrėžta šių specialybių medicininėse normose [15,16]. Apsilankymo metu atliekami pagal gydytojo specialisto kompetenciją visi pacientui būtini tiriamieji bei gydomieji veiksmai ir raštu teikiami patarimai siuntusiam gydytojui. Šiuolaikinė kardiologija neapsieina be sudėtingesnių tyrimų ir medicininių technologijų, kurios sąlygoja diagnostikos ir gydymo pasirinkimą bei tam tikrų vaistų skyrimą. Ambulatorinės konsultacijos metu kardiologas nusprendžia kokie tyrimai reikalingi, juos paskiria ir atlieka pagal kompetenciją –

echokardiogramą, krūvio elektrokardiogramą, koronarografiją, elektrofiziologinį tyrimą, stemplinį ar intrakardinį EF tyrimą, kraujagyslių ultragarsinius, pulsinės bangos ir tūrio tyrimus.

Šių tyrimų atlikimui reikalinga medicininė įranga ir specialus pasirengimas jų atlikimui. Todėl efektyviau, kad tokios specializuotos konsultacijos būtų centralizuojamos ir atliekamos didesniuose centruose, kur taikomos naujos, pažangios medicinos technologijos ir gerai išvystyta stacionarinės pagalbos infrastruktūra.

### **3.2. Šeimos gydytojų siuntimų kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms pagrįstumo analizė**

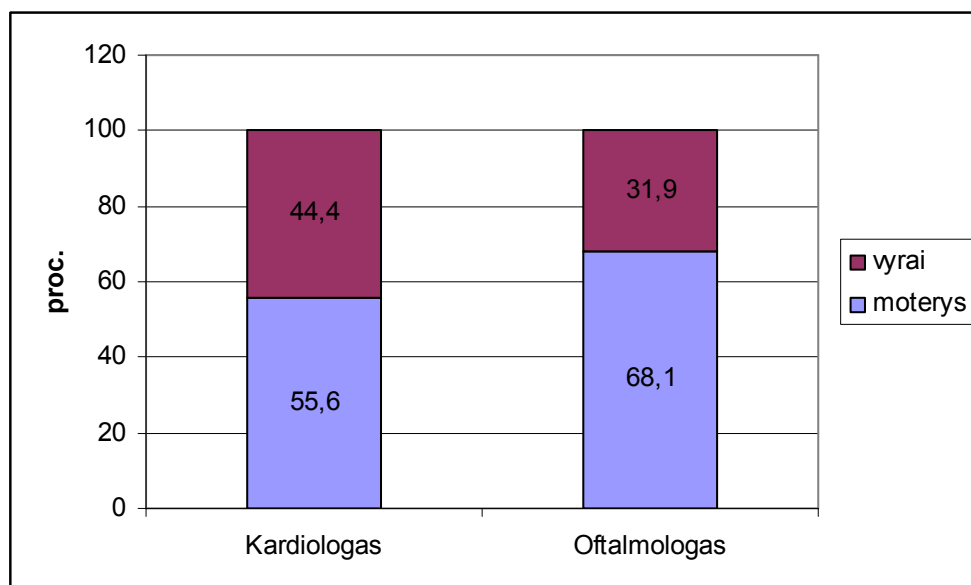
Siuntimų specialistų konsultacijoms pagrįstumą, reikėtų vertinti dviem aspektais – siuntimų konsultacijoms kokybę, t.y. kas įrašoma į siuntimą konsultacijai ir įvertinus siuntimo tikslą, su kokia siuntimo diagnoze pacientas siunčiamas konsultacijai.

Pagal Lietuvos medicinos normą MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, ŠG privalo savarankiškai diagnozuoti ligas, gydyti pacientus pagal šios medicininės normos reikalavimus bei rekomenduoti profilaktikos priemones. Paciento tyrimo, gydymo, profilaktinio darbo rezultatus įrašyti į medicinos dokumentus ir konsultuotis su atitinkamu specialistu arba siųsti pas jį pacientą. Pacientą siunčiant pas specialistą konsultacijai, jam duodamas siuntimas konsultacijai forma f-028-1/a, kuriame siunčiantis gydytojas privalo įrašyti siuntimo diagnozę, siuntimo tikslą, atliktus tyrimus, skirtą gydymą.

Širdies ir kraujagyslių ligų srityje ŠG turi išmanyti dažniausiai pasitaikančių visų amžiaus grupių pacientų širdies ir kraujagyslių sistemos ligų pagrindinius simptomus bei sindromus, komplikacijas, šių ligų profilaktikos priemones ir reabilitacijos galimybes, širdies operacinio gydymo indikacijas, dažniausiai širdies ir kraujagyslių sistemos ligoms gydyti vartojamų vaistų indikacijas, kontraindikacijas ir šalutinį poveikį, indikacijas, rodančias, kad būtina specialisto konsultacija ir stacionarinis gydymas, sergant širdies ir kraujagyslių ligomis; įtarti ir diagnozuoti daugelį širdies ir kraujagyslių ūmių ir lėtinių ligų; savarankiškai gydyti lėtinį širdies nepakankamumą, lėtinę išeminę širdies ligą, stabilią krūtinės anginą, lėtinius širdies ritmo sutrikimus, arterinę hipertenziją. Taip pat turi mokėti atlikti ir vertinti elektrokardiogramas bei periferinių venų punkcijas, matuoti kraujospūdį; atlikti specialia įranga arba užtikrinti šiuos laboratorinius tyrimus: hematologinį kraujo tyrimą PSP specifikai pritaikytu analizatoriumi, šlapimo tyrimą, C reaktyvinio baltymo, glikemijos kiekio kraujyje, cholesterolio kiekio kraujyje nustatymą.

ŠG turi mokėti atlikti specialų ligo ištyrimą oftalmologijos srityje: regėjimo aštrumo; spalvų skyrimo; vokų, akių gleivinės, ašarų lataukų, vyzdžio ir rainelės (apžiūra ir palpacija); akių dugno tiesioginės oftalmoskopijos būdu; akių judesių; akispūdžio (tonometrija). Taip pat BPG turi išmanyti dažniausių akies ligų pagrindinius simptomus bei sindromus, dažniausiai oftalmologijoje vartojamų vaistų skyrimo indikacijas, indikacijas skubiai specialisto konsultacijai, stacionarizavimui; turi įtarti: vokų navikus, ašarų liaukos uždegimus, skleritą, keratitą, keratokonusą, iridociklitą, kataraktą, ūmų centrinės venos nepakankamumą, centrinės venos trombozę, tinklainės pakitimus sergant diabetu, tinklainės atšokimą. ŠG turi diagnozuoti ir gydyti: blefaritą, chalazioną, miežį, nekomplikuotą konjunktyvitą; taip pat nustatyti arteriniai hipertenzijai būdingus pakitimus.

Atlikti tyrimai turėtų būti įrašyti į siuntimą konsultacijai. Visų PSP įstaigų ir jų gydytojų darbą, veiksmus reglamentuoja SAM įsakymai ir kiti teisės aktai. Juose nurodyti atvejai, kada pacientas privalomai siunčiamas konsultacijų – dėl tam tikrų gydymo algoritmų, dėl kai kurių kompensuojamų vaistų išrašymo tvarkos, dėl nedarbingumo ekspertizės. Tai taip pat turėtų būti įrašyta siuntime. N SPI analizuotos ambulatorinės kortelės 344 pacientų, iš jų 126 vyrų ir 218 moterų.



**11 pav. Kardiologo ir oftalmologo konsultuotų pacientų pasiskirstymas pagal lytį**

Tarp konsultuotų pacientų, tiek kardiologai, tiek oftalmologai daugiau konsultavo moterų nei vyrų, atitinkamai kardiologai konsultavo 55,6 proc. moterų ir 44,4 proc. vyrų, oftalmologai konsultavo 68,1 proc. moterų ir 31,9 proc. vyrų.

3 lentelėje pateikti duomenys rodo pacientų su siuntimais atvykusių kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms, siuntimų pagrįstumo analizės rezultatus atskirose pacientų amžiaus grupėse. Kaip matyti 3 lentelėje, tarp konsultuotų daugiausia buvo 61-70 m. amžiaus pacientų, t.y. 25 proc. visų konsultacijų. Po 21,5 proc. tenka 51-60 ir 71-80 m. amžiaus grupėms. Taigi 51-80 m. amžiaus pacientai naudojami 68 proc. kardiologo ir oftalmologo ambulatorinių konsultacijų, tačiau su siuntimais atvyksta tik 49 proc.

Iš visų 344 analizuojamų konsultacijų, su siuntimais atvyko 262 pacientai (76,2 proc.) Stebima tendencija, kad jaunesni pacientai iki 30 m. dažniau atvyksta (92,1 proc.) su siuntimais nei vyresni, pavyzdžiui 51-60 m. amžiaus grupėje su siuntimais atvyksta tik 68,1 proc. iš visų tos amžiaus grupės konsultuotų pacientų. Siuntimo diagnozė šioje amžiaus grupėje taip pat rečiausiai įrašoma 48,6 proc. Tačiau ši tendencija statistiškai nepatikima  $p > 0,05$  ( $p = 0,114$ ).

Anamnezė (37,5 proc.) ir objektyvaus tyrimo (18,8 proc.) duomenys rečiausiai įrašomi siuntime 81-90 m. amžiaus pacientų grupei, kai tuo tarpu pacientams 17-30 m. amžiaus grupėje anamnezė įrašoma 60,5 proc. o objektyvaus tyrimo duomenys 44,7 proc., nors statistiškai duomenys nepatikimi  $p > 0,05$  ( $p = 0,578$  amžiaus grupė \* anamnezė ir  $p = 0,306$  amžiaus grupė \* objektyvus tyrimas).

Tyrimai dažniausiai įrašomi 41-50 m. amžiaus grupės pacientų siuntimuose 44,4 proc., rečiausiai 25 proc. vyresniems 51-60 m. (statistiškai skirtumas taip pat nereikšmingas  $p = 0,563$ ).

Atskirai analizuojant tyrimus, kurie turėtų būti įrašyti siunčiant kardiologo ar oftalmologo konsultacijoms, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai  $p < 0,05$  priklausomai nuo amžiaus grupių, tačiau šie tyrimai dar rečiau randami ŠG siuntimuose. Elektrokardiograma įrašyta tik 13,7 proc. nuo visų analizuojamų konsultacijų, dažniausiai EKG įrašyta 31-40 m. amžiaus pacientų grupėje (35 proc.), rečiausiai 71-80 m. grupėje (4,1 proc.). Cholesterolis įrašytas 9,6 proc., dažniausiai – 51-60 m. (18,1 proc.), visai nėra 31-40 m. ir 81-90 m. amžiaus grupėse.

Oftalmologiniai tyrimai siuntimuose įrašomi retai: regėjimo aštrumas iš viso įrašytas tik 13,7 proc., dažniausiai – 81-90 m. amžiaus grupėje (31,3proc), visai nėra 31-40 m. grupėje; akispūdis įrašytas iš viso 11,1 proc., dažniausiai 61-70 m. amžiaus grupėje (19,8 proc.), visai nėra taip pat 31-40 m. grupėje; akių dugno tyrimas iš viso įrašytas 7,3 proc., dažniausiai – 81-90 m. amžiaus grupėje (12,5 proc.), visai nėra – iki 30 m. amžiaus grupėje.

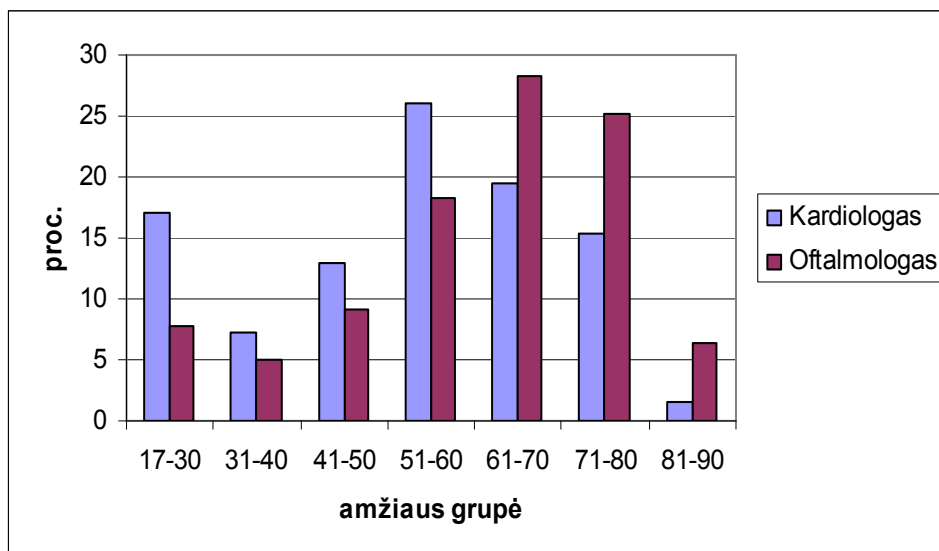


**3 lentelė. Siuntimų konsultacijoms kokybė atskirose pacientų amžiaus grupėse.**

Atžymos ir atlikti tyrimai	Amžiaus grupės							Iš visų konsultuotų
	17-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	
Iš viso konsultuota	38 11%	20 5,8%	36 10,5%	74 21,5%	86 25%	74 21,5%	16 4,7%	<b>344</b> <b>100%</b>
Yra siuntimas konsultacijai	35 92,1%	17 85%	29 80,6%	49 68,1%	62 72,1%	58 78,4%	12 75%	<b>262</b> <b>76,2%</b>
Diagnozė	28 73,7%	14 70%	21 58,3%	35 48,6%	49 57,6%	49 66,2%	11 68,8%	<b>207</b> <b>60,7%</b>
Anamnezė	23 60,5%	9 45%	19 52%	32 44,4%	38 44,2%	32 43,2%	6 37,5%	<b>159</b> <b>46,5%</b>
Objektyvus tyrimas	17 44,7%	4 20 %	14 38,9%	24 33,3%	27 31,4%	20 27%	3 18,8%	<b>109</b> <b>31,9%</b>
Tyrimai	12 31,6%	6 30%	16 44,4%	18 25%	31 36%	24 32,4%	6 37,5%	<b>113</b> <b>33%</b>
EKG *	7 18,4%	7 35%	6 16,5%	10 13,9%	13 15,1%	3 4,1%	1 6,3%	<b>47</b> <b>13,7%</b>
Cholesterolis*	1 2,6%	0	6 16,7%	13 18,1%	9 10,5%	4 5,4%	0	<b>33</b> <b>9,6%</b>
Regėjimo aštrumas*	2 5,3%	0	7 19,4%	3 4,2%	18 20,9%	12 16,2%	5 31,3%	<b>47</b> <b>13,7%</b>
Akispūdis*	2 5,3%	0	3 8,3%	1 1,4%	17 19,8%	12 16,2%	3 18,8%	<b>38</b> <b>11,1%</b>
Akių dugnas*	0	1 5%	3 8,3%	1 1,4%	10 11,6%	8 10,8%	2 12,5%	<b>25</b> <b>7,3%</b>

$$\chi^2 < 33, 3; * p < 0,05$$

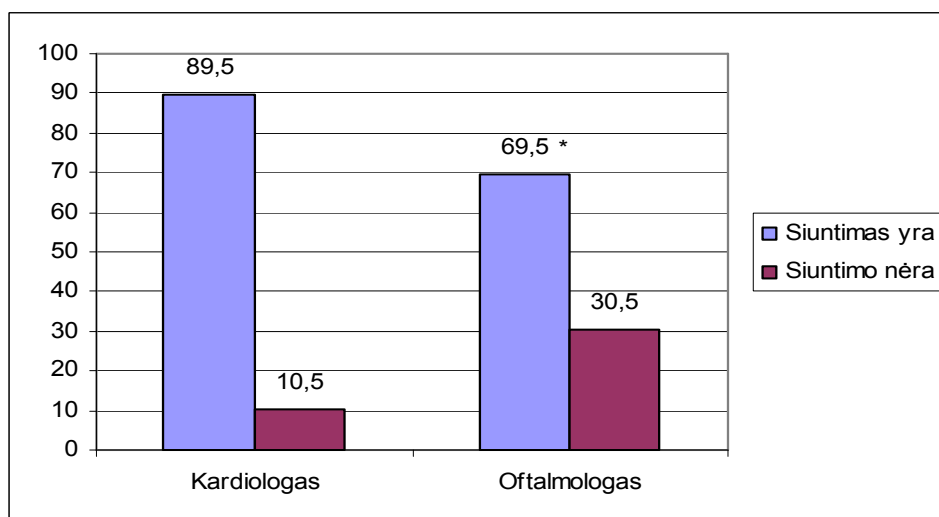
Kaip matyti iš 12 pav., stebimas skirtumas tarp kardiologo ir oftalmologo konsultuotų pacientų pagal amžių. Kardiologo konsultuoti pacientai jaunesni nei konsultuoti oftalmologo.“



**12 pav. Kardiologo ir oftalmologo konsultuotų pacientų pasiskirstymas pagal amžių.**

( $\chi^2=19,87$ ;  $df=6$ ;  $p=0,003$ )

Iš 344 konsultuotų pacientų 80 konsultuoti be siuntimo, t.y. siuntimo ambulatorinėje kortelėje nerasta. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp siuntimų buvimo kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms (13 pav.).



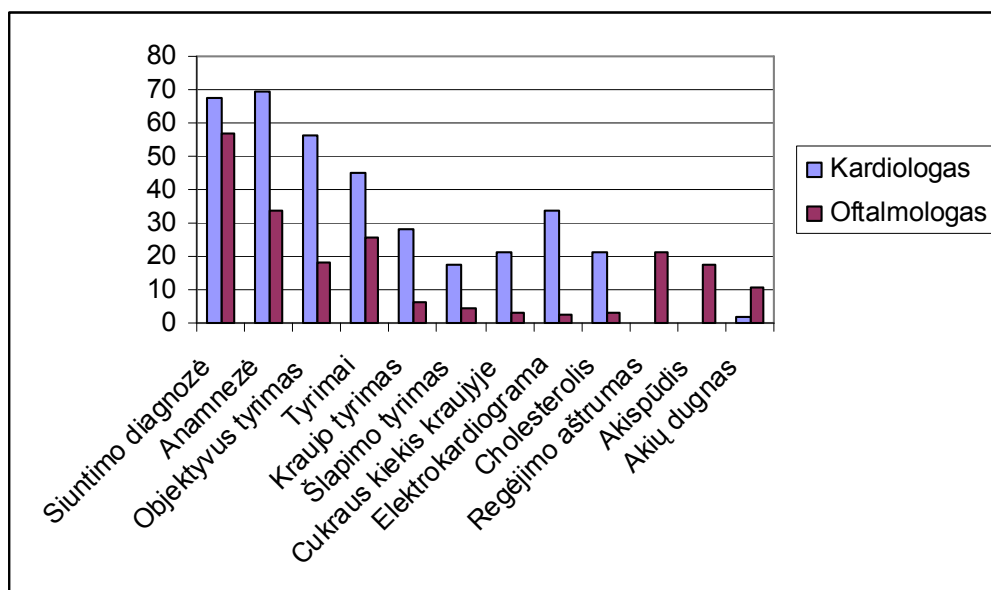
**13 pav. Siuntimų buvimo kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms palyginimas**

( $\chi^2=17,27$ ;  $df=1$ ;  $p=0,000$  \* -  $p<0,05$  lyginant su kardiologu)

Be siuntimo oftalmologai konsultavo dažniau nei kardiologai. Tai galima būtų paaiškinti tuo, kad pas oftalmologą lankosi daugiau dispanserizuotų pacientų sergančių akių ligomis, daugiau taikytos specifinės gydomosios procedūros, pvz., lazerioterapija. Taip pat viena iš priežasčių gali būti ta, kad iki 2002 m. pas oftalmologą pacientai galėjo eiti be siuntimo. Pacientai priprato patekti pas oftalmologą be siuntimo, o oftalmologai pasiduoda pacientų „spaudimui“.

Analizuojant siuntimo konsultacijai pagrįstumą, buvo kreipiamas dėmesys į siuntimo aprašymą: siuntimo tikslas, siuntimo diagnozė, anamnezė, objektyvaus tyrimo duomenys, laboratoriniai ir instrumentiniai tyrimai pagal ŠG kompetenciją.

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp siuntimų kardiologui ir oftalmologui kokybės. Kardiologo konsultacijai siunčiant pacientą dažniau nei siunčiant oftalmologui, įrašoma preliminari diagnozė, anamnezė, objektyvaus tyrimo duomenys, tyrimai (14 pav.) Siuntimo tikslas neanalizuotas, nes siuntime paprastai buvo minima „konsultuoti dėl gydymo ir diagnozės“.



14 pav. Siuntimų kokybės kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms palyginimas

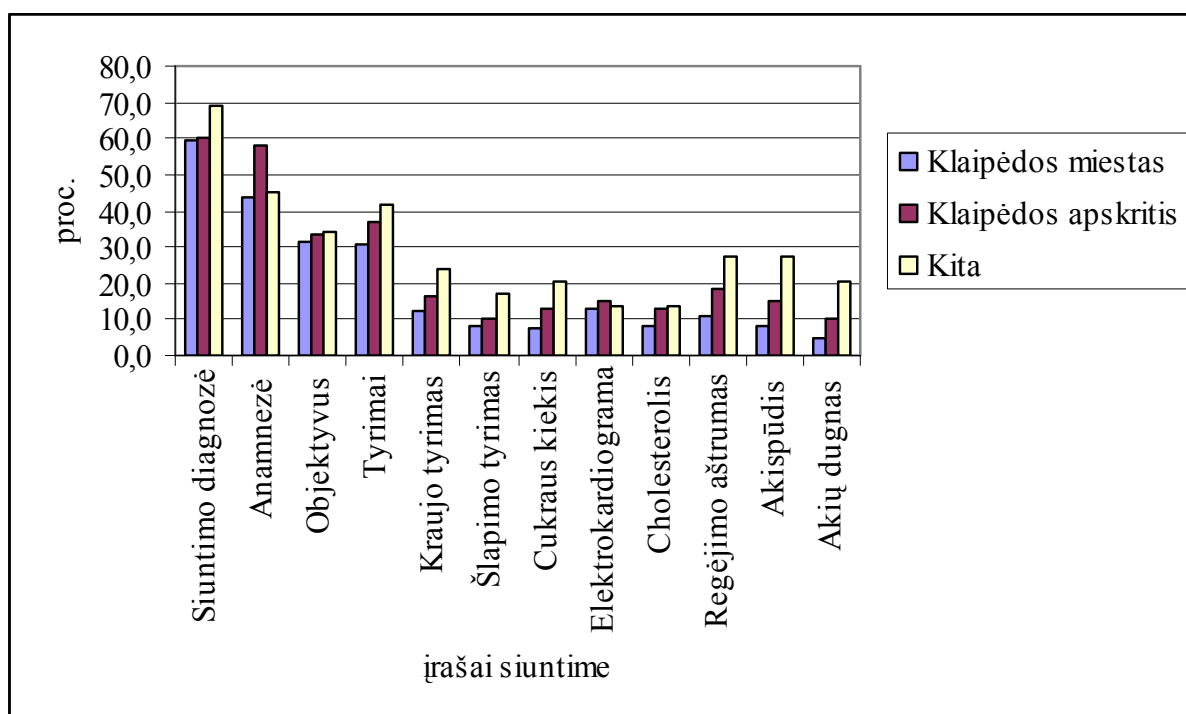
Bendrieji tyrimai siuntimuose įrašomi palyginti retai, net siunčiant kardiologo konsultacijai EKG įrašoma tik 33,9 proc., o cholesterolis 21 proc.

Siunčiant oftalmologo konsultacijai bendrieji tyrimai įrašomi tik 2,3-6,4 proc. siuntimų. Kaip matyti iš 14 paveikslo, regėjimo aštrumas (21, 4 proc.), akispūdis (17,3 proc.), akių dugno tyrimai (10,5 proc.) įrašomi siunčiant pacientą oftalmologui pakankamai retai, tai leidžia galvoti, kad šie tyrimai PSP įstaigose retai ir atliekami.

1999 m. atliktos Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų anketinės apklausos duomenimis, pagal BPG atliekamas procedūras ir tyrimus, apklaustieji nurodė, jog regos lauką įvertina 10,8 proc. visų BPG, akispūdį matuoja 17,9 proc. visų BPG, akies praplovimą daro 33,3 proc., regėjimą ištiria 51,6 proc., akių dugno tyrimą atlieka 13,6 proc. visų BPG. Palyginus pertraukiamąją ir stacionarinę BPG rezidentūrą baigusiu gydytojų atsakymus, pastebėta, kad baigę stacionarinę BPG rezidentūrą gydytojai reikšmingai dažniau savarankiškai imasi gydyti gydytojų specialistų iki tol gydytas ligas nei baigę pertraukiamąją. Taigi duomenys rodo, kad gydytojai vengia atlikti sudėtingesnes akių procedūras (regos lauko įvertinimas, akispūdžio matavimas, akių dugno tyrimas) [34]. Tai patvirtino ir Wienke G.W. Boerma 2003 m. atliktas ŠG veiklos tyrimas Europoje [18], kuriame dalyvavo Kauno medicinos universitetas ir Lietuvos ŠG. Medicininių procedūrų (tame tarpe ir akių dugno tyrimas) naudojimo rodiklis Lietuvoje žemiausias – 1,10 lyginant su kitomis Europos šalimis.

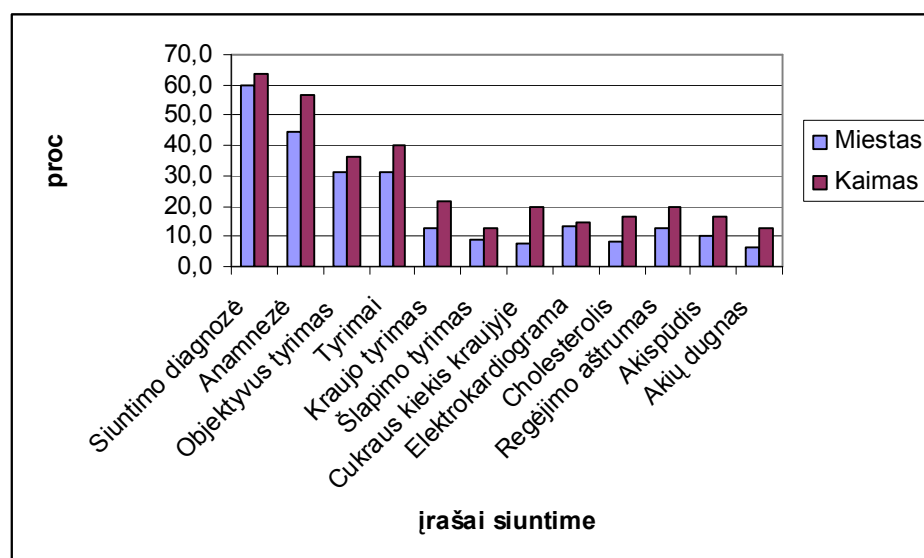
Tel Avivo universitete buvo tirtos pacientų, sergančių cukriniu diabetu, ambulatorinės kortelės. 2000 m. iš 420 CD sergančių pacientų ŠG akių dugną tyrė tik 177 (42%). 2001 m. akių dugnas jau tirtas 318 (76%) pacientams. Manoma, kad per metus laiko ŠG daugiau įsisavino oftalmologinių žinių ir įgūdžių [35].

Atkreiptinas dėmesys, kad analizuojant siuntimo kokybę pagal paciento gyvenamąją vietą, nustatyti skirtumai tarp pacientų atvykusių konsultacijai iš Klaipėdos miesto, kitų Klaipėdos apskrities savivaldybių PSP įstaigų ir pacientų siuntimų iš kitų apskričių. Kaip matyti iš 15 paveikslo, pacientų siuntimai specialistų konsultacijoms iš Klaipėdoje esančių gydymo įstaigų yra mažiau kokybiški nei iš kitur, tačiau skirtumai statistiškai nepatikimi  $p > 0,05$ . Statistiškai reikšmingi skirtumai  $p < 0,05$  įrašant siuntime regėjimo aštrumą, akispūdį ir akių dugno tyrimo rezultatus.



15 pav. Siuntimo kokybės palyginimas pagal gyvenamąją vietą

Panašūs skirtumai nustatyti lyginant pacientų siuntimus iš miestų ir kaimų (16 pav.). Nors šie skirtumai statistiškai nereikšmingi, tačiau pastebėta, kad pacientai iš atokesnių rajonų ir kaimų geriau paruošiami specialisto konsultacijai ir daugiau ŠG atlieka tyrimų pagal ŠG normą tose vietovėse, kur šalia nėra specialistų, tai sąlygoja ŠG įgūdžių atsiradimą.

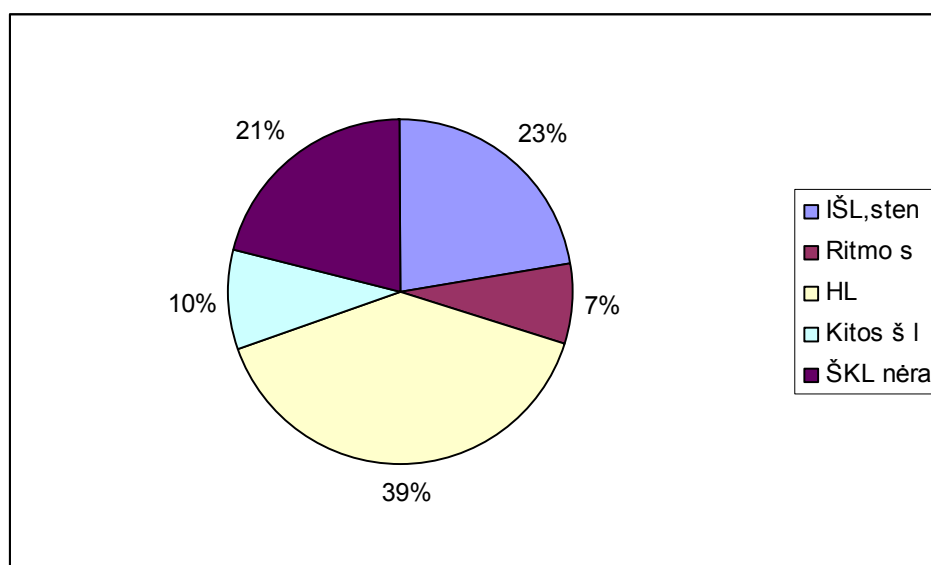


16 pav. Siuntimo kokybės palyginimas tarp miesto ir kaimo

Analizuojant pacientų konsultavimą pagal gyvenamąją vietą „su siuntimais” ir „be siuntimo“, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

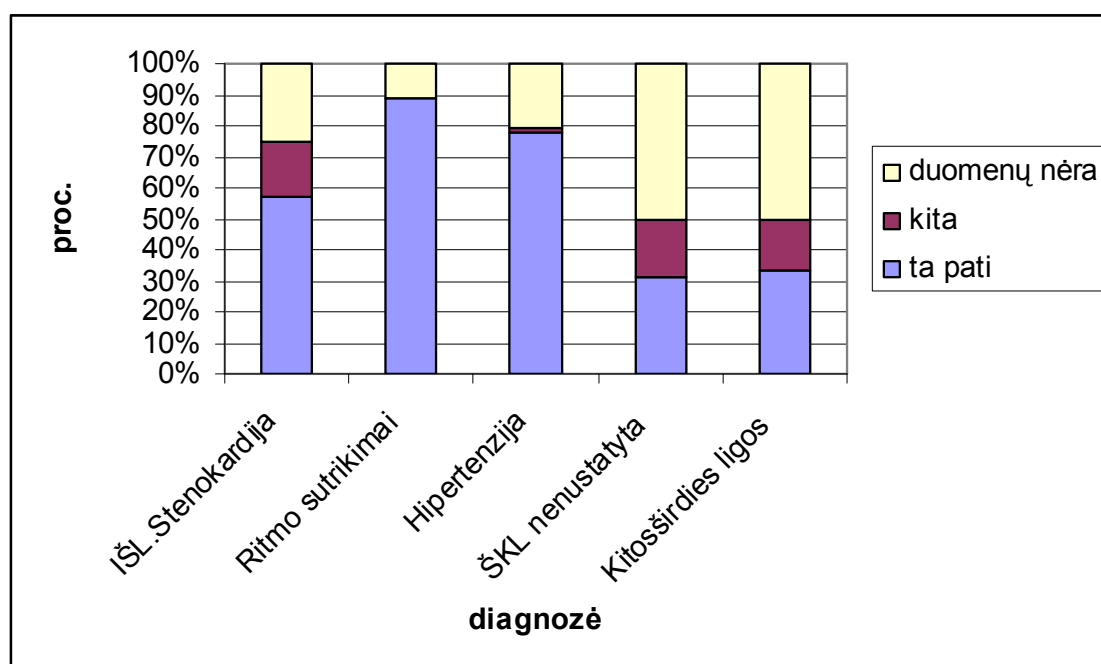
N SPI 2005 m. spalio mėn. kardiologo konsultuoti 124 pacientai dėl širdies ir kraujagyslių ligų. Didžiausią dalį – 39 proc. sudarė pacientai, sergantys padidinto kraujospūdžio ligomis (17 pav.). Nors pagal kompetenciją ŠG privalu diagnozuoti ir gydyti arterinę hipertenziją, tačiau pagal patvirtintą arterinės hipertenzijos diagnostikos ir gydymo metodiką, ŠG turi siųsti pacientą konsultacijai ne tik dėl diagnostinių tyrimų leidžiančių objektyviai pagrįsti diagnozę, bet ir teisės išrašyti tam tikrus vaistus, kompensuojamus iš PSDF. Skiriant daugiau nei tris vaistus nuo hipertenzijos, ŠG ar vidaus ligų gydytojas siunčia gydytojo specialisto konsultacijai (kardiologo, nefrologo ar kt.), po kurios jis gali išrašyti tris ar daugiau vaistus nuo hipertenzijos ne ilgiau 1 metus. Toliau siunčiama pakartotinė gydytojo specialisto konsultacijai [23]. Tokiu būdu skatinamos specialistų konsultacijos, nepriklausomai nuo ŠG gebėjimų. Tačiau žiūrint iš kitos pusės, tokie apribojimai sudaro galimybę taupyti sveikatos sistemos išteklius ir apsaugoti nuo nereikalingų tyrimų.

Pakankamai didelė dalis (21 proc.) kardiologo konsultacijų, kurių metu širdies ir kraujagyslių liga nediagnozuota, galima šias konsultacijas vertinti kaip nepagrįstas.



17 pav. Širdies ir kraujagyslių ligų diagnozių dažnis tarp siųstų kardiologo konsultacijoms pacientų

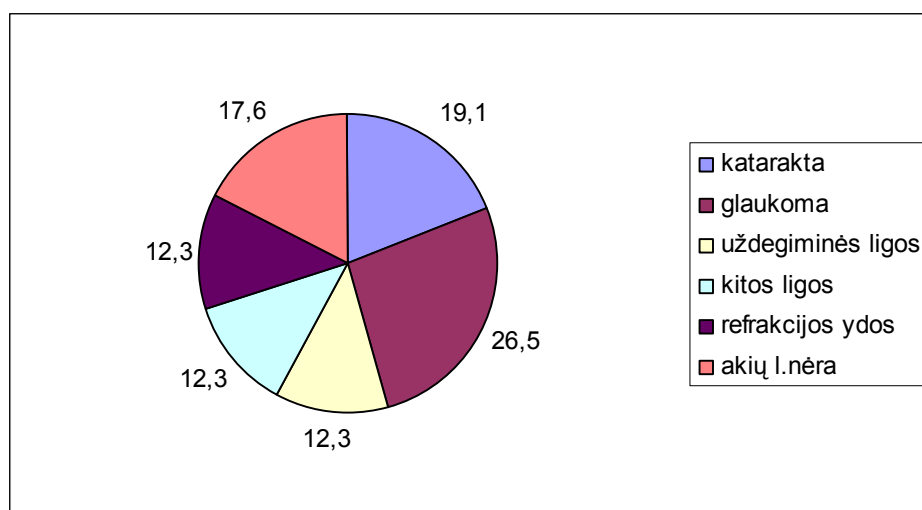
Analizuojant siuntimų ir kardiologo konsultacijų diagnozių sutapimą, nustatyta, kad didžiausias diagnozių sutapimas, esant širdies ritmo sutrikimams – diagnozės sutapo 88,9 proc. ir hipertenzijai – 77,6 proc., mažiausiai sutapo – 30,8 proc. nediagnozavus širdies ir kraujagyslių ligos ir esant kitoms, matyt, retesnėms širdies ligoms – 33,3 proc. (17 pav.). Iš to, kad hipertenzinė liga sąlyginai neblogai diagnozuojama, galima daryti prielaidą, kad kardiologo konsultacijai siunčiami pacientai dėl vaistų išrašymo.



**18 pav. Siuntimo ir kardiologo konsultacijų diagnozių sutapimo palyginimas**

Atlikus oftalmologo konsultacijų analizę pagal nustatytas diagnozes, paaiškėjo, kad didžiausią dalį sudarė pacientai, sergantys glaukoma – 26,5 proc. (19 pav.). Glaukoma yra viena dažniausiai negrįžtamo akumo priežasčių pasaulyje. Todėl labai svarbus ankstyvas ligos išaiškinimas ir savalaikis gydymas. Dažniausiai šios ligos eiga lėtinė, besimptominė (išskyrus priepuolinės glaukomos atvejus), todėl ligoniai retai kada kreipiasi į gydytojus pradinėse ligos stadijose, kuomet dar galima sustabdyti ligos progresavimą ir išsaugoti regėjimą. Kuo anksčiau liga diagnozuojama, tuo geresnė ligos prognozė ir mažesnė apakimo tikimybė. Todėl į ŠG normą įtrauktas akispūdžio ir akių dugno atrankinis tyrimas. Pagal patvirtintą glaukomos gydymo metodiką ŠG turi tikrinti visų besikreipiančių 19-40 metų asmenų akispūdį ir akių dugną 1 kartą per 2 metus, vyresnių kaip 40 metų amžiaus pacientų akispūdį ir akių dugną – 1 kartą per metus. Esant glaukomos diagnozei šeimoje, šie tyrimai atliekami nepriklausomai

nuo amžiaus [36]. Tikslūs skaičiai apie glaukomos paplitimą mūsų šalyje nežinomi, tačiau manoma, kad glaukoma sergančiųjų skaičius gali būti apie 15000-20000 žmonių. Kaip šiame darbe buvo nustatyta, akispūdžio tyrimas siuntime buvo įrašytas tik 17,3 proc. pacientų, o akių dugno tyrimai – 10,5 proc., nors pacientų virš 40 m. buvo 80 proc. Kitos diagnozės pasiskirstė taip: katarakta – 19,1 proc., uždegiminės ligos – 12,3 proc., refrakcijos ydos – 12,3 proc., kitos ligos (tinklainės pakitimai dėl CD, aterosklerozės, kraujotakos sutrikimai, traumos) – 12,3 proc., akių liga nediagnozuota – 17,6 proc.



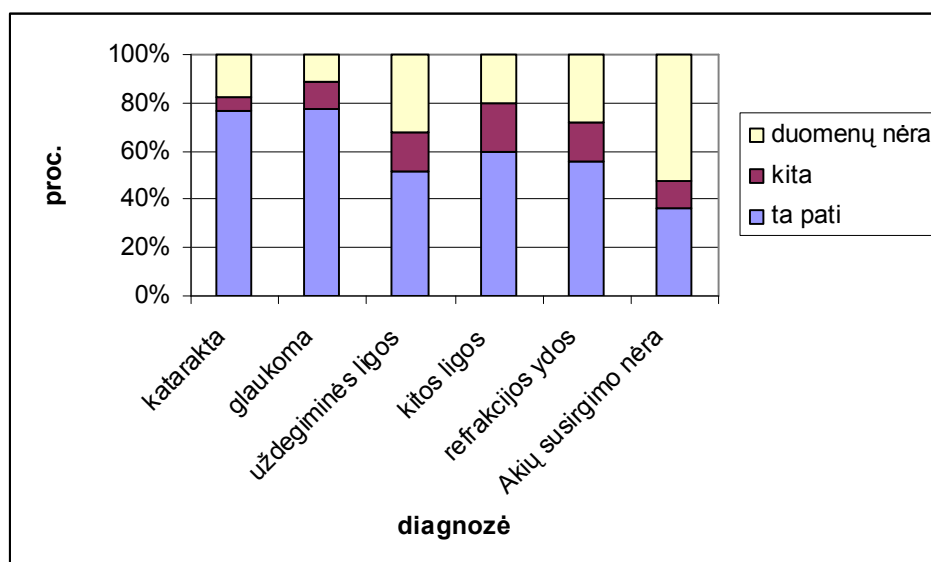
**19 pav. Akių ligų diagnozių dažnio pasiskirstymas tarp siųstų oftalmologo konsultacijoms pacientų**

Kitas akių ligas kataraktą, ašarų liaukos uždegimus, navikus, skleritą, keratitą, ūmius kraujotakos sutrikimus, iridociklitą, tinklainės pakitimus sergant diabetu, ateroskleroze ir kitas, ŠG turi įtarti ar diagnozuoti, bet gydymui siųsti pas oftalmologą. Blefaritą, miežį, nekomplikuotą konjunktyvitą ŠG turėtų gydyti savarankiškai, tik nesant teigiamų pokyčių, po savaitės siųsti pas specialistą. Todėl analizuojant siuntimų konsultacijoms pagrįstumą svarbiausia yra siuntimo aprašo kokybė. Kaip buvo parodyta 11 paveiksle, siuntime oftalmologo konsultacijai preliminari diagnozė įrašyta 67,7 proc. atvejų, anamnezė – 33,6 proc., objektyvus tyrimas – 18,2 proc., bendrieji tyrimai tik 6,4-2,3 proc., regėjimo aštrumas – 21,4 proc., akispūdis – 17,3 proc., akių dugno tyrimas – 10,5 proc. Galima daryti išvadą, kad beveik 80 proc. siuntimų oftalmologo konsultacijai yra nekokybiški. Vertinant pagal siunčiamų konsultuoti diagnozes galima teigti, kad yra nepagrįstos 24,6 proc. konsultacijų, t.y. 12,3 proc. uždegiminės ligos ir 12,3 proc. refrakcijos ydos, kurias tyrėtų diagnozuoti ir gydyti ŠG. Panašūs



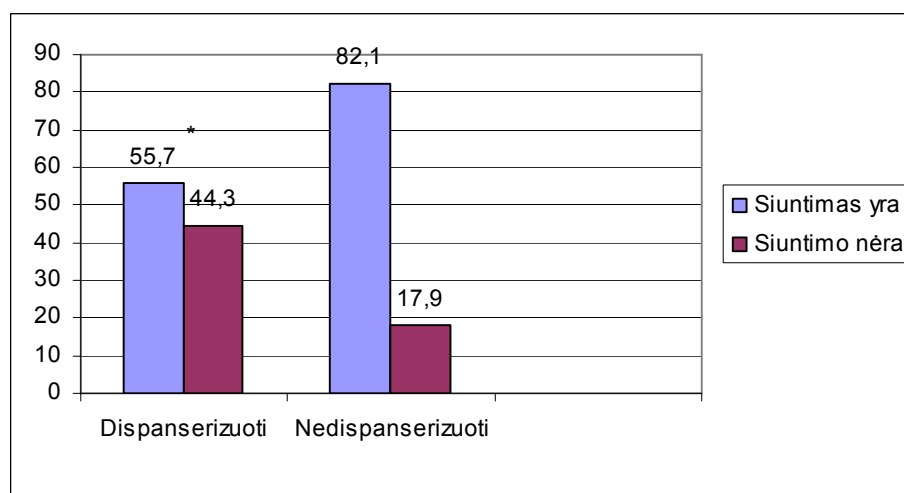
rezultatai buvo gauti 2003 m. Kauno medicinos universiteto klinikų Akių ligų poliklinikoje ir Kalniečių poliklinikoje – 20 proc. oftalmologinių konsultacijų laikyta nepagrįstomis [6].

Analizuojant siuntimo ir konsultacijos diagnozių sutapimą, kaip matyti 20 paveiksle, geriausiai ŠG diagnozuojama katarakta (76,9 proc.) ir glaukoma (77,8 proc.), blogiausiai – akių susirgimas nediagnozuotas (36,1 proc.) ir uždegiminės ligos (52 proc.), refrakcijos ydos sutampa diagnozės - (56 proc.). Tai galima būtų paaiškinti tuo, kad katarakta ir glaukoma yra lėtinės ligos, kurios šio siuntimo konsultacijos metu galėjo būti ne pirmą kartą diagnozuojamos, bet siunčiama konsultacijai pakartotinai. Tai galėtų patvirtinti tas faktas, kad 42 proc. konsultacijų buvo daugkartinės, t.y. 2005 metais pacientas konsultuojamas ne pirmą kartą.



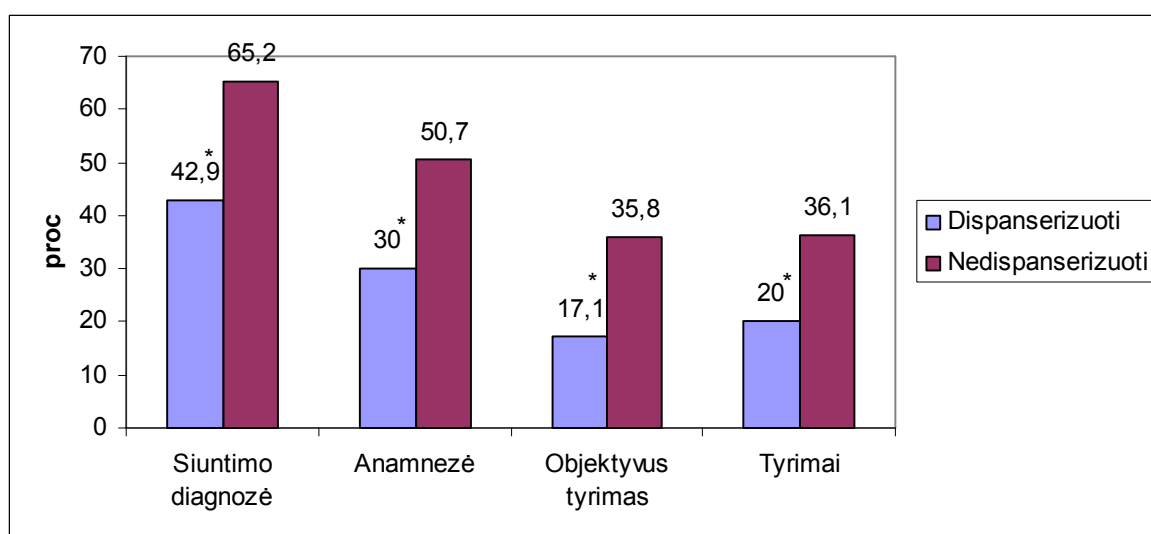
**20 pav. Siuntimo ir oftalmologo konsultacijos diagnozių sutapimo palyginimas**

Įdomūs aspektai atskleisti, analizuojant siuntimus konsultacijoms pacientų, kurie yra priskiriami ilgalaikiam stebėjimui, anksčiau vadinti „dispanseriniais“ pacientais. Nustatyta, kad iš analizuojamų 344 konsultacijų 20,3 proc. sudarė dispanserizuoti pacientai. Šie pacientai yra priskirti ilgalaikiam stebėjimui specialisto, todėl ŠG siuntimas neturėtų būti reikalingas, tačiau 55,7 proc. iš šių pacientų ateina su siuntimais (21 pav.). Vieninga dispanserinio sekimo tvarka ir metodika Lietuvoje nenustatyta. Kiekviena ASPĮ pasitvirtina savo tvarką ir iš esmės paciento ilgalaikis stebėjimas priklauso nuo gydytojo požiūrio.



**21 pav. Siuntimų buvimo konsultacijoms tarp dispanserizuotų ir nedispanserizuotų pacientų palyginimas** ( $\chi^2=21,77$  ;  $df=1$  ;  $p=0,000$  \* -  $p<0,05$  lyginat su nedispanserizuotais)

Dispanserizuotų pacientų siuntimų kokybė blogesnė nei nedispanserizuotų pacientų. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp siuntimų kokybės, išduotų dispanserizuotiems ir nedispanserizuotiems pacientams (22 pav.)

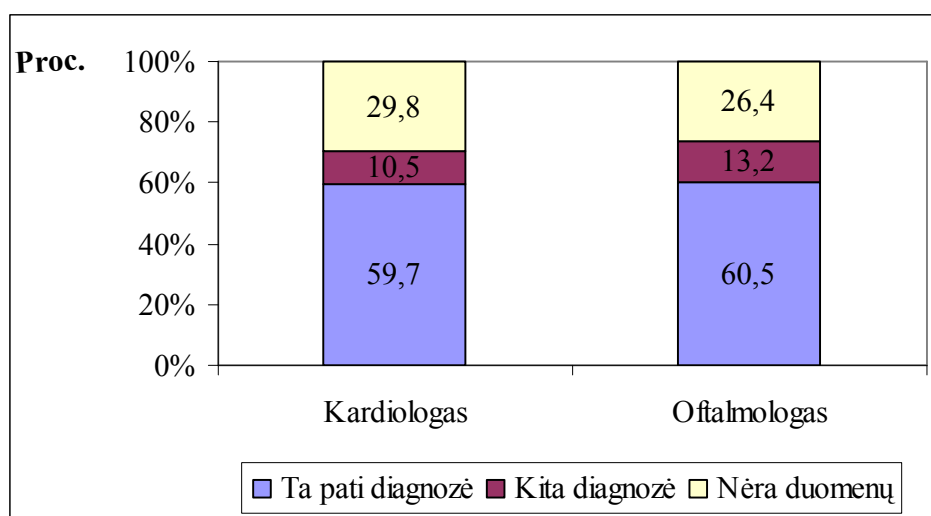


**22 pav. Siuntimų kokybės palyginimas tarp dispanserizuotų ir nedispanserizuotų pacientų** (\* -  $p<0,05$  lyginat su dispanserizuotais)

Analizuojant įrašus siuntime 20 proc. rečiau nei nedispanserizuotiems pacientams, įrašoma siuntimo diagnozė, anamnezė, objektyvaus tyrimų duomenys, atlikti tyrimai. Todėl abejotina ar reikia pacientui, dispanserizuotam specialisto, eiti pas ŠG pasiimti siuntimo, kuriame „nieko“ neįrašyta.

Vienas iš SPI tinklo kokybinio vertinimo kriterijų yra tęstinumas ir perimamumas, kuomet vertinamas įvairių lygių SPI funkcijų pasidalinimo efektyvumas, galimybės keistis informacija ir dirbti kartu. Todėl ilgalaikio pacientų stebėjimo funkcija turėtų būti aiškiau reglamentuota, siekiant užtikrinti paciento perimamumą ir sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą tarp specialisto ir ŠG.

Analizuojant siuntimo ir konsultacijos diagnozių sutapimą, matyti, kad diagnozės sutampa apie 60 proc., statistiškai reikšmingo skirtumo lyginant kardiologinio ir oftalmologinio profilio konsultacijas nenustatyta (23 pav.).

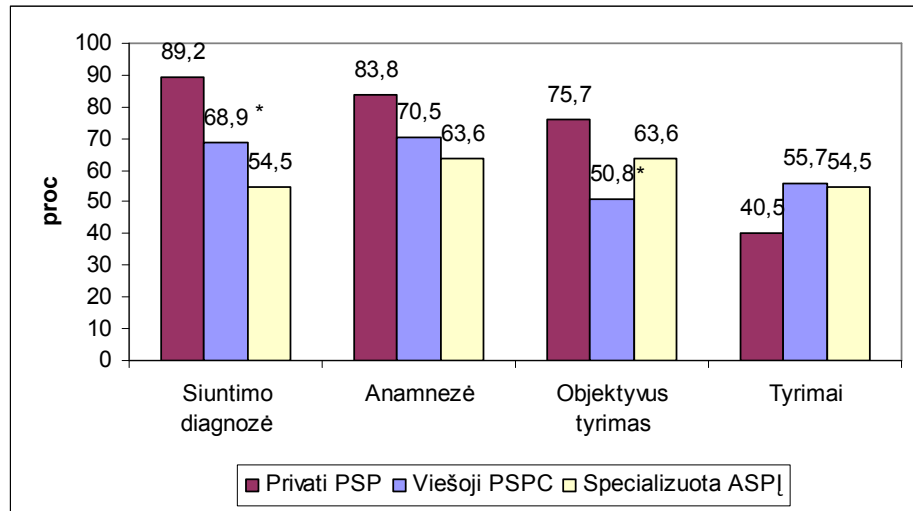


**23 pav. Siuntimo ir konsultacijos diagnozių sutapimas**

Viena iš PSP reformos kryptių yra paslaugų decentralizavimas geografiniu ir valdymo požiūriu t.y. steigiantis privatiems PSCP. Pagal Vyriausybės numatytą asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, siektinas rodiklis – 60 proc. gyventojų PSP paslaugas turėtų gauti privačiose PSP įstaigose. Todėl buvo įdomu paanalizuoti, kokie skirtumai siunčiant pacientus į aukštesnį paslaugų lygį ambulatorinėms konsultacijoms tarp viešųjų ir privačių PSP įstaigų bei specializuotų įstaigų, t.y. įstaigų, teikiančių antrinio lygio paslaugas, bet dėl vienokių ar kitokių priežasčių siunčiančios pacientus konsultuoti į N SPI.

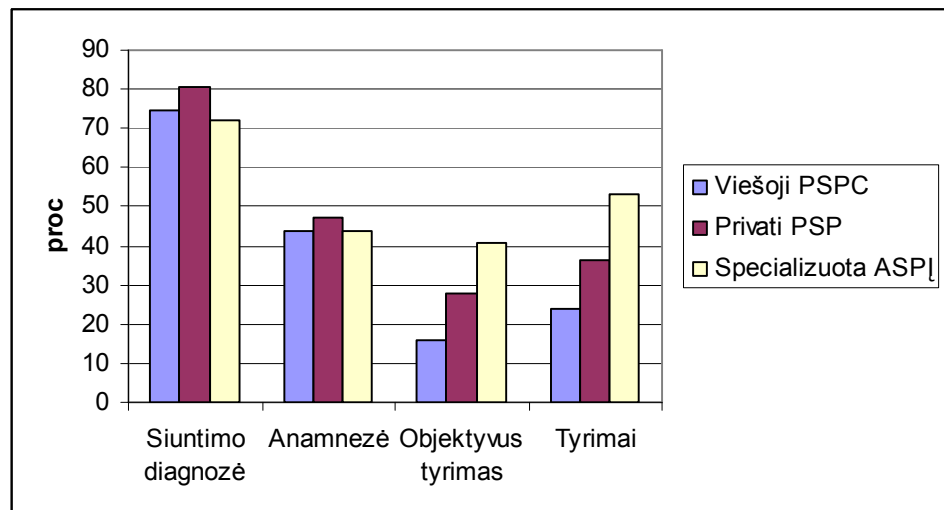
24 ir 25 paveiksluose parodyti siuntimų kokybės skirtumai tarp viešųjų ir privačių PSP įstaigų bei specializuotų antrinio lygio ASPI. Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai lyginant siuntimo diagnozės, anamnezės, objektyvaus tyrimo, tyrimų įrašų dažnius. Privačios PSP įstaigos dažniau nei viešosios ir antrinio lygio įstaigos įrašo siuntime preliminarią diagnozę, ligos anamnezę, objektyvių tyrimų duomenis, tačiau rečiau įrašo laboratorinių ir instrumentinių tyrimų duomenis. Šie palyginimai

leidžia daryti išvadą, kad privačių PSP įstaigų ŠG atsakingiau paruošia pacientą konsultacijoms, nei viešosios PSC.



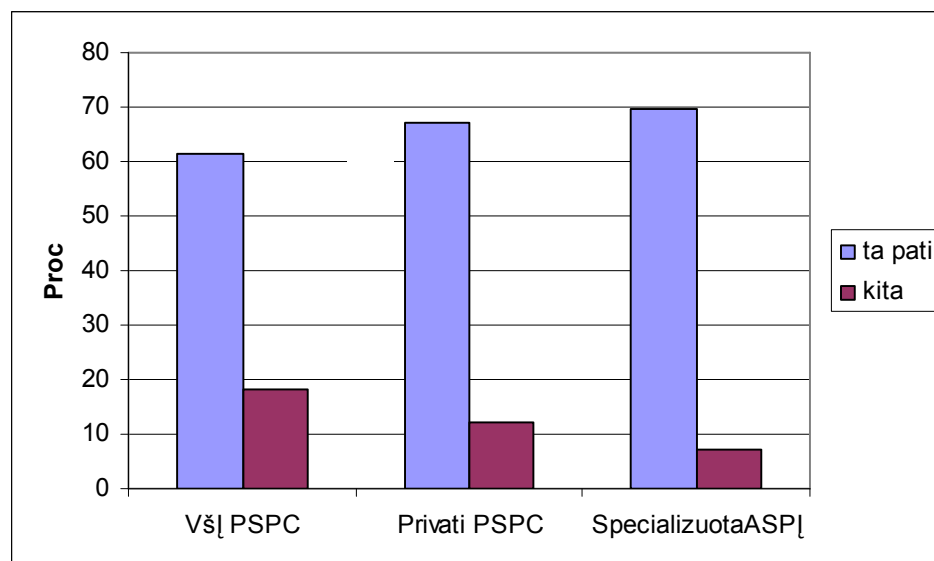
**24 pav. Siuntimų kardiologo konsultacijoms kokybės palyginimas tarp viešųjų, privačių ir specializuotų ASP (\* -  $p < 0,05$  lyginant su privačiais PSP)**

Siunčiant oftalmologo konsultacijoms, objektyvaus tyrimų ir kitų tyrimų duomenis dažniau įrašo specializuotos įstaigos.



**25 pav. Siuntimų oftalmologo konsultacijoms kokybės palyginimas tarp viešųjų, privačių ir specializuotų ASP**

Analizuojant siuntimų ir konsultavimo diagnozių sutapimą, nustatyta, kad privačių PSP siuntimų diagnozės dažniau sutampa su konsultacijos diagnozėmis nei viešųjų PSC (26 pav.) Specializuotos ASP diagnozuoja geriausiai, nes siuntimai išduoti specialistų, kurie siunčia specializuotai pagalbai į aukštesnį lygmenį.



**26 pav. Siuntimo ir konsultavimo diagnozių sutapimo palyginimas tarp Viešųjų, privačių PSP ir specializuotų ASPĮ ( $\chi^2=32,95$ ;  $df=6$ ;  $p=0,000$ )**

### 3.3. Kardiologinių ir oftalmologinių konsultacijų turinio struktūra ir apimtys

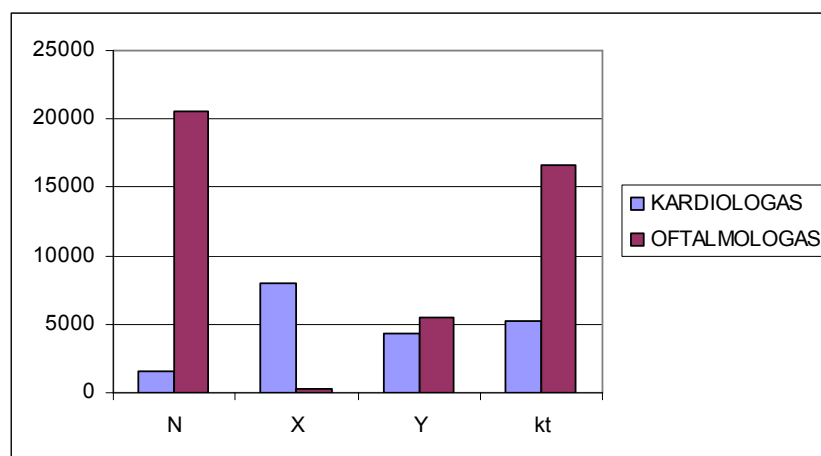
Šiuolaikinis kardiologas turi mokėti ne tik diagnozuoti ir gydyti širdies ir kraujagyslių ligas pagal Tarptautinę ligų klasifikatorių priklausančias I01-80 grupei, Q20-26, lipoproteidų apykaitos sutrikimus ir kitas lipidemijas E78; širdies, tarpuplaučio ir krūtinplėvės piktybinius navikus C38, širdies gėrybinius navikus D15.1; panikos sutrikimus F41; somatoforminę autoimuninę disfunkciją F45.3; apalpimą ir kolapsą R55, bet turi mokėti užrašyti ir įvertinti EKG, atlikti Holterio monitoravimą, atlikti ir įvertinti fizinio krūvio mėginius, perstemplinį širdies elektrofiziologinį tyrimą, perkrūtininį echokardiografijos tyrimą, grąžinti sinusinį ritmą elektros impulsu, grąžinti širdies ir kvėpavimo funkcijas. Taip pat turi gebėti atlikti ir įvertinti daugelį kitų intervencinės kardiologijos technologijų.

Gydytojo oftalmologo kompetencija reglamentuota 2005 m., patvirtinus Lietuvos medicinos normą MN 63:2005 „Gydytojas oftalmologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Skiriama konservatyvi oftalmologija – akių ir akių priedų ligų gydymas medikamentais, fizioterapiniais metodais ir chirurginė oftalmologija – chirurginis ir mikrochirurginis akių ir akių priedų ligų gydymas. Kompetencija pakankamai plati, gydytojas oftalmologas turi gebėti nustatyti refrakcijos ydas ir parinkti optinę korekciją; atlikti išorinę akies ir jos priedų apžiūrą, peršviesti akies terpes, nustatyti leukokoriją, tirti asferiniais lęšiais, oftalmoskopu, atlikti diafonoskopiją, gonioskopiją, biomikroskopiją,

biometriją, egzoftalmometriją, oftalmometriją, atlikti konvergencijos, akomodacijos, forijos, binokulinio matymo tyrimus, tirti akiplotį, akispūdį ir kitus tyrimus. Turi diagnozuoti, išaiškinti etiologiją ir gydyti visas akių, jų priedų ligas ir anomalijas.

Pagal medicininių technologijų valdymą ir naudojimą, gydytojų specialistų paslaugos skirstomos į antrinį ir tretinį paslaugų lygius, atitinkamai skiriasi ir paslaugų įkainiai. Antrinio ir tretinio lygio paslaugų teikimui Sveikatos apsaugos ministro įsakymais yra patvirtinti specialieji reikalavimai. Norint gauti licenciją šių paslaugų teikimui, ASPĮ privalo atitikti šiuos reikalavimus. Kaip minėta 34 psl. Klaipėdos daugiaprofilinės ligoninės specializuojasi pagal teikiamų paslaugų profilį, todėl ir pacientų srautai pasiskirstę analogiškai.

Pacientų srautai kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms Klaipėdos mieste esančių daugiaprofilinių ligoninių ambulatoriniuose konsultaciniuose skyriuose ir kitose ASPĮ 2005 m. pateiktos 27 paveiksle.



**27 pav. Pacientų srautai kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms Klaipėdos mieste esančių daugiaprofilinių ligoninių ambulatoriniuose konsultaciniuose skyriuose (N, X, Y) ir kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose 2005 m.**

Oftalmologinės paslaugos daugiausiai teikiamos N SPĮ, per 2005 m. suteikta 20610 konsultacijų, kardiologinės paslaugas daugiausia teikia X SPĮ – suteikta 8018 kardiologo konsultacijų.

Kardiologo konsultacijos turinį sudaro: paciento nusiskundimų aprašymas, ligos anamnezė, objektyvaus tyrimo duomenys – palpaciniai, auskultaciniai, pulso dažnio, kraujo spaudimo matavimo duomenys, numatomi tyrimai ir gydymo paskyrimai ar rekomendacijos.

Analizuojant kardiologo konsultacijos metu paskirtus tyrimus, nustatyta, kad dažniausiai paskiriama atlikti echokardioskopiją (4 lentelė). Iš 124 kardiologo konsultuotų pacientų 58 (46,8 proc.) buvo atlikta echokardioskopija, elektrokardiograma atlikta 39 (31,5 proc.), veloergometrinis tyrimas – 34 (27,4 proc.), sąlyginai dažnai siunčiama kito specialisto konsultacijai – 36 (37 proc.). dažniausiai siunčiama neurologui, oftalmologui (pakitimų akių dugne įvertinimui), endokrinologui ir gastroenterologui.

**4 lentelė. Kardiologo skiriamų tyrimų dažniai**

Konsultuota kardiologo	Paskirti tyrimai							Iš viso atlikta tyrimų
	Kito specialisto konsultacija	EKG	EchoKS	WEM	Biocheminiai ir kt. laboratoriniai tyrimai	Kiti tyrimai	Perstemplinė stimuliacija	
124	36 29,3 %	39 31,5%	58 46,8%	34 27,4%	35 28,2%	18 14,5%	4 3,2%	224

Matyti, kad 124 kardiologo konsultuotiems pacientams atlikti 224 tyrimai ir kitų specialistų konsultacijos t.y. 1,8 tyrimo 1 konsultacijai. Būtų įdomu šiuos duomenis palyginti su kitos ASPĮ kardiologinių konsultacijų duomenimis.

Oftalmologo konsultacija orientuota daugiau į objektyvius tyrimus ir gydymo procedūras. Nustatomas regėjimo aštrumas, akispūdis, tiriamas akių dugnas, nustatomas akiplotis. Iš 220 konsultuotų oftalmologo pacientų akipločio tyrimas atliktas 43 pacientams (19,5 proc.). Galima teigti, kad papildomų tyrimų, kuriuos oftalmologas atlieka ne konsultacijos metu yra mažiau, t.y. 0,2 tyrimo 1 konsultacijai.

5 lentelėje parodyta kardiologo konsultacijos rezultatai (kito specialisto konsultacija, siuntimo ir konsultacijos diagnozės sutapimas, paskirtas gydymas, paskirta pakartotina konsultacija pas kardiologą) priklausomai nuo pacientų amžiaus. Pacientų amžius buvo suskirstytas į dvi grupes nuo 17 iki 50 metų ir nuo 51 iki 90 metų.

**5 lentelė. Kardiologo konsultacijų rezultatai priklausomai nuo pacientų amžiaus**

	Amžiaus grupės		Iš visų konsultuotų pacientų	$\chi^2$ /df	p
	17-50	51-90			
Iš viso konsultuota	46 37,4%	77 62,6 %	123 100%	-	-
Kito specialisto konsultacija	16 34,8%	20 26,0%	36 29,3%	11,079/1	0,299
Siuntimo ir konsultacijos diagnozė sutapo	18 39,1%	55 71,4%	73 59,3%	15,736/2	0,000*
Paskirtas gydymas	22 47,8%	65 84,4%	87 70,7%	18,623/1	0,000*
Paskirta pakartotina konsultacija	4 8,7%	24 31,2%	28 22,8%	8,272/1	0,004*

\* p&lt;0,05

Stebimi tam tikri kardiologo konsultacijų rezultatų skirtumai priklausomai nuo pacientų amžiaus. Vyresnės amžiaus grupės pacientams dažniau skiriamas gydymas, pakartotinės konsultacijos.

Iš visų kardiologo konsultuotų pacientų kito specialisto konsultacija buvo reikalinga 29,3 proc. pacientų. Dažniau kito specialisto konsultacijai buvo siunčiami 17-50 m. amžiaus grupės pacientai (34,8 proc.). Galima galvoti, kad šiame amžiuje prasideda daugelis ligų, kurių identifikavimui reikia daugiau pastangų ir tyrimų, tuo pačiu ir kitų specialistų konsultacijų.

Siuntimo ir konsultacijos diagnozės sutapo 59,3 proc. kardiologo konsultuotų pacientų. Dažnesnis diagnozių sutapimas (71,4 proc.) vyresnių pacientų (51-90 m.) amžiaus grupėje.

Paskirtas gydymas 87 pacientams (70,7 proc.), sąlyginai daugiau gydymo gauna 51-90 m. amžiaus grupės pacientai (84,4 proc.), šiai grupei ir konsultacijų suteikta daugiausiai (62,6 proc. visų analizuotų kardiologo konsultacijų).



Paskirta pakartotina kardiologo konsultacija 28 pacientams (22,8 proc.), dažniau vyresniojoje amžiaus grupėje (31,2 proc.). Priežastimi galėtų būti blogėjanti būklė, kuomet dažniau reikia stebėti pacientą.

**6 lentelė. Oftalmologo konsultacijų rezultatai priklausomai nuo pacientų amžiaus**

	Amžiaus grupės		Iš visų konsultuotų pacientų	$\chi^2$ /df	p
	17-50	51-90			
Iš viso konsultuota	48 21,9 %	171 78,1%	219 100 %	-	-
Kito specialisto konsultacija	4 8,3 %	2 1,2%	6 2,7%	7,218/1	0,007*
Siuntimo ir konsultacijos diagnozė sutapo	23 47,9%	109 63,7%	132 60,3%	4,76/2	0,093
Paskirtas gydymas	33 68,8%	142 83,0%	175 79,9%	4,768/1	0,029*
Paskirta pakartotina konsultacija	15 31,3%	85 49,7%	100 45,7%	5,146/1	0,023*

\*p<0,05

Iš visų oftalmologo konsultuotų pacientų kito specialisto konsultacija buvo reikalinga 2,7 proc. pacientų. Dažniau kito specialisto konsultacijai buvo siunčiami 17-50 m. amžiaus grupės pacientai (8,3 proc.).

Siuntimo ir konsultacijos diagnozės sutapo 60,3 proc. oftalmologo konsultuotų pacientų. Dažnesnis diagnozių sutapimas (63,7 proc.) vyresnių pacientų (51-90 m.) amžiaus grupėje.

Paskirtas gydymas 175 pacientams (79,9 proc.), sąlyginai daugiau gydymo gavo 51-90 m. amžiaus grupės pacientai (83 proc.).

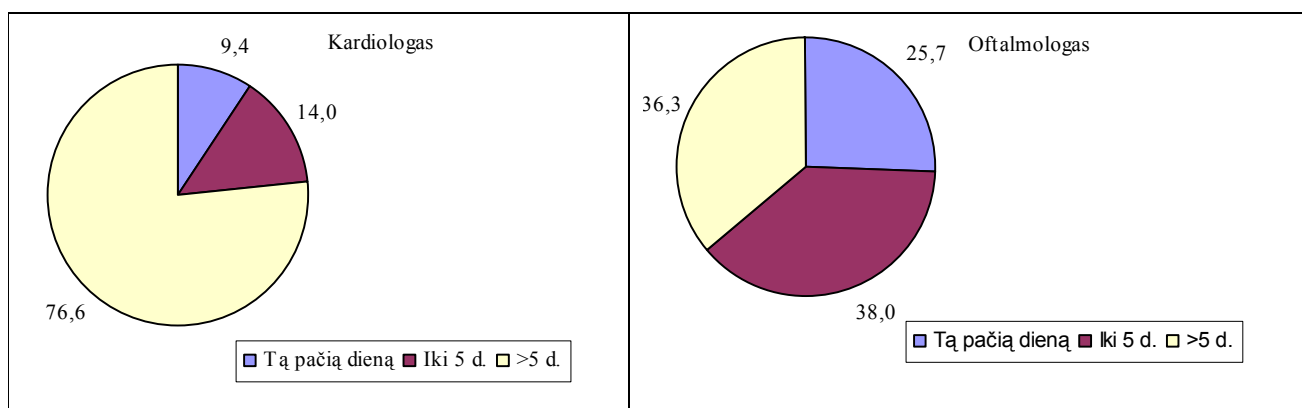
Paskirta pakartotina oftalmologo konsultacija 100 pacientų (45,7 proc.), dažniau vyresniojoje amžiaus grupėje (49,7 proc.)

Dažnai girdimas teiginys, kad yra ilgos eilės pas specialistus, blogas ambulatorinių konsultacinių paslaugų prieinamumas ypač kaimo gyventojams. Todėl buvo pabandyta analizuoti laikotarpį per kiek dienų pacientas, gavęs siuntimą, patenka pas konsultantą ir kokia epizodo trukmė.

Ambulatorinio gydymo ar tyrimo epizodas yra ligonio lankymasis ambulatorinėje ASPĮ pas gydytoją dėl konkrečios priežasties. Epizodo pradžia – pirmasis apsilankymas pas gydytoją dėl konkrečios priežasties, pabaiga – apsilankymas, po kurio nė vienas gydytojas nebeskiria kito apsilankymo (gydymas ar tyrimas baigtas), ligonis atsisako toliau gydytis ar lankytis pas tos gydymo įstaigos gydytojus, ligonis neatvyksta dėl nežinomų priežasčių arba ligoniui mirus; ligonio siuntimas į kitą ASPĮ ambulatoriniam, stacionariniam ar reabilitaciniam, sveikatą gražinančiam bei antirecidyviniam gydymui. Kiekvienas ūmios ligos ar lėtinės ligos paūmėjimo atvejis laikomas nauju epizodu, jei prieš tai buvęs šios ligos epizodas yra pabaigtas [37].

Anketoje pagal įrašytą siuntimo datą ir konsultacijos datą buvo paskaičiuotos dienos nuo siuntimo iki konsultacijos. Pagal pasikartojimo dažnumą buvo suskirstyti terminai „tą pačią dieną“, „iki 5 dienų“ ir „daugiau 5 dienų“. Pusė pacientų (51,6 proc.) konsultacijų laukia daugiau 5 dienų.

Nustatyta, kad „tą pačią dieną“ pas kardiologą patenka 9,3 proc. pacientų ir pas oftalmologą – 25,7 proc., „iki 5 dienų“ atitinkamai – 14 proc. ir 38 proc., „daugiau 5 dienų“ atitinkamai – 76,6 proc. ir 36,3 proc. (28 pav.).

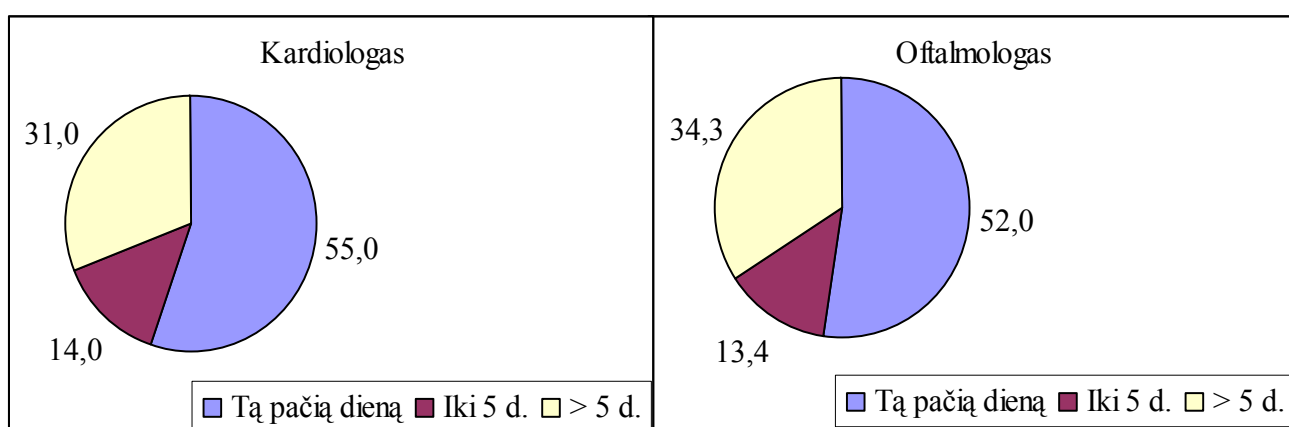


**28 pav. Kardiologo ir oftalmologo konsultuotų pacientų pasiskirstymas pagal laikotarpį nuo siuntimo iki konsultacijos**

Galima daryti prielaidą, kad tokius skirtumus apsprendžia žmogiškieji ištekliai, darbo organizavimas ir įstaigos specializacija teikti tam tikros rūšies paslaugas. Tačiau šie rezultatai kelia

abejonių, nes iš praktikos žinoma, kad pas oftalmologą patekti „tą pačią“ dieną beveik neįmanoma, išskyrus būtiniosios pagalbos atvejus. Tikėtina, kad dalis pacientų užsiregistruoja specialistų konsultacijoms ir tik paskutinę akimirką atvyksta prašyti siuntimų, tai gali būti viena iš blogos siuntimų kokybės priežasčių.

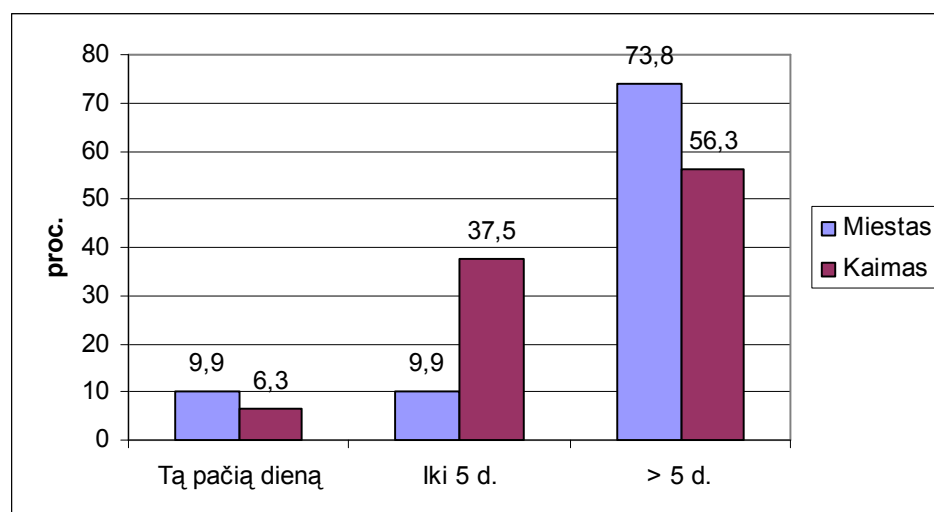
Analizuojant konsultacijų epizodo trukmę tarp šių dviejų profilių konsultantų matyti, kad nepriklausomai nuo konsultacijos apimties, atliekamų tyrimų kiekio epizodo trukmė panaši (29 pav.) „Tą pačią“ dieną baigiamas epizodas 55 proc. kardiologo ir 52 proc. oftalmologo, „iki 5 dienų“ atitinkamai – 14 proc. ir 13,4 proc., „>5 dienų“ atitinkamai – 31 proc. ir 34,3 proc. oftalmologo, tačiau skirtumai nepatikimi  $p > 0,05$ .



**29 pav. Kardiologo ir oftalmologo konsultacijos epizodo trukmės palyginimas**

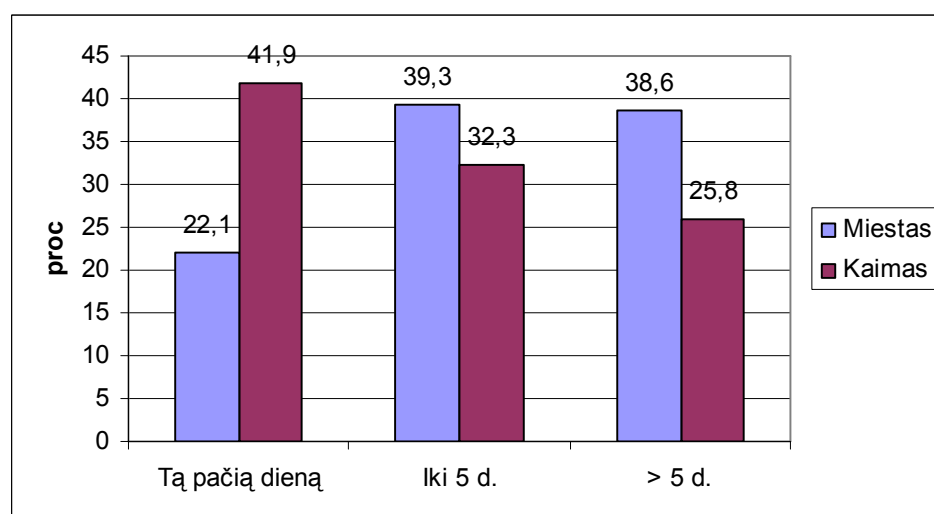
Lyginant laikotarpį nuo siuntimo iki kardiologo konsultacijos, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp miesto ir kaimo gyventojų (30 pav.).

„Tą pačią dieną“ kaimo gyventojai kardiologo konsultacijas gauna rečiau, nei miesto gyventojai, tačiau dažniau „iki 5 dienų“. Tikėtina, kad kaimo gyventojai iš anksto užsiregistruoja pas specialistą, ateina pas ŠG pasiimti siuntimo prieš vykstant konsultacijai į miestą.



**30 pav. Laikotarpio nuo siuntimo iki kardiologo konsultacijos tarp miesto ir kaimo gyventojų palyginimas ( $\chi^2=8,613$ ;  $df=2$ ;  $p=0,013$ )**

Stebima tendencija, kad kaimo gyventojai oftalmologo konsultacijai dažniau atvyksta „tą pačią dieną“ gavę ŠG siuntimą, tačiau statistiškai skirtumas nereikšmingas  $p>0,05$ .

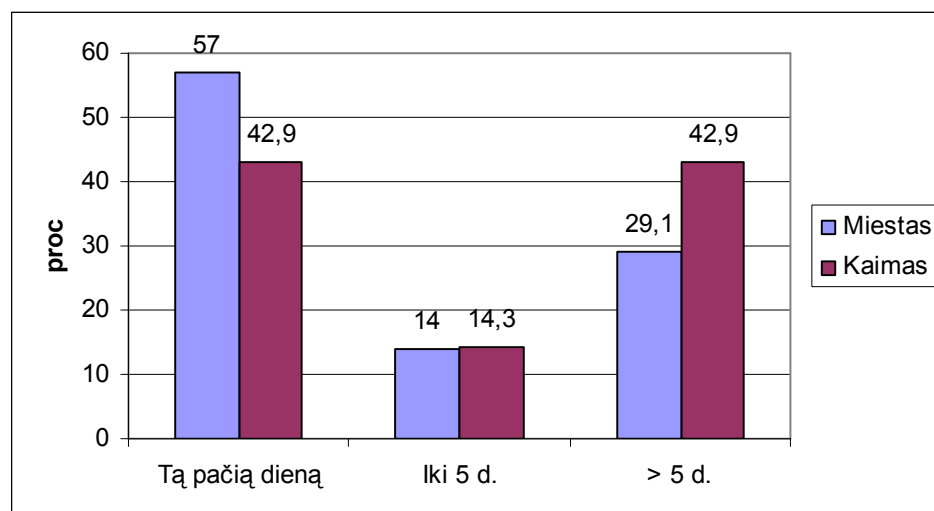


**31 pav. Laikotarpio nuo siuntimo iki oftalmologo konsultacijos tarp miesto ir kaimo gyventojų palyginimas ( $\chi^2=5,3343$ ;  $df=2$ ;  $p=0,069$ )**

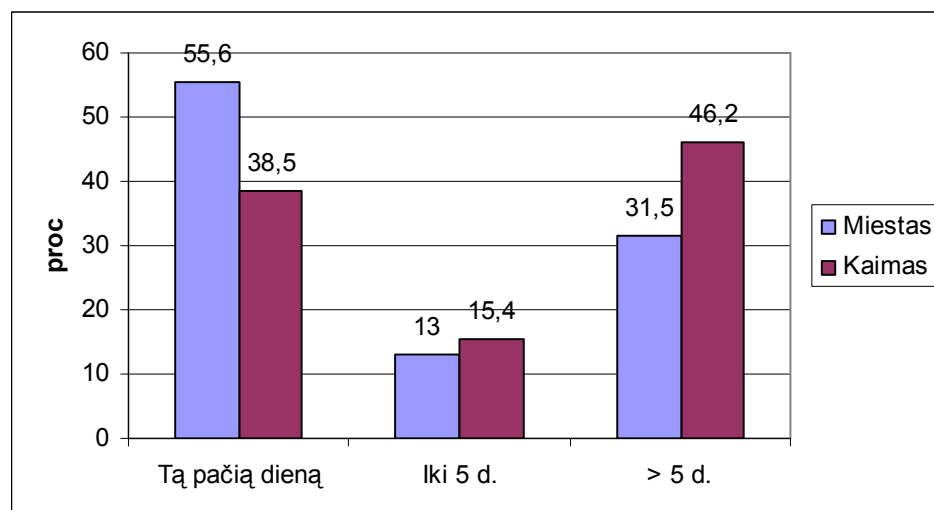
Pabandyta paanalizuoti ar yra konsultacijos epizodo trukmės skirtumų pagal gyvenamąją vietą.

Analizuojant konsultacijos epizodo trukmę tarp miesto ir kaimo gyventojų nustatyta priklausomybė, ir kardiologo (32 pav.) ir oftalmologo (33 pav.) konsultacijų epizodas ilgesnis

atvykusiems iš kaimo pacientams, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Galima manyti, kad atvykusiems pacientams daugiau atliekama specialiųjų tyrimų, todėl konsultacijos epizodas yra ilgesnis, tam reikėtų atlikti išsamesnius tyrimus.



**32 pav. Kardiologo konsultacijos epizodo trukmė palyginimas tarp pacientų atvykusių iš miesto ir kaimo ( $\chi^2=1,176$ ;  $df=2$ ;  $p=0,556$ )**



**33 pav. Oftalmologo konsultacijos epizodo trukmė palyginimas tarp pacientų atvykusių iš miesto ir kaimo ( $\chi^2=1,289$ ;  $df=2$ ;  $p=0,525$ )**

Analizuojant laikotarpį nuo siuntimo iki konsultacijos, abejotina ar tai galima vertinti kaip paslaugos laukimo eilę, nes tai apsprendžia ir ASPĮ organizaciniai sprendimai, pvz., išankstinės registracijos talonų ribotas išdavimas. Iš patirties žinoma, kad dažnai ASPĮ išankstinei registracijai

talonus išduoda savaitei ar dviem savaitėm. Pacientai tik gavę taloną ir žinodami konsultacijos datą eina „pasiimti“ siuntimo konsultacijai. Iš kitos pusės ASPĮ išduodamos išankstinės registracijos talonus ilgesniam laikui rizikuoja, kad pacientai nebeateina konsultacijai tiek dėl objektyvių, tiek dėl subjektyvių priežasčių. Tokiu būdu dar daugiau blogėja paslaugų prieinamumas kitiems pacientams.

Analizuojant epizodo trukmę iš ambulatorinių kortelių galime matyti tik tendencijas, tikslesnis tyrimas būtų analizuojant Asmens ambulatorinio gydymo apskaitos korteles ( Forma – f.025/a-LK).

## IŠVADOS

1. Didžiausią ambulatorinių konsultacinių paslaugų dalį Klaipėdos apskrityje sudaro diagnostiniai tyrimai (34 proc.) Pagal profilius daugiausia ambulatorinių konsultacinių paslaugų suteikta vidaus ligų (31 proc.) ir chirurginiame (12 proc.) profiluose.

- Iš visų Klaipėdos apskrityje konsultuotų pacientų, didesnę dalį ambulatorinių konsultacinių paslaugų pacientams suteikė Klaipėdos mieste esančių daugiaprofilinių ligoninių ambulatoriniai – konsultaciniai skyriai: oftalmologines konsultacijas gavo 61,3 proc. pacientai, chirurgines -56,2 proc., akušerines-ginekologines – 61,5 proc., vidaus ligų – 54,7 proc.( kardiologinių -73 proc) pacientų.

- Klaipėdos miesto gyventojai dažniau naudojami gydytojų-specialistų paslaugomis nei kiti apskrities gyventojai.

2. Šeimos gydytojų siuntimai kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms nepakankamai kokybiški, nepagrindžiantys konsultacijos tikslo, neatspindintys ŠG normoje numatytų veiklų.

- Siuntimų kardiologo konsultacijoms kokybė geresnė nei siuntimų oftalmologo konsultacijoms. ŠG vengia atlikti oftalmologinius tyrimus - regėjimo aštrumo nustatymą, akispūdžio matavimus, akių dugno tyrimus.

- Tarp oftalmologui siųstų pacientų 24,6 proc. atvejų, konsultacijos nepagrįstos (t.y. 12,3 proc. uždegiminės ligos ir 12,3 proc. refrakcijos ydos).

-Tarp kardiologui siųstų pacientų, nepagrįstos konsultacijos 21 proc.atvejų.( širdies ir kraujagyslių liga nenustatyta).

- Be siuntimo oftalmologai konsultavo dažniau nei kardiologai (kardiologas 10,5 proc., oftalmologas 30,5 proc. pacientų).

- Didžiausią dalį kardiologo konsultuotų pacientų (39 proc.) sudarė pacientai, sergantys padidinto kraujospūdžio ligomis.

- Siuntimo ir konsultacijos diagnozių sutapo 60 proc., statistiškai reikšmingo skirtumo lyginant kardiologinio ir oftalmologinio profilio konsultacijas nenustatyta.

- Privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų šeimos gydytojų siuntimų kardiologo ir oftalmologo konsultacijoms kokybė geresnė nei viešųjų pirminės sveikatos priežiūros centrų.

3. Vienai kardiologo konsultacijai tenka 1,83 tyrimo, o vienai oftalmologo konsultacijai tenka 0,2 tyrimo. Kardiologo konsultacijų struktūros apimtis yra didesnė nei oftalmologų pagal atliekamų tyrimų ir kitų specialistų konsultacijų skaičių

- Pusė pacientų (51,6 proc.) konsultacijų laukia daugiau nei 5 dienas.

- Daugumai vyresnių nei 51 m. amžiaus pacientų paskirtas gydymas - kardiologo 70,7 proc. ir oftalmologo 79,9 proc.; o pakartotinai konsultacija paskirta - kardiologo 22,8 proc. ir oftalmologo 45,7 proc. pacientų.



## **PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS**

- Skirti daugiau studijų valandų oftalmologinių tyrimų, numatytų šeimos gydytojo normoje, teorijai ir praktinių įgūdžių formavimui, klinikiniam įvertinimui ir bei racionaliam gydymui.
- Skatinti šeimos gydytojus vykdyti veiklas numatytas normoje, nustatant siuntimų specialistų konsultacijoms pagrindimo kriterijus ir vertinant juos kaip skatinamąsias paslaugas.
- Nustatyti siuntimų konsultacijoms kokybės kriterijus.
- Reglamentuoti pacientų ilgalaikio stebėjimo (dispanserinio sekimo) tvarką tarp skirtingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų lygių. Ilgalaikio pacientų stebėjimo funkcija turėtų būti aiškiau reglamentuota, siekiant užtikrinti paciento perimamumą ir sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą tarp specialisto ir šeimos gydytojo.
- Rekomenduoti Bendros praktikos gydytojų asociacijai dažniau analizuoti ir vertinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės klausimus.
- Siūlyti Nacionalinei sveikatos tarybai svarstyti asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo sąveiką (vientisumą, sąsajas, perimamumą) ir šios sąveikos rezultatus.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Valius L. Šeimos medicinos pagrindai. Kaunas, 2003.
2. Jankauskienė D. Sveikatos reformos sprendimų poveikio gyventojų sveikatai ir paslaugų prieinamumui įvertinimas. Sveikatos mokslai. 2000.
3. Lietuvos sveikatos informacijos centras. www.lsic.lt
4. Lietuvos sveikatos programa. Lietuvos Respublikos. Seimas 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr.VIII-833. Valstybės žinios,1998; Nr.64-1842.
5. Nacionalinės sveikatos Tarybos (1999) metinis pranešimas 2000.
6. Mačionienė V.Oftalmologinės pagalbos teikimo pagrįstumas antriniame sveikatos priežiūros lygyje:magistro diplominis darbas. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2004.
7. Tarptautinių žodžių žodynas./Vyr.enciklopedijų red.;Ats. Red.V.Kvietkauskas/ Vilnius,1985.
8. Medicinos enciklopedija.Vilnius, 1991.
9. Tarybų Lietuvos enciklopedija. /Vyr.enciklopedijų red. 1987.
10. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas: priimtas Lietuvos Respublikos Seimo Valstybės žinios 1999; 112-3099.
11. Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo. LR Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d.įsakymas d. Nr. V-943
12. Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija: Lietuvos Respublikos Aukščiausios Tarybos 1991m. spalio 30d nutarimas Nr.1-1939.
13. Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės,pareigos, kompetencija ir atsakomybė“
14. Farmacija ir laikas, 2006 antras numeris.
15. Lietuvos medicinos norma MN 55:2005 „Gydytojas kardiologas.Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.

16. Lietuvos medicinos norma MN 63:2005 „Gydytojas oftalmologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.
17. Lamminen H., Lamminen J. A cost study of teleconsultation for primary – care ophthalmology and dermatology J. Telemed Telecare. 2001; 7 (3).
18. Wienke G.W. Boerma. Profiles of General Practice in Europe. 2003.
19. Ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimai: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-528.
20. Maeseneer J. Beolchi L. Telematics in Primary Health Care 2002; 146: 1963-1965.
21. Ahmed A, Allman RM, Kiefe CI, Person SD, Shaneyfelt TM, Sims RV, Howard G, DeLong JF. Association of consultation between generalists and cardiologists with quality and outcomes of heart failure care. Am Heart J. 2003 Jun; 145(6): 1086-93.
22. Girdauskienė I., Kacevičius G., Mažeika R. Pacientų lūkesčiai asmens sveikatos priežiūros įstaigų personalui. respublikinės mokslinės – praktinės konferencijos „Sveikatos priežiūros įstaigų personalo vadyba“, skirtos KMU socialinės medicinos katedros 50 – mečiui paminėti medžiaga Vilnius 2000; 24-25.
23. Arterinės hipertenzijos, hipertenzinės širdies ir inkstų ligos (TLK-10 kodai I 10 – I 13, I 15) diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodika (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. birželio 11 d. įsakymas Nr. V-348).
24. Donker GA, Fleming DM, Schellevis FG and Spreeuwenberg P. Differences in treatment regimes, consultation frequency and referral patterns of diabetes mellitus in general practice in five European countries. Family Practice 2004; 21: 364-369.
25. Alban A. Decentralizacija, kaip politinis pasirinkimas. kn. „Ar valstybinio valdymo decentralizacija pagerins sveikatos priežiūrą Lietuvoje“.
26. Musteikytė J. Šaltiniai: European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition. Prieiga per internetą [www.wikipedia.lt](http://www.wikipedia.lt) 6175.

27. Giedraitienė A., Bradūnaitė J. Siuntimų gauti konsultacijas ir paslaugas srautų KMU Šeimos medicinos klinikoje 2003 m. analizė. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2006, tomas X, Nr. 9.
28. Valius K. Yvairių rekomendacijų jūroje paskendę BPG ieško išeities. Gydytojų žinios 2002.
29. Stern G. Teaching ophthalmology to primary care physicians. Arch Ophthalmology 1995; 113 (7).
30. Mason A., Mason J. Optometrist prescribing of therapeutic agents: findings of the AESOP survey. 2002; 60 (2).
31. Dul M. Co-management of patients with hypertension. Optometrist Clin. 1994; 4 (2): 63.
32. Stevenen F. The gatekeeper in vision care. An analysis of the coordination of professional services in the Netherlands. 2002; 60 (3).
33. Fingeret M., Marks E. Expanded eye care in the veterans Administration hospital setting. J. Am Optometrist Assoc. 1989; 60 (11).
34. Bendrosios praktikos gydytojo darbo analizė. Bendrosios praktikos gydytojas 2001;4 (1).
35. Vinker S., Shpiz M. Improvement of diabetic retinopathy-a primary care intervention study. J. Ophthalmology 2003; 142 (2).
36. Glaukomos (H40-42) gydymo metodika: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d. įsakymas Nr. 422.
37. Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. 687.

## TYRIMO ANKETA

**1.V. Pavardė**.....

**2. Konsultacija:** kardiologo - , oftalmologo -

**3. Gimimo metai**.....

**Amžius :** iki 30 - , 31-40 - , 41-50 - , 51-60 - , 61-70 - , 71-80 -  >80 -

**4. Lytis:** Vyras - , Moteris-

**5. Gyvenamoji vieta**.....

**5.1.** Klaipėdos m - , Klaipėdos apskritis - , Kita -

**5.2.** Miesto gyventojas - , kaimo -

**6. Siuntimas konsultacijai :** Yra - , Nėra -

Jeigu yra:

**6.1. Siuntėjas:**

VšĮ PSP - , Privati PSP - , specializuota ASPĮ -

**6.2. Siuntimo tikslas:**

Dėl diagnozės nustatymo - , Dėl gydymo- , Dėl vaistų išrašymo- , Kt.....

**6.3. Preliminari diagnozė :** taip - , ne -

Jeigu **taip**, kokio.....

**6.4. Anamnezė :** taip - , ne -

**6.5. Objektyvus tyr. :** taip -  ne -

**6.6. Tyrimai :** **taip** - : b.kraujas- , šlapimas- , cukraus k.kr.- ,

cholesterolis - , EKG - ,

regėjimo aštrumas - , akispūdis - , akių dugnas-

**ne** -

**6.7. Data** .....

**7. Konsultacijos aprašymas|: Data .....**7.1. Anamnezė : taip -  ne - 7.2. Objektivus tyr. : taip -  ne - 

7.3. Tyrimai .....	paskirta.....	atlikta.....
	data	data
.....	paskirta.....	atlikta.....
	data	data
.....	paskirta.....	atlikta.....
	data	data
.....	paskirta.....	atlikta.....
	data	data
7.4. Kt. specialistų konsultacijos.....	paskirta.....	atlikta.....
	data	data

**7.5. Paskirtas gydymas**Taip (rekomendacijos, išrašytas receptas, gydomosios procedūros) - Ne - Kita- **7.6. Pacientas dispanserizuotas:**Taip- , Ne- **7.7. Diagnozė :**IŠL, stenokardija - Hipertenzija - Širdies ritmo sutrikimai - Kitos širdies ligos - Širdies ir kraujagyslių l. nenustatyta - Katarakta - Glaukoma - Uždegiminės akių ligos - Kitos akių ligos - Refrakcijos sutrikimai - Akių l. nenustatyta - **8. Konsultanto nustatyta diagnozė, palyginus su siuntėjo:**Ta pati - , Kita - **9. Pacientas konsultuotas 2005 metais:**1 kartą - ; pakartotinai - 10. Konsultacijos epizodo trukmė : pradžia..... pabaiga.....  
data dataIki 5 dienų , 14 - , 30 -  60 -  > 60 -