

VISUOMENĖS SVEIKATA

Pirminės sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje 2002–2006 m. Ar pasieksime užsibrėžtą tikslą?

Mindaugas Plieskis¹, Aldona Gaižauskienė^{1, 2}, Milda Garbuviienė²

¹Kauno medicinos universiteto Sveikatos vadybos katedra, ²Lietuvos sveikatos informacijos centras

Raktažodžiai: pirminė sveikatos priežiūra, privačios sveikatos priežiūros įstaigos, sveikatos reforma, restruktūrizacijos strategija.

Santrauka. Darbo tikslas. Remiantis įvairiais kriterijais (rodikliais), nustatyti pirminės sveikatos priežiūros plėtos 2002–2006 m. pokyčius Lietuvoje ir prognozuoti galimus 2008 m. rezultatus. Analizei naudoti privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenys. Tiriamu laikotarpiu privačių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, prisirašiusių prie jų gyventojų ir apsilankymų šiose įstaigose dalis nuo visų pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, prisirašiusių gyventojų ir apsilankymų kasmet statistiškai reikšmingai didėjo (vidutinis procentinis kitimas kasmet atitinkamai 6,9, 22,2 ir 27,2 proc.). 2008 m. ši dalis sudarytų atitinkamai 61,0, 30,6, 27,2 proc. Prisirąšiusių prie šeimos gydytojų ir apsilankymų pas juos dalis kasmet statistiškai reikšmingai didėjo (vidutinis procentinis kitimas kasmet atitinkamai 22,5 ir 27,2 proc.) Prognozuojama, kad 2008 m. ši dalis sudarytų atitinkamai 27,8 ir 35,2 proc.

Detalesnė analizė parodė, kad privačiose pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose santykinai daugiau buvo prisirašę jaunų ir darbingo (18–44 metų) amžiaus asmenų. Tai itin ryšku Vilniuje ir Kaune, kur yra didelis sveikatos priežiūros įstaigų pasirinkimas. Prisirąšiusių prie šeimos gydytojo gyventojų skaičius augo tiek privačiose, tiek valstybinėse pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose (vidutinis procentinis kitimas kasmet atitinkamai 22,5 ir 8,3 proc., $p < 0,05$). Privačiose įstaigose didėjo prisirašiusių prie apylinkės pediatrų dalis (vidutinis procentinis kitimas kasmet buvo 31,6 proc., $p < 0,05$).

Apibendrinus tyrimo rezultatus, galima teigti, kad, vertinant pirminės sveikatos priežiūros plėtos 2002–2006 m. pokyčius įvairiais rodikliais, nustatyta didelių skirtumų. Restruktūrizacijos strategijoje numatytas tikslas 2008 m. bus pasiektas tik vertinant įstaigų skaičių. Vertinant pagal prisirašiusių ar apsilankymų skaičių (paslaugų aspektu), pasiekti rezultatai bus maždaug dukart mažesni. Šeimos gydytojo institucijos veikla intensyvėja tiek privačiose, tiek valstybinėse įstaigose.

Įvadas

Sveikatos priežiūros reformos, kurios vienas esminių elementų yra sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija, tikslas yra gerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą. Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 m. programą, 2003 m. buvo patvirtinta sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija (1). Viena prioritetinių pertvarkos krypčių buvo ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros (PSP) plėtra. Strategijoje numatyta, koku būdu galima pasiekti šį tikslą, t. y. skatinant privačių šeimos gydytojų, dirbančių pagal sutartis su teritorinėmis ligo-

nių kasomis, veiklą, tačiau nenurodyta, kokiais kriterijais (ar rodikliais) bus vertinami rezultatai. Todėl vadybiniu aspektu neaišku, kaip reikėtų vertinti strategijos tikslų įgyvendinimą. Remiantis vėliau patvirtintu dokumentu – Sveikatos apsaugos ministro įsakyму „Dėl apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“, manoma, jog rezultatai pirmajame 2003–2005 m. restruktūrizacijos etape buvo numatyti vertinti apsilankymų skaičiumi pirminėse ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose (2).

Antrojo (2006–2008) sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo dokumente konkrečiai įvar-

dijamas norimas pasiekti tikslas, t. y. iki 2008 m. pabaigos ne mažiau kaip 60 proc. PSP paslaugų turėtų teikti privačiai dirbantys šeimos gydytojai, sudarantys su teritorinėmis ligonių kasomis teikiamų paslaugų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartis (3, 4). Taip atsirado naujas vertinimo rodiklis – paslaugos, kurias suteikia privačiai praktikuojantys šeimos gydytojai. Sąvoka „paslaugos“ dažniausiai vartojamas ekonominiu ir finansiniu aspektu, „apsilankymas“ – tai jau sveikatos priežiūros organizavimą atspindinti sąvoka. Todėl galima nevienareikšmiška strategijos įgyvendinimo rezultatų interpretacija. Remiantis tarptautine praktika, pirminės sveikatos priežiūros plėtra gali būti vertinama privačių įstaigų, prisirašiusių gyventojų, apsilankymų skaičiumi. Kadangi kiekviena iš šių sąvokų charakterizuoja skirtingus sveikatos priežiūros organizavimo aspektus, tikėtina, jog, vertinant strategijos įgyvendinimo tikslus, rezultatai būtų skirtingi.

Darbo tikslas – nustatyti pirminės sveikatos priežiūros plėtros (pirminio lygio paslaugas teikiančių įstaigų veiklos) pokyčius 2002–2006 m., remiantis įvairiais kriterijais (rodikliais), ir prognozuoti galimus rezultatus 2008 m.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimui panaudoti privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ 2002–2006 m. duomenys.

Buvo vertinami šie PSP paslaugas teikiančių įstaigų veiklos rodikliai:

- privačių PSP paslaugas teikiančių įstaigų dalis (proc.) nuo visų PSP paslaugas teikiančių įstaigų;
- prisirašiusiųjų privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose dalis (proc.) nuo visų PSP paslaugas gaunančių skaičiaus (iš viso, pagal amžiaus grupes ir pagal specialybes: šeimos gydytojas, apylinkės terapeutas, apylinkės pediatras);
- apsilankymų privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose dalis (proc.) nuo visų apsilankymų PSP paslaugas teikiančiose įstaigose (iš viso, pas šeimos gydytoją).

Tyrimas apėmė visas su ligonių kasomis sutartis sudariusias įstaigas (juridinius vienetus). Jos buvo suskirstytos į dvi grupes – privačios ir valstybinės. Privačių įstaigų grupei priskirtos įstaigos pagal Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktus duomenis. Valstybinėms įstaigoms priskirtos PSP paslaugas teikiančios savivaldybių, apskričių bei SAM pavaldumo įstaigos.

Prisirašiusių asmenų skaičius ir amžius skaičiuotas

atitinkamų metų pabaigai.

Apsilankymų analizei buvo naudojami duomenys, registruojami apskaitos formoje 025/a-LK (5). Apsilankymai prilyginti paslaugoms, suteiktoms pirmiame lygyje panaudojant Valstybinės ligonių kasos patvirtintą asmens sveikatos priežiūros paslaugų klasifikatorių (6). Į tyrimą neįtrauktos odontologo bei skatinamosios paslaugos.

Rodiklių pokyčiai buvo vertinami vidutiniu procentiniu kitimu kasmet (VKPK). Šis koeficientas buvo apskaičiuotas pagal formulę:

$$VKPK = \left(\sqrt[4]{\frac{y_2}{y_1}} - 1 \right) \times 100\%,$$

čia: VKPK – vidutinis procentinis kitimas kasmet, y_1 – tiriamojo dydžio reikšmė analizuojamo laikotarpio pradžioje, y_2 – tiriamojo dydžio reikšmė analizuojamo laikotarpio pabaigoje.

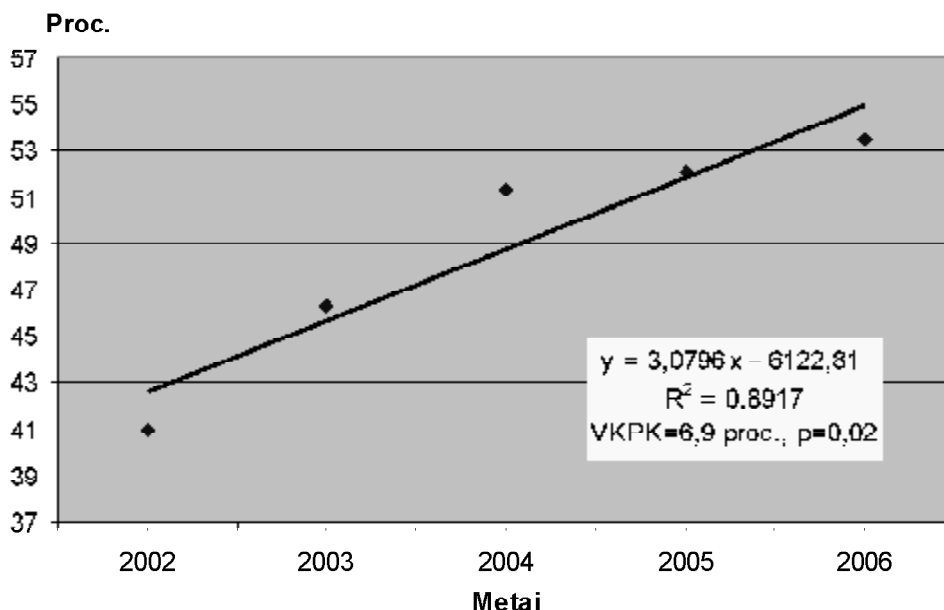
Įstaigų, prisirašiusių pacientų ir apsilankymų dalių bei apsilankymų skaičiaus, tenkančio vienam prisirašiusiajam, dinaminės eilutės kitimai buvo išreikšti tiesinės regresijos ($y=ax+b$) modeliu. Kitimo statistinis patikimumas vertintas naudojant regresijos modelį. Skirtumams tarp grupių nustatyti taikytas chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Pasirinktas statistinis reikšmingumo lygmuo $\alpha=0,05$. Skaičiavimai atlikti naudojant „MS Excel“ skaičiuoklę ir „SPSS 14.0“ programų paketą.

Rezultatai

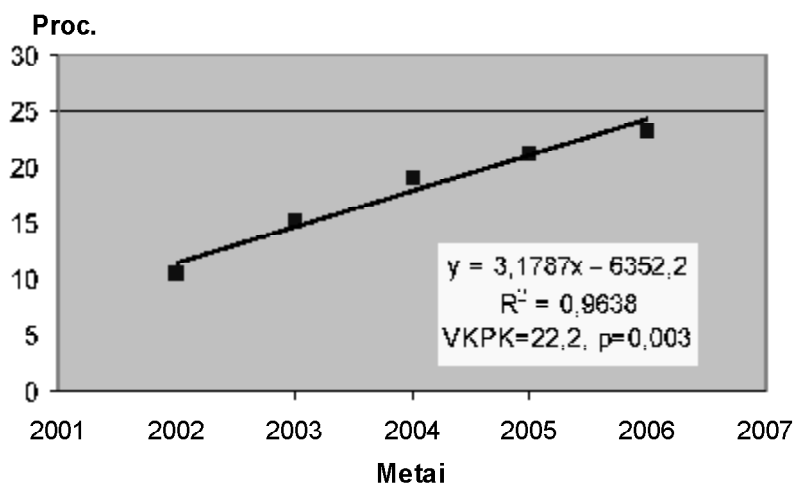
Analizuojamu 2002–2006 m. laikotarpiu žymiai išaugo privačių PSP paslaugas teikiančių įstaigų skaičius. Šis skaičius per ketverius metus išaugo net 67,5 proc. (2002 m. – 120, 2006 m. – 201), tačiau valstybinių įstaigų skaičius beveik nepakito (2002 m. – 173, 2006 m. – 175).

Privačių PSP paslaugas teikiančių įstaigų dalis nuo visų PSP paslaugas teikiančių įstaigų analizuojamojo laikotarpio pradžioje sudarė 41 proc., pabaigoje – 53,5 proc. (1 pav.). Kasmet vidutinis procentinis privačių įstaigų dalies kitimas buvo statistiškai reikšmingas ir lygus 6,9 proc. ($p<0,05$). Regresinė tiesė (1 pav.) prognozavo, kad 2008 m. pabaigoje privačios PSP paslaugas teikiančios įstaigos turėtų sudaryti 61 proc. visų PSP paslaugas teikiančių įstaigų.

Vertinant PSP plėtrą prisirašiusiųjų įstaigose rodikliu, pastebėta, kad statistiškai reikšmingai didėjo (VKPK=22,2 proc., $p<0,01$) privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose prisirašiusių asmenų dalis visų prie PSP paslaugas teikiančių įstaigų prisirašiusiųjų atžvilgiu (2002 m. – 10,5 proc., 2006 m. – 23,3 proc.) (2 pav.). Remiantis statistiškai reikšmingu



1 pav. Privačių PSP paslaugas teikiančių įstaigų dalis nuo visų PSP paslaugas teikiančių įstaigų 2002–2006 m.



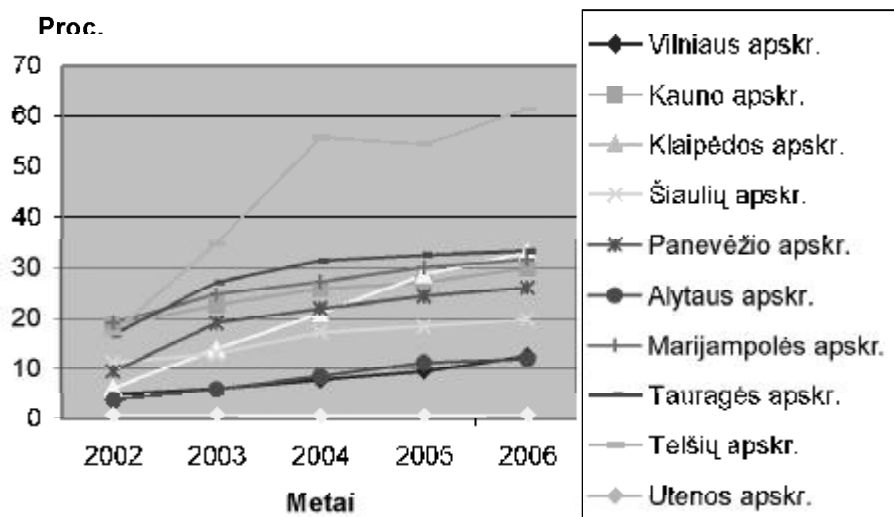
2 pav. Privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose prisirašiusių gyventojų dalis nuo visų prisirašiusių 2002–2006 m.

prisirašiusių privačiose įstaigose pacientų dalies didėjimu, galima manyti, kad ši dalis ir toliau didės. Atlikta regresinė analizė parodė, kad 2008 m. pabaigoje privatus PSP paslaugas teikiančias įstaigas turėtų būti pasirinkę apie 30,6 proc. pacientų.

Prisirašiusių privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose daugėjo visose apskrityse. Tačiau išsiskyrė dvi apskritys – Klaipėdos ir Telšių. Pastarojoje įvyko didžiausias pokytis. Čia privačiame sektoriuje prisirašiusių asmenų dalis padidėjo nuo 17,1 proc. 2002 m. iki 61,5 proc. 2006 m. To priežastis – pagrindinio Plungės rajono pirminės sveikatos priežiūros centro privatizavimas 2003 m., taigi, atitinkamai

persiskirstė ir prisirašiusieji. Mažeikių bei Telšių rajono savivaldybėse taip pat įsteigta keletas privačias PSP paslaugas teikiančių įstaigų. Didelių pokyčių įvyko ir Klaipėdos apskrityje: pacientų, kurie pasirinko privatus PSP paslaugas teikiančias įstaigas nagrinėjamu laikotarpiu, padidėjo nuo 6,1 iki 33,1 proc. (3 pav.).

2002–2006 m. laikotarpiu tiek privačiose, tiek valstybinėse PSP paslaugas teikiančiose įstaigose statistškai reikšmingai didėjo prie šeimos gydytojų prisirašiusių gyventojų dalis, tačiau kitimo tempai buvo nevienodi (VKPK atitinkamai – 22,5 ir 8,3 proc.). Privačiose įstaigose didėjo prisirašiusių prie apylinkės pediatrų dalis (VKPK=31,6 proc., $p<0,05$), o



3 pav. Privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose prisirašiusių gyventojų dalis nuo visų prisirašiusiųjų 2002–2006 m. pagal apskritis

valstybinėse įstaigose statistiškai reikšmingai mažėjo prisirašiusiųjų prie apylinkės terapeutų (VKPK=17,5 proc., $p<0,05$) ir apylinkės pediatrų (VKPK=13 proc., $p<0,05$).

Regresinės analizės duomenimis, 2008 m. pabaigoje privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose prie šeimos gydytojų turėtų būti prisirašę 27,8 proc. nuo visų prisirašiusiųjų, valstybinėse įstaigose atitinkamai – 59,9 proc.

Nuo 2002 metų kiekvienoje amžiaus grupėje prie privačia veikla užsiimančių įstaigų prisirašiusių pacientų dalis nuo visų prisirašiusiųjų statistiškai reikšmingai didėjo (2 lentelė). Nuo 2002 iki 2006 m. labiausiai, t. y. net 2,5 karto, išaugo 0–17 amžiaus grupės gyventojų dalis (VKPK=25,3 proc., $p<0,05$), kitose trijose amžiaus grupėse prisirašiusiųjų dalis išaugo 2,2 karto. Dėl to valstybinėse gydymo įstaigose statistiškai reikšmingai mažėjo prisirašiusių asmenų skaičius. Nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų ir tarp amžiaus grupių ($p<0,0001$).

Norint išsiaiškinti, ar priklauso nuo gyventojų amžiaus pasirenkama įstaiga, išnagrinėta prisirašiusių gyventojų amžiaus struktūra pagal įstaigų grupę (3 lentelė). Tiek 2002 m., tiek 2006 m. nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp privačias ir valstybines PSP paslaugas teikiančias įstaigas pasirinkusių kiekvienos amžiaus grupės gyventojų dalies ($p<0,0001$). 2002 m. valstybinėse įstaigose prisirašę 18–44 metų gyventojai sudarė 38,6 proc. visų prisirašiusiųjų, o privačiose įstaigose prisirašę šio amžiaus asmenys sudarė 45,3 proc. ($p<0,0001$). Todėl vaikai ir vyresnio amžiaus asmenys privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose sudarė santykinai mažesnę pacientų

kontingentą, pvz., vyresni nei 65 metų sudarė 12,7 proc. visų pacientų, o valstybinėse įstaigose jie sudarė 14,9 proc. ($p<0,0001$). Tokia tendencija išliko ir 2006 m. Todėl privačiose įstaigose vyrauja darbingo (18–44 metų) amžiaus asmenys.

Galimybė rinktis įstaigą priklauso nuo įstaigų skaičiaus. Nagrinėjome du didžiuosius Lietuvos miestus – Vilnių ir Kauną, kuriuose yra pakankamas skaičius tiek privačių, tiek valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų. Šiuose miestuose skirtumai tarp amžiaus grupių, pasirenkant įstaigas, dar didesni ($p<0,0001$) (4 lentelė). 2002 m. 18–44 metų grupės dalis Vilniaus mieste sudarė 51,4 proc. (Kaune – 48,9 proc.), o iki 2006 m. pabaigos ši dalis Vilniuje dar labiau išaugo (59,3 proc.). Beje, vyresnių nei 65 metų prisirašiusių gyventojų dalis Vilniaus mieste 2006 m. privačiose įstaigose sudarė itin mažą dalį – tik 6,2 proc. (Kaune 11,2 proc.).

Analizuodami apsilankymų skaičių, vertinome apsilankymus pas pirminio lygio paslaugas teikiančius gydytojus ir atskirai apsilankymus pas licencijuotus šeimos gydytojus.

Nuo 2002 iki 2006 m. apsilankymų pas pirminio lygio paslaugas teikiančius gydytojus dalis, tenkanti privatioms PSP paslaugas teikiančioms įstaigoms, statistiškai reikšmingai išaugo nuo 7,9 iki 20,7 proc. (VKPK=27,2, $p<0,01$), pas licencijuotus šeimos gydytojus kito nuo 19,6 iki 29,8 proc. (VKPK=11 proc., $p<0,01$) (5 lentelė). Remiantis regresinės analizės duomenimis, abi dalys ir toliau augs ir 2008 m. pabaigoje sieks atitinkamai – 27,8 ir 35,2 proc.

Analizuojant apsilankymų pas šeimos gydytojus skaičius, tenkančius vienam prisirašiusiajam, nusta-

1 lentelė. Privačiose ir valstybinėse PSP paslaugas teikiančiose įstaigose prisirašiusių gyventojų skaičius ir jų dalis nuo visų prisirašiusiųjų 2002–2006 m. pagal gydytojo specialybę

Gydytojo specialybė	2002 m.		2003 m.		2004 m.		2005 m.		2006 m.		Regresijos koef. a	VKPK
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.		
Privačios PSP paslaugas teikiančios įstaigos												
	309948	9,4	454543	13,5	579438	16,8	668788	19,3	734043	21,2	2,94	22,5*
	24330	0,7	35698	1,1	50535	1,4	41790	1,2	43115	1,2	0,11	14,4
	10376	0,3	21197	0,6	26809	0,8	27471	0,8	30738	0,9	0,14	31,6*
Valstybinės PSP paslaugas teikiančios įstaigos												
	1216067	36,8	1423348	42,4	1665160	48,3	1742570	50,1	1759218	50,7	3,55	8,3*
	1273785	38,5	1028746	30,7	784630	22,7	678162	19,5	618813	17,8	-5,26	-17,5*
	471716	14,3	392297	11,7	343591	10,0	316708	9,1	284160	8,2	-1,48	-13,0*

* Skirtumas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$.

2 lentelė. Privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose prisirašiusių gyventojų skaičius ir jų dalis nuo visų prisirašiusiųjų 2002–2006 m. pagal amžiaus grupes

Amžiaus grupė, metais	2002 m.		2003 m.		2004 m.		2005 m.		2006 m.		Regresijos koef. a	VKPK
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.		
0–17	75306	9,2	107274	13,7	149877	18,6	147589	20,4	158803	22,7	3,37	25,3*
18–44	164273	12,1	236726	17,2	307996	21,4	331140	23,9	361495	26,1	3,47	21,2*
45–64	76860	9,8	113287	14,1	144203	17,6	163587	19,6	182059	21,5	2,89	21,7*
Vyresni nei 65 metų	46380	9,1	69242	13,3	86817	16,5	96302	18,0	106233	19,6	2,57	21,1*

* Skirtumas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$.

3 lentelė. Prisirašiusių gyventojų amžiaus struktūra (dalis nuo visų prisirašiusiųjų) pagal įstaigų grupę 2002 ir 2006 m.

Amžiaus grupė, metais	2002 m.			2006 m.		
	Visos įstaigos	Iš jų		Visos įstaigos	Iš jų	
		privačios	valstybinės		privačios	valstybinės
0–17 metų	23,5	20,8	23,8	20,2	19,6	20,3
18–44 metų	39,3	45,3	38,6	39,9	44,7	38,4
45–64 metų	22,6	21,2	22,7	24,4	22,6	24,9
Vyresni nei 65 metų	14,6	12,7	14,9	15,5	13,1	16,4

4 lentelė. Prisirašiusių gyventojų amžiaus struktūra (dalis nuo visų prisirašiusiųjų) pagal įstaigų grupę 2002 ir 2006 m. Vilniaus ir Kauno miestuose

Amžiaus grupė, metais	2002 m.			2006 m.		
	Visos įstaigos	Iš jų		Visos įstaigos	Iš jų	
		privačios	valstybinės		privačios	valstybinės
Vilnius						
0–17 metų	20,6	21,3	20,6	17,4	18,4	17,3
18–44 metų	42,9	51,4	42,4	45,1	59,3	43,1
45–64 metų	23,8	18,8	24,1	24,2	16,0	25,4
Vyresni nei 65 metų	12,7	8,5	12,9	13,3	6,3	14,2
Kaunas						
0–17 metų	21,2	22,0	21,0	18,5	19,6	18,1
18–44 metų	41,9	48,9	40,2	42,4	49,3	39,5
45–64 metų	23,2	18,7	24,3	24,3	19,9	26,1
Vyresni nei 65 metų	13,7	10,4	14,5	14,8	11,2	16,3

tyta, jog privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose apsilankymų pas šeimos gydytojus skaičius, tenkantis vienam prisirašiusiam, per 2002–2006 m. laikotarpį yra statistiškai reikšmingai didesnis nei valstybinėse įstaigose (apsilankymų santykis 2002 m. – 2,1 karto, 2006 m. – 1,4 karto). Dar 2002 m. 38,5 proc. visų prisirašiusių pacientų aptarnavo apylinkės terapeutai. Kasmet ši dalis mažėjo ir 2006 m. pas apylinkės terapeutus jau buvo prisirašę tik 17,8 proc. Verta paminėti, kad didžioji dalis apylinkės terapeutų dirbo ne privačiose, bet valstybinėse PSP paslaugas teikiančiose įstaigose.

Analizuojamu laikotarpiu vienam prisirašiusiajam tenkantis apsilankymų pas šeimos gydytojus skaičius per metus statistiškai reikšmingai didėjo (6 lentelė). Privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose vidutinis procentinis kitimas kasmet buvo 7,3 proc. ($p < 0,01$), valstybinėse įstaigose – 18,7 proc. ($p < 0,01$). Daugiau kaip dukart lėtesnis kasmetinis procentinis apsilankymų skaičiaus kitimas privačiose įstaigose vertintinas apskritai dažnesnio lankymosi pas privačiose įstaigose dirbančius šeimos gydytojus skaičiaus

kontekste ir rodo, jog apsilankymų skaičius pas šeimos gydytojus privačiose ir valstybinėse įstaigose turi tendenciją susilyginti.

Rezultatų aptarimas

Sėkmingą sveikatos priežiūros reformą laiduoja gerai pasirinktas strateginis tikslas bei taktika. Reformos įgyvendinimo proceso eigą privalu stebėti ir laiku atlikti šio proceso eigos įvertinimą. Vertinimui atlikti būtina atsakingai parinkti vertinimo kriterijus arba rodiklius. Epidemiologija ir viešosios vadybos mokslas teigia, jog tikslų įgyvendinimo rodikliai turi atitikti stebimo objekto/proceso esmę, būti jautrūs pokyčiams, specifiski, patikimi.

Kaip minėta, tyrimo pradžioje teisiniuose dokumentuose, reglamentuojančiuose restruktūrizacijos eigą, nevienareikšmiškai apibrėžti proceso rezultatus atspindintys rodikliai. Todėl šio tyrimo tikslas buvo įvertinti, kokie laukiami rezultatai matuojant skirtingais rodikliais. Atlikta analizė rodo, jog PSP plėtrą vertinant pagal tai, kokią paslaugų teikėjų dalį sudaro privačios įstaigos, kiekybiniai rezultatai yra akivaiz-

5 lentelė. Apsilankymų pas pirminio lygio paslaugas teikiančius gydytojus bei licencijuotus šeimos gydytojus skaičius ir jų dalis privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose 2002–2006 m.

Apsilankymai pas gydytojus	2002 m.		2003 m.		2004 m.		2005 m.		2006 m.		Regresijos koef. a	VKPK	
	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.	abs. sk.	proc.		proc.	
Pirminio lygio paslaugas teikiantis gydytojas	1023757	7,9	1557994	11,5	2269855	15,7	2729188	18,4	3024639	20,7	3,25	27,2*	
Šeimos gydytojas	841030	19,6	1229543	22,4	1808898	25,5	2215272	27,6	2487368	29,8	2,54	11,0*	

* Skirtumas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$.

dūs: prognostinis privačių įstaigų skaičius 2008 metų pabaigoje yra 249, o tai sudarytų 61 proc. visų PSP paslaugas teikiančių įstaigų. Pagal šį rodiklį būtų galima teigti, jog antrasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo tikslas iki 2008 metų galėtų būti pasiektas. Tačiau lyginti privačių ir valstybių PSP paslaugas teikiančių įstaigų juridinių vienetų skaičių būtų nekreiptiškia, nes kiekvienos įstaigos veiklos apimtys nevienodos. Be to, į kai kurias įstaigas besikreipiančių pacientų skaičius skyrėsi net dešimtimis ar šimtus kartų. Reikėtų atsisakyti šio rodiklio, nes jis gali tik klaidinti vertinant pirminės sveikatos priežiūros privatizavimo tempus. Žymiai tiksliau privačių ir valstybinių įstaigų veiklos apimtį vertinti pagal prisirašiusių gyventojų skaičių. Vertinant šiuo aspektu, statistiškai reikšmingai didėjo (VKPK=22,2 proc., $p < 0,01$) prie privačia veikla užsiimančių įstaigų prisirašiusių gyventojų dalis. Atlikta regresinė analizė parodė, kad prie privačių įstaigų 2008 m. turėtų būti prisirašę 30,6 proc. visų gyventojų, gaunančių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.

Apsilankymai yra dažniausiai taikoma ambulatorinė veiklos charakteristika. Regresinė analizė parodė, kad pas privačiose gydymo įstaigose dirbančius šeimos gydytojus – 2008 m. pabaigoje apsilankymai sudarytų 35,2 proc. visų apsilankymų pas šeimos gydytojus, o pas pirminio lygio paslaugas teikiančius gydytojus – 27,8 proc. visų apsilankymų pirminiame lygyje. Todėl rezultatai panašūs kaip vertinant prisirašiusių privačiose įstaigose kriterijumi. Kadangi prisirašiusiojo sąvoka yra aiškiai apibrėžta, restruktūrizacijos eigai stebėti rekomenduojame šį rodiklį.

Kartu pažymėtina, jog vien šio rodiklio nepakanka. Mūsų atliktas tyrimas parodė, jog privačiose įstaigose vyrauja jauni ir darbingo amžiaus asmenys. Todėl, norint išsamiau įvertinti situaciją, šalia prisirašiusių rodiklio būtina nagrinėti prisirašiusių amžiaus struktūrą. Tai yra galimybė stebėti apsilankymų pokyčius, kurie tiesiogiai susiję su amžiumi.

Tyrimo rezultatai parodė, jog pirminės sveikatos priežiūros veikla intensyvėja, stiprėja šeimos gydytojo institucija: daugiau pacientų prisirašo prie privačia praktika užsiimančių šeimos gydytojų, auga apsilankymų skaičius. Įdomu pastebėti, jog privačiame sektoriuje auga prisirašiusių prie pediatrų skaičius, vadinasi, Lietuvos gyventojai savo vaikus linkę patikėti pediatrai, o ne šeimos gydytojui. Tyrimo duomenimis, intensyvėja šeimos gydytojo darbas ir valstybinėse institucijose. Tikėtina, jog gyventojai pasitiki valstybine sveikatos priežiūra.

Šiuo metu galiojančioje restruktūrizacijos strategijoje numatyta, jog 2008 m. privačiai praktikuojančių

6 lentelė. Apsilankymų pas šeimos gydytojus skaičius, tenkantis vienam prisirašiusiam gyventojui per metus 2002–2006 m.

Amžiaus grupė, metais	2002	2003	2004	2005	2006	Regresijos koeficientas a	VKPK, proc.
Privačios PSP paslaugas teikiančios įstaigos							
Visi	2,32	2,34	2,72	3,00	3,08	0,22	7,3*
0–17 metų	2,74	2,60	2,90	3,66	3,52	0,26	6,5
18–44 metų	1,46	1,49	1,65	1,91	1,98	0,15	7,9*
45–64 metų	2,70	2,74	3,13	3,40	3,64	0,25	7,8*
Vyresni nei 65 metų	4,06	4,16	4,80	5,05	5,18	0,31	6,3*
Valstybinės PSP paslaugas teikiančios įstaigos							
Visi	1,11	1,44	1,88	2,13	2,20	0,29	18,7*
0–17 metų	1,20	1,63	2,11	2,44	2,37	0,31	18,5*
18–44 metų	0,68	0,89	1,12	1,37	1,42	0,20	20,2*
45–64 metų	1,22	1,54	1,98	2,27	2,44	0,32	18,9*
Vyresni nei 65 metų	1,89	2,36	2,98	3,31	3,47	0,41	16,4*

* Skirtumas statistiškai reikšmingas, kai $p < 0,05$.

šeimos gydytojų teikiamos paslaugos turėtų sudaryti 60 proc. visų teikiamų paslaugų. Remiantis regresinės analizės duomenimis, matome, jog apsilankymų privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose ir pas licencijuotus šeimos gydytojus dalis nuo visų apsilankymų pas pirminio lygio paslaugas teikiančius gydytojus 2008 m. turėtų sudaryti apie 30 proc. Kadangi šiame tyrime apsilankymai yra prilyginti paslaugoms, todėl paslaugų prognozė yra beveik dukart mažesnė nei planuota. Kita vertus, reiktų įvertinti, ar siektinas toks aukštas privatizavimo lygis, nes, kai kurių mokslinių tyrimų duomenimis, sveikatos priežiūros privatizavimas šalia teigiamų patyrimų turi ir esminių trūkumų. Tiesa, pagrindinis šių tyrimų įvardijamas trūkumas – prieinamumo sumažėjimas dėl priemonių privačiame sektoriuje. Šiuo metu Lietuvoje priemonių už pirminę sveikatos priežiūrą nėra, todėl paslaugų prieinamumas, didėjant privačių pirminės priežiūros paslaugų teikėjų daliai rinkoje, didėja. Tačiau, svarstant priemonių, jų dydžio nustatymo arba laisvo reguliavimo klausimus, labai svarbu įvertinti ir privačių įstaigų vaidmenį pirminėje sveikatos priežiūroje bei paslaugų prieinamumo koreliaciją.

Mūsų tyrimų duomenimis, privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose santykinai daugiau buvo prisirašę jaunų ir darbingų (18–44 metų) asmenų. Vilniuje ir Kaune, kur yra didelis įstaigų pasirinkimas, skirtumai tarp amžiaus grupių, pasirenkant įstaigas, dar padidėjo. 2002 m. 18–44 metų pacientai Vilniaus mieste sudarė 51,4 proc. visų privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose prisirašiusiųjų (Kaune – 48,9

proc.), o iki 2006 m. pabaigos ši dalis Vilniuje dar labiau išaugo (59,3 proc.). Tikėtina, jog jauni ir darbingi, t. y. mokūs, asmenys patys pasirenka privačias įstaigas. Tačiau nereikėtų atmesti ir dažnai keliamos prielaidos, jog privačios institucijos, kaip pelno siekiančios įstaigos, suinteresuotos turėti mokius pacientus, todėl vykdo kryptingą vadybos ir pacientų atrankos veiklą.

Decentralizacijos ir privatizacijos procesai Centrinėje ir Rytų Europoje prasidėjo prieš gerą dešimtmetį. Šalia privalumų moksliniuose tyrimuose minimi, deja, ir esminiai trūkumai. Kaimyninių šalių (Lenkijos) patirtis rodo, jog privačiai praktikuojantys šeimos gydytojai daugiau dėmesio skiria pacientui, noriau bendrauja su juo, geresnis paslaugų administravimas. Tačiau jie daugiau linkę siųsti ligonius konsultuotis specialistams (7). Kroatijos patirtis rodo, jog privatizacijos pradžioje privatininkai stengiasi padidinti paslaugų prieinamumą, tačiau, praėjus dešimčiai metų, pirminės sveikatos priežiūros kokybė pablogėjo, padidėjo greitosios medicinos pagalbos ir hospitalizacijos apimtys. Dėl to pabrango sveikatos priežiūra (8, 9). Sveikatos politikos ekspertė sveikatos teisumo srityje Margaret Whitehead (Pasaulinės sveikatos organizacijos ekspertė) nerimauja, ar Jungtinėje Karalystėje bus įgyvendintas teisumo principas pasirenkant pacientus pagal mokumą (10). Šalyse, kur ryški socialinė diferenciacija, pastebimi sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumai priklausomai nuo finansinių galimybių (11–15). Statistikos departamento duomenimis, žemiau skurdo ribos Lietuvoje 2005 m. buvo 20,5

proc. šalies gyventojų. Pagal namų ūkio sudėtį dažniausia skurdo rizika asmenims, gyvenantiems namų ūkiuose, susidedančiuose iš vieno suaugusio asmens ir išlaikomų vaikų (47,9 proc.) ir dviejų suaugusių asmenų su trimis ar daugiau vaikų (45,0 proc.) (16). Ar nesulauksime tokios situacijos Lietuvoje, kai daliai gyventojų sveikatos priežiūra bus neprieinama. Reikėtų prisiminti, jog Lietuvos sveikatos programoje valstybė įsipareigojo mažinti sveikatos ir sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumus (17). Privati veikla ir iniciatyva yra neabejotinai teigiamas veiksnys, skatinantis konkurenciją, paslaugų kokybės gerinimą, didesnę dėmesį pacientui, tačiau tikslinga diskutuoti, koks turėtų būti optimalus paslaugos kainos ir (ateityje) priemokos, taip pat viešųjų ir privačių institucijų teikiamų paslaugų santykis.

Išvados

1. Pirminės sveikatos priežiūros plėtrą 2002–2006 m., vertinant įvairiais rodikliais, nustatyta didelių skirtumų:

- Statistiškai reikšmingai didėjo privačių PSP paslaugas teikiančių įstaigų procentas nuo visų PSP paslaugas teikiančių įstaigų (VKPK=6,9 proc., $p<0,05$). 2008 m. tai sudarytų 61 proc. visų PSP paslaugas teikiančių įstaigų.
- Statistiškai reikšmingai didėjo privačiose PSP įstaigose ir pas šeimos gydytojus prisirašiusių gyventojų dalis (VKPK atitinkamai – 22,2 proc., 22,5 proc.). 2008 m. privačiose PSP įstaigose turėtų būti prisirašę 30,6 proc., pas šeimos gydytojus – 27,8

proc. visų gyventojų, gaunančių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.

- Apsilankymų privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose dalis nuo visų apsilankymų pirminio lygio medicinos įstaigose ir apsilankymų privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose dalis pas šeimos gydytojus nuo visų apsilankymų pas šeimos gydytojus statistiškai reikšmingai didėjo (VKPK atitinkamai – 27,2 proc., 11,0 proc.). 2008 m. pabaigoje ši dalis siektų atitinkamai – 27,8 proc. ir 35,2 proc.

2. Restruktūrizacijos strategijoje užsibrėžtas tikslas 2008 m. bus pasiektas tik įvertinus įstaigų skaičių. Vertinant prisirašiusių ir apsilankymų (paslaugų aspektu) rodikliais, pasiekti rezultatai bus beveik dukart mažesni.

3. Privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose santykinai daugiau buvo prisirašę jaunų ir darbingų (18–44 metų) asmenų. Vilniuje ir Kaune skirtumai tarp amžiaus grupių, pasirenkant įstaigas, dar ryškesni. 2002 m. 18–44 metų amžiaus pacientai Vilniaus mieste sudarė 51,4 proc. visų privačiose PSP paslaugas teikiančiose įstaigose prisirašiusių (Kaune – 48,9 proc.), o iki 2006 m. pabaigos ši dalis Vilniuje dar labiau išaugo (59,3 proc.).

4. Tiek privačiose, tiek valstybinėse PSP paslaugas teikiančiose įstaigose statistiškai reikšmingai didėjo pas šeimos gydytojus prisirašiusių gyventojų dalis nuo visų prisirašiusių (VKPK atitinkamai – 22,5 proc. ir 8,3 proc., $p<0,05$). Privačiose įstaigose didėjo prisirašiusių pas apylinkės pediatrus dalis (VKPK=31,6 proc., $p<0,05$).

Primary health care development in 2002–2006 in Lithuania: will we achieve the objective set?

Mindaugas Plieskis¹, Aldona Gaižauskienė^{1, 2}, Milda Garbuvienė²

¹Department of Health Management, Kaunas University of Medicine,

²Lithuanian Health Information Center, Lithuania

Key words: primary health care; private health care institutions; health reform; strategy of restructuring.

Summary. *The aim of this study* was to identify the changes in the development of primary health care in 2002–2006 and to predict its potential results in 2008, based on various criteria (indicators). Data from the compulsory health insurance system “Sveidra” have been used for the analysis. A share of the private primary health care institutions, the persons enrolled with them, and visits in such institutions from all primary health care institutions during the study period have significantly statistically increased (average annual changes were 6.9%, 22.2%, and 27.2%, respectively). In 2008, this part would make up 61.0%, 30.6%, and 27.2%, respectively. The proportion of persons registered with family doctors and the number of visits to family doctors were significantly increasing (average annual changes were 22.5% and 27.2%, respectively). It is predicted that this part would make up 27.8% and 35.2% in 2008.

More detailed analysis has shown that relatively more young and working-age persons (aged 18–44 years) were enrolled in private primary health care institutions. It is in particular evident in Vilnius and Kaunas

where the choice of such institutions is high. The number of persons registered with family doctors was increasing in both private and public institutions (average annual changes were 22.5% and 8.3%, respectively; $P < 0.05$). In private institutions, the proportion of persons registered with local district pediatricians was also significantly increasing.

The study results have shown significant differences in the developments of primary health care in 2002–2006 by various indicators. The objective defined in the strategy of restructuring will be achieved in 2008 only in respect of the number of institutions. Assessing by the aspect of services, the results achieved will be approximately two times lower. The practice of the institution of the family doctor is becoming more intensive in both private and public institutions.

Correspondence to A. Gaižauskienė, Lithuanian Health Information Center, Kalvarijų 153, 08221 Vilnius, Lithuania
E-mail: aldona@lsic.lt

Literatūra

1. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija: Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335. (Strategy for the restructuring of healthcare institutions: the Decree of the Government of the Republic of Lithuania, No. 335, March 18, 2003.) Valstybės žinios 2003; 28:1147.
2. Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimas: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-804. (Validation of plans for the restructuring healthcare institutions in counties: the Order of Minister of Health of the Republic of Lithuania, No. V-804, December 31, 2003.) Valstybės žinios 2004;30:999.
3. Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija: Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr. 647. (Strategy for the second stage of restructuring of healthcare institutions: the Decree of the Government of the Republic of Lithuania, No. 647, June 29, 2006.) Valstybės žinios 2006;74:2827.
4. Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų rengimo metodinės rekomendacijos: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 7 d. įsakymas Nr. V-1031. (The methodical recommendation of planing of the second stage restructuring healthcare institutions in counties: the Order of Minister of Health of the Republic of Lithuania, No. V-1031, December 7, 2006.) Valstybės žinios 2006;137:5234.
5. Medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimas: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. 687. (The adoption of forms of medical records: the Order of Minister of Health of the Republic of Lithuania, No. 687, November 26, 1998.) Valstybės žinios 1998;105:2927.
6. Valstybinės ligonių kasos patvirtintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatorius. (The classifier of personal health care services paid from Compulsory Health Insurance Fund (CHIF) validated of State patient fund). Available from: URL: [http://www.vlk.lt/vlk/kt/files/paslaugu_sar5m\(031007\).xls](http://www.vlk.lt/vlk/kt/files/paslaugu_sar5m(031007).xls)
7. Chlabicz S, Marcinowicz L. Public or non-public family medicine-patients perspective of the quality of primary care in Białystok, Poland. Eur J Gen Pract 2005;11(1):5-10.
8. Marković BB, Katić M, Milaković SB, Petric D. Ten years after “privatization” in primary health care. Acta Med Croatica 2007;61(1):1-6.
9. Hebrang A, Erdeljić V, Foro S, Vidjak V, Grga A, et al. Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility. Health Policy Plan 2003;18(4):421-8.
10. Whitehead M. Who cares about equity in the NHS? BMJ 1994;308(6945):1717.
11. Ensor T. Health system reform in former socialist countries of Europe. Int J Health Plann Manage 1993;8(3):169-87.
12. Sheaff R. What kind of healthcare “internal market”? A cross-Europe view of the options. Int J Health Plann Manage 1994; 9(1):5-24.
13. Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. Soc Sci Med 2004; 58(2):247-58.
14. Terris M. Budget cutting and privatization: the threat to health. J Public Health Policy 1992;13(1):27-41.
15. Price M. The consequences of health service privatisation for equality and equity in health care in South Africa. Soc Sci Med 1988;27(7):703-16.
16. Lietuvos statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. (Department of Statistics at the Government of the Republic of Lithuania.). Available from: URL: <http://www.stat.gov.lt>
17. Lietuvos sveikatos programa: Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. VIII-833. (Lithuanian health program: the Decree of the Seimas of the Republic of Lithuania, No. VII-833, July 2, 2003). Valstybės žinios 1998;65:1842.

Straipsnis gautas 2007 12 13, priimtas 2008 06 11

Received 13 December 2007, accepted 11 June 2008