



VYTAUTO DIDŽIOJO UNIVERSITETAS
POLITIKOS MOKSLŲ IR DIPLOMATIJOS INSTITUTAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA

Evelina Starkutė

REABILITACIJOS PASLAUGŲ ADMINISTRAVIMAS LIETUVOJE

Magistro baigiamasis darbas

Valstybės institucijų administravimo magistro studijų programa, valstybinis kodas 62403S204
Viešojo administravimo studijų kryptis

Vadovas (-ė) Doc.dr. I.Tamutienė _____
(Moksl. laipsnis, vardas, pavardė) (Parašas) (Data)

Apginta _____
(Fakulteto/studijų instituto dekanas/direktorius) (Parašas) (Data)

Kaunas, 2008

TURINYS

SĄVOKŲ IR SUTRUMPINIMŲ SĄRAŠAS.....	2
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA.....	4
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	5
ĮVADAS.....	6
1. REABILITACIJOS PASLAUGŲ ANALIZĖS TEORINĖS PRIEIGOS TEORIJA.....	10
1.1 Viešosios politikos analizės teorija.....	10
1.2 Paslaugų teorija.....	12
1.3 Reabilitacijos paslaugų administravimas viešosios politikos ir paslaugų teorijų kontekste.....	17
2. REABILITACIJOS SISTEMA LIETUVOJE.....	28
2.1. Medicininės reabilitacijos sistemos kūrimas Lietuvoje.....	28
2.2 Reabilitacijos lygiai.....	32
2.3 Reabilitacijos finansavimas ir siuntimo tvarka.....	35
3. REABILITACIJOS SISTEMŲ ANALIZĖ LIETUVOJE IR VOKIETIJOJE.....	40
3.1 Medicininės reabilitacijos sistemos vertinimas Lietuvoje.....	40
3.2 Medicininės reabilitacijos sistemos vertinimas ir finansavimas Vokietijoje.....	44
3.3 Lietuvos ir Vokietijos reabilitacijos sistemų palyginimas.....	49
4. REABILITACIJOS PASLAUGŲ ADMINISTRAVIMO PROBLEMA LIETUVOJE.....	53
4.1 Tyrimo metodologinė dalis.....	53
4.2 Tyrimo procedūrinė dalis.....	53
4.3 Tyrimo rezultatai ir jų interpretacija.....	56
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS.....	63
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	65
PRIEDAI.....	70

SAVOKŲ IR SUTRUMPINIMŲ SĄRAŠAS

Reabilitacija – tai kompleksinis medicininių, teisinių, socialinių, pedagoginių ir profesinių priemonių naudojimas, siekiant maksimalaus reabilituojamo asmens fizinio, psichologinio bei socialinio savarankiškumo.¹

Reabilitacijos paslaugos – koordinuotas, kompleksinis medicinos, socialinių, pedagoginių priemonių taikymas, kuomet didesniai reabilituojamo asmens, turinčio biosocialinių funkcijų sutrikimų, funkciniam aktyvumui pasiekti.²

Medicininė reabilitacija – tai kompleksinis medicininės reabilitacijos priemonių (fizioterapijos, kineziterapijos, ergoterapijos, ortopedinių ir kompensacinių priemonių, psichologinės pagalbos, gydymo vaistais, dieta, pacientų ir jų artimųjų mokymo ir kt.) taikymas siekiant kuo daugiau sugrąžinti sutrikusias funkcijas (sveikatos grąžinamasis gydymas), jas kompensuoti (reabilitacija III, reabilitacija II, pakartotinė reabilitacija) ir palaikyti pasiektą funkcinio pajėgumo lygį (palaikomoji reabilitacija).³

Medicininės reabilitacijos paslaugos yra skirtos asmens funkciniai būklei maksimaliai pagerinti, sveikatos būklei stabilizuoti ir fiziniam bei socialiniam savarankiškumui atkurti. Jos gali būti teikiamos kartu su profesinės ir socialinės reabilitacijos paslaugomis.⁴

Palaikomoji reabilitacija – tai medicininės reabilitacijos priemonių (fizioterapijos, kineziterapijos, ergoterapijos, ortopedinių ir kompensacinių priemonių, gydymo dieta, vaistais, psichologinės pagalbos, ligojimo mokymo) ir socialinių priemonių kompleksas, padedantis palaikyti individo anksčiau pasiektą funkcinio pajėgumo lygį. Sunkią negalią turintiems pacientams gali būti skiriama pakartotinė reabilitacija.⁵

Antirecidyvnis (sanatorinis) gydymas – tai lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gydymas, papildomai taikant natūralius bei performuotus gamtinius veiksnius.⁶

¹ Sveikatos enciklopedija, Vilnius, 2003, p.607.

² Gustainienė L, *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*, Kaunas, 2003, p.68.

³ Sveikatos enciklopedija, ten pat, p.607.

⁴ LR neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, 1991, Nr. 36-969, Žin., 2004, Nr. 83-2983, str.8.
http://skelbimas.lt/istatymai/neigaliuju_socialines_integracijos_istatymas.htm

⁵ Ten pat.

⁶ Gustainienė L, ten pat, p.68.

Sveikatą gražinantis gydymas – tai medicinos priemonių kompleksas (fizioterapija, kineziterapija, dietinis gydymas, psichologinė pagalba, ligonio mokymas, gydymas vaistais), padedantis ligoniui kuo greičiau sugrąžinti funkcijas, kurios buvo sutrikusios, ar palaikyti jau sugrąžintąsias.¹

Sanatorinis gydymas – apima antirecidyvinių, sveikatą gražinantį gydymą ir reabilitaciją. Sanatorinio gydymo įstaigose ligoniai gydomi pagal atitinkamą ligų gydymo profilį, sanatoriniam gydymui visada reikalingas gydytojo siuntimas.²

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis, ir gaudamas šias paslaugas turi įstatymų nustatytas teises bei pareigas³.

TLK – Teritorinės ligonių kasos.

VLK – Valstybinė ligonių kasa.

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija.

PSO - Pasaulio sveikatos organizacija.

KMUK – Kauno medicinos universiteto klinikos.

STT – Specialiųjų tyrimų tarnyba.

VTLK – Vilniaus teritorinė ligonių kasa.

¹ Ten pat.

² Ten pat.

³ LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996 10 03, Nr. I-1562, Žin., 1996, Nr. 102-2317, str.2. http://skelbimas.lt/istatymai/pacientu_teisiu_ir_zalos_sveikatai_atlyginimo_istatymas.htm

SANTRAUKA

Reabilitacijos paslaugų administravimas Lietuvoje

Darbo tikslas - išanalizuoti reabilitacijos paslaugų administravimą Lietuvoje. Darbo uždaviniai: remiantis viešosios politikos ir paslaugų teorijomis apibrėžti darbo teorinę prieigą ir pagal ją atlikti reabilitacijos paslaugų analizę; apibūdinti reabilitacijos sistemos kūrimą ir reabilitacijos paslaugų plėtrą Lietuvoje bei išskirti reabilitacijos lygius, finansavimo ir siuntimo tvarkos mechanizmus; palyginti reabilitacijos paslaugų teikimą Lietuvoje bei Vokietijoje; remiantis tyrimo rezultatais ir antriniais šaltiniais, apibendrinti reabilitacijos paslaugų administravimo problematiką.

Siekiant įgyvendinti šiuos uždavinius buvo panaudoti šie darbo metodai: pusiau struktūruotas kokybinis interviu, literatūros ir dokumentų analizė ir Content analizė. Remiantis empiriniu tyrimu buvo aptartos reabilitacijos paslaugas administruojančios institucijos Kaune.

Darbas suskirstytas į šiuos skyrius: įvada, pagrindinę dalį, išvadas ir literatūros sąrašą. Pagrindinė dalis suskirstyta į keturis skyrius. Pirmajame skyriuje pristatomos viešosios politikos analizės ir paslaugų teorijos. Antrajame skyriuje apžvelgiamas reabilitacijos sistemos kūrimas Lietuvoje. Trečiajame skyriuje supažindinama su Lietuvos ir Vokietijos reabilitacijos sistemų palyginimu. Ketvirtajame skyriuje remiantis atlikto tyrimo rezultatais siekiama apibendrinti reabilitacijos paslaugų administravimo problemas Lietuvoje.

Viešosios politikos ir paslaugų teorijų analizė išryškino dabartinio laikotarpio reabilitacijos paslaugų administravimo sunkumus. Pagrindiniai netinkamo reabilitacijos paslaugų administravimo pasireiškimo atvejai: piktnaudžiavimas ir biurokratizmas. Kompleksinė reabilitacijos sistema Lietuvoje buvo kuriama palaipsniui, remiantis užsienio šalių patirtimi bei praktika. Reabilitacijos plėtojimas, etapai, kryptys ir galimybės Lietuvoje bei Vokietijoje iš dalies sutampa, t. y. neišvengta sunkumų kuriant sistemą. Teoriniu ir praktiniu požiūriais nagrinėtos reabilitacijos paslaugų administravimo problemos Lietuvoje sutapo. Interviu analizė atspindi senosios tvarkos trūkumus tokius kaip komplikotas reabilitacijos paslaugų reglamentavimas, nepakankamas finansavimas ir nustatytos kvotos.

SUMMARY

Administration Of Rehabilitation Services In Lithuania

Goal: The analysis of administration of rehabilitation services in Lithuania.
Objectives: description of public policy and services' theories which are based on the administration of rehabilitation services analysis; the description of rehabilitation services system in Lithuania. Presenting the levels of rehabilitation also financing and sending order; the comparison of rehabilitation services in Lithuania and Germany; summarize the problematic situation of rehabilitation services in Lithuania in theoretical and practical way.

There were some methods such as half-structural quantitative interview, analysis of literature and documents and Content analysis used in order to implement these objectives. Paper is divided into such sections as preface, the main body, conclusion and list of literature. The main body is divided into four sections. Introduction of public policy analysis and services theories in the first section. Description of rehabilitation system creation in Lithuania in the second one. Overview of rehabilitation services in Lithuania and Germany in the third one. Problem of administration of rehabilitation services analysis in Lithuania based on empirical analysis in the fourth one.

Creation of rehabilitation system in Lithuania was based on foreign countries' experience. Both Lithuania and Germany had to face some problems in the development of rehabilitation system. Problems are the same in administration of rehabilitation services in theoretical and practical way. Interview analysis reflects that the creation of rehabilitation system and network of institutions providing rehabilitation services is a very big achievement. Despite this there are problems in administration process of rehabilitation services which need to be solved. Such as complicated rehabilitation services regulation, lack of funding, big bureaucracy and corruption.

ĮVADAS

Darbo aktualumas. Gyventojų sveikata - didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominiai veiksniai, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos, prieinama ir tinkama sveikatos priežiūra. Visuomenėje vyrauja lėtinės ligos, gydytojai vis dažniau susiduria su pacientų sveikatos problemomis, t.y. ligų ar traumų pasekmėmis, dėl kurių sutrinka žmogaus biosocialinės funkcijos ir jie tampa neįgalūs. To pasėkoje, pririekia reabilitacijos centrų, kuriuose dirba įvairių specialistų komanda.

Nors Lietuvoje yra nemažas gydymo įstaigų, teikiančių reabilitacijos paslaugas skaičius, tačiau neretai teigiama, jog pacientai dėl sumažėjusio sveikatos sistemos finansavimo nebegali patekti į sanatorijas ar medicininės reabilitacijos įstaigas gydytis bei laiku gauti kokybiškų, prieinamų medicininės reabilitacijos paslaugų. To padarinyje yra būtinas reabilitacijos paslaugų administravimo įvertinimas Lietuvoje, t. y. viešojo administravimo institucijų atsakingų už šių paslaugų planavimą, koordinavimą bei kontrolę įvertinimas. Pastebėtina, jog reabilitacijos paslaugos nepakankamai ištyrinėtos valstybės požiūriu, o prasti reabilitacijos paslaugų įgyvendinimo rezultatai įgalina ieškoti priežasčių medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo procese.

Skirtingais požiūriais besivadovaujantys analitikai žymi, jog yra daug teorijų kurių prisilaikoma nagrinėjant viešosios politikos problemas. Viešosios politikos tyrimais siekiama analizuoti, vertinti politikos procesus bei jų įgyvendinimo padarinius. Darbe integravau ne tik W. N. Dunn teoriją, kurios kontekste analizuojama, kokios problemos iškyla reabilitacijos paslaugų organizavime ir teikime bei ieškoma alternatyvų, kurios padėtų siekti kokybiškesnės, operatyvesnės reabilitacijos paslaugų administravimo tvarkos, bet ir paslaugų teoriją, kurios konceptais apibrėžiamas reabilitacijos paslaugos (aptarnavimo) ir kliento (paciento) santykis praktikoje.

Darbo objektas - reabilitacijos paslaugų administravimas paslaugų teikimo aspektu.

Darbo tikslas - išanalizuoti reabilitacijos paslaugų administravimą Lietuvoje.

Darbo uždaviniai:

1) Remiantis viešosios politikos ir paslaugų teorijomis apibrėžti darbo teorinę prieigą ir pagal ją atlikti reabilitacijos paslaugų analizę.

2) Apibūdinti reabilitacijos sistemos kūrimą ir reabilitacijos paslaugų plėtrą Lietuvoje; išskirti reabilitacijos lygius, finansavimo ir siuntimo tvarkos mechanizmus.

3) Palyginti reabilitacijos paslaugų teikimą Lietuvoje bei Vokietijoje.

4) Remiantis tyrimo rezultatais ir antriniais šaltiniais, apibendrinti reabilitacijos paslaugų administravimo problematiką.

Siekiant įgyvendinti šiuos uždavinius buvo panaudoti šie **darbo metodai**:

Pusiau struktūruotas kokybinis interviu. Tyrimas buvo atliktas 2008-01-22 viešojo administravimo institucijoje Kauno teritorinėje ligonių kasoje su direktoriaus pavaduotoju medicinai R. Andriūnu. 2008-02-12 VŠĮ Kauno 2-ojoje klinikinėje ligoninėje fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje su fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoja J. Raslavičiene. 2008-02-25 VŠĮ Raudondvario ambulatorijoje su gydytoju V. Budginu. Taip pat 2008-03-12 Kauno medicinos universiteto klinikose su fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus gydytoja A. Šidlauskiene. Kokybiniam tyrimui atlikti buvo pasirinktas pusiau struktūruotas interviu metodas. Šis tyrimo metodas buvo pasirinktas, todėl, kad leido ne tik surinkti duomenis, bet ir priartėti prie viešojo administravimo, kontrolės (priežiūros) institucijos (Teritorinė ligonių kasos atsakingos už medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo kontrolę) bei siuntimų reabilitacijai procese sąveikaujančių gydymo įstaigų: VŠĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė, Raudondvario poliklinika. Taigi kokybiniai interviu su reabilitacijos sistemos atstovais padėjo suprasti pačią sistemą, įvardyti joje veikiančius mechanizmus bei tvarką, atrasti silpnąsias grandis. Respondentų pateikti teigiami ir neigiami pavyzdžiai labai pravertė kokybiniam tyrimui.

Literatūros ir dokumentų analizės metodas. Remtasi Dunn W. N. „Viešosios politikos analizė įvadas“, Įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“, „LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas“, „LR sveikatos sistemos įstatymas“, „LR Sveikatos draudimo įstatymas“.

Content analizės metodas. Nagrinėjamai problematikai, t. y. reabilitacijos paslaugų administravimui, pastarasis metodas įgalino įvardyti, apibrėžti ir išanalizuoti reabilitacijos problemas remiantis spauda.

Buvo remtasi tokiais spaudos šaltiniais: tyrimas „Korupcijos pasireiškimas, teikiant suaugusiųjų medicininės reabilitacijos paslaugas, Būdvytienė G, Kodėl pritrūkote siuntimų

reabilitacijai? *Lietuvos sveikata*, Smalskienė G, Reabilitacijos deficitas - nuostoliai sveikatai ir biudžetui, *Kauno diena*, Jasaitienė M, Plyšys į sanatorijas dar susiaurės, *Lietuvos sveikata*, Lietuvos reabilitologų asociacijai – penkiolika metų, *Avevita*, Džedžulskis E, Sanatorija - ne kurortas, *Kauno diena* ir kitais.

Darbo struktūra.

Darbas suskirstytas į šiuos skyrius: įvadą, pagrindinę dalį, išvadas ir literatūros sąrašą. Pagrindinė dalis suskirstyta į keturis skyrius. Pirmajame skyriuje pristatomos viešosios politikos analizės ir paslaugų teorijos, suteikiančios informacijos, kurią būtų galima panaudoti sprendžiant praktines problemas ir įvertinti kliento lūkesčių atitikimą su paslaugų kokybe, aptarnavimu. Taipogi atliekama šių teorijų analizė reabilitacijos paslaugų administravimo kontekste. Antrajame skyriuje apžvelgiamas reabilitacijos sistemos kūrimas Lietuvoje, apimantis daugiaprofilines ligonines, poliklinikas, reabilitacijos ligonines, sanatorių reabilitacijos skyrius bei reabilitaciją namuose. Aptariami reabilitacijos etapai, kryptys ir galimybės pabrėžiant reabilitacijos paslaugų svarbą ir tobulėjimą. Taip pat pristatomas reabilitacijos finansavimo ir siuntimo tvarkos mechanizmas. Trečiajame skyriuje supažindinama su medicininės reabilitacijos sistemų Lietuvoje ir Vokietijoje apžvalga. Aptariama reabilitacija, jos esmė, galimybės ir problemos. Vedama lyginamoji analizė, kuri leidžia patvirtinti, jog veikianti reabilitacijos sistema Lietuvoje nėra tokia prasta, bei išryškinti reabilitacijos sistemų ypatumus, pranašumus ir trūkumus. Ketvirtajame skyriuje remiantis atlikto tyrimo rezultatais siekiama apibendrinti reabilitacijos paslaugų administravimo problemas Lietuvoje.

Tyrimo metu naudoti šaltiniai ir teisinė bazė.

Darbe vadovavausi skirtingų autorių literatūra, kadangi skirtingi literatūros duomenys leido atlikti visapusiškesnę bei išsamesnę darbo analizę. Išdėstytų teiginių ar nuomonių įvertinimas padėjo išryškinti skirtingas įvairių autorių nuomones tuo pačiu klausimu. Norėčiau išskirti sekančias knygas: Gustainienė L „Sveikatos priežiūros politika ir organizacija“¹, W. N. Dunn „Viešosios politikos analizė įvadas“², N. Langvinienė, B.

¹ Gustainienė L, *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*, Kaunas, 2003.

² W. N. Dunn, *Viešosios politikos analizė įvadas*, Vilnius, 2006.

Vengreinė „Paslaugų teorija ir praktika“¹, Kardelis, K „Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai“², „Viešasis administravimas“³.

Analizuojant reabilitacijos paslaugų teisinę bazę buvo naudojamos tokiais teisės aktais kaip LR sveikatos sistemos įstatymas⁴, LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas⁵, įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“⁶. Juridiniai aktai, reglamentuojantys reabilitacijos sistemos veiklą, padėjo nagrinėti reabilitacijos paslaugų organizavimo tvarką, specialiuosius reikalavimus bei įvertinti pastarųjų įgyvendinimą praktikoje.

Straipsniai periodikoje: įvairi spauda suteikė plačios ir naudingos informacijos, kuri leido pasirinktą atvejį analizuoti platesniame kontekste, bei leido atlikti gilesnę analizę iš skirtingų straipsniuose pateiktų pozicijų.

Pusiau struktūruotas kokybinis interviu: respondentų darbo patirtis bei praktika prisidėjo prie nuodugnesnio reabilitacijos sistemos įvertinimo Lietuvoje. Taip pat leido pristatyti skirtingus reabilitacijos sistemos vertinimo aspektus. Bei pasitarnavo kaip pagalbiniė aiškinamoji medžiaga.

¹ N. Langvinienė, B. Vengreinė, Paslaugų teorija ir praktika, Kaunas, 2005

² Kardelis K, *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, Šiauliai, 2005.

³ Viešasis administravimas KTU, 2001.

⁴ LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994 07 19, Nr. I-552, Žin., 1998, Nr. 112-3099, str. 23.
http://www.vvspt.lt/aktai/teises/14_sveikatos_sistemos_istatymas.php

⁵ LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996 10 03, Nr. I-1562, Žin., 1996, Nr. 102-2317.
http://skelbimas.lt/istatymai/neigaliuju_socialines_integracijos_istatymas.htm

⁶ Įsakymas Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo, 2008 01 17, Nr. V-50, Vilnius, http://www.vilniaustlk.lt/failai/isakymas_reabilitacija.doc

1. REABILITACIJOS PASLAUGŲ ANALIZĖS TEORINĖS PRIEIGOS TEORIJA

Šiame skyriuje pristatoma keletas teorijų, viena iš jų W. N. Dunn viešosios politikos analizės teorija, kuri suteikia informacijos, kurią būtų galima panaudoti sprendžiant praktines problemas ir pateikia politikos problemų pobūdžio apžvalgą: aprašomas šių problemų formulavimo procesas. Taip pat pristatoma paslaugų teorija, kuri išryškina kliento (paciento) - paslaugų (aptarnavimas) tarpusavio ryšį ir padeda įvertinti kliento (paciento) poreikius, lūkesčius, paslaugų (aptarnavimo) kokybę. Atliekama viešosios politikos ir paslaugų analizė reabilitacijos paslaugų administravimo kontekste: vertinami reabilitacijos organizavimo aspektai, įvardijamos priežastys, prognozuojami politikos rezultatai, kurie padėtų įgyvendinti ne tik kokybiškesnę, operatyvesnę reabilitacijos paslaugų tvarką, bet ir tuo pačiu išvengti pacientų nepasitenkinimo ir skundų.

1.1 Viešosios politikos analizės teorija

Skirtingais požiūriais besivadovaujantys analitikai žymi, jog yra daug teorijų, kurių prisilaikoma nagrinėjant viešosios politikos problemas. Viena iš teorijų, kuria darbe vadovavausi, W. N. Dunn viešosios politikos analizės teorija, kurios pritaikymas leido išsamiai atlikti reabilitacijos paslaugų administravimo analizę.

Viešoji politikos analizė – tai mokslas apie problemų sprendimą. Ji yra daugiadisciplininio tyrimo procesas, nukreiptas į informacijos, vertingos politikai suprasti ir tobulinti, kūrimą, kritišką jos įvertinimą bei perdavimą¹. Taigi viešosios politikos analizės teorija grindžiama problemų sprendimu. Analizuojami esminiai viešosios politikos proceso ir analizės vietos, politikos fazių ir pagrindinių procedūrų (struktūravimo, prognozavimo, rekomendavimo, monitoringo bei vertinimo klausimai). Svarbiausia procedūra viešosios politikos analizėje, sąveikoje tarp politikos etapų ir procedūrų autorius laiko *politinių problemų struktūrizavimą*, t. y. dirbtinį viešosios politikos problemų skaidymą į komponentus, suvokiant viso viešosios politikos proceso vientisumą.

Politikos analizė nukreipta į praktinių problemų sprendimą. Ji *nurodo*:

- *ištyrimo*;

- *nagrinėjimo arba sprendimų paieškos procesą*².

Problemos pasireiškia kaip sudėtingas politinių, socialinių, ekonominių, administracinių, teisinių, etinių ir kitokių problemų raizginys. *Politikos analizė* iš dalies yra

¹ W. N. Dunn, *Viešosios politikos analizė įvadas*, Vilnius, 2006, p. 18.

² W. N. Dunn, ten pat, p. 18.

deskriptyvi, nes remiasi socialiniais ir elgsenos mokslais, kad sukurtų ir pagrįstų teiginius apie politikos priežastis ir pasekmes. Tačiau ji taip pat yra *normatyvi*. Kad įvertintų ir pagrįstų teiginius apie laukiamą politikos naudą ir moralinę vertę, ji remiasi etika ir kitomis socialinės bei politinės filosofijos kryptimis, taip pat ir normatyvine ekonomika bei sprendimų analize.

Politikos analizės procesas dažniausiai prasideda nuo įeigos, *problemos egzistavimo*, t. y., kai analitikai, suinteresuotieji pajaučia probleminės situacijos požymius. Politinė problema yra probleminės situacijos elementas¹. Kaip buvo pastebėta, reabilitacijos paslaugų administravimas yra problemiškas Lietuvoje. Norint išanalizuoti konkrečią problemą, šiuo atveju reabilitacijos paslaugų administravimą, pastarąjį reikia nagrinėti atitinkamais etapais, kurie tarpusavyje yra susiję. Ši analizė leidžia atlikti problemos *formulavimą, monitoringą, prognozavimą, vertinimą ir rekomendavimą*². Šios įvardytos procedūros yra tarsi formulė, kurios turi būti prisilaikoma, sprendžiant atitinkamą problemą.

Kaip jau buvo minėta, atliekant politikos analizę reikalingi informacijos politikos komponentai. Šie komponentai atspindi informaciją apie:

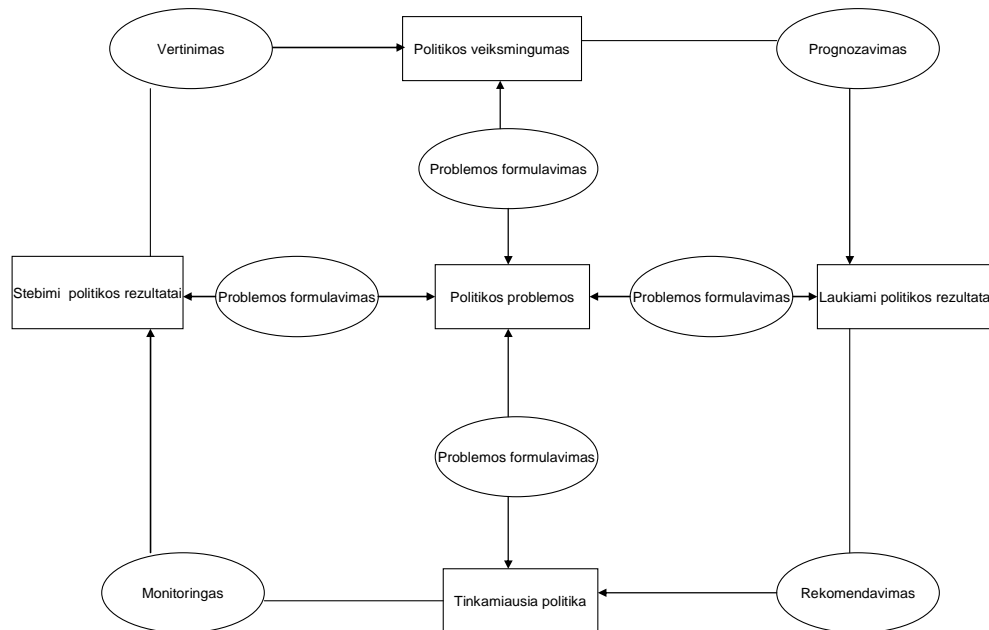
- *politikos problemas;*
- *politikos veiksmingumą;*
- *laukiamus politikos rezultatus;*
- *tinkamiausią politiką;*
- *stebimus politikos rezultatus.*

Šie išvardyti penki informacijos tipai pavaizduoti sekančioje schemeje.

¹ Viešasis administravimas“,KTU,2001,p.26.

² W. N. Dunn, ten pat, p.22.

Integruotos politikos analizės procesas



Šaltinis: W. N. Dunn, *Viešosios politikos analizė įvadas*, Vilnius, 2006.

- *Politikos problema* - tai neįgyvendinta vertybė arba galimybė pagerėti, kuri, kad ir kai apibrėžtume, gali būti įgyvendinta viešais veiksmais. Norint sužinoti, kokia problema turi būti sprendžiama, reikia turėti informacijos apie išankstines problemas sąlygas, taipogi informacijos apie vertybes, kurių įgyvendinimas gali sąlygoti problemas išsprendimą. Informacija apie politikos problemas vaidina lemiamą vaidmenį politikos analizėje, nes nuo problemos apibrėžimo priklauso tinkamų sprendimų ieškojimas¹.

- *Laukiamas politikos rezultatas* yra tikėtinos politikos, sukurtos problemai spręsti, pasekmės. Informacija apie sąlygas, lėmusios tokios problemos iškilimą, yra būtina norint teikti informaciją apie laukiamus politikos rezultatus. Tačiau tokios informacijos dažnai nepakanka, nes praeitis visiškai neatsikartoja, o vertybės, kurios formuoja būsimą elgesį, bėgant laikui kinta. Dėl šios priežasties analitikai turėtų atsargiai žvelgti į laukiamus politikos rezultatus, kurių nesąlygoja esama padėtis².

- *Tinkamiausia politika* yra galimas problemos sprendimo būdas. Norint pasirinkti tinkamiausią politiką, būtina turėti informacijos apie laukiamus politikos rezultatus.

¹ W. N. Dunn, ten pat, p. 20.

² Ten pat.

Informaciją apie tai, kokią politiką pasirinkti, taip pat priklauso nuo laukiamų rezultatų vertės ir naudos įvertinimų.

- *Stebimi politikos rezultatai* yra buvusios ar dabartinės tinkamiausios politikos įgyvendinimo pasekmės.

- *Politikos veiksmingumas* – nurodo, iki kokio laipsnio stebimi politikos rezultatai prisideda prie vertybių, uždavinių ir tikslų įgyvendinimo. Praktinėje veikloje politikos problemos retai kada yra „išsprendžiamos“ – dažniausiai jos išsklaidomos, performuluojamos ar net „neišsprendžiamos“. Norėdami sužinoti, ar problema buvo išspręsta, išsklaidyta ar neišspręsta, reikia ne tik informacijos apie stebimus politikos rezultatus; būtina sužinoti, ar šie rezultatai prisideda prie vertybių, uždavinių ar tikslų, kurie pradžioje sąlygojo problemos atsiradimą, įgyvendinimo. Informacija apie politikos veiksmingumą sudaro laukiamų politikos rezultatų numatymo pagrindą¹.

Šie penki rūšių politikai reikalingos informacijos tipai yra tarpusavyje susiję. Rodyklės, jungiančios kiekvieną komponentų porą, atspindi vieno tipo informacijos virsmą kitu, taigi informacijos kūrimas bet kuriuo momentu priklauso nuo anksčiau sukurtos informacijos. Šiuo atžvilgiu informacija apie politikos problemas yra išskirtinė, nes veikia ir yra veikiamą kitų likusių informacinių komponentų.

1.2 Paslaugų teorija

Teorinio paslaugos modelio pritaikymas parodo, paslaugos teikimo proceso ir jame sąveikaujančių dalyvių svarbą. Abipusis ryšys sąlygoja institucijos teikiančios tam tikras paslaugas atsakomybę prieš šios paslaugos vartotoją. Taigi ryšiai paslaugų teikimo procese itin svarbūs. Šis paslaugų modelis leido įvardyti, kokios problemos kyla reabilitacijos paslaugų finansavime, organizavime ir teikime.

Visų pirma norint pritaikyti paslaugų modelį reabilitacijos paslaugų teikimui reikėtų apibrėžti *paslaugos sąvoką*. Būtina pažymėti, jog paslaugų vadybos koncepcijose paslaugos sampratai gali būti suteikta nevienoda prasmė. Dėl paslaugų veiklos įvairovės iki šiol nėra nusistovėjusio paslaugų apibrėžimo. Dalis paslaugų specialistų šią problemą ignoruoja – laiko ją neesmine – ir tiria konkrečias paslaugų problemas. Kiti formuluoja apibrėžimą priklausomai nuo tikslo, akcentuodami vieną ar kitą paslaugos aspektą.

Apibendrinant galima pasiūlyti daugiapakopį paslaugų apibrėžimą.

- paslauga – tai veikla, tenkinanti vartotojo poreikius;

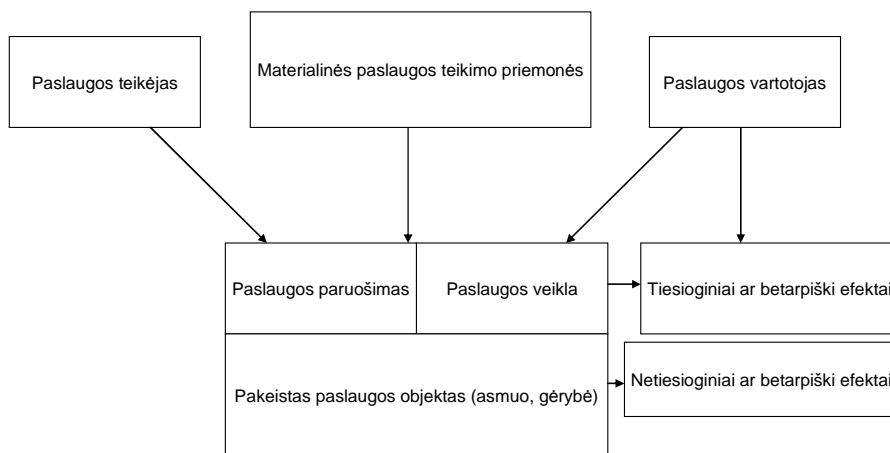
¹ W.N Dunn, ten pat, p. 21.

- paslauga – tai veikla, kurios rezultatai neturi apčiuopiamo materialaus rezultato. Klientas, aprašydamas paslaugą, paprastai remiasi tokiomis sąvokomis kaip savijauta patirtis, įspūdis, saugumas, patikimumas.

- paslauga – tai veikla, kurios procese sąveikauja jos tiekėjas ir vartotojas. Santykiei užsimezga, kai klientas nusako savo problemą, pageidavimus ir tęsiasi iki paslaugos gavimo. Kartais paslaugos kontrolės terminai apima tam tikrą garantinį laiką, per kurį klientas gali pareikšti pretenzijas dėl paslaugos kokybės. Gali atsitikti taip, kad paslauga vartotojas ir nebus labai patenkintas, bet įvertins aptarnaujančio personalo geranoriškumą, dėmesį, paslaugumą, mandagumą.

- *paslauga* – naudinga veikla už kurią mokami pinigai¹. Iš to seka, jog paslauga išreiškia darbą, kuris ir kuria paslaugas, ir kuris vadinamas paslauga arba paslaugų veikla. Šiuo atveju, medikai sudaro paslaugų veiklos darbuotojų grupę, kuriai už darbą mokami pinigai. Paslaugos teikimo procese būtinai dalyvauja ir paslaugos teikėjas (gydymo įstaigos, tam tikros institucijos, atsakingos už konkrečios paslaugos organizavimą) ir vartotojas (pacientas). Iš tiesų paslaugos atveju būtent veikla tampa paciento poreikių tenkinimo priemone². Suvokti paslaugos procesą padeda sekanti schema.

Paslaugos procesas



Šaltinis: N. Langvinienė, B. Vengrienė, *Paslaugų teorija ir praktika*, Kaunas

¹ N. Langvinienė, B. Vengrienė, *Paslaugų teorija ir praktika*, Kaunas, 2005, p.30.

² Ten pat.

Iš jo matyti šio proceso komponentai: veikiantys subjektai, jų sąveika, šios sąveikos fazės ir rezultatas, pagaliau paslaugos efektai. Kiekvienas komponentas, būdamas neatskiriamas nuo paties proceso, vis dėlto išlieka tam tikru mastu savitas. Visi kartu jie sudaro paslaugą. Atskleidžiant paslaugos esmę būtina suvokti, jog tai yra tokia veikla, kurią atlikti gali tik kitas asmuo, o ne paslaugos vartotojas. Sau pačiam paslaugos neatliekamos¹.

Paslaugų teikimo procesas:

1) Paslaugos teikėjas (teikėjo veikla) – reabilitacijos gydymui siuntimas gaunamas dvejopai: per bendrosios praktikos gydytoją; per teritorinę ligonių kasas, t. y. jų sutartis su reabilitacijos gydymo paslaugas teikiančiomis įstaigomis. Sutartys sudaromos vadovaujantis „LR Sveikatos draudimo įstatymu“ ir Sveikatos apsaugos ministro įsakymais. Taigi pati reabilitacijos gydymo siuntimo tvarka yra reglamentuota, o tam tikros institucijos yra atsakingos už šių paslaugų suteikimą.

2) Materialinės paslaugos teikimo priemonės (paslaugos paruošimas, paslaugos veikla, pakeistas paslaugos objektas, asmuo, gėrybė).

3) Paslaugos vartotojas (vartotojo veikla) – pacientai vertina paslaugų kokybę². Dažniausios gyventojų pastabos ir pageidavimai – jų aptarnavimo procedūros tobulinamas. Dabartinė tvarka gauti siuntimą reabilitacijai *nėra palanki pacientams*. Iš vienos pusės, pacientų priekaištai šeimos gydytojams, kurie dažniausiai pagrįsti, kai pacientai negauna siuntimo, kas jiems priklauso, o iš kitos – nustatytos kvotos, kurios riboja šeimos gydytojų išduotų siuntimų skaičių, o pastarąjį viršijus galimos finansinės sankcijos. Kaip jau buvo minėta vartotojas (pacientas) – pagrindinis paslaugų kokybės vertintojas.

Kokybė – tai, kas padeda suprasti vartotojo įgeidžius ir padeda daryti viską, kad jie būtų įgyvendinti³. Galima išskirti ir paslaugos produkto kokybę – *kaip paslauga suteikta*. Vartotojo nuomonę apie kokybę suformuoja paslaugos suteikimo būdas, teikėjo elgsena ir kitos aplinkybės, kurių dėka paslauga pasiekia savo tikslą. Vartotojas yra veikiamas to, kaip jis gauna paslaugą, kaip ir kokį supratimą jis įgyja apie paslaugos gamybos ir vartojimo procesą. Vertinant kokybę, kaip jau minėta, didelę reikšmę turi įvaizdis, tiek išankstinis, tiek ir susidarytas vartotojui kontaktuojant su paslaugų įstaiga⁴. Lietuvoje pastebimas piliečių *neapsitenkinimas medicinos įstaigų aptarnavimo tvarka*. Tai pažymi teritorinė ligonių kasos, kurios sulaukia žmonių skundų, esą jie galėtų už teikiamas sanatorijų paslaugas susimokėti patys, bet gydytojai į sanatorijas jų nesiunčia⁵.

¹N. Langvinienė, B. Vengreinė, ten pat, p.25.

²Ten pat, p.27.

³Ten pat, p.75.

⁴N. Langvinienė, B. Vengreinė, ten pat, p.77.

⁵Ten pat.

Lietuvoje tarsi išskiriami *komerciniai ir paprasti pacientai*. Pastarieji užsisako kelialapius į sanatorijas iš anksto, ko pasėkoje susidaro pacientų eilės ir nevisi pretenduojantys patenka į sanatorijas, nes medicinos įstaigos užsakytų kelialapių negali atmesti. Tokia reabilitacijos paslaugų organizavimo tvarka, ypatumai skatina pacientų nepasitenkinimą.

Taipogi pacientams ilgai tenka laukti *eilės pas ligoninės specialistus*, to pasėkoje susidaro tokios ilgos eilės. Yra didelė dalis pacientų, kuriems reikia sveikata pasitikrinti ne iškart, o po trijų ar šešių mėnesių, kartą per metus. Norėdami užsitikrinti šią galimybę jie užsiregistruoja iš anksto. Tokia registracija gana greitai užpildo eilę, tad naujai atsiradusiam pacientui tenka išgirsti apie tolimą konsultacijos laiką. Jeigu seniai užsiregistravęs pacientas neateina, naujas pacientas gali pakliūti netgi tą pačią dieną. Jei ilgesnė negu trys mėnesiai registracija būtų negalima, naujus siuntimus gavusieji į planinių ligonių eilę įsiterptų greičiau. Planiniai ligoniai labiausiai ir reikalauja, kad būtų leidžiama registruotis toli į priekį¹. Tokia tvarka.

Nors yra galimybė pasirinkti konsultantą kitame mieste (siuntimas gautas iš šeimos gydytojo, galioja visoje Lietuvoje), nepaisant to, eilių situacija yra panaši – pas vienus specialistus ilgiau, pas kitus trumpiau tenka laukti, priklauso nuo to, kiek jų dirba. Yra daug *nepagrįstų siuntimų*, kai šeimos gydytojai be rimtos priežasties žinodami diagnozę siunčia savo pacientus pas specialistus. Tačiau manoma, kad šeimos gydytojai bijo užleisti ligas, be to, patys negali atlikti sudėtingų tyrimų². Akivaizdu, jog Lietuvoje nėra racionalios pacientų atrankos.

Taipogi paslaugų teikimo procese ir valdyme svarbūs sekantys veiksniai: *paslaugų organizavimas* (planavimas, užduočių sudarymas, koordinavimas); *paslaugų reguliavimas* (įstatymai bei poįstatyminiai teisės aktai, jų taikymo praktika), *paslaugų organizavimo modeliai* ir *paslaugų teikimo procesas*. Šiame procese sąveikauja paslaugų teorijos ir praktikos modelis. Taigi teoriškai. t. y. įstatymu nustatoma reabilitacinių paslaugų teikimo tvarka, o praktiškai pažymimas vartojimo būdas.

Nepaisant to, kad kiekvienas pacientas yra unikalus, egzistuoja bendri lūkesčiai, apimantys bendravimą, informavimą, reagavimą, problemų sprendimą bei savalaikį, patikimą, deramą aptarnavimą

¹ vtv.lt, Kodėl medikai nebesiunčia žmonių į sanatorijas?
2006-05-23, <http://www.vtv.lt/content/view/21277/228/>

² KTLK, Pacientas turi teisę gauti medicininės reabilitacijos paslaugas, 2007-03-21,
<http://www.ktlk.lt/naujienos/,113>

1.3 Reabilitacijos paslaugų administravimas viešosios politikos ir paslaugų teorijų kontekste

Viešosios politikos ir paslaugų teorijų kontekstas įgalina identifikuoti esančias problemas reabilitacijos sistemoje bei analizuoti reabilitacijos paslaugų teikimo specifiką.

Šios *analizės kontekste* yra išryškunami ir vertinami reabilitacijos paslaugų organizavimo, koordinavimo ir įgyvendinimo veiksniai bei pateikiamos rekomendacijos, siekiant optimizuoti reabilitacijos paslaugų administravimo rezultatus.

1. Problemos įvardijimas.

Visų pirma pravartu paminėti, jog Lietuvoje keitėsi ne tik sanatorinio – kurortinio gydymo bei apmokėjimo už tą gydymą aplinkybės, bet ir pats gydymo principas - nuo sanatorinio poilsio buvo pereita į medicininę reabilitaciją. Tačiau tiek *reabilitacijai* tiek *sanatoriniam* gydymui visada reikalingas *gydytojo siuntimas*¹. Lietuvos gyventojams, norintiems patekti į reabilitacinius centrus, tenka susidurti su tam tikromis problemomis, kadangi pasinaudoti reabilitacijos paslaugomis gali ne kiekvienas. Natūralu, jog iškyla klausimas, *kodėl pritrūkstama siuntimų reabilitacijai*. Pagal galiojusį sveikatos apsaugos ministro Nr. V- 444 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo įsakymą“ reabilitacijai indikacijos yra labai siauros ir konkrečios, tuo pažymima, jog negalima vieno paciento po infarkto ar širdies operacijos siųsti reabilitacijai, o kito – nesiųsti², tačiau atsiranda tam tikri apribojimai dėl siuntimų, dėl kurių yra įvairių motyvų. Vis dažniau susiduriama su reabilitacijos paslaugų administravimo spragomis, t. y. biurokratizmu ir piktnaudžiavimu. Korupcijai palankios sąlygos susiklosto siuntimus išduodančiose įstaigose, kurių atstovai atlieka pacientų atranką. Turėdamas pareigą atrinkti pacientus stacionarinei reabilitacijai, siunčiančios įstaigos atstovas - reabilitologas ar tam numatytas asmuo – iš karto tampa įtakos darymo objektu, kuriam gali būti daromas spaudimas priimti pacientui palankų sprendimą. Pasak teisės instituto ekspertų, kurie atliko tyrimą "Korupcijos pasireiškimas teikiant suaugusiųjų reabilitacijos paslaugas“ šis spaudimas gali pasireikšti skundų forma bei neteisėto atlygio siūlymu³. Dar daugiau, Specialiųjų tyrimų tarnybos (STT) atlikto tyrimo „Korupcijos pasireiškimas teikiant suaugusiųjų medicininės

¹Džedžulskis E, Sanatorija - ne kurortas, *Kauno diena*, 2001-06-06, <http://www.ktlk.lt/publikacijos/.20>

² Kodėl pritrūkote siuntimų reabilitacijai?, *Lietuvos sveikata*, 2004 09 23, http://sena.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/sam_20040924.htm#81507

³ Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra, Kelią korupcijai atveria neapibrėžta reabilitacijos skyrimo suaugusiesiems tvarka, teigia teisininkai, 2007-12-21, <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=aktualijos&subid=naujienos&naujid=1397>

reabilitacijos paslaugas“ duomenimis *korupcijos pasireiškimo galimybės numatomos: medicininės reabilitacijos finansavimo srityje, siunčiančioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje bei asmens sveikatos priežiūros įstaigoje teikiančioje medicininės reabilitacijos paslaugas*¹. Taigi tokia skaidrumo stokojanti reabilitacijos paslaugų administravimo tvarka lemia pacientų skeptiškumą, kurie negauna siuntimų. Neaiškiai apibrėžta reabilitacijos skyrimo suaugusiesiems tvarka įgalina korupcijos pasireiškimą, biurokratizmo augimą, ko pasekoje neefektyviai veikia reabilitacijos paslaugų administravimas. Šios problemos aprašymas leidžia teigti, jog problema iš tiesų yra opi.

2. Geografinis apibrėžimas.

Kiekviena valstybė susiduria su tam tikromis problemomis administruojant reabilitacijos paslaugas. Tačiau kiekvienos šalies sveikatos apsaugos sistemoje jos yra savitos. Ne išimtis ir Lietuva, kurioje pasireiškia tiek *organizaciniai* tiek *finansiniai* reabilitacijos paslaugų administravimo trūkumai. Visų pirma derėtų paminėti, jog reabilitacijos sistemos sukūrimas Lietuvoje yra jau savaimė pozityvus dalykas. Reabilitologų komanda, medicinos įstaigų tinklas, kompleksinių reabilitacijos paslaugų plėtra žymi, jog reabilitacija populiarėja ir siekiama, jog ji Lietuvoje išsikovotų jai deramą vietą. Tačiau labai svarbu pasiekti ir užtikrinti, jog reabilitacijos paslaugų administravimo procesas tinkamai funkcionuotų. Sunkumai reabilitacijos paslaugų administravime Lietuvoje sąlygoti ekonominių sąlygų, sveikatos apsaugos sistemos, socialinio draudimo, nacionalinių ir vietos tradicijų. Lietuvoje nėra nusistovėjusios gilos praktikos su reguliavimu, nes reguliavimas – teisinės tradicijos dalis.

3. Dalyvių nustatymas.

Viešąją politiką rengia ir vykdo valdžios institucijos bei asmenys, dirbantys šiose institucijose (ne valdžios struktūros irgi veikia viešosios politikos procesus) ir atsakingi už tam tikrą veiklą². Reabilitacijos paslaugų administravimo tvarkoje sąveikauja sekančios medicinos įstaigos ir institucijos: *Sveikatos apsaugos ministerija* (SAM), kuri nustato pacientų atrankos ir siuntimo į medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo sveikatos priežiūros įstaigas sąlygas ir tvarką³. *Valstybinė ligonių kasa, teritorinė ligonių kasos*, kurios atsako už tai, kad gyventojams būtų teikiamos medicinos paslaugos bei būtų įgyvendinama Seimo, Vyriausybės ir Sveikatos apsaugos ministerijos politika, *poliklinikos, ligoninės*,

¹ Tyrimas, Korupcijos pasireiškimas, teikiant suaugusiųjų medicininės reabilitacijos paslaugas, Vilnius, 2007, http://www.stt.lt/lt/files/tyrimai/2007_suaugusiųjų_reabilitacija.pdf

² „Viešasis administravimas“, KTU, 2001, p.19.

³ LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994 07 19, Nr.I-552, Žin., 1998, Nr.112-3099, str.23. http://www.vvspt.lt/aktai/teises/14_sveikatos_sistemos_istatymas.php

privalomojo sveikatos draudimo taryba, kuri teikia siūlymus Sveikatos apsaugos ministerijai dėl bazinės medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo kainos¹ bei šių paslaugų vartotojai – *pacientai*.

Suaugusiųjų reabilitacijos paslaugų skyrimo ir atlikimo *kontrolę* atlieka sekančios institucijos:

- Sveikatos apsaugos ministerija (bendroji kontrolė);
- Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (privalo tikrinti, ar įstaigos medicininės reabilitacijos veikla užsiima laikydamosi SAM nustatytos tvarkos;
- Valstybinė ir teritorinė ligonių kasos (kontroliuoja medicininės reabilitacijos paslaugų teikimą).² Teritorinė ligonių kasos kartą per ketvirtį Valstybinei ligonių kasai teikia atliktų kontrolės procedūrų ataskaitą, kurioje nurodoma: medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo siuntimų išdavimo pagrįstumo kontrolės procedūrų skaičius; medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, prieinamumo ir tinkamumo, kiekio, apskaitos, medicinos dokumentų pildymo kokybės bei norminių dokumentų laikymosi kontrolės procedūrų skaičius ir kita³. Teisės instituto specialistai pažymėjo, jog suaugusiųjų reabilitacijos sistemoje veikia efektyvi kontrolės sistema, užtikrinanti, jog stacionariniam reabilitaciniam gydymui būtų atrinkti tik tam tinkami pacientai ir jie gautų visą jiems priklausančių paslaugų paketą⁴.

Taigi Valstybinė ir teritorinė ligonių kasos atlieka medicinos įstaigų veiklos kontrolę pagal „LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą“. Reabilitacijos paslaugų administravimo tvarka yra reglamentuota. Pastebėtina, jog reguliavimas svarbus. Įstatymai apibrėžia eilę kriterijų, pagal kuriuos yra skiriamos reabilitacijos paslaugos. Remiamasi griežtu reguliavimu, t.y. iš viršaus. Daug teisės aktų, kuriais vadovaujasi atitinkamos institucijos, kurios atsakingos už reabilitacijos paslaugų koordinavimą, vykdymą bei kontrolę.

4. Problemos struktūrizavimas.

¹ LR SAM, Dėl privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatų patvirtinimo, 2003, Nr. V-230, Vilnius, http://66.102.9.104/search?q=cache:hKcfyH7enIEJ:www.vlk.lt/vlk/print/%3Fpage%3Dtaryb_nuost+%22gydytoj%C5%B3+profesin%C4%97s+s%C4%85jungos%22&hl=lt&ct=clnk&cd=1&gl=lt

² Tyrimas, Korupcijos pasireiškimas, teikiant suaugusiųjų medicininės reabilitacijos paslaugas, Vilnius, 2007, http://www.stt.lt/lt/files/tyrimai/2007_suaugusiųjų_reabilitacija.pdf

³ Ten pat.

⁴ Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra, Kelia korupcijai atveria neapibrėžta reabilitacijos skyrimo suaugusiesiems tvarka, teigia teisininkai, 2007-12-21, <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=aktualijos&subid=naujienos&naujid=1397>

Problemos susijusios su reabilitacijos paslaugų administravimu esti sveikatos apsaugos sistemoje. Visų pirma *teisinė bazė*, kuri žymi dažną įstatymų ir ministrų kaitą, įstatymuose nėra aiškiai apibrėžtų kriterijų, pagal kuriuos siunčiančios įstaigos atstovai turėtų atrinkti vienodo lygio pacientus stacionarinei reabilitacijai¹. Taipogi problemos dėl reabilitacijos paslaugų gavimo susijusios ne tik su ligoninėms, siunčiančioms pacientus į sanatorijas, įvestomis kvotomis, bet ir su *sveikatos apsaugos sistemoje vykstančiais pokyčiais*, kurie neretai būna nepalankūs pacientams. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) gydymo organizavimo“ vis papildomas įvairiais punktais siekiant atsižvelgti į ligonių poreikius, kurie didėja, nes atliekama gausybė sudėtingų operacijų, po kurių būtina reabilitacija². Tam, jog Lietuvos sveikatos apsaugos srityje nesukurta normaliai funkcionuojanti sistema, įtakos turi ne tik menkas finansavimas, bet ir per dažna ministrų kaita. Finansinių sankcijų, kurias gali viršijusioms kvotas gydymo įstaigoms taikyti Valstybinė ligonių kasa, pastarosios vengia kurdamos dirbtines kliūtis³. Antra, *šlubuojanti priežiūros ir kontrolės praktika*, trečia *neskaidrūs medicinos įstaigų personalo veiksmai*, sudarantys terpę korupcijai⁴. Nors gydytojai priešinasi, jog įtariamai be pagrindo siunčiantys pacientus reabilitacijai ar sanatoriniam gydymui. Visų pirma dėl to, jog jie neturi jokių galimybių išsiųsti gydytis sveiką žmogų, antra siuntimą reikia pagrįsti atitinkamais tyrimais ir diagnozėmis, be to, vadovaujamosi ligų ir būklių, kurioms esant galima ligonį siųsti reabilitacijai ar sanatoriniam gydymui, sąrašu, trečia iš sunkių ligonių atrenkami patys sunkiausi⁵. Tačiau tai neatmeta galimybės, jog kartais siuntimą gydytojai išduoda lengvesniu nei derėtų būdu, nes gydymo įstaigos finansiškai nėra atsakingos už tai, kad reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui išekvojama daugiau lėšų nei numatyta. *Korupcijos apraiškos* aptinkamos ir medicininės reabilitacijos *finansavimo srityje*, kadangi asmens sveikatos įstaigų interesas yra gauti daugiau kvotų. Taip pat *korupcija* gali pasireikšti *sutarčių sudarymo* institute⁶. *Korupcijos* pasireiškimo galimybės aptinkamos ir *siunčiančioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje*, kuomet atsisakoma skirti medicininę reabilitaciją, tai žymi (vienodi ligoniai, nepagrįstumas, pasinaudojimas paciento nežinojimu

¹ Ten pat.

² vtv.lt, Kodėl medikai nebesiunčia žmonių į sanatorijas?
2006-05-23, <http://www.vtv.lt/content/view/21277/228/>

³ Būdvytienė G, Reabilitacijos deficitas - nuostoliai sveikatai ir biudžetui, *Kauno diena*, 2004-09-29,
http://sena.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/sam_20040929.htm#83865

⁴ Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas, Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimas integruojantis į ES, 2000, <http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0041172.pdf>

⁵ Smalskienė I, Plyšys į sanatorijas dar susiaurės, *Lietuvos sveikata*, 2005-12-23,
http://www.info.lt/index.php?page=naujienos&view=naujiena_arch&id=61542

⁶ Tyrimas, ten pat.

apie realų turimų ir išnaudotų kvotų skaičių, kontraindikacijos) taipogi diagnozavimas, *diskrecija* parenkant medicininės reabilitacijos pakopą¹. *Korupcijos* pasireiškimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje *teikiančioje medicininės reabilitacijos paslaugas*, t. y. realios (faktinės) paciento būklės ir indikacijų kontrolės stoka, informacijos apie laisvas vietas stoka². Bendrosios praktikos gydytojai, kuriems pagal kompetenciją priskirta sudaryti antirecidyvinių, sveikatos grąžinamojo ar reabilitacinio gydymo planą, sudaro jį ne visais atvejais. Neretai sveikatos grąžinamajam gydymui siunčiama tą pačią dieną, kai pacientas kreipiasi į gydytoją, neatlikus jam tyrimų, neįvertinus gydymo rezultatų ar nenustačius, ar tikrai šiam pacientui toliau gydymą tęsti reabilitacijos įstaigoje. *Nesilaikoma reikalavimų, nepagrįstai atliekama paciento būklės diagnozė*. Tai parodo, jog reabilitacijos siuntimų tvarka stokoja skaidrumo, o tai sąlygoja prastą reabilitacijos paslaugų prieinamumą, ko pasėkoje kenčia šių paslaugų vartotojai – pacientai. Taigi struktūrizavimas (apibūdinimas) parodo reabilitacijos paslaugų administravimo problemų egzistavimo sąlygas.

5. Priežasčių apibrėžimas.

Priežastys leidžia plačiau suvokti esamą probleminę reabilitacijos paslaugų administravimo situaciją.

- Pacientų nepasitenkinimas medicinos įstaigų aptarnavimu;
- Akivaizdžios teisinės bazės spragos (netobulai parengti įstatymai, ministrų kaita), kurios apsunkina siuntimo tvarką³;
- Įstatymuose nėra aiškiai apibrėžtų kriterijų, pagal kuriuos siunčiančios įstaigos atstovai turėtų vykdyti atranką stacionarinei reabilitacijai tarp vienodo lygio pacientų⁴;
- Priežiūros ir kontrolės mechanizmų silpnumas;
- Netolygus finansinių išteklių pasiskirstymas. Siuntimai teikiami pagal teritorijos dydį;
- Suderinamumo tarp planavimo ir realių poreikių. Praktiškai taip atrodo, jog trūksta lėšų skirstant siuntimus;
- Nėra operatyvios ir racionalios finansų valdymo sistemos;
- Nėra racionalios pacientų atrankos, to pasėkoje eilės;
- Skirtos lėšos tampa nebekontroliuojamos;
- Per maža gydymo įstaigų konkurencija;
- Paskatų kokybei ir efektyvumui didinti stoka;

¹ Ten pat.

² Ten pat.

³ VLK, Dėl palaikomosios reabilitacijos, http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=5&date=2006-05-29&item_id=1484

⁴ Tyrimas, Korupcijos pasireiškimas, teikiant suaugusiųjų medicininės reabilitacijos paslaugas, Vilnius, 2007, http://www.stt.lt/lt/files/tyrimai/2007_suaugusiųjų_reabilitacija.pdf

- Prieinamumo ir savalaikiškumo problema;
- Lygiateisiškumo stoka;
- Operatyvumo, veiksmingumo ir informuotumo trūkumas;
- Sveikatos priežiūros įstaigos ir gydytojo pasirinkimo sunkumai;
- Skirtingų socialinių grupių, kaimo ir miesto žmonių sveikatos priežiūros skirtumai;
- Skundai ir ieškiniai;
- Nepakankamas tarpinstitucinis bendradarbiavimas;
- Pacientų ir specialistų nepasitenkinimas esama padėtimi;
- Egzistuojančios kvotos riboja ligonių galimybes greičiau pasveikti. Juk kuo anksčiau ligoniui bus suteiktos reabilitacijos paslaugos, tuo daugiau tikimybės, kad jam neprireiks gydytis ligoninėje;

- Ribotos lėšos, skiriamos suaugusiųjų reabilitacijai, ir didelis šių paslaugų poreikis sukuria deficito situaciją, kai neišvengiamai turi būti atliekama atranka tarp vienodo lygio pacientų, turinčių teisę į reabilitacinį gydymą;¹

- Subjektyvumas skiriant reabilitacinį gydymą. Gydytojams tenka patiems spręsti, kurią ligonį atrinkti reabilitacijai. Tai yra sunku padaryti, kadangi panašios sveikatos būklės pacientų yra nemažas skaičius.

- Pacientai gerai žino savo teises į reabilitacinį gydymą, tačiau visiškai nėra informuoti apie papildomas sąlygas, lemiančias stacionarinės reabilitacijos skyrimą. Negalėjimas išvykti į stacionarinę reabilitaciją pacientui gali sudaryti klaidingą įspūdį, jog gydytojas sąmoningai neskiria šio gydymo ir reikalauja neteisėto atlygio už pacientui palankų sprendimą².

Išskirtos priežastys parodo, jog dabartinę reabilitacijos paslaugų administravimo tvarką būtina tobulinti. Priežastys įvairiapusės: teisinės bazės spragos, informacijos pacientams sklaida nepakankamai išplėtota, racionalaus lėšų administravimo ir kontrolės trūkumas. Medicinos įstaigos negali užtikrinti reabilitacijos paslaugų poreikio dėl didelio pacientų skaičiaus, gydymo įstaigai išnaudojus reabilitacijai skirtas lėšas. Dideli pacientų srautai sąlygoja, jog būtina koreguoti siunčiamų pacientų reabilitacijai atrankos tvarką.

6. Esamos politikos įvertinimas.

Reabilitacijos paslaugoms esamoje sveikatos apsaugos sistemoje teikiamas nepakankamas dėmesys. Lietuvoje pacientų požiūris į reabilitacijos paslaugas gana skeptiškas: abejotina siuntimų gavimo tvarka, ribotas šių paslaugų prieinamumas. Pačią reabilitacijos paslaugų sistemą kritikuoja ir medicinos atstovai. Pagrindinius šios sistemos

¹ Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra, Kelių korupcijai atveria neapibrėžta reabilitacijos skyrimo suaugusiesiems tvarka, teigia teisininkai, 2007-12-21,
<http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=aktualijos&subid=naujienos&naujid=1397>

² Ten pat.

trūkumus įvardija: neproporcingą ir netolygų finansinių išteklių pasiskirstymą. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos, skirtos apmokėti už suteiktas paslaugas, nepadengia sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų. Turimų finansinių išteklių apimtys nesudaro galimybių tenkinti augančių pacientų poreikių reabilitacijos paslaugoms ir jų kokybei¹. Susiklosto tokia pirminėje sveikatos priežiūros grandyje situacija, kuomet gydytojai-pediatrai, šeimos gydytojai paprasčiausiai neinformuoja pacientų, kad jiems pagal ligos pobūdį priklauso reabilitacija ar sanatorinis gydymas arba teigia, kad negali nukreipti jų dėl teritorinės ligonių kasos nustatytų kvotų. Taipogi įvairių miestų medikai nevienodai interpretuoja įsakymą dėl reabilitacinio gydymo. Vieni jį taiko labai griežtai, kiti ieško papildomų galimybių. Taigi kvotos neišvengiamos, kai paslaugų suteikimą riboja pinigai. Gydymo įstaigos turėtų laikytis finansinės drausmės, t.y. nustatytų kvotų. Kita vertus – kvotos neturėtų būti taupomos ir jokie suvaržymai iš teritorinės ligonių kasų pusės nebūtų galimi.

Būtina atkreipti valdžios dėmesį į tai, jog su pacientu ateina kartu ir jo problema bei poreikis. Taigi medicininei reabilitacijai valstybė skiria nepakankamai lėšų. Jei valstybė nepadidins medicininės reabilitacijos paslaugų įkainių, greitai nebebus kur siųsti ligonių, kurių dauguma negali už gydymą susimokėti patys.² Kadangi turimų resursų gydymo įstaigoms nepakanka, to pasėkoje privalu plėtoti tas reabilitacijos paslaugas, kurios yra pigios, t. y. plėtoti dienos stacionarą, ambulatorines paslaugas, nes savikaina šių paslaugų yra mažesnė. Šios situacijos įvertinimas suteikia galimybę pripažinti esamą padėtį bei iškelti ir spręsti dabartines problemas.

7. Alternatyvų paieška.

Akivaizdu, kad reabilitacijos paslaugų administravimui prireikia kontrolės, nes politika juda vis į priekį, o viešasis administravimas atsilieka.

Reabilitacijos paslaugų administravimo sistema nėra pakankamai produktyvi ir efektyvi. To pasėkoje:

- Turi didėti valdžios administracinis veiklumas;
- Kadangi, reabilitacinių paslaugų skyrimo tvarka Lietuvoje yra reglamentuota, įstatymų leidėjai privalo būti suinteresuoti ne tik šio įstatymo teoriniu, bet ir praktiniu veikimu tam, kad pastarasis pasitarnautų visuomenei;
- Suaugusiems teikiamų reabilitacijos paslaugų srityje turėtų padėti teisės aktais įtvirtinta aiški jų skyrimo tvarka ir didesnis visuomenės informuotumas;³

¹ SAM, Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007-2015 m. metmenu projekto pristatymas, 2007-06-26 http://www.sam.lt/lt/main/news/pranesimai_spaudai?id=43586

² Jasaitienė M, Gydyklos kratosi ligonių, *Kauno diena*, 2007 09 17, <http://www.kaunodiena.lt/lt/?id=6&aid=50758>

³ Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra, ten pat.

- Įtvirtinti kriterijus, kurie garantuotų objektyvų siuntimų kvotų paskirstymą apskrities asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms siuntimus medicininei reabilitacijai, ar bent jau užtikrinti, kad kvotos būtų skirstomos dalyvaujant visų šių įstaigų atstovams; derėtų įtvirtinti kriterijus, specialią metodiką, kuria turėtų vadovautis gydytojai, atrinkdami pacientus stacionarinei reabilitacijai iš kelių vienodo lygio pacientų, ir numatyti tvarką ir formą, kaip gydytojas turėtų atsiskaityti ir argumentuoti, kodėl iš šių pacientų buvo atrinkti konkretūs asmenys. Ši informacija turėtų būti prieinama viešai¹;

- Gydyimo įstaigų ir teritorinės ligonių kasų glaudesnis bendradarbiavimas siunčiant ligonius reabilitacijai;

- Tobulinama sveikatos priežiūros įstaigų veikla;

- Griežta paslaugų kokybės kontrolė;

- Racionali reabilitacijos paslaugų atrankos kriterijų tvarka;

- Didinama gydyimo įstaigų konkurencija, kurios dėka skatinama motyvacija gerinti paslaugos kokybę. Konkurencinių sąlygų sudarymas gali privesti prie to, jog išsisklaidžius pacientų srautams sumažėtų eilės, ko pasėkoje laimėtų pacientai;

- Finansinių išteklių panaudojimas pagal paskirtį;

- Užtikrinti valstybės institucijų, vykdančių reabilitacijos paslaugų teikimo kontrolę, efektyvų valdymą bei tarpusavio veiksmų koordinavimą;

- Tikslus reabilitacijos paslaugų proceso organizavimas gydyimo įstaigose;

- Optimizuoti ir skaidrinti atsiskaitymą. Kadangi sena administravimo sistema nepajėgiama lėšų įsisavinti efektyviai². Tam tikrais atvejais sukuriama dirbtinė kliūtis bei vyrauja piktnaudžiavimo praktika;

- Siekiant efektyviai išnaudoti visus reabilitacijai skirtus pinigus, kelialapių skirstyme turėtų dalyvauti ir pačios sanatorijos bei reabilitacijos centrai;

- Didinti pacientų informuotumą apie esamas galimybes išsiųsti į reabilitaciją, kriterijus, pagal kuriuos ji yra skiriama, laisvas vietas³;

- Sukurti sistemą, kuri leistų bent atskirais atvejais įvertinti, ar dokumentuose fiksuojama asmens, siunčiamo į reabilitaciją, būklė atitinka realiąją⁴;

¹ Ten pat.

² Leščinskienė L, Dirbkime kartu – politikai ir gydytojai mūsų visuomenės sveikatos labui, *Nacionalinė sveikatos politikos konferencija*, Vilnius, 2006-11-24, http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikatos_politika/loreta%202006-11-24_0.doc

³ Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra, ten pat.

⁴ Ten pat.

- Numatyti tvarką ir formą, kaip gydytojas turėtų atsiskaityti ir argumentuoti, kodėl iš kelių vienodo lygio pacientų buvo atrinkti konkretūs asmenys. Ši informacija turėtų būti prieinama viešai¹;

- Privalu skatinti mokslo tiriamuosius darbus apie invalidumo įvertinimą, neįgaliojo darbingumo nustatymą ir reabilitaciją, skiriant jų vykdymui finansavimą²;

- Išspręsti reabilitacijos paslaugų prieinamumą padėtų savanoriškas sveikatos draudimas;

- Pati gydymo įstaiga turėtų reguliuoti savo ligonių srautus, o viršijus numatytas lėšas, turėtų būti taikomos tam tikros sankcijos.

Šios pateiktos alternatyvos gali numatyti geresnius veiklos rezultatus, t. y. pasitarnauti reabilitacijos paslaugų efektyvesniam veikimui, kontrolei, tik svarbu, kad būtų politinė valia.

8. Geriausios alternatyvos paieška.

Iš pateiktų alternatyvų pasirinkti pačią geriausią iš tiesų nelengva, kadangi egzistuojanti problema apima daugybę aspektų, t. y. sveikatos apsaugos sistemą, teisinę bazę, viešąją nuomonę ir kt.

Atsižvelgus į visą tai, mano nuomone, pirmiausia būtina racionaliau panaudoti turimus materialinius, finansinius ir žmogiškuosius išteklius. Pagrindinė problema yra lėšų stygius, ko pasekoje ligonių kasos priverstos riboti pacientų siuntimą reabilitacijai, tam būtina paskirti papildomą finansavimą. Taipogi skatinti medicinos įstaigų tarpusavio bendradarbiavimą, naujų technologijų įsigijimą ten, kur yra geresnis paslaugų prieinamumas ir specialistų potencialas. Reabilitacijos sistema turi būti skaidri, veiksminga, orientuota į rezultatus ir tinkamą pacientų aptarnavimą. Tik esant šioms sąlygoms būtų pateisinti pacientų lūkesčiai bei poreikiai. Taigi akivaizdu, jog tinkamiausios alternatyvos pasirinkimas atspindi paslaugų kokybės užtikrinimą bei supaprastinimą biurokratinių procedūrų. Nesiimant priemonių situacijai gerinti, galima prognozuoti tolesnį šios problemos didėjimą.

9. Viešosios politikos proceso veikėjų įvertinimas.

Valdžia, viešojo administravimo institucijos (Valstybinė, teritorinė ligonių kasos), gydymo įstaigos (ligoninės, poliklinikos) bei viešoji nuomonė (pacientai) įtakoja vieni kitus viešojoje erdvėje bei daro įtaką visuomeniniame gyvenime. Šiame reabilitacijos paslaugų administravimo procese išryškėja sąveikaujančių dalyvių svarba ir jų funkcijos. Gydymo įstaigos (išrašo siuntimus), po jų - teritorinės ligonių kasos (patikrina siuntimų pagrįstumą bei patvirtina apmokėjimą už suteikiamas paslaugas).

¹ Ten pat.

² Ten pat.

Galima teigti, jog *reabilitacijos paslaugų kokybė* yra visų - tiek sveikatos politikų, tiek administratorių, tiek pačių gydytojų – bendras tikslas, t. y. tinkamai, laiku kvalifikuotai teikti kokybiškas paslaugas pacientams. Reabilitacijos paslaugų vertinimas vis labiau traukia plačiosios visuomenės dėmesį. Pacientai turi ne tik teisę reikšti savo nuomonę, apie jiems teikiamas paslaugas, bet ir yra skatinami tai daryti, kad pastarosios būtų aukštos kokybės bei atitiktų jų lūkesčius.¹ Pagal „LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą“ pacientas turi sekančias *teises*:

- teisė į kokybišką sveikatos priežiūrą;
- teisė į sveikatos priežiūros prieinamumą;
- teisė pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą ir sveikatos priežiūros įstaigą;
- teisė į informaciją;
- teisė skųstis;
- teisė į žalos atlyginimą².

Nepaisant to, jog kiekvienas pacientas unikalus, egzistuoja *bendri lūkesčiai*, apimantys bendravimą, informavimą, reagavimą, problemų sprendimą bei savalaikį, patikimą, deramą aptarnavimą. Kaip išryškėjo, daugelį šių pacientų teisių realizuoti trukdo pačių viešojo administravimo institucijų, gydymo įstaigų sukurti barjerai. Situacija tokia, jog reabilitacijos paslaugų kokybė ir aptarnavimas nepatenkinami, valstybinių gydymo įstaigų administravimo išlaidos didėja, o biurokratija jose tiesiog klesti, o to pasėkoje pažeidžiamos pacientų teisės.

* Apžvelgus šį skyrių išryškėjo, jog pagrindinės problemos reabilitacijos paslaugų administravime: komplikotas reabilitacijos paslaugų reglamentavimas, skaidrumo stoka, stebėsenos, kontrolės ir priežiūros mechanizmų netaikymas, per maža gydymo įstaigų konkurencija. Pažymima, jog medicininės reabilitacijos biudžetas yra nepakankamas, (o nuo pastarojo labai priklauso reabilitacijos paslaugų rezultatyvumas (siuntimų skaičius)), todėl paslaugos yra kvotuojamos, ko pasėkoje ne visi pacientai siunčiami reabilitacijai. Ši analizė išryškino dabartinio laikotarpio reabilitacijos paslaugų administravimo sunkumus. Pagrindiniai netinkamo reabilitacijos paslaugų administravimo pasireiškimo atvejai: piktnaudžiavimas ir biurokratizmas: gydymo įstaigos ne visada sugeba vykdyti vis besikeičiančių ir gausėjančių reikalavimų. Pakeista ir patobulinta nauja medicininės reabilitacijos organizavimo tvarka siekia gerinti paslaugų prieinamumą, tinkamą

¹ Nacionalinis Sveikatos Tarybos metinis pranešimas 2001m, Lietuvos gyventojų bendrosios bei psichikos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos, p.81, <http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0074457.pdf>

² LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996 10 03, Nr. I-1562, Žin., 1996, Nr. 102-2317. http://skelbimas.lt/istatymai/neigaliuju_socialines_integracijos_istatymas.htm

organizavimą ir paslaugų kokybę. Ši detali tvarka išskaidrina pacientų atranką, nustato labai aiškius visų rūšių reabilitacijos taikymo kriterijus.

2. REABILITACIJOS SISTEMA LIETUVOJE

Šiame skyriuje analizuojama reabilitacijos sistema. Pastarosios kūrimo etapai, plėtra ir perspektyvos. Išskiriami reabilitacijos paslaugų struktūros pokyčiai, specialistų komandos rengimo Lietuvoje pokyčiai ir problemos. Taipogi pristatomi reabilitacijos lygiai, reabilitacijos finansavimas ir siuntimo tvarka.

2.1. Medicininės reabilitacijos sistemos kūrimas Lietuvoje

Reabilitacijos sistema įvairiose šalyse organizuojama priklausomai nuo tos šalies ekonominių sąlygų, sveikatos apsaugos sistemos, socialinio draudimo, nacionalinių ir vietos tradicijų. Reabilitacija suvokiama kaip baigiamasis medicinos sistemos etapas. Reabilitacija labai populiarūs medicinos sritis. Pagrindiniai šios sistemos uždaviniai: neįgalumo profilaktika; neįgaliųjų integracija į visuomenę.

Reabilitacijos sąvoka suvokiama tiek plačiame tiek siaurame medicinos kontekste, darbe pasirinktas siauresnis reabilitacijos apibrėžimas apimantis tik medicininių, kompleksinių priemonių taikymą, siekiant atstatyti žmogaus sutrikimus, bet ne socialinę integraciją, t. y. narkomanų ar buvusių kalinių reabilitavimo, grąžinimo į visuomenę.

Lietuvoje reikėjo kurti naują reabilitacijos sistemą, nes iki 1990 m. reabilitacijos paslaugos buvo prieinamos tik sergantiems širdies kraujagyslių ir sąnarių ligomis, ir tai ne visiems. Trūko reabilitacijos specialistų ir įstaigų. Be to, pasaulyje keitėsi reabilitacijos modelis ir jos samprata. Lietuvai kuriant reabilitacijos sistemą, teko remtis užsienio šalių patirtimi tam, kad reabilitacijos sistema veiktų sklandžiai, efektyviai ir būtų teikiamos kokybiškos reabilitacinės paslaugos.

Taigi reabilitacijos sistemos kūrimas Lietuvoje skiriamas į trys pagrindinius laikotarpius:

pirmasis – pavienių gydamosios fizinės kultūros, fizioterapijos priemonių taikymas;

antrasis – daugiaprofilinės reabilitacijos plėtra;

trečiasis – kompleksinės reabilitacijos sistemos kūrimas.

Reabilitacijos *pradžia* siejama su gydamosios fizinės kultūros psichofizinės treniruotės taikymu klinikinėje praktikoje (judėjimu, kvėpavimo pratimu, masažu). Psichofizinė treniruotė – tai poveikio organizmui metodas keičiant raumenų tonus,

reguliuojant kvėpavimą, ugdant aktyvų dėmesį, valią, savitvardą, adekvačią reakciją į dirgiklius¹.

Antrasis reabilitacijos sistemos kūrimo etapas išsiskyrė tuo, jog buvo siekiama realizuoti mokslo, mokymo ir praktikos vienovės principą, 1991 m. sveikatos apsaugos ministro Juozo Oleko įsakymu, suderinus su Vilniaus universiteto medicinos fakultetu, Vilniaus universiteto ligoninėje Santariškių klinikos buvo įsteigtas *Fizinės medicinos ir reabilitacijos centras*. Čia, pasitelkus JAV, Danijos, Šveicarijos, Švedijos, Norvegijos, Vokietijos specialistus, buvo perkvalifikuoti minėto centro specialistai, suformuota visa reabilitacijos sistemai reikalinga specialistų komanda (fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, psichologas, socialinis darbuotojas, logopedas, bendrosios praktikos slaugytoja ir kt.)². Po to šio centro specialistai, o po kelių metų ir Kauno medicinos universiteto specialistai, pradėjo visų Lietuvos ligoninių, poliklinikų, reabilitacijos įstaigų specialistų perkvalifikavimą. Tai itin svarbu, nes paciento sveikatos būklė labai priklauso nuo visų reabilitacijos specialistų komandos pastangų. Siekiant teikti reabilitacijos paslaugas visų profilių ligoniams, buvo pradėtas plėsti įstaigų, teikiančių šias paslaugas, tinklas, panaudojant esamas reabilitacijos ligonines, steigiant reabilitacijos skyrius daugiaprofilinėse ligoninėse ir sanatorijose. Tuo pat metu buvo pritaikomos naujos technologijos, o 1997 m. pradėtas reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų bei padalinių akreditavimas.

Taipogi 1991 m. buvo priimtas Lietuvos Respublikos „Invalidų socialinės integracijos įstatymas“, kuris įteisino daugiaprofilinės reabilitacijos sistemos kūrimą. Įstatymas reguliavo invalidumo nustatymą, invalidų medicininę, profesinę ir socialinę reabilitaciją, aplinkos pritaikymą invalidams, invalidų ugdymą, mokymą, nustatė invalidų integracijos į darbą, profesiją, visuomeninį gyvenimą teisinės, ekonomines ir organizacines garantijas. Remiantis juo, įsteigta Invalidų reikalų taryba prie Vyriausybės, kurios tikslas – padėti įgyvendinti šį įstatymą.

Taigi šiame etape į reabilitaciją pradedama žvelgti plačiau, stengiamasi sujungti pagrindines reabilitacijos sistemos dalis: teisinę; medicininę reabilitaciją; profesinę reabilitaciją; ugdymą; kompensacinę techniką, protezavimą, ortopediją; aplinkos pritaikymą; kultūrą, sportą, laisvalaikį, religiją; informacijos teikimą; transporto sistemos paslaugas; socialinę globą ir kitas socialines paslaugas; prarastų pajamų kompensavimą; specialistų rengimą; medicininę socialinę ekspertizę. Daugiaprofilinė reabilitacijos sistema pasižymi tuo, jog 1992 – 2002 m. įkuriami per 60 specializuotų reabilitacijos skyrių sanatorijose,

¹ Kriščiūnas A, Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praeitis, dabartis, ateitis), *Medicina*, Kaunas, 2005; 41(3), <http://medicina.kmu.lt/0503/0503-10l.pdf>

² Ten pat.

poliklinikose, stacionaruose¹. 1994 – 2002 m. perkvalifikuojami gydytojai kurortologai, pradėti rengti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai dvejų metų antrinėje rezidentūroje, rengiami kineziterapeutai, ergoterapeutai, slaugytojai, turintys reabilitacijos specializaciją, socialiniai darbuotojai (medicinos), turintys aukštąjį išsimokslinimą². To pasėkoje stiprinama reabilitacijos įstaigų materialinė ir techninė bazė. Ligonių finansavimą iš Sodros perima Valstybinės ligonių kasos.

1992 m. susikūrė Lietuvos reabilitologų asociacija. Ji sieja Lietuvos kineziterapeutų, ergoterapeutų draugijas, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojus, ortopedinių priemonių gamintojus, socialinius darbuotojus. Profesorius A. Kriščiūnas yra šios asociacijos valdybos pirmininkas³. Taipogi Nacionalinė sanatorijų ir reabilitacinių įstaigų asociacija prisidėjo prie medicininės reabilitacijos sistemos kūrimosi, nes tuo metu buvo reikalinga apibendrinti įvairias nuomones, pageidavimus, reikalavimus, atspindinčius pacientų, medikų lūkesčius. Tai galėjo įgyvendinti ši asociacija. Per įstaigų vadovus ar jų įgaliotus asmenis buvo sprendžiami strateginiai klausimai apie tolimesnę reabilitacinės sistemos vietą sveikatos apsaugos sektoriuje, jos plėtrą, perspektyvas⁴.

Vėliau nutarta kurti Baltijos šalių asociaciją, nes visos trys šalys turėjo pakankamai daug problemų, kurdamos reabilitacijos sistemą savo šalyse. Būtina pažymėti, jog kurdamas reabilitacijos sistemą, Lietuva buvo pasiekusi daugiau nei kitos Baltijos šalys⁵.

Trečiasis reabilitacijos sistemos kūrimo etapas siejamas su 2002 m. parengta „Nacionaline neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos programa 2003–2012 metams“. Vienas iš šios programos įgyvendinimo tikslų – sukurti efektyvią kompleksinę ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos sistemą, atitinkančią tarptautinius standartus, įgalinančią pradėti reabilitaciją jau pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis ir tęsti iki maksimalaus funkcinio aktyvumo atgavimo. Pastebėtina, jog medicininė reabilitacija buvo vystoma ir tobulinama palaipsniui. Šios sistemos kūrimas buvo pagrindas keisti politikų, medikų ir visuomenės požiūrį į neįgaliuosius⁶. Taigi būtinas dėmesys į ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos problemas, nes reabilitacijos sistemos kūrimas yra ne tik medicininė, socialinė,

¹ Ten pat.

² Ten pat.

³ Lietuvos reabilitologų asociacijai – penkiolika metų, *Avevita*, Kaunas, 11-23 2007, Nr. 29, http://www.kmu.lt/avevita/text.php?str_id=2027

⁴ Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencija, *Avevita*, Kaunas, 10-5 2007, Nr. 32, http://www.kmu.lt/avevita/text.php?str_id=421

⁵ Ten pat.

⁶ Kriščiūnas A, Profesorius Aleksandras Kriščiūnas moka džiaugtis gyvenimu, *Skausmo medicina*, 2005, Nr. 2, p.11, http://www.emedicina.lt/site/files/skausmo_medicina/2005_02/Prof_Krisciunas_moka_dziaugtis_gyvenimu.pdf

ekonominė, bet ir moralinė problema¹. Norint, jog reabilitacijos pagalbą gautų visi ligoniai, kuriems jos reikia, medicininę reabilitaciją būtina plėtoti sekančiai:

- *Daugiaprofiliniuose stacionaruose*. Medicininės reabilitacijos priemonės būtinos 50% ligonių, gydomų daugiaprofiliniuose stacionaruose, ir 30% ligonių, gydomų ambulatoriškai². Kompleksinė reabilitacija (pirmasis reabilitacijos etapas) turi būti skiriama 20% stacionarinių ligonių, kurių labai sutrikusios biosocialinės funkcijos ilgą laiką. Norint tą įgyvendinti, būtina: daugiaprofilinėse ligoninėse įkurti ankstyvosios reabilitacijos skyrius. Tokiame reabilitacijos skyriuje turėtų būti ne mažiau 30 lovų; reabilitaciją daugiaprofilinės ligoninės stacionare vykdyti reabilitacijos specialistų komandos principu užtikrinant reikiamas specialistų konsultacijas; siekti, kad visi ligoniai, kuriems reikalinga reabilitacija, gautų ją pirmomis sunkios ligos ar traumos dienomis³.

- *Poliklinikose*. Ambulatorinės reabilitacijos privalumai: ji žymiai pigesnė negu reabilitacija stacionare, ligonis neizoliuojamas nuo šeimos, jos trukmė gali būti ilgesnė (procedūros gali būti teikiamos kas antrą dieną). Vystant ambulatorinę reabilitaciją, būtina: ambulatorinės reabilitacijos skyrius steigti prie miestų ir apskričių ligoninių, kuriose yra stacionarinės reabilitacijos skyriai ir yra galimybė teikti kvalifikuotą pagalbą specialistų komandos principu, taip pat steigti prie sanatorijų reabilitacijos skyrių. Ambulatorinei reabilitacijai siųsti ligonius, kurių mobilumas neribotas, jiems nereikalingos dažnos reabilitacijos procedūros, dietinis maitinimas⁴.

- *Reabilitacijos ligoninėse ir sanatorijų reabilitacijos skyriuose*. Šios reabilitacijos privalumai: užtikrinama ligonio stebėseną, naudojamos sudėtingos reabilitacijos technologijos, skiriamas dietinis maitinimas, režimas, panaudojami kurortiniai gamtiniai veiksniai. Vystant reabilitaciją sanatorijose būtina: siųsti ligonius, kurių mobilumas yra ribotas, reikalingos dažnos procedūros, dietinis maitinimas, specialūs reabilitacijos įrenginiai, būtina nuolatinė ligonio būklės kontrolė. Vykdyti jose socialinės (profesinės) reabilitacijos programą sprendžiant jos finansavimo klausimus, parengti ligonių ir neįgaliųjų reabilitacijos algoritmus ir standartus konkrečių ligų atvejais⁵.

- *Reabilitacija namuose*. Reabilitacijos namuose pagrindiniai uždaviniai: išmokyti ligonį savitarnos, gydomosios mankštos pratimų, apmokyti šeimos narius. Vystant reabilitaciją namuose būtina: užtikrinti sunkiems ligoniams ir invalidams reabilitacijos tęstinumą namuose; spręsti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo ir kitų specialistų apmokėjimo tvarką teikiant reabilitacijos pagalbą namuose. Organizuoti bendruomenės narių

¹ Lietuvos reabilitologų asociacijai – penkiolika metų, ten pat.

² Ten pat.

³ Ten pat.

⁴ Ten pat.

⁵ Ten pat.

mokymą, kaip teikti reabilitacijos pagalbą namuose; siekti glaudesnio ryšio teikiant sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas.

Nepaprastai svarbu – reabilitacijos specialistų rengimo klausimai. Reabilitacijos specialistų Lietuvoje nepakanka, taigi pagrindiniai uždaviniai: organizuoti trūkstančių reabilitacijos specialistų rengimą ir perkvalifikavimą pagal Europos Sąjungos specialistų rengimo programas. Itin aktualu taikyti Tarptautinės funkcijos sutrikimų, negalios ir sveikatos klasifikacijos nuostatas, skatinti mokslinius ir tiriamuosius reabilitacijos srities darbus. Medicininė socialinė ekspertizė yra svarbi medicininės reabilitacijos sistemos dalis, glaudžiai susijusi su pensijų, lengvatų ir profesinės reabilitacijos sistemomis. Vykdamas medicininę reabilitaciją, būtina tobulinti ligonių funkcinės būklės vertinimo metodikas, diegti naujas reabilitacijos technologijas. Svarbu skatinti techniniu reabilitacijos priemonių gamybą¹.

Apibendrinus galima teigti, jog sveikatos apsaugos sistema negali funkcionuoti be medicininės reabilitacijos sektoriaus paslaugų, nes nepakanka pacientui atlikti tik operaciją, būtinas ir jo fizinės būklės atstatymas². Kompleksinis reabilitacijos sistemos sukūrimas yra didelis iššūkis medikams, visuomenei, politikams. Ji turi būti suvokiama kaip sudėtinga ir įvairiapusė teisinių, organizacinių, ekonominių priemonių sistema, padedanti žmonėms, sutrikus biosocialinėms funkcijoms, atgauti jas, kompensuoti ir adaptuotis visuomenėje.

2.2 Reabilitacijos lygiai

Sanatorinį gydymą Lietuvoje pamažu keičia efektyvesnė ir ligoniams reikalingesnė medicininė reabilitacija (reabilitacija II, reabilitacija III, sveikatos grąžinamasis gydymas ir ambulatorinė reabilitacija). Nemažai buvusių sanatorių dabar tampa reabilitacijos ligoninėmis ir centrais, dėlto reabilitacija vykdoma stacionaruose, ambulatoriškai, namuose, sanatorių reabilitacijos skyriuose.

Reabilitacinės priemonės pradedamos taikyti pacientams patekus į specializuotą ligoninės stacionaro skyrių (dėl terapinių, chirurginių ir kitų ligų). Atsižvelgus į ligonio sveikatos būklę, taikomos skirtingos apimtys ir intensyvumo reabilitacinės priemonės. Išskiriami sekantys reabilitacijos lygiai, į kuriuos patenkama priskyrus atitinkamą gydymą:

III – lygis, Vilniaus, Kauno reabilitaciniai centrai;

II - lygis, apskričių centrai ligoninėse (jau veikia apie 10);

¹ Kriščiūnas A, Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praėjus, dabartis, ateitis), *Medicina*, Kaunas, 2005; 41(3), <http://medicina.kmu.lt/0503/0503-10l.pdf>

² Jasaitienė M, Reabilitacija daro stebuklus, *Kauno diena*, 2005 04 27, <http://www.kaunodiena.lt/lt/?id=6&aid=27640>

I - lygis, skyriai sanatorijose (lengvesniems, stabilesniems ligoniams)¹;

Pagal LR sveikatos apsaugos ministro „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ įsakymą skiriami sekantys medicininės reabilitacijos paslaugų etapai (lygiai):

- *Pirmasis reabilitacijos lygis* – medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos ambulatorinio arba stacionarinio gydymo metu. Šis etapas reikalingas tam, kad būtų išvengta ligos komplikacijų, sutrumpėtų nedarbingumo laikas ir kiek įmanoma sumažėtų invalidumas. Jeigu visas reabilitacijos paslaugų kompleksas nėra būtinas, gydytojas gali skirti pavienių medicininės reabilitacijos procedūrų. Kuo anksčiau jos bus suteiktos, juo labiau tikėtina, kad neprireiks brangių reabilitacijos paslaugų, teikiamų ligonių reabilitacijos skyriuose, reabilitacijos ligoninėse ar sanatorijose. Tai yra pirmasis reabilitacijos etapas, po kurio, jeigu reikalingas reabilitacijos priemonių tęstinumas, pacientas nukreipiamas antrajam etapui².

- *Antrasis reabilitacijos lygis* – specializuotos stacionarinės reabilitacijos paslaugos. Jos reikalingos tiems pacientams, kuriems po pirmojo etapo išlieka biosocialinių funkcijų sutrikimų. Šis etapas vykdomas specialiuose reabilitacijos skyriuose. Pagal biosocialinių funkcijų sutrikimo laipsnį, taikoma atitinkamo lygio reabilitacija. Sunkiesiems pacientams taikoma trečio lygio reabilitacija (reabilitacija III), lengviesiems ligoniams – antro lygio reabilitacija (reabilitacija II).³ Kokios bus skiriamos reabilitacijos paslaugos po ligos ar traumos gydymo, nusprendžia gydantis gydytojas kartu su fizinės medicinos ar reabilitacijos gydytoju, remdamasis konsultacijų išvadomis apie pirmuoju reabilitacijos etapu suteiktas paslaugas bei antrojo ar trečiojo etapo skyrimo motyvus⁴.

Šiame gydymo lygyje, stengiamasi pacientus gražinti į gyvenimą, išmokyti patiems apsitarnauti, o neretai – iš naujo vaikščioti, kalbėti, atlikti paprasčiausius veiksmus, kurie leidžia žmogui prisitaikyti jį supančioje aplinkoje (pavyzdžiui po insulto). Lengviesiems ligoniams po persirgtos ligos ar patirtos traumos gydantis gydytojas gali skirti sveikatos gražinamąjį gydymą. Ši reabilitacijos rūšis teikiama sanatorijose. Po šio etapo gydantis gydytojas, remdamasis fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo rekomendacijomis, gali skirti ir palaikomąją reabilitaciją.

¹ Medicus. lt, Reabilitacijos modelis Lietuvoje. Reabilitacijos principai, <http://www.medicus.lt/studentai/?s0=fizioterapija>

² Vilniaus teritorinė ligonių kasa, Ką pravertu žinoti apie medicininę reabilitaciją, 2004-10-15, http://www.vilniaustlk.lt/NG_ID17.html

³ Sveikatos enciklopedija, Vilnius, 2003, p. 608.

⁴ Vilniaus teritorinė ligonių kasa, ten pat.

- *Trečiasis reabilitacijos lygis* – vykdoma ambulatoriškai, kai pacientui nereikalinga stacionarinė reabilitacija ir jis gali lankytis pas specialistus ambulatoriškai. Tai ypač patogu dirbantiems asmenims. Pacientas gali patekti į šį etapą iškart po pirmojo.

Reabilitacijos rūšis yra skiriama atsižvelgiant į tai, kaip sutrikusios paciento biosocialinės funkcijos: grįžtamai, negrįžtamai ir kt. Pakartotinė reabilitacija skiriama asmenims, pripažintiems nedarbingais ar kuriems nustatyta tvarka pripažintas sumažėjęs darbingumas, taip pat asmenims, sulaukusiems senatvės pensijos amžiaus, kuriems nustatyta tvarka pripažintas didelis specialiųjų poreikių lygis ir kitiems asmenims.

Palaikomoji reabilitacija – (stacionarinė arba ambulatorinė) skiriama neįgaliesiems, įvardytiems įsakyme¹. Pakartotinė ir palaikomoji reabilitacija skiriama be pirmojo medicininės reabilitacijos etapo.

III lygio kompleksinė reabilitacija, kurios metu su pacientu dirba visa reabilitacijos komanda: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, fizinės medicinos ir reabilitacijos slaugytoja, kineziterapeutas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, psichologas, logopedas, gydytojas ortopedas, kompensacinės technikos specialistas, šeimos nariai ir artimieji, likimo draugai, neįgaliųjų visuomeninės organizacijos, jei reikia, gydytojai specialistai (urologas, chirurgas, neurologas, ginekologas, dietologas ir kt.). Taigi ambulatorinė reabilitacija savo veiksmingumu nesusileidžia stacionarinei reabilitacijai. Per dieną poliklinikoje ar kitoje pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje galima gauti tas pačias procedūras, kaip ir būnant sanatorijoje.²

Apžvelgus šiuos reabilitacijos lygius išryškėjo, jog visais etapais ligonių ir invalidų reabilitaciją vykdo reabilitacinė komanda, kurią sudaro ir jos veiksmus koordinuoja gydantis gydytojas reabilitologas. Taipogi tam tikrais ligos ar traumos atvejais, atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę, taikomos skirtingos apimties ir intensyvumo reabilitacinės priemonės. Pastebėtina, jog reabilitacinį gydymą papildo reabilitacijos gydymo rūšys tokios kaip sveikatos grąžinamasis gydymas, palaikomoji reabilitacija.

Šie lygiai reabilitacinio gydymo tąsa, pastarąją sieja tas pats tikslas - grąžinti pacientams galimybę adaptuotis aplinkoje, normaliai gyventi bei dirbti. Reabilitacijos lygiai žymi komandinį darbą, nes medicininė reabilitacija taikoma komandinio darbo principu, bei kompleksinių reabilitacinių priemonių taikymą. Todėl labai svarbi neuroreabilitacijos bazė: aparatūra, techninė įranga nors daug ką reikia renovuoti. Taipogi svarbu sukurti slaugos ir

¹ Tyrimas, Korupcijos pasireiškimas, teikiant suaugusiųjų medicininės reabilitacijos paslaugas, Vilnius, 2007, http://www.stt.lt/lt/files/tyrimai/2007_suaugusiųjų_reabilitacija.pdf

² Vilniaus teritorinė ligonių kasa, Ką pravertu žinoti apie medicininę reabilitaciją, 2004-10-15, http://www.vilniaustlk.lt/NG_ID17.html

reabilitacijos materialinę ir techninę bazę. Svarbu baigus reabilitaciją gydymo įstaigoje toliau aktyviai dalyvauti reabilitacijos procese. Taigi reabilitacija yra labai svarbi gydymo rūšis, turinti lemiamą įtaką ligonių socialinėms ir ekonominėms sąlygoms.

2.3 Reabilitacijos finansavimas ir siuntimo tvarka

Lietuvos gyventojams, norintiems patekti į reabilitacijos centrus, tenka susidurti su tam tikromis problemomis, kadangi pasinaudoti reabilitacijos paslaugomis gali ne kiekvienas. Todėl yra būtina apžvelgti veiksnius, įtakančius siuntimo gavimui. Visų pirma reikėtų atsižvelgti į teisinį aspektą, t. y. reabilitacijos finansavimo reglamentavimą bei į tam tikras institucijas, atsakingas už reabilitacijos siuntimo tvarką.

Reabilitacinis ir sanatorinis gydymas Lietuvoje yra finansuojamas iš Privalomojo Sveikatos draudimo fondo. Išlaidų medicininei reabilitacijai kompensacijų skyrimo ir mokėjimo tvarka yra nustatyta pagal Sveikatos apsaugos ministro įsakymą¹. Pagal kurią suaugusiųjų medicininės reabilitacijos finansavimas vyksta sekančiais:

Visa bazinė medicininės reabilitacijos kaina kompensuojama:

- asmenims, pripažintiems nedarbingais, kai teisės aktų numatyta tvarka nustatytas 0 – 25 % darbingumas;
- asmenims, sulaukusiems senatvės pensijos amžiaus, kuriems teisės aktų nustatyta tvarka yra nustatytas didelis specialiųjų poreikių lygis;
- apdraustiesiems asmenims, siunčiamiems baigti gydymą po sunkios ligos ar traumos, kurios įrašytos į Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintus specialiuosius reikalavimus;
- apdraustiesiems asmenims iki 18 metų.²

Medicininė reabilitacija organizuojama ir vykdoma teisiškai, t. y. finansavimo tvarka yra reglamentuota, o įstatymu nustatyta reabilitacijos siuntimų tvarka praktiškai įgyvendinama kompetentingų valstybės administravimo institucijų. Lietuvoje situacija tokia, jog trūksta lėšų reabilitacijai, mažėja finansavimas reabilitacijos įstaigoms, ligonių kasos nepakankamai finansuoja sunkių ligonių reabilitaciją. Tenka pažymėti, jog reabilitacijos

¹ Įsakymas Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo, 2008 01 17, Nr. V-50, Vilnius, http://www.vilniaustlk.lt/failai/isakymas_reabilitacija.doc

² Tyrimas, Korupcijos pasireiškimas, teikiant suaugusiųjų medicininės reabilitacijos paslaugas, Vilnius, 2007, http://www.stt.lt/lt/files/tyrimai/2007_suaugusiųjų_reabilitacija.pdf

paslaugų poreikis suaugusiesiems vis dar viršija finansavimo galimybes Būtina į tai atkreipti Vyriausybės dėmesį¹.

Pablogėjus sveikatai ypač aktuali tampa medicininės reabilitacijos paslaugų suteikimo problema. Kalbant apie medicininės reabilitacijos paslaugų rodiklių Lietuvoje pokyčius trylikos metų laikotarpiu, pastebima, jog mažėja finansavimas reabilitacijos įstaigoms. Medicininės reabilitacijos paslaugoms skiriamų lėšų dalis nuo Privalomojo Sveikatos Draudimo Fondo (PSDF) biudžeto mažėja (1999 m. – 5 proc., 2003 m. – 4,1 proc., 2007 m. – 3,3 proc.)².

Sveikatos draudimo lėšos turi būti naudojamos ypač efektyviai, nes pastarosios priklauso ne medikams, sveikatos priežiūros įstaigoms, o mokesčius mokantiems piliečiams³.

Valstybinė ligonių kasa yra atsakinga už PSDF biudžeto lėšų panaudojimą reabilitacijos paslaugoms.

1. Lentelė. PSDF biudžeto lėšų suma suteikta reabilitacijos paslaugoms

Metai	2004	2005	2006	2007
PSDF biudžeto lėšos	89,4 mln. Lt	95,9 mln. Lt	107,5 mln. Lt.	planas buvo 121,5 mln. Lt

Šaltinis: Lentelė sudaryta autorės remiantis iš VLK svetainės gauta informacija.

Analizuojant reabilitacijos paslaugų dinamiką 2004 – 2007 metais, pastebima reabilitacijos paslaugoms skiriamų lėšų iš PSDF augimo tendencija. Nors, kiek 2007 m. sunaudota faktiškai, paaiškės vėliau, kai bus daroma 2007 m. biudžeto apyskaita. Pastebint tokią reabilitacijos paslaugoms skiriamų lėšų augimo tendenciją, galima teigti, jog paslaugomis turėtų pasinaudoti vis daugiau gyventojų, tačiau iškyla akivaizdus paradoksas, nes reabilitacines paslaugas nėra lengva gauti, susidaro eilės šios pagalbos laukiančių ligonių. Todėl būtina išskirti sekančią į reabilitacijos ar sanatorinio gydymo paslaugas teikiančių įstaigų siuntimo tvarką.

Gydymas šiose įstaigose skirstomas į *medicininę reabilitaciją* (ambulatorinė reabilitacija, stacionarinė reabilitacija, palaikomoji reabilitacija, sveikatos grąžinamasis gydymas) ir *sanatorinį* (antirecidyvinių) *gydymą*. Į reabilitacijos ir sanatorinio gydymo

¹ Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencija, *Avevita*, Kaunas, 10-5 2007, Nr. 32, http://www.kmu.lt/avevita/text.php?str_id=421

² Lietuvos reabilitologų asociacijai – penkiolika metų, *Avevita*, Kaunas, 11-23 2007, Nr. 29, http://www.kmu.lt/avevita/text.php?str_id=2027

³ Ligonijų kasos: 2005-ųjų apžvalga, Vilnius, 2006m, p.2, <http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/2005VLKkapzvalga.pdf>

paslaugas teikiančias įstaigas siunčiami asmenys, kurie serga ligomis, įrašytomis į medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo indikacijų sąrašus. Šiuos sąrašus tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija. Šiuo metu vadovaujamosi Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17d. Nr. V-50 „Dėl reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo organizavimo“. Medicininės reabilitacijos paslaugas skiria gydantis gydytojas, remdamasis fizinės medicinos ar reabilitacijos gydytojo konsultacijos išvada apie pirmuoju reabilitacijos etapu suteiktas paslaugas bei antrojo etapo reabilitacijos būtinumo motyvais. Įsigaliojus Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo naujai redakcijai, nuo 2003 m. sausio 1 d. Sanatorinio (antirecidyvinių) gydymo paslaugas suaugusiesiems iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto nekompensuojamos.¹ Pagal Sveikatos apsaugos ministro nustatytą tvarką sergantys žmonės gali gauti trijų rūšių valstybės apmokamus kelialapius – reabilitacijai, sveikatos grąžinimui ir palaikomajai reabilitacijai.

Išskiriamas sekantis siuntimo tvarkos *mechanizmas*:

- siuntimų kompensuojamai medicininei reabilitacijai kvotavimas;
- teritorinių ligonių kasų ir medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartys²;

Norint gauti *siuntimą* į sanatoriją galioja sekanti tvarka:

- Kreipiamasi į šeimos gydytoją (arba į gydytoją pagal ligą);
- Reikia pereiti pirminį reabilitacijos etapą. (Tai pacientams sveikatą grąžinančios paslaugos – kineziterapija, fizioterapija, masažas ir kt.).

Kitas būdas gauti siuntimą reabilitaciniam gydymui per Teritorines ligonių kasas (TLK):

- Gydantis gydytojas kartu su įstaigos fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoju nusprendžia, kokia pacientui tikslinga medicininės reabilitacijos rūšis. Gydytojas siunčia konsultuotis pas reikiamus specialistus, išrašo vaistus, o esant atitinkamai ligos būklei siunčia į reabilitaciją, t.y. išduoda siuntimą pažymai gauti ir parengia išrašą iš ligos istorijos.

- Su siuntimu, reikia kreiptis į savo teritorinę ligonių kasą. Atvykus reikia turėti siuntimą, išrašą iš ligos istorijos, asmens dokumentą (pasą ar gimimo liudijimą), draustumą privalomuoju sveikatos draudimu liudijantį dokumentą (Sodros pažymėjimą, pensininko pažymėjimą, sveikatos draudimo pažymėjimą, invalido pažymėjimą, darbo biržos pažymą, autorinę ar honorarinę sutartį). Pateikus reikalingus dokumentus, teritorinės ligonių kasos darbuotojai išduoda pažymą, patvirtinančią teisę į kompensaciją už medicininę reabilitaciją³.

¹ Sadulis T, Reabilitacinio ir sanatorinio gydymo naujovės, *Lietuvos žinios*, 2004-10-11, p.8.

² Ten pat.

³ Vilniaus teritorinė ligonių kasa, Ką pravertu žinoti apie medicininę reabilitaciją, 2004-10-15.
http://www.vilniaustlk.lt/NG_ID17.html

- Reabilitacijos įstaigą galima pasirinkti savo nuožiūra. Gydytojas gali rekomenduoti, kokią reabilitacijos įstaigą pasirinkti, atsižvelgdamas į tai, kokia reabilitacijos rūšis reikalinga gydymui pratęsti, o kokioje sanatorijoje norite gauti reabilitacijos paslaugas, pasirinkti galima savo nuožiūra. Reabilitacijos įstaigų sąrašą su jų teikiamomis gydymo rūšimis galima gauti atvykus pažymos į teritorinę ligonių kasą. Tuo atveju, jei gydytojas neskiria reabilitacinio gydymo, o norima pasigerinti sveikatą sanatorijoje, reikia kreiptis į norimą įstaigą ir susimokėti už ten teikiamas paslaugas. Teritorinės ligonių kasos sanatorijų siuntimų neišduoda.

Gydymas turi būti nepertraukiamas ir efektyvus, todėl gavus siuntimą į reabilitacijos įstaigą, reikia išvykti trijų dienų laikotarpiu. Teritorinės ligonių kasos išduota pažyma galioja 10 dienų.¹ Taigi akivaizdu, jog siuntimo reabilitacijai tvarka neišvengia biurokratijos. Šioje, siuntimui gauti tvarkoje, sąveikauja Teritorinės ligonių kasos (TLK), kurių viena iš funkcijų yra „Sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka kompensuoti draudžiamiesiems vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo bei galūnių, sąnarių ir organų protezų įsigijimo ir protezavimo išlaidas“² bei Sveikatos apsaugos ministerija, kuri pagal Sveikatos draudimo įstatymą „Nustato išlaidų medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam (atirecidyviniam) gydymui kompensacijų skyrimo ir mokėjimo tvarką“³.

Kaip buvo pastebėta, finansavimas medicininei reabilitacijai bei sanatoriniam (atirecidyviniam) gydymui didėja. Tačiau bandoma pagerinti ligonių aptarnavimo tvarką, kokybę – tam, kad paslaugos būtų teikiamos operatyviau ir kompleksiškiau. Todėl numatyta, kad gydymo įstaigose ir teritorinėse ligonių kasose siunčiamam į reabilitacinę gydymo įstaigą ar sanatoriją pacientui turi būti suteikta visa informacija apie tam tikro profilio paslaugas teikiančias įstaigas, išduotas jų sąrašas, o pacientas turi teisę pasirinkti, kurioje įstaigoje jam parankiau gydytis⁴. Tuo pažymėtinas pacientų informuotumo didinimas.

Taipogi apie pacientų teisę gauti medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, žymi projektas „Dėl nacionalinės žmonių su negalia socialinės integracijos 2003 – 2012 m. programos patvirtinimo“.

Sveikatos apsaugos ministerija nuolat tobulina atrankos ir siuntimo dėl medicininės reabilitacijos tvarką. Teritorinės ligonių kasos lėšas medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui paskirsto asmens sveikatos priežiūros įstaigoms pagal metodikas, kuriose

¹ Ten pat.

² LR Sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21, Nr I-1343, Žin., 1996 Nr. 55-1287.
http://www.3lrs.lt/psl/inter2/dokpaieska.showdoc_Lp_=267446

³ Sveikatos apsaugos ministerija, Reabilitacinis gydymas, 2004-10-28, http://www.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/sam_20041028.htm#97717.

⁴ Vilniaus teritorinė ligonių kasa, Nuolat didėja išlaidos medicininei reabilitacijai, 2004-04-28, http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item & kat_id=1& date=2004-04-28& item_id=217.

atsižvelgiama į aptarnaujamų gyventojų skaičių, amžiaus struktūrą, sergamumą kai kuriomis lėtinėmis ligomis¹. Siekiama, jog rehabilitacija būtų pakankamai finansuojama, kokybiška. Nes kokybiška medicininės rehabilitacijos sistema tai - geras paslaugų prieinamumas ir efektyvumas žymiai sumažintų neįgalųjų skaičių ar jų socialinį bejėgiškumą².

*Apžvelgus šį skyrių išryškėjo, kad kompleksinė reabilitacinė sistema Lietuvoje buvo kuriama palaipsniui, remiantis užsienio šalių patirtimi bei praktika. Tarptautinis bendradarbiavimas ir abipusė partnerystė stiprina reabilitacijos sistemos atstovų ryšius, gilina žinias medicininės rehabilitacijos srityje. Reabilitacijos sistema tobulinama, kuriamos palankesnės sąlygos jos funkcionavimui, kadangi pastaroji neišnaudoja savo potencialių galimybių ir pastebėtini dabartinio laikotarpio reabilitacijos sunkumai.

Reabilitacijos lygiai reabilitacinio gydymo tąsa, žyminti komandinį darbą bei kompleksinių reabilitacinių priemonių taikymą. Reabilitacijos finansavimas bei siuntimų tvarka yra reglamentuota. Įsakymai reglamentuoja šių paslaugų bendruosius ir specialiuosius reikalavimus, reabilitacijos specialistų veiklą, kompetentingų institucijų atrankos ir siuntimo dėl medicininės reabilitacijos vykdymą. Nors faktiškai reabilitacijos paslaugoms skiriama vis daugiau lėšų, ko pasėkoje šiomis paslaugomis turėtų pasinaudoti vis daugiau gyventojų, tačiau išskyla akivaizdus paradoksas, nes reabilitacijos paslaugos yra ne visiems prieinamos. Tai parodo, jog siuntimo reabilitacijai tvarka neišvengia biurokratijos. Akivaizdu, jog be efektyviai, kokybiškai veikiančios medicininės reabilitacijos sistemos negalima kokybiška sveikatos apsauga.

¹ Ten pat.

² Nacionalinė sanatorijų ir reabilitacinių įstaigų asociacija, *Avevita*, Kaunas, 05-4 2007, Nr. 18, <http://www.whoiswho.lt/ltu/presentations/KYKMC07/5212548.html>

3. REABILITACIJOS SISTEMŲ ANALIZĖ LIETUVOJE IR VOKIETIJOJE

Šiame skyriuje siekiama įvertinti Lietuvos reabilitacijos paslaugų plėtrą, reabilitacijos sistemą, jos būklę ir perspektyvas. Supažindinama su Vokietijos reabilitacijos sistema, apžvelgiami šios sistemos ypatumai, pristatomos veikiančios institucijas šioje sistemoje. Lyginamos Lietuvos ir Vokietijos reabilitacijos sistemos. Vertinamos jų galimybės bei reabilitacijos paslaugų rezultatyvumą įtakojančius veiksnius.

3.1 Medicininės reabilitacijos sistemos vertinimas Lietuvoje

Reabilitacijos sistemos kūrimas – svarbiausias kiekvienos valstybės uždavinys. Ši sistema Lietuvoje buvo kuriama palaipsniui. Tam, kad reabilitacijos sistema būtų veiksminga, reikalingas visų rangų šalies pareigūnų ir institucijų indėlis.

1990 m. buvo nuspręsta palaipsniui plėtoti resursus medicininės reabilitacijos paslaugoms teikti: parinkti tinkamus teisės aktus, perkvalifikuoti ir rengti naujus reabilitacijos specialistus, efektyviau panaudoti turimas reabilitacijos įstaigas siekiant teikti reabilitacijos paslaugas visų profilių ligoniams, steigti naujus stacionarius reabilitacijos skyrius daugiaprofilinėse ligoninėse ir sanatorijose¹.

Akivaizdi medicininių reabilitacijos paslaugų plėtra nuo 1997 m. Per šį laikotarpį buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos 1997 – 2010 m. programa². Joje suformuluoti artimieji uždaviniai, įpareigojantys sukurti efektyvią reabilitacijos sistemą įdiegiant šiuolaikišką modelį. Jau galima įvardyti sekančius *pasiekimus*:

- perkvalifikuoti specialistai (tik nuo jų kokybiško darbo, anksti pradedant ir tęsiant reabilitaciją iki galutinio tikslo priklauso teigiami kokybiniai poslinkiai);
- šiuolaikiškų reabilitacijos technologijų įsisavinimas;
- pakankamo reabilitacijos įstaigų tinklo sunkių ligonių reabilitacijos reikmėms pritaikymas.

Pasaulyje vis didesnis dėmesys skiriamas sergančiųjų ir invalidų reabilitacijai, slaugai, invalidumo profilaktikai. Reabilitacijos problema įtraukta į PSO vykdomas programas. 2002-2012 metus Jungtinių Tautų Generalinė asamblėja paskelbė invalidų dešimtmečiu ir ėmėsi veiksmų, gerinančių invalidų padėtį. Daug dėmesio skiriama sunkių ligonių ir invalidų slaugai. Nes ligonių ir invalidų reabilitacija ir slauga kelia daug medicininio, socialinio,

¹ Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2004, Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: pasiekimai ir problemos, Vilnius 2005, ISSN 1648-7338, p.61, http://www3.lrs.lt/home/ivairus/ataskaitos/Ataskaita_2004_NST.pdf

² Ten pat.

ekonominio bei moralinio pobūdžio problemų. Jų sprendimui būtina apjungti įvairių sričių specialistų, medikų pastangas¹. Lietuva, atsižvelgusi į tarptautinę padėtį, vykdo sekančią politiką:

- kartu su Švietimo ir mokslo ministerija tęsia pradėtą intensyvią reabilitacijos specialistų rengimą, o su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija sparčiau sprendžia neįgaliųjų socialinės integracijos problemas². Pastebėtina, jog keičiasi valdžios požiūris į reabilitaciją, didėja pastarąja suinteresuotumas, vyksta valstybės administravimo institucijų tarpusavio bendradarbiavimas reabilitacijos plėtros klausimais.

Nors veikianti medicininės reabilitacijos sistema Lietuvoje leidžia didelį skaičių neįgaliųjų pilnavertiškai reabilituoti, t.y. sugrąžinti į darbą, bet ir toliau privalu plėtoti socialinę infrastruktūrą, sudarančią sąlygas reabilituoti kuo daugiau neįgaliųjų³. Akivaizdu, jog siekiama vykdyti tarptautinio lygio reikalavimus, atsižvelgiant į reabilitacijos paslaugų plėtros tendencijas.

Viena vertus tai, jog Lietuva pasirinko teisingą reabilitacijos paslaugų kelią, tai žymi palapsnis reabilitacijos sistemos modernėjimas: kvalifikuotas personalas, technologijų panaudojimas, platus institucijų tinklas, iš tiesų džiugina. Tačiau tai parodo tik sukurtą reabilitacijos sistemos pagrindą, bet labai svarbus yra šios sistemos sklandus funkcionavimas. Tačiau Lietuvoje pastarasis susiduria su tam tikrais sunkumais. Visų pirma reabilitacijos paslaugų kokybė ir aptarnavimas nėra patenkinamas, valstybinių gydymo įstaigų administravimo išlaidos didėja, o biurokratija jose tiesiog klesti. Tokia situacija rodo, jog trūksta teisingos ir skaidrios lėšų administravimo tvarkos.

Vieną iš priežasčių būtų galima įvardyti tai, jog Lietuvai nepavyko susikurti sau patogios reabilitacijos sistemos, nes buvo bandoma kopijuoti sistemą nuo švedų, britų ar kitų šalių. Šioje vietoje būtina pažymėti, jog Lietuvai derėtų pasinaudoti šių šalių patirtimi, tačiau negalima jos automatiškai perkelti, reikia žiūrėti, kas tinka Lietuvai.

Taigi Lietuvoje nėra teisingai ir efektyviai administruojamos apdraustųjų lėšos siunčiant reabilitacijai. Gydytojai supriešinami su ligoniais, nes negali siųsti sunkių ligonių reabilitacijai. Tam nepakanka finansavimo, nors Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr.

¹KMU, Reabilitacija ir slauga, *Mokslinė programa*, <http://www.kmu.lt/index.php?cid=1560>

² LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. įsakymu patvirtinta profesinės reabilitacijos paslaugų plėtros 2007 – 2012 m. strategija, http://www.ndt.lt/files/File/viesos_konsultacijos/PR_strategijos_projektas1.doc

³ Ten pat, <http://sena.sam.lt/sam/naujienos/?idi=195>

444 juos įpareigoja tai daryti. To pasėkoje kenčia ligoniai, negaunantys reikiamos pagalbos, jie tampa invalidai.

Akivaizdu, jog reabilitacijos sistemos funkcionavimą būtina tobulinti, nes jos dėka į visavertį gyvenimą kasdien sugrįžta daugybė žmonių. Egzistuojantys reabilitacijos sistemos trūkumai, tokie kaip komplikuotas reabilitacijos paslaugų reglamentavimas, skaidrumo stoka, stebėsenos, kontrolės ir priežiūros mechanizmų netaikymas, per maža gydymo įstaigų konkurencija, sąlygoja dabartinę reabilitacijos sistemos būklę. To pasėkoje, pacientų nepasitenkinimas aptarnavimo bei siuntimų reabilitacijai tvarka.

Esant tokiai reabilitacijos sistemos būklei valdžia imasi sekančių veiksmų:

- bandoma *restruktūrizuoti* sveikatos priežiūros įstaigas, taip siekiama užtikrinti geresnį pacientų paslaugų poreikio patenkinimą, aukštesnę paslaugų kokybę, saugumą ir prieinamumą bei racionalesnį išteklių naudojimą. Taipogi vienas iš siūlomų sprendimų - atsisakymas paslaugų teikimo ribojimo (vadinamų "kvotų").¹

Vyriausybė pagal antrąjį *restruktūrizavimo* etapą siekia:

- optimizuoti reabilitacijos paslaugas;
- pertvarkyti ambulatorinę pagalbą;
- mažinti pacientų eiles dėl reabilitacijos paslaugų gavimo. Viena iš vyriausybės sveikatos priežiūros įstaigos reorganizavimo strategijos prioritetinių krypčių - ambulatorinių paslaugų plėtra². Detaliau žiūrėti 1 priedą.

Tuo siekiama decentralizuoti ir plėtoti pirminę sveikatos priežiūrą, artinant ją prie gyventojų, stiprinti specializuotą ambulatorinę pagalbą ir reabilitaciją. Pažymima, jog būtinos investicijos į ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros atnaujinimą, modernizuojant bei aprūpinant jas šiuolaikine įranga bei technologijomis³.

Siekiama gerinti *reabilitacijos paslaugas* sekančiais:

- finansavimo didinimas;
- didesnis dėmesys šių paslaugų kokybei;
- įvairių trukdžių ir barjerų šioms paslaugoms panaikinimas;
- ambulatorinės reabilitacijos apimčių didinimas ir kokybės gerinimas⁴.

¹ VLK, 2006 metų veiklos ataskaita, http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2007-03-01&item_id=1545

² Lietuvos sveikatos politikos strateginiai aspektai, V Nacionalinė sveikatos politikos konferencija 2006, http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikatos_politika/v%20konferencija%20ministrui%205.ppt

³ Specialioji Europos Sąjungos struktūrinės paramos 2007 -2013 m. programa, [http://www.sam.lt/repository/dokumentai/veikla/8\(64.1\)%20progr.%201%20b%20f.%202007-.doc](http://www.sam.lt/repository/dokumentai/veikla/8(64.1)%20progr.%201%20b%20f.%202007-.doc)

⁴ Janušonis V, Tinkama sveikatos priežiūra: pacientų lūkesčiai ir realybė, http://www.sam.lt/main/veikla/2006_2008_met_strat

Būtina paminėti, jog nuo 2003 m. rugsėjo 1 d. iki 2008 m. sausio 30 d. galiojęs Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. V-444 „Dėl reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ buvo pakeistas vykdant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. spalio 17 d. nutarimo Nr. 1020 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“ 305 punktą ir siekiant užtikrinti tinkamą medicininės reabilitacijos organizavimą, paslaugų kokybę, prieinamumą¹. Pakeistame įsakyme akcentuojama, jog *ambulatorinis* sveikatos stiprinimas bus skiriamas vis dažniau². Siekiama, jog gyvenamojoje vietoje būtų teikiamos pigesnės ambulatorinės paslaugos, tad joms skiriamos lėšos taip pat turėtų būti didinamos. Nuo 2008 metų gegužės 1 dienos žadama patvirtinti gerokai didesnes medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų bazines kainas³. Akcentuojama, jog teikiant daugiau pigesnių ambulatorinių paslaugų už tą pačią sumą bus galima pagydyti daugiau ligonių. Be to, sanatorijos bus labiau suinteresuotos priimti ligonių kasų siųstus pacientus. Kita vertus, naujoji tvarka sukonkretino siuntimo reabilitacijai sąlygas, siekiant išvengti neskaidrumo - tokiu keliu į sanatorijas patekdavo ne visi, kam reikia, o silpniausieji, išnaudojus kvotas, kartais likdavo be nieko⁴. Nepaisant to, jog ambulatorinė reabilitacija yra ir geresnė, ir pigesnė, tačiau ji tinka tik didelių miestų ir rajonų centrų gyventojams. Kaimo žmonių galimybės ją gauti labai sumažėja. Taipogi norint suteikti daugiau ambulatorinių paslaugų mažinama reabilitacijos trukmė⁵. Galima teigti, jog naujojoje tvarkoje galima išvelgti tiek plusų tiek ir minusų.

Iš to seka, jog aktualus tampa reabilitacijos paslaugų spektro ir apimčių didinimo, kokybės gerinimo klausimas. Tikimasi pozityvių pokyčių šių paslaugų teikimo procese, t. y. tobulesnės paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos. Taip būtų kokybiškai užtikrintos ir vienodai prieinamos reabilitacijos paslaugos pacientams, nes tinkamą ir efektyvią reabilitacijos organizavimo tvarką žymi:

- paciento interesai;
- poreikiai;
- lūkesčiai.

Apibendrinus galima teigti, jog nors yra daug problemų reabilitacijos sistemos funkcionavime, tačiau jei šiuolaikiškas medicininės reabilitacijos modelis nebūtų įdiegtas

¹ Žilėnas K, Klausimas iš VLK svetainės, Starkutė E, 2008-02-07.

² Įsakymas Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo, 2008 01 17, Nr. V-50, Vilnius, http://www.vilniaustlk.lt/failai/isakymas_reabilitacija.doc

³ Stankevičienė A, Visuotinis sanatorinis gydymas tolsta, *Lietuvos žinios*, Nr. 29 (11961), 2008 – 02- 05, http://www.lzinios.lt/lt/2008-02-05/sveikata_ir_vaistai/visuotinis_sanatorinis_gydymas_tolsta.html?print

⁴ Ten pat.

⁵ Ten pat.

Lietuvoje iki šiol, norint padėti reabilituotis sunkiems ligoniams reikėtų labai brangiai mokėti už jų reabilitaciją kitoms valstybėms. Be to, reabilitacijos sistema tobulinama, tuo tikimasi geresnių pokyčių ir tvarkos reabilitacijos paslaugų procese.

Pastebėtinai politikų pozityvus mąstymas medicininės reabilitacijos atžvilgiu. Iki 2002 metų mažėjęs PSDF biudžetas medicininei reabilitacijai (nuo 100,9 iki 77,1 mln.lt) 2003-aisiais pradėjo vėl po truputį didėti¹. Detaliau žiūrėti 2 priedą. Tai nulėmė Nacionalinės sanatorijų ir reabilitacinių įstaigų, Respublikos reabilitologų asociacijos, Seimo Sveikatos reikalų komiteto supratingas požiūris į medicininės reabilitacijos svarbą, kokybišką ir pakankamai sparčią plėtrą.

Reabilitacijos sistemos sukūrimo paskirtis: visapusiškas pasitarnavimas visuomenei, t. y. grąžinimas asmenims galimybės prisitaikyti aplinkoje, normaliai gyventi bei dirbti. Sistemos plėtra padeda ne tik nusistatyti prioritetus ir siekti užsibrėžtų tikslų, bet ir siekti efektyvios, kompleksinės reabilitacijos sistemos užtikrinimo visuomenei. Taigi prioritetas - gerai veikianti medicininės reabilitacijos sistema, kurioje gerai jaustūsi, gautų kokybiškas paslaugas ir atgautų darbingumą ir socialinę integraciją pacientai.

3.2 Medicininės reabilitacijos sistemos vertinimas ir finansavimas Vokietijoje

Siekiant įvertinti Lietuvos reabilitacijos sistemos pakankamumą ar trūkumą, pasinaudota Vokietijos pavyzdžiu: aukštas medicinos lygis, kvalifikuoti specialistai, pastarųjų indėlis į reabilitacijos sistemos kūrimą Lietuvoje, stipri techninė ir materialinė reabilitacijos bazė - šios įvardytos aplinkybės kelia poreikį atsižvelgti į toliau pažengusios valstybės patirtį.

Daugelyje Europos šalių reabilitacija - pirminės sveikatos priežiūros dalis. O reabilitacinis gydymas taikomas ligoniams po sunkių ligų ir traumų norint atstatyti funkcinį ligonio pajėgumą.

Pagrindinis įstatymas reguliuojantis reabilitacijos sistemą Vokietijoje buvo priimtas 1974 04 29, o 1976 m. ir 1986 m. koreguotas. Jis apėmė privalomą multidisciplininę, t. y. tarpusavyje susijusių medicinos, mokymo ir socialinių institucijų, sistemą. Prevencija, ankstyvas negalios gydymas buvo priskirtas reabilitacijai bei ligoniams su negalia².

¹ Jasaitienė M, Gydyklos kratosi ligonių, *Kauno diena*, 2007 09 17, <http://www.kaunodiena.lt/lt/?id=6&aid=50758>

² Comparison of the German and American systems of rehabilitation, <http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/2005VLKkapzvalga.pdf>

Taigi išskirtinė ir nepriklausoma reabilitacijos sistema buvo sukurta Vokietijoje, kurią norint įvertinti, būtina atsižvelgti į istorinį aspektą įtakojantį socialinės apsaugos sistemą, kurią sudaro penkios atskiros grupės, tačiau pastarųjų finansavimas yra bendras. Išskiriamos tokios grupės:

- Sveikatos draudimas (privalomas 90% gyventojų);
- Valstybinis pensijų fondas;
- Nelaimingų atsitikimų draudimas;
- Nedarbo draudimas;
- Slaugos draudimas.

Kiekvienas iš jų yra atsakingas už jiems priskirtas paslaugas ir turintis atskirą biudžetą. Pašalpų sistema yra papildoma sistema, kuri padeda ligoniams, jei iš minėtųjų penkių grupių ligoniui neapmokama. *Sveikatos draudimas* yra atsakingas už medicininį gydymą ir medicininę reabilitaciją¹. Vokietijoje *reabilitacijos tikslas* yra ne tik sumažinti jau esamą ligotumą, bet ir apsaugoti nuo pasikartojančio. Tai reiškia, jog reabilitacijos supratimas apima apsauginį ir reabilitacinį aspektą.

Apskritai *reabilitacija siekiama*:

- Pasiekti ir gerinti organizmo funkcionavimą kasdieniniame gyvenime;
- Apsaugoti ankstyvą invalidumą;
- Skatinti, praplėsti egzistuojančius socialinius asmeninius išteklius;
- Sumažinti rizikos atvejus ir atlyginti už esamus pablogėjimus.

Vokietijoje yra suteikiamas platus reabilitacijos priemonių spektras apimantis *medicininę, profesinę* (specialias neįgalių vaikų mokyklas, vaikus su negalia) ir *socialinę* reabilitaciją. Reabilitacija vykdoma bendrose ligoninėse ar specialiose reabilitacijos įstaigose, pvz. reabilitacijos klinikose, profesiniuose mokymo centruose. Vykdoma dienos reabilitacija, užsiimama ambulatorinių ligonių gydymu. Įvairių ligų grupėms suteikiamas įvairus reabilitacijos gydymas toks kaip ortopedinis, kardialinis ar specialus gydymas.

Trejopos reabilitacijos sistemos, t. y. medicininės, profesinės ir socialinės supratimas skiriasi. *Pirma*, ji suvokiama kaip negalia, *antra*, kaip medicinos įstaiga ir *trečia*, kaip medicininė reabilitacija.

Tyrimai atliekami trejopoje reabilitacijos sistemoje. Universitetuose supažindinama su reabilitacija; specialus kursas skirtas pastarajai. Tyrimų departamentai buvo įsteigti tam, kad atliktų projektų koordinavimą, tyrimų planavimą. Daug mokslinių konferencijų skirtų

¹ Medical rehabilitation in Germany, http://books.google.com.au/books?q=medical+rehabilitation+and+treatment.Germany&ots=znWy6Sxr_s&sa=X&oi=print&ct=title

reabilitacijai surengta Vokietijoje. Nemažai grupių įsijungė į reabilitacijos tyrimą: sveikatos politikai vyriausybiname lygmenyje, finansiniai rėmėjai (draudimo kampanijos, paslaugų tiekėjai (reabilitacijos klinikos) ir universitetai¹. Tai parodo aktyvų valstybės požiūrį į reabilitaciją.

Vokietijoje reabilitacijos paslaugos teikiamos kuo greičiau, jau ūmiame ligos periode, siekiant išvengti daugelio komplikacijų, kurios atsiranda dėl ilgo sunkių ligonių gulėjimo lovoje.

Vokietijoje reanimacijos ir intensyviosios terapijos (RIT) skyriuose bei kituose terapiniuose ir chirurginiuose skyriuose reabilitacijos paslaugas teikia mobili komanda, kurią sudaro: FMR gydytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, muzikos terapeutas. Taip pat yra ir atskiras ūmiosios reabilitacijos skyrius, kuriame teikiamos reabilitacijos paslaugos. Planuojama įsteigti ūmios reabilitacijos palatą RIT skyriuje bei dienos stacionarą lengvesniems ligoniams².

2001 m. birželį Vokietijos parlamentas išleido „*Reabilitacijos ir neįgaliųjų dalyvavimo įstatymą*“ (Rehabilitation and Participation of Disabled People Act)³. Šio įstatymo tikslas peržiūrėti reabilitacijos sistemą, sutelkiant dėmesį į neįgaliųjų geresnį dalyvavimą visuomeniniame gyvenime.

Vokietija norėdama sukurti šiuolaikišką reabilitacijos sistemą turėjo ją tobulinti, nes buvo nemažai neišspręstų *problemų* tokių kaip:

- Reabilitacijos samprata ir neįgalumas nebuvo reglamentuotas, skirtingai organizuojama septynerių institucijų, atsakingų už finansavimą tvarka;
- Skirtingos tradicijos teikiant reabilitacijos paslaugas dėl istorinių priežasčių bei viešo - privataus neatskyrimo tarp tiekėjų;
- Sudėtinga vyriausybės struktūra dėl stacionarių paslaugų teikimo bei kontraktų įvairovės (Įstatymu nustatyta pensijų draudimo sistema, kuri organizuojama fiksuoto atlyginimo darbuotojams. Federalinio draudimo institucijos atsakingos dėl fiksuoto atlyginimo darbuotojams. 22 regioninio pensijų draudimo fondai atsakingi už fizinius darbuotojus bei valdo stacionarių paslaugų tiekimą. Prekybos organizacijos, kurios vykdo nuo nelaimingų atsitikimų draudimą, bet neteikia stacionarių paslaugų);
- Paslaugas sunku administruoti dėl jų sudėtingumo;

¹ J.Bengel,J.E.Herwig,U.Koch, Research in rehabilitation in Germany, http://82.139.217.185/schatt/gv/pdf/3794524675/bengel_kap2.pdf

² Kompleksinė reabilitacija ir ketvirtasis Baltijos šalių nugaros smegenų asociacijos kongresas, *Avevita*, Kaunas, 0922 2006, Nr. 17 (410), <http://www.lgs.lt/index.php?m=108&l=169&k=1>

³ Participation of disabled people: A ‘paradigm shift’ in the German rehabilitation system?, <http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserverSpring2002.pdf>

- Trijų pagrindinių rehabilitacijos paslaugų skyrimo institucijų kompetencija persipina;
- Nėra aiškių, prieinamų duomenų institucijoms;
- Pacientams sudėtinga rasti atitinkamą, atsakingą rehabilitacijos paslaugų tiekėją dėl sistemos fragmentiškumo ir sudėtingumo;

- Aiškus nusistatymas prieš stacionarias rehabilitacijos paslaugas, tuo tarpu ambulatorinės paslaugos tampa labai svarbios¹.

Įvertinus tai, buvo vykdoma „Rehabilitacijos ir neįgaliųjų dalyvavimo“ įstatymo (Rehabilitation and Participation of Disabled People Act) *reforma*, kuria siekiama:

- Pateikti informaciją ligoniams apie rehabilitacijos paslaugų prieinamumą. Institucijos atsakingos už finansavimą turi vykdyti paslaugų teikimą bendrai savivaldybių ir rajonų lygmenyje. Jų užduotis yra informuoti ir teikti informaciją neįgaliesiems dėl rehabilitacijos paslaugų gavimo. Taip pat informuoti, kaip susirasti tinkamą tiekėją, kokia tvarka kreiptis dėl rehabilitacijos paslaugų bei teikti informaciją apie bet kokį rehabilitacijos gydymą. Šių paslaugų bendrumo teikimas garantuotų besikreipiančiajam įvairiapusę naudą bei geresnį paslaugų prieinamumą iš tiekėjų;

- Sustiprinti ambulatorinę rehabilitaciją: ambulatorinės reabilitacinės paslaugos bus orientuotos į dirbančias mamas, neįgalius žmones dirbančius ne pilną darbo dieną, kuriems ambulatorinė rehabilitacija ypač tinkama;

- Apsaugos prioritetas: įpareigojant rehabilitacijos tiekėjus aukoti neįgaliųjų bei chroniškų ligų apsaugai;

- Išplėsti paciento pasirinkimą: besikreipiantieji gali reikalauti rehabilitacijos paslaugų. Tiekėjai įpareigoti pagrįsti savo sprendimus, jei pastarieji neatitinka paciento lūkesčių. Taipogi pacientai, kuriems reikalingas rehabilitacijos gydymas, gali turėti savo asmeninį biudžetą, su kuriuo jie gali „pirkti“ savas paslaugas;

- Neįgalieji įgyja teisę gauti darbo paramą iš rehabilitacijos paslaugų tiekėjų, jei tai jiems padės įsidarbinti;

- Kurtieji įgyja teisę naudoti ženklų kalbą susiduriant su valdžios institucijomis;

- Reformos įstatymas įgalina teikti rehabilitacijos paslaugas ir užsienyje Vokietijos atsakingų institucijų vardu².

Akivaizdu, jog Vokietijos rehabilitacijos sistema neišvengė sunkumų. Teko peržiūrėti teisinius pagrindus, sukurti palankesnes sąlygas pacientams. Galiausiai buvo pasiekta, jog socialiniai įstatymai Vokietijoje suteiktų kiekvienam lygią teisę naudotis ne tik ūmiu

¹ Ten pat.

² Participation of disabled people: A 'paradigm shift' in the German rehabilitation system?, <http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserverSpring2002.pdf>

medicininiu gydymu, bet ir reabilitacijos paslaugomis, jei gresia negalia ar nepajėgumas dirbti. Pastaruoju metu kuriamos institucijos tam, kad užpildytų spragą tarp ūmaus medicininio gydymo ir privalomosios reabilitacijos, ypač tiems ligoniams, kuriems reikia reabilitacijos prieš slaugą.

Prie geresnės reabilitacijos sistemos būklės prisidėjo ir *Pensijų draudimo asociacija* (German Pension Insurance Association), kuri išvystė tam tikrus neurologinio ir neurochirurginio gydymo, reabilitacijos ir slaugos etapus: 1) ūmus medicininis gydymas ir slauga intensyviuose terapijos skyriuose ar klinikų palatose; 2) ankstyva ligonių reabilitacija. Ligoniai, kurie nėra sąmoningi ar linkę bendradarbiauti ir reikia tarpinės slaugos; 3) ligonių reabilitacija, kurie yra sąmoningi ir linkę bendradarbiauti, bet priklausomi nuo slaugos – „privalomoji“ reabilitacija; 4) ligonių reabilitacija, kurie nepriklausomi nuo slaugos, bet būtinas privalomasis gydymas – „medicininė reabilitacija“ tradicine prasme; 5) institucinės ir ambulatorinės reabilitacijos priežiūra profesiniam ar socialiniam integravimuisi; 6) privati ir institucinė priežiūra, kurios tikslas atstatyti ligonio funkcijas „pastovi priežiūra“¹.

Ūmus gydymas, reabilitacija, slauga ir priežiūra turi būti kaip nepertraukiama paslaugų grandinė. Tačiau problemos dėl išlaidų pasidalijimo tarp įvairių Vokietijos socialinio draudimo sistemos dalių ligi šiol vedė link atotrūkio tos grandinės.

Dauguma reabilitacijos paslaugų suteikta stacionariam gydymui. Tačiau pastaruoju metu pradėtas plėsti ir ambulatorinis gydymas².

Įstatymu apibrėžta sveikata ir pensijų draudimo schemas Vokietijoje - pagrindinės reabilitacijos tiekėjos.

Už reabilitacijos *finansavimą* atsako:

1) Valstybinė pensijų sistema (GRV); jos atsakomybėje galimybės užsidirbti atkūrimas, anksti į pensiją išėjusių ligonių apsauga. Ji finansuoja darbo jėgos *profesinę* ir *socialinę reabilitaciją*. Šio finansavimo suma 60% viso stacionaraus reabilitacijos gydymo Vokietijoje;

¹ Concept for a functional status and handicap-adjustment treatment and rehabilitation service chain in neurologic and neurosurgical management in Germany ("phase model"), http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8584075&dopt=Abstract

² Evaluation of outpatient rehabilitation: goals, conceptual framework and study design of a health and pension insurance joint research Project, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstractplus&db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=abstractplus&list_uids=12007032

2) Valstybinis nuo nelaimingų atsitikimų draudimas (GVV); jo atsakomybėje *profesinė ir socialinė rehabilitacija*, susijusi su ligomis ar nelaimingais atsitikimais darbe;

3) Valstybinis sveikatos draudimas (GKV); rehabilitacijos priemonės apsaugančios nuo invalidumo pradžios ir priklausiančios nuo namų priežiūros¹;

Tam, kad būtų užtikrinti aukšti profesinės sveikatos ir saugumo standartai, Vokietijos valdžia numatė nelaimingų atsitikimų (profesinių ligų) darbe draudimą. Tai reiškia, jog visas dėmesys orientuotas į geriausią apdraustojų gydymą bei socialinę, profesinę rehabilitaciją. Sėkminga rehabilitacija - geriausias apdraustajam sprendimas. Apdraustajam nemokama pašalpa, tol kol visos būtinausios rehabilitacijos galimybės nebus išnaudotos².

Įstatymų nustatyta tvarka, veikiančios nuo nelaimingų atsitikimų draudimo institucijos, atsakingos už visas rehabilitacijos paslaugas įvardytas kaip nelaimingus atsitikimus darbe ir profesines ligas, teikia išmokas³.

Pastebėtina, jog Vokietijoje rehabilitacijos sistemos ištakos siejamos su istoriniu bei socialinės apsaugos aspektu. Sveikatos draudimas, vienas iš socialinės apsaugos sistemos grupių atsakingas už medicininį gydymą ir medicininę rehabilitaciją. Rehabilitacijos sistema orientuota į neįgaliųjų integraciją į visuomenę. Rehabilitacijos sistema pagrįsta lygiomis galimybėmis, laisvu priėjimu prie paslaugų, dideliu skaičiumi paslaugų teikėjų ir modernia technologine įranga. Taipogi vadovaujamosi principu „rehabilitacija prieš pensiją“, t.y. asmenims, pretenduojantiems į negalios pensiją, yra privaloma pereiti nustatytą profesinės rehabilitacijos programą, prieš tai įvertinus rehabilitacijos galimybes.

Aptarus Vokietijos sistemą akivaizdu, jog pastarosios kūrimas kaip ir Lietuvoje neišvengė sunkumų. Vokietijos rehabilitacijos programos orientuotos į tarptautinę praktiką: konferencijų rengimas ir švietimas Vokietijoje. Išskirtinis rehabilitacijos bruožas, jog ilgą laiką buvo teikiamas tik stacionarus gydymas, tačiau pavyko pasiekti, jog medicininės rehabilitacijos paslaugos būtų teikiamos ne tik stacionare, bet ir ambulatoriškai.

3.3 Lietuvos ir Vokietijos rehabilitacijos sistemų palyginimas

Lietuvos ir Vokietijos rehabilitacijos sistemų palyginimas pabrėžia, jog Lietuvai reikėtų pasinaudoti šios šalies patirtimi, tačiau negalima jos automatiškai perkelti, reikia žiūrėti, kas tinka Lietuvai. Palyginimas įgalina Lietuvą analizuoti tarptautinę patirtį, atsižvelgti į

¹ Chances for advancement of outpatient rehabilitation in Germany, http://www.bmbf.de/pub/forschung_in_der_rehabilitation-englisch.pdf

² Rehabilitation before pension, <http://www.hvbg.de/e/pages/versich/leistung/rente.html>

³ Rehabilitation, <http://www.hvbg.de/e/pages/statist/reha/index.html>

Vokietijos reabilitacijos sistemos raidos ypatumus. Pažymėtina, jog Lietuva nebūtinai privalo atkartoti pastarosios patirtį, bet gali iš jos pasimokyti.

Privalu pabrėžti, jog reabilitacijos sistema įvairiose šalyse organizuojama priklausomai nuo tos šalies *ekonominių sąlygų, sveikatos apsaugos sistemos, socialinio draudimo, nacionalinių ir vietos tradicijų*. To pasėkoje, Lietuvos ir Vokietijos reabilitacijos sistemų išsivystymo lygis skiriasi. Tačiau kiekvienai iš jų sistemą teko tobulinti: peržiūrėti teisinę bazę, spręsti išskylančius juridinius, finansinius tolesnės plėtros klausimus¹. Abejose šalyse reabilitacija suvokiama kaip baigiamasis medicinos sistemos etapas. Pagrindiniai šios sistemos uždaviniai: neįgalumo profilaktika; neįgaliųjų integracija į visuomenę².

Šių valstybių reabilitacijos sistemų kūrimo laikotarpiai - medicininės reabilitacijos plėtra. Teisinių, administracinių, finansinių sąlygų gerinimas. Tiek Lietuvoje tiek Vokietijoje reabilitacijos sistemos sukūrimo paskirtis - visapusiškas pasitarnavimas visuomenei, t. y. gražinimas asmenims galimybės adaptuotis aplinkoje, normaliai gyventi bei dirbti. Abi šalys kurdamos reabilitacijos sistemą neišvengė sunkumų. Pagrindinės kliūtys kuriant šiuolaikišką reabilitacijos sistemą Vokietijoje: sistemos fragmentacija, sudėtinga paslaugų administravimo tvarka³. Lietuvoje kilo problemų ruošiant specialistus, techninės ir materialinės bazės kūrime.

To pasėkoje Lietuva ir Vokietija palaipsniui tobulino reabilitacijos sistemą: reforma imtasi priemonių, gerokai padidinančių reabilitacijos paslaugų teikimą neįgaliesiems, prioritetas ambulatorinei reabilitacijai, informacijos teikimui bei visapusiškoms, efektyvioms ir kokybiškoms reabilitacijos paslaugoms.

Abejų šalių reabilitacijos sistemų kryptys orientuotos link sveikatos priežiūros įstaigų teikiančių reabilitacijos paslaugas didinimo, geresnio jų prieinamumo ir kokybės. Dėmesys pacientų informavimui, savalaikiam, patikimam, deramam aptarnavimui.

Vokietijoje aukštų technologijų, gydymo metodų diegimas leidžia efektyviau spręsti paciento reabilitacijos problemas. Aukštas institucijų ir specializacijos laipsnis būdingas reabilitacijos bruožas. Reabilitacijos sistema Vokietijoje pasižymi ilga tradicija palyginus su Lietuva ir pagrįsta atskiru, socialinio įstatymo pagrindu.

Vokietijoje sveikatos draudimas yra atsakingas už medicininį gydymą ir medicininę reabilitaciją. Lietuvoje medicininės reabilitacijos ir (antirecidyvinių) gydymo paslaugos

¹Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencija, *Avevita*, Kaunas, 10-5 2007, Nr. 32, http://www.kmu.lt/avevita/text.php?str_id=421

² Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2004, Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: pasiekimai ir problemos, Vilnius 2005, ISSN 1648-7338, p.61, http://www3.lrs.lt/home/ivairus/ataskaitos/Ataskaita_2004_NST.pdf

³ Medical rehabilitation in Germany, http://books.google.com.au/books?q=medical+rehabilitation+and+treatment,Germany&ots=znWy6Sxr_s&sa=X&oi=print&ct=title

apmokamos iš Privalomojo Sveikatos Draudimo Fondo biudžeto lėšų. Valstybinė ligonių kasa yra atsakinga, už kokią PSDF biudžeto lėšų sumą suteikta reabilitacijos paslaugų bei už PSDF biudžeto lėšų panaudojimą¹.

Vokietija išsiskiria tampriu bendradarbiavimu ir nacionaliniu susitarimu dėl reabilitacijos svarbos. Mokymas, švietimas reabilitacijos klausimais itin aktualus ir sulaukiantis daug dėmesio tarptautiniu mastu. Tuo tarpu Lietuvai trūksta šio švietimo plėtos bei didesnio valstybės dėmesio.

Vokietija pasižymi aukštųjų technologijų aparatūra, techninė įranga. Nepaisant menko reabilitacijos paslaugų finansavimo Lietuvoje, siekiama reabilitacijos sistemą ir jos bazes modernizuoti, diegti naujas technologijas, gerinti paslaugų kokybę, kad visa tai atitiktų Europos Sąjungos standartų reikalavimus bei siekti pačių efektyviausių rezultatų.

Vokietijos ir Lietuvos reabilitacijos sistemos orientuotos į ES standartų atitikimą, programos orientuotas į tarptautinę praktiką, prioritetas neįgaliesiems.

Šalių tarpusavio bendradarbiavimas bei dalyvavimas tarptautinėse konferencijose įgalina stiprinti tarptautinius reabilitacijos sistemos atstovų ryšius, gilinti žinias, aktyviau dalyvauti mokslinėje tiriamojoje veikloje².

Palyginus šias šalis išryškėjo, jog tiek Lietuva tiek Vokietija turėjo sunkumų kuriant reabilitacijos sistemą. Abejoms šalims teko pastarąją tobulinti. Skirtingas tradicinis, teisinis politinis, ekonominis kontekstas sąlygoja nevienodą reabilitacijos sistemų pažangą. Pastaroji akivaizdesnė Vokietijoje, tai žymi didesnės investicijos, reabilitacijos metodų ir priemonių efektyvumas, darbo organizavimo reabilitacijos srityje patirtis. O Lietuvoje reabilitologijai labai trūksta lėšų, pažymėtina reabilitacijos komandos specialistų stoka, tinkamo neįgaliųjų gyvenimo bei darbo aplinkos pritaikymo esant tam tikram organizmo sistemos funkcijos sutrikimui bei nepakankamai išplėta reabilitacijos sistema namuose³. Akivaizdu, jog reabilitacija pasižymi apribotomis galimybėmis.

* Įvertinus reabilitacijos sistemos kūrimo Lietuvoje ir Vokietijoje eigą pastebėtina, jog reabilitacijos sistemos kūrimas – svarbus šių šalių uždavinys, kadangi reabilitacija užtikrina žmogaus gyvenimo pilnatvę. Reabilitacijos plėtojimas, etapai, kryptys ir galimybės Lietuvoje bei Vokietijoje iš dalies sutampa, t. y. neišvengta sunkumų kuriant sistemą. Siekdamos šiuolaikiškos reabilitacijos paslaugų sistemos raidos šalys turėjo pastarąją tobulinti:

¹ Žilėnas K, Klausimas iš VLK svetainės, Starkutė E, 2008-01-14.

² Šakėnienė R, Rotary dovanoja medicininę reabilitacijos įrangą, 2008-01-28, <http://www.rotary.lt/rotary-dovanoja-medicinine-reabilitacijos-iranga.html>

³ Jasaitienė M, Gydyklos kratosi ligonių, *Kauno diena*, 2007 09 17, <http://www.kaunodiena.lt/lt/?id=6&aid=50758>

orientacija į reabilitacijos paslaugų rezultatyvumą įtakojančius veiksnius tokius kaip: reglamentavimas, teisinių, administracinių, finansinių sąlygų gerinimas, institucijų veiklos stiprinimas teikiant kompleksines reabilitacijos paslaugas. Šalių pasiekimas, jog pavyko sukurti įstaigų tinklą, galintį teikti reabilitacijos paslaugas. Abipusis bendradarbiavimas leido remtis Vokietijos patirtimi, ko pasėkoje Lietuvoje buvo perkvalifikuojami reabilitacijos specialistai ir aktyviai rengiami nauji specialistai. Reabilitacijos sistemos produktyvumas labai stipriai siejasi su šalies ekonominėmis sąlygomis, sveikatos apsaugos sistema, socialiniu draudimu, nacionalinėmis ir vietos tradicijomis. To pasėkoje Vokietija išsiskiria stipresne tiek finansiniu tiek organizaciniu požiūriu reabilitacijos sistema nei Lietuva. Nors reabilitacijos sistema nepasižymi nusistovėjusia gilia tradicija ir praktika, tačiau reabilitacija populiarėja ir siekiama, jog ji Lietuvoje išsikovotų jai deramą vietą.

4. REABILITACIJOS PASLAUGŲ ADMINISTRAVIMO PROBLEMA LIETUVOJE

4.1. Tyrimo metodologinė dalis

Šio tyrimo **tikslas** ištirti reabilitacijos paslaugų administravimo proceso problemas.

Tyrimo metu buvo iškelti šie **uždaviniai**:

- 1) Ištirti, kaip reabilitacijos paslaugų ekspertai vertina reabilitacijos paslaugų prieinamumą;
- 2) Įvardyti reabilitacijos paslaugų administravimo trūkumus;
- 3) Įsigilinti į sprendimų priėmimo procesą: atrankos kriterijus, prioritetus (siuntimų stygių);
- 4) Įvertinti teisinės bazės pritaikymą reabilitacijos paslaugoms (nauja reglamentavimo tvarka);

4.2. Tyrimo procedūrinė dalis

Tyrimo tipas

Siekiant atskleisti pagrindines reabilitacijos paslaugų administravimo problemas, buvo pasirinktas *kokybinis tyrimas* bei vienas iš šio tyrimo metodų – pusiau *struktūruotas interviu*. Interviu yra pakankamai lankstus duomenų rinkimo įrankis¹. Struktūruotas interviu leidžia standartizuota forma fiksuoti tiriamojo atsakymus, o tai palengvina duomenų apibendrinimą ir palyginimą. Pusiau struktūruotas interviu naudojamas dėl to, nes leido priartėti prie reabilitacijos paslaugų įgyvendinimo proceso ne tik teoriškai, bet ir praktiškai. Kokybinio tyrimo metodai, skirtingai nuo kiekybinių, teikia svarbų giluminį situacijos vaizdą. Informacija gauta žodžiu suteikia platesnes galimybes nuodugniau pažinti tiriamą situaciją².

¹ Luobikienė I, *Sociologinių tyrimų metodika*, Kaunas, 2005, p. 79.

² Kardelis K, *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, Kaunas, 2002, p. 260.

Duomenų rinkimo procesas

Respondentų atranka: Reabilitacijos paslaugų administravimo procese išryškėja sąveikaujančių institucijų ir įstaigų svarba ir jų funkcijos. Išskiriamos įgyvendinančios institucijos, kurios atsakingos už reabilitacijos siuntimo tvarką, bei jas atitinkantys I, II ir III reabilitacijos lygiai, į kuriuos patenkama priskyrus atitinkamą gydymą. Taigi norint gauti *siuntimą* reabilitacijai galioja sekanti tvarka: pacientas kreipiasi į savo šeimos gydytoją, kuris skiria medicininės reabilitacijos paslaugas, t. y. išrašo siuntimus reabilitacijai, t. y. I reabilitacijos lygis – poliklinika, tyrimo atveju pasirinkta *Raudondvario ambulatorija*. II lygis – ligoninė. Gavus šeimos gydytojo rekomendaciją, tenka kreiptis į *ligoninės reabilitologą*, kuris turi duoti sutikimą ir pateikti medicininės išvadas dėl paciento gydymo, t. y. konsultuoti reabilitacijos siuntimo klausimais. Tyrimo atveju pasirinkta VŠĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė. III reabilitacijos lygį po antrojo reabilitacijos etapo pagal ambulatorinės reabilitacijos specialiuosius reikalavimus skiria antrajame etape medicininės reabilitacijos paslaugas teikiantis gydytojas, pritarus vedėjui. Tyrimo atveju pasirinktos Kauno medicinos universiteto klinikos. Tuomet tenka eiti į teritorinę ligonių kasą. Buvo lankytasi Kauno teritorinėje ligonių kasoje, kuri - viena iš penkių teritorinės ligonių kasų. Teritorinės ligonių kasos (TLK) - yra valstybinės institucijos, kurios su kitomis institucijomis vykdo privalomąjį sveikatos draudimą. TLK viena iš funkcijų - *siuntimų reabilitacijai pagrįstumo patikrinimas bei apmokėjimo už suteikiamas paslaugas patvirtinimas*.

Iškilusios problemos: pasirinkus šią temą magistro darbui, pirmiausia buvo siekiama iširti ir atskleisti reabilitacijos paslaugų administravimą praktikoje. Tačiau siekis iširti reabilitacijos paslaugų administravimą reikalauja daug laiko ir kito formato tyrimo. Be to, interviu metodu yra mažiau galimybių aprėpti daug tiriamųjų ir dėl paties metodo pobūdžio. Praktika parodė, jog į elektroniniu būdu pateiktas užklausas apie galimybę bendradarbiauti nebuvo atsiliepta, taipogi neįvykdytas pažadas persiųsti informaciją elektronine forma. Dėl asmeninio pokalbio (interviu) buvo tariamasi gana ilgai, nes respondentai argumentavo tuo, jog didelis užimtumas, įtemptas darbo grafikas. Taip pat buvo teiraujama apie patį interviu, jo paskirtį bei klausimus.

Interviu klausimai: interviu klausimai buvo formuluojami, atsižvelgiant į išsikeltus tyrimo uždavinius bei klausimus. Taipogi buvo siekiama sužinoti, kaip respondentai vertina reabilitacijos paslaugų administravimo raidą Lietuvoje, teisinės bazės pokyčius. Detalus interviu klausimynas atspindi 3 priede.

Tyrimo eiga

Prieš atliekant tyrimą, respondentams buvo pateikta žodžiu, paaiškinta, kokių tikslų atliekamas tyrimas bei kam ir kaip bus panaudota gauta informacija. Atsižvelgiant į interviu metodui keliamus reikalavimus interviu buvo atliekamas naudojant diktofoną. Tai suteikė galimybes užfiksuoti tikslią informaciją – taip buvo sumažintas subjektyvumas, o informacijai pailustruoti pasitelkti tikslūs interviu dalyvių duomenys. Taipogi interviu informacijai surinkti buvo panaudota šiuolaikinių informacijos technologijų priemonė – elektroninis paštas.

Respondentams neiškilo didelių neaiškumų, susijusių su tyrimo klausimais, kadangi buvo naudojamas standartizuotas interviu, kurio klausimus respondentai žinojo iš anksto. Kiekvienas iš interviu vyko apie 30 min. Iškilus neaiškumams interviu klausimai buvo papildyti keliais papildomais, tačiau tai problemų respondentams taipogi nesukėlė. Specifiniai klausimai kilo besivystant interviu, kuris buvo suderintas su *reabilitacijos paslaugų administravimo tvarka*, t. y. gydymo įstaigos (išrašo siuntimus), po jų - teritorinės ligonių kasos (patikrina siuntimų pagrįstumą bei patvirtina apmokėjimą už suteikiamas paslaugas). To pasėkoje interviu atliktas 2008-02-25 VŠĮ Raudondvario ambulatorijoje su šeimos gydytoju V. Budginu. 2008-02-12 VŠĮ Kauno 2-ojoje klinikinėje ligoninėje fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriuje su fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoja J. Raslavičiene. 2008-01-22 Kauno teritorinėje ligonių kasoje su direktoriaus pavaduotoju medicinai R. Andriūnu. Taip pat 2008-03-12 Kauno medicinos universiteto klinikose (KMUK) su fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus gydytoja A. Šidlauskiene. Klausimai buvo susieti su reabilitacijos paslaugų administravimu, sprendimų priėmimo procesu, Sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“. Reabilitacijos paslaugų organizavimo tvarką reglamentuojanti teisinė bazė padėjo geriau išvelgti administravimo problemas. Interviu atliktas su keturiais respondентаis: vienu teritorinių ligonių kasų atstovu, viena stacionarinės reabilitacijos gydymo įstaigos atstove, vienu šeimos gydytoju V. Budginu ir viena KMUK fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus gydytoja A. Šidlauskiene.

Duomenų analizės būdai

Tyrimo duomenims apibendrinti ir rezultatams aptarti buvo naudojamas duomenų interpretavimo metodas, padėjęs nustatyti, išanalizuoti ir įvertinti institucijos ir medicinos įstaigų veiklos ypatumus, pagrindines problemas dėl reabilitacijos paslaugų reglamentavimo

įgyvendinimo bei pateikiant galimus problemų sprendimo būdus. Duomenims analizuoti lyginta gauta informacija, nustatyti dėsniumai. Tyrimo rezultatų interpretavimas apima pirminių šaltinių analizę, t.y. interviu.

4.3 Tyrimo rezultatai ir jų interpretacija

Kaip jau darbe buvo minėta, reabilitacijos paslaugų administravimas nėra efektyvus savaime, dėl pastarajame įvardytų problemų. Tyrimo metu buvo įdomu išsiaiškinti, kokias *problemas išvelgia patys medicinos ekspertai* siunčiant pacientus reabilitacijai. Atlikta interviu analizė per I, II, III reabilitacijos lygius leido apibendrinti reabilitacijos paslaugų administravimo problematiką.

Kiekvienas iš respondentų pažymėjo, jog reabilitacijos paslaugų prieinamumas, t. y. siuntimų tvarka - problemiška. Pasak Kauno *teritorinės ligonių kasos atstovo*, direktoriaus pavaduotojo medicinai R. Andriūno, svarbu akcentuoti tai, jog daugėja žmonių patyrusių traumas – tai kartu ir socialinė problema. O to pasėkoje žmonėms patyrusiems traumas teikiamas siuntimams reabilitacijai prioritetas tam, kad nepaūmėtų jų sveikatos būklė, o pacientams, kuriems priklauso reabilitacija tenka užleisti savo vietą, todėl susidaro eilės ir ne visi norintys gauna siuntimus reabilitacijai. Tokia situacija parodo, jog siuntimų reabilitacijai tvarka praktiškai vyksta ne pagal planą¹. Anot R. Andriūno paradoksalu tai, jog siuntimų reabilitacijai biudžetas viršytas, kadangi išsiunčiama daugiau pacientų (dažniausiai išsiunčiami pacientai po insultų ir auglių). TLK reabilitacijos paslaugų administravimo procese yra galutinės vertintojos, t. y. jos asignuoja joms skirtomis lėšomis, kuriomis turi patenkinti pacientų poreikius². Žiūrėti 4 priedą.

VšĮ Kauno 2-osios klinikinės ligoninės fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojos J. Raslavičienės teigimu, *pagrindinės problemos* reabilitacijos paslaugų administravimo tvarkoje yra *nustatytos kvotos*, to pasėkoje apsunkinta pacientų atrankos tvarka, bei *plačios indikacijos*. Situacija tokia, jog TLK konstatuoja, jog konkreči ligoninė turi *tik kvotų* ir *privalo išsiųsti* pacientus reabilitacijai, visiškai nesigilindamos į situaciją. Pavyzdžiui, nustatyta, kad ligoninė turi išsiųsti 30 pacientų, nors gali tik 10³. Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoja tikino, kad jos pareiga - pateikti medicininės išvadas dėl paciento

¹Autorės interviu su Kauno teritorinės ligonių kasų direktoriaus pavaduotoju medicinai R. Andriūnu, 2008 01 22.

²Ten pat.

³Autorės interviu su VšĮ Kauno 2-osios klinikinės ligoninės fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoja J. Raslavičiene, 2008 02 12.

gydymo. Ji nesidomi, kiek yra skirta kelialapių, kvotų gydymo įstaigoms, kada pacientas gali išvykti. Tai ligonių kasų ir gydymo įstaigos sprendžiamos problemos. Taigi akivaizdu, jog reabilitacijos paslaugų prieinamumas yra ribojamas ir nepakankamas. Tai patvirtina ir šeimos gydytojas V. Budginas, kurio teigimu kiekviena gydymo įstaiga gauna labai mažą kiekį kelialapių reabilitacijos gydymui. Pvz. 1-2 tūkstančiui gyventojų 5-7 kelialapius per metus.¹ Esamą situaciją galima apibūdinti sekančiai. Nors įsakymai keičiasi, bet pagrindinis principas iš esmės ne - ir toliau paslaugos *prieinamos ne visiems*, kam jos priklauso, nes jos yra *kvotuojamos. Kvotų problema egzistuoja ir išliks opi*. Kvotos medicinos atstovams dirbti nepadeda. Kadangi teritorinės ligonių kasos (TLK) kiekvienai medicinos gydymo įstaigai skiria tam tikrą lėšų sumą, už kurią bus apmokamos reabilitacijos paslaugos, jeigu būtent iš tos įstaigos pacientai bus siunčiami. To pasėkoje pacientai yra išsiunčiami, kuriems tai priklauso pagal įstatymą, tačiau vėliau atsiranda pacientų po operacijų ar traumų, kuriuos taip pat reikėtų siųsti, tačiau ligoninė jau išnaudojo skirtą kvotą. O teritorinės ligonių kasos argumentuoja, jog daugiau siųsti negalima. Kauno Medicinos Universiteto Klinikų (KMUK) fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus gydytojos A. Šidlauskienės teigimu, siunčiant pacientus reabilitacijai iškyla tokios problemos kaip *sunkesnių ligonių pervežimas, vietų norimose reabilitacijos įstaigose stoka*². Galima teigti, jog visų respondentų nuomonė apie reabilitacijos paslaugų prieinamumą sutampa. Jis prastas, tai sąlygoja *lėšų trūkumas* bei *netinkamas jų paskirstymas*. Tai žymi sekančią situaciją nors esant medicininėms indikacijoms ir reabilitacijos būtinybei, gydytojai privalo ligoniams duoti siuntimus, tačiau atsižvelgiant į *ribotas Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto galimybes*, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms yra paskirstomos orientacinės lėšos siuntimams į medicinines reabilitacijos įstaigas ir į sanatorijas. Tai įpareigoja gydymo įstaigas racionaliau naudoti lėšas ir pagal galimybes planuoti pacientų srautus. Tačiau to nepavyksta įgyvendinti praktiškai. Taip pat svarbu akcentuoti, kokią dalį gavusiųjų medicinines reabilitacijos siuntimų sudaro pacientai iš miesto, ir pacientai iš rajonų. *Medicininės reabilitacijos paslaugų ribojimas labiau jaučiamas rajonuose*. Nors skirtumas ir nedidelis, vis dėlto Vilniaus miesto gyventojai sostinės stacionarinėse įstaigose dažniau gauna medicinines reabilitacijos siuntimus nei kaimo gyventojai. Tokia padėtis liudija, jog stokojama tolygaus lėšų paskirstymo reabilitacijai bei skaidraus lėšų administravimo.

¹Autorės interviu su VšĮ Raudondvario ambulatorijos šeimos gydytoju V. Budginu, 2008 02 25.

²Autorės interviu su Kauno medicinos universiteto klinikų fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus gydytoja A. Šidlauskiene, 2008 03 12.

Galiausiai situacija tokia, jog medicininei reabilitacijai siuntimas gaunamas, kuomet sulaukiama eilės, arba surandamas „reikalingas“ asmuo palengvinantis šio siuntimo gavimą. Tai priveda prie *korupcijos*.

Kita vertus, *biurokratizmas* taipogi didelė problema reabilitacijos paslaugų administravimo tvarkoje. Įsigilinus į reabilitacijos paslaugų sprendimų priėmimo procesą, kuriame sąveikauja gydymo įstaigos, TLK ir reabilitacijos centrai, akivaizdu, jog *siuntimų derinimas nėra sklandus*. Šeimos gydytojo V. Budgino nuomone, paradoksas toks: ligonių kasos sako rašykite, jog yra kelialapių, o mūsų įstaiga, konkrečiai Raudondvario ambulatorija, jau savo limitus (resursus) išbaigė, todėl negalime rašyti. Taigi direktoriai gydymo įstaigos savo, ligonių kasos – savo¹. KMUK fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus gydytoja A. Šidlauskienė teigia, jog ne visuomet pakankamai yra derinami siuntimai. Tai itin atsispindi metų pabaigoje – kuomet padėtis prastesnė².

Taipogi labai svarbu įvertinti *buvusią ir naująją* reabilitacijos paslaugų reglamentavimo tvarką, t. y, ar gerai pritaikyta teisinė bazė šių paslaugų teikimui. TLK atstovo R. Andriūno nuomone, reglamentavimas pakankamas, išsiuntimo indikacijos plačios, nors pats išsiuntimas sudėtingas (pagal gydymo rūšį), bet stengiamasi, kad patektų kuo daugiau pacientų. Pagal naująją medicininės reabilitacijos tvarką tikimasi geresnio prieinamumo, pacientai turėtų gauti daugiau paslaugų. Suaugusiesiems nebebus taikoma sveikatos grąžinamojo gydymo rūšis – bus skiriama arba antrojo tipo reabilitacija, arba ambulatorinė reabilitacija. J. Raslavičienė senąją tvarką komentavo sekančiai: pats įstatymas aiškus nors buvo dviprasmybių, pavyzdžiui nepilnai apibrėžtos indikacijos. Iš esmės buvo tik diagnozė, o TLK traktuoja, kad reabilitologai turi nuspręsti, ar pacientui reikia reabilitacijos ar ne. Kadangi nebuvo konkretaus apibrėžimo, o tik ligos tipas, todėl kaip ir nėra teisinių galių reabilitologui pasiųsti pacientą reabilitacijai. Respondentės manymu turėtų būti kriterijai, papildoma diagnozė, rodikliai, tyrimai tuomet būtų paprasčiau. O vertinti vien tai, ką tik pacientas pasako yra subjektyvu³. KMUK fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus gydytoja A. Šidlauskienė sekančiai vertina buvusią reabilitacijos reglamentavimo tvarką. Nemažai nesklaidumų kelia ir pačios *teisinės bazės spragos*, t. y netobulai parengti įstatymai, kurie

¹Autorės interviu su VšĮ Raudondvario ambulatorijos šeimos gydytoju V. Budginu, 2008 02 25.

² Autorės interviu su Kauno medicinos universiteto klinikų fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus gydytoja A. Šidlauskiene, 2008 03 12.

³ Autorės interviu su VšĮ Kauno 2-osios klinikinės ligoninės fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoja J. Raslavičiene, 2008 02 12.

apsunkina ir apriboja siuntimo tvarką, t. y. medicinos sričiai skiriamos lėšos ne tiesiogiai iš Valstybinės ligonių kasos, o per tarpines grandis - teritorinę ligonių kasas. Nepaisant, jog daliai pacientų, apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu, rehabilitacija priklauso pagal ligos sunkumo laipsnį, jie negauna siuntimo. To priežastis - pasibaigusios teritorinės ligonių kasų mėnesiui skirtos kvotos.

J. Raslavičienė patikino, jog dabartinė rehabilitacijos reglamentavimo tvarka logiška, apibrėžta, jos laikomasi nors kai kuriose situacijose trūksta kriterijų aiškumo¹.

Anot respondentės pagrindiniai *atrankos kriterijai* skirstant siuntimus – sunkūs ligoniai, kuriems ir teikiamas prioritetas. Kuomet buvo trys gydymo rūšys pirmoje vietoje buvo rehabilitacija. Labai gerai, kad sveikatą gražinantis gydymas panaikintas, nes jo indikacijos buvo plačios, neapibrėžtos. Tai buvo neprioritetinė gydymo rūšis. Šeimos gydytojas V. Budginas išskyrė tokius prioritetus: *pooperaciniai ligoniai ir darbingas amžius*. Anot A. Šidlauskienės pagrindinis prioritetas – *biosocialinių funkcijų sutrikimas*. TLK atstovo R. Andriūno nuomone pagrindinis prioritetas - *biosocialinių funkcijų sutrikimo laipsnis*, t. y. kalba, bendravimas, judesys. Galima teigti, kuomet gydytojai aktyviau rūpinasi savo pacientais, tuomet atsiranda pastarųjų skirstymas. Tam, kad situacija pagerėtų, gydytojai turi sekti savo ligonius, kada jų būklė pablogėja.

Apžvelgus respondentų nuomonės galima teigti, jog egzistuojantys atrankos kriterijai orientuoti į pačius sunkiausius pacientus. Tačiau pasitaiko atvejų, kuomet rehabilitacijos paslaugomis pradeda piktnaudžiauti ne tik pacientai, bet ir pačios medicinos įstaigos. Tuomet atsiranda pažeidimai ir itin aktualus tampa kontrolės klausimas. Konkrečiau galima būtų įvardyti galimus pažeidimus neurologijos skyriuje, kuriame dažniausiai būna *neigiama* rehabilitacijos gydytojo konsultacija, nes pacientas gali būti slaugomas namie. Nepaisant to artimieji visgi prašo siuntimo rehabilitacijai, atsisakydami slaugos namuose, taip įtakodami reabilitologą priimti jiems palankų sprendimą. Reabilitologai atlikdami pacientų atranką turėtų būti suinteresuoti jos skaidrumu, t. y. argumentuoti ir motyvuoti dėl savo sprendimo.

Tuomet aktualu tampa išsiaiškinti, kokias laisvės ribas pastarieji turi priimdami sprendimą. Taigi *neigiamą* reabilitologo atsakymą galima teisiškai pagrįsti tuomet, kai biosocialinių funkcijų sutrikimas nėra toks sunkus. Kuomet buvo trys gydymo rūšys tuomet, ir jei tai buvo liga - nebepagrįsi.

TLK atstovo R. Andriūno teigimu, TLK kontrolės neatlieka, o tik išduoda pažymą, tikrina, ar tikrai susirgimas įeina į tą sąrašą. (Apie 19.000 tūkst. pacientų atvyksta į Kauno

¹ Ten pat.

TLK)¹. Todėl vystomos informacinės technologijos tam, kad pati gydymo įstaiga išduotų pažymą ir pacientams nereikėtų lankytis TLK, nes yra pacientų, kurių sveikatos būklė yra sunki ir jie priversti patys atvykti. Valstybinė Ligonių Kasa (VLK) yra sukūrusi darbo grupę, kuri užsiima šiuo klausimu. J. Raslavičienė pabrėžia, jog stacionare nepasitaiko pažeidimų. Viskas vyksta tvarkingai, kadangi pacientai yra su ūmiomis ligomis ir stengiamasi sutilpti į kvotas. A. Šidlauskienė teigia, jog pažeidimų KMUK taipogi nėra, nes yra nustatyta siunčiamų vietų kvota. Pastebėtina, jog nėra išskirta priemonių, kuriomis būtų kontroliuojamas sprendimų priėmimas.

Nepaisant to, jog respondentų nuomone nepasitaiko pažeidimų siuntimų skirstyme, tačiau svarbu išsiaiškinti, ar atsižvelgiama į *demografinę padėtį* skirstant siuntimus. Kadangi pačia aptarnavimo tvarka nepatenkinti ir patys medicinos atstovai, kurie didžiausią problemą įvardija, jog finansavimas reabilitacijos centrams skiriamas atsižvelgiant į *demografinius rodiklius*. Tai reiškia, kad Vilniaus bei Kauno apskrityse esančios sanatorijos sulaukia gerokai daugiau lėšų, nei kitų apskričių (įskaitant ir Klaipėdos) reabilitacijos centrai. Tačiau respondentai paneigia šį argumentą. TLK atstovo R. Andriūno nuomone, į demografinę padėtį neatsižvelgiama, nes yra vienodas skyrimas gyventojams. Yra paskirstymas vienam prisirašiusiam gyventojui ir be to savikaina didėja. 2006 m 1 gyventojui skirta 32.28 Lt, o 2007 – 37.46 Lt. Viena išsiuntimo reabilitacijai vidutinė kaina 2007 – 1701 Lt. 2006 - 1728 Lt (mažėja per sutartinius įsipareigojimus)². Kita vertus, pasitaiko situacijų, kai pacientus siunčia reabilitacijai, tačiau jie nenori, bet apie tai nutylima. Šeimos gydytojo V. Budgino nuomone, į demografiją niekas neatsižvelgia, nes kelialapių skaičius juokingai mažas³. A. Šidlauskienė taipogi pritaria, jog neatsižvelgiama į demografiją.

Aptarus probleminę reabilitacijos paslaugų administravimo tvarką aktualu išsiaiškinti, kas daroma link pastarosios gerinimo. TLK atstovo R. Andriūno nuomone, reikia plėsti dienos stacionarą, kad gydytis būtų arčiau. Taipogi plėtoti tas paslaugas, kurios yra pigios, įkurti sanatoriją namuose, nes savikaina būtų mažesnė. J. Raslavičienė teigia, jog įstatymo

¹ Autorės interviu su Kauno teritorinės ligonių kasų direktoriaus pavaduotoju medicinai R. Andriūnu, 2008 01 22.

² Ten pat.

³ Autorės interviu su VšĮ Raudondvario ambulatorijos šeimos gydytoju V. Budginu, 2008 02 25.

pakeitimas pagerins tiems pacientams, kam iš tiesų reikia. Kadangi sveikatos gražinamojo gydymo nėra ambulatorinė reabilitacija išsiplėčia, susitaupo pinigai sunkiems ligoniams. Ambulatorinė reabilitacija prieinamesnė, kuri skirta ne poilsiui. V. Budgino teigimu, materialinė bazė negerėja, todėl niekas iš esmės nesikeičia. A. Šidlauskienė mano gerai tai, jog atsirado naujos reabilitacijos įstaigos (ambulatorinė reabilitacija).

Respondentai pasiūlė sekančias *alternatyvas*: griežtas reglamentavimas, orientavimasis į sunkius ligonius, svarbu, kad įsakymas nebūtų populistinis kaip anksčiau, išplėtojimas ambulatorinės reabilitacijos bazės, nes panaikintas sveikatą gražinantis gydymas, efektyvios procedūros (pvz. vandens procedūros), infrastruktūros plėtra tokia kaip sanatorijoje, paslaugų prieinamumas vietoje. Taipogi buvo paminėtas papildomas draudimas ir privačios iniciatyvos, fondai.

Respondentai mano, jog *prieinamumas būtų efektyvesnis* tik po ekonomikos pagerėjimo ir reabilitacijos išplėtojimo, jos svarbos didinimo. Būtinai reikia seminarų, 1-2 lygio gydytojų ir ligonių kasų atstovų bei reabilitologų. Taipogi būtinas apskritas stalas, seminarai, diskusijos. A. Šidlauskienė teigia, jog reikia padidinti galimybes nukreipti reabilitacijai iš ambulatorinės grandies. Kaip pastebėta respondentų skatinama švietėjiška veikla, akcentuojamas sukurtas įstaigų tinklas, galintis teikti reabilitacijos paslaugas.

Dar daugiau, svarbu išsiaiškinti, *ar pakankamas dėmesys* skiriamas reabilitacijos paslaugoms esamoje sveikatos apsaugos sistemoje. Respondentų nuomonė buvo nevienareikšmiška. Pasak J. Raslavičienės pacientai nori daugiau paslaugų, tačiau patys pasirūpinti ir investuoti į savo sveikatą nenori. Pacientų nuostata: imkite ir pagydykite, o ne užsiima sveika gyvensena ar profilaktika. Respondentė mano, jog dėmesys pakankamas, nors reikėtų daugiau investuoti į švietimą, profilaktiką, negu kuomet sergama (pinigai pacientų ligoms gydyti)¹. Tačiau mažas reabilitacijai dėmesys skirtas pačiose įstaigose. A. Šidlauskienė teigia, jog skiriamas nepakankamas dėmesys reabilitacijai dėl lėšų trūkumo.

Tokiu būdu svarbu atkreipti dėmesį į privačias reabilitacijos paslaugas. Respondentų manymu tam būtinos didelės investicijos: reikalinga aparatūra, patalpos, nes vieno kabineto nepakanka. J. Raslavičienė žinojo tik vieną kabinetą, tačiau pastarajam nepavyko išsilaikyti. Respondentė pabrėžė, jog kompleksinė reabilitacija reikalauja daug specialistų, komandinio darbo, todėl finansiškai nelabai apsimoka, nes reabilitacija nėra vien tik masažas, nepakanka vienos procedūros. Šeimos gydytojo V. Budgino teigimu, reabilitacijos įstaigos per mažai

¹ Autorės interviu su VŠĮ Kauno 2-osios klinikinės ligoninės fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoja J. Raslavičiene, 2008 02 12.

kalba apie jos svarbą, per mažai ir neaštriai kalba apie problemas. Reabilitacijos prezidentas daugiau važinėja su paskaitomis po užsienį, o čia realiai kovoja už gerinimą. A. Šidlauskienė mano, jog nepakankamai naudinga yra teikti privačias reabilitacijos paslaugas, nes šiuo laikotarpiu ne visi pacientai yra mokūs, o paslaugos palygti yra brangios. Todėl galima teigti, jog privačias medicininės reabilitacijos paslaugas teikti nėra didelio poreikio.

Respondentai pasikeitusią reabilitacijos ir sanatorinio gydymo organizavimo tvarką viena vertus, vertina teigiamai, jei pastarąją nepradės tobulinti. Kita vertus, vertina prastai, nes kol kas tik suvaržymai, o alternatyvų nepasiūlyta. Blogai tai, kad panaikintas sveikatą gražinantis gydymas. Naujasis reabilitacijos paslaugų suaugusiesiems teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų aprašas vertinamas palankiai: jis konkretesnis, yra diagnozė (riboja sunkius lengvus ligonius). Šeimos gydytojas V. Budginas taip pat mano, kad aprašas geras, profesionalus, bet dirbdamas patiria ekonominės realybės liūną – skurdą¹.

Kaip rodo reali padėtis respondentų interviu išryškino reabilitacijos reglamentavimo spragas.

*Apibendrinus galima teigti, jog teoriniu ir praktiniu požiūriais nagrinėtos reabilitacijos paslaugų administravimo problemos Lietuvoje sutapo. Interviu analizė atspindi senosios tvarkos trūkumus tokius kaip suderinamumo tarp reabilitacijai skirtų siuntimų biudžeto planavimo ir numatytų išlaidų, reglamentavimo tvarka nepakankamai efektyvi ir veiksminga dėl pastarosios įvardytų trūkumų, netikslumų. Reabilitacijos paslaugoms prireikia kontrolės, nes politika juda vis į priekį, o viešasis administravimas atsilieka.

¹ Autorės interviu su VšĮ Raudondvario ambulatorijos šeimos gydytoju V. Budginu, 2008 02 25.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

1. W. N. Dunn viešosios politikos ir paslaugų teorijos modeliai padėjo atlikti teorinės literatūros analizę: identifikuoti problemas reabilitacijos sistemoje, analizuoti reabilitacijos paslaugų teikimo specifiką.

2. Viešosios politikos ir paslaugų teorijų analizė išryškino dabartinio laikotarpio pagrindinius netinkamo reabilitacijos paslaugų administravimo pasireiškimus: piktnaudžiavimas ir biurokratizmas; gydymo įstaigos ne visada sugeba vykdyti vis besikeičiančių ir gausėjančių reikalavimų.

3. Pakeista ir patobulinta nauja medicininės reabilitacijos organizavimo tvarka siekia gerinti paslaugų prieinamumą, tinkamą organizavimą ir paslaugų kokybę.

4. Kompleksinė reabilitacijos sistema Lietuvoje buvo kuriama palaipsniui, remiantis užsienio šalių patirtimi bei praktika. Reabilitacijos lygiai reabilitacinio gydymo tąsa, žyminti komandinį darbą bei kompleksinių reabilitacinių priemonių taikymą. Įsakymai reglamentuoja šių paslaugų bendruosius ir specialiuosius reikalavimus, reabilitacijos specialistų veiklą, kompetentingų institucijų atrankos ir siuntimo dėl medicininės reabilitacijos vykdymą.

5. Reabilitacijos plėtojimas, etapai, kryptys ir galimybės Lietuvoje bei Vokietijoje iš dalies sutampa, t. y. neišvengta sunkumų kuriant sistemą. Reabilitacijos sistemų produktyvumas labai stipriai siejasi su šalies ekonominėmis sąlygomis, sveikatos apsaugos sistema, socialiniu draudimu, nacionalinėmis ir vietos tradicijomis. To pasėkoje Vokietija išsiskiria stipresne tiek finansiniu tiek organizaciniu požiūriu reabilitacijos sistema nei Lietuva. Nors reabilitacijos sistema nepasižymi nusistovėjusia gilia tradicija ir praktika, tačiau reabilitacija populiarėja ir siekiama, jog ji Lietuvoje išsikovotų jai deramą vietą.

6. Teoriniu ir praktiniu požiūriais nagrinėtos reabilitacijos paslaugų administravimo problemos Lietuvoje sutapo. Interviu analizė atspindi senosios tvarkos trūkumus tokius kaip komplikotas reabilitacijos paslaugų reglamentavimas, nepakankamas finansavimas, kvotos, skaidrumo stoka, kontrolės ir priežiūros mechanizmų netaikymas, per maža gydymo įstaigų konkurencija, suderinamumo tarp reabilitacijai skirtų siuntimų biudžeto planavimo ir numatytų išlaidų. Reabilitacijos paslaugoms prireikia kontrolės, nes politika juda vis į priekį, o viešasis administravimas atsilieka.

7. Remiantis teorinės literatūros ir tyrimo analizės rezultatais, nustatytoms reabilitacijos paslaugų administravimo problemoms spręsti siūlomos tam tikros rekomendacijos:

1. Sveikatos apsaugos ministerijai:

- Nustatyti aiškias, skaidrias pacientų atrankos ir siuntimo į medicininės reabilitacijos įstaigas sąlygas ir tvarką.

2. Teritorinės ligonių kasos:

- Būtiną gydymo įstaigų ir teritorinės ligonių kasų glaudesnis bendradarbiavimas siunčiant ligonius reabilitacijai.

3. Ligoninėms ir poliklinikoms:

- Siekti racionalios reabilitacijos paslaugų kriterijų atrankos tvarkos.

- Privalu didinti pacientų informuotumą apie esamas galimybes išsiųsti į reabilitaciją, kriterijus, pagal kuriuos ji yra skiriama, laisvas vietas.

- Sukurti sistemą, kuri leistų bent atskirais atvejais įvertinti, ar dokumentuose fiksuojama asmens, siunčiamo į reabilitaciją, būklė atitinka realiąją.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

Knygos, monografijos

1. Dunn W. N, *Viešosios politikos analizė įvadas*, Vilnius, 2006.
2. Gustainienė L, *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*, Kaunas, 2003.
3. Kardelis K, *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, Šiauliai, 2005.
4. Kardelis K, *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*, Kaunas, 2002.
5. N. Langvinienė, B. Vengreinė, *Paslaugų teorija ir praktika*, Kaunas, 2005.
6. Luobikienė I, *Sociologinių tyrimų metodika*, Kaunas, 2005.
7. Sveikatos enciklopedija, Vilnius, 2003.
8. Viešasis administravimas KTU, 2001.

Moksliniai straipsniai, konferencijų medžiaga

1. Tyrimas, Korupcijos pasireiškimas, teikiant suaugusiųjų medicininės reabilitacijos paslaugas, Vilnius, 2007, http://www.stt.lt/lt/files/tyrimai/2007_suaugusiųjų_reabilitacija.pdf
2. KMU, Reabilitacija ir slauga, *Mokslinė programa*, <http://www.kmu.lt/index.php?cid=1560>
3. Lietuvos sveikatos politikos strateginiai aspektai, V Nacionalinė sveikatos politikos konferencija 2006, http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikatos_politika/v%20konferencija%20ministrui%205.ppt
4. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2004, Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimas: pasiekimai ir problemos, Vilnius 2005, ISSN 1648-7338, p.61, http://www3.lrs.lt/home/ivairus/ataskaitos/Ataskaita_2004_NST.pdf
6. Nacionalinis Sveikatos Tarybos metinis pranešimas 2001m, Lietuvos gyventojų bendrosios bei psichikos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos, p.81, <http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0074457.pdf>
7. Nacionalinės Sveikatos Tarybos metinis pranešimas, Lietuvos sveikatos sistemos harmonizavimas integruojantis į ES, 2000, <http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0041172.pdf>
8. Specialioji Europos Sąjungos struktūrinės paramos 2007 -2013 m. programa, [http://www.sam.lt/repository/dokumentai/veikla/8\(64.1\)%20progr.%201%20b%20f.%202007-.doc](http://www.sam.lt/repository/dokumentai/veikla/8(64.1)%20progr.%201%20b%20f.%202007-.doc)
9. Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra, Kelią korupcijai atveria neapibrėžta reabilitacijos skyrimo suaugusiesiems tvarka, teigia teisininkai, 2007-12-21, <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=aktualijos&subid=naujienos&naujid=1397>

Teisės aktai ir dokumentai

1. LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994 07 19, Nr. I-552, Žin., 1998, Nr.112-3099, str.23.
http://www.vvspt.lt/aktai/teises/14_sveikatos_sistemos_istatymas.php
2. LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996 10 03, Nr. I-1562, Žin., 1996, Nr. 102-2317.
http://skelbimas.lt/istatymai/neigaliuju_socialines_integracijos_istatymas.htm
3. Įsakymas Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo, 2008 01 17, Nr. V-50, Vilnius,
http://www.vilniaustlk.lt/failai/isakymas_reabilitacija.doc
4. LR Sveikatos draudimo įstatymas, 1996-05-21, Nr I-1343, Žin., 1996 Nr.55-1287.
http://www.3lrs.lt/psl/inter2/dokpaieska.showdoc_Lp_=267446
5. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. įsakymu patvirtinta profesinės reabilitacijos paslaugų plėtros 2007 – 2012 m. strategija,
http://www.ndt.lt/files/File/viesos_konsultacijos/PR_strategijos_projektas1.doc
6. LR SAM, Dėl privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatų patvirtinimo, 2003, Nr. V-230, Vilnius,
http://66.102.9.104/search?q=cache:hKcfyH7enIEJ:www.vlk.lt/vlk/print/%3Fpage%3Dtaryb_nuost+%22gydytoj%C5%B3+profesin%C4%97s+s%C4%85jungos%22&hl=lt&ct=clnk&cd=1&gl=lt

Kita informacinė medžiaga:

Straipsniai periodikoje

1. Būdvytienė G, Reabilitacijos deficitas - nuostoliai sveikatai ir biudžetui, *Kauno diena*, 2004-09-29, http://sena.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/sam_20040929.htm#83865
2. Budvytienė G, Reabilitacijos loterijoje sėkmę lemia atsitiktinumas, *Kauno diena*, 2006-02-08,
<http://www.info.lt/index.php?page=naujienos&view=naujiena&id=65195>
3. Džedžulskis E, Sanatorija - ne kurortas, *Kauno diena*, 2001-06-06,
<http://www.ktlk.lt/publikacijos/,20>
4. Janušonis V, Tinkama sveikatos priežiūra: pacientų lūkesčiai ir realybė,
http://www.sam.lt/lt/main/veikla/2006_2008met_strat
5. Jasaitienė M, Reabilitacija daro stebuklus, *Kauno diena*, 2005 04 27,
<http://www.kaunodiena.lt/lt/?id=6&aid=27640>
6. Jasaitienė M, Gydyklos kratosi ligonių, *Kauno diena*, 2007 09 17,
<http://www.kaunodiena.lt/lt/?id=6&aid=50758>

7. Kasparaitis L, Reabilitacijos paslaugos prieinamos nebe visiems, *Vakaru ekspresas*, 2003-07-15, <http://www.ve.lt/?menu=11133684466& data=2003-07-15& rub=1065924812& id=1058200379>
8. Kriščiūnas A, Profesorius Aleksandras Kriščiūnas moka džiaugtis gyvenimu, *Skausmo medicina*, 2005, Nr. 2, p.11, http://www.emedicina.lt/site/files/skausmo_medicina/2005_02/Prof_Krisciunas_moka_dziaugtis_gyvenimu.pdf
9. Kriščiūnas A, Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praetis, dabartis, ateitis), *Medicina*, Kaunas, 2005; 41(3), <http://medicina.kmu.lt/0503/0503-101.pdf>
10. Leščinskienė L, Dirbkime kartu – politikai ir gydytojai mūsų visuomenės sveikatos labui, *Nacionalinė sveikatos politikos konferencija*, Vilnius, 2006-11-24, http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikatos_politika/loreta%202006-11-24_0.doc
11. Mutazaitė A, Reabilitacinis gydymas, *Sveikas žmogus*, 2005. Nr.1, <http://www.is-centras.lt/reabilitacija.htm>
12. Sadulis T, Reabilitacinio ir sanatorinio gydymo naujovės, *Lietuvos žinios*, 2004-10-11, p.8.
13. Smalskienė I, Plyšys į sanatorijas dar susiaurės, *Lietuvos sveikata*, 2005-12-23, http://www.info.lt/index.php?page=naujienos&view=naujiena_arch&id=61542
14. Stankevičienė A, Visuotinis sanatorinis gydymas tolsta, *Lietuvos žinios*, Nr. 29 (11961), 2008 – 02- 05, http://www.lzinios.lt/lt/2008-02-05/sveikata_ir_vaistai/visuotinis_sanatorinis_gydymas_tolsta.html?print
15. Stukas H, Reabilitacinio gydymo realijos, *Gyvenimo aktualijos*, <http://www.lass.lt/mz/200304/str01.htm>
16. Šakėnienė R, Rotary dovanoja medicininę reabilitacijos įrangą, 2008-01-28, <http://www.rotary.lt/rotary-dovanoja-medicinine-reabilitacijos-iranga.html>
17. Žilėnas K, Klausimas iš VLK svetainės, Starkutė E, 2008-02-07
18. Buvęs ministras apsunkino pacientų kelią į sanatorijas, *Vakaru ekspresas*, 2005-05-12 <http://www.ve.lt/?rub=1065924821&data=2005-04-12&pried=2005-04-12&id=1113237491&page=save>
19. Kodėl pritrūkote siuntimų reabilitacijai?, *Lietuvos sveikata*, 2004 09 23, http://sena.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/sam_20040924.htm#81507
20. Kompleksinė reabilitacija ir ketvirtasis Baltijos šalių nugaros smegenų asociacijos kongresas, *Aevita*, Kaunas, 0922 2006, Nr. 17 (410), <http://www.lgs.lt/index.php?m=108&l=169&k=1>
21. Lietuvos reabilitologų asociacijai – penkiolika metų, *Aevita*, Kaunas, 11-23 2007, Nr. 29, http://www.kmu.lt/avevita/text.php?str_id=2027
22. Lietuvos reabilitologų asociacijos konferencija, *Aevita*, Kaunas, 10-5 2007, Nr. 32, http://www.kmu.lt/avevita/text.php?str_id=421

23. Nacionalinė sanatorijų ir reabilitacinių įstaigų asociacija, *Avevita*, Kaunas, 05-4 2007, Nr. 18, <http://www.whoiswho.lt/ltu/presentations/KYKMC07/5212548.html>
24. Chances for advancement of outpatient rehabilitation in Germany, http://www.bmbf.de/pub/forschung_in_der_rehabilitation-englisch.pdf
25. Concept for a functional status and handicap-adjustment treatment and rehabilitation service chain in neurologic and neurosurgical management in Germany ("phase model"), http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8584075&dopt=Abstract
26. Evaluation of outpatient rehabilitation: goals, conceptual framework and study design of a health and pension insurance joint research Project, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstractplus&db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=abstractplus&list_uids=12007032
27. German and American systems of rehabilitation, <http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/2005VLKapzvalga.pdf>
28. J.Bengel, J.E.Herwig, U.Koch, Research in rehabilitation in Germany, http://82.139.217.185/schatt/gv/pdf/3794524675/bengel_kap2.pdf
29. Medical rehabilitation in Germany, http://books.google.com.au/books?q=medical+rehabilitation+and+treatment,Germany&ots=zNWy6Sxr_s&sa=X&oi=print&ct=title
30. Medicus. It, Reabilitacijos modelis Lietuvoje. Reabilitacijos principai, <http://www.medicus.lt/studentai/?s0=fizioterapija>
31. Participation of disabled people: A 'paradigm shift' in the German rehabilitation system?, <http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserverSpring2002.pdf>
32. Rehabilitation, <http://www.hvbg.de/e/pages/statist/reha/index.html>
33. Rehabilitation before pension, <http://www.hvbg.de/e/pages/versich/leistung/rente.html>

Internetinių šaltinių sąrašas

SAM svetainė

1. SAM, Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007-2015 m. metmenų projekto pristatymas, 2007-06-26 http://www.sam.lt/lt/main/news/pranesimai_spaudai?id=43586
2. SAM, Reabilitacinis gydymas, 2004-10-28, http://www.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/sam_20041028.htm#97717.

VTLK svetainė

1. Vilniaus teritorinė ligonių kasa, Nuolat didėja išlaidos medicininei reabilitacijai, 2004-04-28 http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item & kat_id=1 & date=2004-04-28 & item_id=217

2. Vilniaus teritorinė ligonių kasa, Ką pravertu žinoti apie medicininę reabilitaciją, 2004-10-15 http://www.vilniaustlk.lt/NG_ID17.html

3. VTLK, Ar atsakingai skiriamas reabilitacinis gydymas? *Lietuvos sveikata*, 2003-11-13 http://www.vilniaustlk.lt/PUB_ID5.html

VLK svetainė

1. VLK, 2006 metų veiklos ataskaita, http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=1&date=2007-03-01&item_id=1545

2. VLK, Dėl palaikomosios reabilitacijos, http://www.vlk.lt/vlk/pr/?page=item&kat_id=5&date=2006-05-29&item_id=1484

3. VLK, Reabilitacijos paslaugos, http://www.vlk.lt/vlk/sd/?page=item&item_id=115

Ligonių kasų svetainė

1. Ligonių kasos: 2005-ųjų apžvalga, Vilnius, 2006m, p.2, <http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/2005VLKazvalga.pdf>

2. KTLK, Pacientas turi teisę gauti medicinines reabilitacijos paslaugas, 2007-03-21, <http://www.ktlk.lt/naujienos/,113>

Interviu:

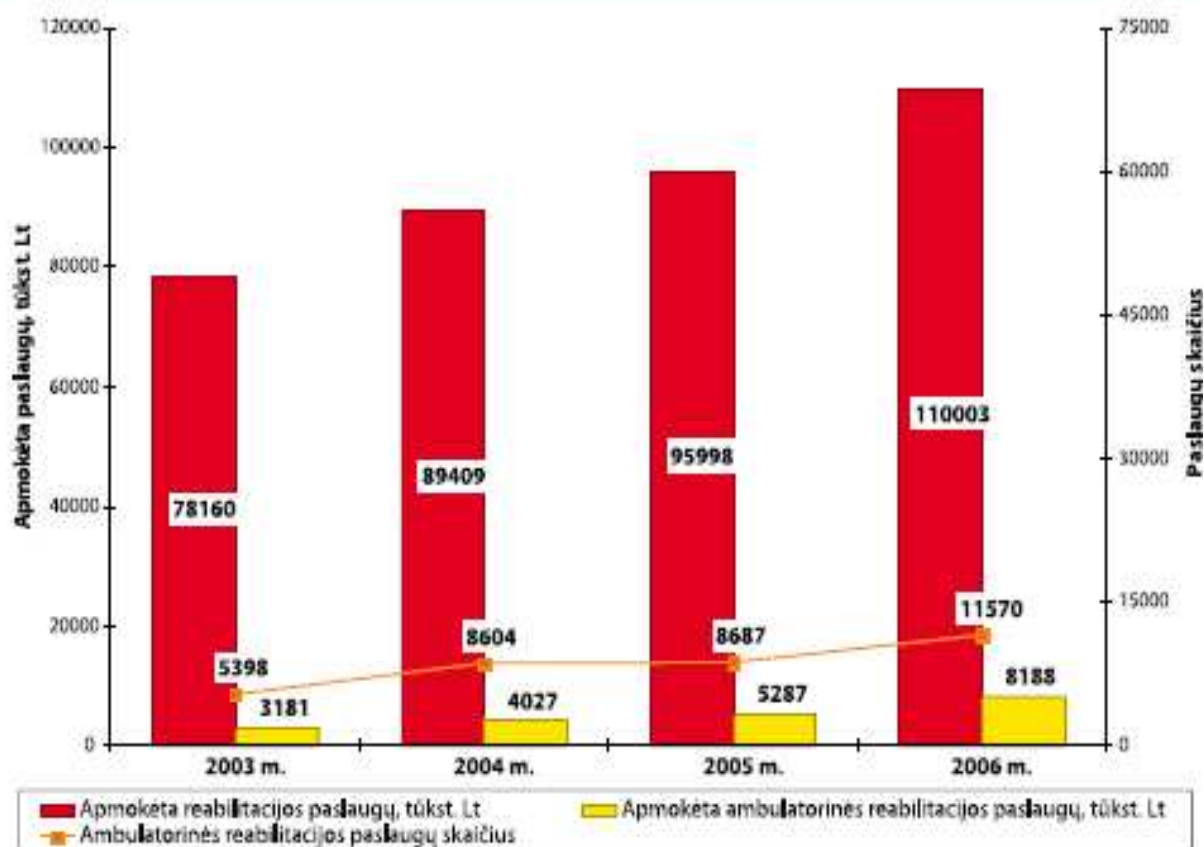
1. Autorės interviu su Kauno teritorinės ligonių kasų direktoriaus pavaduotoju medicinai R. Andriūnu, 2008 01 22.

2. Autorės interviu su VšĮ Raudondvario ambulatorijos šeimos gydytoju V. Budginu, 2008 02 25.

3. Autorės interviu su VšĮ Kauno 2-osios klinikinės ligoninės fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoja J. Raslavičiene, 2008 02 12.

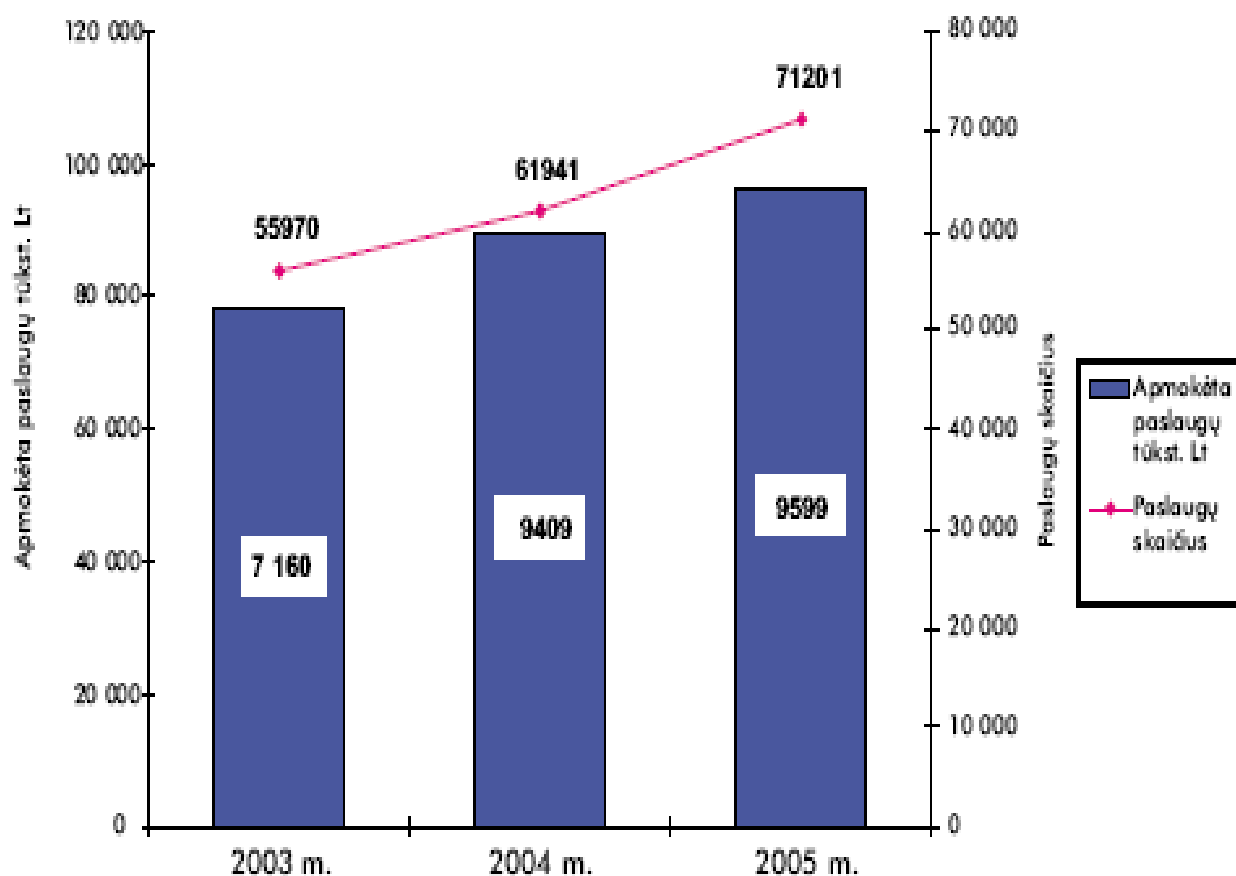
4. Autorės interviu su Kauno medicinos universiteto klinikų fizinės medicinos ir reabilitacijos skyriaus gydytoja A. Šidlauskiene, 2008 03 12.

Reabilitacijos paslaugų finansavimo ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų dinamika 2003–2006 m.



Šaltinis: Ligonių kasos: 2006-ųjų apžvalga, Vilnius, 2007, p. 32.
<http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/2006VLKpazvalga.pdf>

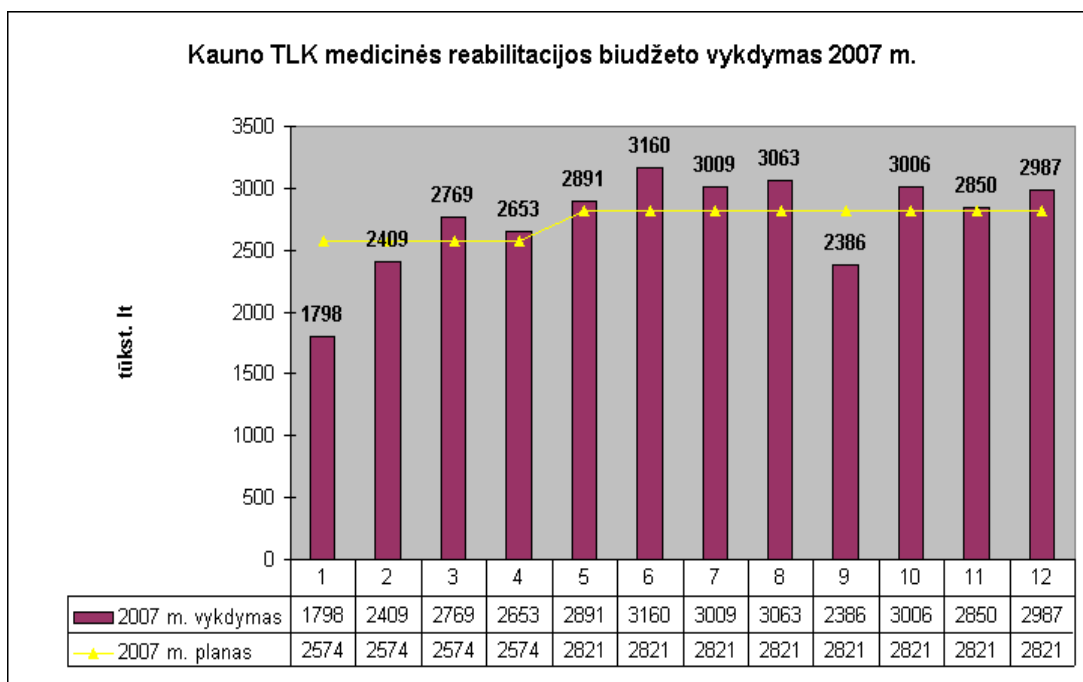
REABILITACIJOS PASLAUGŲ DINAMIKA 2003–2005 M.



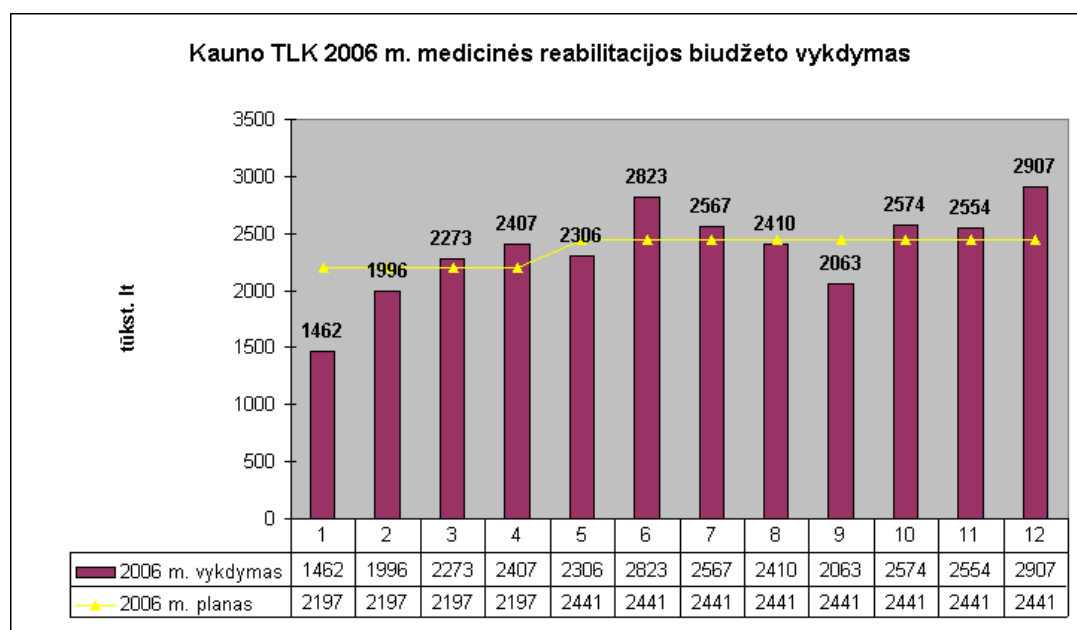
Šaltinis: Ligonių kasos: 2005-ųjų apžvalga, Vilnius, 2006, p. 31.
<http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/2005VLKapzvalga.pdf>

INTERVIU KLAUSIMAI

- 1) Kokios problemos iškyļa siunčiant pacientus rehabilitacijai?
- 2) Ar pakankamai derinama siuntimų tvarka?
- 3) Ar gerai pritaikyta teisinė bazė rehabilitacijos paslaugų teikimui?
- 4) Kaip vertinate esamą rehabilitacijos paslaugų tvarką?
- 5) Kokie atrankos kriterijai skirstant siuntimus? Ar yra prioritetai?
- 6) Kas apsunkina siuntimų kontrolę? Kokie pasitaiko pažeidimai?
- 7) Ar atsižvelgiama į demografinę padėtį skirstant siuntimus?
- 8) Kas daroma link rehabilitacijos paslaugų prieinamumo gerinimo?
- 9) Kokios institucijos sąveikauja rehabilitacijos paslaugų teikimo tvarkoje? Koks jų indėlis?
- 10) Kokios būtų alternatyvos?
- 11) Kokia geriausia alternatyva?
- 12) Ką, jūsų nuomone, reikėtų keisti, kad rehabilitacinių paslaugų prieinamumas pacientams būtų efektyvesnis?
- 13) Ar rehabilitacijos paslaugoms esamoje sveikatos apsaugos sistemoje teikiamas pakankamas dėmesys?
- 14) Jei ne, gal galėtumėte pakomentuoti kodėl? Gal galite pateikti konkretaus ligonio atvejį, kuris parodytų esamos situacijos problemišumą?
- 15) Ką manote, ar yra pakankamai gera dirva teikti privačias rehabilitacijos paslaugas?
Teigiami, neigiami pavyzdžiai.
Šaltinis: klausimai sudaryti autorės.



Šaltinis: Kauno teritorinė ligonių kasa, medicininės reabilitacijos biudžeto vykdymas,
http://www.ktlk.lt/gyventojams/reabilitacija/biudzeto_vykdymas/



Šaltinis: Kauno teritorinė ligonių kasa, medicininės reabilitacijos biudžeto vykdymas,
http://www.ktlk.lt/gyventojams/reabilitacija/biudzeto_vykdymas/