



2014–2020 metų  
Europos Sąjungos  
fondų investicijų  
veiksmų programa

### **Projektas**

**“Integruoto Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros paslaugų modelio,  
apimančio pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas, sukūrimas ir  
specialistų mokymai”**

(pagal priemonę NR. 08.4.2-ESFA-V-622)

Finansuojama Europos socialinio fondo lėšomis

**Integruotas pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos  
priežiūros paslaugų teikimo vaikams modelis**

2021 m.

**Rengėjai:**

UAB ILAB LT

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

**Autoriai:**

Prof. dr. Laimutė Vaidelienė

Dr. Sigita Burokienė

Prof. dr. Liutauras Labanauskas

Prof. dr. Rimantas Kėvalas

Prof. dr. Augustina Jankauskienė

Dr. Jovita Petrulytė

Prof. dr. Vaidotas Urbonas

Simona Klimavičiūtė

Integruotas modelis rengiamas įgyvendinant projektą „Integruoto Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros paslaugų modelio, apimančio pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas, sukūrimas ir specialistų mokymai“

**Finansavimas:**

Integruoto modelio sukūrimas finansuojamas iš Europos socialinio fondo lėšų, skirtų projektui (priemonės Nr. 08.4.2-ESFA-V-622) „Vaikų ligų, traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktika, sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumo ir kokybės gerinimas“ (priemonės Nr. 08.4.2-ESFA-V-622)

# Turinys

1	Įvadas.....	11
2	Mokslinis modelio pagrindimas .....	13
2.1	Moksliniais įrodymais paremtas vaikų sveikatos priežiūros modelis.....	14
2.2	Modelio pagrindimas .....	14
3	Situacijos apibūdinimas.....	16
3.1	Vaikų sveikatos priežiūros poreikiai.....	18
4	Vaikų sveikatos priežiūros problemos Lietuvoje .....	19
4.1	Vaikų skaičiaus kitimai.....	19
4.2	Sveikatos politika Lietuvoje .....	20
4.3	Pagrindinių vaikų sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų apžvalga .....	20
4.4	Pirminės vaikų sveikatos priežiūros problemos.....	22
4.4.1	Vaikų ligų gydytojo prieinamumo problema .....	22
4.4.2	Paslaugų prieinamumo prastėjimo priežastys.....	23
4.4.2.1	Vaikų ligų gydytojų trūkumas.....	23
4.4.2.2	Medicinos personalo kompetencijos I sveikatos priežiūros lygyje.....	25
4.4.2.3	Šeimos gydytojo teikiamų paslaugų vaikams trūkumai.....	26
4.4.2.4	Šeimos gydytojo kompetencijas atitinkančios gydytojų komandos neefektyvumas .....	27
4.4.3	Prasto paslaugų prieinamumo ir kokybės pasekmė: kreipimusi į vaikų priėmimo – skubios pagalbos skyrius skaičiaus augimas .....	28
4.5	Vaikų specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų netolygumai.....	30
4.6	Stacionariųjų paslaugų analizė ir problemos .....	31
4.6.1	Situacija Lietuvoje.....	31
4.6.2	Pasiūlymai dėl stacionariųjų paslaugų vaikams kokybės ir prieinamumo gerinimo...	32
4.6.3	Pasiūlymai dėl vaikų ligų stacionariųjų paslaugų teikimo kriterijų nustatymo.....	33
4.6.4	Integracijos poreikis stacionariųjų paslaugų tinkle .....	34
4.6.5	Vaikų stacionariųjų paslaugų teikimo principai .....	35
4.6.6	Minimalūs reikalavimai stacionarines vaikų ligų profilių paslaugas teikiančioms ASPĮ .....	37
4.7	Sprendimai vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir efektyvumui pagerinti .....	39
4.8	Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos .....	48
4.8.1	Bendros aktualios problemos .....	48
4.8.2	Teisės aktai .....	48
4.8.3	Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų organizavimo lygiai.....	49
4.8.3.1	Vaikų psichomotorinės raidos tikrinimas pirminiame lygyje. ....	49
4.8.3.2	Antrinio lygio vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija.....	49

4.8.3.3	Tretinė vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija: regioniniai ir universitetiniai centrai .....	53
4.8.3.4	VRSAR paslaugų išdėstymas respublikoje .....	55
4.9	Vaikų fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugos.....	56
4.9.1	Bendros aktualios problemos .....	56
4.9.2	Medicininės reabilitacijos paslaugų organizavimo principai ir prieinamumas pagal reabilitacijos etapus .....	56
4.9.2.1	Pirmasis reabilitacijos etapas. Paslaugos teikiamos ambulatorinio arba stacionarinio gydymo metu.....	56
4.9.2.2	Antras reabilitacijos etapas. Specializuotos stacionarinės reabilitacijos paslaugos. ....	57
4.9.2.3	Trečiasis reabilitacijos etapas. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugos.....	58
4.9.2.4	Siūlymai dėl ambulatorinių ir stacionarinių medicininės reabilitacijos paslaugų vaikams gerinimo .....	60
4.10	Vaikų ir paauglių psichiatrija .....	60
4.10.1	Bendros aktualios problemos .....	60
4.10.2	Teisės aktai reglamentuojantys vaikų psichikos sveikatos priežiūrą .....	61
4.10.3	Vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų organizavimo lygiai.....	61
4.10.3.1	Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra .....	61
4.10.3.2	Antrinis ir tretinis vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų lygiai. ....	63
5	Integruota vaikų su lėtinėmis ligomis, neįgalių vaikų priežiūra ir pagalba jų šeimoms .....	66
6	Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas .....	69
7	E-sveikata ir paslaugų koordinavimas .....	70
8	Sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančio personalo parengimo problemos .....	71
8.1	Vaikų ligų gydytojų ir gydytojų specialistų parengimas .....	71
8.2	Šeimos gydytojų parengimas vaikų ligų srityje .....	73
9	Specialistų poreikis.....	75
9.1	Gydytojų poreikio įvertinimas .....	75
9.2	Vaikų ligų gydytojų poreikis .....	76
9.3	Vaikų gydytojų - specialistų poreikis .....	78
10	Sveikatos rodiklių stebėsena.....	80
10.1	Europos vaikų ligojinėse asociacijos chartija.....	81
Priedai	.....	83

# Santrumpos

Apskr. - apskritis

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

BPG – bendrosios praktikos gydytojas

EAP – Europos pediatrių akademija (*angl. - European Academy of Paediatrics*)

EPA - Europos pediatrių asociacija (*angl. - European Paediatric Association*)

ES – Europos Sąjunga

HI – Higienos institutas

JT – Jungtinės tautos

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LR – Lietuvos Respublika

LRV – Lietuvos Respublikos Vyriausybė

LSMULKK – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

m. – metai

MOCHA – Vaikų sveikatos vertinimo modeliai, projektas (*angl. - Models of Child Health Appraised*)

PAASP – pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra

PAASPI – pirminė ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga

pav. – paveikslas

proc. - procentas

PSD – privalomasis sveikatos draudimas

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

R – referentinė (kontrolinė) grupė

r – rajonas

SADM - Socialinės apsaugos ir darbo ministerija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

sav. – savivaldybė

STRATA - Vyriausybės strateginės analizės centras

ŠG – šeimos gydytojas

TLK – Teritorinė ligonių kasa

tūkst. – tūkstantis

UEMS - Europos medicinos specialistų sąjunga (*angl. - European Union of Medical Specialists*)

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

VULSK – Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

# Santrauka

Paslaugų kokybė ir prieinamumas išlieka svarbiausiais iššūkiais vaikų sveikatos priežiūroje. Siekiant šių tikslų, labai svarbus sveikatos priežiūros paslaugų planavimas; pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugų integracija ir institucijų bendradarbiavimas; lėtinėmis ligomis sergančių ir neįgalių vaikų poreikių patenkinimas; paslaugų suteikimas arčiau namų, ambulatorinėmis sąlygomis; aukščiausios kvalifikacijos personalo, turinčio specifinių, vaikams reikalingų kompetencijų, užtikrinimas; bei nuolatinis paslaugų kokybės vertinimas ir tobulinimas.

## Pirminė asmens sveikatos priežiūra

- Tyrimai rodo, kad 72,3 % tėvų ir globėjų norėtų, kad jų vaikų sveikata pirminiame lygyje rūpintųsi vaikų ligų gydytojas. Tačiau pasirinkti pediatrą vaiko sveikatos priežiūrai gali ne visi. Norint užtikrinti PSO keliamus reikalavimus vaikų sveikatos priežiūros kokybei, Lietuvos vaikų pirminės sveikatos priežiūros sistemoje būtina stiprinti vaikų ligų gydytojo vaidmenį pirminėje priežiūroje, tobulinant mišraus aptarnavimo modelį, kad kiekvienam vaikui būtų prieinamos vaikų ligų gydytojo paslaugos. Pediatrų vykdoma pirminė vaikų sveikatos priežiūra turėtų būti labiau skatinama, paslaugų prieinamumas gerinamas, sudarant sąlygas tiesiogiai (be siuntimo) patekti pas vaikų ligų gydytoją II lygyje. Tokiu būdu vaikams būtų suteikiamos „į vaiką orientuotos“, prieinamos ir kokybiškos paslaugos bei optimizuoti žmogiškieji resursai ir kompetencijos vaikų sveikatos priežiūroje.
- Deja, dėl sveikatos politikos paskutiniaisiais dešimtmečiais pediatrų skaičius tiek pirminiame sveikatos priežiūros lygyje, tiek ir visoje sveikatos sistemoje mažėja. Vidutinis pediatrų amžius Lietuvoje siekia 60 m., o naujų specialistų rengimo tempai nepakankami. Vyriausybės strateginės analizės centro (STRATA) duomenimis vaikų ligų gydytojų poreikis Lietuvoje 2021 m. – 317 gydytojų. Vertinant papildomus pediatrų poreikius pirminėje grandyje, siekiant atkurti paslaugų vaikams kokybę, poreikis išauga iki 332 vaikų ligų gydytojų. Planuojant specialistų poreikį, būtina vertinti vaikams teikiamos pagalbos kokybę ir užtikrinti vaikų ligų gydytojų pasiekiamumą. Rengiant vaikų ligų gydytojus ir specialistus, jų poreikį, vertinti pagal vaikų skaičių rajonuose, gydytojų amžių, planuojamas paslaugų apimtis regionuose.
- Specifinės vaikams medicinos personalo kompetencijos būtinos naujus iššūkius atliepiančioje sveikatos sistemoje. Kompetencijoms įgyti reikalingų studijų trukmė apibrėžta ES UEMS (*European Union of Medical Specialists*) bei EAP (*European Academy of Paediatrics*) dokumentuose. Vaikų ligų gydytojų rengimas Lietuvoje atitinka UEMS rekomendacijas, kurios skelbia, kad minimalus bazinis pediatriinis pasirengimas turi būti ne mažiau 3 m. (Lietuvoje – 4 m.). Deja, šeimos gydytojų rezidentūros studijos Vaikų ligų srityje trunka tik 4-6 mėn. (EAP rekomenduoja 9-12 mėn.) ir neužtikrina žinių kokybės, nes didžiąją laiko dalį mokomasi „iš savęs“ – iš kitų šeimos gydytojų, o ne iš vaikų ligų gydytojų. Todėl neužtikrinama kokybiška vaikų, ypač iki 7 m. amžiaus bei lėtinųjų pacientų priežiūra, o tai lemia ne tik didėjančius pacientų srautus į vaikų skubios pagalbos skyrius, kur galima gauti vaikų ligų gydytojo konsultaciją, bet ir jaunų suaugusiųjų didesnę sergamumą lėtinėmis ligomis bei blogą šalies gyventojų amžiaus vidurkio statistiką. Šeimos gydytojų rezidentūros programoje būtina ilginti vaikų ligų studijas iki 9-12 mėn, užtikrinant mokymąsi iš vaikų ligų gydytojų, o ne iš kitų ŠG. Didinti vaikų ligų gydytojų prieinamumą, ypač rajonuose. Todėl reikėtų skatinti ŠG siųsti sergančius vaikus ne siauros specializacijos specialistams, o šalia dirbantiems vaikų ligų gydytojams. Pirminiame lygyje

didinti vaikų ligų gydytojų skaičių, skatinti, kad vaikų sveikatos pirminę priežiūrą teiktų tam skirtą kvalifikaciją turintys vaikų ligų gydytojai.

- Pirminės sveikatos priežiūros specialistų komanda (terapeutas, pediatras, akušeris-ginekologas, chirurgas) vaikų sveikatos priežiūros požiūriu yra neefektyvi, nes nei vidaus ligų gydytojas, nei bendrasis chirurgas neturi kvalifikacijos teikti paslaugas vaikams. Išanalizavus paslaugų teikimo apimtis buvo nustatyta, kad 2018 m. pirminiame lygyje 100-ai vaikų per metus teko 776 pediatro konsultacijos ir tik 5 chirurgo bei 0,9 akušerio – ginekologo konsultacijos. Tai rodo, kad teikiant paslaugas vaikams šiuo metu veikianti komanda su suaugusiųjų specialistais yra neracionalus žmogiškųjų išteklių naudojimas. Suaugusiųjų specialistų (vidaus ligų gydytojo, bendrojo chirurgo, akušerio-ginekologo) paslaugos vaikams nereikalingos.
- Lietuvos vaikų pirminės sveikatos priežiūros sistemą būtina keisti mišraus aptarnavimo modelio link, naikinant neefektyvias pirminio lygio komandas (vaikų apylinkėse atsisakant vidaus ligų gydytojo ir bendrojo chirurgo, akušerio - ginekologo) ir sudarant galimybes pediatrai dirbti savarankiškai, o kiekvienam vaikui tiesiogiai (be siuntimo) patekti pas pediatrą. Tai įvykdyti galima analogiškai, kaip Laisvės atėmimo įstaigoms, kuriose atsisakyta pediatro, jei apylinkėse nėra vaikų (LR SAM ministro įsak.2005-12-05 Nr.V-943, „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimas Nr. V-1113, 2020-05-11).
- Užtikrinti tėvams galimybę pasirinkti vaikų ligų gydytoją pirminei vaiko sveikatos priežiūrai. Kūdikiai ir vaikai iki 7 m. amžiaus – pažeidžiamiausia ir daugiausiai fiziologijos bei susirgimų specifiškumą turinti grupė. Todėl siūloma skatinti įstaigas, jeigu pediatras prižiūrėtų vaikus iki 7 m. Siūlome, kad vaikų ligų gydytojas būtų būtinas, jei PSPC ar rajone aptarnaujama daugiau nei 1500 vaikų. Šis skaičius grindžiamas tuo, kad dabar pediatrinė apylinkė yra apie 750 vaikų. Apie 50% jų – kūdikiai ir vaikai iki 7 m. amžiaus. Taigi, siūloma, esant bent 750 vaikų iki 7 m. amžiaus, jų sveikatos priežiūrai numatyti vaikų ligų gydytoją.

### **Ambulatorinių paslaugų integracija**

- Vaikų ligų specialistai turi ir vaikų ligų gydytojo licenciją, todėl jų paslaugas galima kombinuoti I ir II lygiuose. Tai užtikrintų paslaugų integraciją ir pagerintų kokybę, užtikrintų paslaugų tęstinumą. Turėtų būti taikomas klasterinis ambulatorinių paslaugų teikimo principas su penkiais regioniniais centrais.
- Būtina numatyti vaikų ligų gydytojų ir specialistų poreikį regionuose ir rajonuose, atsižvelgiant į stacionariųjų paslaugų vaikams teikimą, vaikų skaičių, turimus statistinius duomenis apie atskirų specialistų konsultacijų apimtis rajonuose.
- Visose aktyvaus stacionarinio gydymo rajonų ligoninėse turėtų būti užtikrinamas vaikų ligų gydytojo ambulatorinių paslaugų teikimas.
- Vaikų gydytojų specialistų konsultacinių paslaugų vartojimas pastaraisiais metais mažėja ir yra pasiskirstęs netolygiai. Kai kurių specialistų konsultacijų skaičius 100-ai gyventojų tarp skirtingų apskričių skiriasi net 5 kartus. Siekiant sumažinti paslaugų vartojimo netolygumus, racionalu būtų teikti visų apskričių ligoninėse šių vaikų gydytojų konsultacijas: vaikų ligų gydytojo, vaikų neurologo, vaikų kardiologo, vaikų pulmonologo, vaikų chirurgo, vaikų gastroenterologo, vaikų alergologo, vaikų endokrinologo.
- Respublikinio lygmens ligoninėse, 5-iose regionų centruose užtikrinti visų specializacijų vaikų gydytojų konsultacijas. Turėtų dirbti šių profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojai ir bendrieji gydytojai, turintys vaikų gydymo kompetencijas: vaikų ligų gydytojas, vaikų

pulmonologas, vaikų endokrinologas, vaikų kardiologas, vaikų alergologas, vaikų neurologas, vaikų nefrologas, vaikų gastroenterologas, vaikų hematologas, vaikų infekcinių ligų gydytojas, neonatologas, vaikų intensyviosios terapijos gydytojas, vaikų chirurgas, socialinis pediatras, vaikų ir paauglių psichiatras, ortopedas traumatologas, dermatologas, otorinolaringologas, oftalmologas, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas).

- ŠG turėtų būti skatinami siųsti vaikus arčiau esančio vaikų ligų gydytojo konsultacijai, o ne III lygio specialisto konsultacijai universiteto ligoninėje, išskyrus atskirus atvejus.
- Dauguma vaikų gauna sveikatos priežiūros paslaugas tik pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, todėl reikia rūpintis ir dėti visas pastangas, kad šeimos gydytojai ir bendrieji pediatrai turėtų palankias sąlygas ir motyvaciją gilinti žinias pediatrijoje, naudotis vieningomis diagnostikos ir gydymo metodikomis, turėtų priskirtą teritoriniu principu vaikų ligų skyrių, su kurio pediatrais galėtų pasitarti, sudalyvautų bendruose ligonių aptarimuose ir klinikinėse konferencijose.

### **Stacionariųjų paslaugų integracija**

- Įvertinus vaikų stacionariųjų paslaugų infrastruktūrą, paslaugų vartojimą ir sudėtį, nustatytos svarbiausios problemos: per daug vaikų gydoma stacionaruose, lyginant su ES valstybėmis; netolygiai išsidėstę vaikų ligų skyriai, kai kurių rajonų ligoninėse per mažas pacientų srautas; nepakankamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas bei paslaugų vartojimo netolygumas; neatskirti paslaugų teikimo reikalavimai skirtingo lygmens ASPĮ; išsibarsčiusios tretinio lygio sudėtingos paslaugos vaikams; dienos stacionaro paslaugų teikiama per mažai, stebimas netolygumas; priėmimo – skubios pagalbos skyriuose per daug teikiama pirminio lygio paslaugų.
- Optimizuojant pediatrijų stacionariųjų paslaugų tinklą, svarbu sudaryti vaikų stacionariųjų paslaugų teikimo tinklą su regioniniais centrais Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje, kurie koordinuotų mažesnių ASPĮ pediatriškas paslaugas. Vaikų stacionaro skyriams reikia numatyti kiekybinius ir kokybinius kriterijus, o nesant vaikų ligų skyriaus rajone, užtikrinti pediatro pagalbą kiekvienoje savivaldybėje, numatyti pavėžėjimo iki regiono centro paslaugas.
- Siekiant racionaliai naudoti PSDF biudžeto lėšas ir kartu užtikrinti tinkamą ir prieinamą stacionarinę asmens sveikatos priežiūrą vaikams, būtini stacionariųjų skyrių poreikio nustatymo kriterijai, atsižvelgiant į: vaikų skaičių aptarnaujamoje teritorijoje; atstumą tarp ligoninių; vaikų ligų gydytojo ar neonatologo poreikį, atsirandantį dėl gimdymų; ASPĮ pasirengimą teikti paslaugas kritinės būklės vaikams (Reanimacija II paslaugų teikimas); turimus žmogiškuosius išteklius, pasirengusius teikti paslaugas vaikams; gydytų pacientų skaičių, specializuotų paslaugų pobūdį.
- Visos ligoninės, kur gimsta naujagimiai privalo turėti pediatrų ar neonatologų paros postą, todėl racionalu teikti ir vaikų ligų stacionarines paslaugas visą parą, kartu užtikrinant vaikų ligų gydytojo paslaugas priėmimo skubiosios pagalbos skyriuje.
- Siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą, svarbu kad artimiausias vaikų skyrius, teikiantis paslaugas visą parą, būtų pasiekiamas pacientams per 1 val. arba būtų ne toliau kaip už 50 km. Vaikų lovų skaičius turėtų būti apskaičiuojamas, numatant 1-ą stacionaro lovą 500 vaikų (stacionaro, dienos stacionaro ir stebėjimo kartu), o vaikų lovų skaičius skyriuje, skirtas visų rūšių stacionarui, neturėtų būti mažesnis nei 10.



- Jeigu nėra stacionarinio vaikų skyriaus ir neužtikrinamas vaikų ligų gydytojo paros postas, ligoninėje turėtų būti teikiamos tik ambulatorinės vaikų ligų gydytojo paslaugos vaikams, tarp jų konsultacijos, dienos stacionaro, stebėjimo paslaugos. Priėmimo skubiosios pagalbos skyriuje vaikų ligų gydytojo nedarbo metu vaikams teikiama tik būtinoji medicinos pagalba – po to vaikai nukreipiami į stacionarines ir stebėjimo paslaugas vaikams teikiančią ligoninę.
- Stacionarinės vaikų chirurgijos paslaugos turėtų būti teikiamos tik Respublikinio lygmens ligoninėse.
- Paslaugų standartizavimui, kokybės užtikrinimui, regioninių netolygumų mažinimui, tikslinga nustatyti vaikų sveikatos priežiūros kokybinius rodiklius nacionaliniu mastu, numatyti minimalius stacionariųjų paslaugų teikimo reikalavimus rajono, regiono, respublikinio ir universitetinio lygmens ligoninėse.
  - Rajono ir regiono ligoninėse pakanka vaikų ligų skyriaus, kuriame būtų teikiamos skubios ir planinės stacionarinės ir ambulatorinės paslaugos, veiktų dienos stacionaras, skirtas vaikams. Regiono ligoninėse - apskričių centruose, turėtų būti teikiama įvairesnių ambulatorinių paslaugų vaikams.
  - Respublikinės ligoninės (Respublikinė Šiaulių ligoninė, Respublikinė Panevėžio ligoninė ir Klaipėdos vaikų ligoninė – paslaugas vaikams organizuojančios regione ASPĮ, kur teikiamos ir vaikų chirurgijos ir kitos specializuotos skubios ir planinės stacionarinės ir ambulatorinės paslaugos, veiktų dienos stacionaras, skirtas vaikams. Teikiama metodinė skubi konsultacinė pagalba vaikams
  - Universiteto ligoninės (LSMUKK, VULSK) – atlieka paslaugas vaikams organizuojančios regione ASPĮ funkcijas, čia teikiamos visų rūšių ir specializacijų paslaugos vaikams, koncentruojama sudėtingiausia tretinio lygio patologija, retos ligos, vyksta mokslinė, metodinė, specialistų rengimo veikla. Šių centrų specialistai turėtų sudaryti pediatrijos profilio klasterio valdymo grupę.
- Visose ligoninėse, teikiančiose paslaugas vaikams, turi būti aišku, ką galima gydyti vietoje ir kokiomis sąlygomis reikia perkelti į regioninį centrą arba tretinį, universitetinį centrą. Mažosios ligoninės turėtų priimti pacientus iš koordinuojančių centrų, jei gydymą galima tęsti nespecializuotame vaikų ligų skyriuje. Sklandus integruotas vaikų sveikatos priežiūros paslaugų tinklas būtinas nuo pirminės ir antrinės iki tretinės sveikatos priežiūros, stiprinant rajonų ir regionų pediatrijos padalinius.

### **Vaiko raidos ir reabilitacijos paslaugos**

- Vaikų raidos sutrikimų ankstyvam išaiškinimui būtina gerinti psichomotorinės raidos tikrinimo kokybę ir prieinamumą pirminiame sveikatos priežiūros lygyje, įdiegti gydytojo-socialinio pediatro specializuotą ambulatorinę paslaugą antriniame lygyje. Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos kokybės gerinimui ir netolygumų mažinimui rekomenduojama užtikrinti geresnę paslaugų integraciją ir koordinavimą per regioninius ir universitetinius centrus, įdiegti pacientų ilgalaikio raidos stebėjimo paslaugas iki 18 metų.
- Fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugų kokybės gerinimą ir prieinamumą vaikams apunkina paslaugų ir jų profilių išdėstymo respublikoje sistemos ir strategijos stoka. Prioritetas teikiamas suaugusiųjų medicininei reabilitacijai ir stacionarinėms reabilitacijos paslaugoms. Siūloma užtikrinti, kad kiekviename regione gyvenantiems vaikams būtų prieinamos visų gydymo profilių ambulatorinės ir stacionarinės reabilitacijos paslaugos; kad savivaldybėse, kur yra vaikų ligų skyriai ir/ teikiamos vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos, medicininės reabilitacijos paslaugas vaikams teiktų atskira

specialistų komanda; kad atskirų gydymo profilių poreikis būtų įvertintas atsižvelgiant į epidemiologinius ir paslaugų teikimo duomenis, kad būtų nustatyti kiekvieno paslaugų profilio kokybės kriterijai; peržiūrėti vaikų ambulatorinės reabilitacijos paslaugų įkainiai; kad VU ir LSMU ligoninėse būtų plėtojamos stacionarinės Reabilitacijos III paslaugos sudėtingiausiems pacientams; kad efektyviai būtų naudojami žmogiški ištekliai regionuose integruojant vaikų ligų, vaikų chirurgijos, vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų tinklus.

- Vaikų ir paauglių psichiatrijoje pagrindinės problemos išlieka labai ribotos vaikų pirminės sveikatos priežiūros galimybė ir žmogiški ištekliai, sistemingos kompleksinės tęstinės pagalbos, pacientų ilgalaikio stebėjimo, pagalbos koordinavimo nebuvimas, netolygus išdėstymas antriniame (regionų), tretiniame (Universitetinių centrų) lygyje. Todėl siūloma: patikslinti pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų funkcijas, kad jos realiau atitiktų turimus ribotus resursus; valstybės ir savivaldybių lygmenyje koordinuoti vaikų ir paauglių psichiatrų ir med. psichologų, turinčių patirties teikiant pagalbą vaikams, resursų tolygų paskirstymą respublikos mastu; plėtoti kompleksines antrinio ir tretinio lygio vaikų psichiatrijos, psichoterapijos, psichosocialinės reabilitacijos ir atskirų specialistų tęstines paslaugas vaikams su vidutiniais ir sunkiais psichikos ir elgesio sutrikimais; stiprinti tarpžinybinį bendradarbiavimą.
- Siekiant užtikrinti kokybišką integruotą sergančių lėtinėmis ligomis sveikatos priežiūrą, pagal gyvenamąją vietą, jiems turėtų būti galimybė gauti antrinio lygio vaikų sveikatos priežiūros paslaugas. Atsižvelgiant į neįgalių vaikų ir jų šeimų poreikius savivaldybių lygmenyje tinkamiausias pagalbos modelis būtų savivaldybių bendruomenės sveikatos centruose, kuriuose integruotos, pirminės, antrinės ir ilgalaikės sveikatos priežiūros bei visuomenės sveikatos biurų paslaugos, paslaugos teikiamos bendradarbiaujant su socialinės paramos ir švietimo sistemos įstaigomis.

### **Kokybės vertinimas**

- Sveikatos priežiūros kokybei išmatuoti reikalingi išmatuojami kokybės rodikliai - struktūros (žmogiškieji resursai, finansavimas, infrastruktūra, standartai, duomenų sistemos), paslaugos teikimo proceso (ištyrimo ir gydymo procesas), rezultatų (sveikatos būklė po gydymo) bei paciento nuomonė apie patirtį gydymo įstaigoje. Didžioji dauguma rodiklių yra sukurti suaugusiųjų sveikatos priežiūros kokybei matuoti, tad daugelis vaikų sveikatos priežiūros problemų lieka nepastebėtos.
- Vertinant paslaugų kokybę būtina atsižvelgti ne tik į struktūros, proceso, bet ir į rezultatų rodiklius, vertinti ir analizuoti vaikų (nuo 12 m. ar jaunesnių) nuomonę. Vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei vertinti galėtų būti taikomi šie stacionarinio gydymo kokybės rodikliai: Komplikacijų procedūrų metu dažnis (pvz. atsitiktinių pradūrimų ar plyšimų atvejai); Laikas nuo paciento atvykimo į priėmimo skubios pagalbos skyrių iki hospitalizavimo į palatą; Gastroenteritų gydymas stacionare; Sepsis ar meningitas neišnešiotiems naujagimiams; Su centriniu kateteriu susijusios kraujo infekcijos; Pakartotinių hospitalizacijų dažnis; Operacijų komplikacijos; Vaikų kompiuterinės tomografijos metu gautos radiacijos dozės; Ventrikuloperitoninio šunto disfunkcija ir kt.
- Europos vaikų ligoninėse chartijos (EACH) nuostatų laikymasis turėtų būti įtrauktas į stacionariųjų paslaugų kokybės rodiklius.
- Vaikų srautas į priėmimo skubios pagalbos skyrius nuolat auga, tai atspindi nepakankamą pirminės sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą, tad priėmimo-skubios pagalbos skyrių

paslaugų vartojimą tikslinga priskirti pirminio lygio įstaigų gerų/blogų darbo rezultatų rodikliams.

- Bendradarbiaujant kelioms šalims buvo sukurtas 42 pirminės pediatrinės priežiūros Europoje kokybės rodiklių rinkinys Europoje. Kokybės rodiklių rinkinys gali padėti pagerinti pirminės vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Išskiriami kelių kategorijų kokybės rodikliai, kuriuos siūlome įdiegti Lietuvoje:
  - ✓ Sveikatos stiprinimo, prevencijos, skringo - Nelaimingų atsitikimų prevencija; Žindymo skatinimas; Naujagimių klubų vertinimas; Regėjimo įvertinimas; Raidos vertinimas; Vakcinacijos apimtis (iki 2 m); Paauglių vakcinacijos apimtis; Arterinio kraujospūdžio išmatavimai; Tuberkuliozės skringas; Širdies aritmijų skringas; Hipercholesterolemijos skringas; Inkstų ligų skringas.
  - ✓ Ūminių ligų diagnostika ir gydymas - Laiku diagnozuotas otitas; Tinkamas viršutinių kvėpavimo takų infekcijų gydymas antibiotikais; Karščiuojančio kūdikio išplėstinis įvertinimas; Šlapimo takų infekcijos sukėlėjo nustatymas; Pagalbos prieinamumas ūmios ligos atveju (vizitai į priėmimo-skubios pagalbos skyrių).
  - ✓ Lėtinių ligų diagnostika ir gydymas - Ilgalaikis astmos gydymas; Aktyvumo ir dėmesio sutrikimo (ADHD) ankstyva diagnostika; Ankstyva pirmo tipo cukrinio diabeto diagnostika; Ankstyva anemijos diagnostika.
  - ✓ Kvalifikacija - Kvalifikacijos kėlimas vaikų sveikatos priežiūros srityje.
  - ✓ Pacientų sauga - Vaikų ligų diagnostikos ir gydymo protokolai; Tinkamas vaistų skyrimas; Nepageidaujamos reakcijos į vaistus ar vaistų netoleravimas; Vaikų gaivinimo ir pirmosios pagalbos mokymai; Vizito trukmė.

# 1 Įvadas

Vaikas – nėra mažas suaugusysis. Jo spartus fizinis bei psichomotorinis vystymasis, fiziologija bei patofiziologija skiriasi nuo suaugusiųjų ir turi daug specifiškumų. Atsižvelgiant į vaiko amžių, vystymąsi, jo sveikatos priežiūrai būtinos specifinės priemonės ir sveikatos sistemos resursai. Kintant vaikų sergamumo struktūrai ir socialinei aplinkai, Europos šalims tenka keisti sveikatos priežiūros sistemas, ieškoti naujų paslaugų teikimo modelių vaikams.

Vaikai ir jaunuoliai sudaro penktadalį Lietuvos populiacijos ir yra Lietuvos ateitis. Jie - būsimoji darbo jėga ir ateinančių kartų tėvai. Jų sveikata bus svarbus veiksnys, lemiantis šalies klestėjimą ir gyventojų ilgaamžiškumą. Šalys, kurios investuoja į vaikų sveikatą, gauna išpūdingą ekonominį atlygį, nes kiekvienas vaiko sveikatos labui išleistas euras per gyvenimą grįžta daugiau, nei 10 Eur nauda visuomenei.

Lietuvoje tikėtina gyvenimo trukmė trumpiausia ES – 74,6 m. (2015 m.). ES vidurkis – 80,6 m. Pagal lėtinių susirgimų skaičių Lietuva antra nuo galo ES po Vengrijos. Lietuvos sveikatos 2014-2025 m. strategijos pagrindinis tikslas – geresnė šalies gyventojų sveikata ir ilgesnė gyvenimo trukmė. Tačiau jaunų suaugusiųjų (20-24 m.) mirtingumas nuo kitų, nei nelaimingi atsitikimai priežasčių, Lietuvoje vis dar yra palyginti aukštas. O jis labai priklauso nuo sveikatos priežiūros vaikystėje. Taigi, jei norime prailginti gyventojų gyvenimo trukmę, privalome pradėti labiau rūpintis vaikų sveikata.

Vakarų Europoje ir Lietuvoje vaikų mirtingumas per pastaruosius 50 metų pastebimai sumažėjo. MOCHA (*Models of Child Health Appraised*) projekto tyrėjai 2018 m. pateikė statistiškai patikimus įrodymus, kad svarbiausi veiksniai, susiję su vaikų mirtingumo mažėjimu yra BVP vienam gyventojui augimas, mažesnės gyventojų priemokos už sveikatos paslaugas, didesnis vaikų ligų gydytojų (pediatrų) tankis, didesnis bendrųjų pediatrų ir neonatologų skaičius, valstybės užtikrinamų sveikatos paslaugų apimtis bei mažesni vaikų skaičiai šeimose. Lietuvoje, deja, dalies svarbių veiksnių, tokių kaip mažėjančios priemokos už sveikatos paslaugas bei didėjantis pediatrų skaičius, nėra.

Sveikatos priežiūros sistema turėtų veikti taip, kad kuo daugiau kvalifikuotų sveikatos priežiūros paslaugų vaikams būtų suteikiama arčiau namų, o tai galima pasiekti tik stiprinant pirminę vaikų ir paauglių priežiūrą, daugiau vaikų ligų gydytojų įtraukiant į pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Turime stiprinti ryšius tarp pirminio ir antrinio lygio, stiprinti pirminės grandies šeimos ir vaikų ligų gydytojų kompetencijas bei galimybes teikti profilaktines sveikatos priežiūros paslaugas vaikams bei gydyti vaikus jiems susirgus kuo arčiau namų, o esant poreikiui siųsti gydytojų specialistų konsultacijoms. Šiuo metu, hospitalizacijos rodikliai įvairiose šalyse skiriasi, o Lietuvoje jie vis dar per dideli. Turime tinkamai suplanuoti ūmios ir planinės pagalbos teikimą vaikams, mažinti sveikatos ir paslaugų teikimo netolygumus tarp regionų bei atsižvelgti į kitus vaikų sveikatos poreikius ir ateities iššūkius.

Darbo grupės pateikiamas Integruoto vaikų sveikatos priežiūros modelio dokumentas parengtas remiantis tarptautinėmis rekomendacijomis, 2019 m. paruošta Vaikų sveikatos priežiūros paslaugų ataskaita, atsižvelgus į šiandieninius vaikų sveikatos poreikius ir ateities iššūkius.

Modelyje pateikiamos rekomendacijos dėl vaikų stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų, suskirstytos į 4 kategorijas, kad būtų apibrėžtos savivaldybių, regionų, respublikinių ir universiteto ligoninių pediatrijos padalinių funkcijos, jų tarpusavio sąveika ir reikšmė visuomenei.

Modelyje išskiriami regioniniai pediatrijos paslaugų centrai ir jų vaidmuo koordinuojant ir teikiant paslaugas vaikams regione.

Esminės sąlygos integruotam sveikatos priežiūros modeliui pateiktos 1 paveiksle.

### Infrastruktūra

- pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, skubios ir neatidėliotinos pagalbos teikimas, stacionarinės ir ambulatorinės įstaigos

### Personalas

- gydytojai, slaugytojai, sveikatos ir socialinės priežiūros specialistai ir kiti

### Procesai

- diagnostikos ir gydymo protokolų standartizavimas šalies mastu

### Rezultatai

- vaikų sveikatos priežiūros kiekybinių ir kokybinių rodiklių ir jų stebėsenos bei išeičių analizė

**1 paveikslas.** Esminės sąlygos integruotam sveikatos priežiūros modeliui.

## 2 Mokslinis modelio pagrindimas

Šio priežiūros modelio tikslas – kad visi vaikai lengvai pasiektų saugias, aukštos kokybės, į pacientą orientuotas paslaugas tinkamoje vietoje, tinkamu laiku, nepaisant jų gyvenamosios vietos ar socialinės padėties. Integruoto pediatrijos paslaugų tinklo sukūrimas būtinas nacionaliniu mastu, su universiteto ligoninėmis kaip centrais ir regioniniais bei savivaldybių pediatrijos padalinių tinklais.

### *Tinklas turi atitikti keletą pagrindinių principų:*

1. Priežiūra turėtų būti teikiama kuo arčiau vaiko namų ir, kiek įmanoma, atsižvelgiant į jo klinikinius poreikius.
2. Paslaugos turėtų būti teikiamos atitinkamame lygyje, siekiant efektyviai naudoti išteklius.
3. Jei klinikinė situacija leidžia, ambulatorinei pagalbai turėtų būti teikiama pirmenybė, stacionarizuojama tik tais atvejais, kai problemos negalima išspręsti ambulatoriškai.
4. Sunkiausiai sergančių vaikų ir paauglių klinikiniai rezultatai yra geresni, jei jie gydomi tretinio lygio ligoninėje, nes:
  - Čia koncentruojami sudėtingiausi atvejai ir dirba visų profesinių kvalifikacijų gydytojai
  - Pažangios medicinos technologijos, paremtos puikiais informacinėmis ir ryšių technologijomis
  - Aplinka pritaikyta vaikams ir šeimai
  - Integruotas požiūris į inovacijas, paslaugų teikimą, informavimą, švietimą ir mokslinius tyrimus
  - Skubi konsultacinė vaikų ir naujagimių sveikatos priežiūra
5. Kompetencijos (retų ligų) centrai turi padėti funkcionuoti integruotiems pirminio, antrinio ir tretinio lygio tinklams.
6. Būtina trumpinti stacionarizavimo trukmę.
7. Kurti tarpprofesines ir tarpdisciplinines komandas.
8. Standartizuoti sveikatos priežiūros procesus visame sveikatos priežiūros tinkle.
9. Naudoti informacijos ir ryšių technologijas, siekiant pagerinti diagnostiką bei gydymą ir skirtingų lygių specialistų bendravimą.
10. Vaikų sveikatos priežiūrai vertinti naudoti kiekybinius ir kokybinius rodiklius ir vykdyti jų stebėseną.
11. Skatinti su vaikų sveikata ir sveikatos priežiūra susijusius mokslinius tyrimus.

***Būtinas vientisas integruotas priežiūros tinklas nuo pirminės iki antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros, stiprinant vietinius ir regioninius pediatrijos padalinius, įskaitant tokius veiksnius, kaip:***

- Nacionalinė elektroninė sveikatos sistema su vaikų sveikatos priežiūros moduliais.
- Bendradarbiavimas tarp tretinių ir regioninių centrų, palaikant glaudžius darbo santykius.
- Bendradarbiavimas tarp regioninių centrų ir rajoninių vaikų ligų skyrių.
- Suderintos ir standartizuotos klinikinės rekomendacijos, įgyvendinamos visoje sveikatos sistemoje.
- Lėtinėmis ir retomis ligomis sergančių vaikų priežiūros organizavimas regionuose, koordinuojant universitetų centrams.
- Pirminės vaikų sveikatos priežiūros stiprinimas, daugiau pediatrų įtraukiant į vaikų sveikatos priežiūrą bei gerinant bendradarbiavimą su psichikos sveikatos centrais, socialinėmis, švietimo ir vaiko teisių apsaugos tarnybomis.
- Bendruomenės sveikatos centrų teikiamų paslaugų lėtiniais ir neįgaliems pacientams plėtra.

- Pirminės sveikatos priežiūros ŠG ir pediatrams turi būti sudarytos sąlygos naudotis ligoninių infrastruktūra (laboratorija, radiologine tarnyba), turi būti sudarytos sąlygos pasikonsultuoti su gydytoju specialistu. Tokiu būdu sumažės pacientų siuntimas specialistų konsultacijoms ar stacionariniam gydymui.
- Visose ligoninėse, teikiančiose paslaugas vaikams, turi būti aišku, ką galima gydyti vietoje ir kokias sąlygas reikia atitikti ir kada pacientai turi būti perkelti į didesnius centrus arba universiteto ligoninę.

## 2.1 Moksliniais įrodymais paremtas vaikų sveikatos priežiūros modelis

Sudarant integruotą vaikų sveikatos priežiūros paslaugų Lietuvoje modelį, būtina atsižvelgti į tarptautines vaikų sveikatos priežiūros tendencijas, į geriausius klinikinius rezultatus lemiančius kriterijus. Vertinant vaikų sveikatos priežiūros modelius paaikėjo, kad vaikų sveikatos strategijos egzistavimas ir vaikų sveikatos priežiūros klausimai e-sveikatos kontekste yra pagrindiniai rodikliai, atspindintys modelio efektyvumą.

Įrodymais pagrįstų mokslinių tyrimų duomenys rodo, kad didesnis pediatrų skaičius ir aukštesnė jų kvalifikacija vaikų ir paauglių sveikatos srityje geriau atliepia vaikų sveikatos poreikius ir specifiką, teigiamai veikia statistinius vaikų sveikatos rodiklius, užtikrina geresnę paslaugų kokybę, prieinamumą ir koordinavimą. Daugelis Europos šalių neatsisako pediatro paslaugų vaikams arba grįžta į pediatriinį pirminės sveikatos priežiūros modelį, kuris yra ne tik efektyvesnis, bet ir pigesnis. Tačiau dėl daugybės ekonominių, socialinių bei kultūrinių veiksnių įtakos, šie teigiami aspektai gali būti suniveliuoti ar jiems nebus galimybių pasireikšti. Todėl sveikatos priežiūra išlieka nacionaline kompetencija, o Europos solidarumas, patirtis ir nauji moksliniai tyrimai gali padėti valstybėms narėms priimti naujus sprendimus ir patobulinti savo sveikatos sistemas.

MOCHA duomenimis, svarbiausi pirminės sveikatos priežiūros kokybės veiksniai, kurie turėtų būti perkelti į kitas šalis, yra paslaugų prieinamumas, įvedant patogias apsilankymo valandas ir tęstinis medikų ir paciento bendravimas atliepiant vaiko sveikatos poreikius.

Rengiant vaikų sveikatos strategiją ir sveikatos priežiūros modelį, būtina atsižvelgti į kitų šalių patirtis ir įrodymais pagrįstas rekomendacijas, kurių randasi vis daugiau. Europos bendrija teikia daug pasiūlymų bei vizijų, tačiau bendro Europos “išsipareigojimo vaikams” modelio nėra. Europos komisija turėtų stiprinti savo poveikį planuojant mokslinius tyrimus, išreiškiant savo požiūrį į optimalius žmogiškuosius resursus ir kompetencijas vaikų sveikatos priežiūroje; plėtojant etišką požiūrį į vaikų nuomonės išklausymą; skiriant didesnę dėmesį vaikų duomenų apsaugai; vertinant paslaugų kokybę, atsižvelgiant į “į vaiką orientuotą” sveikatos apsaugą; aiškinant investavimo į vaikų sveikatą ekonomiką, plėtojant e-sveikatos standartus; bendradarbiaujant ir harmonizuojant tarptautinių duomenų bazių naudojimą; suprantant ir gerbiant vaikų teises ir lygybę bei didėjantį vaikų autonomiškumą, jiems augant.

## 2.2 Modelio pagrindimas

Sveikatos priežiūros paslaugos vaikams turi būti savalaikės, efektyvios, veiksmingos, saugios, orientuotos į vaikus ir šeimą bei patikimos.

Šiems principams įgyvendinti, kuriant integruotą vaikų sveikatos priežiūros modelį, reikalinga atsižvelgti į šiuos veiksniai:

1. Paslaugų planavimas būtinas teikiant aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas. Todėl būtini kriterijai, siekiant nustatyti paslaugų apimtį bei teikti optimalias, efektyvias ir kokybiškas paslaugas. Tai diagnostikos priemonių ir terapinio darbo krūvio suderinimas atsižvelgiant į paslaugų vaikams poreikius. Tikslas – kokybiška sveikatos priežiūra, akcentuojant ankstyvą diagnostiką ir greitą gydymą. Tokios paslaugos geriausios vaikui ir ilgainiui yra ekonomiškesnės.
2. Paslaugų integracija pediatrijoje labai svarbi, nes vaikų ligų gydytojas rūpinasi ne tik sergančiais, bet ir sveikais vaikais, o taip pat neįgaliais pacientais ir vaikų apsauga, o dažnai ir socialinėmis reikmėmis. Be to, bendrauja ne tik su vaiku, bet ir su jo šeima. Šioms skirtingoms sritims reikalingos skirtingos paslaugos, atskiri darbo ištekliai, paslaugos turi būti integruotos, nes dažnai vienam vaikui reikia kelių sveikatos priežiūros paslaugų.
3. Modelis turi apimti pirminę vaikų sveikatos priežiūrą, bendrosios pediatrijos paslaugas ir specialistų bei subspecialistų poreikį. Svarbu apibrėžti, kokius žingsnius galima atlikti pirminėje sveikatos priežiūros srityje ir kada vaikas turi būti nukreiptas vaikų ligų gydytojui, jei pirminiame sveikatos priežiūros lygyje nėra pediatro. Pirminių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tobulinimas – svarbus modelio sėkmės veiksnys.
4. Reikia tobulinti paslaugų teikimą negalią turintiems vaikams. Dauguma paslaugų šiems vaikams teikiama bendruomenėje, o ne ligoninėje. Jei nėra bent vienos daugiadalykės paslaugos grandies, gydymo efektyvumas neįgaliam vaikui gerokai mažėja. Koordinavimą gali apsunkinti ir tai, kad atskiras paslaugas teikia skirtingi tiekėjai. Paslaugų kokybė labai priklauso nuo sveikatos ir socialinės priežiūros specialistų.
5. Siekiant mažiau sudėtingas paslaugas teikti arčiau namų, būtina nustatyti aiškias indikacijas, kuomet pacientai turi būti nukreipti į didesnius centrus. Stacionarinių paslaugų lygiai turėtų atitikti teikiant tiek pediatrijos, tiek neonatologijos paslaugas. Būtina efektyvi transportavimo sistema, kad sunkiai sergančius kūdikius ir vaikus iš vietos ligoninės būtų galima saugiai ir greitai perkelti į tretinį lygį bei grąžinti atgal.
6. Integruoto vaikų sveikatos priežiūros modelio prioritetas turėtų būti siekis išlaikyti vaikus sveikus ir gydyti juos ne stacionare. Vaikų susirgimų prevencijos priemonės turi neabejotiną ir greitai pastebimą naudą, skirtingai nuo suaugusiųjų, kuriems naudos gali tekti laukti dešimtmečius.
7. Specifinių kompetencijų turintis personalas pediatrijoje išlieka iššūkiu daugelyje šalių. Integruotame vaikų sveikatos priežiūros modelyje svarbu, kad personalo ištekliai būtų laikomi nacionaliniu prioritetu ir būtų išlaikomas teisingas medicinos, slaugos ir sveikatos bei socialinių darbuotojų santykis.  
Viena modelio sėkmės prielaidų yra podiplominis specialistų ruošimas, nes Lietuvoje, kaip ir daugelyje ES šalių, trūksta vaikų ligų gydytojų. Labai svarbus ir šeimos gydytojų pasirengimas vaikų ligų srityje, kuris šiuo metu neatitinka UEMS (*European Union of Medical Specialists*) ir EAP (*European Academy of Paediatrics*) rekomendacijų.
8. Moksliniai tyrimai vaikų sveikatos priežiūros srityje yra būtini vertinant sistemos efektyvumą bei progresą. Šiuo metu pediatriinių mokslinių tyrimų finansavimas yra problemiškas. Reikalingas nacionalinis tyrimų koordinavimo planas su konkrečiomis mokslinių tyrimų temomis.



### 3 Situacijos apibūdinimas

Nors vaikų mirtingumas mažėja, tačiau daugelyje šalių, o taip pat ir Lietuvoje, gerokai padaugėjo vaikų, turinčių sudėtingų, kompleksinių susirgimų. O tai vėliau lemia lėtinius susirgimus jauniems žmonėms ir trumpina gyvenimo trukmę. Kompleksinių susirgimų daugėja dėl augančio labai mažo svorio neišnešiotų naujagimių išgyvenamumo, didėjančio lėtinių ligų, alerginių susirgimų skaičiaus, plintančio nutukimo. Šiems vaikams reikia daugiau kvalifikuotų sveikatos priežiūros paslaugų, ypač pediatriinių.

Didėjanti specializacija siaurose medicinos srityse lemia sveikatos paslaugų teikimo fragmentaciją. Tai ypač pasakytina apie vaikus, sergančius sudėtingomis lėtinėmis ligomis, kuriems reikia keletą paslaugų teikėjų bei institucijų, o taip pat už paslaugų koordinavimą atsakingo asmens. Nesant specialistų bendradarbiavimo ir paslaugų koordinavimo, šeimoms, auginančioms lėtinėmis ligomis sergančius vaikus, reikia važiuoti didelius atstumus, kad būtų galima gauti atskiras siauros specializacijos vaikų sveikatos priežiūros paslaugas. Tokių pažeidžiamų bendruomenės narių sveikata ir gerovė priklauso ne tik nuo savalaikės, saugios ir veiksmingos medicininės priežiūros, bet ir nuo kokybiško švietimo, veiklios socialinės paramos, taip pat bendros šeimos gerovės.

Tokie gyventojų sveikatos pokyčiai reiškia, kad sveikatos sistemos ir sveikatos priežiūros modeliai turi atitinkamai prisitaikyti ir teikti aukštos kokybės paslaugas vaikams kintant sąlygomis. Siekiant užtikrinti darnią visų sričių veiklą, svarbūs du pagrindiniai strateginiai tikslai: sveikatos priežiūra, orientuota į vaikus bei šeimą; ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas su partneriais, siekiant pagerinti paslaugų koordinavimą ir integraciją. Tam labai svarbu atkreipti dėmesį į pirminės sveikatos sektoriaus vaidmenį, jo ryšį su antrine sveikatos priežiūra ir padėti kitoms institucijoms suprasti, kad pediatrijos srityje privalo būti taikoma integruota priežiūra. Lietuvoje šiuo metu sveikatos priežiūros paslaugų vaikams integracija nepakankama ir jų poreikių nepatenkina.

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) vaikų integruotą priežiūrą apibrėžia kaip sąvoką, apimančią diagnostikos, gydymo, priežiūros, reabilitacijos bei sveikatos stiprinimo ir prevencijos paslaugų teikimą, valdymą ir organizavimą. Integracija yra priemonė pagerinti paslaugų kokybei, jų prieinamumui, efektyvumui ir vartotojų pasitenkinimui.

Vertikali paslaugų integracija – tai skirtingų lygių sveikatos priežiūros specialistų teikiamų paslaugų integracija. Visų pirma tai pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugų integracija, kuri yra svarbi, nes nesunkių ir ūminių ligų valdymas yra didelė dalis vaikų sveikatos priežiūros paslaugų. Tokios integracijos pavyzdys galėtų būti šeimos gydytojai ar pirminės sveikatos priežiūros pediatrai, efektyviai dirbantys su antrinėje priežiūroje paslaugas teikiančiais vaikų ligų specialistais ir psichinės sveikatos specialistais.

Horizontali integracija apjungia to paties lygio priežiūrą, pvz. multidisciplininių specialistų komandų darbą. Horizontali integracija taip pat turi būti tarp sveikatos ir švietimo sektorių, bei tarp sveikatos ir socialinės priežiūros (ji svarbi vaikams su sudėtingais kompleksiniais poreikiais).

Išilginė integracija yra svarbi slaugai įvairiais gyvenimo tarpsniais, svarbiausiais raidos laikotarpiais (pvz., perduodant pacientus iš vaikų specialistų - suaugusiųjų specialistams).

Šių integracijos stoka pvz. Jungtinėje Karalystėje (JK) lėmė žymų vaikų ir jaunimo apsilankymų ligoninių skubios pagalbos skyriuose padidėjimą (nuo 2007 m. iki 2016 m. apsilankymų padidėjo 58 proc., o iki 2030 m. prognozuojamas dar 50–60 proc. padidėjimas). 85 proc. šių apsilankymų yra dėl lengvų sveikatos sutrikimų, kuriuos pacientai gali gydytis pirminėje priežiūroje. Deja, vaikų, besikreipiančių į skubios pagalbos skyrius dėl nedidelių negalavimų, skaičius JK kasmet padidėja 5%. Tokią padėtį stebime ir Lietuvoje [skyrius 4.4.3.].

M.Blair, S.Lynes ir kt. duomenimis, naudojant daugiadisciplininę komandą ir koordinuojant priežiūrą tarp pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, pastebimai sumažėjo skubių vizitų, stacionarizavimo trukmė (0,7 paros), mažiau praleista pamokų mokykloje, stebima ekonominė nauda. Pabrėžiama, kad pediatro paslaugos turi būti integruotos į pirminį, antrinį bei tretinį sveikatos priežiūros lygį, užtikrinant paslaugų tęstinumą [M.Blair et al. *Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe: The final summarised results of the Models in Child Health Appraised (MOCHA) Project, Imperial College London, UK, 2018.*]

Augančio vaiko sveikatos priežiūros poreikiai yra specifiniai daugelyje sričių, pradedant specifinėmis žiniomis, kurių reikia vaikų ligų gydymui ir baigiant jų atstovavimo ypatumais. Todėl sveikatos priežiūros paslaugos turi būti pritaikytos vaikams, o specialistai turi turėti specifinių kompetencijų. Tai ypač svarbu pirminiame sveikatos priežiūros lygyje. Tokių kompetencijų neturi šeimos gydytojai, gavę kelių mėnesių vaikų ligų pasirengimą, bet gali užtikrinti vaikų ligų gydytojai su 3 ar 4 metų pediatrinio pasirengimu. Europos Pediatrų Akademijos (EAP) bendruomenės nuomone, keičiantis pirminės sveikatos priežiūros modeliams Europoje, pediatrai turi likti svarbiausia vaikų sveikatos priežiūros ašimi ir nustatyti vaiko sveikatos priežiūros standartus kitiems specialistams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas vaikams. Tai reiškia, kad pediatras koordinuoja vaiko sveikatos priežiūrą ir vaikai privalo gauti pediatro konsultacijas.

2018 m. MOCHA tyrimas (1 priedas) parodė, kad 18-oje iš 29-ių ES ir EEB šalių dauguma vaikų yra prižiūrimi pediatrų. Lenkija iš šeimos gydytojo modelio grįžo prie mišraus vaikų sveikatos paslaugų teikimo modelio. Airija ir Latvija taip pat keičia savo BPG (bendrosios praktikos gydytojo) sistemas.

EAP ir MOCHA projekto tyrėjai konstatuoja, kad dalyje Europos šalių nebeliekant pediatro pirminiame sveikatos priežiūros lygyje, vaikų sveikatos priežiūros sistema tampa nepilnavertė: šeimos gydytojai labai dažnai siunčia vaikus į skubios pagalbos skyrius ar tiesiai siauros specializacijos vaikų specialistams. Tokia praktika susiklosčiusi ir Lietuvoje [skyrius 4.4.3.]

EAP prezidento prof. A.Tenore 2013 m. duomenys taip pat patvirtino, kad vaikų sveikatos priežiūrą patikėjus šeimos gydytojui, o ne pediatru, didėja siuntimų vaikų specialistams skaičius, o sveikatos priežiūros išlaidos išauga dvigubai. Taigi, šiuo metu siaurindami pediatrinę pagalbą pirminiame lygyje ir neturėdami efektyvaus antrinio lygio vaikų ligų gydytojų tinklo, judame link brangesnės, mažiau efektyvios ir prastesnės kokybės vaikų sveikatos priežiūros.

EAP bendruomenės nuomone, Europos pediatrai turi likti svarbiausia vaikų sveikatos priežiūros ašimi. Jie neturėtų siekti profesinės monopolijos kūrimo ar visiško vaikų sveikatos priežiūros monopolizavimo, bet turėtų nustatyti vaiko sveikatos priežiūros standartus ir aktyviai bendradarbiauti su kitomis profesinėmis grupėmis ir pacientų organizacijomis [J.Ehrich, L.Namazova-Baranova, M.Pettoello-Mantovani, 2016].

EPA duomenimis, 2009 metais 53-ose Europos šalyse dirbo apie 200 000 pediatrų. Pirminiame lygyje ir ambulatoriškai dirbančių bendrųjų pediatrų ir stacionaruose dirbančių subspecialistų santykis 50:50. Per 10 metų laikotarpį situacija labai pasikeitė: pirminę vaikų priežiūrą daugelyje valstybių perėmė bendrosios praktikos gydytojai/šeimos gydytojai (BPG/ŠG). Nebeliekant pediatro pirminiame lygyje, vaikai siunčiami tiesiai vaikų siauros specializacijos specialistams. BPG dažnai neturi pakankamo pasirengimo, nes vaikų ligas studijuoja 4-6 mėn, o bendruomenės pediatro nėra. Todėl netenkama holistinio požiūrio į vaiko sveikatą, o paslaugos tampa vis labiau fragmentuotos ir brangsta dėl nereikalingo lankymosi pas specialistus. Neabejojama, kad tai yra viena svarbiausių ilgėjančių laukimo eilių pas specialistus priežasčių. Tokia praktika yra ir Lietuvoje.

Dėl šios priežasties, EPA nuomone, pirmiausiai turi keistis pirminė vaikų sveikatos priežiūra. Pediatrai turi inicijuoti ir galimai vadovauti multidisciplininėms vaikų sveikatos priežiūros

komandoms. Tretinėje sveikatos priežiūroje vaikų specialistai turėtų susitelkti į retų ir sunkių susirgimų diagnostiką bei gydymą ir bendradarbiauti su regionų ir pirminės priežiūros komandomis, kad visos nestacionarinės paslaugos būtų kuo arčiau namų, o dalis jų būtų teikiamos namuose. Paslaugos turi apimti vaikų reabilitacijos centrus, galinčius teikti kompleksines paslaugas. Vengiant paslaugų fragmentacijos, visi minėti paslaugų komponentai turėtų būti integruoti į organizacines visų lygių paslaugas teikiančias struktūras.

### **3.1 Vaikų sveikatos priežiūros poreikiai**

Europos šalyse kuriamuose ir aptariamuose naujuose integruotuose vaikų sveikatos priežiūros modeliuose išskiriami šie pagrindiniai vaikų sveikatos priežiūros iššūkiai:

- Poreikis labiau sutelkti dėmesį į vaikų sveikatos stiprinimą, paramą tėvystei ir vaikų bei jaunų žmonių gerovę,
- Didesnis vaikų, paauglių bei šeimos dalyvavimas planuojant sveikatos bei socialines paslaugas vaikams ir paaugliams,
- Duomenų, atspindinčių paslaugų teikimo kokybę visoje šalyje, trūkumas. Jie būtini paslaugų kokybės gerinimui.
- Vaikų stacionarai turi atitikti jiems priskirtų paslaugų teikimo lygį ir teikti standartizuotas kliniškes atitinkamo lygio sveikatos priežiūros paslaugas.
- Didėjantys pacientų/vaikų srautai skubios pagalbos skyriuose ir augantys siuntimų specialistams skaičiai bei ilgėjantis laukimo laikas bei to priežastys.
- Vaikams nepritaikytos bendros patalpos pirminės sveikatos priežiūros centruose (ŠG kabinetuose, laukiamuosiuose), suaugusiųjų skubios pagalbos skyriuose ir vaikų stacionarizavimas į suaugusiems skirtus skyrius, kurių aplinka nepritaikyta vaikams.
- Tretinio lygio paslaugų fragmentacija bei dubliavimas, tretinio lygio specialistų tinklo nacionaliniu lygiu sukūrimas.
- Įvairių skubios pagalbos modelių (neatidėliotina pagalba, skubi pediatrinė pagalba, trumpo stebėjimo paslauga) įvertinimas ir bendrojo pediatro vaidmens konkretizavimas.

## 4 Vaikų sveikatos priežiūros problemos Lietuvoje

Vertindami vaikų sveikatos priežiūros situaciją Lietuvoje, išanalizavome:

- Vaikų skaičiaus respublikoje ir regionuose kitimus bei sergamumo statistiką
- Sveikatos politikos strategijas vaikų sveikatos atžvilgiu
- Vaikų sveikatos priežiūrą reglamentuojančius teisės aktus
- Sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių paslaugas vaikams, tinklo problemas
- Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų vaikams teikimo rodiklius
- Stacionarinių paslaugų vaikams skaičių
- Skubios pagalbos paslaugų vaikams teikimą
- Vis blogėjančią pirminės sveikatos priežiūros vaikams situaciją, pirminės sveikatos priežiūros trūkumus, teikiant pagalbą vaikams
- Šeimos gydytojo darbo su vaikais problemas
- Palyginome šeimos gydytojų ir vaikų ligų gydytojų kompetencijas pagal rezidentūros programas ir medicinos normas
- Įvertinome šeimos gydytojo kompetencijas atitinkančios gydytojų komandos sudėtį ir tokių specialistų poreikį vaikų sveikatos priežiūroje
- Vaikų ligų gydytojų poreikius bei vaikų specialistų skaičius ir poreikius
- Specialistų parengimo aktualijas

Visa situacijos analizė pateikta atskirai dokumente „LIETUVOS VAIKŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ STRUKTŪROS IR JOS KITIMO PER PASKUTINIUS 5 METUS ANALIZĖ“, 2019 m., pagal projektą „Integruoto Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros paslaugų modelio, apimančio pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas, sukūrimas ir specialistų mokymai“ (priemonė NR. 08.4.2-ESFA-V-622).

### 4.1 Vaikų skaičiaus kitimai

2009 – 2018 m. vaikų Lietuvoje sumažėjo 19,5 proc. 2018 – 2021 m. padėtis kiek stabilizavosi ir vaikų sumažėjo 0,9 proc. 2021 m. Lietuvoje gyveno 498 318 vaikų. 2014 – 2018 m. vaikų mažėjo visose apskrityse, išskyrus Vilniaus m. 2018-2021 m. teigiamas pokytis stebimas ne tik Vilniaus miesto ir rajono savivaldybėse, bet ir Kauno m. ir rajone, Klaipėdos m. ir rajone, bei Palangos ir Neringos m. Labiausiai sumažėjo vaikų Marijampolės, Panevėžio ir Utenos apskrityse (2 priedas). Lietuvoje kasmet mažėjant vaikų skaičiui, vis sudėtingiau tampa užtikrinti vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą, tinkamumą ir ekonominį efektyvumą.

**Vaikų sergamumas, neįgalumas ir mirtingumas.** Per pastaruosius penkerius metus vaikų sergamumo rodikliai reikšmingai nesikeitė. 2017 m. 89 proc. vaikų (0-17 m.) buvo užregistruota bent viena liga ar trauma (2013 m. - 88,4 proc.). Vaikams dažniausiai buvo registruojamos kvėpavimo sistemos ligos, akių ir jos priedinių organų ligos bei sužalojimai ir apsinuodijimai. Neįgalių vaikų 2017 m. buvo 14,8 tūkst. Nors negalią turinčių vaikų skaičius nuo 2015 m. nesikeičia, tačiau mažėjant gimstamumui ir vaikų skaičiui Lietuvoje, tenka konstatuoti, kad neįgalių vaikų procentas Respublikoje didėja. Pagrindinė vaikų negalios priežastis – psichikos ir elgesio sutrikimai, įgimtos formavimosi ydos, deformacijos ir chromosomų anomalijos bei nervų sistemos ligos.

2018 m. Lietuvoje mirė 185 vaikai, iš jų 96 kūdikiai. Pagrindinės 1–17 metų amžiaus vaikų mirties priežastys – išorinės mirties priežastys, piktybiniai navikai ir nervų sistemos ligos. Pagrindinės kūdikių mirties priežastys – perinatalinio laikotarpio ligos ir įgimtos formavimosi ydos.

## **4.2 Sveikatos politika Lietuvoje**

Tam, kad vaikų sveikatos priežiūra būtų efektyvi, būtina, kad vaikų sveikatos problemos būtų matomos politikų ir sprendimų priėmėjų. Visų pirma tai reiškia strateginių politikos pagrindų kūrimą, išlaikymą ir veiksmingą priežiūrą.

Trys iš keturių Europos valstybių baigia kurti arba yra adaptavusios PSO Europos biuro pateiktą Vaikų ir paauglių sveikatos strategiją 2015-2020 m., 12-ka iš 17-kos šalių, jau patvirtinusių strategiją, skyrė tam specialų biudžetą ir sukūrė vietines stebėsenos sistemas. Deja, Lietuva Vaikų ir paauglių sveikatos strategijos neturi. Todėl neturime strateginio vaikų sveikatos politikos planavimo dokumento, kuris nustatytų prioritетines problemas, konkrečius vaikų sveikatinimo veiklos tikslus ir uždavinius bei siekiamus vaikų sveikatos rodiklius. Vaikų ir paauglių sveikatos strategijos sukūrimas nenumatytas ir Vyriausybės programoje. Tai labai apsunkina vaikų sveikatos priežiūros tobulinimą bei efektyvių sveikatos priežiūros modelių kūrimą.

XVIII-osios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos vienas prioritetinių tikslų - kokybiškos ir saugios asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos visiems Lietuvos gyventojams, nepaisant jų gyvenamosios vietos, socialinės ar ekonominės padėties. Deklaruojama, kad paslaugos turi būti prieinamos geografinė, komunikacine, organizacine ir ekonomine prasme visoms pacientų grupėms. Siekiama teikti veiksmingas, t.y. personalizuotas ir į pacientą orientuotas bei prie individualaus paciento poreikių pritaikytas paslaugas, kad pagerėtų Lietuvos gyventojų sveikata. Deja, programoje nėra nei vieno punkto, skirto vaikų sveikatos problemoms spręsti.

Dabartinė Vyriausybės programos redakcija neužtikrina vaikų teisių į geriausią įmanomą sveikatos pagalbą, numatytą Vaiko teisių konvencijoje, prie kurios Lietuva prisijungė 1992-01-05, o LR Seimas ratifikavo 1995-07-03. Tuo tarpu vaikai yra specifinė gyventojų grupė su specifiniais poreikiais ir fiziologijos bei ligų ypatumais. Siekiant pagerinti jiems teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugumą, būtina užtikrinti ne tik paslaugų prieinamumą, bet ir aukštą kokybę, nes nuo vaikų sveikatos priklausys visos visuomenės ateities sveikata.

## **4.3 Pagrindinių vaikų sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų apžvalga**

### **1. Lietuvos Respublikos Medicinos praktikos Įstatymas**

1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I-1555

Reglamentuoja medicinos gydytojo, gydytojo rezidento, šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto vertimosi medicinos praktika Lietuvos Respublikoje sąlygas.

### **2. LR Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas**

**Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. Įsakymo Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo**

2019 m. kovo 18 d. Nr. V-328

Apibrėžia Šeimos gydytojo kompetencijas vaikų ligų srityje.

3. LR Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas

**Dėl Lietuvos medicinos normos MN 66:2018 „Vaikų ligų gydytojas“ patvirtinimo**

2018 m. rugsėjo 20 d. Nr. V-1033

Apibrėžia Vaikų ligų gydytojo kompetencijas.

4. LR Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas

**Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. Įsakymo Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo.**

2014 m. balandžio 7 d. Nr. V-444

Apibrėžia, kad Šeimos medicina – tai šeimos gydytojo praktika arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, gydytojo akušerio ginekologo, gydytojo chirurgo praktika kartu.

5. LR Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas

**Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. Įsakymo Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo**

2009 m. birželio 10 d. Nr. V-458.

Šeimos medicina – tai šeimos gydytojo praktika arba iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų iki 2008-12-31 pradėta finansuoti vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, gydytojo akušerio ginekologo, gydytojo chirurgo praktika kartu.

6. LR Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas

**Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. Įsakymo Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo**

2007 m. gegužės 3 d. Nr. V-309

Šeimos medicina – tai šeimos gydytojo praktika arba iki 2008-12-31 vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, gydytojo akušerio ginekologo, gydytojo chirurgo praktika kartu.

7. LR Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas

**Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo**

2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943

PAASP paslaugų, už kurias mokamas skatinamasis priedas, sąrašas.

8. LR Sveikatos apsaugos ministro Įsakymas

**Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. Įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo**

2020 m. gegužės 11 d. Nr. V-1113.

Papildyta punktu:

7<sup>1</sup>.2. apylinkei, į kurios prisirašiusiųjų asmenų sąrašą neįrašyta vaikų, PAASP paslaugų teikimą (pagal šeimos gydytojo medicinos normą) užtikrina šeimos gydytojas (arba vidaus ligų gydytojas, gydytojas akušeris ginekologas ir chirurgas kartu);

9. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas

**Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose**

2000 m. gegužės 31 d. Nr. 301

Reglamentuojama Psichomotorinės raidos tikrinimo tvarka.

**10. LR sveikatos apsaugos ministro Įsakymas**

**Dėl vaikų ligų antrinio lygio paslaugų teikimo specialiujų reikalavimų**

2000 m. lapkričio 9 d. Nr. 644

**11. LR sveikatos apsaugos ministro Įsakymas**

**Dėl bendrųjų vaikų ligų ir specializuotų vaikų ligų stacionarinių antrinio lygio paslaugų teikimo reikalavimų aprašo ir bendrųjų specializuotų vaikų ligų stacionarinių tretinio lygio paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo**

2008 m. gruodžio 9 d. Nr. V-1225

## **4.4 Pirminės vaikų sveikatos priežiūros problemos**

### **4.4.1 Vaikų ligų gydytojo prieinamumo problema**

Sveikatos priežiūra nuo pat gimimo labai svarbi augančiam vaikui. Ankstyvas fizinio ir psichomotorinio vystymosi sutrikimų pastebėjimas ir korekcija, lėtinių susirgimų skринingas ir diagnostika bei savalaikis gydymas gali iš esmės pakeisti vaiko sveikatą, gyvenimą ir ateitį. Tam svarbiausią įtaką daro pirminė sveikatos priežiūra bei arčiausiai namų teikiama specializuota priežiūra.

Visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centras Vilmorus 2018 m. lapkričio 9-18 d. atliko Lietuvos gyventojų apklausą, kurios tikslas buvo išsiaiškinti piliečių požiūrį į vaikų pirminę sveikatos priežiūrą. 24 Lietuvos miestuose ir 33 kaimuose vykęs tyrimas parodė, jog 15,6% respondentų norėtų, kad vaikus prižiūrėtų šeimos gydytojas, o 72,3% - kad vaikus prižiūrėtų pediatras (žr. 3 ir 4 priedus). Tėvai, kurie jau turi vaikų, dar dažniau (76,8%) pasirinktų pediatrą savo vaiko priežiūrai. Šios apklausos rezultatai reiškia, kad trisdešimties metų laikotarpyje priimti sprendimai vaikų sveikatos priežiūros srityje buvo nevykę. Kaip sveikatos politikai bekeistų vaikų sveikatos priežiūros modelį, didžioji šalies gyventojų dalis, susirgus vaikui, ieškos vaikų ligų gydytojo pagalbos. Tai rodo vis didėjantys pacientų srautai vaikų priėmimo - skubios pagalbos skyriuose bei privačių vaikų sveikatos priežiūros įstaigų atsiradimas.

Teisės aktai užtikrina paciento teisę pasirinkti gydymo įstaigą bei gydytoją.

Šiuo metu vaikų tėvai ir globėjai ne visur turi galimybę pasirinkti vaikų ligų gydytoją savo vaiko sveikatos priežiūrai pirminiame lygyje. Plėtojantis ŠG institucijai, vaikų ligų gydytojų pirminiame lygyje lieka vis mažiau. Deja, daugelyje rajonų šeimos gydytojai tapo vieninteliu pasirinkimu. Tai lemia ne tik vaikų ligų gydytojų trūkumas, bet ir apmokėjimo sąlygos vaikui prisirašant prie ŠG apylinkės ar prie šeimos gydytojo kompetencijas turinčios komandos apylinkės, kurioje dirba ir vaikų ligų gydytojas. Sveikatos priežiūros įstaigos neskatinamos turėti vaikų ligų gydytoją. Ydingas apmokėjimas už paslaugas diskriminuoja pediatrus, kaip gydytojus, nes už pas ŠG prisirašiusį pacientą gydymo įstaiga gauna didesnę apmokėjimą nei už pediatro prižiūrimus pacientus. Dėl to visų pirma nukenčia vaikai.

Iki COVID-19 pandemijos atliktos sveikatos paslaugų analizės duomenys rodo, kad pirminiame lygyje dirbantys vaikų ligų gydytojai yra populiarūs ir PAASPI paslaugas teikia daugiau nei trečdaliui Lietuvos vaikų. Daugiausiai didžiuosiuose miestuose. Dalis vaikų ligų gydytojų, persikvalifikavo į šeimos gydytojus ir teikia paslaugas vaikams šeimos gydytojo vardu.

Pediatrinėms apylinkėms priklauso 35,7% visų jaunesnių, nei 18 m. prisirašiusių prie PAASPI gyventojų (5 priedas). Vaikų vizitai pas pediatrą PAASPI sudarė 41% visų vizitų pas pirmines

sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius gydytojus, todėl galima teigti, kad nors ir prisirašę prie šeimos gydytojo, dalis vaikų yra prižiūrimi vaikų ligų gydytojo, siekiant didesnio apmokėjimo, bet neprarandant galimybės suteikti labiau kvalifikuotą pediatriinę pagalbą. Vaikų ligų gydytojai namuose taip pat lankėsi dažniau, nei šeimos gydytojai (1,42 vs 0,97 proc. visų vizitų).

Nors 2-18 m. vaikų apsilankymų PAASPI, lyginant su 2014 m. skaičius sumažėjo 2,8 proc., tačiau apsilankymų skaičius 100-ai vaikų išaugo daugiau, nei 2,5 proc. Apsilankymų skaičius pas vaikų ligų gydytojus 2018 m. siekė 1 434,4 tūkst. ir sudarė 41 proc. nuo visų vaikų vizitų PAASPI. Didelis vaikų apsilankymų skaičius rodo vaikų ligų gydytojo vaidmens PAASP svarbą. Lėtinėmis ir sudėtingomis ligomis sergančių vaikų tėvai ieško pediatrų savo vaikų sveikatos priežiūrai. Negaudami pediatriinės pagalbos PAASP, pacientų tėvai kreipiasi į priėmimo – skubios pagalbos skyrius, kur dirba pediatrai. Šie faktai pagrindžia prielaidą, kad esant pirminiame lygyje daugiau vaikų ligų gydytojų, pas juos prisirašiusių vaikų skaičius tik didėtų. O tai lemtų geresnę paslaugų kokybę ir mažesnę vaikų apsilankymų priėmimo skyriuose ir gulėjimo stacionare skaičių.

#### **Problemos sprendimo būdai:**

Norint užtikrinti PSO keliamus reikalavimus vaikų sveikatos priežiūros kokybei, Lietuvos vaikų pirminės sveikatos priežiūros sistemą būtina keisti mišraus aptarnavimo modelio link, patikint vaikų sveikatos priežiūrą pediatrams pirminiame lygyje (kur yra galimybė) ir/ar sudarant sąlygas tiesiogiai (be siuntimo) patekti pas vaikų ligų gydytoją II lygyje.

Tokiu būdu vaikams bus suteikiamos “į vaiką orientuotos”, prieinamos ir kokybiškos paslaugos bei optimizuoti žmogiškieji resursai ir kompetencijos vaikų sveikatos priežiūroje. Išsamesnės priežastys, kodėl būtinas sistemos reorganizavimas, pateiktos 4.4.2. skyriuje.

### **4.4.2 Paslaugų prieinamumo prastėjimo priežastys**

#### **4.4.2.1 Vaikų ligų gydytojų trūkumas**

Nesant kruopščiai planuojamo pediatrų poreikio pirminiame lygyje, vaikų ligų gydytojo specialybė tapo neperspektyvi. Todėl vis mažiau studentų renkasi vaikų ligų rezidentūrą. Lietuvoje pediatrų skaičius kasmet mažėja: Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos bei Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis 2011 m. tik vaikų ligų gydytojo licenciją turėjo 1057 gydytojai, o 2018 m. 527 vaikų ligų gydytojų.

EuroStat duomenimis, 2008-2014 m. Europoje pediatrų skaičius mažėjo tik Lietuvoje, Latvijoje ir Estijoje. Kitose Europos šalyse jų daugėjo, kai kuriose beveik dvigubai (Ispanija, Airija, Kroatija). VASPVT duomenimis 2021 m. iš viso yra 989 asmenys, turintys galiojančią vaikų ligų gydytojo licenciją. Iš jų **462 asmenys turi tik vaikų ligų gydytojo licenciją** (1 lentelė), kiti įgiję ir gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją.

**1 lentelė.** Lietuvos vaikų ligų gydytojų skaičius ir pasiskirstymas pagal amžių

Vaikų ligų gydytojų amžius	Vaikų ligų gydytojų skaičius
29-41 m.	34 asmenys
41-50 m.	27 asmenys
51-60 m.	148 asmenys
61-70 m.	183 asmenys
71-80 m.	66 asmenys
81-85 m.	4 asmenys
<b>Iš viso</b>	<b>462 asmenys</b>



Šiuo metu ~160 (40 proc.) vaikų ligų gydytojų yra pensijinio amžiaus. Per ateinančius 5 m. į pensiją išeis dar apie 90 gydytojų – iš viso 250 asmenų (54 proc.).

VASPVT duomenimis per 10 m. išduotos 249 pirminės Vaikų ligų gydytojo licencijos. Per paskutinius 5 m – 143. Didžioji dauguma jaunųjų vaikų gydytojų turi ir gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją, todėl tikėtina dirba gydytojais - specialistais regionų centruose ir vaikų ligų gydytojais nepilnu krūviu. Vaikų ligų gydytojų rengimo tempas yra per mažas, nes vaikų ligų gydytojų poreikis dėl natūralios gydytojų kaitos didėja kasmet.

VU 2015-2020 m. parengė 20 vaikų ligų gydytojų. LSMU per tą patį laikotarpį – 12. Viso per 5 m. parengiama apie 30 gydytojų, turinčių tik vaikų ligų gydytojo licenciją.

Taigi, naujai parengtų vaikų ligų gydytojų skaičius nekompensuoja senstančio pediatrių kontingento. Šie preliminarūs paskaičiavimai sutampa su Vyriausybės strateginės analizės centro (STRATA) tyrimo rezultatais. STRATA paskaičiavo, kad vaikų ligų gydytojų trūkumas 2021 m. – 317 gydytojų. Pediatrių ir siauros specializacijos vaikų specialistų poreikiai pagal 2021 m. STRATA pateikti 2 lentelėje.

**2 lentelė.** Vaikų ligų gydytojų ir siauros specializacijos vaikų specialistų kiekis ir poreikis (pagal STRATA 2021)

Specialybė	Galiojančią licenciją turinčių specialistų skaičius	Pastabos	Specialistų trūkumas pagal STRATA
Vaikų ligų gydytojas	989	462- turi tik vaikų ligų licenciją	-317
Gydytojas neonatologas	165		-6
Gydytojas vaikų endokrinologas	30		0
Gydytojas vaikų gastroenterologas	42		+1
Gydytojas vaikų onkohematologas	27		+5
Vaikų intensyviosios terapijos gydytojas	74		-5
Gydytojas vaikų kardiologas	61		0
Gydytojas vaikų nefrologas	29		-2
Gydytojas vaikų neurologas	92		-18
Gydytojas vaikų pulmonologas	84		-9
Gydytojas vaikų alergologas	48 (~27 vaikų alergologai)	Dalis alergologų klinikinių imunologų, neturinčių bazinio pediatriinio išsilavinimo, yra įgiję vaikų alergologo licenciją	+16
Vaikų infekcinių ligų gydytojas	46		+37
Gydytojas vaikų reumatologas	19		+9
Vaikų chirurgas	88		
Vaikų ir paauglių psichiatras	108		

Esant didžiuliam ŠG užimtumui suaugusiais pacientais ir trūkstant pediatrių, susidaro laukimo eilės ir vaikai negali laiku patekti nei pas ŠG, nei pas vaikų ligų gydytoją. Todėl kreipiasi į skubios pagalbos skyrius, dažniau gydomi stacionare.

### **Problemos sprendimo būdai:**

Planuojant specialistų poreikį, būtina vertinti vaikams teikiamos pagalbos kokybę ir užtikrinti vaikų ligų gydytojų pasiekiamumą. Taip pat svarbu atsižvelgti į STRATA rezultatus. Rengiant vaikų ligų gydytojus ir specialistus, jų poreikį, vertinti pagal vaikų skaičių rajonuose, gydytojų amžių, planuojamas paslaugų apimtis regionuose. Preliminarus vaikų ligų gydytojų poreikis pirminiame ir antriniame asmens sveikatos priežiūros lygiuose pateiktas 9 skyriuje „Specialistų poreikis“.

#### **4.4.2.2 Medicinos personalo kompetencijos I sveikatos priežiūros lygyje**

Medicinos personalo kompetencijos labai svarbios naujus iššūkius atliepiančioje sveikatos sistemoje. UEMS (European Union of Medical Specialists) Generalinės asamblėjos patvirtinti baziniai reikalavimai skelbia, kad rengiant gydytojus pediatrius ir vaikų ligų specialistus, būtinas 3 metų bazinis pediatriškas pasirengimas (*common paediatric trunk*), po kurio seka ne mažiau, kaip 2 metų specializuotos srities studijos. Vaikų ligų gydytojų rengimas Lietuvoje atitinka UEMS reikalavimus.

Tačiau nesilaikoma EAP reikalavimų bendrosios praktikos gydytojams, kurie prižiūri ir vaikus, ir suaugusius, yra „*pirmojo kontakto*“ gydytojai bei reguliuoja pacientų patekimą pas specialistus. **Remiantis 2018 m. EAP rekomendacijomis, bendrosios praktikos/šėimos gydytojai privalo mokytis pediatrijos ne mažiau 9-12 mėn. (pageidautina 1 m.), kad įgytų bazinių specifinių vaikų ligų žinių.** Lietuvoje šėimos gydytojai vaikų ligų mokosi tik 4-6 mėn, tačiau net ir dalį šių trumpų studijų praleidžia kitų šėimos gydytojų, o ne pediatrų kabinetuose.

EAP pabrėžia, kad daugumai Europos šalių pereinant iš pirminės pediatrų priežiūros modelio į BPG, šioje grupėje prarastas kokybiškas vaikų ligų mokymas.

Vaikai yra specifinė gyventojų grupė su specifiniais poreikiais ir fiziologijos bei ligų ypatumais. Siekiant pagerinti jiems teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugumą, būtina užtikrinti ne tik paslaugų prieinamumą, bet ir aukštą kokybę, nes nuo vaikų sveikatos priklausys visos visuomenės ateities sveikata. Tam būtina ne minimali, o maksimaliai aukšta gydytojų kvalifikacija. Gydytojas, dirbantis su vaikais, turi gerai išmanyti vaiko augimo, raidos ypatumus, ligų profilaktikos specifiką (skiepai, infekcinės ligos ir kt.). Vienam šėimos gydytojui kokybiškai aprėpti labai skirtingas suaugusių ir vaikų problemas bei pastoviai tobulėti atnaujinant didelę informacijos kiekį neįmanoma (recenzuojamų mokslinių straipsnių susijusių su pediatrija – >2 mln.).

Peržvelgus ŠG ir Vaikų ligų gydytojo medicinos normose pateiktas kompetencijas, galima konstatuoti, kad ŠG privalo diagnozuoti ir gydyti daugelį vaikų ūminių ligų ir tęsti lėtinių ligonių priežiūrą. Lyginant su Vaikų ligų gydytojo kompetencijomis, ŠG jokių privalumų neturi. Vaikų ligų gydytojas taip pat, kaip ir ŠG, studijuoja akių ligas ir LOR organų patologiją. Tačiau iš esmės skiriasi vaikų ligų studijų rezidentūroje laikas. Lietuvoje vaikų ligų gydytojas mokosi vaikų ligų ypatumų 4 rezidentūros metus, o šėimos gydytojas – tik 4-6 mėn. O iš jų tik 2 ar 3 mėnesius – dirbdamas su vaikų ligų gydytojais. Todėl įgyja mažiau kompetencijų. Galima teigti, kad ŠG medicinos normoje pateiktos kompetencijos yra deklaratyvios ir atsilieka nuo vaikų ligų gydytojo kokybės prasme. ŠG kompetencijas atitinkančioje gydytojų komandoje dirbantys vaikų ligų gydytojai prižiūri didelę dalį Lietuvos vaikų, ypač lėtinių pacientų, ir taip kompensuoja vaikų poreikius pirminėje grandyje.

### **Problemos sprendimo būdai:**

Vaikų sveikatą prižiūrinčių specialistų rengimas turėtų būti valstybės prioritetas, užtikrinantis ateities piliečių sveikatą ir ilgaamžiškumą. Šėimos gydytojų rezidentūros programoje būtina ilginti vaikų ligų studijas iki 9-12 mėn, užtikrinant mokymąsi iš vaikų ligų gydytojų, o ne iš kitų ŠG. Didinti vaikų ligų gydytojų prieinamumą, ypač rajonuose. Todėl skatinti ŠG siųsti sergančius vaikus ne siauros specializacijos specialistams, o šalia dirbantiems vaikų ligų gydytojams. Pirminiame lygyje

didinti vaikų ligų gydytojų skaičių, skatinti, kad vaikų sveikatos pirminės priežiūros paslaugas teiktų pediatrai.

#### 4.4.2.3 Šeimos gydytojo teikiamų paslaugų vaikams trūkumai

Lietuvoje šeimos gydytojams perimant vaikų priežiūrą, paslaugų kokybė ir prieinamumas prastėja, nes:

- Vaikams nėra pirmumo pas šeimos gydytojus, laukiama bendroje eilėje. Dauguma vaikų susirgimų – ūminiai ir jiems reikalinga greita gydytojo konsultacija. Pas savo ŠG jie negali patekti tą pačią dieną. Todėl tėvai renkasi pediatro konsultacijas skubios pagalbos skyriuose, kur pacientų srautai per paskutinius 5 metus iki COVID-19 pandemijos išaugo vidutiniškai 20%, o kai kur 35-45% (Šiauliai, Tauragė, Utena). Tai lemia ir didėjančias išlaidas sveikatai, nes už tą pačią ŠG kompetencijas atitinkančią paslaugą apmokėjimą gauna ir pirminės sveikatos priežiūros centras, ir skubios pagalbos skyrius.
- Lietuvoje vaikų ligų gydytojas mokosi vaikų fiziologijos ir ligų ypatumų 4 rezidentūros metus, o ŠG vaikų ligas studijuoja 6 mėn. iš kurių tik 3 ar 4 mėn dirba su vaikų ligų gydytojais, o likusius – mokosi iš kitų ŠG. Per tokį trumpą laiką neįmanoma įgyti pakankamų kompetencijų visose vaikų ligų srityse.
- Šeimos gydytojai dėl laiko ir įgyjamų kompetencijų stokos, negali užtikrinti vaikams daugelio ūminių susirgimų gydymo, o ypač kokybiško lėtinių pacientų gydymo bei ilgalaikės priežiūros, multidisciplininės komandos paslaugų koordinacijos, paslaugų namuose plėtros, specifinio bei atidaus bendravimo su įvairaus amžiaus pacientais ir efektyvios profilaktikos. Be to, ŠG institucija yra orientuota į vaikų gydytojų paskirto gydymo tęsimą bei ligų prevenciją. Todėl didžioji dalis susirgimų vaikams dažnai yra diagnozuojami skubios pagalbos skyriaus pediatrų ar siauros specializacijos III lygmens vaikų specialistų. Nebelieka holistinio požiūrio į vaiko sveikatą.
- Mūsų šalyje šeimos gydytojai (bet ne persikvalifikavę į šeimos gydytojus pediatrai) savo apylinkėse vidutiniškai prižiūri po 280 vaikų, t.y. konsultuoja per dieną po 1-2 vaikus, kurių patologija labai įvairi. Jeigu, siekiant pakankamos kvalifikacijos ir paslaugos kokybės dėl mažo paslaugų skaičiaus uždaromi rajonų gimdymo skyriai, verta pagalvoti apie ŠG teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vaikams.
- Į ŠG persikvalifikavę vaikų ligų gydytojai vis dar yra išlaikę pediatriinio tipo apylinkes, kuriose iki 90% pacientų yra vaikai. Tokiu būdu pediatrai pirminiame lygyje vis dar prižiūri daugiau nei trečdalį (apie 38 %) Lietuvos vaikų, ypač lėtinių ir sudėtingų pacientų. 41% vaikų vizitų pirminiame lygyje yra pas buvusius pediatrus šiose pediatriinio tipo apylinkėse. Taip kompensuojamas ŠG kompetencijos trūkumas.
- ŠG, priimantys per dieną 40 ir daugiau suaugusiųjų pacientų, negali užtikrinti vaikams, ypač kūdikiams, reikalingo ilgesnio konsultacijos laiko. Tai galėtų padaryti pediatras, turintis 600-800 vaikų apylinkę ir galintis skirti vaikui 15-20 min konsultacijos laiko. Neužtikrinamas ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugų tolygumo principas, kuomet didesnę paslaugų poreikį turintis vaikas privalo gauti daugiau jo poreikius atitinkančių paslaugų.
- Vaikų lėtinių susirgimų prevencija apima ne tik visapusišką bei individualizuotą vakcinaciją, bet ir ankstyvą ir efektyvų susirgimų skriningą, antrinę ir tretinę ligų profilaktiką. Dėl didelio ŠG užimtumo suaugusiais pacientais bei jų prevencinėmis programomis, vaikų ligų prevencija apsiriboja rutinine vakcinacija. Vaikų ligų prevencinių programų nėra, kaip ir skatinamųjų paslaugų jų vykdymui.
- Žemesnio socialinio statuso vaikai turi didesnių sveikatos priežiūros poreikių, o efektyvus

gydymas gali kompensuoti socialinių veiksnių įtaką sveikatai ir pagerinti lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę. Nesant atidžios sveikatos priežiūros ir nepakankant konsultacijai skiriamo laiko, šie vaikai netenka efektyvios priežiūros.

Todėl būtina pertvarka pirminiame sveikatos priežiūros paslaugų teikime. ŠG patys išsako norą turėti galimybę konsultuotis su vaikų ligų gydytojais, tačiau šiai dienai tokia galimybė negalima dėl per mažo pediatrų skaičiaus, ypač rajonuose. O Šeimos gydytojų lyderiai konstatuoja, jog šeimos gydytojai vietoj planuotų išspręsti beveik 80% su sveikata susijusių problemų, deja, faktiškai tai pasiekia tik 30% atvejų. Po 20 metų galima pasakyti, kad pradiniai norai buvo kiek perdėti“ (*L. Valius. LSMU Medicinos akademijos Šeimos klinikos vadovas. Gydytojų žinios 2016;9:9-10*).

#### **Problemų sprendimo būdai:**

Norint užtikrinti efektyvią ir kokybišką vaikų sveikatos priežiūrą, būtina, kad vaikams, o ypač lėtiniais ir specialiųjų poreikių turintiems pacientams, pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teiktų bazinį pediatrinių pasirengimą turintys gydytojai. Tai užtikrinti gali vaikų ligų gydytojai. Vaikams turi būti užtikrinamas greitas patekimas pas pirminės sveikatos priežiūros gydytoją, pakankamas konsultacijų skaičius ir trukmė.

#### **4.4.2.4 Šeimos gydytojo kompetencijas atitinkančios gydytojų komandos neefektyvumas**

Pirminės sveikatos priežiūros specialistų komanda (terapeutas, pediatras, akušeris-ginekologas, chirurgas) vaikų sveikatos priežiūros požiūriu yra neefektyvi, nes nei vidaus ligų gydytojas, nei bendrasis chirurgas, nei akušeris - ginekologas vaikams nėra reikalingi. 100-ai vaikų per metus tenka 776 pediatro konsultacijos ir tik 5 chirurgo bei 0,9 akušerio – ginekologo konsultacijos.

Deja, nesant pediatrinių paslaugų, kai kur vaikus konsultuoja net kompetencijų tam neturintys specialistai.

- Duomenys rodo, kad vaikai kreipėsi ir pas vidaus ligų gydytoją (2427 apsilankymai /2018 m.), taip pat pas medicinos gydytoją (3852 apsilankymai/2018 m.), kurie neturi kompetencijų ir teisės teikti paslaugas vaikams, išskyrus neatidėliotiną pagalbą. Vaikų ligų gydytojų stoka skatina pažeidimus, kurie gali lemti ir tolesnes teises gydytojų atsakomybės problemas.
- Bendrasis chirurgas 2018 m. suteikė tik 5,0 paslaugas 100 prisirašiusių vaikų (rimčiau susižalojus, chirurgines paslaugas vaikams teikia vaikų chirurgai). Deja, nėra reikalavimo, kad paslaugas vaikams teiktų vaikų chirurgas, o bendrasis chirurgas rezidentūros metu neįgyja kompetencijos vaikų chirurginių ligų ir traumų gydyme.
- Akušeriai-ginekologai taip pat teikia labai mažai paslaugų vaikams – 0,94/100 vaikų 2018 m. – viso tik 4853 kartai, todėl jų priskyrimas pediatro komandai yra neefektyvus ir per brangus.

Todėl kyla pagrįstas klausimas, ar tokių specialistų paslaugos vaikams iš viso reikalingos.

#### **Problemos sprendimas:**

Lietuvos vaikų pirminės sveikatos priežiūros sistemą būtina keisti mišraus aptarnavimo modelio link, naikinant neefektyvias pirminio lygio komandas (vaikų apylinkėse atsisakant vidaus ligų gydytojo ir bendrojo chirurgo, akušerio - ginekologo) ir sudarant galimybes pediatrui dirbti savarankiškai, o kiekvienam vaikui tiesiogiai (be siuntimo) patekti pas pediatrą. Tai įvykdyti galima analogiškai, kaip Laisvės atėmimo įstaigoms, kuriose atsisakyta pediatro, jei apylinkėse nėra vaikų (LR SAM ministro įsakymas 2005-12-05 Nr. V-943, „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimas Nr. V-1113, 2020-05-11).

#### 4.4.3 Prasto paslaugų prieinamumo ir kokybės pasekmė: kreipimusi į vaikų priėmimo – skubios pagalbos skyrius skaičiaus augimas

Dėl visų aukščiau išvardintų problemų tėvai ieško būdų pediatro konsultacijoms ir dažniausiai dėl to kreipiasi į vaikų priėmimo – skubios pagalbos skyrius (PSP). Su ta pačia problema susiduria daugelio valstybių sveikatos priežiūros sistemos, kuriose nepakankamas pirminės priežiūros paslaugų prieinamumas. JK, kurioje deklaruojama, kad pirminę vaikų sveikatos priežiūrą būtina reformuoti, vaikų apsilankymų skubios pagalbos skyriuose daugėja 5% per metus. Didėjantis pacientų srautas į PSP skyrius, kuriuose dirba pediatrai, greičiausiai susijęs su nepakankamu PAASP prieinamumu ir kokybe.

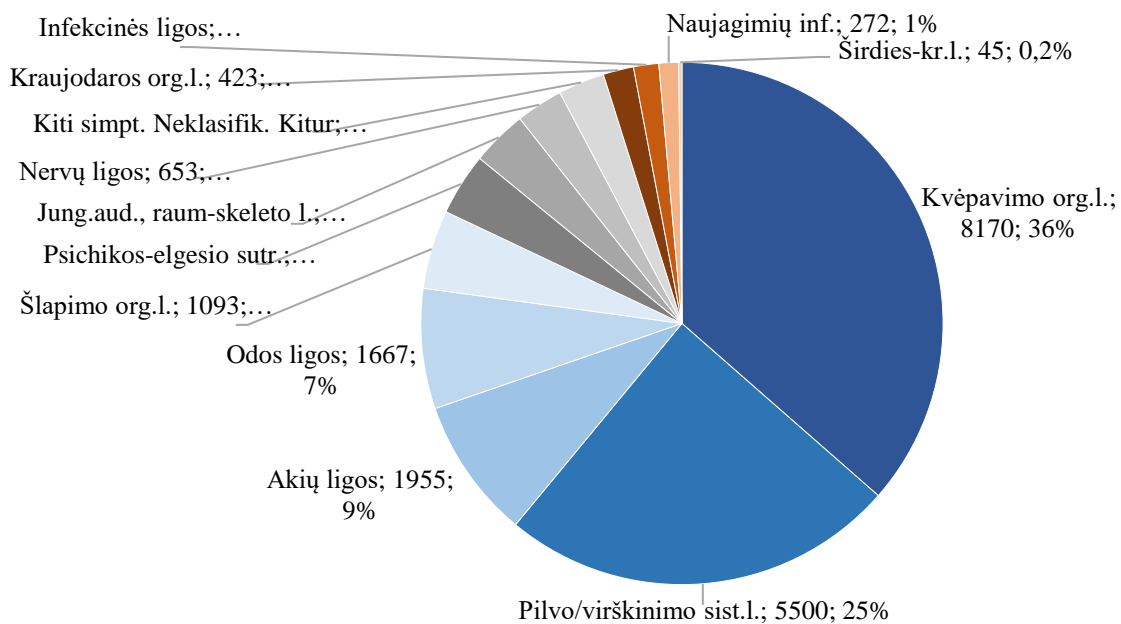
Lietuvoje suteiktų paslaugų skaičius vaikų PSP skyriuose iki COVID-19 pandemijos kiekvienais metais didėjo. 2014 m. vaikams PSP skyriuose buvo suteikta 240 112 paslaugų, o 2018 m. – 273 144 paslaugos (paslaugų skaičius padidėjo 13,8 proc.). Atsižvelgus į kintantį vaikų skaičių, įvertinome paslaugų skaičių, tenkantį 100-tui vaikų. Nustatėme, kad **paslaugų vartojimas per 5 m. išaugo vidutiniškai 20 proc., o kai kur 35-45% (Šiauliai, Tauragė, Utena):** 2014 m. 100-tui Lietuvos vaikų teko 43,8 PSP skyriaus paslaugos, o 2018 m. paslaugų vartojimas buvo reikšmingai didesnis - 52,7/100.

Vertiname iki COVID-19 pandemijos buvusių vaikų PSP skyrių rodiklius, nes karantino laikotarpiu sumažėję visų vaikų sveikatos priežiūros paslaugų rodikliai buvo įtakoti COVID-19 infekcijos ypatumų (vaikai sirgo retai), tėvų pastangų išvengti kreipimosi į gydymo įstaigas, vaikų kolektyvų nelankymo, todėl yra nepatikimi ir laikini.

Tyrimų duomenys rodo, kad dažniausiai į vaikų PSP kreipiamasi dėl kvėpavimo sistemos (36%) ir pilvo /virškinimo sistemos (25%) patologijų. Šių susirgimų diagnostika ir gydymas įrašytas ŠG medicinos normoje. Taigi, sutrikimų apsilankymų struktūroje vyrauja susirgimai, kurie yra apibrėžti ŠG kompetencijose.

Iki pandemijos atlikta vaikų priėmimo – skubios pagalbos skyriuose vaikams teikiamų paslaugų analizė rodo, kad

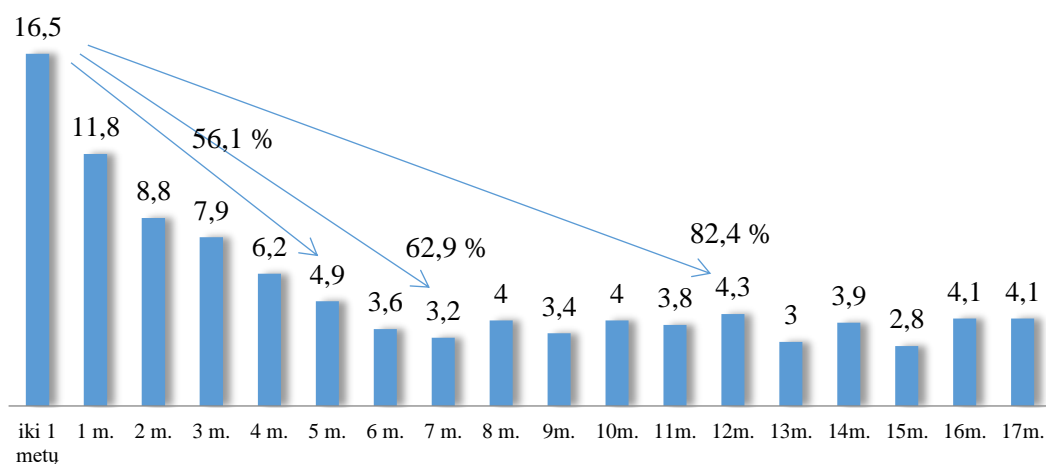
- Daugiau nei 50% vaikų į Skubios pagalbos skyrių atvyksta dėl šeimos gydytojų kompetencijoje esančių neišspręstų problemų. Jiems skubi pagalba nebuvo būtina.
- Dažniausiai dėl vaikų sveikatos į VPSP kreipiamasi dieną (8-14 val. – 31,9%; 14-20 val. – 40,4%) – šeimos gydytojų darbo laiku.
- Pacientų daugėja savaitgaliais – 173 -192 pacientai per parą.
- Pastaraisiais metais išnyko vaikų susirgimams būdingas sezoniškumas.



**2 paveikslas.** LSMU vaikų skubios pagalbos skyriuje 2019 m. apsilankiusių pacientų, kuriems VPSP paslauga nebuvo būtina (N=22 411), susirgimų struktūra

Vaikų priėmimo – skubios pagalbos skyriuose vaikams teikiamų paslaugų statistinės analizės duomenimis, į PSP dažniausiai kreipiamasi dėl kūdikių (iki 1 m. amžiaus) patologijos – 16,5% atvejų. 56,1% pacientų sudaro vaikai iki 5 m. amžiaus. Nuo 5-6 m. amžiaus vaikų, besikreipiančių į PSP skaičius stabilus – po 3-4% kiekvienoje amžiaus grupėje. 82,4% besikreipiančių į PSP pacientų sudaro vaikai iki 12 m. amžiaus. 61% vaikų atvyksta į PSP be siuntimo, vadinasi, nepatenka pas ŠG greitai apžiūrai ar nepasitiki ŠG kompetencija.

**Vaikų pasiskirstymas pagal amžių (%)**



**3 paveikslas.** Į vaikų priėmimo – skubios pagalbos skyrių besikreipiančių vaikų pasiskirstymas pagal amžių.

Vaikai ir paaugliai sudaro apie 25% visų skubios pagalbos paslaugų vartotojų ES šalyse, tačiau Lietuvoje skubios pagalbos skyriuose per metus apsilanko net 52 proc. visų šalies vaikų. Literatūros duomenimis, viena iš pagrindinių skubios pagalbos skyrių paslaugų vartojimo augimo priežasčių yra

prieinamumo ir kokybės problemos pirminėje sveikatos priežiūroje. Tai įrodė JK vaikų skubios pagalbos paslaugų tyrimas. Čia pateikiami Lietuvos duomenys patvirtina JK rezultatus.

Vis didėjantis vaikų srautas skubios pagalbos skyriuose lemia ir didėjančias išlaidas sveikatai, nes už tą pačią ŠG kompetencijas atitinkančią paslaugą apmokėjimą gauna ir pirminės sveikatos priežiūros centras, ir skubios pagalbos skyrius.

#### **4.5 Vaikų specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų netolygumai**

Specializuotas ambulatorines paslaugas vaikams 2018 m. pagal sutartis su TLK teikė 363 ASPĮ, išsidėsčiusios visose apskrityse, tačiau išryškėję paslaugų vartojimo netolygumai rodo nepakankamą paslaugų prieinamumą mažesnių apskričių ir savivaldybių vaikams.

**Vaikų ligų gydytojai** 2018 m. suteikė tik 21 498 antrinio lygio ambulatorines konsultacijas, tačiau reikšmingai daugiau ambulatorinių paslaugų suteikė pirminiame lygyje (2018 m. registruota daugiau nei 1,4 mln. apsilankymų pas apylinkės pediatrą) bei priėmimo skubiosios pagalbos skyriuose. Atkreiptinas dėmesys, kad vykdant vaikų profilaktinių patikrinimų programą, 1 kartą per metus vaikai iki 7 m. amžiaus turi apsilankyti pas vaikų ligų gydytoją, tad konsultacijų dėl profilaktinio patikrinimo skaičius turėtų būti reikšmingai didesnis. Lietuvoje 100-tui vaikų vidutiniškai teko 69,8 vaikų gydytojo konsultacijos. Daugiausiai vaikų gydytojų konsultacijų 2018 m. teko Panevėžio apskrities vaikams (100,8/100) ir Vilniaus apskrities vaikams (75,9/100), mažiausiai - Tauragės (40,8/100) ir Marijampolės (43,0/100) apskričių vaikams.

Ne visų vaikų gydytojų specialistų konsultacijos yra geografiškai prieinamos vaikams, nes ne visos vaikų gydytojų konsultacijos yra apmokamos iš PSDF biudžeto pagal sutartis su TLK kiekvienoje apskrityje.

**Vaikų gydytojų specialistų** konsultacinių paslaugų vartojimas pastaraisiais metais mažėja ir yra pasiskirstęs netolygiai. Kai kurių specialistų konsultacijų skaičius 100-ui gyventojų tarp skirtingų apskričių skiriasi net 5 kartus. Siekiant sumažinti paslaugų vartojimo netolygumus, racionalu būtų teikti visų apskričių ligoninėse visų vaikų gydytojų konsultacijas bei pagerinti prieinamumą pas vaikų ligų gydytojus.

Stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikia 50 įstaigų, iš jų 13 respublikos lygmens, 10 – regiono, 27 – rajono. Lyginant su 2014 m., įstaigų skaičius sumažėjo 10 proc. Siekiant racionaliai naudoti PSDF biudžeto lėšas ir kartu užtikrinti tinkamą ir prieinamą stacionarinę asmens sveikatos priežiūrą vaikams, reikalingi stacionarinių skyrių poreikio nustatymo kriterijai, atsižvelgiant į vaikų skaičių aptarnaujamoje teritorijoje; atstumą tarp ligoninių; vaikų ligų gydytojo ar neonatologo poreikį, atsirandantį dėl gimdymų; paslaugų spektrą ir jų kokybę; ASPĮ pasirengimą teikti paslaugas kritinės būklės vaikams (Reanimacija II paslaugų teikimas); turimus žmogiškuosius išteklius, pasirengusius teikti paslaugas vaikams.

Gydymo įstaigų, teikiančių **dienos stacionaro paslaugas**, išsidėstymas pagal regionus nevienodas. Raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos teikiamos visose apskrityse, psichiatrijos bei dermatovenerologijos – penkiuose didžiausiuose Lietuvos miestuose, o pvz. alerginių ir imuninių ligų diagnostikos ir gydymo – tik Vilniuje ir Kaune. Dienos stacionaro paslaugų teikimą pirmiausiai riboja neadekvatus paslaugos įkainis.

Nesant efektyvios pediatrinių paslaugų diferenciacijos regionuose bei numatyto specializuotos pagalbos teikimo masto, sunkiomis ligomis sergantys pacientai ne iš karto patenka pas reikiamą specialistą ir gaišta brangų laiką.

2018 m. vaikams buvo suteikta 100,4 tūkst. stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugų (585,1 tūkst. lovdienių), t. y. 13,5 proc. mažiau nei 2014 m. (6 priedas). Paslaugų skaičiaus mažėjimas stebimas visose apskrityse, išskyrus Marijampolės (padidėjo 3,8 proc.). Didžioji dalis, t. y. 75 proc. visų paslaugų suteikiama respublikos lygmens ligoninėse. Aktyvaus gydymo stacionariųjų paslaugų, tenkančių 100-tui vaikų, per penkerius metus sumažėjo 8,4 proc. 2018 m. stacionarines paslaugas gavo 20 iš 100 vaikų. Daugiausia paslaugų teko Klaipėdos apskrities vaikams (23,1/100), mažiausiai – Telšių (17,8/100). Apskričių, kuriose yra respublikos lygmens ligoninės, pacientai stacionarines paslaugas daugiausiai gavo savo gyvenamojoje apskrityje.

Išlieka aukšti stacionarizavimo rodikliai. 0-4 m. amžiaus vaikams suteiktų stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugų skaičius Lietuvoje (483/1000-čiui) 2 kartus aukštesnis už ES šalių vidurkį (265/1000) ir atsilieka tik nuo Bulgarijos (518/1000). *PSO Europos Biuras, 2018-05-02*. Siektina, kad šis rodiklis Lietuvoje artėtų prie ES šalių vidurkio ir pasiektų 300/1000.

#### **Problemos sprendimo būdai:**

Būtina numatyti vaikų ligų gydytojų ir specialistų poreikį regionuose ir rajonuose, atsižvelgiant į stacionariųjų paslaugų vaikams teikimą, vaikų skaičių, turimus statistinius duomenis apie atskirų specialistų konsultacijų apimtį rajonuose. Rekomenduojamą vaikų specialistų paskirstymą regionuose žiūr. skyriuje 4.6.6.; 4 lentelė.

Skatinti ŠG siųsti vaikus arčiau esančio vaikų ligų gydytojo konsultacijai, o ne III lygio specialisto konsultacijai rajonuose, išskyrus atskirus atvejus ir sudėtingus pacientus (pvz. įtariama onkologija).

## **4.6 Stacionariųjų paslaugų analizė ir problemos**

### **4.6.1 Situacija Lietuvoje**

Vykdamas projektą „Integruoto Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros paslaugų modelio, apimančio pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas, sukūrimas ir specialistų mokymai” (pagal priemonę NR. 08.4.2-ESFA-V-622) atlikta Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros paslaugų struktūros ir jos kitimo 2014-2018 m. analizė. Buvo įvertinta vaikų stacionariųjų paslaugų infrastruktūra, paslaugų vartojimas ir sudėtis, nustatytos svarbiausios problemos:

- Per daug vaikų gydoma stacionaruose, lyginant su ES valstybėmis;
- Netolygiai išsidėstę vaikų ligų skyriai, kai kurių rajonų ligoninėse per mažas pacientų srautas;
- Nepakankamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas bei paslaugų vartojimo netolygumai;
- Nediferencijuoti II lygio paslaugų teikimo reikalavimai skirtingo lygmens ASPĮ;
- Išsibarsčiusios, regionuose teikiamos tretinio lygio sudėtingos paslaugos vaikams;
- Dienos stacionaro paslaugų teikiama per mažai, stebimas netolygumas.
- Priėmimo – skubios pagalbos skyriuose per daug teikiama pirminio lygio paslaugų.

2018 m. stacionare vaikai daugiausia gydyti dėl kvėpavimo sistemos ligų, infekcinių ir parazitinių ligų bei virškinimo sistemos ligų. 2018 m. vaikams buvo suteikta 100,4 tūkst. stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugų (585,1 tūkst. lovdienių), t. y. 13,5 proc. mažiau nei 2014 m. Paslaugų skaičiaus mažėjimas stebimas visose apskrityse, išskyrus Marijampolės (padidėjo 3,8 proc.). Didžioji dalis, t. y. 75 proc. visų paslaugų suteikiama respublikos lygmens ligoninėse. Tai gali rodyti ir nepakankamą kai kurių didžiausio poreikio specialistų prieinamumą regionuose.



Bendras paslaugų skaičius, tenkantis 100-ui vaikų buvo 20,0 (lyginant su 2014 m., mažėjo 8,4 proc.). Daugiausia paslaugų tenka Klaipėdos apskrities vaikams (23,1/100), mažiausiai – Telšių (17,8/100). Apskričių, kuriose yra respublikos lygmens ligoninės, pacientai stacionarines paslaugas daugiausiai gauna savo gyvenamojoje apskrityje. Kitų apskričių pacientams suteiktų paslaugų vieta labiau diferencijuota.

Stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikia 50 įstaigų, iš jų 13 respublikos lygmens, 10 – regiono, 27 – rajono. Lyginant su 2014 m., įstaigų skaičius sumažėjo penkiomis (9 priedas). 2021 m. COVID-19 pandemijos metu buvo uždaryti Kelmės, Plungės, Varėnos, Lazdijų ir Zarasų ligoninių vaikų ligų skyriai. 2018 m. vaikų lovų skaičius siekė 2160 (9 proc. nuo visų stacionarinių lovų). Tarp vaikams skirtų lovų daugiausiai buvo nespacializuotų vaikų ligų gydymo profilio lovų, reabilitacijos, vaikų chirurgijos. 2018 m. vaikų gydymo profilio lovų funkcionavimo rodiklis (toliau – LFR) buvo nepakankamas – 271 diena (74 proc.). LFR tarp skirtingų profilių lovų pasiskirstė labai netolygiai. Atkreiptinas dėmesys, kad Higienos instituto duomenų bazėje yra netikslumų profiliuojant vaikų stacionarines lovas.

Analizuojant 2018 m. pacientų gyvenamosios vietos ir stacionarinės paslaugos gavimo vietos srautus matyti, kad apskričių, kuriose yra respublikos lygmens ligoninės, pacientai paslaugą didžiąją dalimi gauna savo gyvenamojoje apskrityje: Vilniaus apskrities 96 proc., Kauno apskrities 95 proc., Klaipėdos apskrities 90 proc., Šiaulių 83 proc., Panevėžio 79 proc.

Kitų apskričių pacientams suteiktų paslaugų vieta labiau diferencijuota. Alytaus apskrities vaikams 65 proc. paslaugų buvo suteikta Alytaus, 16 proc. Vilniaus, 18 proc. Kauno miestų ligoninėse. Marijampolės apskrities vaikams 36 proc. paslaugų buvo suteiktos Kaune, Utenos apskrities trečdaliui pacientų - Vilniuje. Penktadalis Tauragės apskrities vaikų dėl stacionarinių paslaugų vyko į Klaipėdos, penktadalis – į Kauno apskrities gydymo įstaigas.

Higienos instituto duomenimis 2018 m. Lietuvos ASPĮ buvo 24 078 stacionarinės 77 profilių lovos. Vaikų lovų skaičius siekė 2160 (9 proc. nuo visų stacionarinių lovų), stacionarinių profilių skaičius – 21. Tarp vaikams skirtų lovų, 2018 m. metų gale daugiausiai buvo nespacializuotų vaikų ligų gydymo profilio lovų – 1000, reabilitacijos – 351, vaikų chirurgijos – 107, vaikų psichiatrijos 102, kitų profilių lovų buvo mažiau.

10-ies ASPĮ vaikų ligų profilio lovų skaičius nesiekė 7 (LR SAM rekomenduoja vaikų ligų profilyje 1 slaugytojai prižiūrėti ne daugiau kaip 7 ligonius<sup>1</sup>). Daugiau nei 30 vaikų ligų gydymo profilio lovų turėjo tik 7 ASPĮ: LSMULKK (192), VULSK (185), Klaipėdos vaikų ligoninė (101), VMKL (89), Kauno klinikinė ligoninė (66), Respublikinė Šiaulių ligoninė (46), Respublikinė Panevėžio ligoninė (35).

#### **4.6.2 Pasiūlymai dėl stacionarinių paslaugų vaikams kokybės ir prieinamumo gerinimo**

Siekiant racialesnio išteklių panaudojimo, remiantis Europos vaikų ligoninėse chartijos (EACH) nuostatomis, siūloma įdiegti mažinti vaikų hospitalizacijų, kuo daugiau suteikiant ambulatorinių, dienos stacionaro paslaugų, gerinti paslaugų kokybę bei prieinamumą, mažinti regioninius netolygumus. Tam tikslui būtina sudaryti vaikų stacionarinių paslaugų teikimo tinklą su regioniniais centrais Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje, kurie koordinuotų mažesnių ASPĮ pediatrines paslaugas. Vaikų stacionaro skyriams reikia numatyti kiekybinius ir kokybinius kriterijus, o nesant vaikų ligų skyriaus rajone, užtikrinti pediatro pagalbą kiekvienoje savivaldybėje, numatyti pavėžėjimo iki regiono centro paslaugas. Paslaugų standartizavimui,

---

<sup>1</sup> SAM 2012 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. V-400 „Dėl slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos aprašo tvirtinimo“

kokybės užtikrinimui, regioninių netolygumų mažinimui, tikslinga nustatyti vaikų sveikatos priežiūros kokybinius rodiklius nacionaliniu mastu, numatyti minimalius stacionariųjų paslaugų teikimo reikalavimus rajono, regiono, respublikinio ir universitetinio lygmens ligoninėse. Europos vaikų ligoninėse chartijos nuostatų laikymasis turėtų būti įtrauktas į stacionariųjų paslaugų kokybės rodiklius. Šiuo metu stebimas tretinio lygio paslaugų vaikams išsibarstymas, neužtikrinant paslaugos kokybės, tad tretinio lygio sudėtingą patologiją reikėtų koncentruoti dviejose universitetų ligoninėse. Vaikų srautas į priėmimo skubios pagalbos skyrius nuolat auga, tai atspindi nepakankamą pirminės sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą, tad priėmimo-skubios pagalbos skyrių paslaugų vartojimą tikslinga priskirti pirminio lygio įstaigų gerų/blogų darbo rezultatų rodikliams

#### **4.6.3 Pasiūlymai dėl vaikų ligų stacionariųjų paslaugų teikimo kriterijų nustatymo**

Siekiant racionaliai naudoti PSDF biudžeto lėšas ir kartu užtikrinti tinkamą ir prieinamą stacionarinę asmens sveikatos priežiūrą vaikams, reikalingi stacionariųjų skyrių poreikio nustatymo kriterijai, atsižvelgiant į:

- vaikų skaičių aptarnaujamoje teritorijoje;
- atstumą tarp ligoninių;
- vaikų ligų gydytojo ar neonatologo poreikį, atsirandantį dėl gimdymų;
- ASPĮ pasirengimą teikti paslaugas kritinės būklės vaikams (Reanimacija II paslaugų teikimas).
- turimus žmogiškuosius išteklius, pasirengusius teikti paslaugas vaikams.
- gydytų pacientų skaičių

Visos ligoninės, kur gimsta naujagimiai privalo turėti pediatrų ir/ar neonatologų paros postą, todėl racionalu teikti ir vaikų ligų stacionarines paslaugas visą parą, kartu užtikrinant vaikų ligų gydytojo paslaugas priėmimo skubiosios pagalbos skyriuje.

Ligoninės, teikiančios akušerijos paslaugas:

**VILNIAUS PERINATOLOGIJOS CENTRAS:**

1. VšĮ VUL Santaros klinikos
2. VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė
3. Vilniaus gimdymo namai
4. VšĮ Trakų ligoninė
5. VšĮ Ukmergės ligoninė
6. VšĮ Utenos ligoninė
7. VšĮ Visagino ligoninė
8. VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė
9. VšĮ Pasvalio ligoninė

**KAUNO PERINATOLOGIJOS CENTRAS:**

1. LSMU Kauno klinikos
2. LSMU Kauno ligoninė
3. VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė
4. VšĮ Kėdainių ligoninė
5. VšĮ Marijampolės ligoninė
6. VšĮ Raseinių ligoninė
7. VšĮ Vilkaviškio ligoninė
8. VšĮ Jonavos ligoninė
9. VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė

10. VšĮ Kretingos ligoninė
11. VšĮ Tauragės ligoninė
12. VšĮ Regioninė Telšių ligoninė
13. VšĮ Mažeikių ligoninė
14. VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė

Rokiškio r. ir Šilutės ligoninėse akušerijos paslaugos nebeteikiamos nuo 2017 m., Anykščių r. savivaldybės ligoninėje – nuo 2018 m. birželio mėn. (paslaugas finansuodavo savivaldybė).

Racionalu būtų turėti vaikų ligų skyrius ir kitose ligoninėse, kur savivaldybėje (ar kaimyninėse savivaldybėse) gyvenančių vaikų skaičius didesnis nei 5000 (1 stacionaro lova skaičiuojama 500 vaikų). Pvz. Visagine 2018 m. gyveno 3647 vaikai, Zarasų r. – 2042. Abiem savivaldybėms galėtų būti skirtas vienas vaikų ligų skyrius.

Siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą, svarbu kad artimiausias vaikų skyrius, teikiantis paslaugas visą parą, būtų pasiekiamas pacientams per 1 val. arba būtų ne toliau kaip už 50 km. Vaikų lovų skaičius turėtų būti apskaičiuojamas, numatant 1-ą stacionaro lovą 500 vaikų (stacionaro, dienos stacionaro ir stebėjimo kartu), o vaikų lovų skaičius skyriuje, skirtas visų rūšių stacionarui, neturėtų būti mažesnis nei 10.

Stacionariniai vaikų ligų skyriai, kurie pagal išvardintus kriterijus privalo likti ir teikti paslaugas vaikams Lietuvoje, pavaizduoti 6 pav. (išsami informacija – 13 priede).

Jeigu nėra stacionarinio vaikų skyriaus ir neužtikrinamas paros postas, ligoninėje turėtų būti teikiamos tik ambulatorinės paslaugos vaikams (nereikia paros posto, gali būti teikiamos ambulatorinės konsultacijos ir dienos stacionaro paslaugos, Priėmimo skubiosios pagalbos skyriuje vaikų ligų gydytojo nedarbo metu vaikams teikiama tik būtinoji medicinos pagalba – po to vaikai nukreipiami į stacionarines ir stebėjimo paslaugas vaikams teikiančią ligoninę).

Stacionarinės vaikų chirurgijos paslaugos turėtų būti teikiamos tik Respublikinio lygmens ligoninėse.

Pažymėtina, kad siekiant sudaryti stacionariųjų ir skubiosios pagalbos vaikams paslaugų žemėlapi bei numatant kur turi būti vaikų stacionariniai skyriai, būtina atsižvelgti į visas paslaugų vaikams apimtis, ne tik stacionarines.

#### **4.6.4 Integracijos poreikis stacionariųjų paslaugų tinkle**

Dauguma vaikų gauna sveikatos priežiūros paslaugas tik pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, todėl reikia rūpintis ir dėti visas pastangas, kad šeimos gydytojai ir bendrieji pediatrai turėtų palankias sąlygas ir motyvaciją gilinti žinias pediatrijoje, naudotis vieningomis diagnostikos ir gydymo metodikomis, turėtų priskirtą teritoriniu principu vaikų ligų skyrių, su kurio pediatrais galėtų pasitarti, sudalyvautų bendruose ligonių aptarimuose ir klinikinėse konferencijose. Visose ligoninėse, teikiančiose paslaugas vaikams, turi būti aišku, ką galima gydyti vietoje ir kokiomis sąlygomis reikia perkelti į regioninį centrą arba tretinį, universitetinį centrą. Mažosios ligoninės turėtų priimti pacientus iš koordinuojančių centrų, jei gydymą galima tęsti nespecializuotame vaikų ligų skyriuje. Sklandus integruotas vaikų sveikatos priežiūros paslaugų tinklas būtinas nuo pirminės iki antrinės iki tretinės sveikatos priežiūros, stiprinant rajonų ir regionų pediatrijos padalinius, įskaitant:

- Suderintos nacionalinės vieningos diagnostikos ir gydymo metodikos su algoritmais;
- Pagalba iš koordinuojančios ligoninės vaikų skyrių į regioninius pediatrijos skyrius, palaikant glaudžius bendradarbiavimo santykius, teikiant konsultacinę pagalbą.
- Informavimas iš regioninių centrų į to pačio klasterio rajoninius skyrius.

- Vaikų, sergančių lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip epilepsija, cistine fibroze ir 1 tipo cukriniu diabetu, priežiūros organizavimas regioniniu pagrindu, remiantis integruotu priežiūros modeliu
- Užtikrinama panaši infrastruktūra ir įranga visuose šalies vaikų ligų skyriuose <sup>2</sup>

Integruotos vaikų sveikatos priežiūros modelis Lietuvoje turėtų veikti kaip sveikatos priežiūros paslaugų vaikams tinklas, su 5 regioniniais koordinuojančiais centrais, priskiriant savivaldybes COVID-19 platformos pagrindu (LR SAM siūlymas, 4 pav.), arba penkių teritorinių ligonių kasų veiklos teritorijose.

Tretinio lygio paslaugos vaikams turi būti teikiamos tik Vilniaus ir Kauno universitetų ligoninėse.

### Naujas teritorinis pasiskirstymas (Covid platformos pagrindu)



**4 paveikslas.** LR SAM siūlomas teritorinis pasiskirstymas COVID-19 platformos pagrindu

#### 4.6.5 Vaikų stacionariųjų paslaugų teikimo principai

Vaikų stacionariųjų paslaugų tinkle ASPĮ vaikų ligų padaliniai ir jų funkcijos skiriasi priklausomai nuo ligoninės tipo.

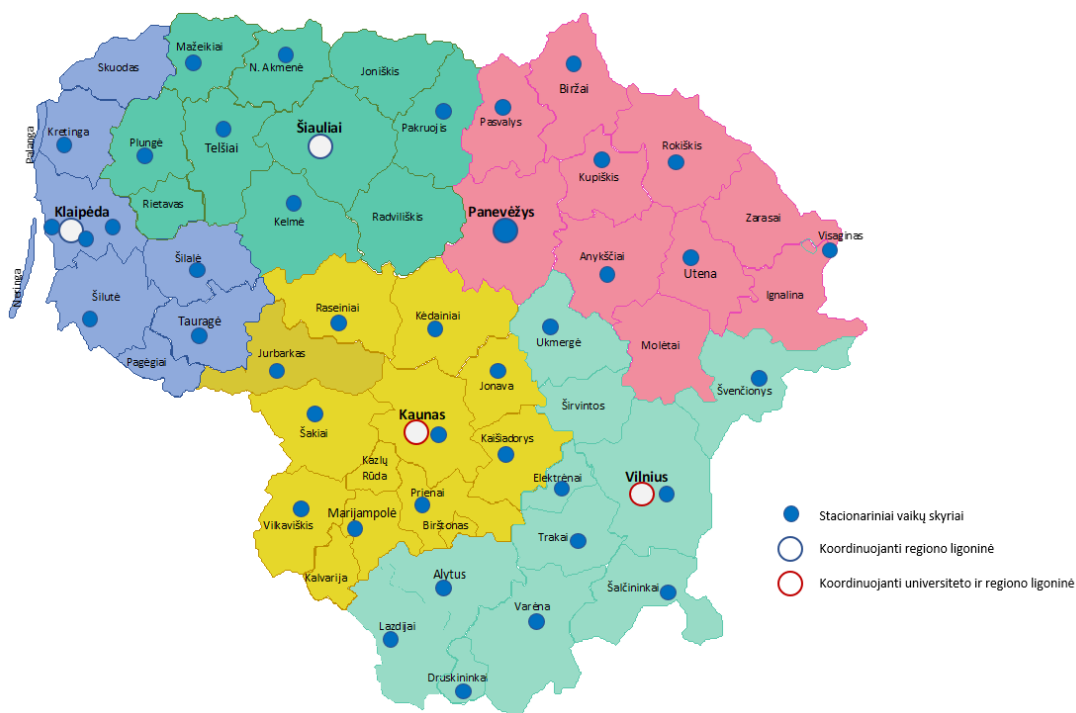
- Rajono ir regiono ligoninėse pakanka vaikų ligų skyriaus, kuriame būtų teikiamos skubios ir planinės stacionarinės ir ambulatorinės paslaugos, veiktų dienos stacionaras, skirtas vaikams.
- Respublikinės ligoninės (Respublikinė Šiaulių ligoninė, Respublikinė Panevėžio ligoninė ir Klaipėdos vaikų ligoninė) – paslaugas vaikams organizuojančios regione ASPĮ, kur teikiamos ir vaikų chirurgijos ir kitos specializuotos skubios ir planinės stacionarinės ir ambulatorinės paslaugos, veiktų dienos stacionaras, skirtas vaikams. Teikiama metodinė skubi konsultacinė pagalba vaikams.
- Universiteto ligoninės (LSMUKK, VULSK) – teikiamos visų rūšių ir specializacijų paslaugos vaikams, vyksta mokslinė, metodinė, specialistų rengimo veikla.

<sup>2</sup> <https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/vision-for-paediatric-health-services.pdf>

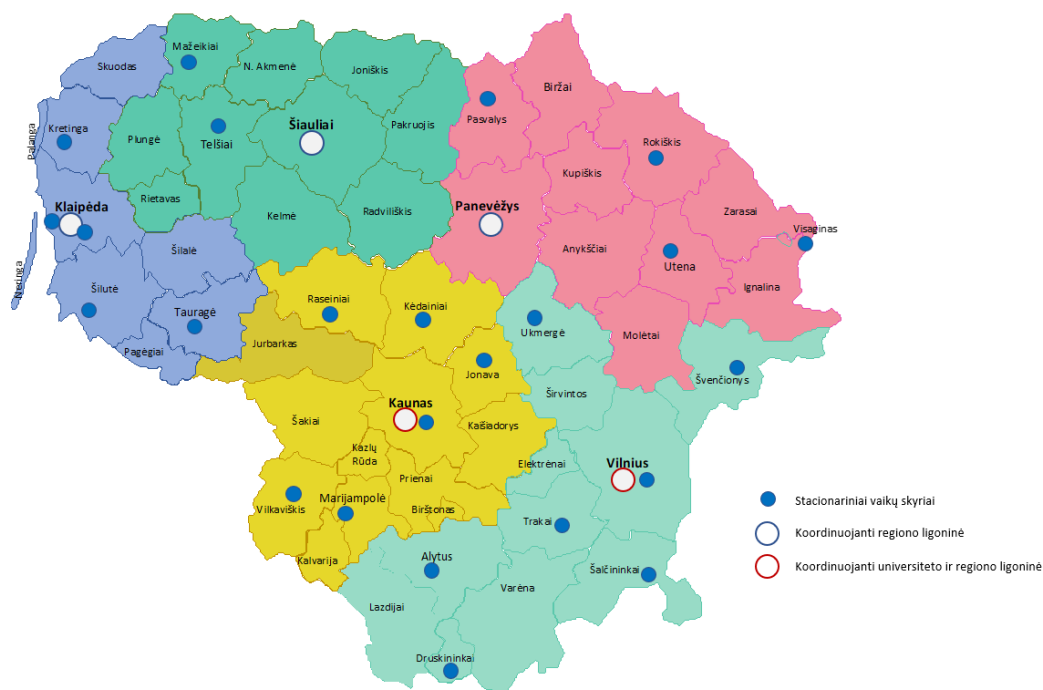
Regionus koordinuojančios ASPĮ ir regiono klasteriui priklausančios ASPĮ pateikiamos 3 lentelėje, pagal TLK veiklos zonas (į lentelę įtrauktos visos rajonų ligoninės, neatsižvelgus į atitikimą vaikų ligų skyriaus kriterijams), įstaigų išsidėstymas – 5 paveiksle.

**3 lentelė.** Regionus koordinuojančios ir regiono klasteriui priklausančios ASPĮ

Regionas	Koordinuojanti ASPĮ	Vaikų stacionarines paslaugas teikianti ASPĮ
Vilniaus	VUL Santaros klinikos	VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė VšĮ Ukmergės ligoninė VšĮ Trakų ligoninė VšĮ Šalčininkų rajono savivaldybės ligoninė VšĮ Švenčionių rajono ligoninė VšĮ Elektrėnų ligoninė VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė VšĮ Druskininkų ligoninė VšĮ Varėnos ligoninė VšĮ Lazdijų ligoninė
Kauno	LSMU Kauno klinikos	LSMU Kauno ligoninė VšĮ Jonavos ligoninė VšĮ Kėdainių ligoninė VšĮ Kaišiadorių ligoninė VšĮ Prienų ligoninė VšĮ Raseinių ligoninė VšĮ Marijampolės ligoninė VšĮ Vilkaviškio ligoninė VšĮ Šakių ligoninė
Klaipėdos	Klaipėdos vaikų ligoninė	VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė VšĮ Šilutės ligoninė Klaipėdos rajono savivaldybės VšĮ Gargždų ligoninė VšĮ Kretingos ligoninė VšĮ Tauragės ligoninė VšĮ Šilalės rajono ligoninė VšĮ Jurbarko ligoninė
Panevėžio	Respublikinė Panevėžio ligoninė	VšĮ Biržų ligoninė VšĮ Kupiškio ligoninė VšĮ Pasvalio ligoninė VšĮ Rokiškio rajono ligoninė VšĮ Utenos ligoninė VšĮ Visagino ligoninė VšĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninė
Šiaulių	Respublikinė Šiaulių ligoninė	VšĮ Naujosios Akmenės ligoninė VšĮ Kelmės ligoninė VšĮ Pakruojo ligoninė VšĮ Mažeikių ligoninė VšĮ Regioninė Telšių ligoninė VšĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninė



**5 paveikslas.** Stacionarines aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikiančių įstaigų išsidėstymas



**6 paveikslas.** Galimas stacionarines aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikiančių įstaigų išsidėstymas

#### 4.6.6 Minimalūs reikalavimai stacionarines vaikų ligų profilių paslaugas teikiančioms ASPĮ

Reikalavimai stacionarinėms vaikų ligų paslaugoms pavirtinti LR SAM 2008 m. gruodžio 9 d. įsakymu Nr. V-1225 „Dėl bendrųjų vaikų ligų ir specializuotų vaikų ligų stacionariųjų antrinio lygio paslaugų teikimo reikalavimų aprašo ir bendrųjų specializuotų vaikų ligų stacionariųjų tretinio lygio paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo, LR SAM 2008 m. gruodžio 9 d. įsakymu Nr. V-1229 „Dėl Bendrųjų vaikų ir suaugusiųjų chirurgijos stacionariųjų antrinio lygio paslaugų teikimo

reikalavimų bei Bendrųjų vaikų ir suaugusiųjų specializuotų chirurgijos stacionariųjų tretinio lygio paslaugų teikimo reikalavimų aprašų patvirtinimo“.

Pagal teikiamų paslaugų apimtį, įsitraukimą į vaikų sveikatos priežiūros tinklą, išskyrėme 4 ligoninių tipus: rajono, regiono (buvusi apskrities ligoninė), respublikinė – regiono koordinatorius ir Universiteto - regiono koordinatorius ir numatėme papildomus reikalavimus, neapibrėžtus dabartiniuose teisės aktuose.

**4 lentelė.** Ligoninių tipai ir papildomi reikalavimai

Ligoninė	Reikalavimai
Rajono ligoninė	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimalus pediatrinė lovų skaičius - 10.</li> <li>• Užtikrinamas vaiku ligų gydytojo darbas visą parą.</li> <li>• Turi teikti skubią pediatrinę pagalbą ir turėti glaudų ryšį su pirmine sveikatos priežiūra.</li> <li>• Turi teikti stacionarines paslaugas, ambulatorines konsultacijas bei dienos stacionaro paslaugas</li> <li>• Bendradarbiauja su pirminiu lygiu ir respublikine ligonine savo teritorijoje.</li> </ul>
Regioninė (Alytaus, Marijampolės, Tauragės, Utenos ir Mažeikių ligoninės)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimalus pediatrinė lovų skaičius - 10.</li> <li>• Užtikrinamas vaikų ligų gydytojo darbas visą parą.</li> <li>• Turi teikti skubią pediatrinę pagalbą ir turėti glaudų ryšį su pirmine sveikatos priežiūra.</li> <li>• Turi teikti stacionarines paslaugas, ambulatorines konsultacijas bei dienos stacionaro paslaugas</li> <li>• Užtikrinamos šių gydytojų specialistų ambulatorinės konsultacijos apskrities teritorijoje gyvenantiems vaikams: vaikų neurologo, vaikų kardiologo, vaikų pulmonologo, vaikų chirurgo, vaikų gastroenterologo, vaikų alergologo, vaikų endokrinologo.</li> <li>• Bendradarbiauja su pirminiu lygiu ir respublikine ligonine savo teritorijoje.</li> </ul>
Respublikinė ligoninė (regiono koordinatorius) Šiauliai, Panevėžys, Klaipėda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Užtikrinamas vaikų ligų gydytojo, vaikų chirurgo, vaikų intensyviosios terapijos gydytojo, neonatologo darbas visą parą.</li> <li>• Teikiamos ambulatorinės ir stacionarinės II lygio paslaugos – vaikų ligų (gali teikti specializuotas paslaugas), vaikų chirurgijos, vaikų reanimacijos ir intensyviosios terapijos bei reabilitacijos, dienos stacionaro, stebėjimo, konsultacinės paslaugos.</li> <li>• Turi dirbti šių profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojais ir bendrieji gydytojais, turintys vaikų gydymo kompetencijas: <i>vaikų ligų gydytojas, vaikų pulmonologas, vaikų endokrinologas, vaikų kardiologas, vaikų alergologas, vaikų neurologas, vaikų nefrologas, vaikų gastroenterologas, vaikų hematologas, vaikų infekcinių ligų gydytojas, neonatologas, vaikų intensyviosios terapijos gydytojas, vaikų chirurgas, socialinis pediatras, vaikų ir paauglių psichiatras, ortopedas traumatologas, dermatologas, otorinolaringologas, oftalmologas, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas</i>) Iš viso ne mažiau kaip 18 specialistų.</li> <li>• Bendradarbiauja su rajono, regiono ligonine savo teritorijoje, teikia metodinę pagalbą, priima sunkesnius pacientus, teikia skubią konsultacinę pediatrinę pagalbą, vykdo koordinacinę veiklą</li> </ul>

Ligoninė	Reikalavimai
Universiteto ligoninė (kartu ir regiono koordinatorius)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turi dirbti visų profesinių kvalifikacijų gydytojai, turintys vaikų gydymo kompetencijas.</li> <li>• Teikiamos visų rūšių paslaugos vaikams.</li> <li>• Atlieka respublikinės ligoninės funkcijas, bendradarbiauja su rajono, regiono ligonine savo teritorijoje, teikia metodinę pagalbą, priima sunkesnius pacientus, teikia skubią konsultacinę pediatriinę pagalbą, vykdo koordinacinę veiklą.</li> <li>• Veikia retų ligų koordinaciniai centrai, prižiūrintys retomis ligomis sergančius pacientus ir teikiantys metodinę pagalbą kitoms ASPĮ (Cistinės fibrozės, retų neurologinių ligų, vaikų onkologinių ir kitų ligų retų ligų koordinavimas)</li> <li>• Koncentruojasi sudėtingiausia patologija, retos ligos, vykdomi moksliniai tyrimai, gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų rengimas, diagnostikos ir gydymo metodikų rengimas šalies mastu.</li> <li>• Sudaro pediatrijos klasterio valdymo grupę</li> </ul>

#### 4.7 Sprendimai vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir efektyvumui pagerinti

Vertinant iki COVID-19 pandemijos atliktą situacijos Lietuvoje analizę (Projektas „Integruoto Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros paslaugų modelio, apimančio pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas, sukūrimas ir specialistų mokymai“ (pagal priemonę NR. 08.4.2-ESFA-V-622) LIETUVOS VAIKŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ STRUKTŪROS IR JOS KITIMO PER PASKUTINIUS 5 METUS ANALIZĖ, 2019 m.), galime teigti, kad vaikų sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumui ir kokybei gerinti svarbiausi veiksniai Lietuvoje yra:

1. Vaiko sveikatos priežiūros pirminiame lygyje gerinimas. Jis įmanomas grąžinant vaikams pediatriinę priežiūrą pirminiame ir/ar antriniame lygyje.
2. Pirminio ir antrinio sveikatos priežiūros lygių integracijos didinimas.

Grąžinant vaikams pediatriinę priežiūrą pirminiame ir antriniame lygyje, siekiama PSO rekomenduojamų „geros“ sveikatos sistemos kriterijų: saugių, kokybiškų ir prieinamų paslaugų; ligų prevencijos, ankstyvo susirgimų valdymo ir ilgalaikės į pacientą (ne į ligą) orientuotos priežiūros užtikrinimo; visapusiškos ir koordinuotos daugelio sveikatos poreikių priežiūros; išvengiant nereikalingų ir žalingų specialistų konsultacijų.

Siekiant šio tikslo, reikia atkreipti dėmesį į ypač pažeidžiamas vaikų grupes ir vaikų sveikatos priežiūros sritis, kurioms dėl egzistuojančios pirminės sveikatos priežiūros modelio šiuo metu aukšta paslaugų kokybė negali būti užtikrinama:

1. Kūdikiams ir vaikams iki 7 m. amžiaus. Jiems ypač svarbūs amžiaus ypatumai, todėl norint teikti kokybiškas paslaugas, būtinas specialus pediatriinis pasirengimas. Gydytojų profesionalumas ir kvalifikacija pagerintų paslaugų vaikams kokybę bei sumažintų pacientų srautą į skubios pagalbos skyrius ir stacionarus. Ankstyva diagnostika ir kvalifikuota pagalba galėtų turėti įtakos kūdikių ir vaikų mirtingumo bei neįgalumo sumažinimui.
2. Lėtinėmis ligomis sergantys ir neįgalūs vaikai. Jų ilgalaikiam gydymui ir nuolatinei priežiūrai reikalinga nė siauros kvalifikacijos specialistų, o vaikų ligų gydytojo kvalifikacija ir holistinis požiūris. Suaugusiems šiuo metu kuriama „vieno langelio“ sistema – ambulatorinė slauga, palaikomasis gydymas ir slauga stacionare, paliatyvi pagalba, socialinės paslaugos. Vaikams



svarbūs kitokie aspektai: gydymo kokybė ir tęstinumas, pacientų ir tėvų mokymas, abilitacija bei rehabilitacija. Vaikų ligų gydytojas visą dėmesį galėtų skirti tik vaiko poreikiams, kurie šeimos gydytojams dažnai užgožiami gausių suaugusiųjų problemų. Neįgalių vaikų Lietuvoje stabiliai yra apie 14,8 tūkst.

3. Vaikų ligų profilaktikos gerinimas (profilaktiniai patikrinimai ir vakcinacijos). Šeimos gydytojai dėl trumpų pediatriinių rezidentūros studijų, o vėliau dėl trumpo laiko paciento vizitui, neturi galimybės įsigilinti į vaikų profilaktikos ypatumus ir kontraindikacijas, dažnai bereikalingai rekomenduoja atsisakyti/atidėti vakcinacijas. Be to jie yra užimti suaugusiųjų sveikatos priežiūra bei profilaktinėmis programomis, už kurias yra skatinami. Tuo tarpu už pediatro atliekamą vaikų lėtinių ligų profilaktiką skatinimas numatytas (nėra profilaktinių programų ankstyvam lėtinių ligų išaiškinimui). Taigi, sistema neskatina gydytojų intereso vykdyti vaikų ligų profilaktiką. Kvalifikuoto ir tik į vaiką orientuoto vaikų ligų gydytojo rekomendacijos didintų tėvų ir globėjų pasitikėjimą vakcinavimu bei pagreintų lėtinių susirgimų diagnostiką bei anksti paskirto gydymo rezultatus.

**Vaikų ligų gydytojų kompetencijos yra skirtos būtent kokybiškai ir efektyviai vaikų sveikatos priežiūrai. Deja, Lietuvos sveikatos politika lemia, kad vaikus gydo kitų specializacijų gydytojai (šeimos gydytojai, skubios medicinos pagalbos gydytojai, kt.) tačiau ne pediatrai. Todėl siūloma didinti vaikų ligų gydytojo prieinamumą ir pediatrų skaičių pirminėje grandyje ir antriniame sveikatos priežiūros lygyje.**

Tam siūloma koreguoti SAM ministro įsakymą „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymo Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo 2004-05-14 Nr. V-364 bei jo pakeitimą 2014-04-07 V-444, kuriuo reglamentuojama šeimos medicina. Kadangi pirminėje grandyje vaiko sveikatos priežiūrą užtikrinanti gydytojų komanda neefektyvi, vaikams nereikalinga ir dažnai neįmanoma, nes trūksta vidaus ligų gydytojų (kurie vaiko sveikatos priežiūrai yra nereikalingi), siūlome įtvirtinti nuostatą, kad šeimos medicina yra šeimos gydytojo praktika, kurioje vaikus gali prižiūrėti pediatras.

Kadangi už pirminę sveikatos priežiūrą apmokėjimą gauna ne šeimos gydytojas, o gydymo įstaiga, siūlome įtvirtinti nuostatą, kad įstaigos administracija gali spręsti, kas teiks pirminės sveikatos priežiūros paslaugas vaikams – šeimos gydytojas ar pediatras.

Taip pat siūloma keisti ŠG kompetencijas atitinkančią, tačiau vaikų priežiūroje visiškai neefektyvią, gydytojų komandą. SAM ministro įsakymo „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“, 2005 m. gruodžio 5 d. Nr. V-943, pakeitimas, numato, kad laisvės atėmimo vietose nesant vaikų, ŠG kompetencijas atitinkančioje komandoje gali nebūti vaikų ligų gydytojo, tad tokiu pačiu principu turėtų būti pakeisti reikalavimai ir pediatriinėms apylinkėms:

II skyrius. PAASP paslaugų teikimo organizavimo tvarka:

7<sup>1</sup>. Laisvės atėmimo vietose apylinkę aptarnaujančių specialistų komanda gali būti formuojama, atsižvelgiant į apylinkės prisirašiusiųjų asmenų amžių ir lytį, taip:

7<sup>1</sup>.1. apylinkei, į kurios prisirašiusiųjų asmenų sąrašą yra įrašyti įvairaus amžiaus ir lyties asmenys, PAASP paslaugų teikimą (pagal šeimos gydytojo medicinos normą) užtikrina šeimos gydytojas (arba vidaus ligų gydytojas, vaikų ligų gydytojas, gydytojas akušeris ginekologas ir chirurgas kartu);

7<sup>1</sup>.2. apylinkei, į kurios prisirašiusiųjų asmenų sąrašą neįrašyta vaikų, PAASP paslaugų teikimą (pagal šeimos gydytojo medicinos normą) užtikrina šeimos gydytojas (arba vidaus ligų gydytojas, gydytojas akušeris ginekologas ir chirurgas kartu);

7<sup>1</sup>.3. apylinkei, į kurios prisirašiusiųjų asmenų sąrašą neįrašyta moterų ir vaikų, PAASP paslaugų teikimą (pagal šeimos gydytojo medicinos normą) užtikrina šeimos gydytojas (arba vidaus ligų gydytojas ir chirurgas kartu).

*Papildyta punktu:*

*Nr. V-1113, 2020-05-11, paskelbta TAR 2020-05-12, i. k. 2020-10133*

Kiti galimi teisės aktų pakeitimai, įtvirtinantys geresnį vaikų ligų gydytojo prieinamumą vaikams, pateikti 5 lentelėje.

Šiuo metu pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą Lietuvoje reglamentuoja SAM ministro patvirtintas aprašas. Atsižvelgiant į tai, kad būtent šiame akte **šiuo metu yra įtvirtintas pirminių asmens sveikatos priežiūros teikimo modelis** (paslaugą teikia šeimos gydytojas arba komanda), ir tai, kad **MN (medicinos norma) dėl Vaikų ligų gydytojo numato galimybę Vaikų ligų gydytojui vykdyti kitas teisės aktuose numatytas pareigas** (10 p. „10. Vaikų ligų gydytojas turi ir kitų teisių, nustatytų Lietuvos Respublikos teisės aktuose, reglamentuojančiuose asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.“) **šio akto papildymu (patikslinimu) yra galima pakeisti paslaugų teikimo vaikams modelį į labiau palankų vaikams bei numatyti kad šeimos gydytojo normos paslaugas vaikams iki 18 m. gali teikti arba šeimos gydytojas, arba vaikų ligų gydytojas (nauja), arba komanda (kaip yra dabar)**. Esamas teisinis reguliavimas savaime nedraudžia vaikų ligų gydytojui teikti vaikui reikalingas PAASP, tačiau jis nėra pakankamas užtikrinti faktines galimybes tokių gydytojų prieinamumo vaikams, o Vaikų ligų gydytojų skaičius kas metai mažėja, įstaigos susiduria su šių specialistų trūkumu, apkraunamas specializuotų paslaugų teikimas nors paslaugos galėtų būti teikiamos pirminiame lygmenyje. Aukščiausios kvalifikacijos specialistai pirminėje sveikatos priežiūroje, atsižvelgiant į kompetencijas bei žinias, praktiką, lyginant su kitais specialistais, yra vaikų ligų gydytojai; jų gebėjimai ir žinios vaikų pirminės sveikatos priežiūros apimtimi yra gilesnės nei šeimos gydytojo ar kitų gydytojų, todėl būtų galima užtikrinti aukšto lygio vaikų priežiūrą, o tėvai turėtų galimybes pasirinkti jiems priimtina variantą – kas teiks paslaugą pacientui. Lentelėje pateikiami galimi papildymai, kurie leistų ne tik išsaugoti, bet ir padidinti vaikų ligų gydytojų prieinamumą tiek miestuose, tiek regionuose.

**5 lentelė.** Galimi teisės aktų pakeitimai, leisiantys įtvirtinti geresnį vaikų ligų gydytojo prieinamumą vaikams

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 (2018 m. vasario 2 d. įsakymo Nr. V-124 redakcija) patvirtinto „ <b>PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO ORGANIZAVIMO IR ŠIŲ PASLAUGŲ IŠLAIDŲ APMOKĖJIMO TVARKOS APRAŠO</b> “		
Esama situacija	Siūlymas	Pastabos, komentarai
<p>DABAR SAM įsakyme numatyta, kad vaikų ligų gydytojas PAASP paslaugų vietoj šeimos gydytojo (savarankiškai) teikti PAASP negali, t.y. gali tik komandoje kaip PAASP komandos dalis arba ne PAASP (kaip specializuotą paslaugą). Taikoma šeimos gydytojo sistema, nors yra dalis mišrios sistemos dėl komandos paslaugų.</p> <p>“2. PAASP apima šeimos gydytojo (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, akušerio ginekologo ir chirurgo kartu) komandos teikiamas paslaugas, pirminę ambulatorinę odontologinę asmens sveikatos priežiūrą ir pirminę ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą.”</p>	<p>„2. PAASP apima šeimos gydytojo ir arba vaikų ligų gydytojo (jeigu PAASP teikiamos vaikams iki 18 m.) (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo ir (ar) šeimos gydytojo, akušerio ginekologo ir chirurgo kartu) komandos teikiamas paslaugas, pirminę ambulatorinę odontologinę asmens sveikatos priežiūrą ir pirminę ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą.“</p>	<p>Pagal Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategiją (galiojanti redakcija) ketvirtasis strategijos tikslas – užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius. Pagal 111. p. „Gerinti motinos ir vaiko sveikatą – svarbiausias valstybės ir sveikatos sistemos uždavinys. Tyrimais įrodyta, kad gera vaiko sveikata lemia gerą asmens sveikatą vėlesniais gyvenimo tarpsniais.“, o pagal 112 p. „Siekiant gerinti motinos ir vaiko sveikatą, būtina:</p> <p>112.1. teikti aukštos kokybės, prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas motinos ir vaiko sveikatai saugoti ir gerinti; <u>Lietuvoje mažėjant vaikų skaičiui ir didėjant kūdikių mirtingumui, teikti vaikams aukščiausios kokybės paslaugas, tam pasirenkant aukščiausios kvalifikacijos specialistus, išsaugant vaikų ligų gydytojų prieinamumą vaikams rajonuose</u>“.</p> <p>Atsižvelgiant į pediatrių skaičiaus mažėjimo tendenciją Lietuvoje (2011 m. tik vaikų ligų gydytojo licenciją turėjo 1057, o 2018 m. 527 vaikų ligų gydytojai) dėl šeimos gydytojo sistemos vaikų PAASP.</p> <p>Pažymėtina, kad remiantis 2021 m. birželio mėn. duomenis iš teritorinių ligonių kasų apie laukimo eiles ir vaikų ligų gydytojų prieinamumą, šiuo metu PAASP lygmenyje vaikams nėra užtikrinama galimybė pasinaudoti vaikų ligų gydytojo paslaugomis ir (ar) yra didelės jų laukimo eilės.</p> <p>Pavyzdžiui, 2021 m. birželio mėn. vien Kaune mieste PAASP teikiančiose 15-oje įstaigų nebuvo nei vieno vaikų ligų gydytojo, o 8 įstaigose laukimo eilės pas vaikų ligų gydytoją teikiant PAASP buvo daugiau kaip 15 dienų. Specializuotų ambulatorinių paslaugų – vaikų ligų gydytojo paslaugų laukimo eilė Kaune svyravo 0-14 dienų, o tokia įstaiga kaip Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos turėjo vos du vaikų ligų gydytojus, pas vieną iš jų laukimo eilė buvo net 15–30 dienų.</p> <p>Panaši situacija ir Vilniaus mieste – iš 23 veikiančių įstaigų, net 9 įstaigose laukimo eilė pas vaikų ligų gydytoją PAASP paslaugoms (kai paslaugą teikia komanda) buvo net 8-15 ir daugiau dienų. Specializuotų ambulatorinių paslaugų – vaikų ligų gydytojo paslaugų laukimo eilė</p>

		<p>Vilniuje svyravo 0-14 dienų, o net trijose įstaigose buvo 15–30 ir daugiau.</p> <p>Mažesniuose miestuose ir regionuose situacija nėra geresnė – Alytuje iš 6 teikiančių PAASP paslaugas įstaigų, 4-iose laukimo trukmė birželio mėnesį buvo 0–7, vienoje 8-14 ir vienoje daugiau kaip 15 dienų. Ukmergės, Švenčionių, Širvintų įstaigose laukimo eilė pas vaikų ligų gydytoją buvo net 15-30 dienų, o Šiaulių ir Telšių apskrityse – 0-7 dienų,</p> <p>Siūlomu pakeitimu regionuose (tame tarpe, ir miestuose) būtų galima užtikrinti vaikų ligų gydytojų prieinamumą, kadangi įstaigose teikiančiose PAASP nebūtų būtina sudaryti komandą tam, kad būtų galima užtikrinti vaikų ligų gydytojo prieinamumą; kaip rodo esami teritorinių ligoninių kasų duomenys, įstaigose trūksta tokių specialistų kaip vidaus ligų gydytojas, akušerio ginekologo ir/ar chirurgo, todėl įstaigos nesamdo vaikų ligų gydytojų; natūraliai kas metai mažėja vaikų ligų gydytojų skaičius Lietuvoje, o nauji specialistai renkasi specializuotas paslaugas ir nedalyvauja PAASP; skubios pagalbos skyriai yra nuolat perpildyti pacientų iki 18m., kuriems daugumoje atvejų būtina vaikų ligų gydytojo konsultacija ir (ar) šeimos gydytojai patys siunčia tokius vaikus, kadangi nėra praktinių galimybių iškart kreiptis į vaikų ligų gydytoją be siuntimo.</p> <p>Manytina, kad vaikų ligų gydytoją numačius kaip alternatyvą šeimos gydytojui vaikams iki 18 m. (atitinkamai ir finansavimą numatant) dėl PAASP būtų galima sustabdyti pediatrų skaičiaus mažėjimą, o tėvai galėtų tiesiogiai kreiptis ne į šeimos gydytoją siuntimo pas vaikų ligų gydytoją ir (ar) skubią pagalbą po gydytojo darbo valandų (tam, kad pas jį patekti), būtų galima regionuose PAASP teikimui turėti vaikų ligų gydytojo kabinetą (kaip dabar šeimos gydytojo).</p> <p>Kadangi pagal esamą teisinį reguliavimą PAASP vaikų ligų gydytojas teikia tik komandoje ir (ar kaip specializuotą kito lygio paslaugą, dalis gydymo įstaigų neturėdami kitų komandai sukurti reikalingų specialistų negali suteikti pacientui vaikui reikalingos Vaikų ligų gydytojo konsultacijos (nors kiti komandos nariai nėra reikalingi), kas lemia, kad šeimos gydytojai siunčia vaikus specializuotai paslaugai, kai tuo tarpu pakaktų vaikų ligų gydytojo PAASP lygmenyje.</p> <p>Pagal PSO integruoto vaikų ligų valdymo rekomendacijas vaikas turi gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas per 24 val. nuo ligos pradžios, įskaitant ir saugius bei veiksmingus vaistus. PSO rekomenduoja įdiegti integruotą vaikų ligų valdymo sistemą (angl. Integrated Management</p>
--	--	---

		<p>of Childhood Illness), kurios prioritetas yra tos prevencinės ir ligų gydymo priemonės, kurios gali sumažinti vaikų iki 5 m. mirčių atvejų skaičių. Ši sistema įdiegta daugiau nei 75 pasaulio šalyse. Integruota vaikų ligų valdymo sistema apima visas vaiko sveikatos priežiūros sritis, o jos tikslas – sumažinti mirtingumą, ligotumą ir neįgalumą, skatinti sveiko vaiko (ypač iki 5 m.) augimą. Integruota vaikų ligų valdymo sistema apima ligų prevenciją bei gydymą namuose ir sveikatos priežiūros įstaigose. Sistema ne tik siekiama mažinti vaikų iki 5 m. mirtingumą, bet ir sprendžiami teikiamų paslaugų netolygumų mažinimo (skurdžiau gyvenančių ir pasiturinčių, miesto ir kaimo gyventojų skirtumai), sveikatos paslaugų kokybės ir ribotų išteklių efektyvesnio panaudojimo klausimai. Integruota vaikų ligų valdymo sistema skatina diagnozuoti ir gydyti vaikų ligas ambulatorinėmis sąlygomis, konsultacijų principu, o esant poreikiui sunkiau sergantį vaiką skubiai siųsti į ligoninę.</p> <p>Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15-3 str. Yra nustatyti maksimalūs PAASP ir kitų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminai: 1) pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą sveikatos apsaugos ministro nustatytų ūmių būklių atveju – ne vėliau kaip per 24 valandas; 2) pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą – ne vėliau kaip per 7 kalendorines dienas; 3) antrinės ir tretinės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą – ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų.</p> <p>Atitinkamai, vaikų ligų gydytojui teikiant pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą savarankiškai (vietoj šeimos gydytojo) vaikų ligų gydytojo paslaugos taptų lengviau prieinamos, nes išplėstus PAASP paslaugų teikimo galimybę jas teikti savarankiškai (kadangi vaikų ligų gydytojų kompetencijos ir žinios atitinka komandos turimas žinias savo pobūdžio, atsižvelgiant į vaikų ligų gydymo ir diagnostikos algoritmą).</p>
<p>„3. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys: &lt;...&gt; 3.1. Apylinkė – šeimos gydytojo (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, gydytojo akušerio ginekologo ir gydytojo chirurgo kartu) komandai priskirta aptarnauti prisirašiusiųjų asmenų grupė. &lt;...&gt;</p>	<p>3. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys: &lt;...&gt; 3.1. Apylinkė – šeimos gydytojo <i>ir (ar) vaikų ligų gydytojo (kai PAASP teikiamos vaikui iki 18 m.)</i> (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, gydytojo akušerio ginekologo ir gydytojo</p>	<p>Remiantis PSO atliktais skaičiavimais, vaikų ligų prevencijai ir vaikų sveikatos gerinimui kaip viena iš ekonomiškai efektyvių priemonių, yra įvertintas vaikų ligų gydytojo (pediatro) patarimas – 1 Eur investicijos į pediatro patarimą grąža įvertinta 10 Eur. Numačius galimybę vaikų ligų gydytojui turėti apylinkę ir teikti PAASP grandyje teikti Vaikų ligų gydytojo normos paslaugas leistų operatyviai diagnozuoti ir gydyti vaikus, suteikiant aukščiausios kokybės paslaugas.</p> <p>Siūlomu pakeitimu į PAASP paslaugų teikimą būtų integruotos specializuotos antrinio ir tretinio lygio paslaugos, o pas specialistą į ligoninę ar pan. būtų</p>

<p>3.7. Šeimos gydytojo komandos paslaugos – nespecializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Šeimos gydytojo medicinos normą, Bendrosios praktikos slaugytojo medicinos normą ir (ar) pagal Bendruomenės slaugytojo medicinos normą, ir (ar) Akušerio medicinos normą, ir (ar) Išplėstinės praktikos slaugytojo medicinos normą, ir (ar) Slaugytojo padėjėjo medicinos normą, ir (ar) Socialinio darbuotojo veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatus, ir (ar) Gyvensenos medicinos specialisto veiklos reikalavimus, ir (ar) Kineziterapeuto medicinos normą ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, pacientų namuose ar socialinės globos įstaigose, ar įstatymų nustatyta tvarka laisvės atėmimo vietų ligoninės, tardymo izoliatorių, pataisos įstaigų patalpose.“</p>	<p>chirurgo (kartu) komandai priskirta aptarnauti prisirašiusių asmenų grupė. &lt;...&gt; 3.7. Šeimos gydytojo komandos paslaugos – nespecializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Šeimos gydytojo medicinos normą, <u>Vaikų ligų gydytojo normą</u>, Bendrosios praktikos slaugytojo medicinos normą ir (ar) pagal Bendruomenės slaugytojo medicinos normą, ir (ar) Akušerio medicinos normą, ir (ar) Išplėstinės praktikos slaugytojo medicinos normą, ir (ar) Slaugytojo padėjėjo medicinos normą, ir (ar) Socialinio darbuotojo veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatus, ir (ar) Gyvensenos medicinos specialisto veiklos reikalavimus, ir (ar) Kineziterapeuto medicinos normą ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, pacientų namuose ar socialinės globos įstaigose, ar įstatymų nustatyta tvarka laisvės atėmimo vietų ligoninės, tardymo izoliatorių, pataisos įstaigų patalpose.“</p>	<p>nukreipiami tik sunkūs atvejai, poliligitumas ir (ar) tada, kai Vaikų ligų gydytojo normos paslaugų neužtektų (nepakaktų). Pagal tokį papildymą, Vaikų ligų gydytojas suteikęs PAASP esant poreikiui dėl specializuotos paslaugos, galėtų ją iš karto suteikti operatyviai ir (ar) nedelsiant nukreipti reikalingo specialisto konsultacijai (ne vaikų ligų gydytojo).</p>
--	---	---

	<p>9-3. PAASP paslaugų teikimą pagal šeimos gydytojo komandos paslaugų teikimą vaikams nuo 0 iki 18 m. užtikrina šeimos gydytojas arba vaikų ligų gydytojas, kurį pacientas (jo tėvai ar kiti atstovai pagal įstatymą) yra pasirinkęs (toliau – šeimos gydytojas), arba vidaus ligų gydytojo, akušerio ginekologo ir chirurgo komanda kartu.</p>	<p>Siūlomu papildymu būtų įtvirtintas mišrus PAASP paslaugų teikimo modelis.</p> <p>Galima būtų numatyti pereinamąjį laikotarpį, pvz. kad vaikams nuo 0 iki 18 m. PAASP paslaugų teikimą nuo 2025 m. užtikrins vaikų ligų gydytojai; kiekvienas vaikas bus priskirtas ir prižiūrimas vaikų ligų gydytojo (SAM įsakymu).</p> <p>Suteikus galimybę vaikams gauti daugiau specialiųjų žinių ir patirties turinčius gydytojus (vaikų ligų gydytus) pirminėje grandinėje kaip pirmą kontaktą, būtų galima paspartinti efektyvesnę lėšų naudojimą (vaikas iš karto konsultuojamas specialių žinių turinčio specialisto, o ne bendrosios praktikos gydytojo, turinčio siauros apimties žinių ir darbo su vaikais apimtį); paslauga suteikiama ankščiau – efektyvesnė diagnostika, ligų ir būklių identifikavimas pradiniam etape, efektyvesnis nukreipimas, gydymas. Pažymėtina, kad visi vaikai galėtų kreiptis tiesiogiai į vaikų ligų gydytojo licenciją turintį specialistą, o ne vykti pas šeimos gydytoją ir (ar) skubią pagalbą (priėmimo skyrių) po šeimos gydytojo darbo valandų ar pan. tam, kad šie nusiųstų pas vaikų ligų gydytoją ar norėdami gauti siuntimą pas vaikų ligų gydytoją; įprastai šeimos gydytojai siunčia vaikus vaikų ligų gydytojui, o priėmimo – vaiką visada apžiūri/konsultuoja vaikų ligų gydytojas.</p> <p>Manytina, kad tokiu būdu būtų sumažintas priėmimo skyrių krūvis, nes tėvai galėtų gauti nuotolinę konsultaciją pas savo vaikų ligų gydytoją (kaip dabar šeimos gydytoją) iš karto ir/ar būtų galimas tikslingesnis nukreipimas reikalingai paslaugai pediatrai, o ne BPG atlikus pirminį vertinimą.</p> <p>Paslaugų prieinamumą, efektyvesnis resursų panaudojimas būtų numatyti vaikų lygų gydytoją nespecializuotų paslaugų teikimui pirminėje grandyje. Vaikų apsilankymų skaičius pas pediatus pirminėje sveikatos priežiūroje sudaro net 40 proc., o vaikų lygų gydytojai turi gilesnes žinias ir praktiką, kas leidžia efektyviau naudoti, operatyviau suteikti reikalingą paslaugą, sumažinti laukimo eiles ir kt. (<a href="https://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_gyv_sveikata/leid2019.pdf">https://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/LT_gyv_sveikata/leid2019.pdf</a>)</p>
<p>28.2. kiekvieno prirašyto prie šeimos gydytojo (ši nuostata netaikoma, jeigu paslaugas teikia vidaus ligų ar vaikų ligų gydytojas) gyventojų – 0,80 balo;</p>	<p>28.2. kiekvieno prirašyto prie šeimos gydytojo arba vaikų ligų gydytojo, teikiančio PAASP paslaugas, gyventojų – 0,80 balo.</p>	<p>Siūlymu būtų pagerintas apmokėjimas už vaikų ligų gydytojo paslaugas (dabar pagal šį punkte įstaigos negauna vienodo finansavimo, jeigu paslaugas teikia šeimos gydytojo komanda, kurioje yra vaikų ligų gydytojas ar vidaus ligų gydytojas). Pagal dabartinę aprašo redakciją, susidaro situacija, kad įstaigoms finansiškai neapsimoka, kad vaikai būtų neprirašyti prie šeimos gydytojo ir/ar būtų prirašyti prie vaikų gydytojo ir (ar) PAASP paslaugos teikimą organizuotų ne šeimos gydytojas, o komanda su</p>

						vaikų ligų gydytoju. Manytina, kad siūlomas pakeitimas paskatintų teigiamus pokyčius, kadangi įstaigoms būtų vienodos sąlygos išlaikyti šeimos gydytoją ar vaikų ligų gydytoją, priklausomai nuo pacientų pasirinkimo, nesukuriant papildomos finansinės naštos (trūkumo).
27. PAASP paslaugų metinės bazinės kainos:		Siūloma pakeisti 27. PAASP metines bazines kainas, numatant vienodą apmokėjimą už PAASP paslaugų teikimą tiek šeimos gydytojui, tiek vaikų ligų gydytojui (1. p.), o 2.1 p. pakoreguojant ir numatant apmokėjimą už komandos narių darbą kartu, neskaitant šeimos gydytojo arba vaikų ligų gydytojo, o už vieno vaikų ligų gydytojo paslaugas apmokant kaip šeimos gydytojo komandos teikiamą paslaugą.				Šiuo metu pagal 27d. vaikų ligų gydytojo paslauga, kai jis teikia PAASP nėra apmokama kaip šeimos gydytojo; jeigu PAASP paslaugą teikia vaikų ligų gydytojas tai yra apmokama mažiau (bazinė kaina apmokama visos gydytojų komandos kartu), kas lemia, kad vaikų ligų gydytojais neturi pakankamo bazinio apmokėjimo (už tą pačią kainą dirba keli gydytojai), nors teikiant PAASP vaikams šie savo kompetencija ir galimybėmis yra žymiai geresni už BPG (šeimos gydytojus) ir turi pasiruošimą vaikams suteikti geresnės kokybės, efektyvesnę paslaugą nei šeimos gydytojas.  Kitos nuostatos, pagal dabartinę formuluotę, savo esme yra pakankamos, todėl jų pakeitimo svarstyti nėra poreikio.
Eil. Nr.	PAASP paslaugos	Vieno gyventojų PAASP bazinė kaina				
		Gyventojų				
		<1 m.	1-7 m.	8-17 m.	18-34 m.	
1	Šeimos gydytojo komandos teikiamos paslaugos	75,09	65,86	31,78	28,29	
2	PAASP paslaugos, teikiamos kartu:					
2.1.	vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, gydytojo akušerio ginekologo ir chirurgo	75,09	65,86	31,78	28,29	
2.2.	** vidaus ligų gydytojo, gydytojo akušerio ginekologo ir chirurgo				28,24	
2.3.	** vidaus ligų gydytojo ir chirurgo				23,90	

***Vaikų ligų gydytojo paslaugos atsiradimo pirminiame lygyje bei plėtos antriniame lygyje kriterijai ir pagrindiniai principai:***

1. Pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikia šeimos gydytojai arba vaikų ligų kvalifikaciją turintys gydytojai.
2. Esant poreikiui, ŠG siunčia vaiką konsultacijai tame pačiame centre ar rajone dirbančiam vaikų ligų gydytojui, ir, atskirai reglamentuotais atvejais (pvz., įtariama onkologinė patologija), – tiesiai siauros specializacijos specialistui. Taip išlaikant holistinį požiūrį į paciento sveikatą, priartinant bei atpiginant paslaugą.
3. Užtikrinti tėvams galimybę pasirinkti vaikų ligų gydytoją pirminei vaiko sveikatos priežiūrai. Kūdikiai ir vaikai iki 7 m. amžiaus – pažeidžiamiausia ir daugiausiai fiziologijos bei susirgimų specifiškumą turinti grupė. **Todėl rekomenduojama, kad pediatras prižiūrėtų vaikus iki 7 m.,** o įstaigos būtų skatinamos už tai, kad prie jų prisirašę vaikai gauna kokybiškas pediatro paslaugas. Vaikų ligų gydytojas būtų būtinas, jei PSpC ar rajone aptarnaujama daugiau 1500 vaikų. Šis skaičius grindžiamas tuo, kad dabar pediatriinė apylinkė yra apie 750 vaikų. Apie 50% jų – kūdikiai ir vaikai iki 7 m. amžiaus. Taigi, siūloma, kad esant bent 750 vaikų iki 7 m. amžiaus, jų sveikatos priežiūrai numatyti vaikų ligų gydytoją.
4. Pirminiame lygyje pediatras gali ir turi dirbti vienas. Šiuo metu egzistuojanti komanda (vidaus ligų gydytojas, bendrasis chirurgas, akušeris – ginekologas ir vaikų ligų gydytojas) yra neefektyvi, nes vidaus ligų gydytojas vaikams nereikalingas, rimčiau susižalojus, chirurgines paslaugas vaikams teikia vaikų chirurgai), o akušeriai-ginekologai teikia labai mažai paslaugų vaikams [4.4.2.4. skyrius].



5. Užtikrinti, kad Vidaus lig gydytojas ar medicinos gydytojas teiktų tik skubios pagalbos paslaugas vaikams tik išimtiniais atvejais.
6. Daugiau paslaugų teikiama ambulatorinėmis, dienos stacionaro bei dienos chirurgijos sąlygomis. Dienos stacionaro plėtrai reikalinga paslaugos įkainio korekcija.
7. Vaikų ligų gydytojas efektyviau vykdo vaikų ligų profilaktiką, lėtinių ligų ankstyvą diagnostiką, kurią šeimos gydytojams užgožia suaugusiųjų profilaktikos programos.
8. Pediatrinės paslaugos teikiamos bendradarbiaujant su Visuomenės sveikatos specialistais, Vaikų teisių apsaugos bei socialinėmis tarnybomis.

Igyvendinus šiuos principus:

- Būtų užtikrintas kokybiškų paslaugų prieinamumas vaikams
- Vaikų iki 7 m. kvalifikuota priežiūra ir gydymas ambulatoriškai, arčiau namų ir namuose.
- Pagerėtų lėtinių pacientų ilgalaikis gydymas ir priežiūra, kurios negali suteikti ŠG.
- Pagerėtų neįgalių pacientų gydymo kokybė ir priežiūra.
- Pediatrai prižiūrint vaikus, būtų išlaikytas holistinis požiūris į pacientą.
- Sudaryta galimybė pacientams ir jų tėvams pasirinkti tinkamos kvalifikacijos specialistus vaikų pirminei priežiūrai ir gydymui.
- Sumažėtų ne skubios pagalbos pacientų kreipimasis į priėmimo - skubios pagalbos skyrius.
- Sumažėtų siauros specializacijos specialistų konsultacijų ir laukimo eilės.
- Sumažėtų stacionariųjų paslaugų vaikams skaičius ir būtų įmanoma įgyvendinti SAM siekius (SAM planuojama pediatrinio profilio stacionarines paslaugas daugiaprofilinėse ligoninėse teikti, jei atvejų skaičius 1000/per metus (pereinamuoju laikotarpiu – 600).
- Esant vaikų ligų gydytojui pagerėtų pirminio ir antrinio lygio paslaugų integracija.

## **4.8 Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos**

### **4.8.1 Bendros aktualios problemos**

1. Nepakankamas, netolygus Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos (VRSAR) paslaugų prieinamumas
2. Paslaugų kokybės netolygumai respublikoje;
3. Specialistų trūkumas: ypač mažesnėse savivaldybėse, ypač gydytojų-socialinių pediatrų ir logoterapeutų;
4. Paslaugos sunkiai prieinamos vaikams augantiems socialinės rizikos sąlygomis;
5. Neužtikrinamas ilgalaikis sutrikusios raidos vaikų būklės ir raidos stebėjimas, ypač virš 7 metų.
6. Nepakankamas bendradarbiavimas teikiant paslaugas sutrikusios raidos vaikams ir jų šeimoms:
  - tarp sveikatos, švietimo, socialinės sistemų ;
  - tarp vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos, vaikų ir paauglių psichiatrijos ir fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugas teikiančių specialistų.

### **4.8.2 Teisės aktai**

- 1) Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose”

Reglamentuojama Psichomotorinės raidos tikrinimo tvarka.

- 2) Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2018 m. vasario 8 d. įsakymas Nr. V-150 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. 728 „Dėl Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“ pakeitimo“

Patvirtinta nauja Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo redakcija.

- 3) Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004-09-29 įsakymas Nr. 680 “Dėl teisės verstis siaura medicinos praktika”

Reglamentuoja gydytojo-socialinio pediatro kompetencijas.

#### **4.8.3 Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų organizavimo lygiai**

##### **4.8.3.1 Vaikų psichomotorinės raidos tikrinimas pirminiame lygyje.**

Šeimos gydytojai/vaikų ligų gydytojai atlieka psichomotorinės raidos tikrinimą ir nustato raidos sutrikimų rizikos faktorius.

Siekiant pagerinti vaikų raidos sutrikimų ankstyvą išaiškinimą, 2015-11-01 įvestas psichomotorinės raidos tikrinimas pagal Profilaktinių sveikatos tikrinimų tvarką. Jis turėjo būti atliekamas 3,6,9, 12, 18, 24, 36, 48 mėn. amžiuje.

2015-2018 nestebėta žymesnės vaikų nukreipiamų vaikų raidos sutrikimų ankstyvajai reabilitacijai dinamikos, nebuvo galimybės įvertinti, kiek vaikų atliekamas profilaktinis psichomotorinės raidos tikrinimas.

2019-07-17 m. SAM įsakymu pirminėje ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūroje įvestas skatinamasis priedas už psichomotorinės raidos įvertinimo paslaugą, tuo pačiu šių paslaugų atlikimas pradėtas registruoti iš PSDF apmokamų paslaugų apskaitos sistemoje SVEIDRA.

2019-2020 m. stebėtas psichomotorinio raidos tikrinimo paslaugų augimas: 2019 m. – suteikta 24 317 paslaugų, o 2020 m. - 71 129 paslaugų.

**Aktualios psichomotorinės raidos tikrinimo ir ankstyvo raidos sutrikimų išaiškinimo problemos:**

- Nėra galimybės iškviešti vaikus psichomotorinės raidos tikrinimui nustatytais terminais.
- Psichomotorinės raidos tikrinimas reikalauja tiesioginio kontakto su sveiku vaiku, kas ypač sudėtinga ekstremalios situacijos sąlygomis, kai paslaugos teikiamos nuotoliniu būdu.

**Siūlomi sprendimai:**

- Įdiegti naują psichomotorinės raidos tikrinimo metodiką klausimyno formą, kurią būtų galima taikyti bent kuriame amžiaus tarpsnyje profilaktinio vizito pas šeimos gydytoją metu.
- Svarstyti galimybę įtraukti pirminių asmens sveikatos priežiūros centrų slaugytojas;
- Didelės rizikos vaikų raidos stebėjimą pavesti antrinio lygio vaikų ligų gydytojams.

##### **4.8.3.2 Antrinio lygio vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija**

Antrinio lygio Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos (toliau – VRSAR) paslaugos teikiamos savivaldybių antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose arba prie pirminių asmens sveikatos priežiūros centrų.

**4.8.3.2.1. Antrinio lygio ambulatorinės vaikų ligų gydytojo, vaikų neurologo, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo, vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos** vaiko raidos įvertinimui ir indikacijoms vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugoms nustatyti.

**Aktualios problemos:**

- Ne visos ASPĮ, ypač privačios, turi sutartis su TLK specializuotoms ambulatorinėms vaikų ligų gydytojų konsultacijoms teikti, todėl ilgiau užtrunka vaiko nukreipimas vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugoms;
- Šeimos gydytojui neaišku, kokios specialybės gydytojas dirba VRSAR paslaugas teikiančioje įstaigoje, todėl išduodami netinkami siuntimai, nėra galimybės registruotis per IPR sistemą, ilgiau užtrunka paciento registraciją pas VRSAR gydytoją ir nukreipimas vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugoms.

#### **Siūlomi sprendimai:**

- Įteisinti atskirą specializuotą ambulatorines paslaugą - vaikų ligų gydytojo-socialinio pediatro konsultaciją, kurią galėtų teikti bet kurios specializacijos vaikų ligų gydytojas ar vaikų ir paauglių psichiatras, įgijęs teisę verstis socialinio pediatro siaura medicinos praktika. Siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą, palikti galimybę VRSAR paslaugas ir fizinės medicinos gydytojo-socialinio pediatro konsultacijas teikti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojams-socialiniams pediatrams.

**4.8.3.2.2. Išplėstinė vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos specialistų komandos konsultacija** – paslauga skirta rizikos grupės vaikų raidos stebėjimui, VRSAR paslaugas gavusių vaikų tęsiniam raidos stebėjimui. Vienam pacientui apmokamos 2 konsultacijos per metus. Paslaugos teikime dalyvauja ne mažiau kaip trys VRSAR specialistai.

#### **Aktualios problemos:**

- Paslauga mažai teikiama ir mažai prieinama, neužtikrinamas ilgalaikis, sistemingas vaikų su raidos sutrikimais ar jų rizika stebėjimas VRSAR paslaugas teikiančioje ASPĮ. Priežastys: specialistų trūkumas, neadekvatus paslaugos įkainis, kuris yra toks pats kaip 2 specialistų teikiamo VRSAR dienos stacionaro lovdienio, todėl ASPĮ prioritetą teikia dienos stacionaro paslaugoms;
- Neprieinamos Universitetinių centrų išplėstinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos specialistų komandos konsultacijos, kai antrinio lygio VRSAR komandai kyla neaiškumų dėl vaiko raidos įvertinimo ar diagnozės patikslinimo.

#### **Siūlomi sprendimai:**

- Peržiūrėti išplėstinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos specialistų komandos konsultacijos įkainius.
- Siekiant pagerinti VRSAR paslaugų tinklo darbą ir sumažinti paslaugų kokybės netolygumus įvesti naują paslaugą - tretinio lygio išplėstinę vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos specialistų komandos konsultaciją.

#### **4.8.3.2.3 Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos dienos stacionaro paslaugos (toliau VRSAR DST)**

Dabartinis VRSAR DST paslaugas teikiančių ASPĮ tinklas susikūrė 1996-2000 m. įgyvendinant Valstybinę sutrikusio vystymosi vaikų sveikatos programą ir nuo to laiko mažai keitėsi. 2000-12-14 LR SAM įsakymu patvirtinti VRSAR paslaugų teikimo reikalavimai.

Naujas paslaugų aprašas patvirtintas LR SAM 2018-02-08 įsakymu Nr. V-150. Paslaugas turi teikti specialistų komanda: gydytojas-socialinis pediatras, med. psichologas, logoterapeutas, kineziterapeutas, socialinis darbuotojas. Siekiant pagerinti paslaugų kokybę, sumažinti netolygumus, nustatyta, kad kiekvienas komandos specialistas turėtų dirbti ne mažesniu kaip 0,25 et. krūviu, į specialistų komandą numatyta galimybė papildomai įtraukti ergoterapeutą, spec. pedagogą.

Paslaugos teikiamos dviem gydymo profiliais: 1) Vaiko raida 2A: skirta lengviems raidos sutrikimams. 1 paslaugos teikime dalyvauja ne mažiau kaip 2 specialistai. 2) Vaiko raida 2B: skirta sunkiems raidos sutrikimams: 1 paslaugos teikime dalyvauja ne mažiau kaip 3 specialistai.

Visų lygių VRSAR paslaugas teikiančių įstaigų funkcijos apima raidos sutrikimų prevenciją, ankstyvą raidos sutrikimų diagnostiką, raidos ir gretutinių sutrikimų ankstyvąją reabilitaciją ir tolesnį stebėjimą, pagalbą šeimai. Rajono ankstyvosios reabilitacijos tarnybos (ASPI skyriaus teikiančio VRSAR paslaugas) funkcijos pateiktos 7 paveiksle.

PREVENCIJA	DIAGNOSTIKA	1. RAIDOS IR GRETUTINIŲ SUTRIKIMŲ GYDYMAS IR REABILITACIJA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaikų su raidos sutrikimų rizika stebėjimas</li> <li>• Tėvų konsultavimas               <ul style="list-style-type: none"> <li>• vaiko priežiūra,</li> <li>• maitinimas,</li> <li>• auklėjimas,</li> <li>• raidos skatinimas</li> </ul> </li> <li>• Tėvystės įgūdžių mokymas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raidos vertinimas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• bendras;</li> <li>• tėvų-vaikų santykių</li> <li>• kalbos,</li> <li>• judesių,</li> <li>• šeimos socialinės situacijos.</li> </ul> </li> <li>• ASPI/namuose/ugdymo įstaigoje</li> <li>• Pradinė raidos diagnostika, raidos prioritetų nustatymas</li> <li>• Ilgalaikis raidos stebėjimas ASPI → ugdymo įstaigoje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuali reabilitacijos programa:</li> <li>• Psichologinės terapijos metodai</li> <li>• Logopedo terapijos metodai,</li> <li>• Kineziterapijos metodai</li> <li>• Ergoterapijos terapijos metodai</li> <li>• Spec. pedagoginės metodikos.</li> <li>• Tėvų mokymas ir psichosocialinė šeimos reabilitacija</li> </ul>

7 paveikslas. Rajono ankstyvosios reabilitacijos tarnybos funkcijos

**Aktualios VRSAR DST paslaugų teikimo problemos:**

**I. Nepakankamas, netolygus paslaugų prieinamumas:** paslaugos teikiamos ne visų savivaldybių pacientams, neapima visų raidos sutrikimų turinčių vaikų, socialinės rizikos sąlygomis augančių vaikų, paslaugos teikiamos fragmentiškai, atskirais kursais, neužtikrinant ilgalaikio pacientų raidos stebėjimo.

**Siūlomi sprendimai:**

1. Būtinai realus paslaugų poreikio ir išdėstymo savivaldybėse vertinimas remiantis šiais principais:

1) Specialistų komandos, reikalingos VRSAR DST paslaugoms teikti, krūvį rekomenduojama apskaičiuoti atsižvelgiant į raidos sutrikimų epidemiologiją ir per metus į VRSAR DST nukreipiamų vaikų skaičių. Mokslinių tyrimų duomenimis raidos sutrikimų turi 10-15 proc. ikimokyklinio amžiaus vaikų. Būtinai specialistų komandos, dirbančios 1 et. krūviu, bendras darbo valandų skaičius per mėnesį: 5 specialistai x 150 val. = 750 val. Suteikiamų VRSAR DST lovadienių skaičius per mėnesį 300-375 lovadienių, per metus (11 darbo mėnesių - 3300-4125). 20 lovadienių gydymo kursą per mėnesį gaunančių pacientų skaičius - 15-20, per metus (11 darbo mėnesių) - 165-220 pacientų. Taigi, kai rajone gyvena 1650 ar daugiau vaikų iki 6 metų amžiaus įskaitytinai, prognozuojamas VRSAR DST poreikis būtų daugiau kaip 165 pacientai per metus ir ASPI būtų reikalinga ne mažiau kaip 1,0 et. krūviu dirbanti specialistų komanda. Kai rajone gyvena 800-1650 vaikų iki 6 metų amžiaus įskaitytinai, prognozuojamas AR DST paslaugų poreikis būtų 80-160 pacientų per

metus, ASPI būtų reikalinga ne mažiau kaip 0,5 et. krūviu dirbanti VRSAR specialistų komanda. Kai rajone gyvena mažiau kaip 800 vaikų iki 6 metų amžiaus, atskira VRSAR specialistų komanda nėra tikslinga, nes dėl labai mažo specialistų komandos darbo krūvio, nebus galimybių suderinti specialistų darbo laiką ir užtikrinti kokybišką specialistų komandos darbą.

2) VRSAR DST paslaugų išdėstymo Lietuvos regionuose principai:

2014 – 2018 metų vaikų skaičiaus Lietuvoje ir paslaugų analizė (žr. 14 priedą) parodė, kad 8 savivaldybėse (Birštono, Kazlų Rūdos, Rietavo, Kalvarijos, Pagėgių, Neringos, Palangos, Ignalinos) atskira VRSAR paslaugų specialistų komanda netikslinga ir šių savivaldybių pacientai turėtų būti nukreipiami VRSAR dienos stacionaro paslaugoms į gretimas savivaldybes. Pagal duomenis pateiktus 14 priedo 3-7 lentelėse matome, kad 24 savivaldybėse reikalinga ne pilnu krūviu dirbanti VRSAR specialistų komanda, todėl rekomenduotina suformuoti kelias gretimas savivaldybes aptarnaujančią VRSAR specialistų komandą. Tokios įstaigos pavyzdys yra Elektrėnų savivaldybėje VRSAR DST paslaugas teikianti VšĮ Abromiškių ligoninė aptarnaujanti ir Trakų, ir Širvintų savivaldybių pacientus. Integruota kelių savivaldybių specialistų komanda Vilniaus regione galėtų teikti VRSAR paslaugas: Druskininkų, Varėnos ir Lazdijų savivaldybių, Molėtų, Širvintų ir Švenčionių savivaldybių gyventojams; Panevėžio regione: Kupiškio, Rokiškio ir Biržų savivaldybių gyventojams, Ignalinos, Zarasų ir Visagino savivaldybių gyventojams, Šiaulių regione: Pakruojo, Joniškio, N. Akmenės savivaldybių gyventojams, Klaipėdos regione: Šilalės, Jurbarko, Pagėgių savivaldybių gyventojams, Kauno regione: Kaišiadorių, Prienų, Birštono savivaldybių gyventojams. Siūlomas detalus paslaugų geografinis išdėstymas pateiktas žemėlapyje (10 pav.). Atsižvelgiant į 2014-2018 m. paslaugų analizės duomenis, vaikų skaičių savivaldybėse ir ilgas paslaugų laukimo trukmes, didžiausias VRSAR paslaugas teikiančių įstaigų ir/ar papildomų specialistų komandų poreikis išlieka Vilniaus regione ir Kauno mieste bei rajone.

2. Siekiant išlaikyti mažesnę VRSAR DST paslaugų komandą, efektyviau naudoti žmogiškus išteklius, patalpas ir priemones siūlytume svarstyti sudaryti sąlygas komandos specialistams – logoterapeutams, kineziterapeutams, ergoterapeutams teikti ir fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugas vaikams.
3. 2014 – 2018 metų paslaugų analizės duomenimis, 17 savivaldybių suteikė mažiau dienos stacionaro paslaugų negu priklausytų pagal savivaldybėje priregistruotų vaikų skaičių. Būtų svarbu paanalizuoti šios problemos priežastis ir įvertinti, kiek tai susiję su sutartyse su TLK numatytomis paslaugų apimtimis, ASPI vadovų sprendimais dėl etatų ar konkrečių specialistų trūkumu savivaldybėje. Bet kuriuo atveju tai rodo ASPI potencialą plėsti paslaugų apimtį atsižvelgiant į pacientų poreikius.
4. Siekiant efektyviau naudoti žmogiškus išteklius VRSAR DST paslaugoms teikti ir atsižvelgiant į tai, kad paslaugų teikimo praktika parodė, kad tik labai nedidelei daliai ankstyvo amžiaus pacientų reikalingos intensyvios 3 val. VRSAR DST paslaugos, siūlytume suvienodinti Vaiko raida 2A ir Vaiko raida 2B gydymo profilių paslaugų trukmę iki 2 val., išlaikant galimybę vaikams su sunkiais raidos sutrikimais pagal Vaiko raida 2B profilį gauti ilgesnį 40-60 lovardienių trukmės paslaugų kursą (VLK duomenimis 2019 m. vidutinė Vaiko raida 2A paslaugų trukmė buvo – 13,2 lovardieniai (maksimali galima paslaugų trukmė - 20 lovardienių per metus), Vaiko raida 2B – 18,8 lovardieniai (maksimali galima paslaugų trukmė 60 lovardienių per metus), kas taip pat rodo nepakankamą paslaugų prieinamumą.

## **II. Nepakankama, netolygi paslaugų kokybė.**

Gerinti VRSAR paslaugų kokybę ir mažinti netolygumus SAM ir ASPĮ įpareigojo 2016 m. Valstybės kontrolės ataskaita.

VRSAR paslaugų kokybės kriterijai iki šiol nėra nustatyti. Kaip nepakankama VRSAR DST paslaugų kokybė dažniausiai vertinama pagal pacientų įvertinimo anketas, pagal tai, kad daug pacientų dėl neefektyvios VRSAR DST pagalbos yra nukreipiami į VRSAR stacionarus VU ir LSMU universitetiniuose centruose, pagal tai, kad vienos VRSAR DST paslaugas teikiančiose įstaigose yra ilgos paslaugų teikimo eilės, kitose - nėra paslaugų poreikio.

### **Siūlomi sprendimai:**

1. Nustatyti šiuos VRSAR DST paslaugų kokybės kriterijus ir jų laikymosi stebėseną:
  - 1) VRSAR DST paslaugų teikimo pradžia ne ilgiau kaip 30 d. po VRSAR gydytojo-socialinio pediatro konsultacijos, siuntimo VRSAR DST paslaugoms;
  - 2) Diagnostikos ir gydymo metodų, nurodytų atitinkamo ligų gydymo specialiuosiuose reikalavimuose, ir patvirtintų diagnostikos bei gydymo metodikų laikymosi užtikrinimas;
  - 3) Pacientų, kuriems pagalba teikiama bendradarbiaujant su savivaldybių švietimo ir socialinės apsaugos įstaigomis, nevyriausybinėmis organizacijomis atvejo vadybos principu, skaičius;
  - 4) Pacientų, kuriems taikomas ilgalaikis (> 1 metų) raidos stebėjimas skaičius.
2. Bendradarbiaujant su universitetais ir specialistų draugijomis parengti VRSAR diagnostikos ir gydymo protokolus.
3. Organizuoti VRSAR DST specialistų kvalifikacijos tobulinimo kursus apie VRSAR diagnostikos ir gydymo metodų taikymą, parengti metodines rekomendacijas.
4. Užtikrinti glaudesnę savivaldybių ASPĮ, teikiančių VRSAR DST paslaugas bendradarbiavimą su regioniniais ir universitetiniais VRSAR centrais.

## **III. Neužtikrinamas ilgalaikis pacientų stebėjimas, paslaugos teikiamos tik iki 7 metų.**

### **Siūlomi sprendimai:**

1. Į ilgalaikio stebėjimo paslaugų sąrašą įtraukti gydytojo-socialinio pediatro konsultacijas ir VRSAR specialistų komandos konsultacijas iki 18 metų amžiaus.
2. Pacientus virš 7 metų dėl elgesio ir emocinių problemų turėtų stebėti ir gydyti gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai.
3. Sutrikusios raidos pacientus, turinčius fizinę negalią, judėjimo funkcijos sutrikimus tiek iki tiek virš 7 metų turėtų stebėti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai.

### **4.8.3.3 Tretinė vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija: regioniniai ir universitetiniai centrai**

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakyme Nr. 728 „Dėl Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“ buvo išskirti antrinis ir tretinis VRSAR paslaugų lygiai. Vadovaujantis šiuo įsakymu įstaigos, turinčios licenciją teikti antrines VRSAR paslaugas, teikė ambulatorines ir dienos stacionaro paslaugas, o ASPĮ turinčios licenciją tretines VRSAR paslaugas teikė stacionarines VRSAR paslaugas.

2018 m. SAM peržiūrint VRSAR aprašą, antrinio lygio VRSAR paslaugos buvo pervadintos į ambulatorines, o tretinio lygio VRSAR paslaugos į stacionarines, motyvuojant tuo, kad visos dienos stacionaro paslaugos ir visos stacionaro paslaugos yra vieno lygmens.

Neišskyrus antrinio ir tretinio lygio arba regioninių ir universitetinių centrų paslaugų VRSAR paslaugų organizavime iškilo tokios paslaugų organizavimo problemos:

1. Pacientai iš savivaldybių, kuriose neteikiamos ambulatorinės VRSAR paslaugos, nukreipiami tiesiai į Universitetinius centrus VRSAR stacionarinėms paslaugoms.
2. Antrinio lygio VRSAR gydytojai-socialiniai pediatrai negali siųsti pacientų konsultacijoms dėl diagnozės ir tolesnio gydymo į Universitetinius centrus, nes ten teikiamos tos pačios kvalifikacijos ir to paties paslaugų lygio (antrinio specialistai).
3. Neužtikrinamas paslaugų teikimo koordinavimas ir metodinis vadovavimas tiek regiono, tiek respublikos lygmeniu.
4. Nepaisant didinamo VRSAR lovų skaičiaus išlieka didelis stacionaro paslaugų poreikis ir ilgas (virš 100 dienų paslaugų laukimo laikas).

### Siūlomi sprendimai:

1. Įtraukti į VRSAR paslaugų aprašą regioninių centrų funkcijas (8 paveikslas) ir teikiamas paslaugas, siekiant pagerinti paslaugų teikimą pacientams iš savivaldybių, kuriose nėra VRSAR paslaugas teikiančių įstaigų. Rekomenduotina priskirti regioninių centrų funkcijas Vilniaus Universiteto ligoninės Santaros klinikoms, LSMU Kauno klinikoms, Panevėžio ir Šiaulių respublikinėms ligoninėms. Klaipėdoje regioninio centro funkcijas galėtų vykdyti Klaipėdos respublikinė ligoninė arba Klaipėdos sutrikusio vystymosi kūdikių namai (turėtų spręsti steigėjai).

PREVENCIJA	DIAGNOSTIKA	1.RAIDOS IR GRETUTINIŲ SUTRIKIMŲ GYDYMAS IR REABILITACIJA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specializuotos tėvų mokymo programos (pvz. neišnešiotų naujagimių, autizmo, pozityvios tėvystės)</li> <li>• Tėvų savitarpio pagalbos grupės bendradarbiaujant su NVO</li> <li>• Regionio specialistų mokymai, supervizijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raidos vertinimas:</li> <li>• Specifiniai diagnostiniai testai (pvz. ADOS, ADIR)</li> <li>• Bendras raidos vertinimas ir diagnostika vaikams iš rajonų, kur nėra raidos tarnybų</li> <li>• Regioninės išplėstinės komandos konsultacijos rajonų raidos tarnybų nukreiptiems pacientams</li> <li>• Ilgalaikis raidos stebėjimas vaikams rajonų, kur nėra raidos tarnybų. Tarpžinybiniai sudėtingų atvejų aptarimai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuali reabilitacijos programa pacientams iš rajonų, kur nėra raidos tarnybų</li> <li>• Tarpžinybiniai pasitarimai dėl sudėtingų pacientų su rajono raidos tarnybų komandomis, ugdymo įstaigų specialistais</li> </ul>

### 8 paveikslas. Regioninio raidos centro funkcijos

2. Įtraukti į VRSAR paslaugų aprašą Universitetinių VRSAR centrų funkcijas (9 paveikslas) ir teikiamas paslaugas. Siūlytume plėsti ambulatorinių tretinio (Universitetinio) lygmens paslaugų spektrą įdiegiant šias paslaugas:
  - 1) Tretinė vaikų ligų gydytojo-socialinio pediatro konsultacija, tretinė vaikų neurologo-socialinio pediatro konsultacija, tretinė fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo-socialinio pediatro konsultacija.
  - 2) Tretinio lygio išplėstinė vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos specialistų konsultacija;
  - 3) Nuotolinė tretinio vaikų ligų gydytojo konsultacija antrinio lygio vaikų ligų gydytojui-socialiniam pediatru.

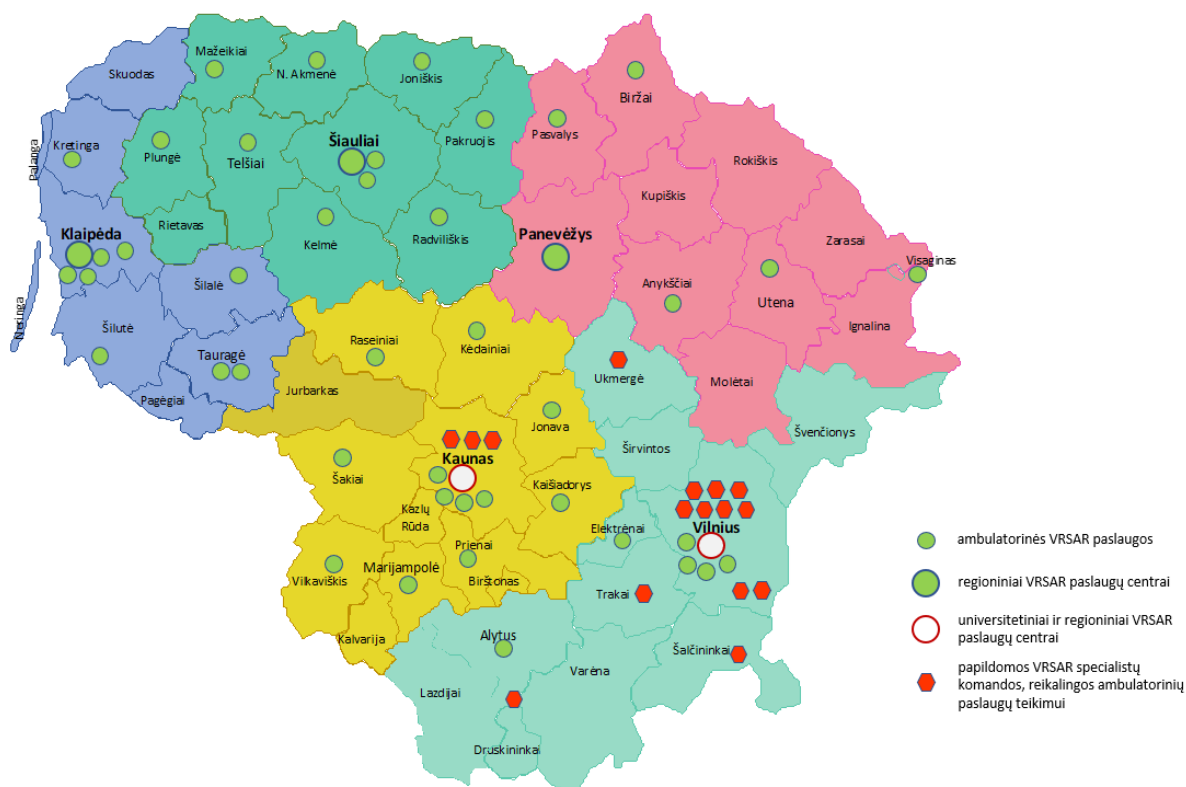
4) Specializuotos tretinio lygio VRSAR dienos stacionaro paslaugos.

PREVENCIJA	DIAGNOSTIKA	I. RAIDOS IR GRETUTINIŲ SUTRIKIMŲ GYDYMAS IR REABILITACIJA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raidos sutrikimų ir negalios prevencijos programų rengimas</li> <li>• Tėvų mokymo programų rengimas</li> <li>• Pilotinių prevencinių programų įgyvendinimas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompleksinė raidos ir gretutinių elgesio, emocinių, miego, maitinimo ir kitų sutrikimų diagnostika stacionare</li> <li>• Raidos ir etiologinės diagnozės tikslinimas</li> <li>• Sudėtingų pacientų ilgalaikis stebėjimas ir atvejo vadyba</li> <li>• Naujų diagnostikos metodų diegimas, diagnostikos protokolų rengimas, specialistų mokymas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specializuotos raidos sutrikimų gydymo ir rehabilitacijos programos (pvz. autizmo, maitinimo, miego, kompleksinės negalios).</li> <li>• Tarpžinybiniai pasitarimai dėl sudėtingų pacientų su rajono raidos tarnybų komandomis, ugdymo įstaigų specialistais.</li> <li>• Naujų gydymo metodų diegimas, gydymo protokolų rengimas, specialistų mokymas</li> </ul>

9 paveikslas. Universitetinio raidos centro funkcijos

#### 4.8.3.4 VRSAR paslaugų išdėstymas respublikoje

Bendras VRSAR paslaugas teikiančių įstaigų išdėstymas ir papildomų VRSAR specialistų komandų poreikiai pateikti žemėlapyje 10 paveiksle.



10 paveikslas. VRSAR paslaugas teikiančių įstaigų išsidėstymas



## **4.9 Vaikų fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugos**

### **4.9.1 Bendros aktualios problemos**

1. Nepakankamas medicininės reabilitacijos paslaugų vaikams prieinamumas ir kokybė.
2. Prioritetas teikiamas stacionarinėms medicininės reabilitacijos paslaugoms, jas gauna daugiau pacientų negu ambulatorinę reabilitaciją.
3. Reabilitacijos specialistų trūkumas ypač mažose savivaldybėse: ergoterapeutų, logoterapeutų.
4. Chaotiškas 12 reabilitacijos profilių paslaugas teikiančių įstaigų išsidėstymas respublikos teritorijoje (paremtas daugiau pasiūlos galimybėmis ASPĮ vadovų sprendimais, o ne pacientų poreikiais).

#### **Sprendimo būdai:**

1. Aiškiais kriterijais paremto vaikų ambulatorinės reabilitacijos paslaugų tinklo sukūrimas.
2. Integracija su pediatrijos, vaikų chirurgijos, vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų tinklais.

### **4.9.2 Medicininės reabilitacijos paslaugų organizavimo principai ir prieinamumas pagal reabilitacijos etapus**

#### **4.9.2.1 Pirmasis reabilitacijos etapas. Paslaugos teikiamos ambulatorinio arba stacionarinio gydymo metu**

Medicininės reabilitacijos (toliau – MR) paslaugos asmenims, turintiems biosocialinių funkcijų sutrikimų, pradedamos teikti ambulatorinio arba stacionarinio gydymo metu. Dėl paslaugų poreikio pacientą gydantį gydytoją konsultuoja fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. Asmenims pagal indikacijas skiriamos pavienės medicininės reabilitacijos paslaugos (kineziterapija, ergoterapija, psichoterapija, fizioterapija, masažas, logopedo užsiėmimai ir kt.).

Pirmo etapo ambulatorinėms MR paslaugoms priskiriama:

- Antrinio lygio fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacija;
- Antrinio lygio fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacija (kai atliekamos pavienės reabilitacijos procedūros);
- Tretinio lygio fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacija.

Pirmojo etapo MR paslaugos gali būti teikiamos visose įstaigose teikiančiose paslaugas vaikams. 2018 m. IS SVEIDRA duomenimis vaikams buvo suteikta 10 759 fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijų ir 74 154 fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos, kai konsultacijos metu atliekamas vienos rūšies procedūrų kursas. FMR konsultacijų ir pirmo etapo ambulatorinių procedūrų skaičius savivaldybėse ir įstaigose labai skiriasi – svyruoja nuo kelių dešimčių iki kelių tūkstančių per metus (15 priedo 8 lentelė). Pirmojo etapo paslaugų privalumas: paslaugos gali būti teikiamos esant bet kokiai ligai, sąlygojančiai biopsichosocialinių funkcijų sutrikimus. Pirmojo etapo paslaugų trūkumas: mažos paslaugų apimtys, ribotas prieinamumas, esant specialistų trūkumui prioritetas teikiamas paslaugoms suaugusiems.

Aktuali problema:

- Neapmokamos pirmojo etapo MR paslaugos, teikiamos stacionariniuose vaikų ligų, vaikų chirurgijos ir ortopedijos-traumatologijos skyriuose. Stacionarinės paslaugos apmokamos pagal DRG apmokėjimo sistemą, reabilitacijos procedūros žymimos pagal ACHI klasifikatorių, tačiau nėra įkainotos ir stacionarinės aktyvaus gydymo paslaugos kaina nuo jų nepriklauso.

Siūlomas sprendimas:

- Nustatyti pagal ACHI klasifikatorių teikiamų pavienių reabilitacijos procedūrų: kineziterapijos, ergoterapijos, psichologo intervencijos, logopedo intervencijos įkainius ir apmokėjimo už šias procedūras tvarką.

#### **4.9.2.2 Antras reabilitacijos etapas. Specializuotos stacionarinės reabilitacijos paslaugos**

**Specializuotos stacionarinės reabilitacijos paslaugos** skiriamos po pirmojo reabilitacijos etapo, kai fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos metu pacientui nustatomi biopsichosocialinių funkcijų sutrikimai ir reikia tęsti atitinkamo lygio medicininės reabilitacijos paslaugas: Reabilitaciją II, Reabilitaciją III arba sveikatą grąžinamąjį gydymą.

Medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos vaikams specializuotuose reabilitacijos ir sveikatos grąžinamojo gydymo skyriuose. Išskiriama 12 gydymo profilių:

1. Judamojo-atramos aparato pažeidimų (po traumų, ligų, ortopedinių operacijų);
2. Nervų sistemos ligos;
3. Kraujotakos ligos;
4. Kvėpavimo sistemos ligos;
5. Virškinimo sistemos ligos;
6. Psichikos ir elgesio sutrikimai;
7. Akių ligos;
8. Ausų-nosies gerklės ligos;
9. Endokrininės ligos;
10. Odos ligos;
11. Inkstų ligos;
12. Kraujo ligos.

1 – 5 profilio skyriuose turi būti ne mažiau kaip 10 vieno profilio lovų, 6-12 profilio skyriuose turi būti ne mažiau kaip 5 vieno profilio lovos. Daugiaprofilinių ligoninių ir mokslinio tyrimo institutų reabilitacijos skyriuose turi būti ne mažiau kaip 5 vieno profilio lovos. Vaikams (nuo vienerių iki 18 metų) medicininės reabilitacijos stacionarinės paslaugos turi būti teikiamos tik specializuotose vaikų medicininės reabilitacijos įstaigose/padaliniuose, užtikrinančiuose mokymo ir ugdymo (mokyklų funkcija) proceso tęstinumą.

Stacionarinės reabilitacijos paslaugas vaikams (antras etapas) teikia 7 įstaigos, išsidėsčiusios 4 regionuose:

1. Vilniaus regione:
  - VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos;
  - VšĮ Abromiškių ligoninė;
  - VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė (Pušyno kelias).
2. Kauno regione:
  - VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos;
  - LSMU Kauno ligoninė (buvusi VšĮ Kauno respublikinė ligoninė).
3. Panevėžio regione:
  - VšĮ Utenos ligoninė.
4. Klaipėdos regione:
  - VšĮ Vaikų reabilitacijos ligoninė „Palangos gintaras“.

Reabilitacijos tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti ir sutartis su TLK turi VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos ir VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos.

Higienos instituto duomenimis 2018 m. pabaigoje stacionarinėse reabilitacijos įstaigose buvo 351 vaikų reabilitacijos lova. Faktinis lovų skaičius (651) yra didesnis, kadangi renkamoje statistikoje nėra apskaitomos VŠĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorijos „Palangos gintaras“ lovos. Lyginant su 2014 m., patvirtintas lovų skaičius sumažėjo 22,2 proc. arba 186 lovomis, vidutinis metinis – 150 lovų (17,6 proc.). Daugiausia lovų sumažėjo sanatorijoje „Pušyno kelias“ – 90. Gydytų pacientų skaičius sumažėjo 14,3 proc., lovadienių skaičius – 16,6 proc. Mažėjant tiek lovų, tiek pacientų skaičiui, lovos funkcionavimo rodiklis išliko beveik nepakitęs. 2014 m. jis siekė 244,3 dienas, 2018 m. - 247,4. Taigi stacionarinės MR įstaigos turi galimybių priimti ir daugiau pacientų. Nors Šiaulių regione nėra stacionarinės reabilitacijos įstaigų šio regiono pacientai turi galimybę gauti pagalbą kitų regionų reabilitacijos įstaigose.

15 priedo 6 lentelės duomenimis pacientų gavusių stacionarines MR paslaugas skirtingose savivaldybėse labai skiriasi, taigi paslaugų prieinamumas nėra vienodas.

Reikalinga išsamesnė stacionariųjų paslaugų analizė pagal gydymo profilius, kad tiksliau įvertinti stacionarinės reabilitacijos poreikį, esant skirtingoms ligų grupėms.

#### 4.9.2.3 Trečiasis reabilitacijos etapas. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugos

**Ambulatorinės reabilitacijos paslaugos** skiriamos, kai biosocialinės funkcijos neatsistato po antrojo stacionarinės reabilitacijos etapo ir paciento būklė atitinka trečiojo etapo ambulatorinės reabilitacijos reikalavimus; arba po pirmojo medicininės reabilitacijos etapo fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas konsultacijos metu nustato biosocialinių funkcijų sutrikimus, tačiau jie yra mažesnio laipsnio, nei biosocialinių funkcijų sutrikimai, kuriems esant pacientui skiriama stacionarinė reabilitacija.

Suteiktų ambulatorinės reabilitacijos (trečiojo etapo) paslaugų skaičius kasmet didėja – 2018 m. jas gavo 20 % daugiau vaikų nei 2014 m. Tauragės apskrities pacientų, gavusių ambulatorinės reabilitacijos paslaugas, skaičius išaugo net 6 kartus, Kauno ir Telšių apskričių pacientų – dvigubai. Nežymiai sumažėjo Vilniaus, Šiaulių bei Utenos apskričių pacientų skaičius. Analogiškos tendencijos stebimos ir paslaugas gavusių asmenų skaičiaus, tenkančio 1000-iui vaikų, dinamikoje.

**6 lentelė.** 2018 m. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų ir gydymo profilių teritorinis pasiskirstymas

Regionas	Savivaldybė	Įstaigų skaičius	Iš jų privačių reabilitacijos įstaigų skaičius	Gydymo profiliai
VILNIUS	Vilnius	6	1	1. Vaikų judamojo-atramos aparato pažeidimai 2. Vaikų nervų sistemos ligos 3. Vaikų kvėpavimo ligos 4. Vaikų psichikos ir elgesio sutrikimai 5. Endokrininės ligos 6. Vaikų odos ligos 7. Vaikų akių ligos 8. Vaikų ausų-nosies-gerklės ligos
	Trakų raj.	3	2	
	Utena	1		
	Druskininkai	1	1	
KAUNAS	Kauno m.	6	3	1. Vaikų judamojo-atramos aparato pažeidimai 2. Vaikų nervų sistemos ligos 3. Vaikų kvėpavimo sistemos ligos
	Prienai	1		
	Alytus	1		
	Jurbarkas	1		
	Raseiniai	1		
	Marijampolė	1		
	Lazdijai	1		
Kėdainiai	1			

Regionas	Savivaldybė	Įstaigų skaičius	Iš jų privačių reabilitacijos įstaigų skaičius	Gydymo profiliai
KLAIPĖDA	Klaipėdos m.	10	8	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vaikų judamojo-atramos aparato pažeidimai</li> <li>2. Vaikų nervų sistemos ligos</li> <li>3. Vaikų kvėpavimo ligos</li> <li>4. Psichikos ir elgesio sutrikimai</li> <li>5. Vaikų endokrininės ligos</li> <li>6. Vaikų inkstų ligos</li> </ol>
	Palanga	1		
	Plungė	2	1	
	Mažeikiai	1		
	Šilalė	1		
	Šilutė	2	1	
	Tauragė	3	1	
	Telšiai	1		
PANEVĖŽYS	Panevėžys	2	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vaikų judamojo-atramos aparato pažeidimai</li> <li>2. Vaikų nervų sistemos ligos</li> <li>3. Vaikų kvėpavimo ligos</li> <li>4. Psichikos ir elgesio sutrikimai</li> <li>5. Vaikų kraujotakos sistemos lygis</li> </ol>
	Rokiškis	1		
ŠIAULIAI	Šiaulių m.	4	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vaikų judamojo-atramos aparato pažeidimai</li> <li>2. Vaikų nervų sistemos ligos</li> <li>3. Vaikų kvėpavimo ligos</li> <li>4. Psichikos ir elgesio sutrikimai</li> <li>5. Vaikų endokrininės ligos</li> <li>6. Vaikų odos ligos</li> </ol>
<b>VISO</b>		<b>52</b>	<b>20</b>	

Šaltinis: autorių parengta pagal VLK IS SVEIDRA duomenis

Iš 6 lentelės duomenų matome, dauguma įstaigų teikia 4 pagrindinių profilių paslaugas – vaikų atramos ir judamojo aparato pažeidimų, nervų sistemos ligų, vaikų kvėpavimo sistemos ligų ir vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų. Kitų profilių paslaugas atskiruose regionuose gavo pavieniai vaikai. Pastebimas netolygus ambulatorinės reabilitacijos paslaugų pasiskirstymas pagal profilius regionuose. Mažiausias spektras paslaugų teikiamas Kauno regione - tik 3 gydymo profilių amb. reabilitacijos paslauga, didžiausias Vilniaus regione - 8 gydymo profilių amb. reabilitacijos paslaugos. Viso respublikos mastu 2018 m. vaikų atramos ir judamojo aparato profilio paslaugų suteikta - 53350 paslaugų (80 % visų paslaugų), vaikų nervų sistemos ligų profilio 5128 paslaugų (7,7 % visų paslaugų), vaikų kvėpavimo sistemos ligų profilio – 4241 (6,4 %) paslaugų, Vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų profilio – 2635 (4%) paslaugų. Viso suteikta 66 186 amb. reabilitacijos paslaugų, kurias gavo apie 4000 vaikų. Palyginimui stacionarinės reabilitacijos paslaugas kasmet gauna 9000-10000 vaikų. Tai rodo žymiai didesnę ambulatorinių paslaugų poreikį.

Ambulatorinės reabilitacijos paslaugas gavusių vaikų skaičiaus kitimas 2014 – 2018 m. laikotarpiu pagal savivaldybes pateikiamas 15 priedo 5 lentelėje. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugos vaikams teikiamos visose apskrityse, todėl galima teigti, kad pacientai turi galimybę paslaugą gauti pagal gyvenamąją vietą. Išsiskiria Alytaus apskritis, kurios pacientai virš 60 proc. paslaugų gauna Vilniaus apskrities įstaigose bei Telšių apskritis, kurios beveik 40 proc. pacientų paslaugas gauna Šiaulių apskrityje. Tokį statistinių duomenų neatitikimą faktiniams lemia įstaigų, turinčių nuotolinių padalinių kituose regionuose, apskaita. Pavyzdžiui, Vaikų liginės, viešosios įstaigos Vilniaus universiteto liginės Santaros klinikų filialo padalinyje Druskininkų „Saulutė“ suteiktos paslaugos patenka į Vilniaus miesto savivaldybę. Viešoji įstaiga Šiaulių darbo rinkos mokymo centras turi Mažeikių padalinį Fizinė medicina ir reabilitacija „Gelmės“, kuriame suteiktos paslaugos statistiškai patenka į Šiaulių, o ne Telšių apskritį.

Lietuvoje ambulatorinės reabilitacijos paslaugas teikia apie 50 įstaigų, 30 iš jų yra valstybės ar savivaldybių įstaigos, o 20 – privačios įstaigos. Pažymėtina, kad tik ketvirtadalis įstaigų priima daugiau kaip po 100-ą pacientų per metus. Net 20 įstaigų (39 proc.) teikia paslaugas mažiau nei po 20-mt pacientų per metus.

#### **4.9.2.4 Siūlymai dėl ambulatorinių ir stacionarinių medicininės reabilitacijos paslaugų vaikams gerinimo**

1. Užtikrinti, kad kiekviename regione gyvenantiems vaikams būtų prieinamos ir teikiamos visų gydymo profilių ambulatorinės ir stacionarinės reabilitacijos paslaugos vaikams.
2. Savivaldybėse, kur yra vaikų ligų skyriai (yra infrastruktūra vaikų somatinių ligų gydymui) ir teikiamos vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos (yra infrastruktūra vaikų kineziterapijos, ergoterapijos procedūrų teikimui), siekti, kad medicininės reabilitacijos paslaugams vaikams teiktų atskira specialistų komanda pagal 4 pagr. gydymo profilius: vaikų atramos ir judamojo aparato pažeidimų, vaikų nervų sistemos ligų, vaikų kvėpavimo sistemos ligų ir vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų.
3. Peržiūrėti medicininės reabilitacijos paslaugų vaikams aprašo reikalavimus, atskirų gydymo profilių poreikį atsižvelgiant į epidemiologinius duomenis, nustatyti kiekvieno gydymo profilio paslaugų kokybės kriterijus.
4. Peržiūrėti vaikų ambulatorinės reabilitacijos įkainius atsižvelgiant į šiuos paslaugų ypatumus:
  - tai, kad vaikų reabilitacijos specialistai dirba tiek su vaiku, tiek su jų tėvais/globėjais mokydami juos reabilitacijos metodu;
  - procedūrų metu vaikams dažniausiai reikalinga individuali nuolatinė priežiūra, netinka grupinės procedūros.
5. Plėtoti stacionarinės Reabilitacijos III paslaugas VU ir LSMU ligoninėse.
6. Teikiant ambulatorinės reabilitacijos paslaugas savivaldybėse bendradarbiauti su kitais vaikų ligų, vaikų chirurgijos, ortopedijos traumatologijos, vaikų raidos sutrikimų ir ankstyvosios reabilitacijos specialistais.

## **4.10 Vaikų ir paauglių psichiatrija**

### **4.10.1 Bendros aktualios problemos**

- Nepakankamai prieinama ir kokybiška pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūra dėl fragmentiško paslaugų išskaidymo mažose įstaigose visoje respublikoje;
- Kokybiškos antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros trūkumas;
- Specialistų trūkumas: gydytojų vaikų ir paauglių psichiatrų, med.psichologų ir logoterapeutų;
- Paslaugos sunkiai prieinamos vaikams augantiems socialinės rizikos sąlygomis;
- Paslaugų kokybės netolygumai respublikoje;
- Paslaugų kokybės ir prieinamumo trūkumai vaikams turintiems priklausomybių.
- Nepakankamas bendradarbiavimas:
  - tarp sveikatos, švietimo, socialinės sistemų ;
  - tarp vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos, vaikų ir paauglių psichiatrijos ir fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugas teikiančių specialistų;

- Paslaugų integracijos poreikis: tarp pirminio, regioninio ir universitetinio lygio centrų; regionuose tarp savivaldybių; paslaugų tęstinumo užtikrinimas tarp skirtingų vaikų ir paauglių amžiaus grupių.

#### **4.10.2 Teisės aktai reglamentuojantys vaikų psichikos sveikatos priežiūrą**

1. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (suvestinė redakcija 2020-11-12)
2. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2019-06-27 įsakymas Nr. V-752 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. 730 „Dėl vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“ pakeitimo
3. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2019 m. spalio 31 d. įsakymas Nr. V-1292 „Dėl Psichoterapijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“.

#### **4.10.3 Vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų organizavimo lygiai**

##### **4.10.3.1 Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra**

Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra – pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų psichikos sveikatos centruose arba įstaigose, atitinkančiose psichikos sveikatos 93 centrams taikomus reikalavimus (toliau – pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos), kompleksas. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas (toliau – komanda). Komandoje gali dirbti ir kiti specialistai, kurių veikla susijusi su sveikatos priežiūra. Mažiausią pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo komandą sudaro gydytojas psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas. Kai komandoje nėra gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams gali teikti gydytojas psichiatras. Vaikų konsultavimui turi būti įrengta atskira patalpa. Psichikos sveikatos centre laikinai nesant gydytojo psichiatro (jo ligos, komandiruotės ar atostogų metu), psichikos sveikatos priežiūros paslaugas pilnamečiams pacientams gali teikti gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras pagal Lietuvos medicinos normoje nustatytą kompetenciją. Prisirašiusiems gyventojams turi būti užtikrinama visų amžiaus grupių asmenų psichikos sveikatos priežiūra bei priklausomybės ligų gydymo paslaugos. Maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius kiekvienam komandos nariui yra 17 000. Psichikos sveikatos centras užtikrina komandoje dirbančių specialistų pirminių ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ne mažiau kaip 6 val. kiekvieną darbo dieną. ASPĮ privalo pacientams ir jų šeimos nariams sudaryti galimybę kreiptis į bet kurį psichikos sveikatos centro, teikiančio pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, komandos narį pagal ASPĮ vadovo nustatytą tvarką.

##### **Aktualios problemos:**

1. **Nepakankamas pirminio lygio vaikų ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.** 2014-2018 m. pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų analizė (žr. 16 priedą) parodė aktualią vaikų pirminės psichikos sveikatos priežiūros problemą. Vidutinis ambulatorinių apsilankymų pas psichikos sveikatos priežiūros specialistus (įskaitant

gydytojus vaikų ir paauglių psichiatrus, ir psichologus) skaičius 100-ai Lietuvos vaikų 2018 m. sudarė 11,4 apsilankymo. Tokie reti apsilankymai neleidžia užtikrinti sistemingos psichiatrinės-psichologinės pagalbos esant psichikos ir elgesio sutrikimams. Tuo labiau tai nesudaro galimybių įvykdyti visų pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų funkcijų nustatytą Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

## **2. Vaikų ir paauglių psichiatrų trūkumas pirminėje psichikos sveikatos priežiūros grandyje.**

Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis 2021 m. 115 vaikų ir paauglių psichiatrų turėjo aktyvias medicinos praktikos licencijas. Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrijos draugijos duomenimis ([www.lvppd.lt](http://www.lvppd.lt)) 2021 m. Lietuvoje dirba 67 vaikų ir paauglių psichiatrai, dalis iš jų tik privačioje praktikoje. Pirminės psichikos sveikatos priežiūros centruose dirbo 35 vaikų ir paauglių psichiatrai, dauguma jų kelių ASPĮ psichikos sveikatos centruose po dalį etatinio krūvio, taigi negalėjo užtikrinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kiekvieną darbo dieną. Laikantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ nuostatų, kai 1 vaikų ir paauglių psichiatras turėtų aptarnauti 17 000 prisiregistravusių pacientų, daugumoje iš 93 psichikos sveikatos centrų dėl mažo priregistruotų vaikų skaičiaus vaikų ir paauglių psichiatrai neįdarbinami arba darbinami dalies etato krūviu.

## **3. Med. psichologo paslaugų prieinamumo problemos pirminėje psichikos sveikatos priežiūros grandyje.**

Medicinos psichologo kvalifikacija leidžia teikti paslaugas tiek vaikams, tiek suaugusiems. Darbui su vaikais reikalinga specifinė patirtis, psichodiagnostinės metodikos, terapinės priemonės, darbo kabinetas. Laikantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ nuostatų, kai 1 med. psichologas turėtų aptarnauti 10 000 prisiregistravusių pacientų. Taigi esant mažam prisiregistravusių vaikų skaičiui ASPĮ nėra poreikio darbinti atskirą med. psichologą darbu su vaikais, įsigyti tam reikalingų metodikų ir terapinių priemonių. Nors 2014-2018 m. pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų analizės duomenimis stebėtas apsilankymų pas med. psichologus skaičiaus augimas nuo 5196 iki 20 908 apsilankymų per metus, tai sudaro vidutiniškai tik 4,2 apsilankymų 100-ai Lietuvos vaikų. Toks pavienių psichologų konsultacijų prieinamumas prisideda prie psichikos sutrikimų prevencijos, bet neleidžia užtikrinti sistemingos psichologinės pagalbos vaikams su sudėtingesniais psichikos ir elgesio sutrikimais.

### **Siūlomi sprendimai pirminės psichikos sveikatos priežiūros kokybei ir prieinamumui gerinti:**

1. Patikslinti pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų funkcijas, kad jos realiau atitiktų turimus ribotus resursus.

Siūlomos Psichikos sveikatos centrų vaikų psichikos sveikatos priežiūros funkcijos:

- teikti psichikos sutrikimų prevencijos paslaugas psichikos sutrikimų rizikos vaikams, paaugliams ir jų šeimoms;

- užtikrinti vaikų, turinčių psichikos sutrikimų, pirminį ištyrimą ir reikalingą gydymą (psichofarmakoterapija, psichoterapija, psichologinis konsultavimas); vienam pacientui per metus suteikiamos ne mažiau kaip 5 diagnostikos ir gydymo intervencijos;
  - užtikrinti, kad pacientai būtų laiku siunčiami į antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančias ASP įstaigas, jeigu yra indikacijų, nurodytų atitinkamos ligos gydymo ir diagnostikos specialiuosiuose reikalavimuose;
  - tęsti antrinio ir / ar tretinio lygio ASP įstaigose paskirtą gydymą, koordinuojant sveikatos priežiūros, švietimo ir socialinę pagalbą paciento gyvenamojoje vietoje, taikyti atvejo vadybos principus;
  - vykdyti vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programas, šioje veikloje pasinaudoti valstybės ir savivaldybių remiamais projektais ir bendradarbiauti su visuomenės sveikatos biurais, savivaldybių švietimo ir socialinių paslaugų įstaigomis, nevyriausybinėmis organizacijomis.
2. Valstybės ir savivaldybių lygmenyje koordinuoti vaikų ir paauglių psichiatrų ir med. psichologų, turinčių patirties teikiant pagalbą vaikams, resursų tolygų paskirstymą respublikos mastu. Siūlytume koncentruoti turimus vaikų ir paauglių psichiatrų resursus 10 Bendruomenės sveikatos centrų įkuriant juose Vaikų psichikos sveikatos skyrius, įdarbinant juose specialistų komandą iš 2-3 vaikų ir paauglių psichiatrų, 5-6 med. psichologų. Tokia komanda turėtų užtikrinti pirminę psichikos sveikatos priežiūrą ~ 50 000 pacientų. Pacientams, kurie neturi galimybių atvykti siūlytume svarstyti transportavimo į Bendruomenės sveikatos centrą socialinių paslaugų, nuotolinio konsultavimo paslaugų, konsultavimo savivaldybių Psichikos sveikatos centruose pagal bendradarbiavimo sutartis ir kitas alternatyvas.
  3. Nustatyti sekančius pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų kokybės rodiklius:
    - 3.1 pacientų, turinčių psichikos sutrikimų, kuriems atliktas pirminis ištyrimas ir suteiktas minimalus gydymas (ne mažiau kaip 5 diagnostikos ir gydymo intervencijos vienam pacientui per metus), skaičius;
    - 3.2 pacientų, kuriems pagalba teikiama bendradarbiaujant su savivaldybių švietimo ir socialinės apsaugos įstaigomis, vaiko teisių apsaugos tarnyba, nevyriausybinėmis organizacijomis atvejo vadybos principu, skaičius;
    - 3.3 regioniniame, tarpžinybiniame bendradarbiavime dalyvavusių įstaigų ir specialistų skaičius;
    - 3.4 pacientų, kuriems suteiktos prevencinių programų paslaugos, skaičius.

#### **4.10.3.2 Antrinis ir tretinis vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų lygiai.**

Vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugos šiuo metu nėra skirstomos į antrinio ir tretinio lygio paslaugas.

Ambulatorinėms vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugoms priskiriamos:

1. Antrinio lygio vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos.
2. Vaikų ir paauglių psichoterapijos paslaugos.
3. Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugos.
4. Ambulatorinės psichosocialinės rehabilitacijos paslaugos.

Stacionarinėms vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugoms priskiriamos:

1. Vaikų ir paauglių stacionarinės paslaugos.
2. Vaikų ir paauglių krizių intervencijos stacionarinės paslaugos.
3. Stacionarinė psichosocialinė rehabilitacija.



2008 - 2014 m. vykdant ES struktūrinių fondų programos priemonę „Diferencijuotą kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas“ Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionarai buvo įkurti Šiaulių, Klaipėdos ir Panevėžio respublikinėse ligoninėse, LSMU Kauno klinikose ir Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose pagerinta vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų kokybė. Vykdamas šį projektą 5 respublikinėse ir universiteto ligoninėse pagerinta stacionarinių vaikų psichiatrijos paslaugų kokybė, įkurtos vaikų ir paauglių krizių intervencijos lovos arba skyriai.

2014 - 2018 m. pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų analizės (žr. 16 priedą) duomenimis Vaikų psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų skaičius nuo 2014 m. iki 2018 m. didėjo. 2018 m. jų suteikta 1,6 tūkst. arba 23 proc. daugiau nei 2014 m. Atsižvelgiant į tai, kad vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro komanda kuriojanti 6-8 pacientus per metus turėtų suteikti apie 1400-1900 paslaugų, 2018 m. Klaipėdos respublikinė ligoninė (suteikta 518 paslaugų) ir LSMU Kauno klinikos (suteikta 1091 paslaugų) neužtikrino šių paslaugų teikimo 1 specialistų komandos pilno krūvio apimtimi. Panevėžio respublikinėje ligoninėje ir Šiaulių ligoninėje (suteikta 1479 paslaugų) 2018 m. dirbo 1 vaikų psichiatrijos dienos stacionaro komanda (suteikta 1701 dienos stacionaro paslaugų), Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikose dirbo 2 vaikų psichiatrijos dienos stacionaro komandos (suteikta 3474 dienos stacionaro paslaugų).

2014 m. planuotas integruotas vaikų psichikos sveikatos priežiūros klasterio įkūrimas su konsultacinėmis (mobiliomis paslaugomis užtikrinančiomis paslaugų prieinamumo toliau nuo regioninių centrų gyvenantiems pacientams, 2019 m. buvo atšauktas.

2019 m. SAM patvirtinti naujų Vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų aprašai, kuriuose buvo patikslinti paslaugų organizavimo principai, psichoterapijos paslaugų teikimo reikalavimai, naujai aprašytos psichosocialinės rehabilitacijos paslaugos.

#### **Aktualios problemos:**

1. Ribotas antrinio lygio vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijų prieinamumas ir vartojimas, nes apmokamas kas 4 apsilankymas neleidžia užtikrinti ilgalaikės tęstinės pagalbos teikimas.
2. Regiono centruose neapmokamos atskirų komandos specialistų psichologo, socialinio darbuotojo konsultacijos, kurios reikalingos ilgalaikės tęstinės pagalbos užtikrinimui vaikams ir paaugliams su vidutinio sunkumo ir sunkiais psichikos ir elgesio sutrikimais.
3. Neprieinamos individualios ir grupinės psichoterapijos paslaugos būtinos ilgalaikiam tęstiniam gydymui, nes reikiamą kvalifikaciją įgiję psichoterapeutai nedirba LNSS sistemos įstaigose, o privačioms ASPĮ už šias paslaugas iš PSDF nėra apmokama.
4. Neprieinamos psichosocialinės rehabilitacijos paslaugos ASPĮ nesudarinėja sutarčių dėl psichosocialinės rehabilitacijos teikimo dėl neadekvataus paslaugų apmokėjimo;
5. Trūksta specializuotų paslaugų ir skyrių vaikams su psichoze, valgymo sutrikimais, sunkiais elgesio sutrikimais, patyrusiems fizinę, seksualinę ir psichologinę prievartą.
6. Nepakankamas paslaugų spektras, prieinamumas ir kokybė vaikams su priklausomybėmis, nes Priklausomybės centruose trūksta vaikų ir paauglių psichiatrų, kitų vaikų priklausomybių specialistų ir specializuotų skyrių.
7. Regioniniuose vaikų ir paauglių psichiatrijos centruose ambulatorines ir stacionarines, skubias ir planines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas dėl etatų ir specialistų trūkumo teikia ta pati specialistų komanda, neužtikrinamas skubos psichiatrinės pagalbos vaikams ir paaugliams postas.

#### **Siūlomi sprendimai:**

1. Psichikos sutrikimų diagnostikos ir gydymo paslaugų vidutiniams ir sunkiems atvejams plėtra regionų lygyje.

- 1.1 Tęstinės psichologinės pagalbos apmokamos iš PSDF užtikrinimas;
- 1.2 Psichoterapijos paslaugų apmokėjimo privačioms ASPĮ užtikrinimas;
- 1.3 Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų įkainių peržiūrėjimas
- 1.4 Atskirų skubios ir planinės psichiatrinės pagalbos, ambulatorinės, vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro ir stacionaro specialistų komandų užtikrinimas.
2. Kontaktinių ir nuotolinių ambulatorinių paslaugų plėtra Universitetiniuose vaikų ir paauglių psichiatrijos centruose|:
  - 2.1 Tretinio lygio vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija;
  - 2.2 Tretinio lygio nuotolinė vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija antrinio lygio vaikų ir paauglių psichiatru;
  - 2.3 Tretinio lygio vaikų ir paauglių psichiatrijos išplėstinė konsultacija
  - 2.4 Tretinio lygio vaikų ir paauglių psichiatrijos išplėstinė konsultacija regioninio lygio vaikų ir paauglių psichiatrijos specialistų komandai.
3. Specializuotų dienos stacionaro ir stacionaro paslaugų šioms klinikinėms grupėms įdiegimas regionų ir universitetiniuose vaikų ir paauglių psichiatrijos centruose.
  - Autizmo spektro sutrikimai su gretutinėmis elgesio ir emocijų problemomis;
  - Pirmasis psichozės epizodas ir po jo vykdoma psichosocialinė reabilitacija;
  - Valgymo sutrikimai;
  - Sunkaus laipsnio ir užsitęsusi depresija ir kitų afektiniai sutrikimai atvejai, vaikai mėginę nusižudyti;
  - Sunkios ir ilgalaikės psichologinės traumos;
  - Sunkūs ir užsitęsę psichikos ir elgesio sutrikimai.
4. Tarpžinybinio bendradarbiavimo su švietimo ir socialinės sistemos specialistais stiprinimas teikiant pagalbą vaikams, paaugliams ir jų šeimoms.

Siūlomas vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų išdėstymas pavaizduotas 11 paveiksle.



11 paveikslas.

Vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančių įstaigų išsidėstymas

## 5 Integruota vaikų su lėtinėmis ligomis, neįgalių vaikų priežiūra ir pagalba jų šeimoms

Teikiant pagalbą vaikams su lėtinėmis ligomis svarbi tiek ambulatorinių, dienos stacionaro ir ilgalaikės priežiūros (paliatyvios pagalbos ir slaugos) paslaugų integracija pagal gyvenamąją vietą, tiek glaudus bendradarbiavimas su visuomenės sveikatos biurais savivaldybių socialinių paslaugų skyriais, švietimo įstaigomis.

Siekiant užtikrinti tinkamos kokybės pagalbą lėtinių ligų turintiems vaikams pagal gyvenamąją vietą, jiems turėtų būti galimybė gauti antrinio lygio vaikų sveikatos priežiūros paslaugas.

Atsižvelgiant į neįgalių vaikų ir jų šeimų poreikius savivaldybių lygmenyje tinkamiausias pagalbos modelis būtų savivaldybių bendruomenės sveikatos centruose, kuriuose integruotos, pirminės, antrinės ir ilgalaikės sveikatos priežiūros bei visuomenės sveikatos biurų paslaugos. Vaikų su lėtinėmis ligomis, neįgaliųjų vaikų kokybiškos sveikatos priežiūros užtikrinimui savivaldybės, kurioje yra virš 20 tūkst. gyventojų, virš 5 000 vaikų bendruomenės sveikatos centre turėtų būti skirti ne mažiau kaip 2 vaikų ligų gydytojų etatai.

**7 lentelė.** Integruotos sveikatos, švietimo ir socialinės paslaugos reikalingos vaikams, sergantiems lėtinėmis ligomis

Vaikų su lėtinėmis ligomis/neįgalių vaikų ir jų šeimų poreikiai	Paslaugų poreikis	Paslaugų teikėjai
Profilaktinis sveikatos tikrinimas, skiepijimas, mityba, fizinis aktyvumas	Pirminė asmens sveikatos priežiūra.  Antrinio lygio ambulatorinė vaikų sveikatos priežiūra  Tėvų/globėjų mokymo paslaugos	Šeimos gydytojai  Antrinio lygio vaikų ligų gydytojai, vaikų ligų dienos stacionaro specialistų komanda  Visuomenės sveikatos biurai
Ilgalaikis sveikatos būklės stebėjimas ir sveikatos priežiūra	Ambulatorinės vaikų ligų gydytojų specialistų ir bendrų specialybių gydytojų specialistų konsultacijos pagal iš anksto sudarytą planą ir/ar esant poreikiui  Antrinio lygio ambulatorinė vaikų sveikatos priežiūra kuo arčiau gyvenamosios vietos  Nuotolinės tretinio lygio gydytojų specialistų konsultacijos, tretinio ir antrinio lygio specialistų komandų nuotoliniai pasitarimai, telekonferencijos	Regioniniai ir/ar Universitetiniai vaikų sveikatos priežiūros centrai.  Antrinio lygio vaikų ligų gydytojai, vaikų ligų dienos stacionaro specialistų komanda Bendruomenės sveikatos centruose.  Antrinio ir tretinio lygio paslaugas vaikams teikiančios ASPĮ

Vaikų su lėtinėmis ligomis/neįgalių vaikų ir jų šeimų poreikiai	Paslaugų poreikis	Paslaugų teikėjai
Psichologinė, psichiatrinė pagalba vaikui ir šeimai	<p>Med. psichologo, psichiatro, vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos</p> <p>Psichikos sveikatos sutrikimų prevencijos programos</p> <p>Tėvystės įgūdžių stiprinimo programos</p> <p>Socialinių įgūdžių ugdymo programos</p>	<p>Pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrai</p> <p>Visuomenės sveikatos biurai</p> <p>Ugdymo įstaigos</p>
Burnos higiena, dantų gydymas	<p>Burnos higienos paslaugos burnos ir dantų patologijos prevencija</p> <p>Dažnai reikalingos dantų paslaugos su bendra nejautra</p>	<p>Pirminės odontologinės priežiūros specialistai.</p> <p>Specializuotos odontologinės paslaugos Universitetiniuose centruose.</p>
Ilgalaikis raidos stebėjimas, ankstyvoji reabilitacija, negalios prevencija, psichosocialinė pagalba šeimai, tėvų mokymas	<p>Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos kuo arčiau gyvenamosios vietos</p>	<p>Vaikų ligų gydytoja-socialiniai pediatrai antrinio lygio ambulatorines vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas teikiančiose įstaigose</p>
Judėjimo ir kitų funkcijų atstatymas ir palaikymas po ligos paūmėjimų, fizinio aktyvumo palaikymas	<p>Fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugos kuo arčiau gyvenamosios vietos</p> <p>Fizinio aktyvumo stiprinimo programos, tėvų mokymas</p>	<p>Ambulatorines ir stacionarines fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugas teikiančios įstaigos.</p> <p>Visuomenės sveikatos biurai savivaldybėse. Ugdymo įstaigų fizinio aktyvumo programos</p>
Finansinė parama ir kitos socialinės, švietimo paslaugos vaikui ir šeimai	<p>Neįgalumo ir specialiųjų poreikių nustatymas</p> <p>Specialiųjų ugdymosi poreikių nustatymas</p>	<p>Vaikų ligų gydytojų specialistų išvados ir rekomendacijos, šeimos gydytojo siuntimas į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą.</p> <p>Įvertinimas Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyboje.</p> <p>Vaikų ligų gydytojų specialistų ar ugdymo įstaigos nukreipimas. Įvertinimas savivaldybės Pedagoginėje psichologinėje tarnyboje.</p>

Vaikų su lėtinėmis ligomis/neįgaliųjų vaikų ir jų šeimų poreikiai	Paslaugų poreikis	Paslaugų teikėjai
Neįgaliųjų techninės pagalbos priemonė (kompensacinė technika, slaugos priemonės, sensorinės integracijos priemonės) ir aplinkos pritaikymas neįgaliesiems.	<p>Gydytojų specialistų rekomendacijos dėl neįgaliųjų techninės pagalbos priemonių, aplinkos pritaikymo ir jų įgyvendinimas bendruomenės lygyje</p> <p>Savalaikis nukreipimas į Techninės pagalbos neįgaliesiems centrą ir techninės pagalbos priemonių įsigijimas</p>	<p>Šeimos gydytojai ir gydytojai specialistai</p> <p>Savivaldybių socialinių paslaugų centrų socialiniai darbuotojai.</p>
Vaiko integracija į ugdymo įstaigą	<p>Medicininės pagalbos poreikiai: medikamentų paskyrimai, specialios dietos, stomų priežiūra, tuštinimosi, šlapinimosi priežiūra.</p> <p>Kompensacinės technikos taikymas</p> <p>Med. psichologo, logopedo, ergoterapeuto, kineziterapeuto pagalba pagal poreikį</p> <p>Socialinių įgūdžių grupės, patyčių prevencijos programos, tėvystės įgūdžių programos</p>	<p>Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistai pagal sutartis tarp asmens sveikatos priežiūros ir ugdymo įstaigų.</p> <p>Ugdymo įstaigos pedagogai, švietimo pagalbos specialistai specialistai, fizinės medicinos ir reabilitacijos specialistai pagal poreikį.</p> <p>Ugdymo įstaigos švietimo pagalbos specialistai pagal rajono Pedagoginės psichologinės tarnybos rekomendacijas. Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos specialistai, fizinės medicinos ir reabilitacijos specialistai asmens sveikatos priežiūros įstaigose arba pagal bendradarbiavimo/paslaugų teikimo sutartis ugdymo įstaigose.</p> <p>Ugdymo įstaigos. Pedagoginės psichologinės tarnybos. Visuomenės sveikatos biurai. Savivaldybių socialinių paslaugų centrai</p>
Ilgalaikė, paliatyvi sveikatos priežiūra ir pagalba šeimai	<p>Paliatyvios pagalbos ir slaugos paslaugos</p> <p>Socialinės paslaugos namuose</p> <p>Atokvėpio paslaugos šeimai</p>	<p>Stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančios įstaigos</p> <p>Savivaldybių socialinės paramos centrai.</p>
Kompleksinės sveikatos, švietimo ir socialinė pagalbos organizavimas ir koordinavimas.	<p>Savivaldybės Socialinių paslaugų centro atvejo vadyba</p> <p>Tarpžinybinio bendradarbiavimo pasitarimai</p>	<p>Paciento tėvų/globėjų ar institucijų prašymų paskirtas savivaldybės atvejo vadybininkas-koordiniatorius,</p> <p>Kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai plano sudarymas ir įgyvendinimo koordinavimas.</p> <p>Pacientų tėvų/globėjų ir/ar, Vaikų teisių apsaugos tarnybos ir/ar įvairias paslaugas teikiančių institucijų iniciatyvai.</p>

## 6 Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas

Sveikatos sistemos finansavimas ir efektyvus išteklių panaudojimas turi didžiulę įtaką vaikų sveikatai. Remiantis gyvenimo ciklo principu ir priežasties-pasekmės – rezultato/išeičių koncepcija, vaikų sveikata reikalauja ne mažiau investicijų, nei suaugusiųjų.

Lietuvoje sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui (1406 EUR) sudaro pusę ES vidurkio. Bendrosios išlaidos sveikatai Lietuvoje 2014 m. buvo 6,55% nuo BVP ir paskutiniaisiais metais nedidėjo (2017 m. – 6,5%). Šis rodiklis tebėra šeštas nuo galo ES. Paskutinį penkmetį apie 32% išlaidų padengiama mokėjimais savo lėšomis, palyginti su 15% ES vidurkiu.

Sveikatos paslaugų kokybė tiesiogiai priklauso nuo finansinių išteklių, o šalies gyventojų (taip pat ir vaikų) sveikatos rodikliai - nuo sveikatos paslaugų kokybės.

Reikia pažymėti, kad vaikų sveikatos priežiūroje reikalingi didesni žmogiškieji resursai, reikia skirti daugiau laiko vaiko paruošimui klinikinei apžiūrai ir tyrimams, ryšio su vaiku užmezgimui bei bendravimui su vaikais ir jų atstovais. Apmokant asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams į šias aplinkybes neatsižvelgiama, paslaugų bazinės kainos nepriklauso nuo paciento amžiaus.

Ydingas apmokėjimas už pirminės sveikatos priežiūros paslaugas diskriminuoja pediatrus, kaip gydytojus, nes už pas ŠG prisirašiusį pacientą pirminio lygmens sveikatos priežiūros įstaiga gauna apmokėjimą, o už pediatro prižiūrimus pacientus įstaigai nemokama. Sveikatos priežiūros įstaigos neskatinamos turėti vaikų ligų gydytoją. ŠG skatinami tik už suaugusiųjų prevencines programas ir nesuinteresuoti vykdyti ligų profilaktiką vaikams. Dėl to visų pirma nukenčia vaikai.

Vaikų sveikatos priežiūrai skirtos PSDF lėšos naudojamos neracionaliai, nes išlieka aukšti stacionarinio gydymo rodikliai, o dėl neadekvataus apmokėjimo neskatinamos dienos stacionaro paslaugos (dienos stacionaro paslaugos įkainis artimas gydytojo specialisto konsultacijos įkainiui, o sąnaudos didesnės, teikti stacionarines paslaugas apsimoka labiau). Nesant laiku pasiekiamos kvalifikuotos pagalbos pirminiame lygyje, kasmet didėja pacientų srautai į vaikų skubios pagalbos skyrius. Tai lemia ir didėjančias išlaidas sveikatai, nes už tą pačią ŠG kompetencijas atitinkančią paslaugą apmokėjimą gauna ir pirminės sveikatos priežiūros centras (apmokėjimas už pacientą), ir skubios pagalbos skyrius.

## 7 E-sveikata ir paslaugų koordinavimas

Vaikų sveikatos paslaugų kokybę atspindi 4 pagrindiniai kriterijai: paslaugos turinys, prieinamumas, koordinavimas ir valdymas. Taip pat svarbus tarpsektorinis / tarpinstitucinis bendradarbiavimas, kuris privalo užtikrinti socialines ir kitas paslaugas kompleksinių poreikių turintiems vaikams.

2018 m. apibendrinus paslaugų koordinavimo kriterijus 30-tyje MOCHA šalių, nustatyta, kad Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimo rodiklis yra pavojingai žemas (visų rodiklių vertinimas minimalus). Tai siejama su elektronine sveikatos sistema, kuri 2016-2017 m. Lietuvoje buvo tik pradėta diegti. Nustatytas statistiškai patikimas ryšys tarp koordinavimo kokybės ir trijų su e-sveikata susijusių rodiklių:

- elektroninių kortelių,
- vaikų specifiką atitinkančios pirminės sveikatos priežiūros e-sistemos
- ir e-sveikatos infrastruktūros darbui su kitais sektoriais (mokykla, socialinė sistema, kt.).

Statistiniai skaičiavimai patikimai parodė, kad šalys, kurių išlaidos sveikatos sistemos valdymui ir sveikatos paslaugoms yra mažos, priklausė silpno paslaugų e-koordinavimo grupei. Lietuvoje vystantis e-sveikatos sistemai vis dar išlieka nepakankama e-sveikatos apimtis ir elektroninio tarpsektorinio bendradarbiavimo problema.

Geras mokyklos ir pirminės sveikatos priežiūros grandies bendradarbiavimas lemia geresnę paslaugų vaikams koordinavimą ir geresnius vaikų sveikatos ir mokslo rezultatus. Gerai dirbant mokyklos sveikatos priežiūrai, mažėja mokinių vizitų į skubios pagalbos skyrius bei stacionarą.

## 8 Sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančio personalo parengimo problemos

### 8.1 Vaikų ligų gydytojų ir gydytojų specialistų parengimas

UEMS (European Union of Medical Specialists) baziniai reikalavimai skelbia, kad rengiant gydytojus pediatrus ir vaikų ligų specialistus, būtinas ne mažesnis, nei 3 metų trukmės bazinis pediatriinis pasirengimas (*common paediatric trunk*), po kurio seka ne mažiau 2 metų specializuotos srities studijos [UEMS, 2018].

Vaikų ligų gydytojų ir gydytojų specialistų kvalifikacija Lietuvoje įgyjama rezidentūros studijų metu. Vaikų ligų gydytojo kvalifikacija įgyjama baigus 4 m. vaikų ligų rezidentūros studijas. Rezidentūros metu studijuojamos ne tik vaikų ligos, bet ir neonatologija, skirtingo amžiaus vaikų psichomotorinė raida, skubi pagalba, ausų-nosies-gerklės ligos, akių ligos, vaikų nervų ligos, socialinė medicina, vaizdinė diagnostika pediatrijoje, bet ir vaikų abilitacija bei neuoreabilitacija, naujos technologijos cukrinio diabeto valdyme, mokomasi lėtinių ligonių priežiūros.

#### LSMU Vaikų ligų rezidentūros studijų programos planas Studijų trukmė: 4 metai, 264 ECTS kreditai

8 lentelė. Bendras bazinių ciklų ir kreditų skaičius

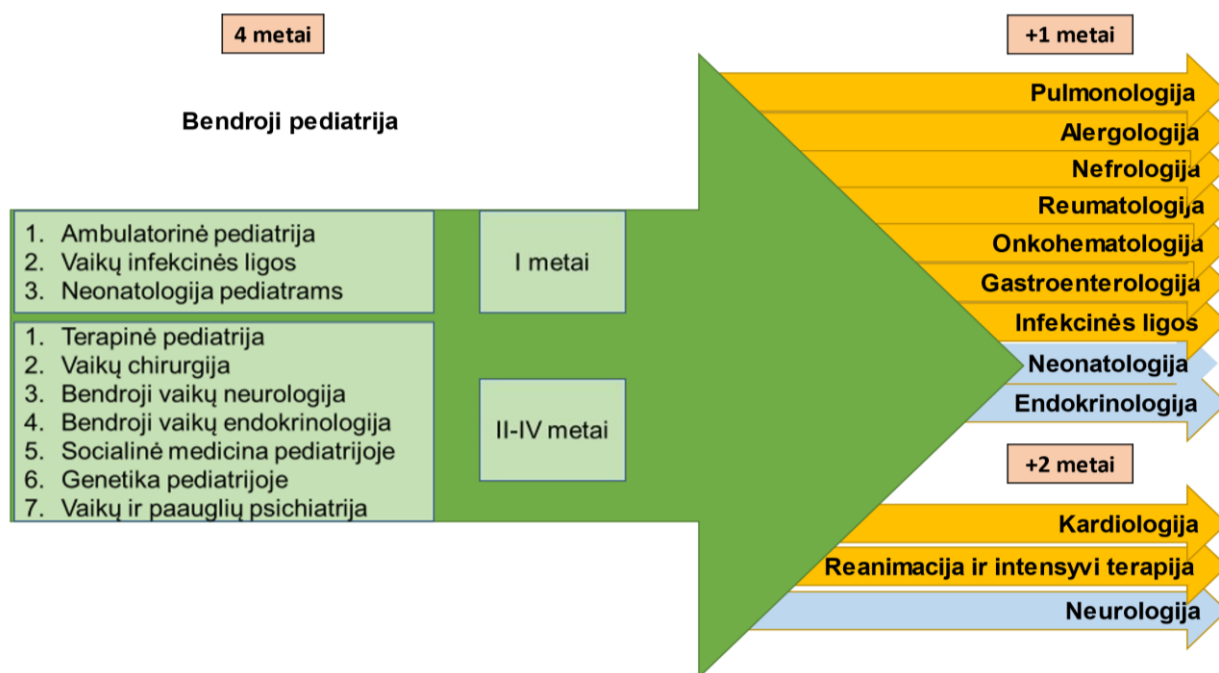
Eil. Nr.	Ciklas	Trukmė (ECTS kreditai)
	<b>I studijų metai</b>	<b>66</b>
	Ambulatorinė vaikų priežiūra.	24
	<i>Į ją įeina:</i>	
1	C1. Ambulatorinė pediatrija	12
	C2. Vaikų otorinolaringologija	6
	C3. Vaikų akių ligos,	6
2	C4. Įvadas į vaikų skubią pagalbą	6
3	C5. Neonatologija pediatrams	18
4	C6. Vaikų infekcinės ligos	18
	<b>II-IV studijų metai</b>	<b>198</b>
5	C7. Skubioji medicina vaikams.	12
6	C8. Bendroji vaikų pulmonologija	18
7	C9. Bendroji vaikų alergologija	18
8	C10. Bendroji vaikų nefrologija	18
9	C11. Bendroji vaikų gastroenterologija	18
10	C12. Bendroji vaikų onkologija ir hematologija	18
11	C13. Bendroji vaikų kardiologija	18
12	C14. Bendroji vaikų reumatologija	6
13	C15. Bendroji vaikų intensyvioji terapija	18
14	C16. Bendroji vaikų neurologija	12
15	C17. Bendroji vaikų endokrinologija	12
16	C18. Vaikų chirurgija	6
17	C19. Socialinė medicina pediatrijoje	6
18	C20. Vaizdinės diagnostikos pagrindai pediatrijoje	6
19	C21. Pasirenkamieji ciklai	12
	<b>Iš viso:</b>	<b>264 (66x4 m)</b>



## Pasirenkamieji ciklai

Eil. Nr.	Ciklas	Trukmė (kreditai)
1	Neišnešiotas naujagimis	12
2	Vaikų lėtinės plaučių ligos	12
3	Vaikų įgimta šlapimo organų patologija	12
4	Vaikų mitybos pagrindai	12
5	Vaikų onkologija	12
6	Vaikų hematologija	12
7	Skirtingo amžiaus vaikų psichomotorinės raidos ir vystymosi ypatumai	12
8	Vaikų abilitacija ir neuroreabilitacija	12
9	Naujos technologijos vaikų cukrinio diabeto valdyme	12
10	Vaikų neurochirurgija	12

Atskirų specializacijų vaikų specialistai kvalifikaciją įgyja, baigę VU arba LSMU 4 metus Vaikų ligų rezidentūros studijų ir 1-2 metus atitinkamos vaikų ligų specialybės rezidentūros studijų. Dauguma specialistų (neonatologai, vaikų pulmonologai, alergologai, nefrologai, gastroenterologai, onkohematologai, reumatologai, endokrinologai, infekcinių ligų gydytojai) rezidentūroje studijuoja 5 m. O 6 m. rezidentūros studijos skirtos vaikų intensyviosios terapijos gydytojams, vaikų neurologams, vaikų kardiologams.



**12 paveikslas.** Vaikų ligų krypties rezidentūrų asortimentas ir trukmė

Vaikų raidos specialistai - vaikų ligų gydytojai-socialiniai pediatrai kvalifikaciją įgyja baigę 4 mėn. (16 kreditų) įvadinį kursą „Socialinė pediatrija“ LSMU arba VU.

Vaikų chirurgai kvalifikaciją įgyja 5 metų trukmės Vaikų chirurgijos rezidentūros metu.

Vaikų ir paauglių psichiatrai – 4 metų trukmės Vaikų ir paauglių psichiatrijos rezidentūroje, kurios metu studijuojamos ir vaikų ligos (12 kreditų)

Specializuotas paslaugas vaikams taip pat teikia bendri siauros specializacijos specialistai – gydytojai otorinolaringologai, dermatovenerologai. Iki 2023 m. – ir gydytojai alergologai ir klinikiniai imunologai.

Vaikų ligų rezidentūros studijų **programos paskirtis** yra parengti kūrybingą, dorą, nuoširdų ir jautrų, iniciatyvų, savarankišką gydytoją specialistą, turintį vaikų ligų gydytojo profesinę kvalifikaciją, besidominčią mokslo naujovėmis ir siekiantį aukštesnės mokslinės kvalifikacijos.

Vaikų ligų rezidentūros studijų **programos tikslai** yra:

1. Parengti visapusiškai išsilavinusį, dorą, jautrų, atsakingą, iniciatyvų bei kūrybingą, besidominčią mokslo naujovėmis gydytoją specialistą, gebantį savarankiškai spręsti problemas ir dirbti komandoje;
2. Rezidentūros metu, studijuojant kūdikių, vaikų ir paauglių organizmo fiziologiją bei ligas, teoriškai ir praktiškai paruošti gydytoją specialistą, turintį bendro profilio vaikų gydytojo profesinę kvalifikaciją ir galintį savarankiškai spręsti sveikų vaikų sekimo bei vaikų ligų diagnostikos, gydymo, profilaktikos bei reabilitacijos klausimus.
3. Paruošti specialistą – vaikų ligų gydytoją, gebantį savarankiškai dirbti pirminio ir antinio lygio paslaugas teikiančiose ambulatorinėse gydymo įstaigose, vaikų poliklinikose; bendrojo profilio vaikų stacionaruose ir reabilitacijos įstaigose, tretinio lygio specializuotuose skyriuose ir poliklinikose.

Visi vaikų ligų specialistai, baigę Vaikų ligų ir atitinkamos specializacijos vaikų ligų rezidentūrą, įgyja dvi licencijas: vaikų ligų gydytojo ir gydytojo specialisto. Todėl gali kombinuoti savo darbo krūvį paskirstydami specialisto konsultacijoms ir vaikų ligų gydytojo darbui ambulatoriniame antriniame ar pirminiame lygyje bei stacionare. Todėl gali dirbti vietose, kuriose nėra pilno etato darbo krūvio, pvz. mažai vaikų turinčio rajono ambulatorinėje grandyje.

## 8.2 Šeimos gydytojų parengimas vaikų ligų srityje

Lietuvoje šeimos gydytojo rezidentūros metu vaikų ligų studijos trunka 4-6 mėn. Tačiau realios vaikų ligų studijos, kuomet mokomasi iš vaikų ligų gydytojų, dar trumpesnės. Pavyzdžiui, LSMU ŠG rezidentūros programoje Vaikų sveikatos priežiūrai skirti 33 kreditai (5,5 mėn.). Iš jų po 3 kreditus skirta neonatologijai ir vaikų ortopedijai. Taigi, **tiesiogiai vaikų ligų studijoms skirta 27 kreditai**: 6 kreditai - skubiai pagalbai, 1,5 kredito – vaikų gaivinimui ir 3 kreditai – infekcinėms vaikų ligoms. Visos kitos vaikų ligos turėtų būti išstudijuotos per 16,5 kredito (2,75 mėn). Tačiau šios studijos vykdomos LSMUL Kauno klinikų Šeimos klinikoje arba šeimos medicinos centre, mokantis iš kitų šeimos gydytojų. Taigi, rezidentai visų vaikų ligų diagnostikos ir gydymo mokosi pas vaikų specialistus tik 1,5 -2 mėn. ir tik Skubios pagalbos skyriuje ir infekcinių ligų skyriuje. Jie negali pakankamai tobulėti, mokydamiesi iš kitų šeimos gydytojų, kurių kompetencijos taip pat nepakankamos. Taigi, ŠG mokosi “patys iš savęs”.

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Šeimos gydytojo rezidentūros studijos vaikų ligų srityje kartu su neonatologija trunka 4 mėn. Tiek būsimieji ŠG mokosi iš vaikų ligų gydytojų ir neonatologų.

Tuo tarpu Europos Pediatrių Akademijos (EAP) bendruomenės nuomone, keičiantis pirminės sveikatos priežiūros modeliams Europoje, pediatrai turi likti svarbiausia vaikų sveikatos priežiūros ašimi ir nustatyti vaiko sveikatos priežiūros standartus kitiems specialistams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas vaikams. Tai reiškia, kad ŠG rezidentus mokyti vaikų ligų ir koordinuoti vaikų ligų studijas turi vaikų ligų specialistai.

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto tarybos 2019 m. vasario 19 d. nutarimu patvirtintame Šeimos rezidentūros studijų programos apraše Vaikų ligoms taip pat skirta 30 kreditų – 5 mėn.

EAP rekomenduoja, kad šeimos gydytojai mokytųsi pediatrijos ne mažiau 9-12 mėn. (pageidautina 1 m.), kad įgytų bazinių specifinių vaikų ligų žinių. EAP pabrėžia, kad daugumai Europos šalių pereinant iš pirminės pediatrijos priežiūros modelio į BPG, šioje grupėje prarastas kokybiškas vaikų ligų mokymas.

#### **Problemos:**

1. Didžioji dalis vaikams paslaugas teikiančių gydytojų baigia vaikų ligų rezidentūros studijas ir įgyja tinkamą, pakankamos trukmės, UEMS rekomendacijas atitinkančią, Vaikų ligų gydytojo ar gydytojo specialisto kvalifikaciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas vaikams.
2. Bazinį pediatriinį 4 metų trukmės išsilavinimą turintis specialistas gali užtikrinti efektyvią ir aukščiausios kvalifikacijos pagalbą vaikams pirminiame ir antriniame sveikatos priežiūros lygiuose. Tokia sveikatos priežiūra neabejotinai geresnė už šeimos gydytojo, studijavusio vaikų ligas maksimaliai 4 mėn., teikiamą priežiūrą vaikams.
3. Vaikų ligų gydytojas, turintis bazinį pediatriinį išsilavinimą, gali savarankiškai teikti ambulatorines pirminio lygio paslaugas vaikams. Jam nereikalinga komanda, kurioje yra bendrasis chirurgas ir vidaus ligų gydytojas, o retą akušerio – ginekologo paslaugų poreikį gali užtikrinti vaikų ginekologai.
4. Visi vaikų ligų specialistai, baigę Vaikų ligų ir atitinkamos specializacijos vaikų ligų rezidentūrą, įgyja dvi licencijas: vaikų ligų gydytojo ir gydytojo specialisto.
5. Gydytojai specialistai, turėdami ir vaikų ligų gydytojo kvalifikaciją bei licenciją, gali teikti platesnės apimties paslaugas (kaip vaikų ligų gydytojai ir kaip specialistai), dirbdami ambulatorijoje, stacionare ir vaikų priėmimo - skubios pagalbos skyriuose.
6. ŠG pasirengimas vaikų ligų srityje yra tik 4-6 mėn., iš jų tik pusę laiko mokomasi iš vaikų ligų gydytojų. Toks gydytojų pasirengimas yra nepakankamas ir neatitinka EAP rekomendacijų.

#### **Problemų sprendimai:**

1. Siekiant užtikrinti aukštą paslaugų kokybę vaikams, visi specialistai, teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas vaikams, privalo turėti bazinį pediatriinį pasirengimą. Šiuo metu Lietuvoje tai yra 4 m. Vaikų ligų rezidentūros metu įgyjama kvalifikacija.
2. Labai siauros specializacijos specialistai (gydytojai otorinolaringologai, dermatologai, kardiochirurgai, vaikų chirurgai), kurių teikiamų paslaugų pobūdis nereikalauja bazinio pediatriinio pasirengimo, kvalifikaciją įgyja atitinkamos siauros specializacijos rezidentūros studijų metu.
3. Būtina užtikrinti, kad vaikams sveikatos priežiūros paslaugų neteiktų specialistai, neturintys bazinio pediatriinio išsilavinimo, pvz. gydytojai alergologai ir klinikiniai imunologai. Ypač jei yra atitinkamos kvalifikacijos vaikų specialistai (pvz. vaikų alergologai).
4. Siekiant užtikrinti teikiamų vaikams paslaugų kokybę, būtina ŠG rezidentūros studijas organizuoti taip, kad rezidentai vaikų ligų mokytųsi iš vaikų specialistų, o ne „patys iš savęs“. Turi būti mokomasi iš patyrusių vaikų gydytojų, dirbančių rezidentūros bazės reikalavimus atitinkančiose Vaikų gydymo įstaigose, kur būtų galimybė susipažinti su visa vaikų patologija, o ne tik ūmiomis būklėmis vaikų skubios pagalbos skyriuose.
5. Siekiant padidinti ŠG kompetenciją vaikų ligų srityje, rekomenduojama ilginti vaikų ligų studijas ŠG rezidentūros metu. Remiantis EAP rekomendacijomis, ŠG turi mokytis vaikų ligų 9-12 mėn. Tai suteiktų jiems galimybę labiau susipažinti su įvairia vaikų patologija, vaikų ypatumais bei lėtinių ligų valdymu ir ilgalaikė priežiūra.

## 9 Specialistų poreikis

### 9.1 Gydytojų poreikio įvertinimas

Europoje nėra rekomendacijų kokių ir kiek šalyje turėtų būti vaikų ligų specialistų. Kiekvienoje valstybėje sprendžiama individualiai, nenurodant griežtų kriterijų, pvz. kokiam vaikų skaičiui kiek reikia vaikų ligų specialistų. Labiausiai akcentuojamos specialistų kompetencijos ir ką jis gali atlikti, dažniausiai vienas specialistas be komandos, kitų konsultantų, (pvz: patyręs radiologas, laboratorijos pajėgumai), nesuteiks kvalifikuotos pagalbos.

Remiantis atlikta analize, Lietuvoje daug praktikuojančių gydytojų (9 lentelė). Tačiau negalima kategoriškai teigti, kad tai blogai. Šalys, kuriose mažesnis nei Lietuvoje gydytojų skaičius, susiduria su daugeliu sveikatos apsaugos problemų: labai ilgos eilės patekti pas gydytoją, atlikti tyrimus (pvz. Graikijoje endoskopinio tyrimo vaikai laukia 6 mėn., panaši situacija Skandinavijos šalyse, Lietuvoje - ilgiausiai 1 sav.), pandemijos metu nebuvo gydytojų trūkumo, kaip nutiko kitose Europos šalyse. Tačiau didesnis gydytojų skaičius lemia didesnes valstybės išlaidas. Vis dėl to, Lietuvoje išlaidos sveikatos apsaugai dėl didesnio gydytojų skaičiaus nėra tokios reikšmingas, nes, palyginus su kitomis šalimis, sveikatos priežiūrai skiriama maža BVP dalis. Mažinti gydytojų nerekomenduojama dar ir dėl to, kad vidutinis gydytojų amžius yra daugiau nei 50 m. ir ateityje gydytojų skaičius greit gali sumažėti, juolab, kad dalis baigusią rezidentūrą jaunų gydytojų išvyksta dirbti į kitas šalis.

**9 lentelė.** Europos šalių medicinos personalo skaičius ir išlaidos sveikatos apsaugai

Šalis	Praktikuojančių gydytojų skaičius 10 000 gyv.	Praktikuojančių odontologų skaičius 10 000 gyv.	Praktikuojančių slaugytojų (įsk. akušerius) skaičius 10 000 gyv.	Aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius 10 000 gyv.	Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis (%) nuo BVP	Išlaidų sveikatos priežiūrai vienam gyventojui pagal perkamosios galios standartą (Eurais)
2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018
ES šalys:						
Airija	32.79	6.61**	169.74**	27.86	6.93	3,529.82
Austrija	52.41	5.69	71.16	53.48	10.32	3,980.06
Danija	41.94	7.18	104.60	23.58	10.10	3,804.82
Estija	34.83	9.66	66.36	33.62	6.66	1,701.82
Graikija	61.04**	12.39**	22.17	36.35	7.72	1,628.35
Ispanija	40.21	8.08**	65.76**	24.97	8.99	2,464.77
Italija	39.77	8.33	60.20	25.85	8.67	2,504.41
Latvija	33.04	7.06		32.16	6.21	1,334.14
Lenkija	23.78	3.51	57.00	47.35	6.33	1,518.98
<b>Lietuva</b>	<b>45.70</b>	<b>9.48</b>	<b>80.61</b>	<b>53.05</b>	<b>6.57</b>	<b>1714.01</b>
	<b>(2019)</b>	<b>(2019)</b>	<b>(2019)</b>	<b>(2018)</b>	<b>(2018)</b>	<b>(2018)</b>
Liuksemburgas	29.85	9.74	120.84	37.03	5.29	3,748.61
Malta	39.72	4.79	82.76	31.90	9.31	2,746.45
Nyderlandai	36.70	5.50		26.88	9.97	3,906.71
Portugalija	51.50**	10.60**	71.62*	32.92	9.45	2,225.83
Prancūzija	31.71	6.47	111.33*	30.41	11.26	3,703.92
Rumunija	30.47	8.35	9.11	52.85	5.56	1,211.69

Šalis	Praktikuojančių gydytojų skaičius 10 000 gyv.	Praktikuojančių odontologų skaičius 10 000 gyv.	Praktikuojančių slaugytojų (įsk. akušerius) skaičius 10 000 gyv.	Aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius 10 000 gyv.	Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis (%) nuo BVP	Išlaidų sveikatos priežiūrai vienam gyventojui pagal perkamosios galios standartą (Eurais)
Slovakija	35.21*	5.10*	60.23*	48.10	6.69	1,539.37
Slovėnija	31.78	7.19	35.39	41.34	8.30	2,186.27
Suomija	32.06	7.30	106.46	28.41	9.21	3,034.39
Švedija	42.65	8.13	116.37	19.68	10.90	3,904.86
Vengrija	33.84	7.03	51.94	42.69	6.70	1,544.86
Vokietija	43.11	8.58	113.50	60.15	11.47	4,472.62

## 9.2 Vaikų ligų gydytojų poreikis

Didėjantys vaikų kreipimosi į skubios pagalbos skyrius ir aukšti stacionarizavimo rodikliai rodo, kad vaikų ligų gydytojų poreikis šalyje yra didžiulis, tačiau į tai neatsižvelgiama, planuojant specialistų rengimą.

ŠG institucijos reforma eliminavo vaikų ligų gydytojus periferijoje/rajonuose iš I lygio. O atsainus sveikatos politikų požiūris ir perspektyvos nebuvimas sumažino pediatrijos populiarumą bei specialistų kiekį II lygyje. 50% šiuo metu dirbančių vaikų ligų gydytojų yra pensijinio amžiaus. STRATA 2021 m. duomenimis Lietuvoje šiuo metu trūksta daugiau, nei 300 vaikų ligų gydytojų (tiksliai - 317).

Kadangi:

- vaikų fiziologiniai ypatumai bei ligų eigos ypatumai svarbiausi iki 7 m. amžiaus;
  - į vaikų skubios pagalbos skyrius dažniausiai kreipiasi vaikai taip pat iki 7 m.;
  - vertindami vaikų iki 7 m. amžiaus skaičių rajonuose bei vaikų ligų gydytojų skaičių
  - bei tarptautines rekomendacijas,
- negalėjome neprieiti išvados, kad vaikams iki 7 m. labai svarbi daug kvalifikuotesnė bei efektyvesnė vaikų ligų gydytojo, o ne ŠG priežiūra.

Remiantis anksčiau nustatytais kriterijais (vaikai iki 7 m. amžiaus turi būti prižiūrimi pediatro, vaikų ligų gydytojas būtinas, jei PSC ar rajone aptarnaujama daugiau 0-18 m. amžiaus 1500 vaikų; bent 750 vaikų iki 7 m. amžiaus reikalingas pediatras), paskaičiavome vaikų ligų gydytojų poreikius. Jie atitinka STRATA 2021 m. duomenis. Mūsų skaičiavimais respublikoje reikia 322 etatų vaikų ligų gydytojų.

Vaikų ligų gydytojų poreikio pasiskirstymas pagal atskirus regionus pateikiamas 10 lentelėje.

**10 lentelė.** Vaikų ligų gydytojų (be specialistų) poreikio pasiskirstymas pagal atskirus regionus

Apskritis	Vaikų skaičius 2021 m.	Pediatrų poreikis pirminiame/antriniame lygyje (etatai)
<b>Iš viso Lietuvoje</b>	<b>498 318</b>	<b>332,21</b>
Alytaus apskritis iš viso	20 549	(13,70) <b>13,75</b>
Alytaus m. sav.	7 689	(5,13) 5,0
Alytaus r. sav.	4 070	(2,71) 2,75
Druskininkų sav.	2 981	(1,99) 2,0
Lazdijų r.sav.	2 732	(1,82) 1,75
Varėnos r.sav.	3 077	(2,05) 2,0
<b>Vilniaus apskritis iš viso</b>	<b>157 805</b>	<b>(105,2) 105</b>
Elektrėnų sav.	4 069	(2,71) 2,75
Šalčininkų r. sav.	5 878	(3,92) 4,0
Širvintų r.sav.	2 411	(1,61) 1,5
Švenčionių r.sav.	3 372	(2,25) 2,25
Trakų r. sav.	5 874	(3,92) 4
Ukmergės r.sav.	5 245	(3,5) 3,5
Vilniaus m. sav.	111 226	(74,15) 74
Vilniaus r.sav.	19 730	(13,15) 13
<b>Kauno apskritis iš viso</b>	<b>99 924</b>	<b>(66,62) 66,5</b>
Birštono sav.	642	(0,43) 0,5
Jonavos r.sav.	7 488	(4,99) 5,0
Kaišiadorių r.sav.	4 661	(3,11) 3,0
Kauno m. sav.	51 735	(34,5) 34,5
Kauno r.sav.	18 453	(12,3) 12,25
Kėdainių r.sav.	7 667	(5,11) 5,0
Prienų r.sav.	4 192	(2,79) 2,75
Raseinių r.sav.	5 086	(3,4) 3,5
<b>Marijampolės apskritis iš viso</b>	<b>23 777</b>	<b>(15,85) 15,75</b>
Kalvarijos sav.	1 957	(1,3) 1,25
Kazlų Rūdos sav.	2 041	(1,36) 1,25
Marijampolės sav.	9 498	(6,33) 6,25
Šakių r.sav.	4 383	(2,92) 3,0
Vilkaviškio r.sav.	5 898	(3,93) 4,0
<b>Tauragės apskritis iš viso</b>	<b>15 992</b>	<b>(10,66) 10,5</b>
Jurbarko sav.	4 153	(2,77) 2,75
Pagėgių sav.	1 271	(0,85) 0,75
Šilalės sav.	3 908	(2,61) 2,5
Tauragės sav.	6 660	(4,44) 4,5
<b>Klaipėdos apskritis iš viso</b>	<b>60 687</b>	<b>(40,46) 40,5</b>
Klaipėdos m.sav.	28 349	(18,9) 19
Klaipėdos r.sav.	12 352	(8,23) 8,25
Kretingos r.sav.	6 994	(4,66) 4,5
Neringos sav.	583	(0,39) 0,5
Palangos sav.	2 719	(1,81) 1,75
Skuodo r.sav.	2 674	(1,78) 1,75
Šilutės r.sav.	7 016	(4,68) 4,75
<b>Šiaulių apskritis iš viso</b>	<b>43 739</b>	<b>(29,16) 29</b>
Akmenės r.sav.	3 116	(2,08) 2,0
Joniškio r.sav.	3 291	(2,19) 2, 25
Kelmės r.sav.	3 881	(2,59) 2,5
Pakruojo r.sav.	2 992	(1,99) 2,0
Radviliškio r.sav.	6 091	(4,06) 4,0
Šiaulių m. sav.	17 049	(11,37) 11,5

Apskritis	Vaikų skaičius 2021 m.	Pediatrų poreikis pirminiame/antriniame lygyje (etatai)
Šiaulių r.sav.	7 319	(4,88) 4,75
Telšių apskritis iš viso	23 961	(15,97) <b>16</b>
Mažeikių r.sav.	9 670	(6,45) 6,5
Plungės r.sav.	6 088	(4,06) 4,0
Rietavo sav.	1 309	(0,87) 1,0
Telšių r.sav.	6 894	(4,60) 4,5
Panevėžio apskritis iš viso	33 809	(22,26) <b>2,25</b>
Biržų r.sav.	3 437	(2,29) 2,25
Kupiškio r.sav.	2 520	(1,68) 1,5
Panevėžio m. sav.	13 960	(9,31) 9,25
Panevėžio r.sav.	6 064	(4,04) 4,0
Pasvalio r.sav.	3 775	(2,52) 2,5
Rokiškio r.sav.	4 053	(2,70) 2,75
Utenos apskritis iš viso	18 075	(12,05) <b>12,0</b>
Anykščių r.sav.	3 081	(2,05) 2,0
Ignalinos sav.	1 910	(1,27) 1,25
Molėtų r.sav.	2 363	(1,58) 1,5
Utenos r.sav.	5 286	(3,52) 3,5
Visagino m. sav.	3 237	(2,16) 2,0
Zarasų r. sav.	2 198	(1,47) 1,5

### 9.3 Vaikų gydytojų - specialistų poreikis

Šiuo metu Lietuvoje licencijuojami du bendro pobūdžio vaikų ligų gydytojai: vaikų ligų gydytojas ir gydytojas vaikų odontologas bei 13 vaikų ligų specialistų: vaikų chirurgas, vaikų endokrinologas, vaikų gastroenterologas, vaikų onko-hematologas, vaikų ir paauglių psichiatras, vaikų kardiologas, vaikų nefrologas, vaikų pulmonologas, vaikų intensyvios terapijos gydytojas, gydytojas vaikų alergologas, gydytojas vaikų reumatologas, vaikų infekcinių ligų gydytojas.

Vaikų ligų gydytojai specialistai priklausomai nuo ligos sudėtingumo teikia antrinio ir tretinio lygio gydymo paslaugas.

Per didelis vaikų specialistų skaičius gali padidinti valstybės išlaidas – reikia išlaikyti daugiau gydytojų, tačiau kokybiškesnis ištyrimas ir gydymas gali sumažinti su didesniu gydytojų skaičiumi susijusias išlaidas valstybei bei gyventojams (nereikia vykti į kitą miestą, sumažėja praleistų mokymosi dienų skaičius bei tėvų nedarbingumas).

Per mažas vaikų ligų gydytojų specialistų skaičius gali pabloginti siauros srities vaikų ligų gydytojų - specialistų prieinamumą, o tuo pačiu padidinti riziką vaikų sveikatai. Be to, gali padidėti valstybės išlaidos dėl bereikalingų konsultacijų (ilgai laukiant eilėje dalis ligonių pagerėja ar net pasveiksta, bet vis tiek atvažiuoja pas siauros srities specialistą, nes “atėjo” taip ilgai laukta eilė, tuo pačiu jie užima vietą kitam ligoniui, kuriam tikrai reikalinga konsultacija) bei padidinti gyventojų išlaidas (priversti kreiptis į privačias gydymo įstaigas, vykti į kitą miestą).

Gydymo įstaigos gauna pinigų už atvykusį pacientą, todėl vaikų ligų specialistų poreikį turėtų nulemti besikreipiančių ligonių skaičius. Vietinės gydymo įstaigos pačios galėtų planuoti kiek ir kokių specialistų reikia. Tačiau gydytojų ir gydytojų specialistų poreikis labai priklauso nuo paslaugos įkainio, kuris šiuo metu nepakankamas.

Specialistų poreikiai buvo apskaičiuoti, remiantis:

- Vaikų skaičiumi apskrityse;

- Specialistų konsultacijų skaičių analize apskrityse iki COVID-19 pandemijos pradžios;
- Teikiamų paslaugų spektru įstaigose;
- Galimybe ištirti pacientą stacionare;
- Multidisciplininės komandos poreikiu ir turėjimu regione ar rajone;
- Vaikų sergamumo tam tikromis ligomis dažniu (pvz. vaikai serga dažniausiai kvėpavimo ligomis, todėl vaikų pulmonologų skaičius bus didesnis nei kitų specialistų);
- Atstumu pasiekti specialistą;
- Vertinant, kad darbo dienų skaičius per metus yra vidutiniškai 250 d.;
- Specialisto darbo krūvis dirbant ambulatoriškai skaičiuotas, numatant vidutiniškai 10-12 konsultacijų per dieną.

**11 lentelė.** Lietuvoje vaikams atliekamų konsultacijų vidutinis skaičius.

Kokiam vaikų skaičiui šiuo metu tenka viena specialisto konsultacija	Konsultacijų sk. /100 vaikų	Specialistas
1 konsultacija/<10 vaikų	14,4	Vaikų neurologas
	13,6	Vaikų kardiologas
	9,5	Vaikų pulmonologas
1 kons./ 20-30 vaikų	7,7	Vaikų chirurgas
	5,23	Vaikų endokrinologas
	4,3	Vaikų gastroenterologas
	?	Vaikų alergologas
1 kons./>30-60 vaikų	1,7	Vaikų nefrologas
	?	Vaikų infekcinių ligų gydytojas
1 kons./>60-100 vaikų	1,6	Vaikų hematologas - onkologas
	?	Vaikų reumatologas
1 kons./>100 vaikų	0,8	Vaikų ir paauglių psichiatras
	0,6	Neonatologas
	0,01	Vaikų intensyviosios terapijos gydytojas



## 10 Sveikatos rodiklių stebėseną

Sveikatos paslaugų kokybė yra multidimensinė koncepcija, kurią vertinant reikia atsižvelgti į daugybę aspektų – klinikinių, sveikatos būklės, pasitenkinimo, kt.

Sveikatos priežiūros kokybei išmatuoti reikalingi išmatuojami kokybės rodikliai<sup>3</sup> - struktūros (žmogiškieji resursai, finansavimas, infrastruktūra, standartai, duomenų sistemos), paslaugos teikimo proceso (ištirimo ir gydymo procesas), rezultatų (sveikatos būklė po gydymo) bei paciento nuomonė apie patirtį gydymo įstaigoje. Didžioji dauguma rodiklių yra sukurti suaugusiųjų sveikatos priežiūros kokybei matuoti. (Byron et al., 2014; Palmer & Miller, 2001) Mažiau kaip 5% vaikų serga tokiais ligomis, kurios yra dažniausios suaugusiųjų tarpe (2 tipo cukrinis diabetas, širdies ir kraujagyslių ligos, artritas).

Stacionariųjų paslaugų kokybei vertinti naudojami pacientų išrašymo iš ligoninės duomenys, pacientų pasitenkinimo sveikatos priežiūros paslaugomis klausimynai, gydymo įstaigoje parengti kokybės valdymo dokumentai, gydymo protokolai ir kt. Kai kurie pacientų išrašymo duomenys šiandien jau yra vertinami kaip kokybiniai rodikliai Lietuvoje, tačiau jie labiau skirti suaugusiems, pvz. Cezario pjūvio operacijų skaičius, pragulų dažnis, mirštamumas nuo galvos smegenų insulto ir miokardo infarkto. Kiti rodikliai atspindi higienos sąlygų laikymąsi, vaistų suvartojimą, nepageidaujamų įvykių registravimą. Pediatrinėms paslaugoms vertinti yra tik 1 rodiklis – atitikimas naujagimiams palankios ligoninės reikalavimams<sup>4</sup>. Daugelis problemų teikiant stacionarines paslaugas vaikams lieka nepastebėtos.

Kokybės matavimas gali pagerinti vaikų sveikatos priežiūrą: (*IOM (Institute of Medicine), 2011; Morris & Bailey, 2014a, 2014b; Schuster, 2015*) 1. Kaip prevencinė priemonė paslaugų per dideliu ar per mažu naudojimui, ar netinkamam naudojimui. 2. Užtikrina paciento saugumą. 3. Tik identifikuota problema gali būti išspręsta. 4. Galima daryti išvadas apie gyventojų sveikatą. 5. Paslaugų teikėjų atsakomybė ir atskaitomybė. 6. Išmatuojami paslaugų teikimo netolygumai. 7. Paslaugų akreditacija. 8. Informacija apie kiekvienos įstaigos paslaugų kokybę svarbi pacientams pasirenkant gydymo įstaigą.

Kokybei užtikrinti naudojami gydymo standartai (diagnostikos ir gydymo protokolai, metodikos), kokybės indikatoriai ir rodikliai.

Nėra vieningų vaikų sveikatos priežiūros kokybės vertinimo rodiklių, galima tiesiog remtis užsienio šalių pavyzdžiais. Pateikiame kaip pavyzdžius Australijos ir JAV šalių pediatrinis stacionariųjų paslaugų kokybės vertinimo rodiklius.

Australijos Karališkajame koledže naudojami šie rodikliai:

1. Astma sergantis pacientas gauna pilnas gydymo ir paūmėjimų prevencijos rekomendacijas.
2. Pacientas po operacijos gauna rašytines pooperacinės priežiūros instrukcijas ir operacijos protokolą.
3. Gydytojas konsultuoja pacientą ir tai dokumentuoja ne vėliau kaip per 4 val. nuo paciento atvykimo.
4. Slaugytoja prižiūri pacientą ir tai dokumentuoja ne vėliau kaip per 4 val. nuo paciento atvykimo.
5. Laiku paruošiamas ir perduodamas šeimos gydytojui paciento išrašas iš gydymo stacionare istorijos.

<sup>3</sup> [https://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/MOCHA-Measures-report-FINAL\\_nov2017-1.pdf](https://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/MOCHA-Measures-report-FINAL_nov2017-1.pdf)

<sup>4</sup> LR sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. isakymu Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“

JAV nacionalinis kokybės forumas rekomenduoja vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę vertinti net pagal 111 kokybės rodiklių, tarp jų ir stacionarinio gydymo kokybės vertinimo rodikliai:

- 1) Atsitiktinių pradūrimų ar plyšimų atvejai
- 2) Laikas nuo paciento atvykimo į priėmimo skubios pagalbos skyrių iki hospitalizavimo į palatą.
- 3) Gastroenteritų gydymas stacionare
- 4) Naujagimio klausos ištyrimas gimdymo stacionare
- 5) Sepsis ar meningitas neišnešiotiems naujagimiams.
- 6) Vidutinis paciento praleistas laikas priėmimo-skubios pagalbos skyriuje.
- 7) Su šlapimo kateteriu susijusios šlapimo takų infekcijos dažnis.
- 8) Su centrinio kateteriu susijusios kraujo infekcijos
- 9) Naujagimių kraujo infekcijos
- 10) Pakartotinių hospitalizacijų dažnis
- 11) Širdies chirurginių operacijų komplikacijos.
- 12) Vaikų kompiuterinės tomografijos metu gautos radiacijos dozės.
- 13) Temperatūros kontrolė operacijos metu.
- 14) Pakartotina hospitalizacija į vaikų intensyviosios terapijos skyrių.
- 15) Pragulų dažnis
- 16) Paliktų svetimkūnių operacijos metu skaičius
- 17) Kraujo transfuzijų nepageidaujamos reakcijos
- 18) Ventrikuloperitoninio šunto disfunkcija.

Lietuvoje naudojamas kokybinių rodiklių rinkinys galėtų būti papildytas pediatriinių paslaugų kokybės vertinimo rodikliais.

## 10.1 Europos vaikų ligoninėse asociacijos chartija

EACH – European Association for Children in Hospital (Europos asociacija vaikams ligoninėse) – tarptautinė skėtinė organizacija, atvira Europos nevyriausybinėms ir pelno nesiekiančioms organizacijoms, besirūpinančioms hospitalizuotų ar kitas sveikatos apsaugos paslaugas gaunančių vaikų gerbūviu. 1988 metais EACH nariai sukūrė chartiją, kurios dešimtyje punktų išdėstytos vaikų bei jų šeimų teisės prieš, per ir po apsistojimo ligoninėje ar kitoje sveikatos priežiūros įstaigoje. Nuo jos įsigaliojimo 1988-aisiais EACH nariai remiasi chartija, siekdami apginti sergančių vaikų teises bei gerbūvį, o galiausiai chartija tapo sveikatos apsaugos įstatyminės bazės pagrindu ir metodiniais nurodymais daugeliui Europos šalių. Nors chartijai jau daugiau nei 30 metų, ne visų jos nuostatų yra paisoma iki šiol Lietuvoje.

1 STRAIPSNIS. Vaikas turi būti guldomas į ligoninę tik tuo atveju, jeigu reikalinga priežiūra negali būti kokybiškai suteikta namuose arba dienos stacionare.

Prieš guldant sergantį vaiką į ligoninę, turi būti apsvaistyti visi tinkamos priežiūros namuose, dienos stacionare ar panašūs gydymo būdai. Svarbu, kad ligoninė, kurioje guli vaikas, būtų kaip įmanoma arčiau namų ir galėtų suteikti standartinę klinikinę priežiūrą, kuri yra reikalinga vaikui. Turi būti atsižvelgiama į šeimos situaciją.

2 STRAIPSNIS. Vaikas, gydomas ligoninėje, turi teisę, kad su juo visą laiką būtų tėvai ar kitas asmuo, atliekantis tėvų funkcijas.

Vaiko teisė būti su tėvais ir nebūti nuo jų atskirtam yra neatsiejama vaiko gydymo dalis. Visuomet turi būti atsižvelgiama į vaiko interesus. Jeigu tėvai negali pasilikti su savo vaiku, su juo gali pasilikti vaikui pažįstamas asmuo, su kuriuo jis sutaria, galintis suteikti vaikui tinkamą pagalbą. Vaikas turi teisę būti su tėvais visą parą nepriklausomai nuo vaiko amžiaus. Šis principas taikomas visoms situacijoms, kai vaikui reikia ar gali prireikti tėvų.

3 STRAIPSNIS. Tėvams turi būti suteiktas apgyvendinimas; jiems reikia padėti ir padrąsinti, kad pasiliktų su vaiku. Tėvai neturėtų patirti papildomų išlaidų ar gauti mažesnį atlygį už darbą. Kad galėtų prisidėti prie savo vaiko priežiūros, tėvai turi būti nuolat informuojami apie vaiko sveikatos priežiūros metodiką, o jų aktyvus dalyvavimas turi būti skatinamas.

4 STRAIPSNIS. Tėvai ir vaikai turi teisę būti informuoti atsižvelgiant į jų amžių ir supratimo lygį. Vaikas ir jo tėvai turi teisę gauti informaciją apie tyrimus, gydymą ir kitas procedūras prieš jas atliekant. *Turi būt imamasi priemonių, kad būtų sumažintas fizinis ir emocinis stresas.*

5 STRAIPSNIS. Vaikai ir tėvai turi teisę būti informuoti ir dalyvauti priimančiais sprendimus dėl jų sveikatos priežiūros.

6 STRAIPSNIS. Vaikai turi būti prižiūrimi kartu su kitais vaikais, turinčiais tokius pačius vystymosi poreikius. Vaikai negali būti guldomi į suaugusiųjų palatas. Visiems vaikams, nepriklausomai nuo jų ligos ar negalios, arba nuo to, kiek laiko jie guli ligoninėje ar kitoje sveikatos priežiūros įstaigoje, reikia tinkamos jų amžiui ir būklei aplinkos ir protinės, emocinės bei fizinės stimuliacijos. Vaikų priežiūra kartu su suaugusiaisiais toje pačioje palatoje ar patalpoje yra nepriimtina. Tai reiškia, kad: - vaikai negali būti guldomi į suaugusiųjų palatas ir ten slaugomi; - skubios pagalbos kabinete, gydytojo kabinete, reanimacijoje, poliklinikoje, dienos stacionare, tyrimų ir terapijos kambariuose vaikams ir suaugusiesiems turi būti prieinamos skirtingos sąlygos pagal jų poreikius. Vaikų lankytojų amžius ligoninėse negali būti apribojamas.

7 STRAIPSNIS. Vaikui reikia suteikti neribotą galimybę žaisti, pramogauti ir mokytis pagal amžių ir būklę; taip pat vaikas turi būti aplinkoje, suprojektuotoje, apstatytoje ir įrengtoje taip, kad būtų patenkinti jo poreikiai. Vaikai turi teisę į aplinką, pritaikytą įvairaus amžiaus ir būklės vaikų poreikiams, nesvarbu, kur vaikas yra gydomas. Tai taikoma ligoninėms, dienos stacionarams ir kitoms sveikatos priežiūros institucijoms, kuriose vaikas yra gydomas ar tiriamas.

8 STRAIPSNIS. Vaikus turi slaugyti darbuotojai, kurių parengimas ir įgūdžiai suteikia jiems galimybę reaguoti į vaikų ir jų šeimų fizinius, emocinius ir vystymosi poreikius.

9 STRAIPSNIS. Darbuotojai, slaugantys vaiką, turi užtikrinti priežiūros tęstinumą.

10 STRAIPSNIS. Su vaikais turi būti elgiamasi taktiškai ir supratingai, o jų privatumas visada turi būti gerbiamas.

Šių vaikų sveikatos priežiūros taisyklių turėtų būti laikomasi visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose gydomi vaikai.

# Priedai