

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.

Rengėjai:

UAB "Tarptautinė skubiosios medicinos akademija"

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Autoriai:

Prof. dr. Laimutė Vaidelienė

Dr. Sigita Burokienė

Simona Klimavičiūtė

Vaida Morkvėnienė

Situacijos analizė rengiama įgyvendinant projektą „Integruoto Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros paslaugų modelio, apimančio pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas, sukūrimas ir specialistų mokymai“

Finansavimas:

Situacijos apžvalgos rengimas finansuojamas iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų 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

ĮVADAS	13
1 Pediatrio poreikis pirminėje sveikatos priežiūros grandyje	14
1.1 Vaikų sveikatos priežiūra Europoje	14
1.2 Pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimai.....	19
1.3 MOCHA projektas: pirminės sveikatos priežiūros modeliai	21
1.3.1 Vaikų pirminės sveikatos priežiūros tipai	21
1.3.1.1 Sveikatos priežiūros sistemos klasifikacija pagal vadovaujantį specialistą:	21
1.3.1.2 Klasifikacija pagal finansavimą	22
1.3.1.3 Klasifikacija pagal paslaugų valdymą ir organizavimą.....	22
1.3.2 Vertinimo kriterijų nustatymas	23
1.4 Vaikų sveikatos priežiūros iššūkiai.....	25
1.4.1 Jaunimo poreikiai ir jų vertinimas	25
1.4.2 Į vaiką orientuota sveikatos priežiūros sistema ir vaiko teisės.....	27
1.4.3 Sveikatos paslaugų netolygumo problemos	29
1.4.4 Ankstyvos vaikystės periodo svarba	30
1.4.5 Sveikatos netolygumų pasekmės vaikų sveikatai	30
1.4.6 Sveikatos priežiūros paslaugų skirtumai priklausomai nuo valdymo, finansavimo ir paslaugų teikimo būdo	33
1.4.7 Valstybės įstaigose prižiūrimi vaikai.....	33
1.5 Vaikų sveikatos strategijos. Vaikų įtraukimas į sveikatos priežiūrą.....	34
1.6 Vaikų ir paauglių duomenys duomenų sistemose.....	36
1.7 Finansinė aplinka ir išlaidos sveikatai	37
1.8 Vaikų pirminės sveikatos priežiūros vertinimas	38
1.9 Kokybinis sveikatos paslaugų vertinimas	44
1.9.1 Vaikų sveikatos išeičių rodiklių vertinimas	44
1.9.2 Kiekybiniai statistiniai šalių sveikatos rodikliai ir ekonomikos procesų įtaka jiems	47
1.10 Vaikų su kompleksinės priežiūros poreikiais atstovavimas Europoje	50
1.10.1 Veiksmingas integruotas paslaugų valdymas	52
1.10.2 Psichikos sveikatos sutrikimų turintiems vaikams teikiamos paslaugos.....	53
1.11 Sveikatos priežiūra mokykloje.....	54
1.12 Pirminė paauglių priežiūra	57
1.12.1 Paauglių teisės ir etikos aspektai	58

1.12.2	Psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas ir lytinės bei reprodukcinės sveikatos priežiūra	58
1.13	Specialistų profesinis rengimas ir mokymai	60
1.13.1	Pirminės sveikatos priežiūros specialistų mokymai	65
1.14	E-sveikatos duomenų svarba ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas vaikų sveikatos priežiūroje	70
1.14.1	Kitų paslaugų teikėjų įtaka vaikų sveikatos priežiūrai	72
1.14.2	Odontologų paslaugos vaikams	73
1.14.3	Bendradarbiavimas su socialinių paslaugų sistema	73
1.15	Geros praktikos perkėlimas į kitas šalis	75
1.15.1	Koks yra optimalus vaikų sveikatos modelis Europoje?	80
1.16	Lietuvos visuomenės požiūris į sveikatos priežiūros paslaugas vaikams	82
2	Vaikų skaičiaus Lietuvoje ir atskirose savivaldybėse kitimai	83
2.1	Demografinė situacija Lietuvoje	83
2.2	Gimstamumas	86
2.3	Vaikų sergamumas	87
2.4	Vaikų neįgalumas	88
2.5	Vaikų mirtingumas	88
3	Vaikų sveikatos priežiūros situacija pirminėje sveikatos priežiūros grandyje	90
3.1	Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra	90
3.2	Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra	92
4	Stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų vaikams prieinamumo atskirose savivaldybėse ir regionuose įvertinimas ir paslaugų apimtys	95
4.1	Stacionariųjų vaikų sveikatos priežiūros paslaugų rodikliai	95
4.1.1	Hospitalinis sergamumas	95
4.1.2	Stacionariųjų paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys	96
4.2	Dienos stacionaro paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys	104
4.3	Ambulatorinių paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys	109
4.4	Priėmimo - skubiosios pagalbos skyriuose teikiamų paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys	125
4.5	Medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys	127
4.5.1	Ambulatorinė reabilitacija	128
4.5.2	Stacionarinė reabilitacija ir sanatorinis gydymas	129
4.6	Brangiųjų tyrimų ir procedūrų prieinamumas ir paslaugų apimtys	132
4.7	Odontologinių paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys	137

5	Asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių stacionarų ir ambulatorinių įstaigų pasiskirstymas regionuose	140
5.1	Stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikiančių įstaigų pasiskirstymas	140
5.1.1	Vaikų gydymo profilių stacionaro lovų statistiniai rodikliai	141
5.1.2	Vaikų ligų profilio stacionaro lovų statistiniai rodikliai	142
5.1.3	Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas regionuose pagal paslaugų nomenklatūrą	143
5.1.4	Pasiūlymai dėl vaikų ligų stacionarinių paslaugų teikimo kriterijų nustatymo	145
5.2	Priėmimo skubiosios pagalbos paslaugas vaikams teikiančių įstaigų pasiskirstymas	147
5.3	Specializuotas ambulatorines paslaugas vaikams teikiančių įstaigų pasiskirstymas	147
	APIBENDRINIMAS	150
	IŠVADOS	161
	LITERATŪRA	163
	PRIEDAI	180

Paveikslų sąrašas

1.1. pav. Europos šalių, turinčių vaikų ir paauglių sveikatos strategijas, pasiskirstymas 2006 m. ir 2017 m.	18
1.2. pav. Vaikų ir paauglių sveikatos klausimų įtrauktis į Europos šalių e-sveikatos strategijas.....	36
1.3. pav. Naujagimių mirtingumo rodikliai (atv./1000 gyvų gimusių) ES šalyse 1970-2015 m.	39
1.4. pav. Tikimybė mirti vaikams iki 5 m. amžiaus ES šalyse (atv.sk./1000-čiui gyvų gimusių)	39
1.5. pav. Bendras 0-4 m. amžiaus vaikų stacionarizavimo rodiklis ES šalyse 1000-čiui 0-4 m. amžiaus populiacijos vaikų.....	40
1.6. pav. Bendras 5-9 m. amžiaus vaikų stacionarizavimo rodiklis ES šalyse 1000-čiui 5-9 m. amžiaus populiacijos vaikų.....	41
1.7. pav. Europos šalys, sukūrusios išsamią paauglių sveikatos politikos sistemą	58
1.8. pav. Išlaidos vaikų sveikatos priežiūrai Italijoje, priklausomai nuo prižiūrinčio gydytojo.....	62
1.9. pav. Su pažeidžiamais vaikais dirbančių specialistų įgūdžiai ir kvalifikacijos	69
1.10. pav. Elektroninių sveikatos kortelių naudojimas pirminėje priežiūroje vaikams.....	71
1.11. pav. Vaikų visuomenės sveikatos e-kortelių naudojimas 2016-2017 m.	71
1.12. pav. Farmacininkų mokymai vaikų ligų srityje ES ir EEE šalyse.....	73
1.13. pav. Teisinėje/politinėje sistemoje nustatyta pirminės sveikatos priežiūros ir socialinės priežiūros integracija Europos šalyse	74
1.14. pav. Efektyviausi medicininių rekomendacijų sklaidos būdai.	79
2.1. pav. Lietuvos gyventojų skaičius pagal apskritis 2014-2018 m. (metų pradžioje)	83
2.2. pav. Lietuvos vaikų skaičius pagal apskritis 2014-2018 m. (metų pradžioje)	84
2.3. pav. Nuolatinių gyventojų sudėtis pagal lytį ir amžių pokyčio amžiaus ir lyties piramidė.....	85
2.4. pav. Gimusiųjų vaikų skaičius Lietuvoje 2000-2018 m.	86
2.5. pav. Gimusieji pagal apskritis 2014 m. ir 2018 m.....	87
2.6. pav. Neįgalių vaikų skaičius 2015-2017 m.	88
4.1. pav. Stacionarinių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietas apskritį	98
4.2. pav. Stacionarinių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Alytaus apskritis.....	99
4.3. pav. Stacionarinių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Kauno apskritis.....	99
4.4. pav. Stacionarinių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Klaipėdos apskritis	100
4.5. pav. Paslaugų pasiskirstymas pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą 2018 m. - Marijampolės apskritis	100

4.6. pav. Stacionarinių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Tauragės apskritis.....	101
4.7. pav. Stacionarinių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Panevėžio apskritis.....	101
4.8. pav. Stacionarinių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Šiaulių apskritis.....	102
4.9. pav. Stacionarinių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Telšių apskritis.....	102
4.10. pav. Stacionarinių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Utenos apskritis.....	103
4.11. pav. Stacionarinių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Vilniaus apskritis.....	103
4.12. pav. Vaikams suteiktos dienos stacionaro paslaugos 2014-2018 m.....	104
4.13. pav. Ambulatorinėmis sąlygomis vaikams atliktų brangiųjų diagnostinių tyrimų skaičius 2014-2018 m.....	133
4.14. pav. Ambulatorinėmis sąlygomis vaikams atliktų brangiųjų diagnostinių procedūrų skaičius 2014-2018 m.....	135
4.15. pav. Ambulatorinėmis vaikams sąlygomis atliktų brangiųjų genetinių ir laboratorinių tyrimų skaičius 2014 - 2018 m.....	136
5.1. pav. Stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikiančių įstaigų išsidėstymas	140
5.2. pav. Stacionarų išsidėstymas pagal atitikimą siūlomiems stacionarinių vaikų ligų profilio skyrių poreikio kriterijams	146

Lentelių sąrašas

1.1. lentelė. Vaikų ir jų tėvų požiūris į autonomiją sveikatos sistemoje	25
1.2. lentelė. Kriterijai, atspindintys sveikatos sistemos koordinavimą.....	42
1.3. lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimo vertinimas pagal atrinktus kriterijus MOCHA šalyse	42
1.4. lentelė. Valstybių pasiskirstymas pagal sveikatos paslaugų koordinavimą, susijusį su elektronine sveikatos sistema	43
1.5. lentelė. Šalių pasiskirstymas pagal sveikatos sistemos finansavimą ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formą	45
1.6. lentelė. EU ir EEE šalių Pirminės sveikatos priežiūros vertinimas remiantis PHAMEU kriterijais.....	46
1.7. lentelė. Kiekybiniai statistiniai Europos šalių sveikatos rodikliai.....	48
1.8. lentelė. Kokybiško paauglių psichikos sveikatos ir lytinės bei reprodukcinės sveikatos paslaugų valdymo rodikliai.....	59
1.9. lentelė. Europos šalių pirminės sveikatos priežiūros komandose dirbančio personalo skaičius ir sudėtis	61
1.10. lentelė. Pediatrių tankis šalyse, priklausomai nuo sveikatos sistemos modelio MOCHA projekto duomenimis (2013 m.)	63
1.11. lentelė. Pediatrių skaičiaus Europoje kitimai 2008 – 2016 m.	64
1.12. lentelė. Pirminės sveikatos priežiūros personalo pasiskirstymas Europos šalyse	64
1.13. lentelė. Specialistų, dirbančių pirminėje sveikatos priežiūroje, rengimas Europoje	66
1.14. lentelė. Europos pediatrijos bazinio pasirengimo reikalavimai.....	68
1.15. lentelė. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų vaikams kokybės pokyčių poreikis skirtingose šalyse	76
1.16. lentelė. Lietuvos gyventojų apklausos rezultatai	82
2.1. lentelė. Gyventojų amžiaus grupių pokyčių prognozės laikotarpiu nuo 2016 m. iki 2070 m.	85
3.1. lentelė. Apsilankymai pas šeimos gydytoją ir vaikų ligų gydytoją PAASPI 2014-2018 m.	91
3.2. lentelė. Apsilankymai PAASPI 2014-2018 m. pagal gydytojų specialybes.....	92
3.3. lentelė. Profilaktiškai paskiepytų vaikų dalis proc. 2014-2018 m.....	92
3.4. lentelė. Pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų skaičius 2014-2018 m.....	94
4.1. lentelė. Stacionaro aktyvaus gydymo ligonių sudėtis pagal diagnozių grupes 2014-2018 m.	95
4.2. lentelė. Vaikams suteiktų stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugų skaičius pagal gydymo įstaigos lygmenį ir apskritis 2014-2018 m.	96
4.3. lentelė. Vaikams suteiktų stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugų skaičius, tenkantis 100-ui vaikų pagal prisirašymo apskritis 2014-2018 m.....	97
4.4. lentelė. Vaikų dienos stacionaro paslaugas teikiančių įstaigų išsidėstymas pagal apskritis	105

4.5. lentelė. Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos dienos stacionaro paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.....	105
4.6. lentelė. Vaikų psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.	106
4.7. lentelė. Vaikų dienos stacionaro paslaugų (I-IX gr.) skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.	107
4.8. lentelė. Dermatovenerologijos dienos stacionaro paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.....	108
4.9. lentelė. Vaikų alerginių ir imuninių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.	108
4.10. lentelė. Vaikams suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius pagal gydytojų specialistų licencijų tipus 2014-2018 m.....	110
4.11. lentelė. Vaikų gydytojų suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius (pagal paciento prisirašymo įstaigos apskritis) 2018 m.....	111
4.12. lentelė. Vaikų gydytojų suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius 100-tui vaikų (pagal paciento prisirašymo įstaigos teritoriją) 2018 m.	112
4.13. lentelė. Alytaus apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius	114
4.14. lentelė. Kauno apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius	114
4.15. lentelė. Klaipėdos apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius	115
4.16. lentelė. Marijampolės apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius	116
4.17. lentelė. Panevėžio apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius	117
4.18. lentelė. Šiaulių apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius	118
4.19. lentelė. Tauragės apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius	119
4.20. lentelė. Telšių apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius	119
4.21. lentelė. Utenos apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius	120
4.22. lentelė. Vilniaus apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius	121
4.23. lentelė. Gydytojų ir specialistų, kurių kompetencija yra ir vaikų ir suaugusiųjų gydymas, vaikams suteiktų paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo įstaigos apskritis 2018 m.	122
4.24. lentelė. Bendrų kompetencijų gydytojų suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius 100-tui vaikų (pagal paciento prisirašymo įstaigos teritoriją) 2018 m.	124

4.25. lentelė. Priėmimo skubiosios pagalbos skyriuose suteiktų paslaugų skaičius pagal gydymo įstaigos apskritis ir paciento prisirašymo įstaigos apskritis 2018 m. ir pokytis nuo 2014 m.	126
4.26. lentelė. Priėmimo skubiosios pagalbos skyriuose suteiktų paslaugų skaičius pagal gydymo įstaigos lygmenį ir paciento prisirašymo įstaigos apskritis 2014-2018 m.	127
4.27. lentelė. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugas gavusių vaikų skaičius 2014-2018 m. pagal apskritis.	128
4.28. lentelė. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugų pasiskirstymas pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietos apskritį 2014-2018 m., proc.	129
4.29. lentelė. Stacionarinės reabilitacijos lovų, pacientų ir lovadienių skaičius 2014-2018 m. pagal paslaugas teikusias įstaigas.	130
4.30. lentelė. Stacionarinės reabilitacijos paslaugų pasiskirstymas pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietos apskritį 2014-2018 m., proc.	131
4.31. lentelė. Stacionarinės reabilitacijos paslaugas gavusių vaikų skaičius 2014-2018 m. pagal apskritis.	132
4.32. lentelė. Brangiųjų tyrimų paslaugų teikiančių įstaigų išsidėstymas pagal apskritis.	133
4.33. lentelė. Ambulatorinėmis sąlygomis vaikams atliktų KT tyrimų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.	134
4.34. lentelė. Ambulatorinėmis sąlygomis vaikams atliktų MRT tyrimų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.	134
4.35. lentelė. Ambulatorinėmis sąlygomis vaikams atliktų brangiųjų gydomųjų procedūrų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.	135
4.36. lentelė. Ambulatorinėmis sąlygomis atliktų brangiųjų genetinių ir laboratorinių tyrimų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.	136
4.37. lentelė. Ambulatorinių apsilankymų pas odontologus ir kitus specialistus, susijusius su dantų sveikatos priežiūra skaičius 2014 ir 2018 m.	137
4.38. lentelė. Ambulatorinių apsilankymų pas odontologus ir kitus specialistus, susijusius su dantų sveikatos priežiūra skaičius pagal apsilankymo pobūdį 2018 m.	138
4.39. lentelė. Ambulatorinių apsilankymų pas odontologus skaičius pagal paciento prisirašymo įstaigos apskritis 2018 m. ir pokytis nuo 2014 m.	138
5.1. lentelė. Stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikiančių įstaigų skaičius pagal gydymo įstaigos lygmenį 2014-2018 m.	141
5.2. lentelė. Vaikų gydymo profilių stacionaro lovų skaičius ir statistiniai rodikliai 2018 m.	142
5.3. lentelė. Apskirtyse teikiamos vaikų chirurgijos profilio paslaugos pagal 2019 m. TLK ir ASPĮ sutartyse nurodytą stacionarinių ASPP nomenklatūrą	143
5.4. lentelė. Apskirtyse teikiamos vaikų konservatyvaus gydymo profilių paslaugos pagal 2019 m. TLK ir ASPĮ sutartyse nurodytą stacionarinių ASPP nomenklatūrą.	144
5.5. lentelė. Apskirtyse teikiamos vaikų reanimacijos ir intensyviosios terapijos paslaugos pagal 2019 m. TLK ir ASPĮ sutartyse nurodytą stacionarinių ASPP nomenklatūrą	144

5.6. lentelė. Priėmimo skubiosios pagalbos paslaugas vaikams teikiančių įstaigų skaičius pagal gydymo įstaigos lygmenį 2018 m.....	147
5.7. lentelė. ASPĮ, teikiančių vaikų gydytojų ambulatorines paslaugas, pasiskirstymas Lietuvoje 2018 m.	148
5.8. lentelė. ASPĮ, daugiausiai specializuotų ambulatorinių paslaugų suteikusios vaikams 2018 m.	148

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

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

IVADAS

Vaikų teisių ir jų pagrindinių poreikių apsauga yra esminė Europos Sąjungos (toliau – ES) veiksmų Europoje ir visame pasaulyje dalis. Remiantis Vaiko teisių apsaugos konvencija, vaikai turi prigimtine teisę į prieinamą, kokybišką sveikatos priežiūrą.^{1,2}

Lietuvos Respublika, 1995 m. ratifikavusi Jungtinių Tautų vaiko teisių konvenciją, pripažino vaiko teisę naudotis tobuliausiomis sveikatos sistemos paslaugomis ir ligų gydymo bei sveikatos gražinimo priemonėmis. LR Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme įtvirtinta valstybės pareiga visur ir visada pirmiausia atsižvelgti į teisėtus vaiko interesus.³

Darbo tikslas

Išanalizuoti vaikų sveikatos priežiūros situaciją Lietuvoje.

Uždaviniai

1. Pediatrio poreikis pirminėje sveikatos priežiūros grandyje
2. Vaikų skaičiaus Lietuvoje ir atskirose savivaldybėse kitimai;
3. Vaikų sveikatos priežiūros situacija pirminėje sveikatos priežiūros grandyje;
4. Stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų vaikams (vaikų ligų, vaikų specializuotų paslaugų, reabilitacijos, vaikų chirurgijos, vaikų psichiatrijos, kt.) prieinamumo atskirose savivaldybėse ir regionuose įvertinimas ir paslaugų apimtys;
5. Asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių stacionarų ir ambulatorinių įstaigų, Vaikų intensyvios pagalbos skyrių, skubios pagalbos vaikams skyrių/poskyrių pasiskirstymas savivaldybėse, regionuose.

Rengiant apžvalgą, atrinktos su vaikų sveikatos priežiūra susijusios ES, PSO studijos ir rekomendacijos (www.euro.who.int/en/, www.who.int/en/, www.oecd.org), mokslinės publikacijos, Lietuvos ir Europos sveikatos statistikos duomenų bazės, Valstybinės ligonių kasos prie SAM informacinės sistemos duomenys. Mokslinės literatūros paieška vykdyta naudojant „PubMed“ duomenų bazės paieškos sistemą, naudotasi Lietuvoje publikuojamais leidiniais.

¹ U. N. General Assembly, Convention on the Rights of the Child, in Document A/RES/44/25, 1989, www.sithi.org.

² Inter-Parliamentary Union, Resolution on the rights of the child, March 1989, in *Annu Rev Popul Law.* 1989, p. 95, 501–5.

³ Lietuvos Respublikos Seimas, Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas, *Žin.*, 1996.

1 Pediatri poreikis pirminėje sveikatos priežiūros grandyje

1.1 Vaikų sveikatos priežiūra Europoje

Vaikai ES šalyse sudaro penktadalį populiacijos. Per paskutiniuosius 50 metų vaikų sveikatos problemos labai kito visose Europos šalyse. Dėl vakcinacijų ir naujų technologijų (surfaktantas, namų ventiliacija, nauji priešvėžiniai vaistai, organų transplantacija, parenterinis maitinimas) įdiegimo, kai kurie susirgimai išnyko, pagerėjo išgyvenamumas esant įgimtoms ar įgytoms būklėms. Tuo pat metu vaikų sveikatą veikia nauji veiksniai: socialiniai pokyčiai, šeimų struktūros kaita, aplinkos tarša bei kintanti mityba bei tarptautiniai konfliktai, verčiantys šeimas migruoti tarp kontinentų. Įvairiose Europos šalyse stebimi dideli vaikų mirtingumo bei sergamumo rodiklių skirtumai, tačiau visur matomos infekcinių susirgimų mažėjimo ir neinfekcinių susirgimų didėjimo tendencijos. 21 amžiuje daugėja vaikų ir jaunuolių psichikos sveikatos, psichoneurologinio vystymosi sutrikimų (mokymosi sutrikimai, autizmo spektro, hiperaktyvumo sindromai), plinta nutukimas bei didėja poliligtumas [*Mocha, Haggerty 1995; Wolfe, Thompson ir kt. 2013*].

Tokiomis besikeičiančiomis sąlygomis turime būti tikri, kad užtikrinsime vaikams efektyvią ir adekvačią sveikatos priežiūrą. Tačiau kol kas sveikatos priežiūros paslaugos vaikams Europoje pasižymi didžiule įvairove ir heterogeniškumu, nors yra teikiamos 200 mln. vaikų iki 18 m. 53-jose Europos šalyse. Dešimties metų tyrimai, analizavę šiuos skirtumus Jungtinėje Karalystėje (JK), JAV, Prancūzijoje ir Vokietijoje, parodė, kad skirtumai remiasi unikaliu nacionaliniu kiekvienos šalies charakteriu ar ypatumais, o ne moksliniais įrodymais [*Payer L., 1988*]. Tai reiškia, kad visų tikslai yra panašūs, tačiau vienos šalys tai daro sėkmingiau nei kitos.

Europos pediatrių asociacija (European Paediatric Association - EPA) ir Europos pediatrių akademija (EAP), vienijančios nacionalines pediatrių draugijas bei asociacijas, stengiasi tobulinti vaikų sveikatos priežiūrą ir bendradarbiavimą su visais šių paslaugų vaikams teikėjais. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) nuolat teikia pažymas ir rekomendacijas vaikų sveikatos klausimais. ES vadovai bei atskirų ES valstybių autoritetingi asmenys dažnai deklaruoja rūpestį vaikų interesų apsauga. Iš aukštų tribūnų kalbama apie vaikų teisę į tobuliausią sveikatos apsaugą, kokybiškiausią švietimą, aktyvią teisinę apsaugą ir rūpestį jais visose visuomenės gyvenimo srityse. Jungtinių Tautų (JT) Vaiko teisių konvencijos 24 straipsnio nuostata skelbia vaikų teisę gauti kokybišką ir tobuliausią sveikatos sistemos paslaugą. Deja, realiame gyvenime vaikų interesai dažnai nustumiami į šalį, o į pirmą vietą iškyla įvairių suinteresuotų organizacijų, asociacijų ar kitų suaugusiųjų asmenų grupių interesai. Ši tendencija jaučiama ir sprendžiant vaikų sveikatos apsaugos klausimus. O ekonominės krizės dar labiau pagilina ir taip įsisenėjusią problemą.

Vaikai yra labai ypatinga gyventojų grupė. Jie nuolat vystosi, keičiasi ir auga. Naujagimis nėra sumažintas kūdikis, darželinukas nėra mažas mokinukas, jaunesnių klasių moksleivis nėra mažas paauglys, o paauglys nėra sumažintas suaugusysis. Kaip, beje, ir vaikų gydytojas nėra sumažintas suaugusiųjų gydytojas, nes sprendžia daugybę tik vaikams būdingų problemų ir iššūkių. O remiantis gyvenimo ciklo principu ir priežasties-pasekmės – rezultato/ išeičių koncepcija, vaikų sveikata reikalauja ne mažiau investicijų, nei suaugusiųjų.

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/šėimos 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 bereikalingo lankymosi pas specialistus.

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.

Specifinės profesinės žinios būtinos sprendžiant pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo, koordinavimo ir tęstinumo klausimus, todėl specialistų rengimas – labai svarbus ir atsakingas aspektas [*Starfield ir kt. 2005*]. Tačiau klinikinė praktika priklauso ne vien nuo specialistų kvalifikacijos, bet ir nuo šalies ar regiono sveikatos priežiūros sistemos, kultūrinių, politinių bei ekonominių aspektų. Ne visose šalyse pirminė sveikatos priežiūra yra pirmo kreipimosi vieta, kur vykdoma dauguma prevencijos priemonių, pirminė diagnostikos bei skiriamas ir tęsiamas gydymas.

EPA išskiria 3 skirtingas Europoje veikiančias pirminės sveikatos priežiūros sistemas: 1) pediatriinė sistema kur 75% vaikų paslaugas teikia vaikų ligų gydytojai, aptarnaujantys 600-1250

vaikų; 2) Mišri sistema, kur 50/50 paslaugas vaikams teikia pediatrai ir BPG, o 1250-2500 vaikų tenka 1 pediatras; 3) Šeimos gydytojo sistema, kur 75% vaikų paslaugas teikia BPG, o vienas pediatras skiriamas 2500-7500 vaikų. Pastaruoju metu šios 3 sistemos dar labiau išsiskaidė. Pvz. Airijoje išliko BPG sistema, tačiau kitose šalyse šios praktikos išsivystė į multidisciplines komandas, kuriose paslaugas vaikams teikia slaugytojos, psichologai ir pediatrai (pvz. Švedija).

Atkreiptinas dėmesys, kad medicininė priežiūra sudaro tik ~15% visos sveikatos priežiūros. EPA siekia įtraukti naujai atsirandančią individualią praktiką, bendruomenės bei socialinės pediatrijos praktikas ir taip užtikrinti vaiko teisę į sveikatą, lygybę ir socialinį teisingumą. Siekiama skatinti tokių sistemų kūrimą ir viešosios politikos formavimą vaikų sveikatos priežiūros srityje. 2011m. Europos Taryboje paskelbtas “Vaikams draugiškos sveikatos priežiūros modelis”, kuriame kviečiama kurti tvarią, dabartinės kartos poreikius atitinkančią ir nekeliančią pavojaus būsimums kartoms, sveikatos sistemą. Modelyje nurodomi 5 pagrindiniai reikalavimai: apsauga, prevencija, aprūpinimas, skatinimas ir dalyvavimas. Šias sąlygas pasirašė 47 Europos sveikatos ministrai.

Siekdamas skatinti rūpestį vaikų sveikata, PSO Europos biuras sukūrė Vaikų ir paauglių sveikatos strategiją 2015-2020 m., kuri turėtų būti adaptuota visų 53 Europos šalių (Regioninis Europos komitetas, 2015). Strategija skirta pagelbėti šalims įdiegti įrodymais pagrįstą sistemą, siekiant patobulinti vaikų ir paauglių poreikius atitinkančią sveikatos priežiūrą.

Pagrindiniai Europos vaikų ir paauglių sveikatos strategijos 2015 – 2020 siekiniai yra:

- PSO Europos regiono vaikams suteikti galimybę pilnai realizuoti visą jų potencialą gerovei ir sveikatai,
- Sumažinti vaikų išvengiamų susirgimų skaičių ir mirtingumą.

Pagrindiniai strategijos tikslai:

- Skatinti sveikatos sistemos valdymą, partnerystę ir tarpsektorinį bendradarbiavimą visuose visuomenės lygiuose.
- Stiprinti į žmogų orientuotas sveikatos sistemas ir visuomenės sveikatos galimybes, siekiant pagerinti vaikų ir paauglių sveikatą ir vystymąsi.
- Atkreipti dėmesį į vaikų, paauglių ir tėvų bei globėjų sveikatą lemiančius socialinius veiksnius.

Šalims, rengiančioms vaikų ir paauglių sveikatos strategijas, rekomenduojama vadovautis gyvenimo tęstinumo požiūriu, remtis mokslo įrodymais pagrįstais faktais, skatinti partnerystę ir tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir laikytis vaiko teisėmis grįsto požiūrio.

Strategija siekia, kad kiekvienas PSO Europos regiono vaikas ir paauglys:

- būtų matomas politikų, sprendimų priėmėjų ir valstybės tarnautojų,
- būtų laukiamas, pagimdytas sveikos motinos ir augtų išpuoselėtoje šeimoje bei bendruomenėje,

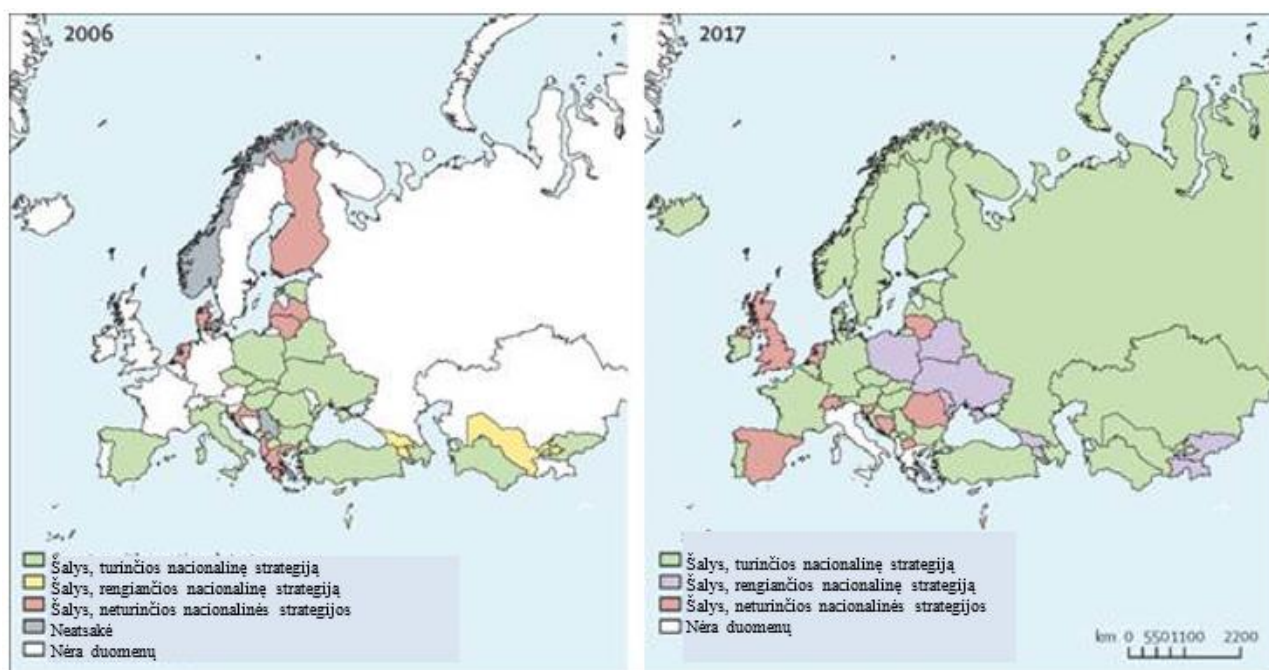
- augtų be smurto ir prievartos,
- turėtų tvirtus ryšius su motina, tėvu, broliais/seserimis ir kitais globėjais,
- pirmuosius 6 mėn. būtų maitinami motinos pienu, vėliau – sočiai maitinami,
- būtų efektyviai vakcinuojami ir prižiūrimi profilaktiškai,
- nesirgtų išvengiamomis ligomis ir lengvai gautų aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant ir psichinę sveikatą.
- gautų gerą, aukštos kokybės auklėjimą,
- lankytų ikimokyklinės įstaigas, mokėtų rašyti ir skaičiuoti.
- būtų fiziškai aktyvūs,
- gautų amžių ir lytį atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas ir informaciją lytiškumo klausimais,
- nenaudotų tabako gaminių, alkoholio ir kitų svaiginančių medžiagų,
- gyventų sveikoje, saugioje aplinkoje bendruomenėje, namuose, darželyje ir mokykloje.
- pozityviai bendrautų su sveikatos paslaugų teikėjais ir turėtų teisę į konfidencialumą, būtų informuotas bei mokytųsi pasirinkti bei priimti sprendimus.
- turėtų teisę dalyvauti priimant sprendimus dėl savo sveikatos ir gerovės.
- pasiektų suaugusiųjų amžių įgijęs reikiamų įgūdžių ir kompetencijų, kad teigiamai įtakotų savo sveikatą ir laimingą gyvenimą.

Strategijos prioritetai labai platus ir apima ankstyvą vaiko vystymąsi, smurto mažinimą, psichikos sveikatos problemas paauglystėje ir kt. Suprantama, kad egzistuoja skirtumai, priimant vienus ar kitus svarbius strategijos punktus atskirose šalyse. Pvz. lytinės ir reprodukcinės sveikatos prieinamumas paaugliams regione yra nevienodas, vaikų nutukimas ar psichikos sveikata taip pat kelia daug diskusijų. Vertinant įvairių Europos šalių vaikų sveikatos priežiūrą ir politiką, reikia nepamiršti naujo mokslo ir vieno svarbiausių elementų sveikatos priežiūroje - sveikatos ekonomikos, kuri ypač aktuali priimant sprendimus dėl taupymo, normavimo, prioritetų nustatymo ir pokyčių. Teisė į sveikatą nereiškia teisės būti sveikiems, taip pat nereiškia, kad ekonomiškai silpnos šalys privalo siūlyti brangų gydymą. Vis dėl to, skirstant lėšas reiktų sąžiningesnio požiūrio į amžių, lytį, etninę kilmę, kultūrą, socialinę-ekonominę padėtį, religinius įsitikinimus, ir t.t.

Vaikų ir paauglių sveikatos strategijos įgyvendinimas buvo įvertintas išanalizavus 82 klausimų anketą, kuri buvo nusiųsta šalių ministerijoms 2016 m. Atsakymai gauti iš 48 regiono šalių (91%). 2006 ir 2017 m. duomenys pateikti 1.1 paveiksle.

Trys iš keturių Europos šalių jau buvo adaptavusios šią strategiją arba ją rengė. 12-ka iš 17-kos šalių, jau patvirtinusių strategiją, skyrė tam specialų biudžetą ir sukūrė vietines monitoravimo sistemas. Šalių apklausa vėl kartojama 2019 m., siekiant įvertinti pokyčius vaikų ir paauglių sveikatos

politikoje. Deja, Lietuva per praėjusį laikotarpį vaikų ir paauglių sveikatos strategijos nepatvirtino. Todėl neturime strateginio vaikų sveikatos politikos planavimo dokumento, kuris nustatytų prioritetingas problemas, konkrečius vaikų sveikatinimo veiklos tikslus ir uždavinius bei siekiamus vaikų sveikatos rodiklius. Vaikų ir paauglių sveikatos strategijos sukūrimas nenumatytas ir Vyriausybės programoje.



Šaltinis: PSO Europos biuras

1.1. pav. Europos šalių, turinčių vaikų ir paauglių sveikatos strategijas, pasiskirstymas 2006 m. ir 2017 m.

Vaikų ir paauglių pirminės sveikatos priežiūros ypatumus 30-tyje Europos (28 ES ir 2 EEE (Europos Ekonominės erdvės)) šalių 2015-2018 metais plačiai analizavo MOCHA (Models of Child Health Appraised) projektas, finansuojamas Europos komisijos Horizon 2020 programos. Projektas analizavo Europos vaikų pirminės sveikatos priežiūros problemas ir galimybes. Autorių nuomone, Europoje stebimi nepaaiškinamai ir neleistinai dideli pirminės vaikų sveikatos priežiūros sistemų skirtumai, sveikatos priežiūros ir su ja susijusios vaikų sveikatos aplinkos įvairovė. MOCHA projekto vykdytojai detalai išstudijavo atskirų Europos šalių pirminę vaikų ir paauglių sveikatos priežiūrą ir išanalizavo jos komponentus (visuomenės, profesiniu, politiniu ir ekonominiu požiūriu).

Vaikų ir paauglių sveikatos priežiūros įvairovė Europoje taip pat gerai aprašyta PSO Europos biuro 2018 m. raporte. Reikia pažymėti, kad 17-ka iš 30-ties MOCHA projekto Europos šalių yra pritaikiusios PSO Vaikų ir paauglių sveikatos regioninę strategiją 2015-2020.

Nepaisant to, vaikų sveikatos priežiūros rodikliai demonstruoja sistemų netolygumus visose šalyse. Pvz.: 0-14 m. amžiaus vaikų stacionarizavimo rodikliai skiriasi 5 kartus - Ispanijoje 52/1000, o Bulgarijoje - 256/1000 vaikų. Pirminę sveikatos priežiūrą teikiančių šeimos gydytojų skaičius Graikijoje 100 000-čių populiacijos yra 9 kartus mažesnis nei Portugalijoje (*PSO Europos regioninis*

biuras, 2018). Deja, 21-ojo amžiaus Europoje nėra pakankamai duomenų, leidžiančių palyginti skirtingų sistemų efektyvumą ir naudą vaikų sveikatai. Todėl sunku vertinti valstybės lėšomis ar draudimo pagrindu grįstos priežiūros efektyvumą, profilaktikos bei imunizacijos tiesioginių paslaugų delegavimo viešajam sektoriui reikšmę, sveikatos priežiūros paslaugų mokyklose bei paauglių tiesioginio patekimo pas psichikos ar reprodukcinės sveikatos specialistus modelių svarbą, bendradarbiavimo sveikatos ir socialinės priežiūros srityse reikšmę.

PSO 2008 metais nustatė, kad sveikatos priežiūros ir gydymo rezultatų netolygumai yra nulemti nevienodo paslaugų prieinamumo bei daugelio matomų ir nematomų veiksnių, tokių kaip nevienodas finansavimas, valdymo skirtumai, netolygus priemonių paskirstymas ir kt.

Savo tolimesnėje situacijos analizėje remsimės PSO rekomendacijomis, MOCHA projekto duomenimis ir išvadamis, EPA siūlymais bei kitų ES šalių vaikų sveikatos priežiūros sistemų modeliais bei vertinimais.

1.2 Pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimai

Skiriami šie pirminės sveikatos priežiūros modeliai:

- **Pirminė sveikatos priežiūra (PSP)**. Konceptija įtvirtinta 1978 m. AlmaAtos Deklaracijoje (*PSO, 1970*). Ji grindžiama nešališkumo, tarpsektorinio bendradarbiavimo, tinkamų technologijų taikymo bei sveikatos sistemai teikiamo centrinio vaidmens principais.
- **Pirminė priežiūra (PP)** - tai pirmasis kontaktas, kuris turi būti prieinamas tuomet, kai reikia, tačiau orientuotas į ilgalaikę sveikatos priežiūrą, lėtinius pacientus. Čia svarbiausias prieinamumas, visapusiškumas, tęstinumas ir kitų specialistų paslaugų koordinavimas.
- **Bendroji praktika (BP)** - terminas, apimantis bendrosios praktikos gydytoją bei kitą personalą, dabar dažnai naudojamas, kaip šeimos medicinos sinonimas. Pradžioje terminas naudotas apibrėžti pagrindinio paslaugų teikėjo – bendrosios praktikos gydytojo funkcijas, apimančias 9 priežiūros lygius: profilaktiką, atranką (skriningą), ankstyvą diagnostiką, tam tikrų ligų diagnostiką, ligos ir jos komplikacijų valdymą, reabilitaciją, paliatyvią slaugą bei konsultavimą.
- **Šeimos medicina** ar pirminės priežiūros komanda, kurios dydis ir sudėtis gali skirtis įvairiose šalyse. Lyderiai yra bendrosios praktikos gydytojas ir slaugytoja, tačiau multidisciplininę komandą gali sudaryti iki 30 specialistų, tokių kaip bendruomenės slaugytoja, akušerė, felčerė, odontologas, fizioterapeutas, socialinis darbuotojas, psichiatras, logopedas, dietologas, farmakologas, administracinis personalas, vadybininkai, kt. Šeimos medicinos komandos veiksmų centre turi būti pacientas, todėl jos sudėtis ir organizavimo modelis gali nuolat keistis [*PSO, 2018*].

- **Pirminės priežiūros pediatras (PPP)** ar bendruomenės pediatras – gydytojas, visapusiškai besirūpinantis kūdikių, vaikų ir paauglių sveikata ir gerove. Tą daro gerbdamas vaikų autonomiją ir įtraukdamas į procesą tėvus bei globėjus, kaip svarbų vieningos priežiūros komponentą. PPP gali dirbti su multidisciplinine komanda ar be jos [*European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP), 2018*].
- **Slaugytoja** – visų amžiaus grupių sveikų ar sergančiųjų pacientų slauga ir priežiūra besirūpinantis autonomiškas specialistas, bendradarbiaujantis su kitais komandos nariais. Slauga apima sveikos gyvensenos skatinimą, ligų prevenciją, sergančiųjų, neįgaliųjų ir mirštančių priežiūrą. Taip pat saugios aplinkos propagavimą, tyrimus, sveikatos politikos formavimą, sveikatos sistemos valdymą bei pacientų mokymą. Apibrėžimas apima slaugytojus, praktikantus, pagalbinių slaugos personalą, odontologų ar pirminės sveikatos priežiūros slaugytojas [*International Council of Nurses, 2015*].

Europoje teikiama daug pirminės vaikų sveikatos priežiūros paslaugų [*MOCHA, 2018*]:

- Gydytojo paslaugos sergant ūminėmis ir lėtinėmis ligomis
- Slaugytojo priežiūra, įskaitant namų vizitus (ypač jei slaugytoja dirba autonomiškai ir turi daug kompetencijų - išmanioji slaugytoja).
- Sveikatos priežiūra mokyklose. Mokykla dažnai paliekama už sveikatos priežiūros ribų, tačiau dažnai tai yra pirminės priežiūros – pirmo kontakto vieta vaikams.
- Tiesioginio patekimo pas gydytoją paslaugos, ypač paaugliams. Dažnai teikiamos už pirminės priežiūros ribų, tačiau yra svarbus pirminio kontakto taškas.
- Bendruomenės vaistinė
- Bendruomenės odontologas
- Sveikos gyvensenos paslaugos
- Į bendruomenę orientuota e-sveikatos sistema (karštosios telefonų linijos, tinklalapiai, internetinės išmaniosios programėlės – „apps“).

Nepaisant didelių pastangų, siekiant atkreipti dėmesį į vaikų populiaciją ir jai teikiamų paslaugų svarbą, daugelyje Europos šalių pirminė pediatriinė priežiūra mažėja ir jos vietą užima bendrosios praktikos gydytojo ir mišri BG ir bendruomenės slaugytojos sistema [*Ehrich et al., 2015; Katz et al. 2002; van Esso et al. 2010*]. Deja, iki MOCHA projekto visose 30-yje ES šalių nebuvo duomenų, pagrindžiančių vieno ar kito modelio privalumus. MOCHA projektas leido apibendrinti ankstyvesnių tyrimų rezultatus (CHILD, PHASE, EUGLOREN, RICHE ir TRANSFoRm bei PSO Europos regiono Vaikų ir paauglių sveikatos ir vystymosi strategija 2005), aprašyti esamus visų ES šalių sveikatos priežiūros modelius, įvertinti jų kokybę, remiantis nacionalinėmis duomenų bazėmis;

aprašyti ekonominius aspektus, išsiaiškinti į vaiką orientuotos sveikatos politikos kontekstus ir identifikuoti optimalius į pacientą orientuotus sveikatos sistemos modelius.

1.3 MOCHA projektas: pirminės sveikatos priežiūros modeliai

Siekiant svarbiausios pirminės priežiūros vertybės – sveikatos visiems, reikalaujama sukurti į pacientą orientuotą sveikatos priežiūrą. 30 metų po Alma Atos deklaracijos (1978) paskelbtas PSO raportas „Pirminė priežiūra daugiau, nei bet kada“ (2008 m.), išryškino asmens/paciento svarbą ir sveikatos sistemos poreikius greitai keistis, prisitaikant prie besikeičiančių sąlygų ir augančių visuomenės lūkesčių. Dar po 10 metų MOCHA projekto metu buvo įvertinta vaikų sveikatos priežiūra ir iš tiesų pabandyta padaryti vaikų sveikatos priežiūros centrine figūra.

Vaikas nėra sumažintas suaugusysis. Jo pirminės sveikatos priežiūros poreikiai yra specifiniai daugelyje sričių, pradedant specifinėmis žiniomis, kurių reikia vaikų ligų gydymui ir baigiant jų atstovavimo ypatumais. MOCHA projekto metu vertinti skirtingi vaikų sveikatos priežiūros modeliai, analizuoti aspektai, kuriais vaikų sveikatos priežiūra skiriasi nuo suaugusiųjų. Buvo atsižvelgta į Starfield, Shi ir Macinko 2005 m. tyrimus, kuriuose mokslininkai pirmą kartą aprašė „geros“ pirminės sveikatos priežiūros komponentus.

1.3.1 Vaikų pirminės sveikatos priežiūros tipai

MOCHA autoriai koncentravosi į bendrąją praktiką arba šeimos gydytojo praktiką (gydytojas prižiūri visų amžiaus grupių pacientus), pirminę pediatro praktiką (prižiūri tik vaikus), bendruomenės slaugytojos praktiką (su jos personaliai prižiūrimais vaikais), slaugytojos praktiką, jai dirbant kartu su pirminės sveikatos priežiūros komanda ir sveikatos priežiūrą mokykloje. MOCHA identifikavo šias pirminės vaikų sveikatos priežiūros ašis:

- Sveikatos priežiūros modelių skirtumai, atsižvelgiant į Europos pediatrų profesinių asociacijų ir šalių atstovų teikiamą klasifikaciją pagal pirminei priežiūrai vadovaujantį specialistą, kuris rūpinasi pacientu ir gina jo interesus.
(bendrosios praktikos gydytojo, pirminės priežiūros pediatro arba mišri vaikų sveikatos priežiūros sistema [Ehrich et al. 2016; Katz et al. 2002; van Esso et al. 2010]).
- Modelių skirtumai pagal sistemos valdymo mechanizmą bei paslaugų teikimo tvarką
- Skirtingo finansavimo modeliai: valstybės finansuojama, draudimo apmokama ar privačiomis pacientų lėšomis apmokama sveikatos priežiūros sistema bei jų kombinacijos.

1.3.1.1 Sveikatos priežiūros sistemos klasifikacija pagal vadovaujantį specialistą:

- Vaiko sveikatos priežiūrai vadovauja pediatras
- Vadovauja bendrosios praktikos /šeimos gydytojas
- Mišrus modelis

Galimi variantai, kai šalies viduje modeliai kinta ir turi savitumą, pvz. nuo tam tikro amžiaus vaikų sveikatos priežiūra perduodama šeimos gydytojui.

1.3.1.2 Klasifikacija pagal finansavimą

- Mokesčiais paremta valstybinė sveikatos priežiūros sistema
- Socialinio draudimo sistema

Tačiau dėl politinių ir visuomeninių sprendimų šalių viduje abu modeliai labai įvairuoja. Nors Efektyvaus investavimo į sveikatą ekspertų grupė (Europos komisija, 2018) rekomenduoja visoms ES šalims numatyti adekvatų pirminės sveikatos priežiūros finansavimą, užtikrinantį paslaugų prieinamumą ir populiacijos gerovę, tačiau nevienodas finansavimas bei egzistuojantys skirtingi paslėptų lėšų šaltiniai lemia sveikatos priežiūros netolygumus, kurie Europoje ypač išryškėjo po paskutinės finansinės krizės.

1.3.1.3 Klasifikacija pagal paslaugų valdymą ir organizavimą

Autoriai Kringos, Boerma, Hutchinson, Saltman 2015 m. aprašė 3 modelių tipus:

- **Visuomeninės hierarchijos** modelis – kuomet pirminė priežiūra yra centrinė sveikatos sistemoje ir yra valdoma valstybės, o ne medicinos specialistų. Sveikatos sistema, valdoma decentralizuotos valdžios regionuose ir šeimos gydytojai ar šeimos pediatrai yra samdomi valstybės įstaigų. Tokių sistemų pavyzdžiai yra Suomija, Portugalija, Ispanija, Švedija ir Lietuva.
- **Profesinės hierarchijos** (*gatekeeper*) modelis – šeimos gydytojas yra pagrindinė pirminės sveikatos priežiūros figūra ir reguliuoja kitų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius (siunčia konsultuoti). Pirminės priežiūros specialistų poreikis apskaičiuojamas pagal sveikatos resursų valdymo poreikius. Specialistai gali būti samdomi valstybės, dirbti privačiai savo įstaigose ar apmokant už atskiras paslaugas. Tokių sistemų pavyzdžiai yra Danija, Estija, Lenkija, Nyderlandai, UK.
- **Nehierarchinis** modelis, kuomet sveikatos priežiūros specialistai organizuoja sveikatos priežiūros paslaugas nepriklausomai, be stipraus valstybės ar draudimo sistemų reguliavimo. Modelis akcentuoja specialistų ir pacientų pasirinkimo laisvę. Specialistai dirba konkurencijos sąlygomis, deja, dažnai prastai bendradarbiaudami tarpusavyje. Tokių modelių pavyzdžiai yra Austrija, Belgija, Prancūzija, Vokietija ir Šveicarija.

Ne visos valstybės atitinka pateiktus modelius. Pvz. Italijoje egzistuoja visuomeninės ir profesinės hierarchijos modelių kombinacija.

MOCHA projekto autoriai, remdamiesi savo tyrimais ir literatūros šaltiniais, 2017 m. sudarė pirminės sveikatos priežiūros sistemos modelių žemėlapi ES ir EEE šalyse (1 priedas).

2017 m. 7-iose šalyse pirminę sveikatos priežiūrą vaikams užtikrino pediatrai, 11-oje šalių – BPG, o 11-oje buvo mišri sistema. Vadinasi, iš 29 tyrime dalyvavusių šalių (lentelėje nėra Slovakijos duomenų, tačiau 2010 m. joje buvo pediatriinis modelis), 18-oje didžioji dalis vaikų prižiūrimi pediatru. Be to, kai kuriose BPG modelį turinčiose šalyse pediatrai prižiūri lėtinius pacientus (Portugalija), kitur pacientai gali tiesiogiai kreiptis į pediatrą esant reikalui (Švedija). Norvegijoje BPG prižiūri visą šeimą, tačiau profilaktinius tikrinimus ir vakcinavimą atlieka vaikų ligų gydytojai, o JK atvirkščiai – susirgus vaikui jis siunčiamas pediatru. Lenkija iš šeimos gydytojo modelio grįžo prie mišraus vaikų sveikatos priežiūros modelio. Airija ir Latvija taip pat keičia savo BPG sistemas.

Airijoje, kur daug metų egzistuoja BPG modelis, 2015 m. peržiūrėjus vaikų sveikatos paslaugų struktūrą, nustatyta didžiausia sistemos problema: pacientai-vaikai iš pirminio lygio BPG dažniausiai siunčiami tiesiai tretinio lygio konsultantams. Taip perkraunama tretinio lygio vaikų sveikatos priežiūra ir susidaro ilgos laukimo eilės. Todėl 2015 m. pradėtas rengti naujasis Nacionalinis vaikų sveikatos priežiūros modelis buvo pagrįstas BPG pirminiais siuntimais bendriesiems pediatrams, kurie konsultuoja sergančius vaikus ambulatoriškai (taip užtikrinamas greitas patekimas), užtikrina skubią pagalbą, dienos stacionaro paslaugas (vakcinacijas, medicininės procedūras), koordinuoja paslaugas kompleksinių poreikių turintiems vaikams (dirba su socialiniais darbuotojais, kt.), teikia stacionarines pediatriškas paslaugas, specializuojasi siauresnėse srityse ar, jei reikia, konsultuojasi su tretinio lygio vaikų specialistais. Bendrasis pediatras kartu su slaugytoja rūpinasi slaugos klausimais, vaikams specifinės sveikos gyvensenos propagavimu ir vaikų mokymu, o taip pat vaikų teisėmis ir apsauga. Tiesioginiai BPG siuntimai tretinio lygio vaikų specialistams galimi tik esant aiškioms indikacijoms pvz. kraujo pokyčiai, būdingi leukemijai). Naujojo Airijos nacionalinio vaikų sveikatos priežiūros modelio autoriai įsitikinę, kad ši sistema daug palankesnė vaikams, ypač turintiems kompleksinių poreikių ir lėtinių, multisisteminių susirgimų.

Apibendrinant galima teigti, kad daugelyje Europos šalių, nepriklausomai nuo deklaruojamo vaikų pirminės sveikatos priežiūros modelio, vaikų priežiūra vykdoma kombinuojant BPG ir pediatro paslaugas.

1.3.2 Vertinimo kriterijų nustatymas

Vertinant 30-ties šalių vaikų sveikatos priežiūros sistemas, buvo remtasi PSO rekomendacijomis, kokius būtinus reikalavimus turi atitikti „gera“ sistema. PSO reikalavimai:

1. Gera sveikatos priežiūra yra tokia, kuri teikia efektyvias, saugias, kokybiškas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas tiems, kuriems jų reikia ir kada reikia, naudojant minimalius resursus.

2. Gerai vykdoma sveikatos priežiūra yra atsakinga, sąžininga ir efektyvi, pasiekia geriausio galimo rezultato, atsižvelgiant į turimus resursus ir aplinkybes (pakankamas personalo skaičius, jis teisingai išdėstytas, specialistai kompetentingi, atsakingi ir darbštūs)
3. Gerai funkcionuojanti sveikatos informacijos sistema užtikrina produktyvumą, duomenų analizę, resursų paskirstymą, informacijos sklaidą ir sveikatos sistemos veiklą.
4. Gerai funkcionuojanti sveikatos sistema užtikrina prieinamumą prie būtinų medicinos produktų, vakcinų ir technologijų, užtikrinančių kokybę, saugumą, veiksmingumą ir kainos efektyvumą bei mokliškai patikimą ir taupų jų panaudojimą.
5. Gera sveikatos finansavimo sistema užtikrina adekvatų finansavimą, leidžiantį žmonėms gauti reikalingas paslaugas ir apsaugantį nuo katastrofiškai didelių finansinių išlaidų. Tai skatina paslaugų teikėjus ir gavėjus veikti efektyviai.
6. Vadovavimas ir valdymas apima strateginių politikos pagrindų sukūrimą ir išlaikymą bei veiksmingą priežiūrą, paremtą bendru sutarimu, reguliavimu, dėmesingu sistemos projektavimu ir atskaitomybe.

Pirminėi sveikatos priežiūrai Starfield su bendraautoriais (2005) nustatė pagrindinius 6 mechanizmus, kurių bendras veikimas užtikrina teigiamą pirminės sveikatos priežiūros poveikį populiacijos sveikatai:

1. Geresnis reikalingų paslaugų prieinamumas
2. Geresnė sveikatos priežiūros paslaugų kokybė
3. Didesnis dėmesys ligų prevencijai
4. Ankstyvas sveikatos problemų valdymas
5. Pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo charakteristikų suminis efektas (greitas pirmas kontaktas - prieinamumas tiems, kuriems reikalinga; ilgalaikė į pacientą (ne į ligą) orientuota priežiūra; visapusiška ir koordinuota daugelio sveikatos poreikių priežiūra.
6. Pirminės sveikatos priežiūros vaidmuo mažinant nereikalingų ir žalingų specialistų konsultacijų skaičių.

Viena žinomiausių pirminės sveikatos priežiūros sistemų stebėjimo grupių PHAMEU (*Primary Health Care Activity Monitor for Europe*) parengė vertinimo modelį pagal struktūros – procesų – rezultatų sistemą. Tai sistema, apimanti pirminės sveikatos priežiūros sistemos valdymo, ekonominės būklės, personalo plėtros, paslaugų prieinamumo koordinavimo, paslaugų apimties bei įvairovės, išteklių panaudojimo efektyvumo, kokybės ir kitus aspektus. MOCHA, vertindama šalių sveikatos sistemas, adaptavo PHAMEU modelį vaikų sveikatos priežiūrai. Taip pat naudojosi Bronfenbrenner ekologiniu modeliu bei Vaiko gyvenimo eigos sveikatos ir ligos epidemiologine sistema. MOCHA vertino pirminės vaikų sveikatos priežiūros sistemas, jų sąsajas su antrine vaikų sveikatos priežiūra, paslaugas mokyklose ir paauglių sveikatą, kokybės vertinimo galimybes, „didelių duomenų bazių“

naudojimą, ekonominio ir kompetencijos vertinimo bei analizės galimybes, teisingumą/nešališkumą, elektroninių kortelių buvimą.

Vis dėl to buvo konstatuota, kad sveikatai labai svarbūs socialiniai aspektai dažniausiai neįtraukiami į sveikatos sistemas bei jų vertinimą [Kringos et al. 2010; WHO 2007 – 42 ps]. Tuo pačiu labai sunku izoliuotai vertinti sveikatos sistemos įtaką vaiko sveikatai, neatsižvelgiant į kitus, pavyzdžiui, socialinius veiksnius [Hurst, Jee-Hughes, 2001]. Autoriai akcentuoja, kad prievarta prieš vaikus, vaikų nepriežiūra ir skurdas bei vaikų stacionarizavimas socialiniais tikslais yra problemos, galinčios iškreipti sveikatos priežiūros sistemų darbą, nes, vertinant jas, į šiuos veiksnius dažnai neatsižvelgiama.

1.4 Vaikų sveikatos priežiūros iššūkiai

1.4.1 Jaunimo poreikiai ir jų vertinimas

Vaikų nuomonė retai tiesiogiai išgirstama. Dažniausiai juos atstovauja tėvai bei globėjai, todėl vaikų poreikiai ir interesai gali likti neįvertinti ir neatpažinti. MOCHA interviu su vaikais ir jaunuoliais parodė šios problemos svarbą pirminėje grandyje, išryškino poreikį įsiklausyti į vaikų nuomonę, palikti apsisprendimo galimybę, autonomiją. Buvo atkreiptas dėmesys į vaiko statuso šeimoje ir socialinės aplinkos įvertinimą bei lėtinėmis ligomis sergančius ir specialių poreikių turinčius vaikus. Pastebėta, kad įvairių šalių sveikatos priežiūros sistemos šiuo aspektu labai skiriasi. Norint įvertinti vaikų patirtis pirminėje sveikatos priežiūroje, buvo atliktas situacijos vertinimas/tyrimas Vokietijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje, Ispanijoje ir JK (POCHA – *Preferences for Child Health Assessed* – Vaikų sveikatos priežiūros nuostatų įvertinimo klausimynas, van Til et al., 2018). Pagrindiniais kokybės komponentais buvo įvardytas atviras, neformalus bendravimas su vaiku ir šeima bei vaiko įtraukimas į sveikatos priežiūrą, jo dalyvavimas ir bendradarbiavimas.

Tyrimo rezultatai pateikti 1.1 lentelėje.

1.1. lentelė. Vaikų ir jų tėvų požiūris į autonomiją sveikatos sistemoje

Nuostata	Remiančių teiginį apklaustųjų %					Vidurkis	Pearson Chi ²	Patikimumas (p)
	Vokietija	Nyderlandai	Lenkija	Ispanija	UK			
Vaikai ar/ir jų tėvai gali kreiptis konsultacijos į kitus pirminės sveikatos priežiūros specialistus be savo pagrindinio pirminės sveikatos priežiūros gydytojo siuntimo (paslaugų prieinamumas)	69,0	56,4	36,1	50,9	58,8	53,8	30,65	0,015
Vaikai ar/ir jų tėvai gali kreiptis konsultacijos į antrinio lygio sveikatos priežiūros specialistus be savo pirminės sveikatos priežiūros gydytojo siuntimo (prieinamumas)	64,9	69,0	65,2	57,4	40,5	59,0	19,02	0,268

Nuostata	Remiančių teiginį apklaustųjų %					Vidurkis	Pearson Chi ²	Patikimumas (p)
	Vokietija	Nyderlandai	Lenkija	Ispanija	UK			
Vaikai ar/ir jų tėvai žino apie pirminės sveikatos priežiūros paslaugų spektrą ir jų prieinamumą. (prieinamumas)	52,9	72,7	74,4	64,2	84,4	73,1	22,79	0,119
Vaikams ar/ir jų tėvams prieinami vaikų medicininiai duomenys (prieinamumas)	65,4	88,0	80,5	59,7	75,9	70,8	32,10	0,0010
Vaikas turi teisę į konfidencialią šeimos gydytojo konsultaciją (konfidencialumas)	80,0	75,0	37,8	52,4	66,7	60,8	39,11	0,001
Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje vaikas turi teisę apriboti tėvų prieinamumą prie jo medicininių duomenų (konfidencialumas)	29,4	48,7	11,6	33,3	41,5	32,7	30,7	0,014
Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje vaikai ar/ir jų tėvai turi duoti sutikimą, kad kitų įstaigų sveikatos priežiūros specialistai pasiektų vaiko medicininius duomenis (konfidencialumas)	68,1	64,1	86,1	47,4	49,0	66,0	12,54	0,706
Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje vaikai gali išsakyti savo nuomonę apie jo sveikatos priežiūrą atskirai nuo tėvų (įgalinimas)	60,7	63,9	40,5	41,4	63,4	52,5	28,24	0,030
Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje vaikai ar/ir jų tėvai turi dalyvauti sprendimuose dėl vaiko sveikatos priežiūros. (įgalinimas)	85,2	68,6	67,9	61,4	93,6	74,0	35,88	0,003

Šaltinis: POCHA, 2018

Autoriai teigia, kad sveikatos priežiūros prieinamumo vaikams pagerinimas įmanomas visur, bet vakarų Europos šalyse prieinamumas yra geresnis, nei pvz. Lenkijoje [MOCHA, ps. 63]. Senosiose Vakarų Europos šalyse konfidencialumas taip pat užtikrinamas patikimai efektyviau. Vaiko įgalinimo pačiam veikti savo sveikatos priežiūros srityje galimybės palankiai vertinamos visose apklausoje dalyvavusiose šalyse, tačiau POCHA klausimynas atskleidė, kad Lenkijoje ir Ispanijoje yra mažiau galimybių ar kultūrinių prielaidų vaikų autonomijai valdant savo sveikatos klausimus, nei Vokietijoje, Nyderlanduose ir JK.

Apibendrinant tyrėjai akcentuoja, kad vaikų supratimas bei žinios nuolat auga ir tuo pačiu didėja poreikis būti traktuojamiems kaip individais. Tai ypač aktualu vaikams su ypatingais poreikiais ir ilgalaikio gydymo perspektyvomis. Todėl labai svarbu sveikatos priežiūros sistemoje atsižvelgti į didėjančią vaikų informuotumą bei savarankiškumą ir tobulinti sistemą šiuo aspektu.

Visuomenės reakcija į vaikų sveikatos priežiūrą yra tikrai emocionali daugelyje šalių ir dažnai iškyla nacionalinių diskusijų lygmeniu. Dauguma visuomenės rūpestį keliančių klausimų išryškunami socialiniuose tinkluose. Dalis jų tampa aktualūs kelioms savaitėms (pvz. nacionalinės diskusijos apie mergaičių kontracepciją Prancūzijoje), kiti jau daugelį metų lieka visuomenės sąmonėje (pvz. diskusijos apie privalomą skiepimą Italijoje). Tačiau dauguma diskusijų vaikų klausimais yra

susijusių su vaikų sveikata. Rūpestinga vaikų, paauglių ir jų šeimų patirčių analizė svarbi tobulinant sveikatos priežiūros sistemas, o ypač pirminę priežiūrą.

1.4.2 Į vaiką orientuota sveikatos priežiūros sistema ir vaiko teisės

Vaikų pirminės sveikatos priežiūros modelių vertinimas yra nepilnas, jei nėra atsižvelgiama į tai, ar sistemos valdymas, diagnostikos ir gydymo rezultatai bei paciento patirtis gaunant sveikatos priežiūros paslaugas yra optimali. Deja, vaiko centriškumo principas nėra įdiegtas ne tik daugelio šalių sveikatos priežiūros sistemose, bet ir kitose gyvenimo srityse. Įvertinus vaiko centrinį vaidmenį sveikatos priežiūros sistemose bei besikeičiančią „vaikystės“ sąvoką, galima geriau suprasti dabartinį požiūrį į vaikus Europoje bei atskirose jos valstybėse ir vaiko teisių raidą. Supratimas apie vaiko vietą visuomenėje ir jo vardu veikiančių atstovų vaidmenį, leidžia mums nustatyti pirminės sveikatos priežiūros sistemų ypatybes, kurios užtikrina vaiko teises į optimalią sveikatą. ES ir EEE šalys yra teisiškai įsipareigoję užtikrinti, kad būtų gerbiamos vaikų teisės.

Modeliuojant vaikų sveikatos priežiūros sistemą, lengviausia pasiremti populiacijos lygmeniu ir didžiosios jos dalies – suaugusiųjų poreikiais. Tačiau tai didina riziką nuvertinti vaiko poreikius. Vaikai sudaro ketvirtadalį populiacijos ir yra dažni pirminės sveikatos priežiūros sistemos naudotojai. Didelis iššūkis būti dėmesingiems vaikų sveikatai ne individualiu, bet nacionaliniu bei tarptautiniu lygmenimis. Tam ypač didelę įtaką turi socialiniai – kultūriniai aspektai. Senovės Graikijoje vaikas privalėjo paklusti tėvo valiai; Spartoje vaikai buvo valstybės nuosavybė; Aristotelis akcentavo poreikį rūpintis vaiko fiziniu bei psichiniu vystymusi, nes didelis neįgalių bei nesantuokinių vaikų skaičius gyveno skurde; o senovės Romos įstatymai leido tėvui priimti sprendimus savo vaiko gyvenimo ir mirties klausimais. Net industrijos era Europoje 19 a. atnešė vaikams naujų iššūkių – sunkias darbo ir gyvenimo sąlygas, didelį sergamumą ir mirtingumą [Garbula, Kovalik-Olubinska, 2012 – MOCHA ps.73]. Dėl priežiūros stokos didėjo nepilnamečių nusikalstamumas. Tik 19a. pabaigos – 20a. pradžios Europoje kilusios filantropinės iniciatyvos rūpintis benamiais ir apleistais vaikais buvo pirmieji žingsniai vaikų teisių plėtojimo linkme. 20a. pradžioje vaikų apsaugai ir švietimui pradėtos steigti organizacijos „Save the child“ Anglijoje, Radda Barnen Švedijoje ir tarptautinė „Save the Children“ sąjunga (UISE). 1924 m. UISE įkvėpta Tautų lyga pritaikė Ženevos vaiko teisių deklaraciją, kad apsaugotų pažeidžiamus vaikus ir karo aukas. Tai pirmasis žingsnis suteikiant vaikams teises visuomenėje, kuomet vaikas pradėtas vertinti pats savaime, o ne kaip tėvų ar valstybės turtas. Tačiau deklaracija buvo ne įstatymas, o moralinio deklaratyvaus pobūdžio dokumentas. 1989 m., po 10 metų svarstymo, Jungtinių tautų Generalinė Asamblėja priėmė Vaiko teisių konvenciją. Šią konvenciją Lietuva ratifikavo 1995 m. liepos 3 d. (įsak. Nr. I-983).

Tačiau iki šiol daugelyje šalių vaikas nėra aktyvus diskusijų dalyvis, jis apsuptas daugelio atstovų – tėvų, mokytojų, slaugytojų, gydytojų ir kitų suaugusiųjų artimos ar tolimesnės aplinkos

„agentų“ ar organizacijų. Vaikas, kaip nepilnametis, negali pasisakyti už save, o ir tėvai ne visada gali užtikrinti optimalias teises, todėl vaiko teisių pripažinimas yra labai svarbi teisinė ir politinė priemonė, kurios pagrindu sukurtos sistemos dėka gali būti nustatomi pažeidimai, vykti teisiniai procesai ir taikomos žalos atlyginimo priemonės. Šį požiūrį aukščiausiu lygiu per Pagrindinių teisių agentūrą (2018 m.) ir Teisingumo ir pagrindinių teisių Vaiko teisių skyrių tvirtai remia Europos komisija.

Deja, šiame vaiko teisių dokumente sveikata yra paradoksaliaje situacijoje. Vaiko teisės į sveikatą formuluotė, įtvirtinta JT Vaiko teisių deklaracijoje [*JT OHCHR, 1959*], yra siektina ir pagirtina, tačiau jai trūksta prasmingo apibrėžimo: „Valstybės narės pripažįsta vaiko teisę naudotis aukščiausiu pasiekiamu sveikatos standartu ir ligų gydymo bei sveikatos reabilitacijos priemonėmis.“

Apibrėžime nėra išmatuojamų rodiklių, be to, kiekviena valstybė įpareigojama teikti aukščiausio lygio paslaugas pagal savo galimybes, kurių kokybės vertinimas nėra tinkamai unifikuotas. PSO Europos regioninis biuras yra pradėjęs iniciatyvą, leidžiančią šalims įvertinti, ar vaikai gauna tinkamiausias sveikatos priežiūros paslaugas. Sukurtas įrankių/ nuostatų rinkinys, skirtas vertinti 6-11 m., 12-18 m. amžiaus vaikų sveikatos paslaugas. Jis pritaikytas atskirai vadovams, sveikatos priežiūros specialistams bei tėvams/globėjams ir palengvina galimybes įvertinti, ar buvo laikomasi geros praktikos užtikrinant vaiko teisę į sveikatą. Tačiau iki šiol pirminėje sveikatos priežiūroje šis įrankis buvo išbandytas tik dvejose šalyse, todėl nėra galimybių palyginti valstybes tarpusavyje.

MOCHA projekto vykdytojai atrinko kitus instrumentus – 4 dokumentus, kurie, naudojami kartu, gali suteikti daugiau informacijos apie vaikų teises į sveikatą pirminėje grandyje:

- Tarptautinės konvencijos
 - Universali žmogaus teisių deklaracija [*JT, 1949*]
 - JT vaiko teisių konvencija [*JT, 1924*]
- ES Direktyvos – nei viena nesiejama su vaikų pirmine sveikatos priežiūra.
- Ministrų Konvencijos deklaracijos – pasauliniu lygiu
 - Alma-Atos deklaracija, tarptautinė pirminės sveikatos priežiūros konferencija, 1978 [*PSO, 1978*]
- Ministrų Konvencijos deklaracijos – Europos lygmeniu
 - Talino chartija: Sveikatos sistemos sveikatai ir gerovei 2008 [*PSO Europos regioninis biuras, 2008*].

Remiantis šiais sutarimais, MOCHA projekte parengta 12 siūlomų Vaiko teisių pirminėje sveikatos priežiūroje:

1. Visi vaikai Europoje turi teisę į aukščiausius pasiekiamus sveikatos ir sveikatos priežiūros standartus, pagrįstus pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis.
2. Visi vaikai Europoje turi teisę laiku gauti tinkamą pirminę priežiūrą, nediskriminuojant jokių aspektų.
3. Visi vaikai Europoje turi teisę į privatumą ir konfidencialumą visais pirminės sveikatos priežiūros paslaugų paieškos ir naudojimo aspektais.
4. Visi vaikai Europoje turi teisę į „į vaiką orientuotą“ pirminę sveikatos priežiūrą.
5. Visi Europos vaikai turi teisę, kad jų tėvai ir globėjai gautų tinkamą informaciją ir patarimus, kaip pagerinti vaiko sveikatą.
6. Visi Europos vaikai ar tėvai, atstovaujantys jaunesnius vaikus (dažniausiai minimas amžius iki 8-12 m.), turi teisę pasirinkti pirminės sveikatos priežiūros teikėją.
7. Visi Europos vaikai turi teisę į konfidencialumą ir savo pirminės sveikatos priežiūros duomenų kontrolę.
8. Visi Europos vaikai turi teisę gauti informaciją ir dalyvauti savo pirminės sveikatos priežiūros procese.
9. Jei dėl ilgalaikės sveikatos būklės būtina pirminė sveikatos priežiūra namuose, visi Europos vaikai ir neoficiali jų priežiūros komanda turi teisę į koordinuotą ir tinkamą priežiūrą.
10. Jei vaiko sveikatos būklė reikalauja stacionarizavimo, visi Europos vaikai turi teisę į suplanuotą, parengtą ir savalaikį išleidimą iš ligoninės pirminei sveikatos priežiūrai.
11. Vyresni vaikai (14-18 m.), turintys lėtinių sveikatos sutrikimų, turi teisę į planuotą, palaipsnių ir tinkamą perėjimą pas suaugusiųjų specialistus ir specialistus, teikiančius pirminės sveikatos priežiūros paslaugas suaugusiems.
12. Visi Europos vaikai turi teisę į kokybiškas, teisingai ir gerai valdomas pirminės sveikatos priežiūros (ir su jomis susijusias) paslaugas, užtikrinančias jų teises.

Atsižvelgiant į šias nuostatas, planuojama parengti praktinę Pirminės sveikatos priežiūros vaikams stebėjimo sistemą. Tačiau jau dabar šios nuostatos apibrėžia vaikų, kaip sistemos vartotojų teises ir į vaiką orientuotos sveikatos priežiūros gaires.

1.4.3 Sveikatos paslaugų netolygumo problemos

Sveikatos skirtumai tarp aukštesnį ir žemą ekonominį statusą turinčių visuomenės narių įvardijami, kaip netolygumai. Tai sistemingi ir potencialiai ištaisomi socialiniu, ekonominiu ar geografiniu požiūriu apibrėžtų gyventojų grupių skirtumai [Starfield, 2011].

Netolygumai sveikatos priežiūroje gali būti horizontalūs ir vertikalūs. Horizontalūs netolygumai reiškia, kad žmonės su vienodais poreikiais negali vienodai naudotis būtinais sveikatos priežiūros resursais. Vertikalūs netolygumai reiškia, kad pacientai su didesniais sveikatos priežiūros poreikiais nėra aprūpinami jų poreikius atitinkančiais sveikatos priežiūros resursais. Pirminėje vaikų sveikatos priežiūroje horizontalūs netolygumai stebimi socialinių ir etninių, neturtingų ir skurdžiai gyvenančių visuomenės grupių nariams. Vertikali nelygybė apima klaidingą teisingumą, leidžiantį visiems tuo pačiu metu vienodą prieigą prie sveikatos sistemos išteklių, atimant paslaugas iš tų, kuriems reikia didesnio jų intensyvumo tam, kad patenkinti jų didesnius poreikius. **Todėl pirminė vaikų sveikatos priežiūra turi būti vertinama pagal tai, kaip joje laikomasi tolygumo principų.**

Visos ES valstybės narės sutinka spręsti sveikatos priežiūros netolygumų problemą, išskiriant pažeidžiamiausias gyventojų grupes. Vaikai yra viena tokių grupių. Sveikatos priežiūros paslaugos atlieka svarbų vaidmenį mažinant socialinių veiksnių įtaką sveikatai. Pavyzdžiui, užtikrinant veiksmingą gydymą, galima pagerinti ne tik lėtinėmis ligomis sergančių pacientų sveikatą, bet ir jų gyvenimo kokybę. MOCHA tyrėjai palygino regioninių sveikatos priežiūros paslaugų skirtumus, remdamiesi bendraisiais rizikos veiksniais (lytis, šeimyninė padėtis, socialinė ir ekonominė padėtis, migrantų ar mažumų statusas) ir analizuodami įprastinius universalius pirminės sveikatos priežiūros procedūrų duomenis (vakcinacijos, autizmo diagnostikos amžius, stacionarizavimas dėl būklės, kuri gali būti gydoma pirminėje grandyje, migrantų vaikų, kaimo gyventojų, valstybės priežiūros sistemoje augančių vaikų sveikatos rodiklius).

1.4.4 Ankstyvos vaikystės periodo svarba

Ankstyvos vaikystės periodas apima laikotarpį nuo prenatalinio vystymosi iki 8 m. amžiaus. Jis įvardijamas, kaip svarbiausias/kritinis viso gyvenimo periodas, labiausiai jautrus išorinių poveikių įtakai, nes organizmas tuo metu aktyviausiai auga ir vystosi [Britto et al., 2017]. Todėl ankstyvosios intervencijos, siekiant pagerinti sveikatą ir vystymąsi ankstyvosios vaikystės metu, turi didžiausią įtaką tolimesniam individo gyvenimui. Siekdama akcentuoti šio laikotarpio ypatumus, PSO Sveikatos socialinių veiksnių komisija savo 2008 m. raporte akcentavo „startinės lygybės“ komponento svarbą, siekiant pagerinti sveikatos priežiūros atokiuosius rezultatus [PSO, 2008]. Tokia nepageidaujamos situacijos perdavimo kitoms kartoms prevencija yra svarbi investicija į Europos ateitį, taip pat tiesioginis indėlis į „Europa 2020“ strategiją pažangaus, tvaraus ir integruoto augimo srityje. Taigi, sveikatos priežiūros kokybė ankstyvoje vaikystėje labai svarbi.

1.4.5 Sveikatos netolygumų pasekmės vaikų sveikatai

Kai kurios studijos rodo, kad žemesnio socialinio sluoksnio vaikai ne tik dažniau, bet ir sunkiau serga [Starfield et al., 2012]. Nutukimas [Pearce et al., 2015; Ruiz et al., 2016] bei paauglystės psichikos sveikatos sutrikimai, įskaitant depresiją, dažnesni nepalankioje socialinėje aplinkoje ir

nepilnose šeimose augantiems vaikams [Klanšček et al., 2014; Varga et al., 2014; Wirback et al., 2014]. Prancūzų paaugliai, augantys nepalankioje socialinėje aplinkoje, turi didesnę riziką multimorbidiškumui/poliligotumui (piktnaudžiavimas narkotinėmis medžiagomis, polinkis į smurtą, savižudybes, mokyklos nelankymas ir nutukimas) [Chau et al., 2013]. Suomijoje nustatytas tėvų bedarbystės ir mažo gimimo svorio pagal gestacinį amžių kūdikių skaičiaus ryšys [Raisanen et al., 2014]. Žemesnio tėvų išsilavinimo įtaka vaikų astmos netolygumams Europoje ir kūdikių astmos išsivystymui nustatyta dešimtyje Europos kohortinių studijų [Lewis et al., 2017].

Taigi, 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. Deja, neprivilegiuotos grupės, nepaisant didesnių poreikių, dažniausiai susiduria su apsunkintu sveikatos paslaugų prieinamumu, patvirtindami „atvirkštinės priežiūros taisyklės“ koncepciją [Black, 1980].

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, prieinamumas ir tolygumas yra ypač svarbūs ankstyvoje vaikystėje, kuomet neigiama prastos sveikatos įtaka organizmo vystymuisi gali būti minimizuota. Pagrindiniai naudojimosi sveikatos priežiūros paslaugomis rodikliai, minimi literatūroje, yra telefonijos paslaugų naudojimas, apsilankymai pas šeimos gydytoją, psichikos sveikatos paslaugų naudojimas, skubios sveikatos priežiūros paslaugos, sveikatos priežiūros paslaugos mokykloje, vaistų išrašymas, mokyklos nelankymas bei stacionarizavimas sergant astma ir vizitai pas gydytojus dėl pasikartojančių pilvo skausmų.

MOCHA tyrėjai įvertino dažniausius sveikatos paslaugų netolygumų rizikos veiksnius. Buvo nustatyta, kad vaikų lytis, situacija šeimoje, socialinis – ekonominis statusas, migranto ar mažumos statusas ir regioniniai skirtumai yra svarbiausi rizikos veiksniai.

- Nebuvo nustatyta tiesioginio ryšio tarp vaiko lyties ir sveikatos paslaugų netolygumų, tačiau tyrimais patvirtinta, kad Norvegijos [Turi et al., 2009], Ispanijos [Berra et al., 2006] bei Švedijos [Ivert et al., 2013] paauglės mergaitės dažniau kreipiasi į mokyklos sveikatos priežiūros kabinetus, šeimos gydytojus ir psichikos sveikatos specialistus.
- Nepilnų šeimų vaikai du kartus dažniau lankosi pas psichikos sveikatos specialistus Švedijoje [Ivert et al., 2013].
- Tėvų išsilavinimas, pajamos, užimtumas/ darbas ir socialinė – ekonominė aplinka gali turėti įtakos pirminės sveikatos priežiūros paslaugų vartojimui. Pvz. Vokietijoje aukštesnio socialinio sluoksnio šeimos dažniau naudojasi pirminio pediatro paslaugomis, o žemesnio sluoksnio šeimos – šeimos gydytojo paslaugomis [Rattay et al., 2014]. O Škotijos vaikai iš skurdesnių rajonų buvo dažniau stacionarizuojami dėl astmos paūmėjimų [Austin et al., 2005].

- Vokietijoje neturinčių nuolatinio gyventojų statuso migrantų vaikai du kartus dažniau kreipiasi į skubios pagalbos skyrius, nei nuolatinio gyventojų statusą turinčių (Wenner et al., 2016). Tuo tarpu Ispanijoje imigrantų vaikai rečiau lankėsi pas šeimos gydytojus ir jiems buvo išrašoma mažiau vaistų [*Gimeno-Feliu et al., 2011*].
- Dvi Vokietijos studijos aprašė skirtumus tarp buvusios Rytų ir Vakarų Vokietijos sveikatos paslaugų vartojimo. Buvusios Rytų Vokietijos vaikai pirminėje grandyje dažniau naudojami šeimos gydytojo paslaugomis, o buvusios Vakarų Vokietijos vaikai dažniau lankosi pas pirminės grandies pediatrą. Šie skirtumai išliko tokie pat 2003-2006 ir 2009-2012 metais. [*Hintzpete et al., 2015, Rattay et al., 2014*].

MOCHA ištyrė dažniausiai naudojamus pirminės sveikatos priežiūros kokybės rodiklius, susijusius su paslaugų netolygumais. Tai PSO Socialinių veiksnių įtakos sveikatai rodikliai ligų prevencijos ir ankstyvos vaikystės srityje [*PSO, 2008*]:

1. Populiacijos, iki 2 m. vakcinuotos nors viena tymų (MMR) vakcina procentas.
2. Amžius, kuomet atliekama kriptorchizmo operacija – procentas operuotų iki a) 12 mėn ir b) 3 metų amžiaus.
3. Autizmo diagnostikos amžius – kada autizmas diagnozuotas specialisto.
4. Gydomoji priežiūra
5. Kasmetinis a) 1-5 m. amžiaus vaikų apsilankymas skubios pagalbos skyriuose dėl virusinio/nespecifinio enterokolito (pirminės grandies gydytojų kompetencijos susirgimas) ir b) stacionarizavimo dažnis.
6. Kasmetinis a) 6-15 m. amžiaus vaikų apsilankymas skubios pagalbos skyriuose dėl astmos ir b) mokyklinio amžiaus vaikų stacionarizavimo dėl astmos (pirminės sveikatos priežiūros lėtinių susirgimų priežiūros kokybę atspindinti būklė).

[*Hjern, Arat, Klofvermark, 2017*]

Deja, tik 8 ES ir EEE šalys gali pateikti visus reikiamus rodiklius, o Austrija, Danija, Suomija, Islandija, Airija, Ispanija, Švedija ir JK nepateikė nei vieno šių rodiklių.

Apibendrinus fragmentuotus duomenis, galima pasakyti, kad diagnozuojant autizmą nenustatyta skirtumų tarp socialinių grupių (duomenys iš 3 valstybių); nerasta patikimų skirtumų tarp lyčių ar socialinių grupių vakcinuojant tymų vakcina; dėl virusinio gastroenterito dažniausiai buvo stacionarizuojami Danijos, Austrijos bei UK žemesnio socialinio sluoksnio vaikai (duomenys iš 6 šalių). Dėl astmos paūmėjimų dažniausiai stacionarizuojami 13-15 amžiaus vaikai JK, jie 20 kartų dažniau gydomi ligoninėse, nei to paties amžiaus vaikai Švedijoje ir Austrijoje [*MOCHA, 2018*].

MOCHA tyrimo metu nenustatyta specifinių ryšių tarp atskirų šalių sveikatos priežiūros modelio ir sveikatos priežiūros tolygumo bei kokybės kriterijų.

1.4.6 Sveikatos priežiūros paslaugų skirtumai priklausomai nuo valdymo, finansavimo ir paslaugų teikimo būdo

MOCHA duomenys rodo, kad pirminės sveikatos priežiūros sistemos, pagrįstos ne hierarchiniu profesiniu principu (Austrija, Belgija, Prancūzija, Vokietija), atrodo, lemia didesnius sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumus regionuose [Hjern ir kt., 2017]. Vokietijoje ir Austrijoje taip pat pastebėta didesnė socialinių ir ekonominių skirtumų įtaka prevencinių paslaugų srityje. Daugelyje Europos šalių vyksta sveikatos sistemų reformos (JK, Ispanijoje, Švedijoje). Pagrindiniai jų bruožai - privačių paslaugų teikėjų plėtra, rinkos mechanizmų taikymas, išteklių perskirstymas ir pacientų pasirinkimo plėtojimas. Šių šalių suaugusiųjų populiacijos tyrimai rodo, kad dėl tokių pokyčių didėja pirminės sveikatos priežiūros paslaugų netolygumas [Burstrom ir kt., 2017]. Todėl turi būti stebimi šių reformų padariniai ir vaikų populiacijai.

1.4.7 Valstybės įstaigose prižiūrimi vaikai

Jau keletas dešimtmečių Europoje, šiaurės Amerikoje ir Australijoje vykdomi tyrimai rodo, kad vaikai, augantys valstybinėse įstaigose, turi daugiau sveikatos problemų ir didesnę sveikatos priežiūros paslaugų poreikį, nei kiti nacionalinės populiacijos vaikai [Vinnerljung, Hjern, 2018]. MOCHA projekto metu apklausus šalių atstovus ir apibendrinus mokslinius duomenis, atrinktos svarbiausios problemos:

- Administracinė atsakomybė už valstybinėse įstaigose augančius vaikus labai skiriasi atskirose ES ir EEE šalyse – nuo vietinės ir regioninės ar kombinuotos, įvairių lygių valstybinės atsakomybės.
- Visose šalyse šiems vaikams teikiamos tokios pačios sveikatos priežiūros paslaugos, kaip ir kitiems vaikams, tik Airijoje yra prioritetas patenkant pas odontologus, somatinės ir psichikos sveikatos specialistus.
- Duomenys rodo, kad daugelyje šalių paslaugos minėtiems vaikams skiriasi tarp regionų.
- Skiriasi metodikos ir teisinės bazės, reglamentuojančios institucinę vaikų priežiūrą. Tik pusė šalių turi standartinę sveikatos priežiūros praktiką reglamentuojančius dokumentus, o praktikoje juos taiko dar mažiau šalių.
- Nepaisant didelio psichinės sveikatos sutrikimų paplitimo tarp institucijose augančių vaikų, tik Ispanija ir JK turi teisės aktus, reglamentuojančius šių vaikų psichikos sveikatos ištyrimą ir stebėjimą.
- Nei viena šalis neturi metodikų, reglamentuojančių institucinėje globoje augančių jaunuolių lytinės sveikatos priežiūrą, edukaciją ir kontracetinių priemonių prieinamumą.
- Tik UK stebi šių vaikų imunizaciją [Vinnerljung, Hjern, 2018]

MOCHA projekto rezultatai patvirtino daugelį Europos Komisijos rekomendacijų pirminei sveikatos priežiūrai, siekiant patenkinti nepalankiose socialinėse-ekonominėse sąlygose augančių vaikų poreikius [ES, 2013]:

- Gerinti ir plėsti prevencines ir sveikatinimo paslaugas, ypač pirmaisiais gyvenimo metais.
- Šalinti finansines, kultūrinės, kalbos barjero, informacijos stokos ir kitas kliūtis, bloginančias sistemos prieinamumą šeimoms, kurių vaikai turi kompleksinių sveikatos priežiūros poreikių.
- Tinkamas pirminės sveikatos priežiūros planavimas ir finansavimas, geras tarpsektorinis bendradarbiavimas, sujungiant pirminę priežiūrą su bendruomenės grupėmis/ nevyriausybinėmis organizacijomis, dirbančiomis su specialių poreikių turinčiais vaikais. Socialinių, globos poreikių koordinavimas. Pirminės sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimas socialinių veiksnių įtakos sveikatai ir paslaugų netolygumo klausimais.
- Geresnis duomenų apie pagrindinius sveikatos priežiūros netolygumų rizikos veiksnius (lytį, socialinį-ekonominį statusą, šeimos sudėtį, migrantų, etninių mažumų statusą, regioninius skirtumus) prieinamumas ir stebėseną.

[Shadmi ir kt., 2014]

Europos Parlamentas, remdamasis Europos komisijos rekomendacijomis [EK, 2013], įgaliojo Užimtumo ir socialinio teisingumo Generalinį Direktoratą įvertinti siūlomų Vaiko Garantijų [Europos Parlamentas, 2018] tinkamumą. Vaiko Garantijų tikslas, kad visiems nepalankiose sąlygose augantiems vaikams būtų užtikrinta nemokama sveikatos priežiūra, nemokamas švietimas, nemokamas ankstyvasis ugdymas bei priežiūra, tinkamas būstas ir adekvati mityba.

Remiantis MOCHA rekomendacijomis, tikslinės grupės Vaiko Garantijoms yra:

- nestabiliose šeimose gyvenantys vaikai (įskaitant vienišus tėvus, didelį skurdą ir romus),
- institucijose augantys,
- migrantų ir pabėgėlių vaikai,
- neįgalūs ir specialių poreikių turintys vaikai.

Šių garantijų patvirtinimas sudarytų sąlygas gauti Europos lėšas tikslinių grupių poreikiams patenkinti ir konkrečioms paslaugoms sustiprinti.

1.5 Vaikų sveikatos strategijos. Vaikų įtraukimas į sveikatos priežiūrą

Valstybės ES ir EEE narės yra atsakingos už savo piliečių apsaugos ir sveikatos politiką. Daugelyje šalių sveikatos politika ir politika vaikų klausimais perduota regionams ar kitoms valdžios institucijoms, nors tokie svarbūs klausimai turėtų būti sprendžiami nacionaliniu lygmeniu. MOCHA

surinktais 27 šalių duomenimis (3 šalys nepateikė duomenų), 40 proc. ES ir EEE valstybių neturi jokių konkrečių sveikatos strategijų vaikų ir paauglių sveikatos priežiūros srityje (kur būtų aiškiai planuojama pirminė priežiūra, socialinė priežiūra, sveikatos priežiūra mokyklose, kt.). Daugiau nei pusė valstybių neturi vaikų sveikatos užtikrinimui reikalingų nuorodų e-sveikatos strategijoje. Prancūzijoje, Suomijoje, Ispanijoje ir JK dauguma sveikatos politikos klausimų deleguoti regionų ar kitoms vietos administracijoms.

Iš 27 tyrime dalyvavusių valstybių, 17 teigė turinčios specifines vaikų ir paauglių sveikatos strategijas, iš jų 16 (išskyrus Norvegiją) – ir pirminės sveikatos priežiūros planą. 21 valstybės strategijos apima ir socialines paslaugas. 5 šalys (Bulgarija, Danija, Prancūzija, Graikija ir Portugalija) rūpinasi lėtinėmis ligomis sergančių vaikų gerove ir negalios klausimais. 7 šalyse akcentuojama prevencija ir sveikos gyvensenos klausimai (Prancūzija, Vokietija, Graikija, Islandija, Nyderlandai, Ispanija, JK). Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos kartu su socialine priežiūra pirminėje grandyje planuojamos 6 šalyse (Estija, Graikija, Italija, Latvija, Nyderlandai ir UK). Sveikatos netolygumo problemą į savo sveikatos strategijas įtraukė tik 10 valstybių (33 proc) – Graikija, Norvegija, Portugalija, Rumunija. Čekija, Danija, Prancūzija, Rumunija, Ispanija ir Graikija strategijose akcentavo pažeidžiamų grupių vaikų sveikatos klausimus.

Estijoje ir Vokietijoje plačiausiai išvystytas tarpinstitucinis bendradarbiavimas – atitinkamai 8 ir 6 ministerijos įtrauktos į bendradarbiavimą sveikatos ir socialiniais klausimais. 7-iose valstybėse šių strategijų vystymu užsiima tik viena ministerija: Graikijoje, Islandijoje, Lietuvoje, Lenkijoje, Norvegijoje ir Rumunijoje – sveikatos ministerijos, Maltoje – Šeimos, socialinio solidarumo ir vaikų ministerija. Iš minėtų šalių, tik Norvegijoje įgyvendinant naują politikos strategiją vyksta oficialios atviros konsultacijos su kitomis suinteresuotomis institucijomis.

Draudimo institucijos dalyvauja diskusijose strategijų klausimais Bulgarijoje, Čekijoje, Lietuvoje. Tuo tarpu Vengrijoje ir Islandijoje draudimo įstaigos nedalyvauja sveikatos politikos formavime.

Nenustatyta ryšio tarp valstybės įstojimo į ES laiko ir vaikų bei paauglių sveikatos strategijos sukūrimo: Vokietija ir Prancūzija yra ES pradininkės, tačiau Prancūzija neturi minėtos strategijos.

16 šalių e-sveikatos strategijoje neatsižvelgta į vaikų ir paauglių problemas. Taigi, daugiau, nei pusė Europos šalių neturi nuorodos į vaikų sveikatos priežiūrą savo e-sveikatos strategijose. Čekija, Suomija, Graikija, Liuksemburgas, Malta ir kai kurios UK dalys nepranešė nei apie vaikų sveikatos strategijas, nei apie vaikų sveikatą e-sveikatos strategijose. Vaikų ir paauglių sveikatos klausimų įtraukimas į Europos šalių e-sveikatos strategijas pateikta 1.2 paveiksle.



Šaltinis: MOCHA, 2018

1.2. pav. Vaikų ir paauglių sveikatos klausimų įtrauktis į Europos šalių e-sveikatos strategijas

Vertinant vaikų sveikatos priežiūros modelius paaiškėjo, kad vaikų sveikatos strategijos egzistavimas ir vaikų sveikatos priežiūros klausimai e-sveikatos kontekste yra pagrindiniai rodikliai, atspindintys modelio efektyvumą. Rūpestį kelia tai, kad vaikai yra populiacijos dalis, kuri negali atstovauti savo interesų ir privalo pasitikėti valstybės teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis, nors pusė Europos šalių neturi oficialios strategijos vaikų sveikatos klausimais.

1.6 Vaikų ir paauglių duomenys duomenų sistemose

Norint įvertinti Europos vaikų sveikatos būklę ar sveikatos sistemos modelius, reikalingi duomenys apie vaikus atskirose amžiaus grupėse. Tačiau MOCHA patirtis rodo, kad statistinėje analizėje neįmanoma apibendrinti 0-17 m. amžiaus vaikų duomenų, nors dažnai išskiriamos keturios vaikų ir paauglių amžiaus grupės. Labiausiai nematoma yra paauglių grupė, nors tai amžiaus tarpsnis, kuriame vyksta daugiausiai pokyčių ir iššūkių. ES ir EEE šalyse 2017 m. bendras gyventojų skaičius buvo 514 mln., iš jų 97 mln. vaikų iki 18 m. (t.y. 19 proc. populiacijos). Tačiau dėl statistinių duomenų įvairovės neįmanoma nustatyti net tikslaus jų skaičiaus. Nepaisant to, tai labai svarbi gyventojų grupė, kurioje dažniausia sergamumo priežastis - neinfekciniai susirgimai, o didžiausias mirtingumas - dėl traumų ir nelaimingų atsitikimų. Šios ligos ir sveikatos būklės daugeliu atvejų yra išvengiamos.

Daugumoje literatūros šaltinių pateikiami vaikų iki 5 m. amžiaus mirtingumo rodikliai, tačiau 5-18 m. amžiaus vaikų ir paauglių palyginamų duomenų yra labai nedaug. Norint pagerinti paslaugų kokybę ir įdiegti efektyvesnes strategijas, PSO rekomenduoja remtis įrodymais pagrįstomis rekomendacijomis. Tam reikalingi epidemiologiniai duomenys, tiksli informacija apie vaikų amžių, lytį, geografinius ir socialinius – ekonominius aspektus. Dauguma prieinamų duomenų bazių, tokių kaip PSO Sveikata visiems (HFA – Health for All; <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>), Mokinių sveikatos elgsenos (HBSC - Health Behaviours in School-aged Children, <http://hbsc-nesstar.nsd.no/webview/>) portalas, Eurostat statistinė duomenų bazė (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>), pasaulinė ligų naštos bazė (GBD – Global Burden Disease, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>) ir Pasaulinis duomenų bankas (World bank Open Data and Databank, <https://data.worldbank.org>) pateikia daugybę fragmentuotų duomenų. Tačiau nei viena šių bazių neturi viso spektro vaikų sveikatos rodiklių, kurie nurodyti Vaikų sveikatos rodiklių gyvenimui ir vystymuisi (Child Health Indicators of Life and Development – CHILD) projekte. Šis projektas dar 2002 metais pateikė rekomenduojamus rodiklius, apimančius sveikatą lemiančius veiksnius, sveikatos būklę ir vaikų gerovę, bei konkrečius kiekvieno rodiklio apibrėžimus [Rigby ir Kohler, 2002].

Apie duomenų bazes ir jų teikiamus vaikų sveikatos rodiklius plačiau skaitykite: *Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe: the final summarised results of the Models in Child health Appraised (MOCHA) project, 7 skyrius, The invisibility of Children in Data Systems, 115 – 133ps., 2018.*

1.7 Finansinė aplinka ir išlaidos sveikatai

Ekonominis šalių vaikų sveikatos politikos vertinimas nacionaliniu lygmeniu pradedamas nuo išlaidų sveikatos apsaugai duomenų analizės. Vertinamos bendros išlaidos vaiko sveikatai, valstybinio ir privataus finansavimo proporcijos, tėvų/globėjų priemokos (*out-of-pocket payments*), išlaidų pasiskirstymas (paslaugos prieinamumo rodiklis).

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. Šį rodiklį pagrindė lemia išlaidos vaistams.

ES ir EEE šalių sveikatos išlaidų ir finansavimo rodiklių palyginimas pateiktas 2 priede.

Nepaisant visuotinio JT Vaikų teisių konvencijos pripažinimo, duomenys apie vaikų sveikatą dalies Europos šalių duomenų bazėse neišskiriami, dažniausiai pateikiant tik pirmųjų gyvenimo metų statistiką. Todėl statistikoje ir politinėse analizėse vaikai nereprezentuojami. Nesant duomenų,

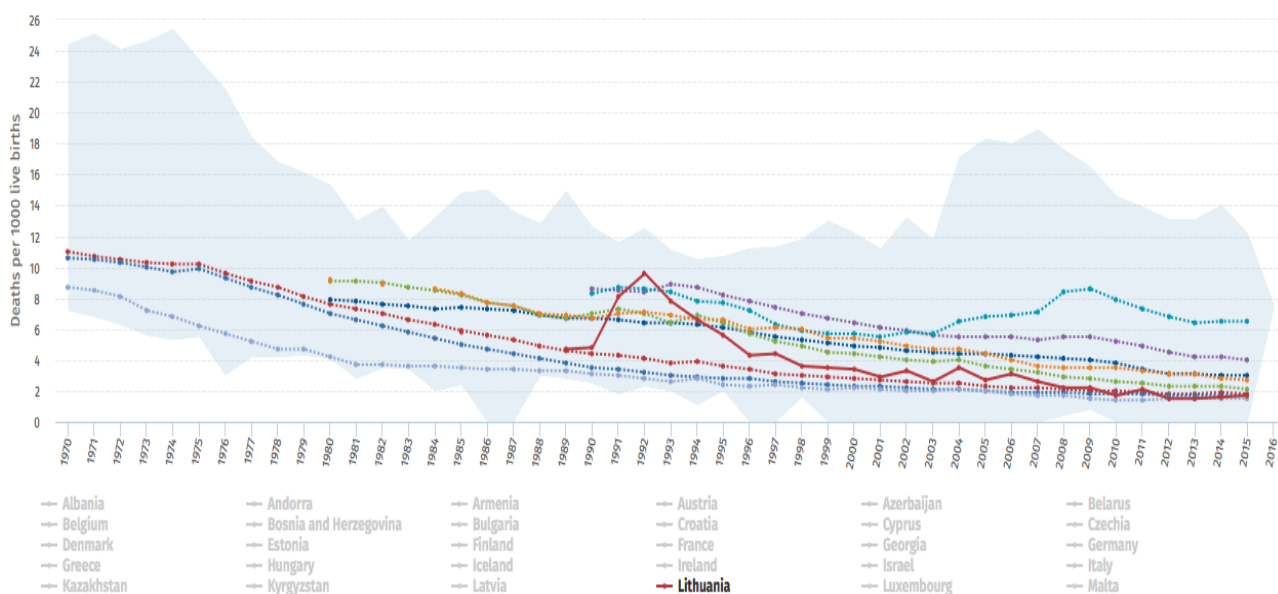
negalima jų palyginti ir įvertinti tikrosios vaikų sveikatos situacijos Europos mastu bei fiksuoti problemų. Ypač nematoma yra labiausiai kintanti ir daugiausiai iššūkių pateikianti paauglių grupė. Taigi, vaikų sveikatos interesai Europoje ne visada tinkamai atstovaujami. Lietuvoje vaikų sveikatos statistikos duomenys prieinami viešai (www.hi.lt).

1.8 Vaikų pirminės sveikatos priežiūros vertinimas

Pirminės sveikatos priežiūros kokybė dažniausiai vertinama tik nacionaliniu mastu, ir, kaip taisyklė, per suaugusiųjų pacientų prizmę. Nuo 1990 m. bandoma sukurti į vaiką orientuotos sveikatos sistemos kokybės vertinimo kriterijus [*People-Sheps ir kt, 1998; Rigby, Köhler, Blair, Mechtler, 2003*], tačiau pirminėje sveikatos priežiūroje kokybės vertinimas Europoje nepaplito.

Tačiau parengti daugiamačiai metodai leidžia suprasti, kad paprastas suaugusiųjų rodiklių perkėlimas vaikų populiacijai yra visiškai netinkamas, nes tuomet nevertinamas vaiko fizinis ir psichosocialinis vystymasis įvairiais amžiaus tarpsniais, neatsižvelgiama į sveikatos ir su sveikata nesusijusių veiksnių amžinius skirtumus, susirgimų ir rizikos veiksnių ypatumus, nepripažįstama vaiko gyvenimo etapų svarba (PSO Europos biuras (World Health Organisation Regional Office for Europe) 2005, 2014). PSO Regioninis biuras dar 2005 m. pateikė nuorodas, kokia informacija yra reikalinga planuojant vaikų sveikatos paslaugų strategiją (World Health Organization Regional Office for Europe, 2005). Deja, nepaisant jau nuveiktų darbų, įrodymais pagrįsti vaikų sveikatos priežiūros kriterijai vis dar kuriami ir tobulinami, nes visoje Europoje tai nėra prioritetinga sritis. Ši problema detaliai išnagrinėta [*Liyanage, Hoang, Ferreira, de Lusignan [2018]*].

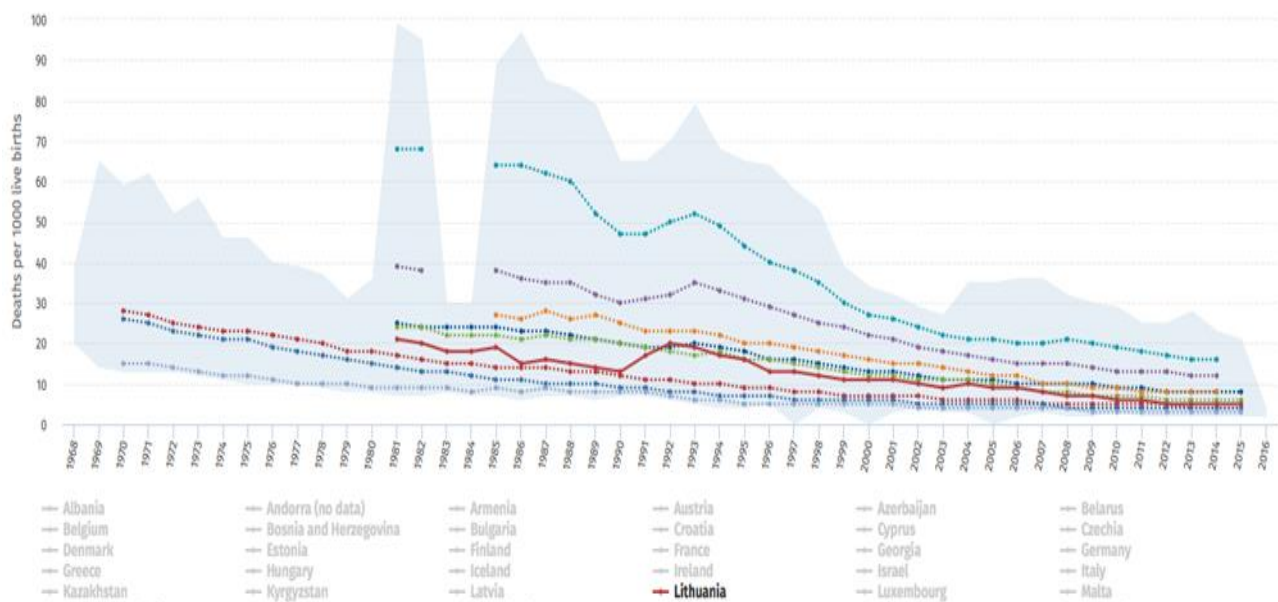
Dažniausi startiniai sveikatos statistiniai rodikliai yra naujagimių, kūdikių bei vaikų mirtingumas. PSO Europos regioninio biuro 2015 m. duomenimis ES naujagimių mirtingumo rodiklis buvo 1,8/1000-čiui gyvų gimusiųjų, ES15 (senųjų ES narių) – 1,7, ES13 (naujųjų ES narių) – 2,1. Lietuvos naujagimių mirtingumas 2015 m. - 2,4/1000-čiui gyvų gimusių (1.3 pav.).



Šaltinis: PSO, 2015

1.3. pav. Naujagimių mirtingumo rodikliai (atv./1000 gyvų gimusių) ES šalyse 1970-2015 m.

Lietuvoje kūdikių (vaikų iki 1 metų) mirtingumo rodiklis 2005 – 2013 m. mažėjo ir siekė 3,7 atv./1000 gyvų gimusių, tačiau 2014 m. vėl pradėjo didėti ir 2015 m. pasiekė 4,2 iš 1000 gyvų gimusiųjų naujagimių. 2018 m. rodiklis sumažėjo iki 3,4 atv./1000 gyvų gimusių. ES vidurkis 2017 m. – 3,6/1000 gyvų gim.



Šaltinis: PSO, 2015

1.4. pav. Tikimybė mirti vaikams iki 5 m. amžiaus ES šalyse (atv.sk./1000-čiui gyvų gimusių)

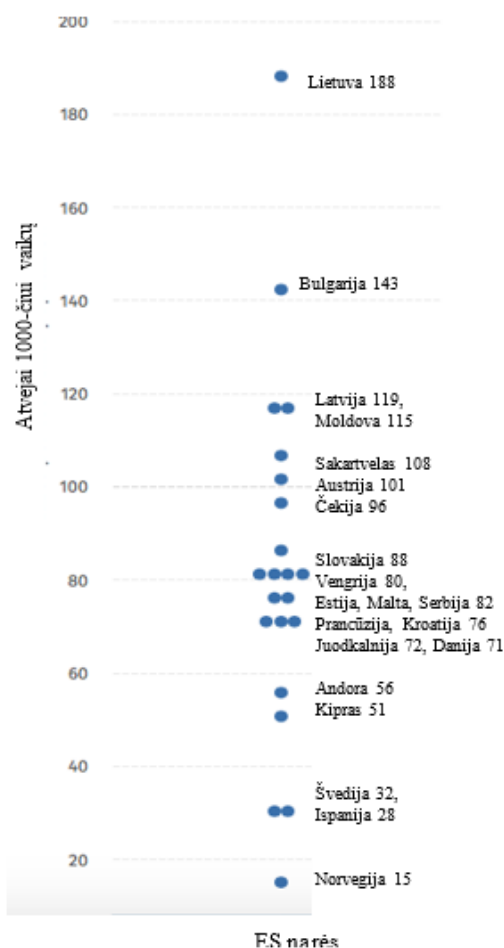
Vaikų iki 5 m. mirtingumas ES 2015 m. buvo 4 atv./1000-čiui gyvų gimusių, ES15 – 3, ES13 – 6, Lietuvos – 5 atv./1000-čiui gyvų gimusių. 2016 – 2017 m. šis rodiklis buvo atitinkamai 4,7 ir 4,3/1000 gyvų gimusių.

Ambulatorinių paslaugų vaikams kokybę didele dalimi atspindi stacionarinių paslaugų mastai. 1.5 pav. pateikiame PSO Europos regiono vaikų iki 5 m. amžiaus stacionarizavimo rodiklius. Didžiausi mažų vaikų stacionarizavimo rodikliai yra Bulgarijoje (518 atv./1000-čiui vaikų), Lietuvoje ir Latvijoje. Senųjų ES narių (ES15) vaikų stacionarizavimo rodikliai mažesni, nei naujųjų (ES13).



Šaltinis: PSO Europos Biuras, 2018-05-02

1.5. pav. Bendras 0-4 m. amžiaus vaikų stacionarizavimo rodiklis ES šalyse 1000-čiui 0-4 m. amžiaus populiacijos vaikų



Šaltinis: PSO Europos Biuras, 2018-05-02

1.6. pav. Bendras 5-9 m. amžiaus vaikų stacionarizavimo rodiklis ES šalyse 1000-čiui 5-9 m. amžiaus populiacijos vaikų

Lietuvoje taip pat didžiausias ES 10-14 m. amžiaus vaikų stacionarizavimo rodiklis – 154 atv./1000-čiui vaikų populiacijos ir 15-18 m. – 185 atv./1000-čiui vaikų populiacijos.

MOCHA ekspertų grupė analizavo kriterijus, galinčius atspindėti sveikatos paslaugų kokybę vaikams, ir išskyrė 4 kategorijas: paslaugos turinys, prieinamumas, koordinavimas ir valdymas. Analizuojant visus kriterijus individualiai, numatyti specifiški kiekvienai kategorijai kriterijai. Pagal juos pirminė priežiūra įvertinta kaip silpna (1 balas) ar stipri (3 balai). Pvz.: jei šalis įdiegusi e-sveikatos sistemą ir elektroninę paciento kortelę, kurios priklauso koordinavimo kategorijai, ji įvertinta 3 balais.

Dėl kai kurių kriterijų ekspertų nuomonės išsiskyrė. Pvz.: paslaugos prieinamumo prasme svarbus kriterijus yra gydytojų/pediatrų skaičius/100 000 gyventojų, tačiau dėl kriterijaus nevienareikšmiškumo ir ekspertų nesutarimo, jis buvo atmestas. Kriterijai, leidžiantys vertinti sveikatos sistemos koordinavimą, pateikti 1.2 lentelėje.

1.2. lentelė. Kriterijai, atspindintys sveikatos sistemos koordinavimą

Kriterijai, susiję su sveikatos sistemos koordinavimu	Galimos reikšmės
C1 Veiksmai, atliekami siunčiant vaiką iš pirminės sveikatos priežiūros grandies į antrinį lygį	BPG parašo siuntimą BPG parašo siuntimą ir nurodo, kur vykti konsultacijos BPG parašo siuntimą, nurodo konsultaciją ir rezervuoja vizito laiką
C2 Socialinės priežiūros ir sveikatos priežiūros formalus ryšys	Nėra sistemos ar jos naudojimas labai ribotas Yra politinė arba teisinė sistema, Yra politiškai ir teisiškai apibrėžta bendradarbiavimo sistema ar viena atsakinga struktūra.
C3 e-sveikatos kortelių naudojimas pirminėje grandyje	Nenaudojama ar naudojama labai ribotai (e-įrašai sudaro <25%) e-įrašai sudaro 25-75% e-įrašai sudaro virš 75%.
C4 Su vaikais susijusi e-sveikatos sistema pirminėje grandyje (e-kortelės, įrašai, imunizacijos registracija)	Vaikų e-visuomenės sveikatos sistema neįdiegta (<25%) E-sveikatos sistema imunizacijai arba atrankai (skriningui) E-sveikatos sistema imunizacijai ir atrankai
C5 E-sveikatos infrastruktūra darbu su kitais sektoriais	Nėra duomenų apsikeitimo Duomenų dalijimasis su vienu partneriu Duomenų kaita su dvejomis ir daugiau organizacijų.

Šaltinis: MOCHA, 2018

Apibendrinus paslaugų koordinavimo kriterijus 30-tyje MOCHA šalių, nustatyta, kad pavojingai žemas sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimo rodiklis yra Lietuvoje (visų rodiklių vertinimas minimalus), o Italijoje – aukščiausias (visų rodiklių vertinimas maksimalus). Visų ES ir EEE šalių sveikatos paslaugų koordinavimo vertinimas pateiktas 1.3 lentelėje.

1.3. lentelė. Sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimo vertinimas pagal atrinktus kriterijus MOCHA šalyse

	C1	C2	C3	C4	C5
Austrija	2	2	3	1	1
Belgija	3	-	3	-	-
Bulgarija	2	2	3	2	1
Kroatija	3	3	3	3	1
Kipras	3	1	1	1	1
Čekijos respublika	-	2	3	3	2
Danija	-	2	3	3	1
Estija	3	2	2	3	3
Suomija	2	3	3	3	3
Prancūzija	2	-	3	2	2
Vokietija	2	1	3	-	1
Graikija	1	2	1	1	1
Vengrija	-	1	3	3	1
Islandija	3	1	3	3	3
Airija	2	3	3	3	2
Italija	3	3	3	3	3
Latvija	2	2	1	1	1

	C1	C2	C3	C4	C5
Lietuva	1	1	1	1	1
Liuksemburgas	-	-	3	-	-
Malta	2	1	2	3	1
Nyderlandai	1	2	3	3	2
Norvegija	2	3	3	3	2
Lenkija	2	2	1	1	1
Portugalija	3	2	3	2	2
Rumunija	2	1	3	3	3
Slovakija	-	-	2	2	1
Slovėnija	-	-	-	-	-
Ispanija	3	3	3	3	2
Švedija	2	1	3	3	2
Jungtinė Karalystė	-	3	3	3	2

Šaltinis: MOCHA, 2018

Analizuojant koreliaciją tarp rodiklių koordinavimo kategorijoje, paaiškėjo, kad statistiškai patikimas ryšys siejo tris su e-sveikata susijusius rodiklius – C3, C4 ir C5. Todėl, naudojant faktorinę analizę, buvo paskaičiuotas koordinacijos balas, vadinamas e-koordinavimu. Valstybių pasiskirstymas pagal sveikatos paslaugų koordinavimą (silpnas, vidutinis, stiprus), susijusį su elektronine sveikatos sistema, pateiktas 1.4 lentelėje. Paskutiniaisiais metais, Lietuvoje sparčiai diegiant ir plečiant e-sveikatos sistemą, situacija paslaugų koordinavimo srityje turėtų keistis.

1.4. lentelė. Valstybių pasiskirstymas pagal sveikatos paslaugų koordinavimą, susijusį su elektronine sveikatos sistema

Silpnas e-koordinavimas	Vidutinis	Stiprus
Austrija Bulgarija Kipras Prancūzija Graikija Latvija Lietuva Lenkija Portugalija Slovakija	Kroatija Čekijos Respublika Danija Estija Vengrija Airija Malta Nyderlandai Norvegija Ispanija Švedija Jungtinė Karalystė	Suomija Islandija Italija Rumunija

Šaltinis: MOCHA, 2018

Paskutiniame etape nustatytas e-koordinavimo stiprumo ryšys su valstybės išlaidomis sveikatos sistemos valdymui bei administravimui ir sveikatos paslaugų išlaidomis. Statistiniai skaičiavimai patikimai parodė, kad šalys, kurių išlaidos sveikatos sistemos valdymui ir sveikatos paslaugoms yra mažos, priklausė silpno paslaugų e-koordinavimo grupei. Tuo tarpu daugiausiai į sveikatos sistemas investuojančios šalys buvo vidutinio stiprumo e-koordinavimo grupėje. Tai leidžia daryti prielaidą, kad potencialiai augantis investavimas leidžia sutelkti didesnę potencialą ir pasiekti geresnį e-koordinavimo lygį.

Tolimesnė statistinė šių duomenų analizė leido iširti ryšį tarp šių rodiklių:

- Šalies imunizacijos lygis
- Privalomų vakcinacijų politika šalyje
- Šalies ekonominis kontekstas
- Elektroninių sveikatos įrašų bei e-infrastruktūros būklė nacionaliniu lygmeniu.

Statistinis modeliavimas parodė, kad šalies ekonominė situacija įtakoja nacionalinės sveikatos sistemos stebėsenos kokybę. T. y. neigiamas ekonominis kontekstas turi neigiamą efektą stebėsenos stiprumui (-0,0609).

Imunizacijos DTP (difterijos-stabligės-kokliušo) vakcina lygiui šalyje neturėjo įtakos nei vakcinacijos privalomumas, nei stebėsenos sistemų stiprumas, nei ekonominė šalies būklė. Tai reiškia, kad net jei šalis yra įvedusi privalomą vakcinaciją, turi stiprią ekonomiką ar gera stebėsenos sistemą, jos imunizacijos lygis nėra aukštesnis, nei šalies, kurios minėti kriterijai yra prastesni. Dėl duomenų stokos, kitų faktorių, galinčių įtakoti vakcinacijos apimtį šalyse, nenustatyta.

1.9 Kokybinis sveikatos paslaugų vertinimas

Vertinant sveikatos sistemos paslaugų vaikams kokybę, labai svarbu įvertinti paslaugų kokybę sistemos viduje. Sveikatos paslaugų kokybė yra multidimensinė koncepcija, kurią vertinant reikia atsižvelgti į daugybę aspektų – klinikinių, sveikatos būklės, pasitenkinimo, kt. MOCHA pateikė tokių rodiklių apžvalgą, pritaikė juos visoms ES ir EEE šalims, ištyrė, ar vertinat pediatriinę priežiūrą visose 30 šalių yra naudojami PSO rekomenduojami PREMs (Pacientų patirties vertinimo) ir PROMs (Pacientų išeičių vertinimo – Patient-Reported Outcome Measures) klausimynai. Atliktas didelis darbas parodė, kad sistemos ir paslaugų kokybės vertinimo priemonės dar nėra unifikuotos, o duomenų nepakanka, kad juos būtų galima panaudoti sveikatos sistemos ir paslaugų kokybės vertinimui tarptautiniu mastu.

1.9.1 Vaikų sveikatos išeičių rodiklių vertinimas

Nesant nuoseklių vaikų sveikatos vertinimo rodiklių visose šalyse, MOCHA projekte ambulatorinei situacijai įvertinti naudoti 5 mirtingumo rodikliai. Trys susiję su mažu vaikų amžiumi: naujagimių (iki 28 d.), kūdikių (iki 1 m.) ir jaunesnių nei 5 m amžiaus vaikų/1000-čiui gyvų gimusiųjų. Kiti du rodikliai buvo susiję su vaikų iki 19 m. mirtingumu /100 000 gyventojų nuo labai jautrių ambulatorinių būklių - cukrinio diabeto (0-19 m.) ir epilepsijos (0-19 m.). Patekimai į skubios pagalbos skyrių dėl tokių ambulatoriškai jautrių būklių yra plačiai naudojami pirminės sveikatos priežiūros kokybės indikatoriai [Tian, Dixon, Gao, 2012].

Nors rodiklių apimtis labai ribota ir dėl duomenų stokos rezultatai turi būti interpretuojami atsargiai, vis dėl to nustatyti šie **veiksniai, susiję su vaikų mirtingumo mažėjimu**:

- BVP vienam gyventojui augimas (įtaka naujagimių, kūdikių, vaikų iki 5 m. mirtingumui);
- Didesnis vaikų gydytojų tankis (įtaka naujagimių, kūdikių, vaikų iki 5 m. mirtingumui);
- Mažiau gyventojų priemokų už sveikatos paslaugas (įtaka naujagimių mirtingumui ir mirtingumui nuo diabeto 0-19 m.);
- Valstybės užtikrinamų sveikatos paslaugų apimtis (epilepsija 0-19 m.)
- Mažesni vaikų skaičiai šeimose, šeimos dydis (turėjo įtakos visiems rodikliams)

Nustatytos dvi veiksmų grupės, potencialiai galinčios įtakoti vaikų mirtingumą: socialinės – ekonominės, demografinės šalies charakteristikos ir sveikatos sistemos bruožai/ypatumai. Taip pat vertinti trys tarptautiniu mastu pripažinti faktoriai – BVP vienam gyventojui; populiacijos, gyvenančios mieste ir kaime, proporcija; šalies gyventojų amžiaus pasiskirstymas (asmenų iki 19 m. proporcija).

Šalių pasiskirstymas pagal sveikatos sistemos finansavimą ir paslaugų klasifikavimą [pagal *Bohm, 2013*] pateiktas 1.5 lentelėje.

1.5. lentelė. Šalių pasiskirstymas pagal sveikatos sistemos finansavimą ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formą

Šalis	Finansavimas	Paslaugų teikimas
Austrija	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Belgija	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Bulgarija	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Kroatija	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Kipras	Valstybinis	Valstybinis
Čekijos Respublika	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Danija		Valstybinis
Estija	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Suomija		Valstybinis
Prancūzija	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Vokietija	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Graikija	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Vengrija	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Islandija	Valstybinis	Valstybinis
Arija	Valstybinis	Privatus
Italija	Valstybinis	Privatus
Latvija	Valstybinis	Valstybinis
Lietuva	Valstybinis	Privatus
Liuksemburgas	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Malta	Valstybinis	Valstybinis
Nyderlandai	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Norvegija	Valstybinis	Valstybinis
Lenkija	Visuomeninis/viešasis	Privatus
Portugalija	Valstybinis	Valstybinis
Rumunija	-	-
Slovakija	Visuomeninis/viešasis	Privatus

Šalis	Finansavimas	Paslaugų teikimas
Slovėnija	Visuomeninis/viešasis	Valstybinis
Ispanija	Valstybinis	Valstybinis
Švedija	Valstybinis	Valstybinis
Jungtinė Karalystė	Valstybinis	Valstybinis

Šaltinis: sudaryta pagal pagal Bohm, 2013

Vertinant atskirų šalių pirminę sveikatos priežiūrą, buvo naudojami Pirminės priežiūros aktyvumo monitoringo kriterijai (Primary Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU)) [Kringos, Boerma, van der Zee, Groenewegen, 2013]. PHAMEU metodas vertina pirminę priežiūrą septyniuose dimensijose, kurių kiekvienoje yra daug rodiklių. Trys iš dimensijų siejamos su sistemos struktūros ypatumais (valdymas, ekonominė būklė, personalo plėtra), o keturios – su sistemos procesais (prieinamumas, tęstinumas, koordinavimas, išsamumas). Sistemos būklė gali būti vertinama, kaip silpna, vidutinė ar stipri.

EU ir EEE šalių Pirminės sveikatos priežiūros vertinimas remiantis PHAMEU kriterijais, pateiktas 1.6 lentelėje.

1.6. lentelė. EU ir EEE šalių Pirminės sveikatos priežiūros vertinimas remiantis PHAMEU kriterijais

Šalis	Pirminės priežiūros (PP) valdymas	Pirminės priežiūros ekonominė būklė	Personalo plėtra	PP prieinamumas	PP tęstinumas	PP koordinavimas	PP išsamumas (paslaugų spektras)	Bendras PP vertinimas
Austrija	Vidutinis	Vidutinė	Silpna	Vidutinis	Silpnas	Silpnas	Silpnas	Silpna
Belgija	Vidutinis	Stipri	Vidut.	Silpnas	Stiprus	Vidut.	Stiprus	Stipri
Bulgarija	Vidutinis	Silpna	Silpna	Silpnas	Vidut.	Silpnas	Stiprus	Silpna
Kroatija*								
Kipras	Silpnas	Silpna	Silpna	Silpnas	Vidut.	Silpnas	Silpnas	Silpna
Čekijos Respublika	Vidutinis	Silpna	Silpna	Stiprus	Stiprus	Vidut.	Silpnas	Vidut.
Danija	Stiprus	Vidutinė	Stipri	Stiprus	Stiprus	Stiprus	Vidut.	Stipri
Estija	Stiprus	Silpna	Vidut.	Vidut.	Stiprus	Vidut.	Vidut.	Stipri
Suomija	Vidutinis	Stipri	Stipri	Vidut.	Vidut.	Vidut.	Stiprus	Stipri
Prancūzija	Vidutinis	Vidutinė	Vidut.	Silpnas	Vidut.	Vidut.	Stiprus	Vidut.
Vokietija	Vidutinis	Stipri	Vidut.	Vidut.	Stiprus	Silpnas	Vidut.	Vidut.
Graikija	Vidutinis	Silpna	Silpna	Silpnas	Silpnas	Stiprus	Silpnas	Silpna
Vengrija	Silpnas	Vidutinė	Vidut.	Stiprus	Vidut.	Silpnas	Vidut.	Silpna
Islandija	Silpnas	Silpna	Silpna	Vidut.	Stiprus	Silpnas	Vidut.	Silpna
Airija	Silpnas	Silpna	Stipri	Silpnas	Stiprus	Silpnas	Vidut.	Silpna
Italija	Stiprus	Stipri	Vidut.	Vidut.	Silpnas	Vidut.	Silpnas	Vidut.
Latvija	Vidut.	Vidut.	Silpna	Silpnas	Stiprus	Vidut.	Vidut.	Vidut.
Lietuva	Stiprus	Vidut.	Stipri	Stiprus	Silpnas	Stiprus	Stiprus	Stipri
Liuksemburgas	Silpnas	Silpna	Silpna	Silpnas	Silpnas	Vidut.	Vidut.	Silpna
Malta	Silpnas	Stipri	Stipri	Silpnas	Silpnas	Vidut.	Vidut.	Silpna
Nyderlandai	Stiprus	Stipri	Stipri	Stiprus	Silpnas	Stiprus	Vidut.	Stipri
Norvegija	Stiprus	Silpna	Vidut.	Vidut.	Vidut.	Silpnas	Stiprus	Vidut.
Lenkija	Silpnas	Silpna	Silpna	Stiprus	Vidut.	Stiprus	Silpnas	Vidut.
Portugalija	Stiprus	Vidut.	Stipri	Stiprus	Vidut.	Vidut.	Stiprus	Stiprus
Rumunija	Stiprus	Stipri	Vidut.	Vidut.	Vidut.	Silpnas	Silpnas	Vidut.

Šalis	Pirminės priežiūros (PP) valdymas	Pirminės priežiūros ekonominė būklė	Personalo plėtra	PP prieinamumas	PP tęstinumas	PP koordinavimas	PP išsamumas (paslaugų spektras)	Bendras PP vertinimas
Slovakijos Respublika	Silpnas	Vidut.	Silpna	Vidut.	Stiprus	Silpnas	Silpnas	Silpna
Slovėnija	Stiprus	Stipri	Stipri	Stiprus	Stiprus	Stiprus	Silpnas	Stipri
Ispanija	Stiprus	Stipri	Stipri	Stiprus	Stiprus	Stiprus	Stiprus	Stipri
Švedija	Vidut.	Vidut.	Vidut.	Vidut.	Vidut.	Stiprus	Stiprus	Vidut.
Jungtinė Karalystė	Stiprus	Stipri	Stipri	Stiprus	Stiprus	Stiprus	Stiprus	Stipri

* nėra duomenų

Atskiras dimensijas apibūdinantys rodikliai:

1. Sistemos valdymas: sveikatos priežiūros tikslai; lygių galimybių politika; valdymo ir paslaugų plėtros (de)centralizavimas; kokybės valdymo infrastruktūra; tinkamos technologijos; pacientų palaikymas, praktikos savininkas/nuosavybė; pirminės priežiūros integravimas į sveikatos priežiūros sistemą.
2. Pirminės sveikatos sistemos ekonominė būklė: sveikatos sistemos išlaidos; pirminės sveikatos priežiūros išlaidos; sveikatos priežiūros finansavimo sistema; pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų užimtumas; atlyginimų sistema; pirminės sveikatos priežiūros darbuotojų pajamos.
3. Pirminės sveikatos priežiūros personalo plėtra: personalo profilis; disciplinų pripažinimas ir atsakomybė; švietimas ir išlaikymas; profesinės asociacijos; pirminės sveikatos priežiūros disciplinų akademinis statusas; būsima personalo plėtra.
4. Galimybė naudotis pirminės sveikatos priežiūros paslaugomis: pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas; geografinė prieiga; prieinamumo infrastruktūra (įskaitant fizinę prieigą); įperkamumas; priimtinumai; naudojimas; lygios galimybės naudotis sistema.
5. Paslaugų/priežiūros tęstinumas: ilgalaikiškumas; informavimas; bendravimas; valdymas.
6. Paslaugų koordinavimas: paslaugų valdymo sistema (gatekeeping/siuntimų sistema); komandos struktūra; personalo įgūdžių spektras; pirminės ir antrinės priežiūros integravimas; pirminės priežiūros ir visuomenės sveikatos integracija.
7. Paslaugų spektras/rūpinimasis visais aspektais: turima medicinos įranga; pirmasis kontaktas sveikatos problemoms spręsti; gydymas ir stebėseną; medicininės techninės procedūros ir ligų prevencija; motinos / vaiko / reprodukcinės sveikatos priežiūra; sveikos gyvensenos skatinimas.

1.9.2 Kiekybiniai statistiniai šalių sveikatos rodikliai ir ekonomikos procesų įtaka jiems

Kiekybinių rodiklių duomenys buvo gauti ir PSO, Pasaulio Banko ir Eurostato duomenų bazių. 1.7 lentelėje pateikiami paskutiniųjų turimų metų duomenys.

1.7. lentelė. Kiekybiniai statistiniai Europos šalių sveikatos rodikliai

Šalis	Išeičių/rezultatų vertinimas: mirtingumo rodikliai					Aiškinamieji rodikliai						
	/1000 gyvų gimusių kūdikių, 2015	/1000 gyvų gimusių naujagimių, 2015	/1000 gyvų gimusių iki 5 m., 2015	Diabetas ≤19 m. / 100 000 gyventojų, 2016	Epilepsija ≤19 m. /100 000 gyventojų, 2016	BVP per capita, \$, 2016	Miesto gyventojų	0-19 m. amžiaus gyventojų % bendroje populiacijoje	Gyventojų primokėjimų (out-of-pocket) % nuo visų sveikatos išlaidų 2014	Pediatrų sk. / 100 000 gyventojų 2013	BPG sk./ 100 000 gyventojų, 2013	Slaugytojų sk./ 100 000 gyventojų, 2013
Austrija	2.9	2.1	3.5	0.04	0.27	44143.70	66.0	19.22	16.15	16.21	76.95	803.09
Belgija	3.3	2.2	4.1	0.03	0.37	41945.69	97.9	22.57	17.81	12.65	111.67	-
Bulgarija	9.3	5.6	10.4	0.11	0.59	17709.08	74.3	18.27	44.19	19.93	62.93	491.82
Kroatija	3.6	2.6	4.3	0.02	0.56	21408.55	59.3	20.28	11.21	18.52	53.72	658.48
Kipras	2.5	1.5	2.7	0.12	0.19	31195.51	66.8	23.44	48.71	-	-	512.92
Čekijos Respublika	2.8	1.8	3.4	0.04	0.33	31071.75	73.0	19.43	14.33	12.33	70.13	841.28
Danija	2.9	2.5	3.5	0.05	0.26	45686.48	87.8	22.83	13.36	7.02	-	1685.66
Estija	2.3	1.5	2.9	0.07	0.45	27735.14	67.5	20.57	20.72	13.43	70.33	587.94
Suomija	1.9	1.3	2.3	0.05	0.21	39422.65	84.4	21.81	18.23	12.93	-	-
Prancūzija	3.5	2.2	4.3	0.03	0.27	38058.87	79.8	24.11	6.34	12.09	160.11	999.73
Vokietija	3.1	2.1	3.7	0.04	0.45	44072.39	75.5	18.05	13.20	12.38	66.66	1323.07
Graikija	3.6	2.9	4.6	0.03	0.16	24263.88	78.3	19.33	34.86	30.33	23.36	353.68
Vengrija	5.3	3.5	5.9	0.04	0.41	25381.29	71.7	19.48	26.59	-	-	659.65
Islandija	1.6	0.9	2	0.02	0.26	45276.45	94.2	26.64	17.48	4.63	58.07	1626.8
Airija	3	2.3	3.6	0.04	0.34	62828.34	63.5	27.57	17.66	9.86	73.17	-
Italija	2.9	2.1	3.5	0.05	0.17	34620.13	69.1	18.31	21.19	29.01	75.05	634.19
Latvija	6.9	5.2	7.9	0.11	0.30	23712.09	67.4	19.46	35.13	12.67	-	508.09
Lietuva	3.3	2.5	5.2	0.10	0.33	27904.10	66.5	20.19	31.27	26.91	86.28	785.28
Liuksemburgas	1.5	0.9	1.9	0.02	0.33	97018.66	90.4	22.40	10.60	14.91	85.95	1230.12
Malta	5.1	4.4	6.4	0.07	0.22	35694.04	95.5	19.83	28.86	13.93	80.30	744.16
Nyderlandai	3.2	2.4	3.8	0.04	0.40	47128.31	91.0	22.53	5.22	9.54	78.50	-
Norvegija	2	1.5	2.6	0.08	0.34	63810.79	80.7	24.06	13.61	13.92	78.05	1720.93
Lenkija	4.5	3.1	5.2	0.03	0.26	26003.01	60.5	19.90	23.46	13.17	21.75	587.46
Portugalija	3	2	3.6	0.05	0.26	27006.87	64.0	19.13	26.84	17.80	56.83	629.31
Rumunija	9.7	6.3	11.1	0.07	0.56	21647.81	54.7	20.75	18.87	10.97	56.95	552.42
Slovakija	5.8	4.2	7.3	0.05	0.47	29156.09	53.5	20.44	22.54	-	-	607.81
Slovėnija	2.1	1.4	2.6	0.02	0.15	29803.45	49.6	19.33	12.07	26.22	49.78	838.08
Ispanija	3.5	2.8	4.1	0.03	0.21	33261.08	79.8	19.34	23.99	25.53	75.15	532.40
Švedija	2.4	1.6	3	0.05	0.21	46441.21	86.0	22.46	14.06	10.48	64.53	1192.12
JK	3.5	2.4	4.2	0.05	0.47	38901.05	82.8	23.30	9.73	15.10	79.57	867.61

MOCHA projekte, atliekant detalesnius ekonominių procesų ir veiksnių sąryšio tyrimus, regresinė analizė parodė, kad yra **statistiškai patikimas ryšys tarp BVP per capita augimo ir naujagimių bei vaikų mirtingumo rodiklių mažėjimo**. Pvz.: BVP vienam gyventojui padidėjimas 1% sumažina kūdikių mirtingumą 0,02 atvejo/1000 gyvų gimusių. Dar didesnė BVP augimo įtaka stebima vaikų iki 5 m. amžiaus mirtingumo rodikliams, ir kiek mažesnė – naujagimių mirtingumui. Pvz.: jei šalyje, kurioje kasmet gimsta 750 000 gyvų naujagimių, BVP vienam gyventojui padidėtų 1% , tai per metus išsaugotų 15-os naujagimių gyvybes.

Statistinė analizė taip pat parodė, kad vaikų mirtingumo rodiklių mažėjimui įtakos turi **medicinos personalo skaičius**. Naujagimių mirtingumui įtakos turėjo bendrųjų pediatrų ir

neonatologų skaičius: Pediatrių skaičiaus padidėjimas 1/100 000 gyventojų lėmė naujagimių mirtingumo sumažėjimą 0,017/1000 gyvų gimusių. Tuo tarpu BP gydytojų skaičiaus padidėjimas 1/100 000 gyv. sumažino naujagimių mirtingumą tik 0,008/1000 gyvų gimusių. Panašus statistiškai patikimas efektas stebimas ir vaikų iki 5 m. amžiaus mirtingumo statistikoje. Per du metus šis rodiklis dar labiau sumažėja. **Vidutinis pediatrių skaičius MOCHA šalyse yra apie 14/100 000 gyv.** Šalyje, kurioje per metus galėtų gimti 750 000 gyvų naujagimių, gydytojų skaičiaus padidėjimas 1 pediatru /100 000 gyv. siejamas su statistiškai patikimu naujagimių mirtingumo sumažėjimu: $750\,000/1000 \times 0.017 = 12,75$ mažiau naujagimių mirčių per metus. Be to, šis skaičius nepriklauso nuo naujagimių priežiūrai reikalingų technologijų prieinamumo.

Ryšys tarp BVP *per capita* ar pediatrių skaičiaus ir vyresnių vaikų bei paauglių iki 19 m. amžiaus mirtingumui nuo jautrių ambulatorinei priežiūrai vaikų būklių (cukrinio diabeto ir epilepsijos) buvo nustatytas, tačiau nežymus ir statistiškai nereikšmingas.

Augančios pacientų **priemokos už sveikatos paslaugas** (“out-of-pocket” mokėjimų dalis bendrose išlaidose sveikatai), statistiškai patikimai padidina naujagimių mirtingumo ir vaikų bei paauglių iki 19 m. mirtingumo nuo cukrinio diabeto (CD) rodiklius. Pacientų priemokų padidėjimas 1% nuo bendrųjų sveikatos išlaidų, padidina vaikų iki 19 m. mirtingumą nuo CD 0,002 mirčių/100 000 gyv. O mažesnės pacientų priemokos siejamos su mažesniu mirtingumu nuo CD ir epilepsijos. Naujagimių modelyje pacientų priemokų sumažėjimas 1% sumažino naujagimių mirčių skaičių 0.027/1000 gyvų gimusių.

Pirminės sveikatos priežiūros sistemos stiprumo vertinimas (stipri, vidutinė ar silpna) ir paslaugos teikėjo nuosavybės tipas bei finansavimo modelis neturėjo patikimos įtakos naujagimių, kūdikių ir vaikų iki 5 m. mirtingumui. Tačiau šalyse, kuriose yra didesnė 0-19 m. amžiaus populiacijos dalis, visų minėtų tipų vaikų mirtingumo rodikliai buvo didesni. Sveikatos sistemos įvairovė neturėjo ženklesnės įtakos vaikų mirtingumui, tačiau pastebėta, kad stipriausiomis įvertintose pirminės sveikatos priežiūros sistemose vaikų mirtingumas nuo CD ir epilepsijos buvo didesnis. Tai gali būti siejama su šių susirgimų didesniu paplitimu ekonomiškai geriau išsivysčiusiose šalyse.

Taigi, MOCHA tyrimas patvirtino ankstesnių tyrimų rezultatus, kad pirmųjų metų vaikų mirtingumo rodikliai žemesni tose EU ir EEE šalyse, kuriose geresnė ekonominė situacija (didesnis BVP *per capita*, didesnės bendrosios išlaidos sveikatai, mažesnės pacientų priemokos) bei didesnis dėmesys skiriamas gyventojų gerovei, tame tarpe ir didesnis pediatrių skaičius [Erdogan, Ener, Arica, 2013; Nixon, Ulmann, 2006; Rad ir kt., 2013].

1.10 Vaikų su kompleksinės priežiūros poreikiais atstovavimas Europoje

Naujagimių ir vaikų sveikatos priežiūros kokybės gerėjimas lemia, kad kompleksinių priežiūros poreikių turintys vaikai sulaukia suaugusiųjų amžiaus. Kiekvienas vaikas turi teisę į pačias geriausias sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau tai daug iššūkių sveikatos ir socialinės priežiūros sistemoms kelianti vaikų grupė. Jiems reikia greit kintančios ir atsakingos sveikatos ir socialinės priežiūros bei slaugos paslaugų ilga laiką. Tam būtina gera sistemos organizacija, paslaugų integracija ir koordinavimas. Net ir paprasti susirgimai, įprastai gydomi pirminėje grandyje, šiems vaikams turi būti vertinami kompleksinių sveikatos problemų kontekste. Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje dažnai neatsižvelgiama į tokių vaikų ir jų šeimų poreikius. Daug didesnis, nei įprastai, paslaugų kiekis lemia poreikį organizuoti paslaugas arčiau namų. Taigi, paslaugos turi būti suteikiamos pirminės sveikatos priežiūros centre ir bendruomenėje. Šios kompleksinės paslaugos yra aprašytos Luzi, Pecararo ir Tamburis 2016 m. MOCHA projekte buvo vertinama kompleksinės priežiūros poreikių turinčių vaikų ir jų tėvų situacija EU ir EEE šalyse. Vertinta siuntimų sistema, gydymo ir priežiūros standartai, duomenų integracija, tėvų įtraukimas į vaiko sveikatos priežiūrą ir multidisciplininės specialistų komandos egzistavimas bei galimybės. Kalbant su vaikais ir tėvais siekta išsiaiškinti, kaip jie jaučiasi pirminėje sveikatos priežiūros grandyje ir kaip vertina pirminio/antrinio lygio bendradarbiavimą. Atskirai tyrinėtos paslaugos, teikiamos psichikos sveikatos sutrikimų turintiems vaikams. ***Išskirti trys tokių vaikų priežiūros principai: prieinamumas, bendradarbiavimas teikiant priežiūrą ir veiksmingas integruotas paslaugų valdymas.***

Vaikams su kompleksiniais sveikatos priežiūros poreikiais/ negalia nustatyti tokie teikiamų paslaugų principai/standartai ***paslaugų prieinamumo srityje***:

- Vaikams turi būti pasiekama jų amžių atitinkanti sveikatos priežiūra.
- Turi būti būdas patekti pas ne skubios pagalbos gydytoją/savo šeimos gydytoją bendruomenėje 24 val./7 dienas per savaitę.
- Jei galima, kompleksinių sveikatos poreikių turinčius vaikus turėtų konsultuoti tas pats gydytojas ir slaugytoja.
- Vaikams ir jų šeimoms paremti steigiami bendruomenės kompleksinės globos centrai, kuriuose bendradarbiauja gyventojai ir specialistai.
- Bendruomenėje organizuojama techninė pagalba, padedanti tėvams rūpintis vaiku namuose
- E-sveikatos įrašai naudojami palaikant bendravimą ir priežiūros tęstinumą visose bendradarbiaujančiose bendruomenės paslaugų srityse.
- Vaikams ir jų tėvams prieinama bendruomenės vaistinė.
- Vaikams vykdomi profilaktiniai patikrinimai ir vystymosi/raidos vertinimas

- Apie visų patikrinimų rezultatus informuojamos visos vaiku besirūpinančios grandys ir tėvai/globėjai.
- Šeimoms organizuojamas transportas, kad negalią turintis ar nuo technologijų priklausomas vaikas galėtų lankyti dienos centrą, gauti sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas.
- Visa vaikui ir šeimai teikiama informacija turi būti pateikta suprantama kalba.
- Visa vaikui ir šeimai teikiama informacija turi būti kultūriškai priimtina.
- Esant ligos paūmėjimams/ūmioms medicininėms būklėms, turi būti tiesioginis patekimas į Vaikų skubios pagalbos ar intensyvios terapijos skyrių ir tiesioginis išrašymas iš jų.
- Vaikams turi būti prieinama ir savalaikė rehabilitacija.
- Vaikų paliatyviosios slaugos paslaugos turi būti prieinamos, kuomet reikia.
- Vaikams/tėvams turi būti prieinama atokvėpio paslauga.
- Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje turi būti galimybė atlikti greitą diagnostiką, kuri leistų anksti nustatyti sveikatos sutrikimus ir pradėti savalaikį gydymą.

Vaikams su kompleksiniais sveikatos priežiūros poreikiais/negalia teikiamų paslaugų principai/standartai ***bendradarbiavimo teikiant paslaugas srityje***:

- Išrašymo iš stacionaro koordinatorius, kuris planuoja vaiko ir šeimos grįžimą į bendruomenės/namų aplinką.
- Yra standartizuota sistema, nustatanti klinikinius vaiko poreikius išvykstant iš stacionaro į namus.
- Tėvai palaipsniui apmokomi rūpintis vaiku manuose
- Konsultuojantis su tėvais/globėjais ir sveikatos priežiūros komanda, sudaromas individualus vaiko priežiūros namuose planas.
- Vaikui paskiriamas koordinatorius, padedantis gauti multidisciplinines paslaugas bendruomenėje.
- Šeimos paramos grupės dalyvauja teikiant rekomendacijas namuose ir gaunant bendruomenines paslaugas.
- Yra standartizuotas brolių/seserų poreikių vertinimas
- Pasiekama psichologinė pagalba vaikui, broliams ir tėvams.
- Vaikai įtraukiami į nacionalines jų priežiūros gerinimo iniciatyvas.
- Duomenys renkami atsižvelgiant į vaiko patirtį/nuomonę apie priežiūrą.
- Duomenys renkami atsižvelgiant į tėvų, brolių/seserų patirtį/nuomonę apie priežiūrą.
- Paauglio perdavimo suaugusiųjų specialistams planas iš anksto sudaromas kartu vaikų ir suaugusiųjų specialistų.
- Duomenys apie perdavimą suaugusiųjų specialistams vertinami, atsižvelgiant į paauglio

patirtį perdavimo metu.

- Duomenys apie perdavimą suaugusiųjų specialistams vertinami, atsižvelgiant į tėvų/globėjų ir brolių/seserų patirtį perdavimo metu.

1.10.1 Veiksmingas integruotas paslaugų valdymas

Tai paslaugų kokybę užtikrinantis veiksnys, apimantis mechanizmų, lemiančių paslaugų prieinamumą šeimai bendruomenėje ir namuose, valdymą. EU ir EEE šalyse dažnai šio valdymo trūkumai siejami su teikiamų paslaugų netolygumo problemomis. Detaliau apie tai skaitykite Brenner ir kt., 2017, 2018.

Žemiau pateikiami vaikams su kompleksiniais sveikatos priežiūros poreikiais (KSPP) teikiamų paslaugų principai/standartai *integruoto paslaugų valdymo srityje*:

- Pirminės grandies medicinos personalas, iškilus klausimams dėl vaiko būklės ir priežiūros, turi galimybę konsultuotis su specialistais.
- Specialių kompetencijų turinčių slaugytojų funkcijos, slaugant specialių poreikių turintį vaiką, nustatomos namuose.
- Yra standartinė sistema įvertinti vaiko būklei namuose, įskaitant vaiko būklės blogėjimą.
- Yra standartizuota sistema vaiko perdavimui iš stacionaro į namus.
- Yra standartinė sistema, identifikuojanti visus vaiko sveikatos ir socialinius poreikius ir reikalingas paslaugas bei paslaugų tiekėjus.
- Sistemingai nustatomas visų savanoriškų/nevyriausybinių organizacijų pagalbos poreikis.
- Yra sistema, valdanti visas paslaugas, gaunamas vaiko namuose.
- Yra pirminės grandies medicinos personalo, besirūpinančio kompleksinių sveikatos paslaugų poreikių (KSPP) turinčiais vaikais, mokymai.
- Socialiniai darbuotojai, teikiantys paslaugas vaikams, yra tinkamai apmokyti.
- Egzistuoja kvalifikuotų sveikatos priežiūros darbuotojų, teikiančių paslaugas KSPP turintiems vaikams, išlaikymo politika.
- Yra nacionalinė vaikų su KSPP duomenų bazė.
- Tikrinama teikiamų paslaugų kokybė.
- Yra tarpvalstybinių iniciatyvų teikiant vaikams su KSPP paslaugas, kurių nėra vietiniuose centruose.
- Įdiegtos nacionalinės integruotos priežiūros programos stiprinti vaikų priežiūrai bendruomenėje ir namuose.
- Yra sveikatos priežiūros sistema mokyklose, padedanti teikti paslaugas vaikams su KSPP.
- Yra mokymai mokytojams ir pagalbiniam pedagoginiam personalui, teikiantiems paslaugas vaikams su KSPP.

- Ypatingas dėmesys skiriamas vaikų su negalia gerovei politikoje ir teisinėje bazėje.
- Sveikatos specialistams ir socialiniams darbuotojams, dirbantiems su bendravimo sunkumų turinčiais vaikais, užtikrinamas mokymas.

1.10.2 Psichikos sveikatos sutrikimų turintiems vaikams teikiamos paslaugos

Vaikai su kompleksiniais psichikos sveikatos poreikiais dažnai turi daugiau, nei vieną būklę ar sutrikimą, dėl kurių jiems reikia multidisciplininės pagalbos. Tai galima geriausiai įgyvendinti integruojant pagalbą, užtikrinant jos tęstinumą ir pasiekiamumą įvairiuose lygiuose. Vertinant tiek pirminės grandies, tiek ir specializuotą pagalbą, medicininius bei socialinius aspektus, dažniausiai pasirenkamos dvi standartinės būklės – Autizmo spektro sutrikimai (ASS) ir Aktyvumo ir dėmesio sutrikimo sindromas (ADSS) [*Lai, Lombardo, Baron-Cohen, 2013; Thaper, Cooper, 2015*].

Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje vertinant psichikos sveikatos priežiūrą, dažniausiai stebimi du kriterijai: tarpdisciplininis paslaugų koordinavimas ir visuomenės supratingumas platesniame kontekste. Paslaugų prieinamumas, paciento tėvų įtraukimas į gydymo procesą ir multidisciplininė priežiūra laikomi svarbiausiais koordinacijos reikalaujančiais veiksniais. Deja, paslaugų prieinamumas, tolygumas ir tęstinumas ASS ir ADSS atveju visoje Europoje dažnai sunkiai užtikrinamas dėl labai objektyvių priežasčių – specialistų trūkumo įvairiuose sveikatos priežiūros lygiuose.

Vaikų, turinčių ASS ar ADSS, priežiūra yra ilgalaikė ir apima daugelį sveikatos bei socialinės priežiūros sričių. Dažnai visi šie specialistai dirba atskiruose skyriuose ar net atskirose įstaigose. Tačiau geras įvairių sričių specialistų bendradarbiavimas ne tik patikimai pagerina vaikų ligų išėitis, bet ir palengvina pačių specialistų darbą. MOCHA 2018 dokumente pateikiama daug svarbių veiksnių pirminėje sveikatos priežiūroje, specialistų darbe bei mokyklose, gerinančių vaikų gydymo ir specialistų darbo rezultatus. MOCHA projekto rezultatai rodo, kad kompleksinės priežiūros poreikių turintiems vaikams net nedideli įprasti susirgimai gali pasireikšti neįprastai ir turi būti gydomi, atsižvelgiant į patologijos kompleksiskumą. Deja, sveikatos ir socialinių paslaugų integracija yra nepakankama daugelyje ES ir EEE šalių. Vis dėl to EU yra situacijos tobulinimo iniciatyvų, akcentuojančių 1) bendravimą su šeima ir vaikų bei šeimos poreikių išsiaiškinimą, 2) paslaugų prieinamumo didinimą bei 3) multidisciplininės priežiūros sistemos tobulinimą. Taip pat atkreipiamas dėmesys į paslaugų fragmentaciją tiek pirminiame, tiek ir antriniame sveikatos priežiūros lygyje ir atidžios koordinacijos poreikį. Specialistų kvalifikacija taip pat gali būti svarbus veiksnys gydant netipiskus ligų pasireiškimus šiems pacientams. Didelis visuomenės ir politikų dėmesio psichikos sveikatai trūkumas gali trukdyti optimaliam tarpsektoriniam bendradarbiavimui ir socialinių paslaugų poreikio užtikrinimui.

1.11 Sveikatos priežiūra mokykloje

Sveikatos priežiūra mokykloje laikoma tarpine grandimi tarp mokyklos ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos. Mokykloje teikiamos sveikatos paslaugos yra unikalios, nes tiesiogiai atspindi vaikų ir paauglių poreikius. Geras mokyklos ir pirminės sveikatos priežiūros grandies bendradarbiavimas lemia geresnę paslaugų vaikams koordinavimą ir geresnius vaikų sveikatos ir mokslo rezultatus.

Mokyklos sveikatos priežiūros paslaugos (MSPP) moksleiviams apima ne tik sveikatos priežiūros specialistų, bet ir socialinių darbuotojų, odontologų, psichologų, konsultantų teikiamas paslaugas. MSPP tikslas yra sveikos gyvensenos propagavimas, ligų prevencija, ankstyva ligų diagnostika ir ligų kontrolė.

Mokyklos sveikatos paslaugos (MSP) yra labai svarbios, nes:

- MSP pasiekia didelę vaikų grupę ir gali turėti įtakos jų gyvenimo būdai bei sveikos gyvensenos formavimui įvairiais gyvenimo etapais [*Baltag, Pachyna, Hall, 2015; Bersamin, Garbers, Gaarde, Santelli, 2016*].
- Esama įrodymų, kad mokyklose mokiniai mieliau eina pas medikus, o tai jiems palengvina galimybę gauti sveikatos paslaugas [*Anderson, Lowen, 2010; Bersamin ir kt., 2016; Bains, Diallo, 2016*].
- Geros kokybės MSP siejama su geresniais sveikatos ir mokymosi rezultatais probleminiams mokiniams [*Bersamin ir kt., 2016; Knopf ir kt., 2016*].
- MSPP gali būti labai svarbi lėtinėmis ligomis sergantiems mokiniams (pvz. cukriniu diabetu). Integruota priežiūra sumažina praleistų dėl ligos pamokų skaičių [*Leroy, Wallin, Lee, 2017*]. Gerai dirbant MSP, mažėja mokinių vizitų į skubios pagalbos skyrius bei stacionarą [*Bersamin et al., 2016*].

PSO yra pateikusi MSP kokybės standartus ir reikalavimus specialistų kompetencijoms [*Hoppenbrouwer ir kt., 2014*], kurie užtikrintų kokybišką mokinių ir paauglių sveikatos priežiūrą mokyklose. Pagrindiniai MSPP kokybės standartai:

1. Kiekviena šalis turi turėti parengtus teisės aktus, užtikrinančius tarpsektorinį sveikatos ir švietimo ministerijų bendradarbiavimą ir aprašančius paslaugų turinį bei sąlygas, teikiant MSP paslaugas mokiniams.
2. MSPP teikėjai laikosi vaikams ir paaugliams palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo principų ir taiko juos tinkamu būdu visuose vaiko vystymosi etapuose ir visose amžiaus grupėse. Turi būti laikomasi paslaugos prieinamumo, teisingumo, tolygumo ir priimtino principų, bendradarbiaujama su tėvais.
3. MSPP kabineto įranga, personalo kvalifikacija ir duomenų valdymo sistemos turi būti

pakankamos, kad MSP galėtų siekti savo tikslų.

4. Bendradarbiavimas tarp MSP darbuotojų, mokytojų, mokyklos administracijos, tėvų ir vaikų, bei vietos bendruomenės veikėjų (įskaitant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų centrus) turi būti aiškiai apibrėžtas, reglamentuojant atitinkamas atsakomybes.
5. MSPP kabineto darbuotojai turi aiškius pareigybių aprašymus, tinkamas kompetencijas ir įsipareigojimus siekti MSPP kokybės standartų.
6. Aiškiai apibrėžtas MSPP kabineto teikiamas paslaugų paketas, grindžiamas prioritetiniais visuomenės sveikatos klausimais, taikant įrodymais pagrįstus protokolus ir metodikas. Paslaugų paketas apima sveikos gyvensenos skatinimą ir individualius vaikų poreikius atitinkančias paslaugas.
7. Yra sukurta duomenų valdymo sistema, padedanti saugiai naudoti individualius sveikatos duomenis, stebėti sveikatos tendencijas, įvertinti MSPP kokybę bei panaudoti duomenis moksliniams tyrimams.

MOCHA projekte buvo vertinamos ES ir EEE šalių mokyklose teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos bei jų atitinkimas PSO kokybės standartams ir pirminės sveikatos priežiūros kokybės standartams, nors pastarieji yra orientuoti į suaugusius pacientus. Visos 30 ES ir EEE šalių turėjo MSPP, tik Ispanijoje ir Čekijos Respublikos jos buvo teikiamos kitokius metodu.

Dauguma šalių turėjo nacionalinius teisės aktus, reglamentuojančius tarpinstitucinį bendradarbiavimą bei nacionalinio ir regioninio lygmens atsakomybes. Pusė šalių turėjo patvirtintus MSP infrastuktūros, įrangos, personalo ir duomenų valdymo reikalavimus. Tik pusė šalių turėjo kruopščias ir aiškias rekomendacijas darbui su sudėtingais ir probleminiais moksleiviais. Galima teigti, kad visose šalyse MSP prieinamumas yra pakankamas. Tačiau tam gali turėti įtakos skirtingi paslaugos teikimo modeliai: pačios mokyklos organizuojamos MSPP; atskirų sveikatos sistemos struktūrų teikiama priežiūra arba pirminės sveikatos priežiūros sistemos teikiamos paslaugos. Daugumoje šalių naudojama mišri MSPP sistema. Pvz. mokyklos organizuojamų ir pirminės priežiūros centro teikiamų paslaugų mišinys yra Estijoje, Suomijoje ir Lenkijoje, o Vokietijoje, Airijoje ir Portugalijoje MSP paslaugas teikia atskira sveikatos sistemos organizacija. Baltag ir Levi 2013 m. iškėlė hipotezę, kad paslaugos priartinimas prie moksleivių (mokykloje organizuojamos MSPP) gali padidinti paslaugos prieinamumą ir pasiekiamumą. Visų ES ir EEE šalių MSPP analizė pateikta 3 priede.

20-tyje iš 30-ties valstybių mokykloje sveikatos priežiūros paslaugas teikia gydytojas (su komanda ar be jos), tiesa, dažniausiai dirbdamas ne pilnu krūviu, kelias dienas per savaitę. Beveik visos Europos šalys susiduria su medicinos personalo trūkumu mokyklose.

MOCHA projekto tyrėjai palygino 30 valstybių duomenis su PSO pateiktu „auksiniu standartu“ MSPP kokybei ir personalo kompetencijoms [Hoppenbrouwers ir kt., 2014]. Konstatuota, kad

dauguma šalių atitinka didžiąją dalį reikalavimų vertinant nacionalinio ir vietos valdymo atsakomybių pasiskirstymą, sveikatos ir švietimo vadovų bendradarbiavimą, infrastruktūrą, valdymą ir darbą multidisciplininėse komandose. Vis dėl to konstatuota, kad dvi problemos kelia nerimą:

Pirmoji – politinės strategijos stoka užtikrinant kokybišką ir pakankamą įrangą, personalą bei duomenų valdymą, kurie leistų MSPP siekti savo tikslų. Tai lemia ir specialistų trūkumą bei nepakankamą jų kvalifikaciją. Tik pusėje valstybių yra rengiami atitinkamos specializacijos specialistai.

Antroji problema – MSP paslaugas teikiančių specialistų, mokytojų, mokyklų administracijų, tėvų, vaikų ir vietos bendruomenės prastas bendradarbiavimas. Tik pusė iš 30 valstybių turi oficialias MSPP ir pirminės sveikatos priežiūros bendradarbiavimo bei tarpdisciplininio darbo rekomendacijas. Tik pusė respondentų nurodė mokyklose dirbant multidisciplinines komandas, bet ir čia jos dažniausiai buvo sudarytos tik iš mokyklos gydytojo ir mokyklos slaugytojo.

Apibendrinus rezultatus, MOCHA projekto tyrėjai pateikia rekomendacijas mokyklų sveikatos priežiūros paslaugoms:

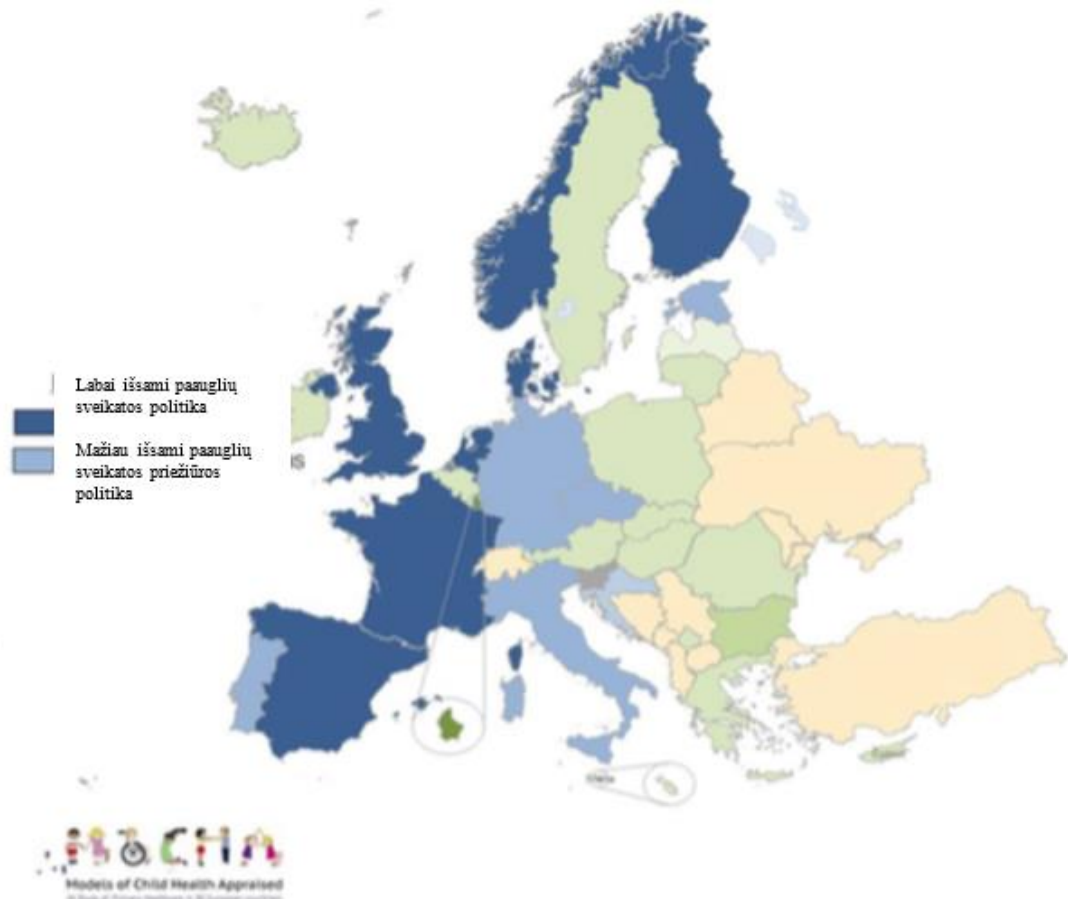
1. Europos šalys privalo daugiau investuoti ne tik į specialistų skaičių, bet ir į jų adekvatų parengimą, kad būtų užtikrinti specifiniai mokyklinio amžiaus vaikų ir paauglių poreikiai [Ambresin, Bennett, Patton, Sancı, Sawyer, 2013; Paauglių komitetas, 2008; Farre, Wood, Rapley, Parr, Reape, McDonagh, 2015; Michaud, 2015; Michaud, Weber, Namazova-Baranova, 2018].
2. Europos šalys privalo investuoti į mokyklos ir pirminės sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą. Tai ypač svarbu lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, nes manoma, kad PSP medicinos darbuotojų, antrinio lygio specialistų ir mokytojų efektyvus bendradarbiavimas gyvybiškai svarbus lėtinių pacientų optimaliam gydymui, kokybiškam švietimui bei atokiems mokinių sveikatos rezultatams [Baltag, Levi, 2013; Hunt, Barrios, Telljohann, Mazyck, 2015; Kamionka, Taylor, 2017; Kringos et al., 2013]. MSPP ir visuomenės sveikatos sektoriaus bendradarbiavimas užtikrintų geriau integruotas bei koordinuotas, priimtinesnes vaikams paslaugas.
3. Svarbus šeimų įtraukimas į mokyklose veikiančią sveikatos priežiūros sistemą, jos planavimą, įdiegimą ir paslaugų plėtrą [Anderson, Lowen, 2010; Brenner ir kt., 2017; Ingram, Salmon, Young, 2010]. Mokinių ir paauglių įtraukimas yra būtina sąlyga, norint sumažinti rizikos veiksnius ir optimaliau prisitaikyti prie vaikų ir paauglių poreikių [Brenner ir kt., 2017; Jourdan ir kt., 2016].

1.12 Pirminė paauglių priežiūra

Paauglystės metu formuojasi jaunuolio identitetas, stiprėja nepriklausomybės bei autonomijos poreikis, didėja rizikos poreikis, asmuo bręsta psichologiškai ir fiziškai. Valdyti šiuos pokyčius gali tik priimtina paaugliui sveikatos priežiūros sistema. Paaugliai nurodo, kad čia jiems svarbus paslaugų prieinamumas, personalo atidumas, nuoširdus bendravimas, medikų kompetencijos ir patirtis, konfidencialumas ir tęstinė priežiūra; taip pat paauglių amžių atitinkanti aplinka, pagarbus elgesys ir tvirtas bendruomenės palaikymas. MOCHA tyrimo metu nustatyta, kad tik pusė šalių yra priėmusios paaugliams adaptuotą sveikatos priežiūrą reglamentuojančius teisės aktus ar metodikas, o daugumos šalių paauglių sveikatos priežiūra neatitinka keliamų kokybės reikalavimų. Pavyzdžiui, neužtikrinama neatidėliotina psichikos sveikatos priežiūra, ribotos galimybės reaguojant į gyvybei pavojingą elgesį. Dauguma šalių užtikrina kontracepcijos prieinamumą, tačiau specializuota nėščių paauglių priežiūra sunkiai pasiekiamą. Reikia gerinti paslaugų prieinamumą pažeidžiamų grupių paaugliams. Paslaugos turi būti tinkamai viešinamos, kad paaugliai jomis naudotųsi.

Vertinant valstybių pasirengimą teikti paaugliams priimtinas sveikatos priežiūros paslaugas, buvo naudojamas Paaugliams Draugiškų sveikatos priežiūros paslaugų klausimynas (*Adolescent Friendly Health Services and Care (AFHSC) guidelines*). Iš 30 šalių, 13 atsakė, kad remiasi šiomis gairėmis ir jas yra adaptavusios nacionaliniu lygmeniu. Tačiau į klausimą apie specializuotas paslaugas paaugliams atsakę 16 valstybių pripažino, kad specializuoti centrai veikia tik atskiruose miestuose, o ne visuose šalies rajonuose. Daugelis šių šalių nurodė dirbant multidisciplinines komandas, o 11 iš 16-os vykdė oficialius specialistų mokymus.

1.7 paveiksle pavaizduotos Europos šalys, sukūrusios išsamią paauglių sveikatos politikos sistemą (*daugiau informacijos – Jansen ir kt., 2018*).



Šaltinis: MOCHA

1.7. pav. Europos šalys, sukūrusios išsamią paauglių sveikatos politikos sistemą

1.12.1 Paauglių teisės ir etikos aspektai

Paauglių nurodomas konfidencialumas ir privatumas, teikiant paslaugas, akcentuojamas daugelyje Europos šalių, tačiau tik 13 iš 30-ties turėjo patvirtintus oficialius teisės aktus ar strategijas, kuriomis buvo sprendžiami konfidencialumo klausimai. Tik 9-iose valstybėse yra gairės, numatančios kaip vertinti jauno asmens kompetencijas. 20-ties šalių paaugliai turi teisę konsultuotis su gydytoju nedalyvaujant tėvams. Beveik tiek pat šalių paaugliai gali pasirinkti gydytoją. 14-oje valstybių kompetentingi paaugliai turi teisę atsisakyti gydymo ar pasirinkti iš siūlomų alternatyvų.

1.12.2 Psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas ir lytinės bei reprodukcinės sveikatos priežiūra

Paauglio psichikos sveikatos aktualijomis dažnai tampa elgesio sutrikimai, smurtas, depresija, savęs žalojimas bei savižudybės [Nair ir kt., 2015; Potrebny, Wijum, Lundegard, 2017; Patton ir kt., 2012; Steinberg ir kt., 2017]. Dauguma Europos šalių (N=23) turi savižudybių prevencijos programas. Panašiam šalių skaičiui savižudybių ar psichikos sveikatos sutrikimų kontrolei užtikrinamas vienos dienos vizitas pas specialistus. Tačiau tik trečdalis valstybių turi paauglių psichikos sveikatos sutrikimų stebėjimo gaires pirminės sveikatos priežiūros specialistams (N=10).

Tik 7-ių šalių ambulatorinės pirminės sveikatos priežiūros profilaktiniuose patikrinimuose yra numatytas sistemingas elgesio ir pavojingų situacijų vertinimas. Kokybiško paauglių psichikos sveikatos ir lytinės bei reprodukcinės sveikatos paslaugų valdymo rodikliai pateikiami 1.8 lentelėje.

1.8. lentelė. Kokybiško paauglių psichikos sveikatos ir lytinės bei reprodukcinės sveikatos paslaugų valdymo rodikliai

Valstybė	Kokybės valdymo infrastruktūra	
	PSPC egzistuoja jaunuolių psichikos sveikatos būklių atrankos gairės	Paauglių nėštumo priežiūros metodikos/gairės pirminės sveikatos priežiūros specialistams
Austrija	Ne	Ne
Belgija	Neaišku	Ne
Bulgarija	Taip	Ne
Kroatija	Taip	Ne
Kipras	Ne	Ne
Čekijos Respublika	Taip	Ne
Danija	Ne	Taip
Estija	Taip	Taip
Suomija	Taip	Taip
Prancūzija	Neaišku	Taip
Vokietija	Taip	Ne
Graikija	Taip	Ne
Vengrija	Ne	-
Islandija	Ne	Ne
Airija	Taip	Taip
Italija	Taip	Ne
Latvija	Ne	Ne
Lietuva	Neaišku	Ne
Liuksemburgas	Ne	Ne
Malta	Ne	Ne
Nyderlandai	Taip	Ne
Norvegija	Ne	Ne
Lenkija	Ne	Taip
Portugalija	Taip	Ne
Rumunija	Ne	Ne
Slovakija	Ne	Ne
Slovėnija	Taip	Ne
Ispanija	Taip	Taip
Švedija	Ne	Ne
Jungtinė Karalystė (angl.)	Taip	Taip

Visose 30 Europos šalių paaugliai gali gauti skubią kontracepciją. 16 šalių tam yra keletas galimybių (vaistinės, sveikatos centrai, PSPC, skubios pagalbos skyriai). Visose šalyse paaugliams užtikrintas nėštumo testų ir beveik visose (N=22) – prezervatyvų pasiekiamumas. Tačiau tik 17-oje valstybių įrengiami lytinės ir reprodukcinės sveikatos centrai ir tik 14-oje paaugliai gali konsultuotis pas gydytoją be tėvų žinios.

Taigi, nepaisant to, kad pusė Europos šalių adaptavo strategijas ir gaires, jog užtikrintų visų paauglių lygų patekimą konsultacijoms pas specialistus, jautrios paauglių grupės realybėje lieka už

šių kokybės standartų ribos.

Būtina, kad visos Europos šalys ne tik patvirtintų politikas ir strategijas, bet ir realiai siektų paaugliams palankių, prieinamų bei kokybiškų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų. Įgyvendinant šiuos tikslus, turėtų būti kuriamos jaunimo klinikos ir organizuojamos Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos jaunimui svarbiais klausimais. Kol kas nei viena šalis neužtikrina daugybės paauglių sveikatos priežiūros aspektų. Visos Europos šalys, o ypač neturinčios stiprios paauglių sveikatos priežiūros strategijos (Kipras, Vengrija, Islandija, Latvija, Lietuva, Malta, Lenkija, Rumunija ir Slovakija), turi dar daug nuveikti tobulinant paauglių sveikatos priežiūrą įvairiomis kryptimis.

- Gydytojai, ypač mokslinių organizacijų nariai ir visuomenės sveikatos aktyvistai, privalo pasisakyti už paauglių sveikatos priežiūros svarbą. Svarbu informuoti politikus ir specialistus apie šio gyvenimo laikotarpio svarbą bei paauglių sveikatos įtaką likusiam jų gyvenimui.
- Siekiant užkirsti kelią pavojingam elgesiui, PSP specialistų pareiga ir atsakomybė yra remti sveikų įpročių formavimą [*Patton, Ross Santelli, Sawyer, Viner, Kleinert, 2014; Patton ir kt., 2016; World Health Organization, 2017*]. Šalys turi parengti strategijas, kurios pagerintų paslaugų prieinamumą pažeidžiamoms paauglių grupėms, ypač psichikos sveikatos ir lytinės bei reprodukcinės sveikatos srityse. Mokyklos, ambulatorijos ir ligoninės turėtų užtikrinti “žemo slenksčio” visapusiškas sveikatos paslaugas šiems paaugliams.
- Net ir laikantis įrodymais pagrįstų standartų, paslaugos nebus veiksmingos, jei jaunuoliai nebus informuoti apie jų turinį ir pasiekiamumą. Tiek švietimo, tiek ir sveikatos sistemų uždavinys yra padėti jauniems žmonėms suprasti savo teises ir atsakomybę už savo sveikatą.
- Vienas geriausių būdų pagerinti paslaugų kokybę yra personalo mokymai ir jų kvalifikacijos kėlimas [*Michaud ir kt., 2017*].

1.13 Specialistų profesinis rengimas ir mokymai

Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje dirbantys gydytojai ir slaugytojos turi rūpintis labai plačiu problemų ratu: profilaktika, pacientų mokymu bei rekomendacijomis, o taip pat fizinių bei psichinių susirgimų diagnostika, gydymu ir valdymu. MOCHA analizė parodė, kad vaikų sveikatos atokieji rezultatai tiesiogiai priklauso nuo pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančio personalo skaičiaus. Be to, didelę reikšmę turi mokėjimas bendrauti su vaiku nekeliant streso, įtraukiant pacientą ir jo šeimą į problemos sprendimą ir autoritetingai išaiškinant situaciją. Tam reikalingas specialus pasirengimas ir įgūdžiai.

Daugumoje Europos šalių pirminės sveikatos priežiūros komanda susideda iš įvairių profesijų darbuotojų, turinčių skirtingus įgūdžius ir atliekančių skirtingus vaidmenis. MOCHA duomenimis, tai bendrosios praktikos gydytojai (BPG), slaugytojos, bendruomenės pediatrai (įskaitant

neonatologus, bet neįskaitant vaikų specialistų – vaikų psichiatrų, kardiologų, chirurgų ir kt.). Visų apklausoje dalyvavusių Europos šalių pirminės grandies komandose dirbančio personalo skaičius ir sudėtis pateikti 1.9 lentelėje.

1.9. lentelė. Europos šalių pirminės sveikatos priežiūros komandose dirbančio personalo skaičius ir sudėtis

Šalis	BVP vienam gyventojui: PGP, \$, (2016) ^a	Sveikatos išlaidos vienam gyventojui PGP konstanta 2011 tarpt. \$ (2014) ^b	Populiacija. Iš viso (2016)	Asmenų iki 19 m. dalis (%) (2016)	Vaikų ligų gydytojų Skaičius/ 100 000 gyv. (2013) ^b	BPG skaičius/ 100 000 gyv. (2013) ^b	Slaugytojų PP / 100 000 gyv. (2013) ^b
Austrija	44,143.70	5038.88	8 712.137	19.22	16.21	76.95	803.09
Belgija	41,945.69	4391.60	11358.379	22.57	12.65	111.67	...
Bulgarija	17,709.08	1398.88	7 131.494	18.27	19.93	62.93	491.82
Kroatija	21,408.55	1652.12	4 213.265	20.28	18.52	53.72	658.48
Kipras	31,195.51	2062.37	1 170.125	23.44	...	...	512.92
Čekijos Respublika	31,071.75	2146.32	10 610.947	19.43	12.33	70.33	841.28
Danija	45,686.48	4782.06	5 711.870	22.83	7.02	...	1685.66
Estija	27,735.14	1668.31	1 312.442	20.57	13.43	70.33	587.94
Suomija	39,422.65	3701.14	5 503.132	21.81	12.93	...	...
Prancūzija	38,058.87	4508.13	64 720.690	24.11	12.09	160.11	999.73
Vokietija	44,072.39	5182.11	81 914.672	18.05	12.38	66.66	1323.07
Graikija	24,263.88	2098.05	11 183.716	19.33	30.33	23.36	353.68
Vengrija	25,381.29	1826.68	9 753.281	19.48	...	...	659.65
Islandija	45,276.45	3881.70	332.474	26.64	4.63	58.07	1626.8
Airija	62,828.34	3801.06	4 726.078	27.57	9.86	73.17	...
Italija	34,620.13	3238.89	59 429.938	18.31	29.01	75.05	634.19
Latvija	23,712.09	940.30	1 970.530	19.46	12.67	...	508.09
Lietuva	27,904.10	1718.02	2 908.249	20.19	26.91	86.28	785.28
Liuksemburgas	97,018.66	6812.08	575.747	22.40	14.91	85.95	1230.12
Malta	35,694.04	3071.63	429.362	19.83	13.93	80.3	744.16
Nyderlandai	47,128.31	5201.70	16 987.330	22.53	9.54	78.5	...
Norvegija	63,810.79	6346.62	5 254.694	24.06	13.92	78.05	1720.93
Lenkija	26,003.01	1570.45	38 224.410	19.90	13.17	21.75	587.46
Portugalija	27,006.87	2689.94	10 371.627	19.13	17.8	56.83	629.31
Rumunija	21,647.81	1079.26	19 778.083	20.75	10.97	56.95	552.42
Slovakija	29,156.09	2179.05	5 444.218	20.44	...	...	607.81
Slovėnija	29,803.45	2697.67	2 077.862	19.33	26.22	49.78	838.08
Ispanija	33,261.08	2965.82	46 347.576	19.34	25.53	75.15	532.4
Švedija	46,441.21	5218.86	9 837.533	22.46	10.48	64.53	1192.12
JK	38,901.05	3376.87	65 788.574	23.30	15.1	79.57	867.61

^a Pasaulio bankas, *Tarptautinės palyginimo programos buomenų bazė*

^b PSO Bendrų sveikatos išlaidų duomenų bazė

^c JT, *Ekonomikos ir socialinių reikalų komitetas, Populiacijos padalinys (2017).*

BVP – bendrasis vidaus produktas

PGP – perkamosios galios paritetas (PPP - Purchasing Power Parity)

Nacionaliniu lygmeniu, BVP vienam gyventojui (pripažintas šalies gyvenimo lygmens rodiklis), stipriai koreliuoja su išlaidomis sveikatai vienam gyventojui (Pearson korel. koef. 0,92). Taigi, didžiausią BVP turinčios šalys daugiausiai išleidžia sveikatai (Liuksemburgas, Norvegija), o mažiausią BVP turinčios – sveikatai išleidžia mažiausiai (Rumunija, Latvija). Tai pat stebimas tiesioginis ryšys tarp personalo skaičiaus ir sveikatos išlaidų, tačiau jis taip pat priklauso nuo kitų sveikatos sistemos ypatumų. Pvz., pirmine sveikatos priežiūra grindžiama sveikatos sistema turės daugiau BPG ir bendruomenės pediatrų, o mažiau gydytojų specialistų, tačiau tokiose šalyse vaikams teks mažiau bendruomenės pediatrų. Slaugytojų skaičius stipriai koreliuoja su sveikatos išlaidomis vienam gyventojui, o BPG - ne taip stipriai. **Lyginant skirtingus sveikatos sistemų modelius (vaikus prižiūri BPG, pediatrai ar mišrus modelis), pediatrų skaičiaus/100 000 gyventojų aspektu, aiškiai matyti, kad šalyse, kur egzistuoja BPG paremta sveikatos sistema, nespecializuotų pediatrų skaičius ryškiai mažesnis (1.9 lentelė). Tuo tarpu šalyse, kuriose vaikų sveikatos priežiūrą vykdo pediatrai, dažniau turi mažesnę BVP (išskyrus Vokietiją), taigi stebimas atvirkštinis ryšys tarp išlaidų sveikatai ir pediatrų skaičiaus (Pearson korel. koef. - 0,208).**

EAP prezidento prof. A. Tenore 2013 m. duomenimis, vaikų sveikatos priežiūrą patikėjus BPG, o ne pediatrai, sveikatos priežiūros išlaidos išauga dvigubai (1.8 pav.). Taip yra todėl, kad skiriami nereikalingi tyrimai, siuntimai konsultantams, nekokybiškas gydymas, ignoruojama profilaktika. Negalintis išspręsti iškilusių sveikatos problemų gydytojas valstybei kainuoja brangiai.

Išlaidos vaikų sveikatos priežiūrai Moliso regione, Italijoje 2009 m.



Jei kiekvienas vaikas nuo 6 iki 16 m. būtų prižiūrimas tik BPG arba pediatro:

Išlaidos:	BPG	PEDIATRAS
Tyrimai/konsultacijos	596,265.90	472,700.15
Receptai/hospitalizacijos	3,735,292.66	1,846,103.07
Veiklos išlaidos per metus už visus prižiūrimus vaikus	4,331,558.56	2,318,659.04
Paslaugos įkainis, sumokamas už vieno vaiko konsultaciją	BPG: € 58.13	Pediatras: € 83.65
	1,773,604.43	2,552,245.15
Išlaidos per metus Viso	6,105,162.99	4,870,904.19

Tenore A, 2013

Šaltinis: sudaryta pagal A. Tenore, 2013

1.8. pav. Išlaidos vaikų sveikatos priežiūrai Italijoje, priklausomai nuo prižiūrinčio gydytojo

1.10. lentelė. Pediatrių tankis šalyse, priklausomai nuo sveikatos sistemos modelio MOCHA projekto duomenimis (2013 m.)

Sveikatos sistemos modelis	Daugiau, nei 20 pediatrų/ 100 000 gyv.	Mažiau, nei 20 pediatrų/100 000 gyv.
Vaikai prižiūrimi BPG		Bulgarija, Danija, Estija, Suomija, Airija, Malta, Nyderlandai, Norvegija, Portugalija, Rumunija, JK
Vaikus prižiūri pediatrai	Graikija, Italija, Slovėnija, Ispanija	Kroatija, Čekija, Vokietija
Mišri sistema	Lietuva	Austrija, Belgija, Islandija, Prancūzija, Latvija, Liuksemburgas, Lenkija, Švedija.

1.10 lentelėje pateikti Lietuvos duomenys per 6 metus labai pasikeitė. Lietuvos Respublikoje Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis 2011 m. tik vaikų ligų gydytojo licenciją turėjo 1057 gydytojai, o 2018 m. 527 vaikų ligų gydytojai dirbo 744,48 etatuose, iš jų 380,72 ambulatorinėje grandyje. Yra žinoma, kad:

- 2011 m. buvo virš 420 pirmo tipo (pediatrinių) apylinkių.
- Registruota 2150 gydytojų, turinčių šeimos gydytojo licenciją, iš jų 213 (9,91%) turėjo vaikų ligų gydytojo licenciją.
- Prognozuota, kad 2017 m. iš vaikų ligų gydytojo profesinės veiklos pasitrauks ~540 (51%) vaikų ligų gydytojų.
- Mažėja pediatrų, dirbančių pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, skaičius. Pirminės sveikatos priežiūros gydytojų komandoje 2010 m. dirbo 429, 2015 m. – 368 vaikų ligų gydytojai, 2019 m. pirminėje grandyje jų galėtų dirbti apie 250.

Eurostato duomenimis (1.11 lentelė), 2008-2016 m. Europoje pediatrų skaičius mažėjo tik Lietuvoje, Latvijoje ir Estijoje. Kitose Europos šalyse jų daugėjo, kai kuriose - beveik dvigubai (Ispanija, Airija, Kroatija).

1.11. lentelė. Pediatrių skaičius Europoje kitimai 2008 – 2016 m.

Metai	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Šalis										
Belgija	1,269.00	1,301.00	1,332.00	1,350.00	1,378.00	1,414.00	1,429.00	1,482.00	1,532.00	:
Bulgarija	1,405.00	1,381.00	1,425.00	1,423.00	1,426.00	1,448.00	1,459.00	1,420.00	1,467.00	:
Čekijos Respublika	1,266.00	1,273.00	1,262.00	1,323.00	1,285.00	1,296.00	:	:	:	:
Danija	364.00	378.00	373.00	381.00	389.00	394.00	420.00	419.00	:	:
Vokietija	12,301.00	12,357.00	12,576.00	12,854.00	13,047.00	13,227.00	13,295.00	13,567.00	13,677.00	:
Estija	190.00	192.00	168.00	163.00	161.00	179.00 ⁽²⁾	167.00	172.00	173.00	:
Airija	217.00	233.00	262.00	509.00 ⁽³⁾	455.00	453.00 ⁽³⁾	419.00 ⁽³⁾	421.00	445.00	451.00
Graikija	3,225.00	3,308.00	3,279.00	3,293.00	3,326.00	3,326.00	3,963.00 ⁽²⁾	4,035.00	4,133.00	:
Ispanija	6,215.00 ⁽⁴⁾	6,237.00 ⁽⁴⁾	11,728.00 ⁽⁴⁾	12,037.00	12,029.00	11,896.00	12,070.00	12,067.00	12,162.00	:
Prancūzija	7,125.00	7,134.00 ⁽²⁾	7,232.00	7,450.00 ⁽²⁾	7,615.00	7,710.00	7,861.00	8,007.00	8,099.00	:
Kroatija	337.00	743.00 ⁽²⁾	754.00	754.00	752.00	788.00	798.00	827.00	842.00	:
Italija	17,134.00 ⁽⁴⁾	17,122.00 ⁽⁴⁾	17,197.00 ⁽⁴⁾	17,475.00 ⁽⁴⁾	17,270.00	17,472.00	17,495.00	17,211.00	17,651.00	17,508.00 ⁽²⁾
Kipras	:	:	:	:	:	:	238.00	242.00	246.00	:
Latvija	306.00	287.00	271.00	273.00	249.00	255.00	256.00	246.00	246.00	:
Lietuva	904.00	854.00	828.00	855.00 ⁽²⁾	835.00	796.00	778.00	760.00	751.00	:
Liuksemburgas	77.00	78.00	83.00	82.00	83.00	81.00	84.00	91.00	92.00	98.00
Vengrija	:	1,565.00	2,665.00	:	:	:	:	:	:	:
Malta	51.00	55.00	59.00	55.00	63.00	59.00	68.00	74.00	76.00	81.00
Nyderlandai	1,398.00	1,424.00	1,484.00	1,500.00	1,556.00	1,603.00	1,645.00 ⁽²⁾	1,682.00	1,711.00	:
Austrija	1,135.00	1,164.00	1,234.00	1,273.00	1,303.00	1,374.00	1,440.00	1,498.00	1,335.00 ⁽²⁾	:
Lenkija	4,641.00	4,588.00	4,721.00	4,812.00	4,880.00	5,008.00	5,143.00	5,210.00	5,533.00	:
Portugalija	1,505.00	1,542.00	1,584.00	1,648.00	1,773.00	1,861.00	1,914.00	1,973.00	2,032.00	:
Rumunija	2,319.00 ⁽⁴⁾	2,503.00	2,298.00 ⁽²⁾	2,278.00	2,402.00	2,452.00	2,501.00	2,566.00	2,598.00	:
Slovėnija	485.00	498.00	490.00	496.00	524.00	540.00	574.00	587.00	605.00	:
Suomija	517.00	519.00	692.00 ⁽⁴⁾	726.00 ⁽⁴⁾	788.00 ⁽⁴⁾	703.00 ⁽⁴⁾	720.00 ⁽⁴⁾	696.00 ⁽⁴⁾	:	:
Švedija	930.00	954.00	963.00	1,002.00	981.00	997.00	990.00	1,031.00	:	:
JK	8,510.00	8,937.00 ⁽²⁾	9,084.00	9,170.00	9,339.00	9,432.00	9,841.00	9,910.00	10,135.00	10,464.00 ⁽⁴⁾
Islandija	17.00	15.00	16.00	15.00	14.00	15.00	15.00	14.00	20.00 ⁽²⁾	18.00
Lichtenšteinas	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	6.00	5.00	5.00
Norvegija	632.00	642.00 ⁽²⁾	658.00	673.00	673.00	707.00	744.00	760.00 ⁽²⁾	804.00	875.00
Šveicarija	1,217.00 ⁽²⁾	1,262.00	1,309.00	1,391.00	1,473.00	1,548.00	1,635.00	1,692.00	1,770.00	:
Juodkalnija	177.00	178.00	172.00	173.00	169.00	165.00	163.00	166.00	182.00	189.00
Šiaurės Makedonija	397.00	386.00	394.00	398.00	394.00	400.00	396.00	396.00	415.00	:
Albanija	:	152.00	:	:	:	147.00	:	:	:	:
Serbija	1,943.00	1,955.00	1,967.00	2,039.00	2,016.00	1,983.00	1,911.00	1,943.00	1,934.00 ⁽²⁾	:
Turkija	5,919.00	6,058.00	6,358.00	6,595.00	6,724.00	6,792.00	6,780.00	6,888.00	7,125.00	:

Šaltinis: Eurostatas (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>)

MOCHA apklausa parodė, kad, nepriklausomai nuo sistemos modelio, daugumoje šalių pirminės sveikatos priežiūros specialistai dirba multidisciplininėse komandose (1.12 lentelė). Prižiūrimų vaikų skaičiai tarp šalių varijuoja. Tik pusė Europos šalių nurodė turinčios darbuotojų atlyginimų skalę priklausomai nuo apylinkės charakteristikų ir kt. kriterijų.

1.12. lentelė. Pirminės sveikatos priežiūros personalo pasiskirstymas Europos šalyse

Šalis	Pirminės priežiūros modelis vaikams	Reguliuojamas vaikų skaičius gydytojui	Personalo darbo organizavimas PSP				
			(1) Individ. Praktika	(2) MDK	(3) Pediatrinė grupė su slaugytoja	(4) BPG su slaugytoja	(5) Kita
Austrija	Mišrus	Ne		x			
Belgija	Mišrus	Ne	x	x	x	x	X
Bulgarija	BPG	~2500	x				
Kroatija	Mišrus	1000	x	x	x	x	x
Kipras	Pediatras	30	x				

Šalis	Pirminės priežiūros modelis vaikams	Reguliuojamas vaikų skaičius gydytojui	Personalo darbo organizavimas PSP					
			(1) Individ. Praktika	(2) MDK	(3) Pediatrinė grupė su slaugytoja	(4) BPG su slaugytoja	(5) Kita	
Čekijos Respublika	Pediatras	Ne	x					x
Danija	Mišrus	1600	x	x	x	x		
Estija	BPG	Ne	x				x	
Suomija	Mišrus	Ne		x				
Prancūzija	-	-	-	-	-	-	-	-
Vokietija	Pediatras	Ne	x	x	x	x		
Graikija	Mišrus	Ne	x	x				
Vengrija	Mišrus	Ne	x		x	x		
Islandija	Mišrus	Ne		x		x		
Airija	Mišrus	Ne		x				
Italija	Mišrus	1000	x		x			
Latvija	Mišrus	800			x	x		
Lietuva	Mišrus	Taip (varijuoja)	x	x		x		
Liuksemburgas	-	-	-	-	-	-	-	-
Malta	Mišrus	Ne	x	x				
Nyderlandai	Kita	Ne						x
Norvegija	Mišrus	Ne	x	x	x	x		x
Lenkija	Mišrus	~2950		x				
Portugalija	Mišrus	Ne		x				
Rumunija	BPG	Ne	x	x		x		x
Slovakija	Pediatras	1000	x					
Slovėnija	Mišrus	Ne	x	x				
Ispanija	Pediatras	2000		x				
Švedija	-	-	-	-	-	-	-	-
JK	BPG	Ne	x	x		x		

Personalo darbo organizavimas: (1) – Individuali praktika, (2) – multidisciplininė komanda pirminėje grandyje, (3) PS – pediatrinė grupė su slaugytoja; (4)- BPG su slaugytoja, (5) – kita.

Šaltinis: sudaryta autorių pagal MOCHA

1.13.1 Pirminės sveikatos priežiūros specialistų mokymai

Gyvendami Europoje XXI amžiuje, privalome suteikti vaikams kokybišką ir saugią sveikatos priežiūrą. Ją gali suteikti gydytojai, įgiję tinkamą pediatrinį pasirengimą. UEMS (European Union of Medical Specialists) Generalinės asamblėjos patvirtinti baziniai reikalavimai skelbia, kad rengiant gydytojus pediatrus ir vaikų ligų specialistus, būtinas 3 metų bazinis pediatrinis pasirengimas (*common paediatric trunk*), po kurio seka ne mažiau, kaip 2 metų specializuotos srities studijos [UEMS, 2018]. UEMS pediatrijos sekcija EAP (European Academy of Paediatrics) nurodo, kad bazinio pasirengimo nepakanka užsiimti vaikų ligų gydytojo praktika ir būtini papildomi mokymai tiek pirminės grandies pediatrams, tiek ir antrinio – tretinio lygio specialistams. Deja, pati EAP nurodo, kad iki 2018 m. tik 20-tyje ir 38-ių Europos Sąjungos šalių veikia toks vaikų ligų gydytojų

rengimo modelis, tačiau iš jų tik pusėje yra adekvatus pirminės priežiūros pediatrų rengimas [J. Završnik et al., 2018].

2018 m. EAP paskelbti bazinio pasirengimo reikalavimai sveikatos priežiūros specialistams, teikiantiems paslaugas vaikams [J. Završnik et al., *Basic training requirements for health care professionals who care for children*] taip pat nurodo, kad bendrosios praktikos gydytojai, kurie prižiūri ir vaikus, ir suaugusius, yra „pirmojo kontakto“ gydytojai bei reguliuoja pacientų patekimą pas specialistus (*gate keepers*), privalo mokytis pediatrijos ne mažiau 9-12 mėn. (pageidautina 1 m.), kad įgytų bazinių specifinių vaikų ligų žinių. Deja, daugelyje Europos šalių BPG vidutiniškai pediatrijos mokosi 4 mėnesius ir tik 17 iš 36 šalių turi neprivalomus papildomus pediatrijos mokymus. Lietuvos šeimos gydytojai pediatrijos mokosi 6 mėn. EAP pabrėžia, kad daugumai Europos šalių pereinant iš pirminės pediatrų priežiūros modelio į BPG, šioje grupėje prarastas kokybiškas vaikų ligų mokymas.

Kaip matoma 1.13 lentelėje, 28-iose MOCHA projekto Europos šalyse ikidiplominės studijos iš viso trunka 6 metus. Tik Čekijoje, Maltoje ir Švedijoje – 5 m. Podiplominės studijos beveik visur trunka 4-5 m. Tai atitinka EAP (Europos pediatrų akademijos) rekomendacijas. BPG mokymosi trukmė labiau varijuoja. Visose Europos šalyse privalomo podiplominio mokymosi trukmė nėra trumpesnė nei 3 m., o kai kuriose šalyse - iki 6 m. Daugelyje šalių yra galimybė papildomai specializuotis bendrosios praktikos/šeimos medicinos srityje, tačiau pediatrinė specializacija yra tik Kroatijoje, Vengrijoje ir Lenkijoje.

Bendrosios praktikos slaugytojos 28-iose ES šalyse mokosi minimaliai 3 m. 8-iose šalyse yra galimybė stažuotis pediatrijos srityje.

1.13. lentelė. Specialistų, dirbančių pirminėje sveikatos priežiūroje, rengimas Europoje

Šalis	Pediatrai			BPG			Slaugytojos		
	Ikidiplominės studijos (metai)	Podiplominės studijos, (metai)	Podiplominių studijų tipas	Ikidiplominės studijos (metai)	Podiplominės studijos, (metai)	Podiplominių studijų tipas	Ikidiplominės bazinės studijos/Prevencija (metai)	Podiplominės studijos (specializacija)	Podiplominių studijų tipas
Austrija	3	27 mėn	Ligoninė	5	3 m. bendrosios studijos	Ligoninė, BPG kabinetas	3, pediatrijos mokykla	Sertifikuota pediatrijos slaugytoja, nėra papildomų specializacijų	Nėra
Belgija	5	5	Ligoninė	3	6 mėn pediatrijos	BPG kab., ligoninė	4, bendrosios studijos	Visuomenės sveikata, pediatrija	Nėra
Bulgarija	6	4	Pediatrija	3	3	Bendroji medicina	4, bendrosios studijos	Nėra	Nėra
Kroatija	6,25	5	Pediatrija	6,25	4	Pediatrijos specializacija	3, bendrosios studijos	Pasirenkamoji	Nėra

Šalis	Pediatriai			BPG			Slaugytojos		
	Ikidiplominės studijos (metai)	Podiplominės studijos, (metai)	Podiplominių studijų tipas	Ikidiplominės studijos (metai)	Podiplominės studijos, (metai)	Podiplominių studijų tipas	Ikidiplominės bazinės studijos/Prevencija (metai)	Podiplominės studijos (specializacija)	Podiplominių studijų tipas
Kipras	6	4	Pediatrija	6	4	Podiplominės studijos	* bendrosios studijos	Visuomenės sveikata	Nėra
Čekijos Respublika	5	5	*	Nėra BPG	*		3, bendrosios studijos	Profesiniai moduliai	
Danija	6	5	Ligoninė	5-5,5	4,5	Ligoninė	3,5	1,5, sveikatos lankytojas	Nėra
Estija	6	4	Pediatrija	6	5 rezidentūra	Šeimos medicina	4, bendrosios studijos	Visuomenės priežiūra	Nėra
Suomija	6	6	Pediatrija, kt.	6	6	Bendroji praktika	4, visuomenės sveikata	Nėra	3,5, bendrosios studijos
Prancūzija	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vokietija	6,25	5	Ligoninė	6,25	5	Specialybinių studijos	-	Nėra	Taip
Graikija	6	4	Pediatrija, kt.	6	4	Bendroji medicina	4, bendroji slaugytoja	Pasirenkamosios, pediatrija	Nėra
Vengrija	*	*	Pediatrija, kt.	3	2,2	Pediatrija	4, akušerė	Nėra	Nėra
Islandija	6	4-5	Pediatrija	*	*	Nėra	4, bendroji slaugytoja	Pasirenkamosios, pirminė priežiūra	Nėra
Airija	5-6	*	Minimalūs reikalavimai	5-6	4	*	4, bendroji slaugytoja	Visuomenės sveikata	Nėra
Italija	6	5	Pediatrija	3	*	Bendroji medicina	3, bendroji slaugytoja	Pasirenkamosios, magistras	Nėra
Latvija	6	4	Pediatrija, kt.	6	3	Šeimos medicina	4 - universitetas, 2 - koledžas	Ambulatorija, vaiko priežiūra	1 m.
Lietuva	6	5	Vaikų chirurgija, kt.	6	3	Šeimos medicina	3,5 bendroji slaugytoja	Pasirenkamosios, bendruomenės	Nėra
Liuksemburgas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malta	5	5	Pediatrija	5	3	Bendroji praktika	4, bendroji medicina, 3, diplomas	Pasirenkamosios, visuomenės sveikata	Nėra
Nyderlandai	6	2	Prevencija	3	*	Podiplominės st.	4, bendroji medicina	Pasirenkamosios, vaikai	Nėra
Norvegija	6	5	Pediatrija	6	Bendrosios	Nėra	3, Bendroji medicina	Visuomenės sveikata	Nėra
Lenkija	6	5	Pediatrija	6	*	Šeimos medicina, Pediatrija, vidaus ligos	3, Bendroji medicina	*	Nėra
Portugalija	6	5	Pediatrija	6	4	Bendroji praktika/šeimos	4, bendroji medicina	Pasirenkamosios-pediatrija	Nėra

Šalis	Pediatriai			BPG			Slaugytojos		
	Ikidiplominės studijos (metai)	Podiplominės studijos, (metai)	Podiplominių studijų tipas	Ikidiplominės studijos (metai)	Podiplominės studijos, (metai)	Podiplominių studijų tipas	Ikidiplominės bazinės studijos/Prevencija (metai)	Podiplominės studijos (specializacija)	Podiplominių studijų tipas
Rumunija	6	5	Pediatrija	6	3	Šeimos medicina	3/4, bendroji medicina	*	Nėra
Slovakija	6	5	Pediatrija	6	3	Pagrindinė s specializacijos	4, bendroji medicina	Pasirenkamosios, visuomenės sveikata	Nėra
Slovėnija	6	5	Pediatrija	6	4	Ligoninė, klinika, BPG kab.	3, bendroji medicina	-	Nėra
Ispanija	6	4	Pediatrija	6	4	Bendroji medicina	4, bendroji medicina	Pediatrija	Nėra
Švedija	5	5,5	*	5	*	*	3, bendroji medicina	Pasirenkamosios, pediatrija/apylinkė	Nėra
JK	8	*	Pediatrija	5	3	Bendroji praktika	3/4, bendroji medicina	Pasirenk. Vaikų/sveikatos lankytojai	Nėra

* trūksta duomenų

Šaltinis: sudaryta pagal MOCHA

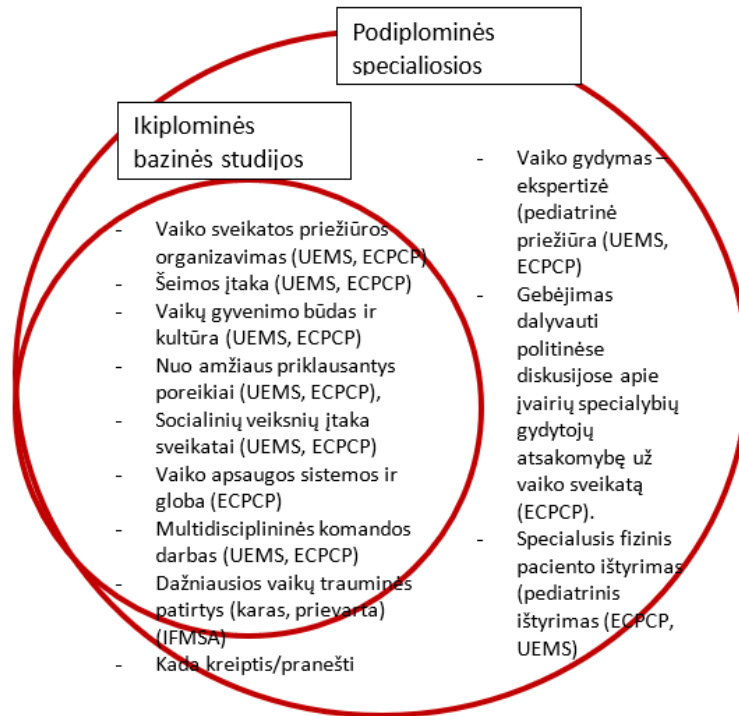
EAP taip pat pateikė rekomendacijas mokymų turiniui. Akademijos nuomone, pediatrijos studijos (bazinės ir specializuotos) privalo suteikti teorinių ir praktinių žinių apie visų amžiaus grupių vaikų iki 18 m. (naujagimių, vaikų ir paauglių) susirgimų diagnostiką, gydymą, reabilitaciją ir ligų bei negalios prevenciją. Europoje UEMS patvirtinti vaikų ligų bazinio pasirengimo reikalavimai pateikti 1.14 lentelėje. Studijų programos turi būti standartizuotos pagal Europos ir nacionalinius standartus.

1.14. lentelė. Europos pediatrijos bazinio pasirengimo reikalavimai

Vaikų amžių atitinkančio bendravimo ir tarpasmeniniai įgūdžiai
Etika ir profesionalumas
Pacientų saugumo ir kokybės gerinimas
Pediatrijos ekspertizė (klinikiniai įgūdžiai, procedūrų atlikimas, tyrimai, interpretacija)
Darbas multidisciplininėje komandoje ir bendradarbiavimo įgūdžiai
Lyderystė, vadovavimo įgūdžiai ir įsipareigojimas mokytis visą gyvenimą
Sveikatos propagavimas, vaikų sveikatos gynyba ir globalus sveikatos suvokimas.

Nors egzistuoja EAP rekomendacijos, nacionaliniai sprendimai labai skirtingi. MOCHA grupė domėjosi, kokie baziniai reikalavimai būtini dirbant su labai specifine pažeidžiamų/specifinių poreikių turinčių vaikų grupe. 1.9 paveiksle pateikti UEMS (2013), Europos pirminės priežiūros pediatrijos konfederacijos (European Confederation of Primary Care Paediatricians – ECPCP, 2018) ir Tarptautinės medicinos studentų asociacijų Federacijos (International Federation of Medical Student

Associations (IFMSA), 2017) rekomenduojami baziniai (ikidiplominių studijų) ir podiplominių studijų specialieji reikalavimai, kurie apima su šia vaikų grupe dirbančių specialistų kvalifikaciją ir žinias, reikalingas sveikatos priežiūros specialistams, prižiūrintiems ir gydantiems pažeidžiamus vaikus Atitinkamų žinių neturintys specialistai neturėtų dirbti su pažeidžiamais ir specialiųjų poreikių turinčiais vaikais.



1.9. pav. Su pažeidžiamais vaikais dirbančių specialistų įgūdžiai ir kvalifikacijos

Europos šalių medicinos studijų turinio analizė parodė, kad tik 10 šalių (Kroatija, Suomija, Prancūzija, Graikija, Italija, Portugalija, Slovėnija, Ispanija, Švedija ir JK) turi sąlygas vaikų ligų rezidentams studijuoti Paauglių mediciną (egzistuoja apmokyti dėstytojai). 16-ka ES ir EEE šalių (Austrija, Bulgarija, Kroatija, Čekija, Danija, Suomija, Prancūzija, Graikija, Italija, Malta, Norvegija, Portugalija, Slovėnija, Ispanija ir JK) yra įsteigusios nacionalines paauglių sveikatos asociacijas. Tik 4-iose šalyse (Bulgarija, Čekija, Suomija ir Ispanija) yra patvirtinta Paauglių medicinos ir sveikatos gydytojo specializacija. Sveikatos paslaugos paaugliams teisiškai reglamentuotos 12 valstybių: Danijoje, Suomijoje, Nyderlanduose, Ispanijoje ir JK, o kiek silpnesnis teisinis reguliavimas įdiegtas Kroatijoje, Čekijoje, Estijoje, Vokietijoje, Italijoje Portugalijoje ir Slovėnijoje.

Medicinos ir slaugos darbuotojų rengimo modelių, kurie lemia Europos vaikų pirminės priežiūros kokybę, analizė rodo, kad vaikų poreikiams tenkinti reikalingas specialistų parengimas labai skiriasi. Staigus pediatrų mažėjimas pirminiame lygyje ir šeimos gydytojų skaičiaus augimas lemia specialistų poreikio planavimo pokyčius visoje Europoje. MOCHA tyrėjai pabrėžia, kad būtina užtikrinti vaikų sveikatos priežiūrą keliant podiplomines bendrosios praktikos gydytojų ir

bendruomenės slaugytojų kompetencijas. Studentų parengimas darbui su vaikais daugeliu atvejų taip pat yra nepakankamas, o slaugytojų parengimas darbui su vaikais kelia dar daugiau nerimo.

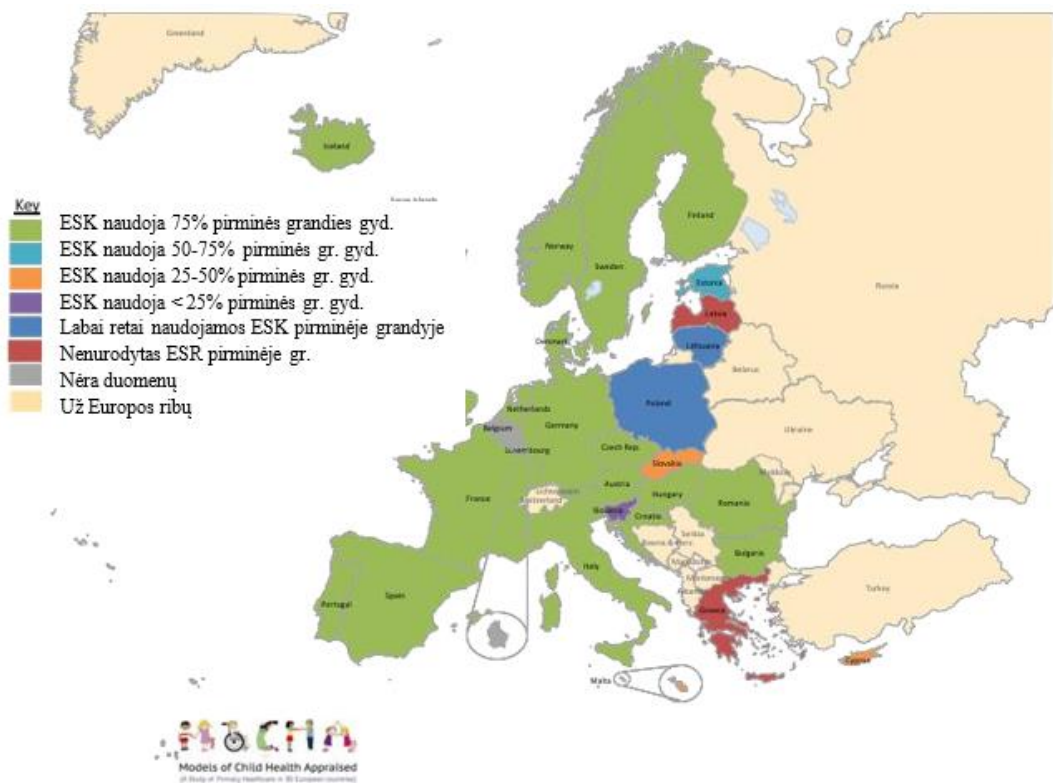
Europa yra įsipareigojusi užtikrinti vaikams geriausią įmanomą sveikatos priežiūrą. Visuomenės lūkesčiai dėl vaikų sveikatos priežiūros kokybės taip pat aukšti, tačiau šis požiūris neatsiranda profesiniame švietime svarbiausiose sveikatos priežiūros profesijose. Europa pripažįsta visų šalių specialistų kvalifikacijas, tačiau esant didžiuliams netolygumams, toks pripažinimas reiškia ir nelygių žinių bei kompetencijų pripažinimą. Bolonijos sistema harmonizuoja trečiosios pakopos švietimo organizavimą, tačiau mokymo programų turinio suderinimo reikalavimai netaikomi kritiškai svarbioms profesijoms. Europos įgūdžių taryba (ESCO – European Skills Council) dirba derindama daugelio Europos užimtumo sektorių įgūdžius bei kompetencijas, tačiau jų poveikis medicinos ir slaugos sritims labai nedidelis. PSO remia aukštus darbo su paaugliais standartus, tačiau nemini kitų vaikų grupių. Apibendrinant galima konstatuoti, kad visose 30 Europos valstybių trūksta medicinos specialistų rengimo standartų ir nėra vieningų medicinos gydytojų ir slaugos studijų modelių.

Paaugliai yra labai svarbi, specifinių poreikių turinti vaikų grupė, tačiau atrodo, kad jiems teikiamų paslaugų kokybė nėra optimali, nes tik septyniose šalyse yra privalomas paauglių medicinos kursas, o kitur šios srities mokymai dažniausiai yra nesisteminiai ar vienkartiniai. Būtina nustatyti vieningus minimalius vaikų ir paauglių sveikatos mokymų reikalavimus medicinos ir slaugos personalui. Į šiuos mokymus turėtų būti įtraukti paauglių lytinės ir reprodukcinės sveikatos kursai, psichikos sveikata, narkotinių medžiagų vartojimo kontrolės bei bendravimo su paaugliais ir etikos klausimai.

1.14 E-sveikatos duomenų svarba ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas vaikų sveikatos priežiūroje

IT technologijos gali pakeisti teikiamas paslaugas. Taip jau yra įvykę civilinėje aviacijoje, finansų sektoriuje ar mažmeninėje prekyboje. Moderni sveikatos priežiūros sistema labai priklauso nuo e-sveikatos, elektroninių duomenų, keitimosi informacija, skaitmeninės diagnostikos ir vaizdinių tyrimų technologijų. Pirminė sveikatos priežiūros sistema, o tuo pačiu vaikų sveikatos priežiūra šioje srityje dažniausiai atsilieka. Todėl iki šiol Europoje nėra galimybės analizuoti standartizuotų vaikų sveikatos duomenų.

Tyrėjų Rigby, Kühne, Greenfield, Majeed, Blair, 2018 ir Grossman ir kt. tyrimų duomenys rodo, kad Šiaurės ir Vakarų Europos šalyse e-sveikatos sistemos plačiai naudojamos, o Baltijos šalys ir Graikija atsilieka (1.10 pav). Ypač kalbant apie vaikų visuomenės sveikatos e-kortelę, kurią Latvija ir Graikija dar visai neturi.



1.10. pav. Elektroninių sveikatos kortelių naudojimas pirminėje priežiūroje vaikams



1.11. pav. Vaikų visuomenės sveikatos e-kortelių naudojimas 2016-2017 m.

Labai svarbu, kad e-sistemos būtų ne pasyviomis saugyklomis, o aktyviai stebėtų pacientų apsilankymus ir keistųsi duomenimis su ligoninėmis, visuomenės sveikatos priežiūros teikėjais, socialine rūpyba, mokyklų sveikatos priežiūros punktais ir kt. Elektroniniai sveikatos duomenys turėtų būti pradedami registruoti nuo naujagimių skyriaus ir apimti išrašymą iš stacionaro, namų vizitus, imunizaciją, profilaktinius bei rutininius patikrinimus. Deja, 16-a Europos šalių dar neturi funkcionuojančios keitimosi e-sveikatos duomenimis sistemos. 21-os Europos šalies mokyklų mokinių sveikatos duomenys nepatenka į pirminės sveikatos priežiūros sistemas. Dar mažiau šalių turi galimybę dalintis duomenimis su kitomis paslaugų sritimis, pvz. socialine apsauga. 1.11 paveiksle rodoma, kad 2017 m. Lietuva vaiko visuomenės sveikatos e-sistemos dar neturi, tačiau dabar Lietuvos vaikų visuomenės sveikatos priežiūra mokyklose jau aiškiai reglamentuota ir šiuo metu aktyviai perkeliama į e-sveikatos sistemą (vaikų sveikatos stebėsenos sistema jau įdiegta mokyklose ir diegiama darželiuose).

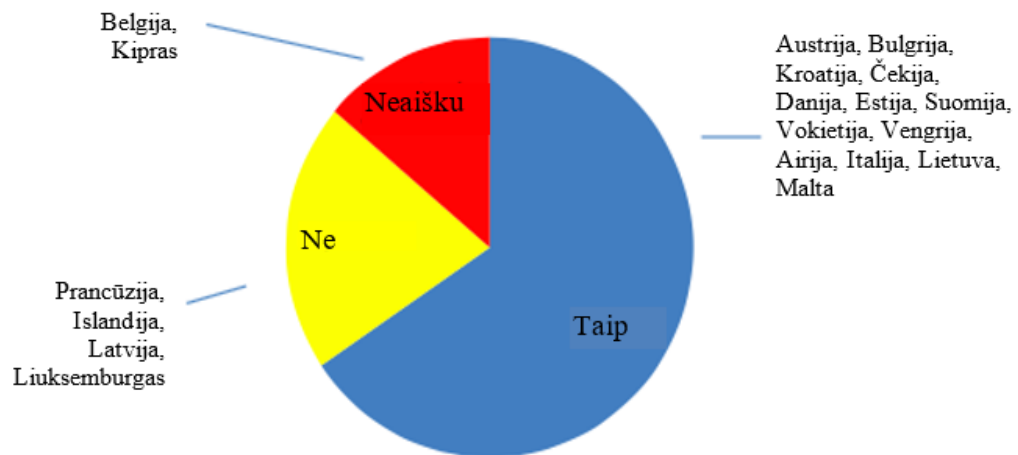
Naujos technologinės internetinės ir išmaniųjų telefonų teikiamos galimybės (apps išmaniosios programėlės) suteikia pacientams, ypač vaikams galimybę lengvai pasiekti informaciją. Tai iššūkis politikams ir medikams duomenų saugumo prasme, bet tai naujos inovacijų galimybės. Šiuo metu e-sveikatos sistema Europoje dar prastai išvystyta ir vengia naujovių, nors baziniai e-duomenys plačiai naudojami.

1.14.1 Kitų paslaugų teikėjų įtaka vaikų sveikatos priežiūrai

Vaikų sveikatos priežiūroje, ypač pirminėje, dalyvauja ir daugiau paslaugų teikėjų. Kartais neįvertinama farmacininkų įtaka, odontologų paslaugos, socialinio darbo svarba. Vaistininko patarimai gali būti labai vertingi, nes daugelis preparatų, skiriamų vaikams, yra suaugusiųjų dozėmis ar vartojami ne pagal indikacijas. Profilaktinės odontologo paslaugos reglamentuotos visose Europos šalyse, tačiau dažnai nepasiekiamos periferijoje gyvenantiems vaikams. O socialinės paslaugos yra būtina sveikatos paslaugų dalis daugumai lėtinių pacientų, pažeidžiamų ir skurdžiai gyvenančių vaikų.

Daugelyje šalių farmacininkai ne tik išduoda medikamentus, bet ir konsultuoja darbo valandomis. Didėjantis konsultacinių kambarių prie vaistinių skaičius laikomas gera praktika. Tokius kambarius turi Austrijos, Belgijos, Čekijos, Estijos, Prancūzijos, Vokietijos, Graikijos, Islandijos, Airijos, Maltos, Nyderlandų, Rumunijos, Ispanijos ir JK vaistinės. Dalyje šių šalių teisės aktai reikalauja, kad vaistinės turėtų atskirus konsultacinius kambarius konfidencialioms konsultacijoms.

MOCHA apklausa rodo, kad farmacininkai daugumoje šalių specialiai apmokomi dažniausių vaikų susirgimų specifikos, tačiau mokymų trukmė nežinoma, dažnai jie neprivalomi (1.12 pav.).



1.12. pav. Farmacininkų mokymai vaikų ligų srityje ES ir EEE šalyse

1.14.2 Odontologų paslaugos vaikams

Odontologinė pagalba svarbi pirminės vaikų sveikatos priežiūros dalis, nes konsultacijos metu gali būti anksti pastebėti gretutiniai susirgimai, išaiškintos profilaktinės priemonės.

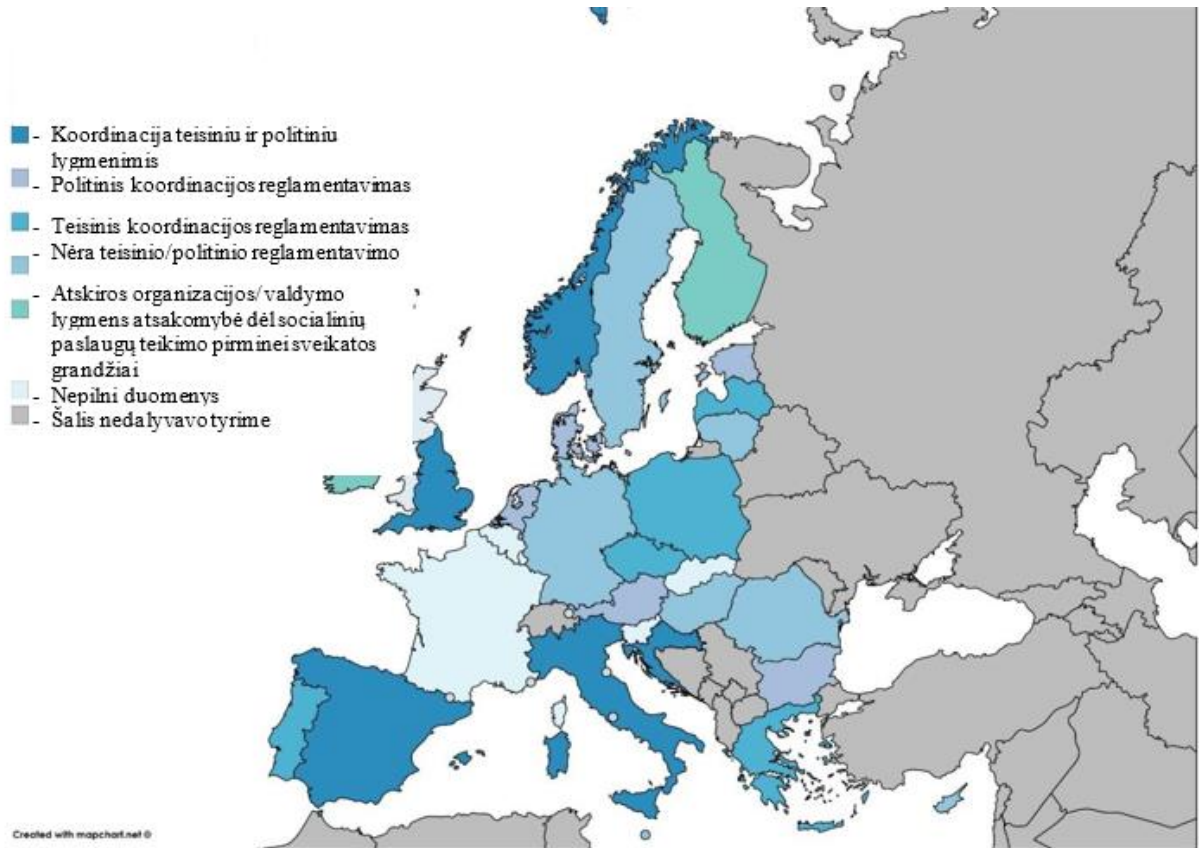
Daugelyje Europos šalių vaikams dantų apžiūra ir bazinis gydymas nekainuoja. Taip yra ir Lietuvoje. Deja, net ir išsivysčiusiose šalyse žemesnio ekonominio sluoksnio vaikai nesilanko pas odontologus. Todėl Austrija, Kipras ir Liuksemburgas teikia odontologų pagalbą mokyklose. Graikijoje ir Lietuvoje privaloma tikrinti vaikų dantis prieš pradėdant lankyti mokyklą. 13-oje Europos valstybių (tarp jų ir Lietuvoje) odontologo paslaugos nėra privalomos pirminėje sveikatos priežiūroje.

1.14.3 Bendradarbiavimas su socialinių paslaugų sistema

Socialinė pagalba vaikams gali būti teikiama nuolat ar pagal poreikį, laikinai ar visą vaiko gyvenimą. Dažniausiai šios pagalbos reikia kompleksinių sveikatos priežiūros poreikių turintiems vaikams. Socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugos labai susiję, dažnai neatskiriamos ir ypač svarbios pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Be geros socialinės rūpybos vaikai negali gyventi optimalaus sveiko gyvenimo. JT Vaiko teisių konvencija teigia, kad vaikas turi teisę į papildomą pagalbą, kurios jam reikia, kad galėtų gyventi pilnavertį gyvenimą. Į šią pagalbą įeina ir apsauga nuo prievartos ir aplaidumo.

Socialinių ir sveikatos paslaugų integracija labai svarbi norint suteikti kokybiškas ir tikslingas paslaugas vaikams. Danija, Prancūzija, Suomija, Vengrija, Airija, Švedija ir JK naudoja vertinimo sistemą (Assessment Framework, Department of Health, England, 2000), leidžiančią vienodai įvertinti vaiko, o taip pat ir tėvų/globėjų, sveikatos ir socialinius poreikius. 65 % Europos šalių egzistuoja teisinės ar politinės sistemos, kuriose numatytas pirminės sveikatos priežiūros ir socialinės

priežiūros paslaugų koordinavimas. 23 % šalių (Kroatija, Suomija, Norvegija, Ispanija ir JK dalis - Anglija) turi aiškius politinius ir teisinius dokumentus, reglamentuojančius šių dviejų sistemų susiejimą. Dar 19 % šalių politinės sistemos yra tik aprašytos. Dviejų sistemų (sveikatos ir socialinės) integracija Europos šalyse pateikta 1.13 paveiksle.



Šaltinis: MOCHA, 2018

1.13. pav. Teisinėje/politinėje sistemoje nustatyta pirminės sveikatos priežiūros ir socialinės priežiūros integracija Europos šalyse

Pirminės sveikatos priežiūros ir socialinės priežiūros darbuotojų darbas vienoje komandoje būtų didžiausia siekiamybė, tačiau tik Ispanijoje socialinis darbuotojas įtrauktas į multidisciplininę pirminės sveikatos priežiūros komandą ir dirba “po vienu stogu”. Švedijoje toks bendradarbiavimas vyksta teikiant antrinio lygio sveikatos paslaugas. Panašus paslaugų modelis planuojamas Bulgarijoje. Kitose valstybėse (Kipras, Estija) vyksta glaudus bendradarbiavimas tarp abiejų sistemų, nors darbuotojai dirba atskirose patalpose. Virtuali integracija ir procesų koordinavimas vyksta Danijoje, Estijoje, Italijoje, Norvegijoje, Portugalijoje, Rumunijoje ir Anglijoje. Kitose šalyse dažniausiai vykdomas neformalus, dažnai prastai koordinuotas bendradarbiavimas pagal poreikį.

MOCHA tyrimas parodė, kad pirminė priežiūra yra daugiau, nei tradicinės medicinos ir slaugos paslaugos. Farmacijos, odontologijos ir socialinės rūpybos sistemos gali suteikti daug papildomų paslaugų vaikams ir jaunimui. Tačiau ES ir EEE šalyse bendradarbiavimas šių paslaugų srityje nepakankamas. Todėl būtina gerinti šių sistemų koordinaciją ir sutelkti jų dėmesį į vaikų ir paauglių problemas.

1.15 Geros praktikos perkėlimas į kitas šalis

Nors Europos šalyse teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų modeliai ir paslaugų kokybė labai skiriasi, iš visų jų yra ko pasimokyti. Sveikatos politikai visuomet išreiškia norą tobulinti sistemą, gerinti paslaugų prieinamumą, kokybę bei kitus sistemų komponentus. Pirminės sveikatos priežiūros sistemos tobulinimas ypač aktualus, nes šiuo metu daugelyje šalių tai sparčiausiai besikeičianti ir plačiausią gyventojų ratą apimanti sveikatos sistemos dalis. Tokie sistemos komponentai, kaip informacijos apie vakcinavimą prieinamumas, priežiūros tęstinumas ir koordinavimas, atviras paauglių patekimas pas specialistus, konfidencialumas nuo pirmojo vizito iki pat gydymo etapo yra labai svarbūs šiuolaikinėje visuomenėje.

Atviro patekimo pirminė sveikatos priežiūros sistema (pacientas gali patekti pas bet kurį pirminės priežiūros specialistą), atrodo, turi didžiausią poreikį keistis. Tuo tarpu BPG siuntimais reguliuojama (gatekeeper) sistema vertinama, kaip stipri ir reikalauja mažiausiai pokyčių. Tačiau perkeliant sėkmingus komponentus į savo šalies sveikatos sistemą ir ją keičiant, svarbu įvertinti ne tik ekonominius, bet ir socialinius – kultūrinius aspektus ir populiacijos požiūrį į pokyčius. Pavyzdžiui, 5-iose šalyse buvo nutarta įvesti vienodus pakeitimus, siekiant geresnės sveikatos paslaugų kokybės (patogios darbo valandos, konfidencialios konsultacijos vaikams, sergančiųjų priėmimas be eilės). Tačiau keliose šalyse susidurta su pasipriešinimu leisti sergantiems eiti pas gydytoją be siuntimo ir dėl vaikų teisės į konfidencialias konsultacijas.

MOCHA projekte buvo vykdyta pacientų apklausa, vertinanti vaikų pirminės sveikatos priežiūros kokybę. Pasirinktos 5 skirtingos sveikatos priežiūros modelius turinčios šalys:

- JK ir Nyderlandai – vaikų pirminę priežiūrą vykdo BPG, kurie yra “gatekeeper” į kitus paslaugų lygmenis.
- Vokietija ir Ispanija – vaikų pirminę priežiūrą vykdo pediatrai. (Vokietijoje – atviras patekimas pas specialistus, Ispanijoje – su siuntimais – “gatekeeper”)
- Lenkija – mišrus modelis ir siuntimų (“gatekeeper”) sistema.

Buvo klausama apie vaikų ir jaunuolių sveikatos priežiūros kokybės potencialius veiksnius: paslaugos prieinamumą, įperkamumą, tinkamumą, konfidencialumą, tęstinumą, koordinavimą, įgalinamumą, vienodą pasiekiamumą (tolygumą), skaidrumą.

Apklausta 2403 respondentai - iš Vokietijos (469), Nyderlandų (469), Lenkijos (478), Ispanijos (491) ir JK (496). 60 % iš jų augino vaikus. Geriausiai paslaugos įvertintos Nyderlanduose (70% teigiamų atsakymų), JK (68%), Vokietijoje (64%), Ispanijoje (62%), o Lenkijoje (56%). Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų vaikams pokyčių poreikis kokybės prasme, skirtingose šalyse pateiktas 1.15 lentelėje.

1.15. lentelė. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų vaikams kokybės pokyčių poreikis skirtingose šalyse

Šalis	Veiksny	Kokybės aspektai
Vokietija	Tęstinumas	Visi vaiku besirūpinantys specialistai žino apie kitus komandos dalyvius, pasitiki jais ir dirba kartu
	Prieinamumas	Pirminės priežiūros paslaugų darbo valandos pakankamai ilgos, galima priežiūra po darbo valandų ir namų vizitai, jei reikia.
	Koordinavimas	Jei pirminės grandies gydytojas negali suteikti reikalingų paslaugų, turi būti galimybė gauti kitų sveikatos specialistų paslaugas pirminiame lygyje. Prižiūrint neįgalius vaikus, kuriems reikia ilgalaikės priežiūros, pirminės grandies specialistas turi bendradarbiauti su ligoninės specialistais, teikiant paslaugas vaikui kuo arčiau namų.
	Įperkamumas	Pagrįstas ir įmanomas pacientų noras gauti kompensavimą ar apmokėjimą už pirminiame lygyje vaikams suteikiamas mokamas paslaugas/priemonės.
Nyderlandai	Tinkamumas	Pirminės grandies specialistai turi skirti pakankamai laiko suteikiant paslaugą vaikui.
	Prieinamumas	Vaikai ir jų tėvai turi žinoti apie paslaugas, kurias jie gali gauti pirminiame lygyje ir kaip jas pasiekti.
Lenkija	Tęstinumas	Visi vaiku besirūpinantys specialistai žino apie kitus komandos dalyvius, pasitiki jais ir dirba kartu.
	Tinkamumas	Pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje patalpos ir įranga pritaikyta teikti paslaugas vaikams
	Pasiekiamumas	Vaikai ir jų tėvai gali konsultuotis su kitais pirminę sveikatos priežiūrą teikiančiais specialistais be siuntimo iš pagrindinio gydytojo.
	Koordinavimas	Pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje yra galimybė gauti kitas paslaugas vaikams (fizioterapijos, odontologijos, psichikos sveikatos, specializuotos lėtinių ligonių slaugytojos).
	Prieinamumas	Pirminės priežiūros paslaugoms specialistai, atsižvelgiant į sveikatos problemos sunkumą, skiria reikalingą laiką konsultacijai.
Ispanija	Prieinamumas	Pirminės priežiūros paslaugų darbo valandos pakankamai ilgos, galima priežiūra po darbo valandų ir namų vizitai, jei reikia.
	Koordinavimas	Pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje yra galimybė gauti kitas paslaugas vaikams (fizioterapijos, odontologijos, psichikos sveikatos, specializuotos lėtinių ligonių slaugytojos).
Jungtinė Karalystė	Tęstinumas	Visi vaiku besirūpinantys specialistai žino apie kitus komandos dalyvius, pasitiki jais ir dirba kartu.
	Prieinamumas	Pirminės priežiūros paslaugų darbo valandos pakankamai ilgos, galima priežiūra po darbo valandų ir namų vizitai, jei reikia.
	Tinkamumas	Pirminės sveikatos priežiūros specialistai gali skirti pakankamai laiko vaiko problemoms.

Šaltinis: sudaryta pagal MOCHA, 2018

MOCHA projekto metu buvo nustatyta, kad svarbiausi pirminės sveikatos priežiūros kokybės veiksniai, kurie turėtų būti perkelti į kitas šalis, yra:

- paslaugos prieinamumas, įvedant patogias apsilankymo valandas
- ir tęstinis medikų ir paciento bendravimas atliepiant vaiko sveikatos poreikius.

Daugybė kitų svarbių veiksnių nurodyta MOCHA PIET-T procesų modelyje [MOCHA, 2018]. Jie nustatyti, atsižvelgiant į populiacijos charakteristikas, intervencijos priemones, aplinkos sąlygas ir patirties perkėlimo galimybes ir detalai čia nebus aptariami.

Vertinant daugybę vaikų sveikatos priežiūros ir politikos determinančių, nustatyta keletas struktūrinių veiksnių, nurodančių, kokie elementai yra svarbiausi ir labiausiai įtakoja paslaugų kokybę ir teikimo būdą. Ypač svarbus yra pirminės sveikatos priežiūros ryšys su kitomis sistemos grandimis. Taip pat svarbūs vidiniai ir išoriniai veiksniai. Vidiniai veiksniai daro poveikį sveikatos sistemos ir sveikatos politikos viduje. Išoriniai – netiesiogiai susiję su sveikatos priežiūra ir politika.

Vidiniai struktūriniai veiksniai:

- Paslaugos prieinamumas: paslaugos priartinimas prie pacientų kaimiškose vietovėse. Čia svarbus specifinių paslaugų (pvz. psichikos sveikatos) prieinamumas. Nacionaliniu lygiu tai nuolatiniai debatai tarp paslaugos kokybės (centruose) ir paslaugos prieinamumo (atokiuose vietose).
- Paslaugos pasiekiamumas. Glaudžiai susijęs su prieinamumu, nemokamomis paslaugomis ir apima paslaugų centralizavimą, pvz. pediatrinės paslaugos teikiamos tik nacionalinėse ligoninėse;
- Personalas. Apima kvalifikaciją, darbuotojų skaičių, jų amžių, jaunimo susidomėjimą medicinos ir slaugos profesijomis.
- Organizacinis funkcionalumas. Apima sveikatos sistemos pajėgumą spręsti ekstremalias situacijas, procedūrų trūkumą ekstremalių situacijų atveju, sistemos neveiksmingumą, pasenusius vaikų priežiūros būdus, kompleksinių poreikių turinčių vaikų priežiūrą, ilgalaikę priežiūrą, vaiko teisių apsaugą.

Išoriniai struktūriniai veiksniai:

- Politika. Dauguma vaikų sveikatos politikos komponentų yra priešrinkiminių pažadų objektas: vaikų sveikata, nutukimas, migracija, neįgalių vaikų teisės vienodai naudotis sveikatos paslaugomis ir t.t.
- Strategija. Procesai, nulemti politinių sprendimų: vaikų rūkymo, nutukimo klausimai, neįgalių vaikų teisės, sveikata ir socialinė atskirtis, kt.
- Ekonomika. Didelę įtaką vaikų sveikatos politikai Europoje turėjo ekonomikos nuosmukis ir taupymo politika, kurią priėmė daugelis šalių. Vis dėl to manoma, kad viešųjų paslaugų sumažinimas tiesiogiai didina vaikų skurdą ir blogina vaikų sveikatos rezultatus, kelia

psichikos sveikatos ir švietimo problemas.

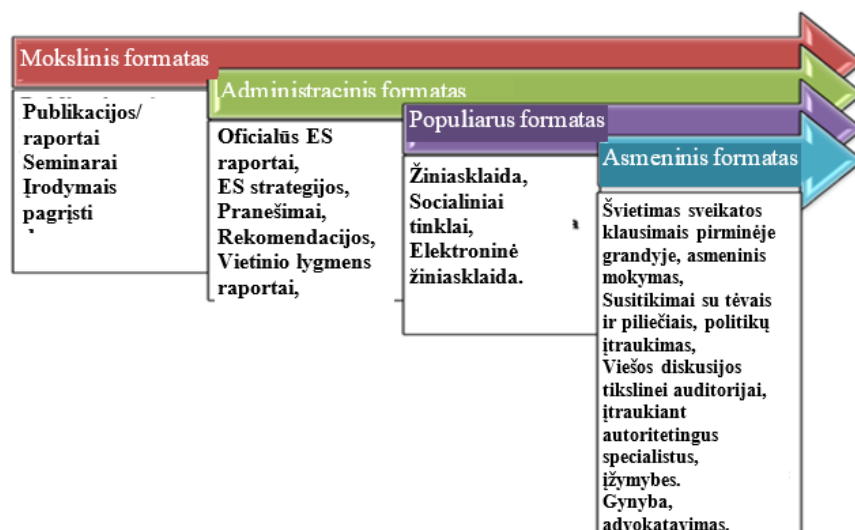
Tarptautiniai veiksniai:

Dalyvavimas regiono tarptautinių draugijų veikloje leidžia keistis informacija ir įpareigoja šalis laikytis atitinkamų taisyklių. Pasauliniu mastu publikuoti įrodymai ir rekomendacijos ne visada lengvai įgyvendinami nacionaliniu mastu, tačiau atskleidžia problemą ir leidžia palyginti šalies situaciją tarptautiniu mastu.

- Visuotiniai įrodymai. Raportai ir palyginamosios studijos cituojami daugelyje šalių. Dažniausiai Europoje cituojami Sveikos aplinkos mokyklinio amžiaus vaikams studijos rezultatai 2018 m., PSO (2018), Ekonominio bendradarbiavimo ir vystymo organizacijos teikiami duomenys (EBPO, 2018).
- Tarptautiniai/tarpnacionaliniai tyrimai. Dažniausiai diskutuojama vaikų nutukimo, migracijos, vakcinacijos, prievartos, gyvenimo būdo klausimais.
- Globaliniai procesai ir judėjimai daro įtaką nacionaliniams procesams ir sprendimams. Taip pat ir ekonominės, humanitarinės krizės. Globalizacija veikia diagnostikos ir gydymo sprendimus, politikos pokyčius.

Kartu su svarbiausiais modelį charakterizuojančiais kriterijais MOCHA įvertino ir įrodymais pagrįstos praktikos kultūrinį fenomeną [*Zdunek, Schröder-Bäck, Rigby, Blair, 2018*] ir tai, kad populiacijos požiūris taip pat daro įtaką sveikatos politikai ir gydymo procesams. Ekspertai pabrėžia medijų ir socialinių tinklų strateginę reikšmę diegiant pokyčius sveikatos sistemoje. Taip pat svarbus pacientų mokymas ir švietimas pirminėje sveikatos priežiūros grandyje, kur sveikatos specialistai nuolat bendrauja su vaikais, paaugliais ir jų tėvais. Taip pat svarbu bendrauti su sprendimų priėmėjais, politikais ir viešai diskutuoti apie poreikį keistis.

Labiausiai efektyvūs medicininį rekomendacijų skleidimo būdai pateikti 1.14 paveiksle.



1.14. pav. Efektyviausi medicininių rekomendacijų sklaidos būdai.

Taigi, socialiniai-kultūriniai ypatumai svarbūs perkeliant geras kitų šalių praktikas į savo šalies sveikatos priežiūros sistemą ir į juos būtina atsižvelgti. Informacijos pateikimas politikams ir visuomenei be galo svarbus siekiant įgyvendinti pokyčius ir sugriauti senų įsitikinimų barjerus.

Remiantis kitų šalių gerąja praktika būtų galima išvengti ilgų ieškojimo procesų ir padaryti sveikatos sistemą efektyvesnę bei kokybiškesnę. Pavyzdys, kurį būtina aptarti, yra 2017 m. paskelbtas Airijos Nacionalinis vaikų sveikatos priežiūros modelis. Šioje šalyje jau daug metų pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikė BPG. Įvertinus šalies vaikų sveikatos priežiūros sistemą, nustatyta, kad siauros specializacijos vaikų specialistų rengimas ir poreikis tapo didesnis, nei bendrųjų pediatrų. Įsigilinus, paaiškėjo, kad iš pirminės grandies vaikai siunčiami konsultacijoms tiesiai į tretinį lygį, kur susidaro ilgos laukimo eilės. Įvertinus ekonominius, socialinius veiksnius ir vaikų poreikius, buvo nuspręsta, kad pirminis BPG siuntimas turi būti pediatrui, o šis toliau spręs dėl tretinio lygio konsultacijų poreikio. Pirmieji rezultatai rodo, kad daugumai vaikų nebereikia specializuotų konsultacijų. Bendrasis pediatras priima planinius ligonius su siuntimais iš pirminės grandies, bendruomenės paslaugų centro ir skubios pagalbos skyrių. Glaudžiai bendradarbiaudamas su pirmine sveikatos priežiūra, bendruomenės paslaugų teikėjais, socialiniais darbuotojais ir subspecialistais, bendrasis pediatras ir jo slaugytoja užtikrina vaikams holistinę sveikatos priežiūrą, ilgalaikį lėtinių ir neįgalių pacientų gydymą, geresnę paslaugų kokybę ir prieinamumą bei platų paslaugų spektrą. Bendrasis pediatras konsultuoja ambulatoriškai, teikia skubias paslaugas, dirba dienos stacionare ir kartu su klinicine slaugytoja - specialios priežiūros/slaugos vaikų skyriuje. Jis užtikrina paslaugų koordinavimą ir pacientų "filtravimą", siunčiant juos brangesnėms siauros specializacijos specialistų konsultacijoms ir stacionarinėms paslaugoms. Tokia integruota Airijos vaikų priežiūros sistema apima ūminius vaikų susirgimus, lėtinių pacientų multidisciplininę priežiūrą, socialinę, bendruomeninę ir pirminę sveikatos priežiūrą, bei psichikos sveikatos priežiūrą.

Tuo tarpu specializuota stacionarinė pagalba 1,22 mln. Airijos vaikų, iš kurių ~16% serga lėtinėmis ligomis ir ~2% turi kompleksinių poreikių, teikiama 3 vaikų ligoninėse (viso 443 lovos ir 2865 medicinos personalo). Šiose ligoninėse stacionare per metus gydoma 25 000 vaikų, dienos stacionaro paslaugos suteikiamos 27 800, virš 153 000 ambulatorinių konsultacijų ir 118 000 skubios pagalbos paslaugų. Ligoninės yra apjungtos į vieną organizacinį vienetą, siekiant geriau koordinuoti paslaugas. Planuojama statyti dar vieną tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią ligoninę didžiausiam Dublino regione. O skubios pagalbos vaikams užtikrinimui keliose miestų ligoninėse steigiami ambulatoriniai vaikų konsultacijų skyriai ir nauji vaikų skubios pagalbos centrai.

Vertinant pateiktą Airijos vaikų sveikatos sistemos reorganizavimo modelį, būtina žinoti, kad pirmoji vaikų sveikatos strategija Airijoje paskelbta 2006 m. (McKinsey Report). Naujos, 2017 m. patvirtintos strategijos tikslai:

- Nacionalinė vaikų sveikatos sistema, kurioje vaikų sveikata būtų pirmoje vietoje ir tai atsispindėtų bendroje sveikatos politikoje.
- Integruota vaikų sveikatos priežiūros programa su naujomis vaikų ligoninėmis, skubių paslaugų vaikams tinklu regionuose ir rajonuose bei paslaugų tinklu ne BPG centruose, o namuose, naudojant naujas technologijas.
- Pediatriinių paslaugų rekonfiguracija kitose ligoninėse, atsižvelgiant į vaikų populiacijos poreikius, paliekant tam tikras paslaugas periferijoje ir užtikrinant naujų vaikų ligoninių pasiekiamumą.
- 24 val. per parą veikianči Nacionalinė vaikų ir naujagimių pervežimo/transportavimo paslauga, užtikrinanti sunkiausių pacientų pervežimą į reikiama ligoninę.
- Vaikų ligoninių integracija į vieną naujausių technologijų skaitmeninę ligoninę, užtikrinant nacionalinių vaikų specialistų paslaugas ir vietines bendrųjų pediatrų paslaugas vaikams didžiausiame Dublino regione bei medicinos personalo pasididžiavimą dirbant naujausias technologijas turinčiose gydymo įstaigose.
- Akademinių vaikų ligų mokslo vystymas ir bendradarbiavimas su pramonės įmonėmis, siekiant pagerinti pediatrijos paslaugas, mokymą, diegti naujus tyrimus ir inovacijas.

1.15.1 Koks yra optimalus vaikų sveikatos modelis Europoje?

MOCHA projektas – plati, multidisciplininė ir multimetodinė ES ir EEE šalių studija, kurios vienas svarbiausių tikslų buvo surasti geriausius vaikų sveikatos priežiūros modelius Europoje.

Tyrimo metu padarytos dvi pagrindinės išvados:

1. Labai svarbi tarpusavio priklausomybė/ryšys tarp sveikatos, ekonomikos ir visuomenės. Visi piliečiai, taip pat ir vaikai yra tiesiogiai veikiami socialinės ir kultūrinės aplinkos. Sveikatos paslaugos labai priklauso nuo nacionalinės ekonomikos. Taigi, ekonominė gerovė turi didžiulę įtaką vaikų sveikatai, o šalies progresas gerina sveikatos apsaugą. MOCHA 30 šalių tyrimai parodė, kad jaunų suaugusiųjų mirtingumas nuo kitų, nei nelaimingi atsitikimai priežasčių, labai priklauso nuo jų sveikatos priežiūros vaikystėje (4 priedas), todėl dėmesys vaikų sveikatos priežiūrai turi būti daug didesnis.

Per 10 m. padarytas progresas ir ekonominiai šalių rezultatai, aptarti anksčiau, patvirtina ryškius skirtumus tarp ekonomiškai prasčiau gyvenančių naujų ES narių ir senesnių turtingesnių draugijos narių.

Socialiniai veiksniai čia taip pat svarbūs. Visuomenė yra dinamiška ir vaikų sveikatos apsauga negali gerai veikti, nepaisydama visuomenės nuomonės (antivakcininiai judėjimai, vaikų nutukimas yra tiesioginiai pavyzdžiai). Visuomenė tikisi gerų sveikatos paslaugų ir šios paslaugos turėtų tarnauti žmonėms, o ne veikti atskirai. Todėl sveikatos sistemos aktyvus ir priimtinas dalyvavimas

visuomenės diskusijose yra būtinas.

Pirminės priežiūros ir vaikų specialistai turi aktyviai dalyvauti visuomenės diskusijose apie dabartines vaikų sveikatos problemas. Pokyčiams svarbi visuomenės įtaka ir tarpsektorinis bendradarbiavimas su visuomenės sveikatos ir socialine rūpyba. Šiems poreikiams reikalingas įgudęs ir kvalifikuotas medicinos personalas.

2. Europos bendrija turi daug pasiūlymų bei vizijų vaikų sveikatos politikos srityse, tačiau jų veiksmingumas labai ribotas, o bendro Europos „įsipareigojimo vaikams“ modelio nėra. Europos komisija turi sustiprinti savo poveikį ir išteklius, sutelkdama dėmesį į kelias pagrindines sritis: planuojamus mokslinius tyrimus, išreikšdama savo požiūrį į optimalius žmogiškuosius resursus ir kompetencijas vaikų sveikatos priežiūroje; plėtoti etišką požiūrį į vaikų nuomonės išklausimą; skirti didesnę dėmesį vaikų duomenų apsaugai; vertinti paslaugų kokybę, atsižvelgiant į „į vaiką orientuotą“ sveikatos apsaugą; suprasti investavimo į vaikų sveikatą ekonomiką, plėtoti e-sveikatos standartus; bendradarbiauti ir harmonizuoti tarptautinių duomenų bazių naudojimą; suprasti ir gerbti vaikų teises ir lygybę bei didėjančią vaikų autonomiškumą, jiems augant.

MOCHA projektas buvo iškėlęs tikslą tyrimais nustatyti optimaliausią vaikų sveikatos priežiūros modelį. Dėl visų anksčiau išvardintų priežasčių tai pasirodė neįmanomas iššūkis, nes aplinka ir visuomenė turi daug daugiau įtakos visuomenės sveikatai, nei priimanamos priemonės sveikatai užtikrinti. Todėl nei vienas modelis negali būti tinkamas visiems. 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 (mirtingumo rodiklius), užtikrina geresnę paslaugų kokybę, prieinamumą ir koordinavimą. Daugelis Europos šalių neatsisako pediatro paslaugų vaikams arba grįžta į pediatriją pirminės sveikatos priežiūros modelį. Sveikatos ekonomikos skaičiavimais pediatro paslaugos vaikams yra pigesnės, nei šeimos gydytojo. Tačiau dėl daugybės ekonominių, socialinių bei kultūrinių veiksnių įtakos, šie teigiami aspektai gali būti suniveliuoti ar jiems nebus galimybių nepasireikšti. 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.

Taigi, šiai dienai optimalus sveikatos priežiūros modelis yra toks, kuriame Europos komisija veikia aktyviai, įtraukdama į bendradarbiavimą visas šalis nares, ir pateikia patikimus įrodymus, kuriais remiantis šalys ir jų gyventojai gali priimti pagrįstus politinius sprendimus bei daryti pokyčius įvairiuose sektoriuose plečiant vaikų sveikatos paslaugas, profesines darbuotojų kompetencijas, investuojant ir įtraukiant vaikus į jų sveikatos priežiūrą.

1.16 Lietuvos visuomenės požiūris į sveikatos priežiūros paslaugas vaikams

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. Tyrime dalyvavo 1000 Lietuvos gyventojų virš 18 m. amžiaus. Apklausos būdas: interviu respondento namuose. Respondentai atrinkti daugiapakopės, tikimybinės atrankos būdu. Atranka parengta taip, kad kiekvienas Lietuvos gyventojas turėtų vienodą tikimybę būti apklaustas. Tyrimas vyko 24 miestuose ir 33 kaimuose: Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje; Alytaus, Tauragės, Rokiškio, Utenos, Švenčionių, Telsių, Mažeikių, Raseinių, Ukmergės, Molėtų, Akmenės, Kretingos, Prienų, Varėnos, Klaipėdos, Kauno, Šilutės, Kupiškio, Šakių, Joniškio rajonuose ir Kalvarijų, Birštono bei Elektrėnų savivaldybėse.

Piliečių buvo klausama: Kas turėtų teikti sveikatos priežiūros paslaugas vaikams pirminiame lygyje (poliklinikoje):

1. Vaikų ligų gydytojas
2. Šeimos gydytojas
3. Man nesvarbu

Atsakymai pateikti 1.16 lentelėje ir 5-6 prieduose.

1.16. lentelė. Lietuvos gyventojų apklausos rezultatai

	N	%
Vaikų ligų gydytojas	723	72,3%
Šeimos gydytojas	156	15,6%
Man nesvarbu	121	12,1%
Iš viso	1000	100,0%

Apklausos rezultatai parodė, kad 72,3% respondentų norėtų, jog vaikams pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teiktų vaikų ligų gydytojai ir tik 15,6% - šeimos gydytojai.

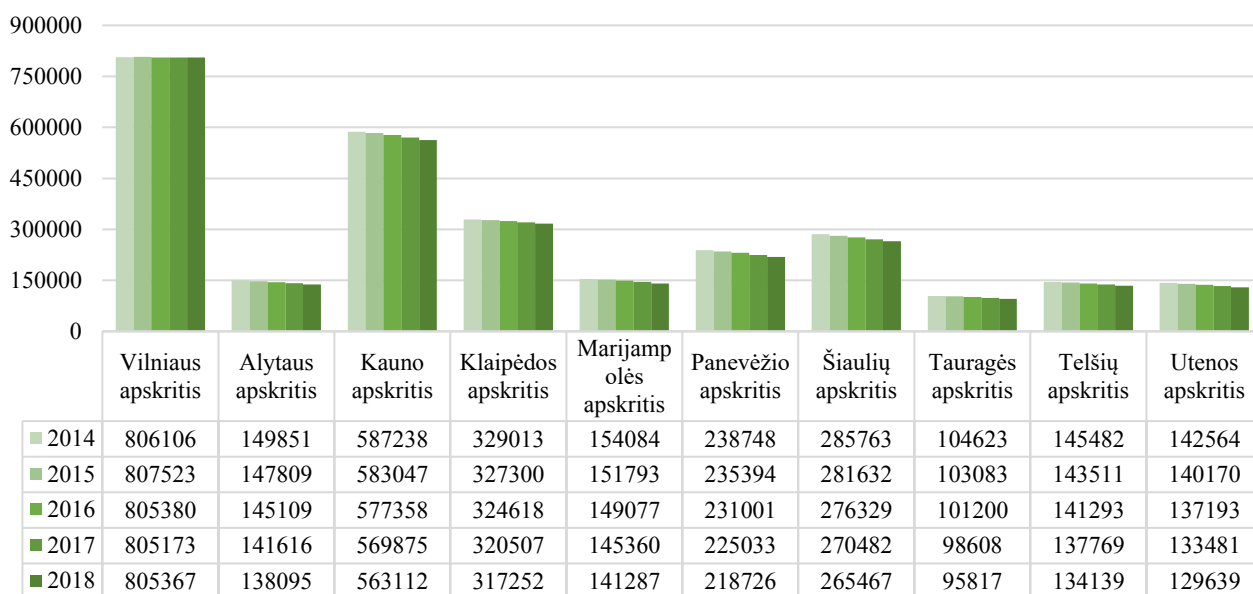
Vaikų ligų gydytojams pirmenybę teikė visų amžiaus grupių respondentai, nepriklausomai nuo išsilavinimo bei lyties. Atsakymo pasirinkimui reikšmingos įtakos neturėjo nei socialinė gyventojų padėtis, nei šeimos pajamos, gyvenamoji vieta ar nepilnamečių vaikų turėjimas.

Europos Komisija ir PSO akcentuoja visuomenės, socialinių veiksnių bei kultūrinių šalies ypatumų įtaką visuomenės sveikatai. Todėl tobulinant vaikų sveikatos priežiūros sistemą ar rengiant naują sveikatos priežiūros modelį, būtina atsižvelgti į šalies gyventojų nuomonę. Svarbu suprasti, kad kaip bekeistume vaikų sveikatos priežiūros modelį, didžioji šalies gyventojų dalis, vaikui susirgus, ieškos vaikų ligų gydytojo pagalbos. Tai rodo visoje Lietuvoje didėjantys vaikų srautai skubios pagalbos skyriuose.

2 Vaikų skaičius Lietuvoje ir atskirose savivaldybėse kitimai

2.1 Demografinė situacija Lietuvoje

Lietuvoje kasmet mažėja gyventojų skaičius. 2005 m. Lietuvoje gyveno 3 425 324 gyventojai, o 2018 m. – 2 808 901 (sumažėjo 18 proc.). Per paskutinius 5 metus gyventojų skaičius mažėjo visose apskrityse, išskyrus Vilniaus (2.1 pav.). Iš viso gyventojų sumažėjimas per penkerių metų laikotarpį siekė 4,6 proc.

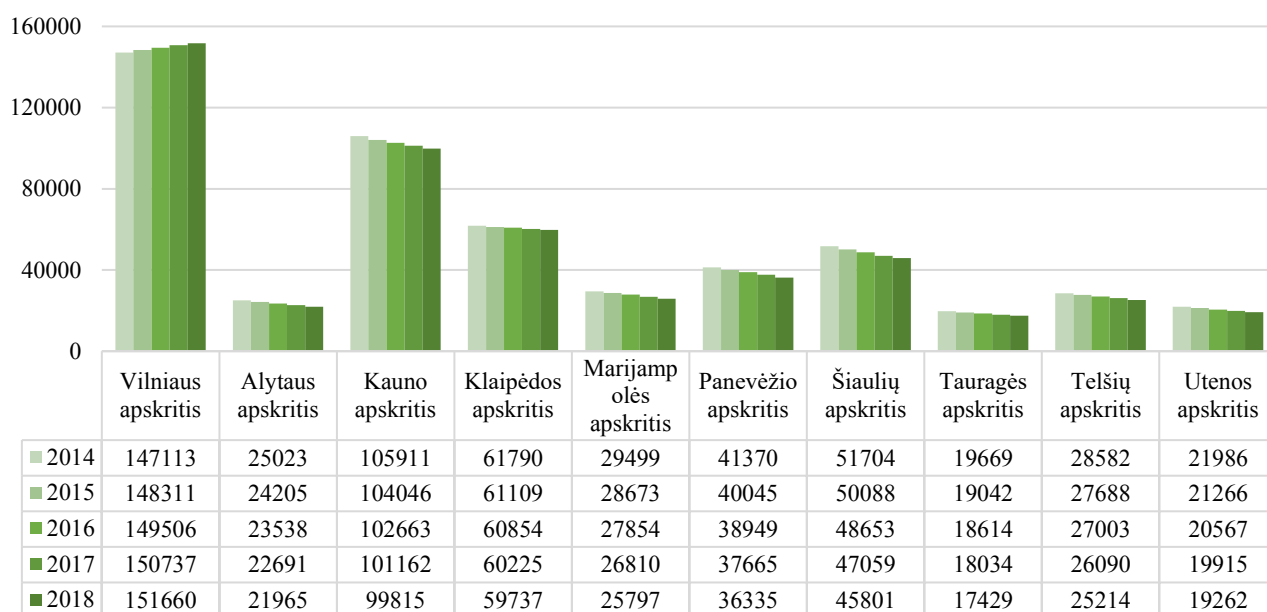


Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

2.1. pav. Lietuvos gyventojų skaičius pagal apskritis 2014-2018 m. (metų pradžioje)

Vaikų skaičius mažėjimas intensyvesnis – 2018 m., palyginti su 2005 m., vaikų skaičius sumažėjo nuo 746 274 iki 503 015 (sumažėjo 32 proc.). Vertinant paskutinių penkerių metų laikotarpį, vaikų skaičius mažėjimas sulėtėjo ir siekė 5,5 proc. Vaikų mažėja visose apskrityse, išskyrus Vilniaus (išaugo 3,1 proc.). Per 2014-2018 m. laikotarpį labiausiai sumažėjo vaikų Marijampolės (-12,8 proc.) ir Utenos (-12,4 proc.) apskrityse. Klaipėdos apskrityje vaikų skaičius sumažėjo tik 3,3 proc. (2.2 pav.).

2018 m. daugiausiai vaikų gyveno Vilniaus (151,7 tūkst.) ir Kauno (99,8 tūkst.) apskrityse. Mažiausias vaikų skaičius buvo Tauragės (17,4 tūkst.) ir Utenos (19,3 tūkst.) apskrityse.



Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

2.2. pav. Lietuvos vaikų skaičius pagal apskritis 2014-2018 m. (metų pradžioje)

Vertinant vaikų skaičiaus kitimą 2014-2018 m. pradžioje pagal savivaldybes, labiausiai vaikų sumažėjo Alytaus m. (-1471 vaikų arba -15,1 proc.), Vilkaviškio r. (-1351 vaikų arba -17,3 proc.), Kelmės r. (-1008 vaikų arba -18,8 proc.), Joniškio r. (-790 vaikų arba -17,9 proc.), Pakruojo r. (-717 vaikų arba -17,4 proc.), Biržų r. (-718 vaikų arba -15,9 proc.), Anykščių r. (-627 vaikų arba -15,7 proc.), Pagėgių (-317 vaikų arba -17,5 proc.) savivaldybėse. Kitose savivaldybėse vaikų skaičiaus mažėjimas neviršijo 15 proc.

Per paskutinių penkerių metų laikotarpį vaikų skaičius augo tik keturiose Lietuvos savivaldybėse: Vilniaus mieste (+ 6930 vaikų arba 7,1 proc.), Kauno r. (+657 vaikų arba 3,7 proc.), Klaipėdos r. (+313 vaikų arba 2,9 proc.) ir Neringos savivaldybėje (+75 vaikai arba 16,0 proc.).

Vaikų skaičius 2014 – 2018 m. pradžioje pagal savivaldybes pateikiamas 7 priede.

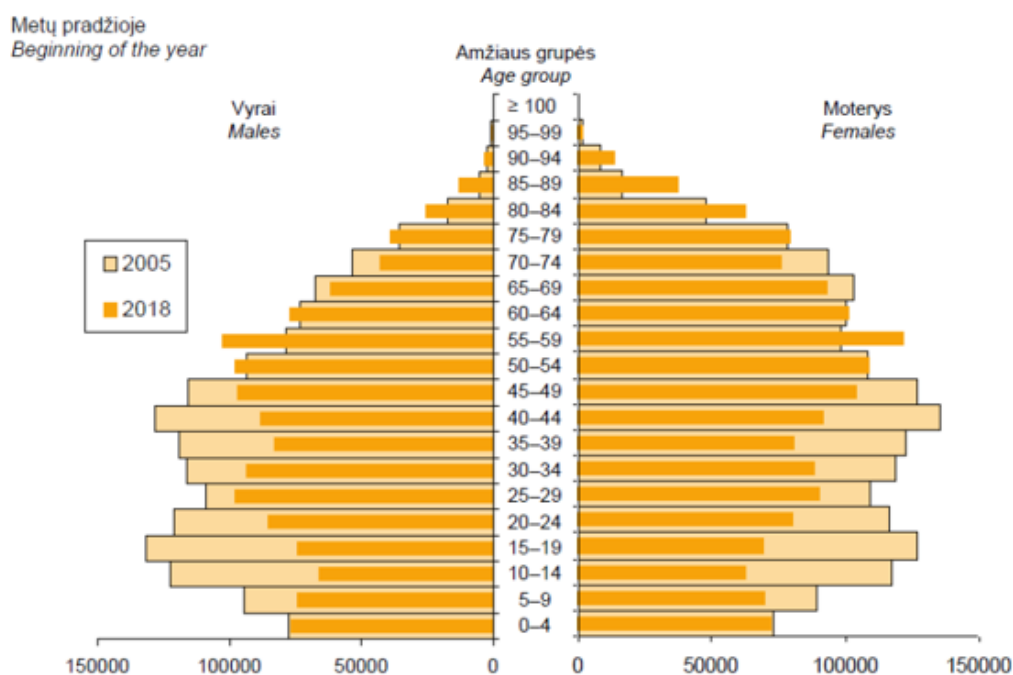
Tarp Europos Sąjungos (ES) šalių Lietuva yra greičiausiai senėjanti šalis. 2019 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 552 883 asmenys vyresni nei 65 m. (19 proc. šalies gyventojų)⁴. Prognozuojama, kad 2070 m. vyresnių nei 65 m. gyventojų padaugės iki 30 proc., o vaikų dalis bendroje populiacijoje nesikeis (2.1 lentelė).

⁴ Lietuvos statistikos departamentas. <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-vaikai>

2.1. lentelė. Gyventojų amžiaus grupių pokyčių prognozės laikotarpiu nuo 2016 m. iki 2070 m.⁵

2016 m.				
	0-14 m. (proc.)	15-64 m. (proc.)	65+ (proc.)	80+ (proc.)
Lietuva	15	66	19	5
ES	16	65	19	5
2070 m.				
Lietuva	15	56	30	14
ES	15	56	29	13

Lyginant 2005 m. ir 2018 m. Lietuvos gyventojų sudėtį pagal amžiaus grupes ir lytį, stebimas vaikų nuo 5 m. ir jauno amžiaus gyventojų (iki 49 m.) skaičiaus mažėjimas, ir vyresnių nei 80 m. amžiaus gyventojų skaičiaus didėjimas. Vaikų iki 5 m. skaičius Lietuvoje nesikeitė (2.3 pav.).



Šaltinis: Demografijos metraštis 2017. Lietuvos statistikos departamentas. Vilnius 2018, ISSN 2029-3739

2.3. pav. Nuolatinių gyventojų sudėties pagal lytį ir amžių pokyčio amžiaus ir lyties piramidė

Demografinio senėjimo pokyčiai lemia gyventojų socialinio aprūpinimo bei sveikatos priežiūros paslaugų poreikio didėjimą. VLK specialistų skaičiavimais vidutinės sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios 65 m. ir vyresnių gyventojų bei vaikų amžiaus grupės – 3 kartus didesnės nei 20-49 m. amžiaus grupės.

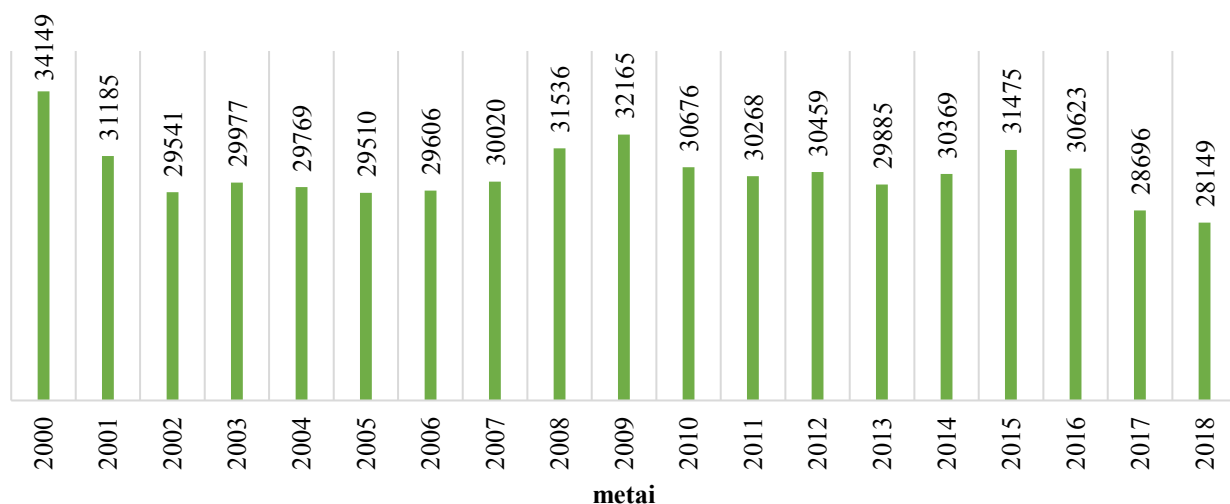
Didėjant senyvo amžiaus gyventojų Lietuvoje, šios gyventojų grupės sveikatos priežiūrai skiriamas vis didesnis dėmesys ir lėšos, atsiranda rizika taupyti darbingo amžiaus gyventojų ir vaikų sveikatos priežiūros sąskaita.

⁵ Senėjimo ataskaita 2018 (angl. The Ageing Report 2018) https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications_en 24 November 2017. Economic and financial affairs. Institutional Paper 065. European Commission 240 p.

2.2 Gimstamumas

Lietuvoje per paskutinius du dešimtmečius sumažėjo gyventojų skaičius 21,5 proc., tačiau gimusiųjų skaičius sumažėjo net 28 proc. Gimstamumo rodiklis (gimusiųjų skaičius/1000 - čiu nuolatinių gyventojų) lyginant 1996 m. ir 2017 m. kito mažiau ir siekė 10,8 ir 10,1 atitinkamais metais. Mažiausias gimstamumo rodiklis buvo 2002 m. – 8,6.⁶

Lietuvoje 2018 m. gimė 28 149 vaikai – mažiausiai per paskutinius du dešimtmečius. Lyginant su 2009 metais, 2018 m. gimė 4 016 (12,7 proc.) vaikų mažiau. Gimusiųjų skaičius mažėjo netolygiai, 2014-2015 m. buvo stebimas gimusiųjų skaičiaus augimas, tačiau nuo 2016 m. kasmet gimusiųjų skaičius mažėja (2.4 pav.). Europos sąjungoje 2017 m. gimė 5 mln. vaikų. Palyginus su 2014 m., 2017 m. ES gimimų skaičius sumažėjo 62,3 tūkst. (1,2 proc.).⁷



Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

2.4. pav. Gimusiųjų vaikų skaičius Lietuvoje 2000-2018 m.

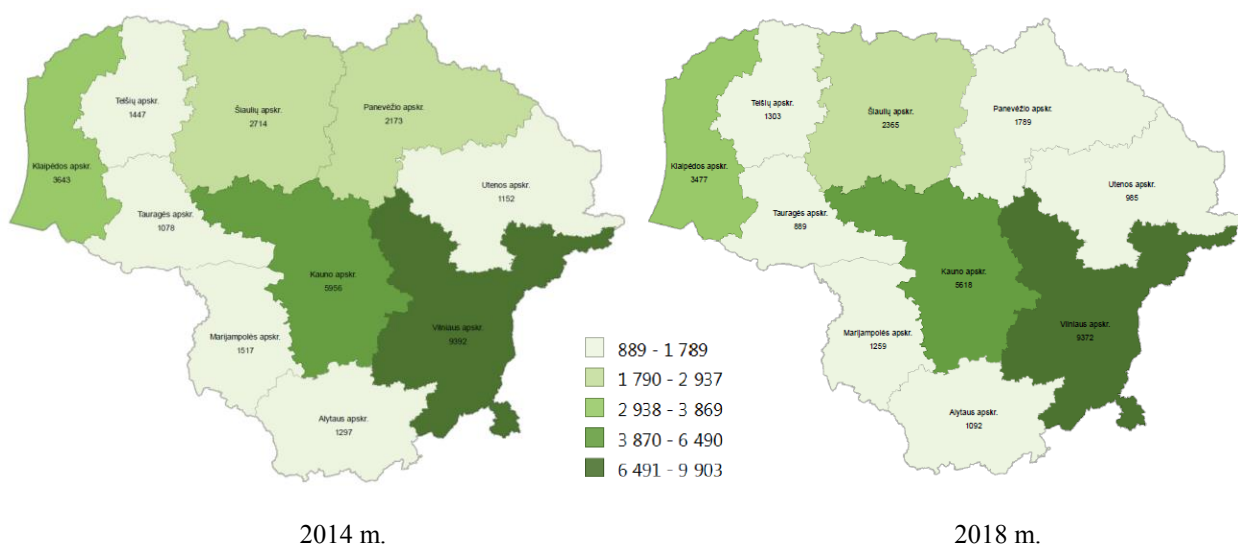
2018 m. daugiausiai vaikų gimė Vilniaus (9,4 tūkst.) ir Kauno (5,6 tūkst.) apskrityse. Mažiausiai – Tauragės ir Utenos apskrityse, jose gimė mažiau nei po 1000 naujagimių (2.5 pav.).

Lyginant su 2014 m., gimusiųjų skaičius Panevėžio, Tauragės ir Marijampolės apskrityse mažėjo daugiau kaip 17 proc.

Vilniaus apskrityje 2018 m. gimė tiek pat vaikų kaip ir 2014 m. Vilniaus mieste gimusiųjų skaičius didėjo (+168 arba 2,5 proc.), kitose apskrities savivaldybėse – mažėjo.

⁶ Lietuvos statistikos departamentas. <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-vaikai>

⁷ Eurostatas. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections>



Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas

2.5. pav. Gimusieji pagal apskritis 2014 m. ir 2018 m.

Daugiau demografinių rodiklių pateikiama 8-9 prieduose.

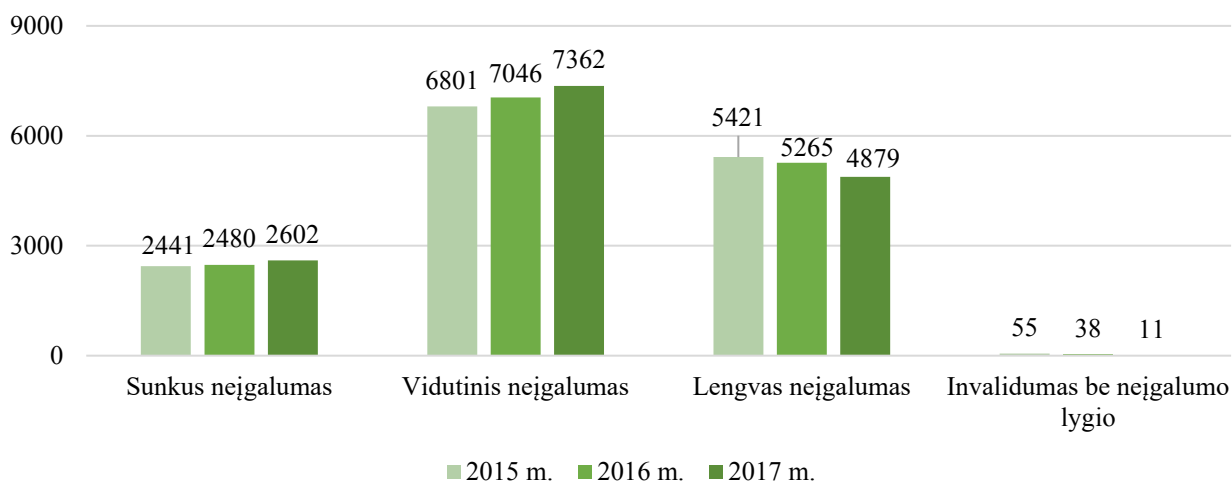
2.3 Vaikų sergamumas

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 - 628,1 sirgusiųjų 1 tūkst. vaikų (655 iš 1000 vaikų 2013 m.). 56,8 proc. visų vaikų bent kartą per metus sirgo ūminėmis viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis ar gripu (592 iš 1000 vaikų 2013 m.). Kitomis ligomis vaikai sirgo mažiau: akių ir jos priedinių organų ligomis – 268,1/1000 vaikų (251 iš 1000 vaikų 2013 m.), sužalojimais ir apsinuodijimais – 169/1000 vaikų, virškinimo sistemos ligomis (be dantų ligų) – 141,8/1000, odos ir poodžio ligomis 139/1000, tam tikromis infekcinėmis ir parazitų sukeltomis ligomis – 135,4/1000 gyventojų. Per pastaruosius penkerius metus didėjo vaikų, sergančių cukriniu diabetu, toliaregyste, lėtiniu otitu, alerginiu rinitu, artropatijomis. 2017 m. šiek tiek sumažėjo vaikų, sergančių stemplės, skrandžio ir dvylikapirštės žarnos ligomis, gastritu ir duodenitu, deformuojančiomis dorsopatijomis. Regėjimo sutrikimų daugėja vyresnio amžiaus vaikų grupėse. Ikimokykliniame amžiuje regėjimo sutrikimų užregistruota 18,2 proc. apsilankusių vaikų. 7–14 metų amžiuje šis skaičius padidėjo iki 27,1 proc., 15–17 metų amžiuje – 26,2 proc.⁸

⁸ Higienos instituto leidinys „Lietuvos sveikatos statistika 2017“. <http://www.hi.lt/lt/lietuvos-sveikatos-statistika-health-statistics-of-lithuania.html>

2.4 Vaikų neįgalumas

LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – SADM) duomenimis, paskelbtais SADM interneto svetainėje, neįgalių vaikų 2017 m. buvo 14,8 tūkst. Jų skaičius nuo 2015 m. išlieka stabilus. Kaip matyti iš 2.6 pav., sumažėjo vaikų, kuriems nustatytas lengvas neįgalumas, padidėjo vidutinio ir sunkaus.



Šaltinis: LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija

2.6. pav. Neįgalių vaikų skaičius 2015-2017 m.

Pagrindinė vaikų negalios priežastis – psichikos ir elgesio sutrikimai, įgimtos formavimosi ydos, deformacijos ir chromosomų anomalijos bei nervų sistemos ligos.

Vaikų, kuriems pirmą kartą pripažinta negalia, skaičius pagal neįgalumo lygį ir priežastis 2014-2018 m. pateikiamas 10 priede.

2.5 Vaikų mirtingumas

2018 m. Lietuvoje mirė 185 vaikai (2014 m. - 253 vaikai). Per pastaruosius penkerius metus stebimas 1–17 metų amžiaus mirusių vaikų skaičiaus sumažėjimas (nuo 2014 m. šis skaičius sumažėjo 34,1 proc.). 2018 m. mirė 89 1–17 metų amžiaus vaikai (53 berniukai ir 36 mergaitės). Pagrindinės 1–17 metų amžiaus vaikų mirties priežastys – išorinės mirties priežastys (48,3 proc.), piktybiniai navikai (14,6 proc.) ir nervų sistemos ligos (7,9 proc.). Nuo išorinių mirties priežasčių 2018 m. mirė 43 vaikai (31 berniukas ir 12 mergaičių) – tai yra 7,5 proc. daugiau, lyginant su 2017 m.

2018 m. mirė 96 kūdikiai (vaikai iki 1 metų), lyginant su 2017 m., 11 kūdikių daugiau. Iš viso 2018 m. mirė 55 berniukai ir 41 mergaitė. Pagrindinės kūdikių mirties priežastys – perinatalinio

laikotarpio ligos (43,8 proc.) ir įgimtos formavimosi ydos (36,5 proc.).⁹ 2014 m. mirė 118 kūdikių (mirusiųjų skaičius sumažėjo 28,9 proc.).

Kūdikių mirtingumo rodiklis – mirusių kūdikių skaičius 1000-iai gyvų gimusiųjų – atitinka ES vidurkį (2017 m. siekė 2,9/1000¹⁰).

⁹ Higienos instituto duomenys. <http://www.hi.lt/lt/lietuvos-sveikatos-statistika-health-statistics-of-lithuania.html>

¹⁰ OECD (2019), Infant mortality rates (indicator). doi: 10.1787/83dea506-en (Accessed on 19 July 2019)

3 Vaikų sveikatos priežiūros situacija pirminėje sveikatos priežiūros grandyje

3.1 Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra 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.¹¹

Remiantis VLK pateiktas duomenimis, Lietuvoje 2018 m. prisirašiusių prie PAASPI vaikų skaičius buvo 518 372 (didesnis nei statistinis gyventojų sk.). Per penkerius metus prisirašiusių vaikų skaičius sumažėjo 29 243 (5,6 proc.). Lietuvoje PAASP paslaugas vaikams teikia šeimos gydytojas arba gydytojų komandoje dirbantys pediatrai (vaikų ligų gydytojai). 2014 metais pediatrinėms apylinkėms priklausė 210,8 tūkst. vaikų (38,5 proc. visų jaunesnių nei 18 metų prisirašiusių prie PAASPI gyventojų). 2018 metais pediatrai pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikė 184,9 tūkst. vaikų (35,7 proc. visų jaunesnių nei 18 metų prisirašiusių prie PAASPI gyventojų). Statistiniai rodikliai rodo, kad vaikų ligų gydytojai PAASPI paslaugas teikia daugiau nei trečdaliui Lietuvos vaikų. Prisirašiusių vaikų skaičius 2014 - 2018 m. pagal savivaldybes ir PASPI paslaugas teikiančius gydytojus pateikiamas 11-12 prieduose.

2018 m. iš viso buvo registruota 3,5 mln. vaikų apsilankymų PAASPI, lyginant su 2014 m. apsilankymų skaičius sumažėjo 2,8 proc., tačiau apskaičiavus apsilankymų skaičių 100-ai vaikų, stebime apsilankymų skaičiaus augimą 2,6 proc. (nuo 658/100 iki 675/100). Analizuojant apsilankymų pas šeimos gydytoją ir vaikų ligų gydytoją intensyvumą, nustatėme, kad apsilankymų pas šeimos gydytojus skaičius 2014 – 2018 m. laikotarpiu padidėjo 4,6 proc. (nuo 1 975,1 tūkst. iki 2 065,8 tūkst.), o pas pediatrą sumažėjo 11,8 proc. (nuo 1 626,8 iki 1 434,4 tūkst.). Vaikų vizitai pas pediatrą PAASPI 2018 m. sudarė 41 proc. nuo vizitų pas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius gydytojus (šeimos gydytoją ar pediatrą).

Dažniausiai 2018 m. pas vaikų ligų gydytojus lankėsi Tauragės ir Panevėžio (52,4 proc. ir 50,0 proc.) vaikai, mažiausia apsilankymų dalis buvo tarp Kauno ir Klaipėdos (35,0 proc. ir 36,3 proc.) vaikų.

Anykščių, Biržų, Pasvalio, Radviliškio ir Rokiškio savivaldybėse vizitai pas vaikų ligų gydytojus sudarė $\frac{3}{4}$ nuo visų PAASP vizitų. Rečiausiai pas vaikų gydytojus dėl PAASP paslaugų lankėsi Druskininkų, Elektrėnų, Kretingos ir Raseinių vaikai (mažiau nei 2 proc. nuo visų vizitų).

¹¹ LR SAM 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

Profilaktinių vizitų dalis pas pediatrą nuo 2018 m. buvo truputį didesnė nei pas šeimos gydytoją ir sudarė 29,8 proc. (nesikeitė nuo 2014 m.), profilaktinių vizitų pas šeimos gydytoją dalis buvo 26,4 proc. (2014 m. 27,6 proc.).

Apsilankymų namuose skaičius kasmet mažėja. Apsilankymai pas vaikus namuose sudarė tik 0,97 proc. nuo visų vizitų pas šeimos gydytoją (2014 m. 1,87 proc.). Vaikų ligų gydytojas namuose lankėsi dažniau – 2018 m. apsilankymai pas vaikus namuose sudarė tik 1,42 proc. nuo visų vizitų pas pediatrą (2014 m. 2,18 proc.).

3.1. lentelė. Apsilankymai pas šeimos gydytoją ir vaikų ligų gydytoją PAASPI 2014-2018 m.

Apskritis	Bendrosios praktikos gydytojas				Apylinkės pediatras			
	2014 m.		2018 m.		2014 m.		2018 m.	
	Apsilankymų skaičius	Apsilankymų sk. 100-ai vaikų *	Apsilankymų skaičius	Apsilankymų sk. 100-ai vaikų *	Apsilankymų skaičius	Apsilankymų sk. 100-ai vaikų *	Apsilankymų skaičius	Apsilankymų sk. 100-ai vaikų *
Vilniaus apskr.	574 867	619,8	629 711	624,5	516 118	850,9	475 102	832,8
Kauno apskr.	414 675	565,9	440 231	601,3	271 882	730,1	237 449	735,8
Klaipėdos apskr.	239 763	555,5	267 791	600,3	160 454	724,3	152 728	812,2
Šiaulių apskr.	223 300	628,5	204 877	648,0	140 698	859,8	122 018	844,6
Panevėžio apskr.	110 785	552,4	111 710	568,4	140 618	651,3	111 754	664,4
Alytaus apskr.	97 530	725,7	100 976	808,8	104 353	873,8	81 686	832,1
Marijampolės apskr.	87 177	549,4	84 581	614,5	93 372	689,0	78 777	672,7
Tauragės apskr.	43 295	473,6	44 645	527,7	56 949	548,0	49 123	581,3
Telšių apskr.	98 949	499,0	104 640	602,5	76 305	838,2	64 098	775,2
Utenos apskr.	84 096	610,5	75 419	655,8	64 350	825,6	60 055	830,3
Viso Lietuvoje	1 975 090	586,4	2 065 806	619,4	1 626 811	771,8	1 434 426	775,9

* Bendrosios praktikos gydytojo rodiklis apskaičiuotas nuo vaikų skaičiaus, prisirašiusių pas šeimos gydytojus, apylinkės pediatro – nuo prisirašiusių pas vaikų ligų gydytojus (pediatrus) skaičiaus.

Šaltinis: Higienos institutas ir autorių skaičiavimai

Atkreiptinas dėmesys, kad pas akušerį ginekologą 2018 m. vaikai apsilankė tik 4 853 kartus. Akušerio ginekologo pagalbos prireikė tik 0,94/100 prisirašiusių vaikų (2014 m. 1,34/100 vaikų).

Pas chirurgą 2018 m. vaikai lankėsi 25 942 kartus (5,0/100 prisirašiusių vaikų), iš jų 9 proc. profilaktinių apsilankymų. Lyginant su 2014 m. apsilankymų pas chirurgą sumažėjo 42,3 proc.

Atkreiptinas dėmesys, kad nėra reikalavimo, kad paslaugas teiktų vaikų chirurgas. Vertinant į bendrosios praktikos chirurgo rezidentūros programą, matome, kad vaikų chirurgijos žinioms ir įgūdžiams įgyti skiriamas per mažas dėmesys.

2018 m. pas vidaus ligų gydytoją pirminiame lygyje vaikai apsilankė 2 427 kartus, nors vidaus ligų gydytojai neturi kompetencijos teikti paslaugas vaikams, išskyrus skubios ir neatidėliotinos pagalbos atvejus. Lyginant su 2014 m. vizitų pas vidaus ligų gydytoją sumažėjo 41 proc., tačiau per

penkerius metus padaugėjo vizitų pas medicinos gydytoją nuo 2 071 apsilankymų 2014 m. iki 3 852 2018 m.

3.2. lentelė. Apsilankymai PAASPI 2014-2018 m. pagal gydytojų specialybes

	Apsilankymų skaičius					Apsilankymų skaičius 100 prisirašusių vaikų *				
	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.
Bendrosios praktikos gydytojas	1 975 090	2 009 097	2 066 499	2 124 676	2 065 806	586,4	594,6	607,8	631,6	619,4
Apylinkės pediatras	1 626 811	1 576 470	1 528 269	1 495 269	1 434 426	771,8	776,9	788,6	795,7	775,9
Akušeris-ginekologas	7 334	6 766	6 240	5 478	4 853	1,34	1,25	1,17	1,04	0,94
Chirurgas	44 994	38 642	33 849	28 938	25 942	8,21	7,15	6,34	5,52	5,00
Apylinkės terapeutas	4 134	3 810	3 193	2 641	2 427	0,75	0,70	0,60	0,50	0,47
Medicinos gydytojas	2 071	1 004	422	1 837	3 852	0,38	0,19	0,08	0,35	0,74

* Bendrosios praktikos gydytojo rodiklis 100-ai vaikų apskaičiuotas nuo prisirašusių pas šeimos gydytojus skaičiaus, apylinkės pediatro – nuo prisirašusių pas vaikų ligų gydytojus skaičiaus, kitų specialistų – nuo visų prisirašusių vaikų.

Šaltinis: Higienos institutas ir autorių skaičiavimai

Profilaktiškai paskiepytų vaikų dalis 2014 - 2018 m. statistiškai reikšmingai nekito (3.3 lentelė). Pagal nacionalinę imunoprofilaktikos programą paskiepytų vaikų dalis svyravo nuo 92,2 iki 97,7 proc.

3.3. lentelė. Profilaktiškai paskiepytų vaikų dalis proc. 2014-2018 m.

	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.
Tuberkuliozė - naujagimiai	97,7	97,2	97,7	97,3	96,4
Hepatitis B - naujagimiai	97,4	97,3	97,1	96,4	96,0
Hepatitis B - 1 metai	94,0	93,8	94,6	93,8	93,8
Haemophilus influenzae infekcija - 1 metai	92,9	93,5	94,1	93,7	92,3
Difterija, stabligė - 1 metai	92,9	93,5	94,1	93,7	92,3
Kokliušas - 1 metai	92,9	93,5	94,1	93,7	92,3
Pliomielitas - 1 metai	92,9	93,5	94,1	93,7	92,3
Tymai - 2 metai	93,4	94,2	93,7	93,5	92,2
Epideminis parotitas - 2 metai	93,4	94,2	93,7	93,5	92,2
Raudonukė - 2 metai	93,4	94,2	93,7	93,5	92,2

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamento informacija

Išsami informacija apie PAASP teikiamas paslaugas pagal savivaldybes pateikiama 13 priede.

3.2 Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra

Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra – pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų psichikos sveikatos centruose arba įstaigose, atitinkančiose psichikos sveikatos

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.

2018 m. į Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros centrus vaikai kreipėsi 59 068 kartus, lyginant su 2014 m. apsilankymų skaičius išaugo trečdaliu. Vizitų skaičius pas psichologus išaugo net 3 kartus nuo 5 196 vizitų 2014 m. iki 20 908 vizitų 2018 m. 2018 m. 100-tui Lietuvos vaikų teko 11,4 apsilankymo (3.4 lentelė).

Apsilankymų intensyvumas skiriasi tarp regionų. Dažniausiai psichikos sveikatos priežiūros centruose lankėsi Utenos apskrities vaikai (17,2/100), rečiausiai – Klaipėdos apskrities vaikai (6,0/100).

3.4. lentelė. Pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų skaičius 2014-2018 m.

Regionas	2014 m.			2018 m.			pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.			
	Apsilankymų skaičius	Apsilankymų skaičius 100 vaikų	Profilakt. apsilankymų dalis proc	Apsilankymų skaičius	Apsilankymų skaičius 100 vaikų	Profilakt. apsilankymų dalis proc	sk.	%	sk.	%
							Apsilankymų skaičius		Apsilankymų skaičius 100 vaikų	
Vilniaus apskr.	11059	7,2	18,4	20081	12,7	9,5	9 022	81,6	5,5	76,4
Kauno apskr.	8958	8,1	14,5	13520	12,8	21,0	4 562	50,9	4,7	58,1
Klaipėdos apskr.	4396	6,7	31,7	3816	6,0	29,1	-580	-13,2	-0,7	-10,6
Šiaulių apskr.	3831	7,7	30,9	4851	10,5	31,0	1 020	26,6	2,8	36,9
Panevėžio apskr.	2055	4,7	56,8	3309	9,1	44,5	1 254	61,0	4,4	93,0
Alytaus apskr.	2649	10,4	47,5	3193	14,3	35,1	544	20,5	3,9	37,2
Marijampolės apskr.	2226	7,6	40,8	3279	12,9	24,9	1 053	47,3	5,3	70,1
Tauragės apskr.	1197	6,1	38,2	1271	7,5	38,2	74	6,2	1,4	22,6
Telšių apskr.	1464	5,1	40,0	2526	9,9	33,9	1 062	72,5	4,8	94,7
Utenos apskr.	3259	15,1	31,0	3221	17,2	24,0	-38	-1,2	2,1	13,8
Viso Lietuvoje	41095	7,5	27,5	59068	11,4	21,8	17 973	43,7	3,9	51,8

Šaltinis: Higienos institutas

Išsami informacija apie Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas pateikiama 14 priede.

4 Stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų vaikams prieinamumo atskirose savivaldybėse ir regionuose įvertinimas ir paslaugų apimtys

4.1 Stacionariųjų vaikų sveikatos priežiūros paslaugų rodikliai

4.1.1 Hospitalinis sergamumas

2018 m. stacionare pacientai daugiausia gydyti dėl kvėpavimo sistemos ligų (28 proc.), infekcinių ir parazitinių ligų (14,6 proc.) bei virškinimo sistemos ligų (9,4 proc.). Tokios pačios sergamumo tendencijos stebimos ir ankstesniais laikotarpiais (4.1 lentelė) bei pagal apskritis (15 priedas).

4.1. lentelė. Stacionaro aktyvaus gydymo ligonių sudėtis pagal diagnozių grupes 2014-2018 m.

	ligonių skaičius					dalis nuo visų ligonių, proc.				
	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.
Iš viso	126963	126440	123467	116760	113091					
A00-B99 Tam tikros infekcinės ir parazitų sukeltos ligos	16649	17476	17065	15827	16478	13,1	13,8	13,8	13,6	14,6
C00-D48 Navikai	2441	2428	1906	1632	1591	1,9	1,9	1,5	1,4	1,4
D50-D89 Kraujo ir kraujodaros organų ligos bei tam tikri sutrikimai, susiję su imuniniais mechanizmais	639	535	468	434	500	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
E00-E90 Endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligos	1535	1574	1641	1713	1818	1,2	1,2	1,3	1,5	1,6
F00-F99 Psichikos ir elgesio sutrikimai	4347	4240	4471	4316	4138	3,4	3,4	3,6	3,7	3,7
G00-G99 Nervų sistemos ligos	3429	3388	3084	3309	3241	2,7	2,7	2,5	2,8	2,9
H00-H59 Akies ir jos priedinių organų ligos	1906	2011	1801	1701	1646	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5
H60-H95 Ausies ir speninės ataugos ligos	1530	1450	1273	1272	1185	1,2	1,1	1,0	1,1	1,0
I00-I99 Kraujotakos sistemos ligos	1585	1452	1354	1487	1560	1,2	1,1	1,1	1,3	1,4
J00-J99 Kvėpavimo sistemos ligos	37458	36130	37208	34936	31671	29,5	28,6	30,1	29,9	28,0
K00-K93 Virškinimo sistemos ligos	12328	12390	11764	10550	10673	9,7	9,8	9,5	9,0	9,4
L00-L99 Odos ir poodžio ligos	3617	3493	3483	3440	3396	2,8	2,8	2,8	2,9	3,0
M00-M99 Jungiamojo audinio ir raumenų bei skeleto ligos	2618	2796	2644	2741	2497	2,1	2,2	2,1	2,3	2,2
N00-N99 Lytinės ir šlapimo sistemos ligos	3885	3770	3735	3627	3387	3,1	3,0	3,0	3,1	3,0
O00-O99 Nėštumas, gimdymas ir laikotarpis po gimdymo	667	626	552	508	381	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3
P00-P96 Tam tikros perinatalinio laikotarpio būklės	11332	11613	11092	10336	10324	8,9	9,2	9,0	8,9	9,1
Q00-Q99 Įgimtos formavimosi ydos, deformacijos ir chromosomų anomalijos	4606	4488	4132	4018	3711	3,6	3,5	3,3	3,4	3,3
R00-R99 Simptomai, požymiai ir nenormalūs klinikiniai bei laboratoriniai radiniai, neklasifikuojami kitur	2059	1904	1778	1662	1645	1,6	1,5	1,4	1,4	1,5

	ligonių skaičius					dalis nuo visų ligonių, proc.				
	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.
S00-T98 Sužalojimai, apsinuodijimai ir tam tikri išorinių poveikių padariniai	7731	7558	6982	6622	6715	6,1	6,0	5,7	5,7	5,9
Z00-Z99 Be to, sveikatos būklę veikiantys faktoriai ir apsilankymai sveikatos priežiūros įstaigose	6601	7118	7034	6629	6534	5,2	5,6	5,7	5,7	5,8

Šaltinis: Higienos institutas ir autorių skaičiavimai

4.1.2 Stacionariųjų paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys

IS „Sveidra“ duomenimis, 2018 m. vaikams buvo suteikta 100,4 tūkst. stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugų, t.y. 15,7 tūkst. (13,5 proc.) mažiau nei 2014 m. Paslaugų skaičiaus mažėjimas stebimas visose apskrityse, išskyrus Marijampolės (didėja 3,8 proc.), kuriai priklausančioje Vilkaviškio ligoninėje pacientų srautas padidėjo beveik trečdaliu.

Didžioji dalis, t.y. 75 proc. visų paslaugų suteikiama respublikos lygmens ligoninėse. Regiono ligoninėse suteikiama 11,8 proc. visų paslaugų, rajono – 13,2 %.

4.2. lentelė. Vaikams suteiktų stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugų skaičius pagal gydymo įstaigos lygmenį ir apskritis 2014-2018 m.

Gydymo įstaigos apskritis	Gydymo įstaigos lygmuo	gydymo etapų skaičius					pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
		2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	sk.	%
Alytaus apskr.	rajono	1137	1234	1176	1027	773	-364	-32,0
	regiono	2403	2434	2512	2403	2225	-178	-7,4
	Viso	3540	3668	3688	3430	2998	-542	-15,3
Kauno apskr.	rajono	1648	1624	1590	1396	1337	-311	-18,9
	regiono	2187	2175	2262	2039	1823	-364	-16,6
	respublikos	25508	25148	24077	23038	22406	-3102	-12,2
	Viso	29343	28947	27929	26473	25566	-3777	-12,9
Klaipėdos apskr.	rajono	1696	1620	1724	1553	1443	-253	-14,9
	regiono	1597	1610	1664	1459	1401	-196	-12,3
	respublikos	12633	12178	11795	11457	11583	-1050	-8,3
	Viso	15926	15408	15183	14469	14427	-1499	-9,4
Marijampolės apskr.	rajono	1210	1287	1407	1453	1424	214	17,7
	regiono	1963	2101	2082	2153	1868	-95	-4,8
	Viso	3173	3388	3489	3606	3292	119	3,8
Panevėžio apskr.	rajono	1988	1813	1597	1451	1340	-648	-32,6
	respublikos	5796	5630	5059	4404	4319	-1477	-25,5
	Viso	7784	7443	6656	5855	5659	-2125	-27,3
Šiaulių apskr.	rajono	2333	2106	2137	1280	1208	-1125	-48,2
	regiono	388	312	-	-	-	-385	-99,2
	respublikos	7609	7336	7492	6919	6383	-1226	-16,1
	Viso	10330	9754	9637	8201	7594	-2736	-26,5
Tauragės apskr.	rajono	1037	991	1057	1056	1080	43	4,1
	regiono	1249	1271	1333	1129	1013	-236	-18,9
	Viso	2286	2262	2390	2185	2093	-193	-8,4

Gydymo įstaigos apskritis	Gydymo įstaigos lygmuo	gydymo etapų skaičius					pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
		2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	sk.	%
Telšių apskr.	rajono	885	943	868	796	827	-58	-6,6
	regiono	2079	2132	2310	2129	1825	-254	-12,2
	Viso	2964	3075	3178	2925	2652	-312	-10,5
Utenos apskr.	rajono	2053	2026	2002	1991	1780	-273	-13,3
	regiono	1216	1152	1217	1015	1011	-205	-16,9
	Viso	3269	3178	3219	3006	2791	-478	-14,6
Vilniaus apskr.	rajono	2200	2368	2358	2191	2057	-143	-6,5
	regiono	796	667	855	773	714	-82	-10,3
	respublikos	34529	35652	33441	31147	30571	-3958	-11,5
	Viso	37525	38687	36654	34111	33342	-4183	-11,1
Viso Lietuvoje		116140	115810	112023	104261	100414	-15726	-13,5
	respublikos	86075	85944	81864	76965	75262	-10813	-12,6
	regiono	13878	13854	14243	13102	11883	-1995	-14,4
	rajono	16187	16012	15916	14194	13269	-2918	-18,0

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Vaikams suteiktų stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugų skaičius pagal gydymo įstaigas 2014-2018 m. pateikiamas 16 priede.

Bendras paslaugų skaičius, tenkantis 100-ui vaikų, mažėjo 8,4 proc. (2014 m. – 21,8, 2018 m. – 20). Daugiausia paslaugų tenka Klaipėdos apskrities vaikams (23,1/100), mažiausiai – Telšių (17,8/100). Pastarojoje apskrityje stebimas rodiklio augimas.

Vilniaus, Šiaulių ir Panevėžio apskričių gyventojams paslaugų skaičius, tenkantis 100-ui vaikų mažėjo po 13-15 proc. arba trimis paslaugomis. Marijampolės apskrities vaikams rodiklis kilo žymiausiai.

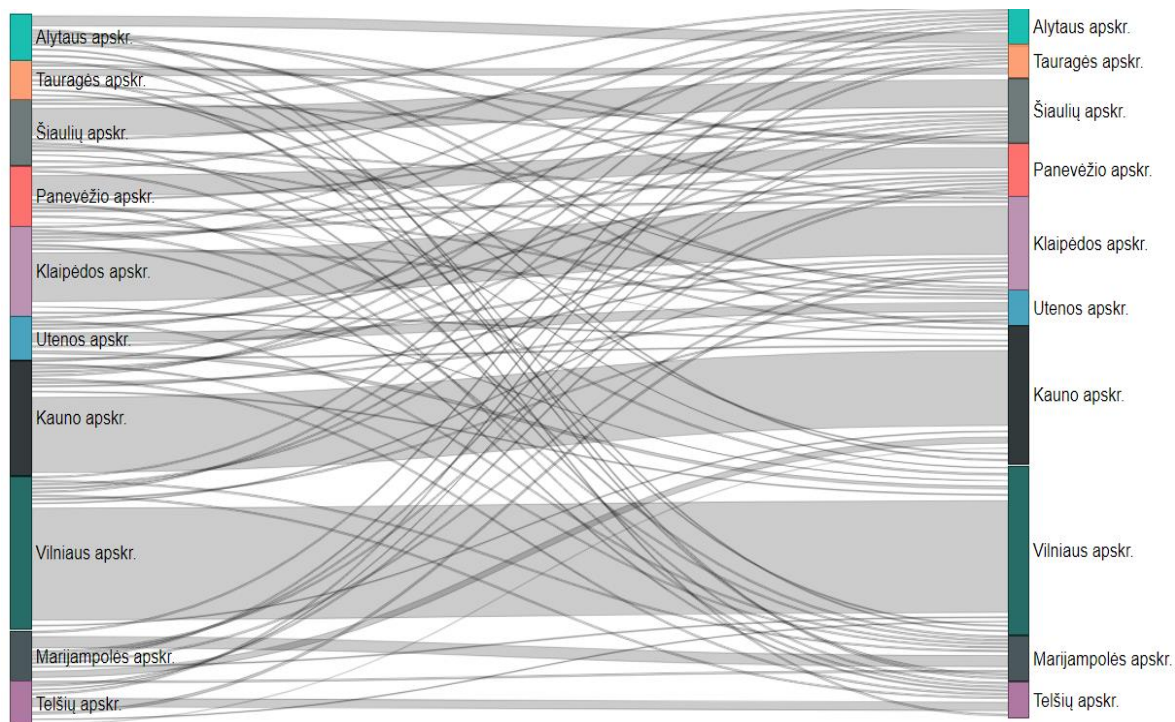
4.3. lentelė. Vaikams suteiktų stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugų skaičius, tenkantis 100-ui vaikų pagal prisirašymo apskritis 2014-2018 m.

Paciento prisirašymo apskritis	paslaugų skaičius, tenkantis 100 vaikų					pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	sk.	%
Alytaus apskr.	19,4	21,4	21,5	21,7	20,0	0,6	3,0
Kauno apskr.	22,2	22,4	21,9	20,8	20,1	-2,0	-9,2
Klaipėdos apskr.	24,6	24,1	23,9	23,1	23,1	-1,5	-6,2
Marijampolės apskr.	18,6	19,4	20,5	21,2	20,8	2,2	11,8
Panevėžio apskr.	21,9	21,7	20,5	19,0	19,0	-2,9	-13,3
Šiaulių apskr.	22,2	21,8	22,1	19,8	18,8	-3,4	-15,3
Tauragės apskr.	19,6	20,0	20,8	19,8	19,4	-0,2	-1,2
Telšių apskr.	16,9	17,7	18,2	18,0	17,8	1,0	5,6
Utenos apskr.	21,9	22,3	22,4	21,9	21,1	-0,8	-3,8
Vilniaus apskr.	22,5	22,9	21,5	19,6	19,3	-3,1	-13,9
	21,8	22,1	21,6	20,4	20,0	-1,8	-8,4

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Analizuojant 2018 m. pacientų gyvenamosios vietos ir stacionarinės paslaugos gavimo vietos šrautus 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 stacionariųjų paslaugų vyko į Klaipėdos, penktadalis – į Kauno apskrities gydymo įstaigas (4.1 pav.).



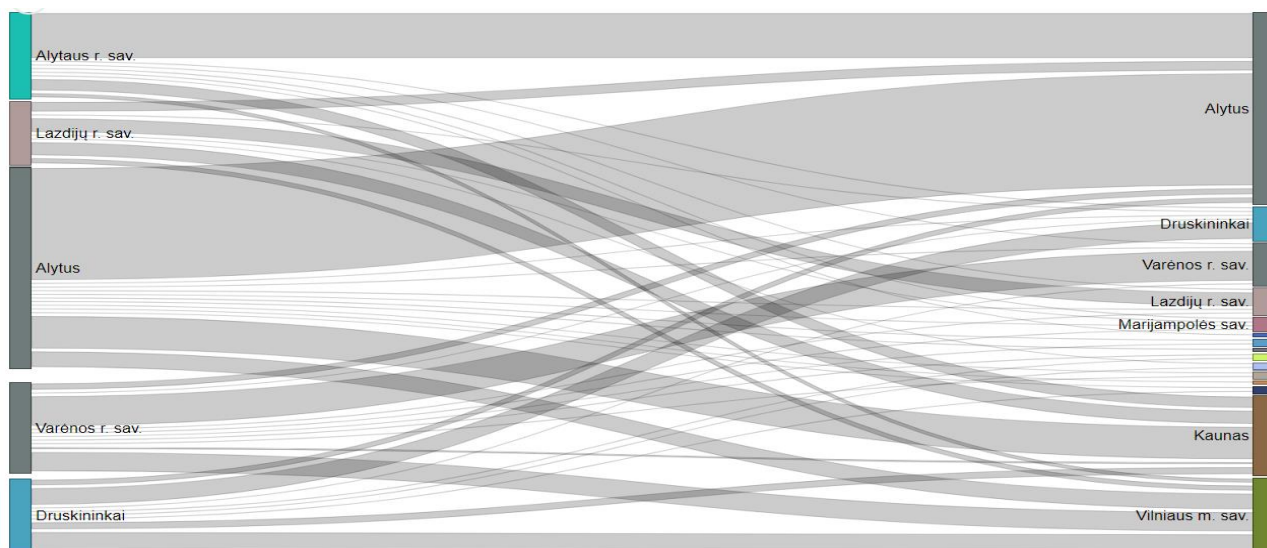
Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.1. pav. Stacionariųjų paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietas apskrityje

Kiekvienoje apskrityje yra savivaldybių, kuriose nėra teikiamos stacionarinės paslaugos vaikams.

Paslaugų pasiskirstymas pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietas savivaldybę

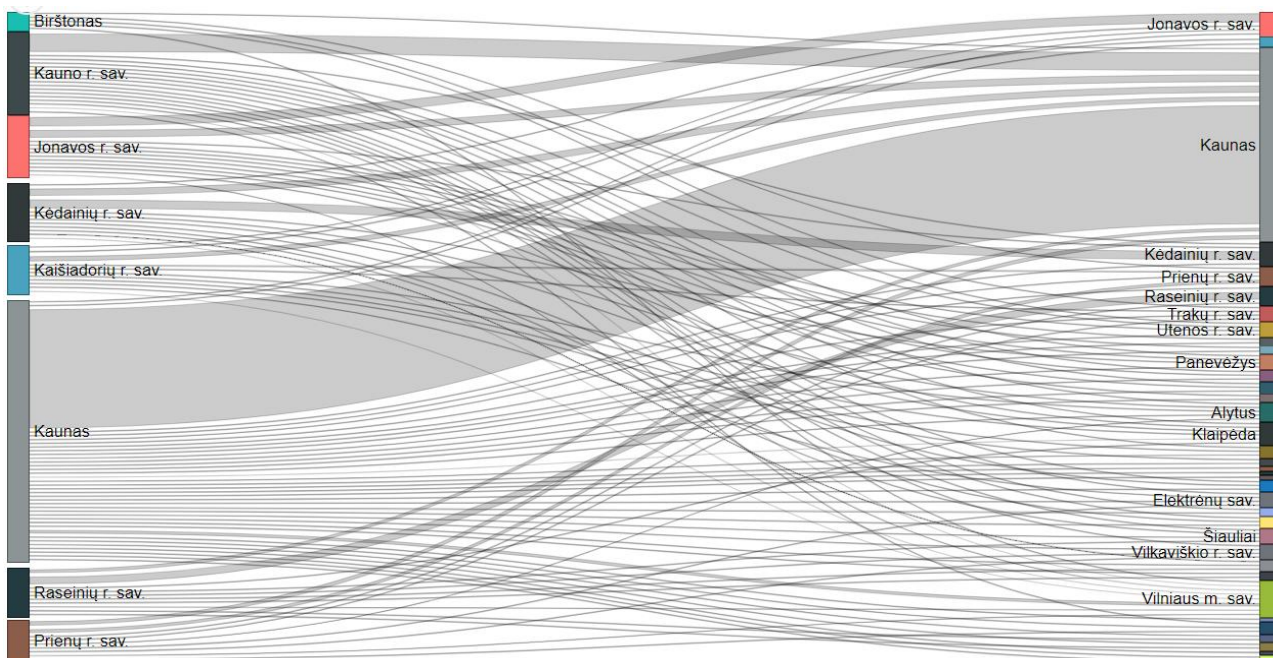
Alytaus miesto bei Alytaus rajono pacientams virš 70 proc. paslaugų suteikiama regioninėje Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninėje. Lazdijų r. savivaldybės vaikai daugiau kaip pusę paslaugų gauna savo apskrityje (iš jų 58,2 proc. Lazdijų r., 41,8 proc. Alytaus miesto ligoninėse), trečdalį – Kauno mieste. Varėnos r. pusę pacientų gydėsi pagal gyvenamąją vietą, 34 proc. – Vilniuje, 10 proc. – Alytuje. Druskininkų vaikams teiktos paslaugos vienodomis dalimis pasiskirsčiusios tarp Druskininkų ir Vilniaus miesto ligoninių.



Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.2. pav. Stacionariųjų paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Alytaus apskritis

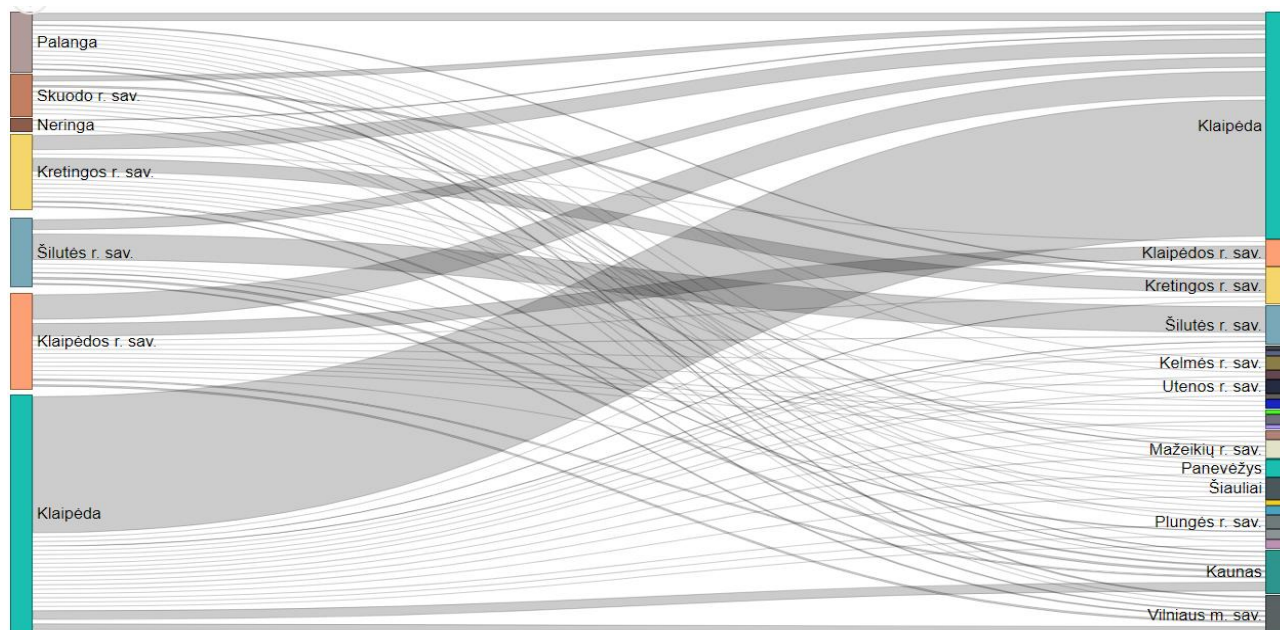
Kauno apskrities visų savivaldybių pacientams virš 90 % paslaugų suteikiama šios apskrities įstaigose. Jonavos, Kėdainių ir Raseinių rajonų pacientams daugiau kaip pusę paslaugų suteikiama savos savivaldybės ligoninėse, kitos – Kauno mieste. Prienų r. pacientams daugiau paslaugų suteikiama Kauno mieste (48,4 proc.) nei Prienuose (42,1 proc.). Birštone paslaugos vaikams neteikiamos, iš per metus sirgusių 45 vaikų, 28 vyko į Kauną, 13 – į Prienų r. ligoninę.



Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.3. pav. Stacionariųjų paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Kauno apskritis

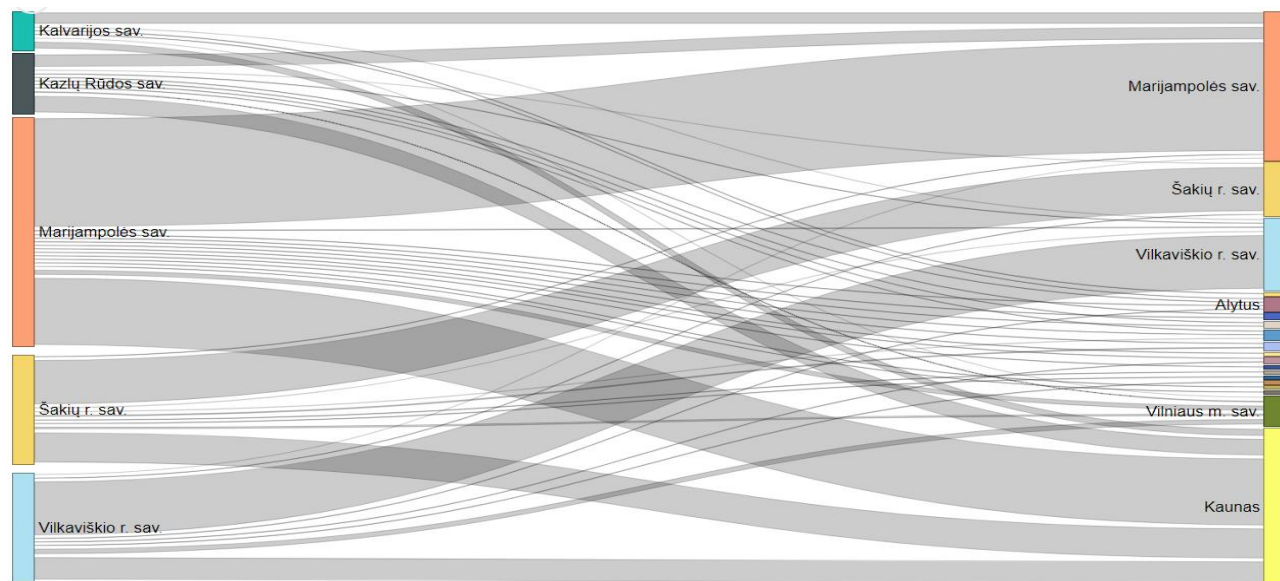
Klaipėdos apskrityje stacionarinės paslaugos neteikiamos Neringos, Palangos ir Skuodo r. savivaldybėse, jų gyventojai paslaugas gauna Klaipėdos miesto bei Kretingos r. ligoninėse.



Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.4. pav. Stacionariųjų paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Klaipėdos apskritis

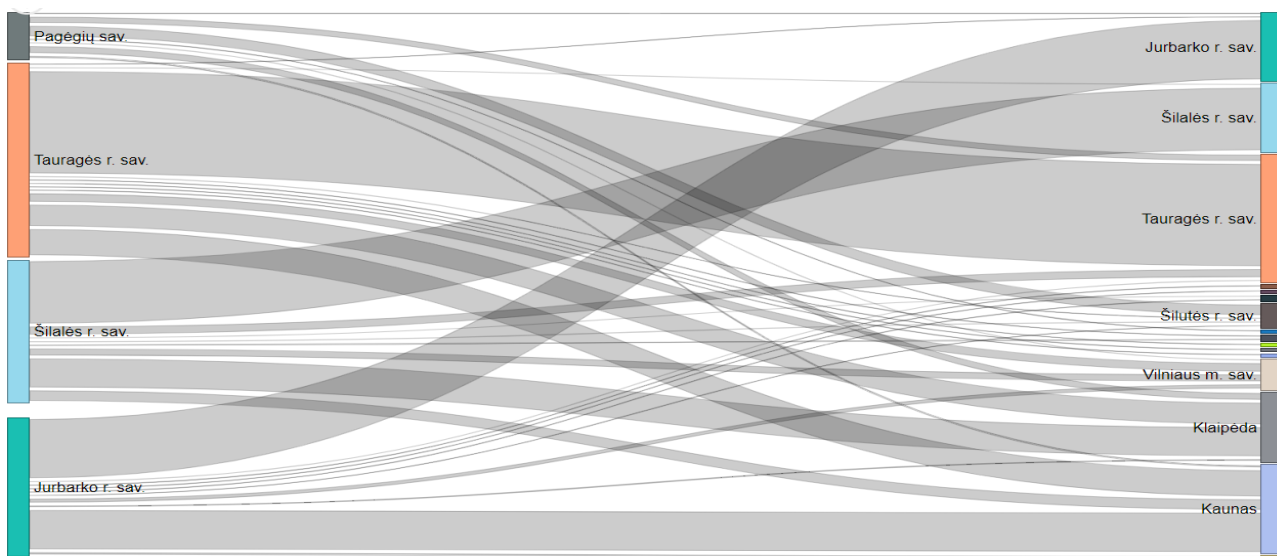
Marijampolės apskrityje stacionarinės paslaugos neteikiamos dviejose savivaldybėse. Kalvarijų gyventojai 60 proc. paslaugų gauna Marijampolės, 35 proc. – Kauno miesto ligoninėse. Kazlų Rūdos savivaldybės – 40 proc. Marijampolėje, 53 proc. Kaune. Marijampolės, Šakių r. ir Vilkaviškio r. vaikai virš 60 proc. paslaugų gauna savo savivaldybės gydymo įstaigoje.



Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.5. pav. Paslaugų pasiskirstymas pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą 2018 m. - Marijampolės apskritis

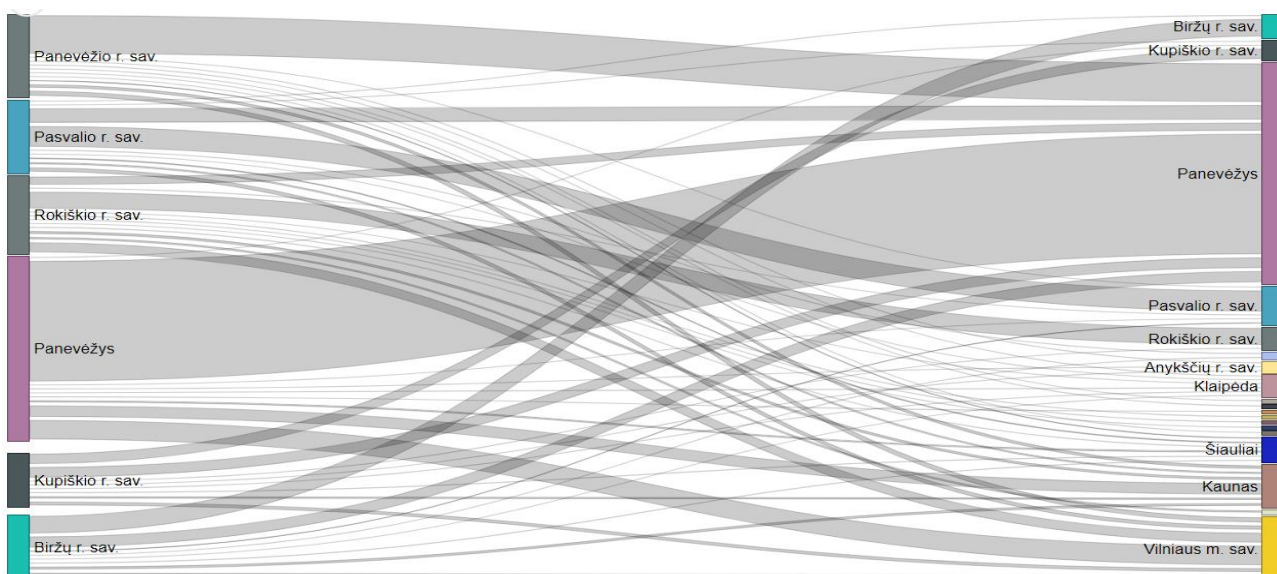
Tauragės r. pacientams beveik 65 proc. paslaugų suteikiama čia esančioje regiono lygmens ligoninėje, likęs srautas lygiomis dalimis pasidalina tarp Kauno ir Klaipėdos miestų ligoninių. Jurbarko r. ir Šilalės r. vaikams kiek daugiau nei pusė paslaugų suteikiama savos savivaldybės ligoninėje, kita dalis – Kaune arba Klaipėdoje. Pagėgių savivaldybėje ligoninės nėra, 40 proc. vaikų vyksta į Šilutės r., 26 proc. – Klaipėdą, 24 proc. – Tauragę.



Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.6. pav. Stacionarių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Tauragės apskritis

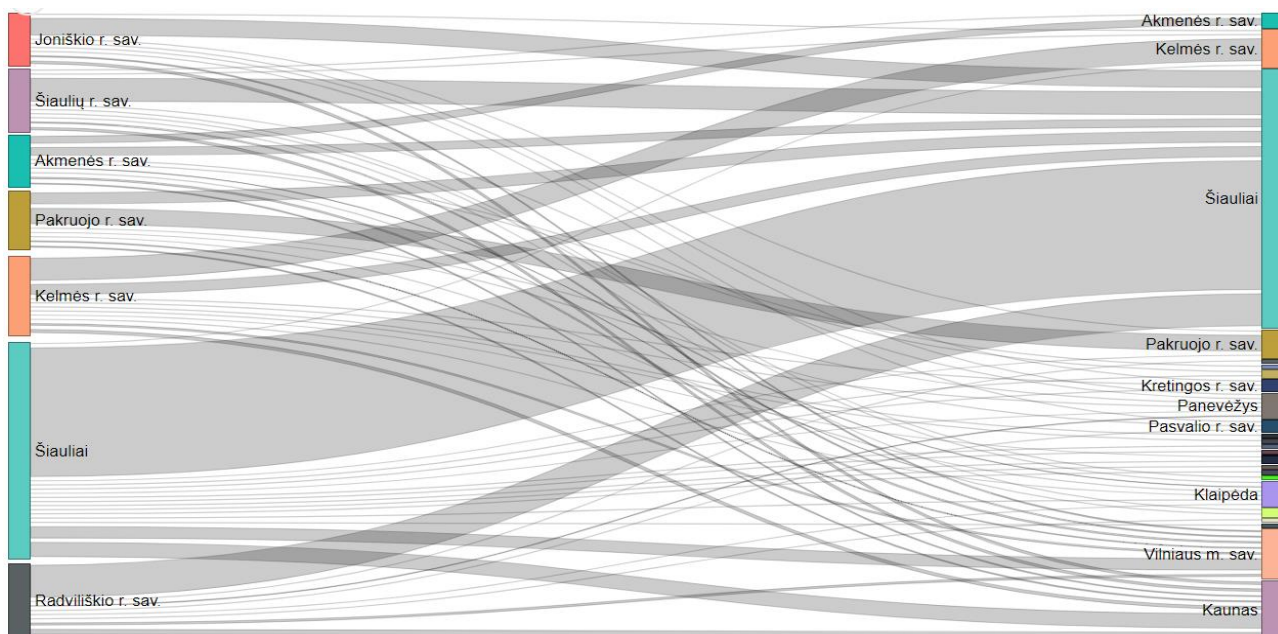
Panevėžio apskrities savivaldybių vaikams suteiktos paslaugos pasiskirsto tarp atitinkamos savivaldybės ir Panevėžio miesto ligoninių. Tik Rokiškio r. vaikams didesnė dalis paslaugų suteikiama Vilniuje (25 proc.) nei Panevėžyje (20 proc.).



Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.7. pav. Stacionarių paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Panevėžio apskritis

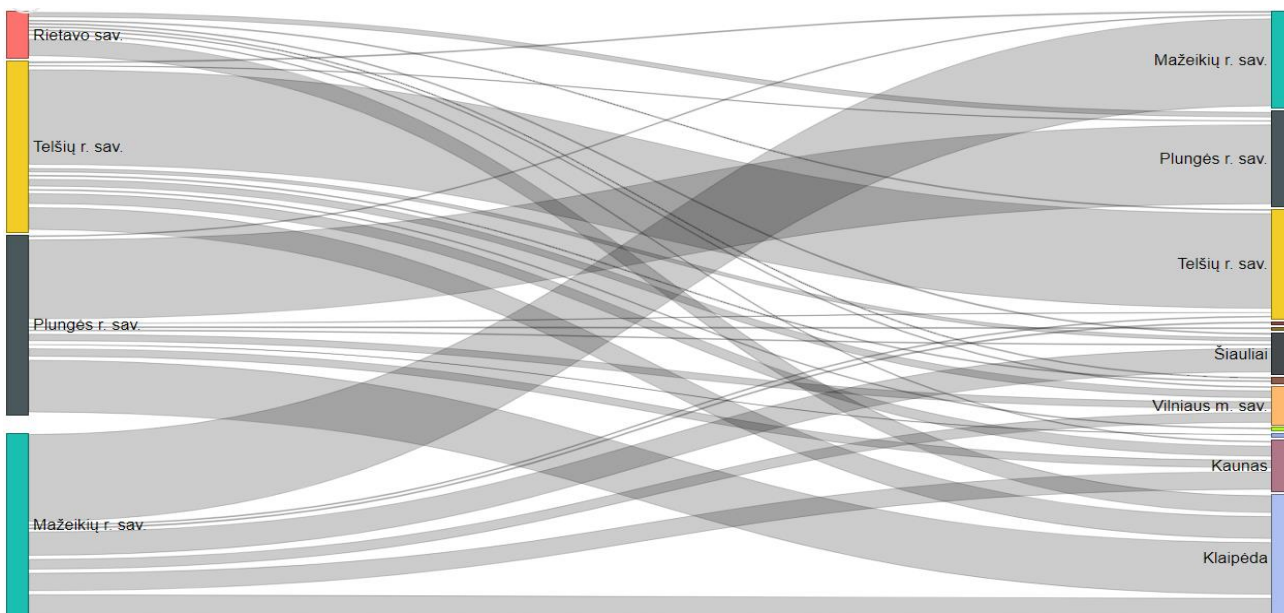
Šiaulių apskrityje stacionarinės paslaugos vaikams neteikiamos Radviliškio r., Joniškio r. ir Šiaulių r. savivaldybėse – pacientai vyksta į Šiaulių miesto ligoninę.



Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.8. pav. Stacionariųjų paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Šiaulių apskritis

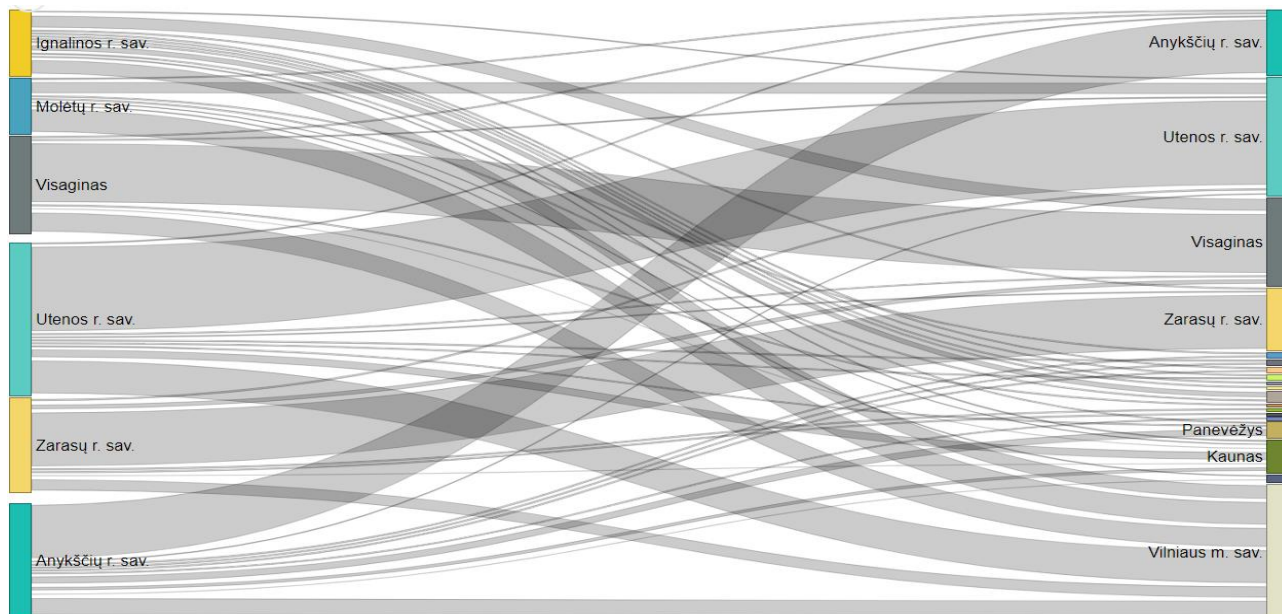
Telšių apskrityje stacionarinės paslaugos vaikams neteikiamos Rietavo savivaldybėje, 68 proc. joje prisirašiusių vaikų vyksta į Klaipėdos miesto ligonines, 22 proc. – į Plungės r.



Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.9. pav. Stacionariųjų paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Telšių apskritis

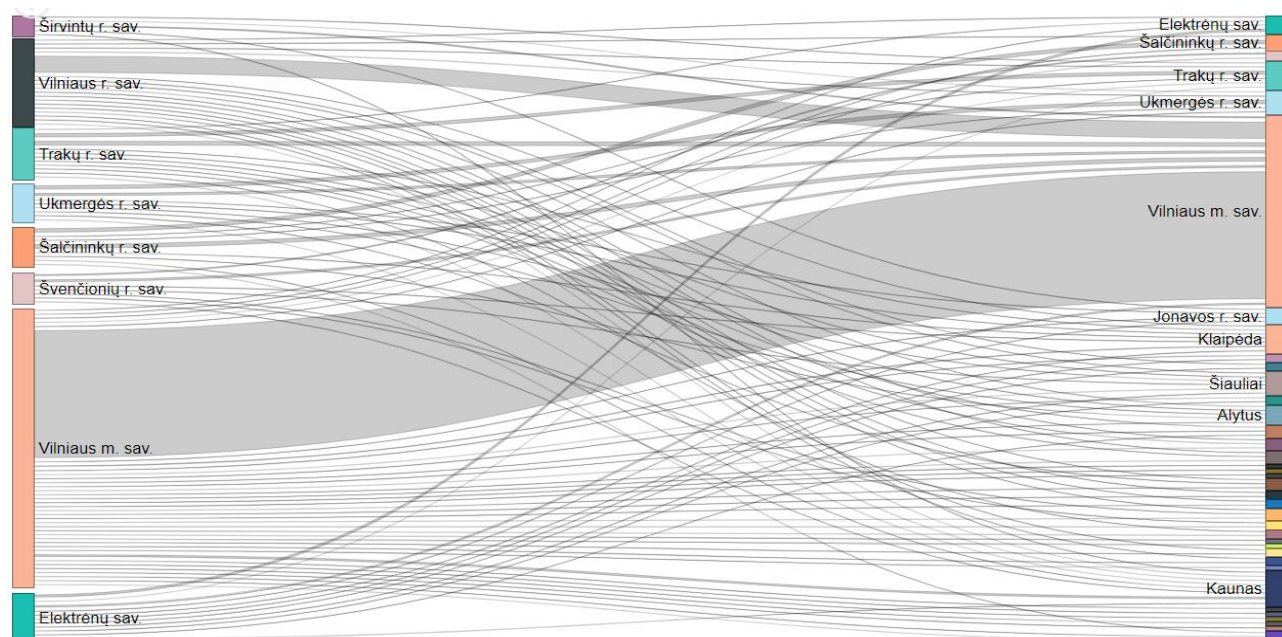
Utenos apskrityje stacionarinės paslaugos vaikams neteikiamos Ignalinos r. ir Molėtų r. savivaldybėse. Ignalinos r. vaikams suteiktos paslaugos pasiskirsto tarp Vilniaus miesto (39 proc.), Visagino (34,5 proc.) bei Švenčionių r. (16,7 proc.) ligoninių. Molėtų r. pacientams paslaugos daugiausia teiktos Vilniuje (62,6 proc.) bei Utenoje (31,8 proc.).



Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.10. pav. Stacionariųjų paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Utenos apskritis

Vilniaus apskrityje stacionarinės paslaugos vaikams neteikiamos Širvintų r. savivaldybėje, jos pacientai gydėsi Vilniaus miesto (76,6 proc.) ir Ukmergės (21,5 proc.) ligoninėse.



Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

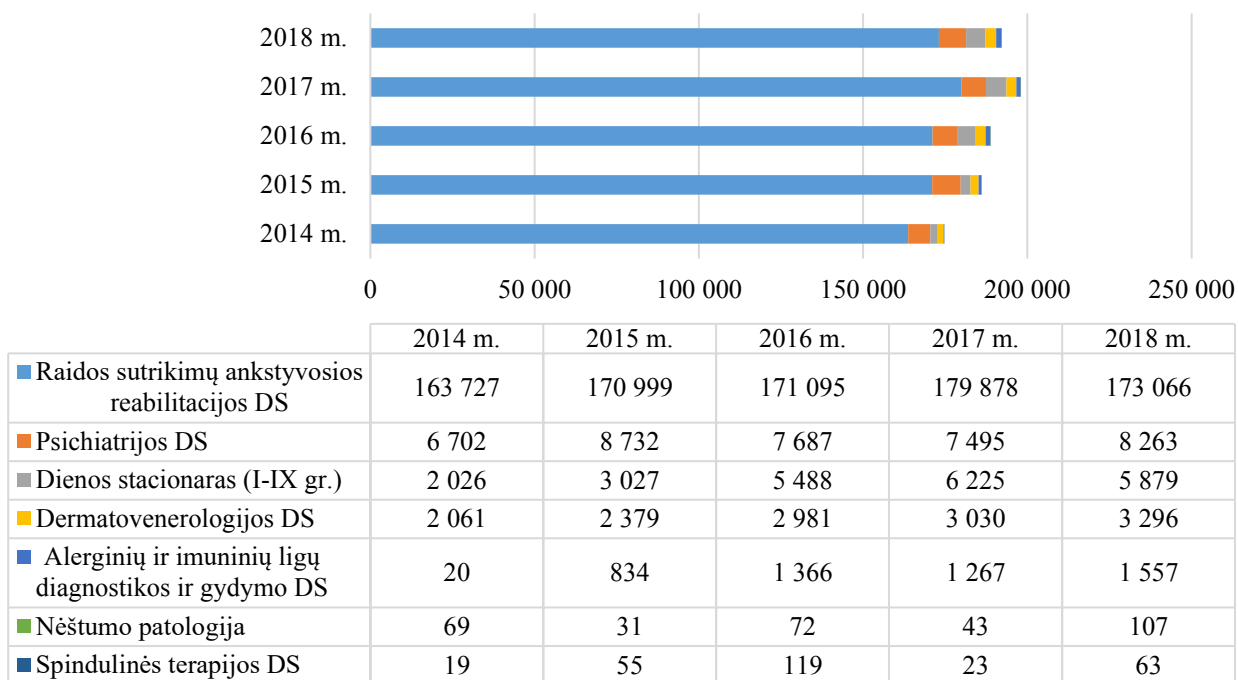
4.11. pav. Stacionariųjų paslaugų pasiskirstymas 2018 m. pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietą - Vilniaus apskritis

Vaikams suteiktų stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos savivaldybes 2018 m. pateikiamas 17 priede.

4.2 Dienos stacionaro paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys

Vaikams suteiktų dienos stacionaro paslaugų skaičius nuosekliai auga. 2014 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo apmokėta 174,6 tūkst. paslaugų, 2018 m. – 192,2 tūkst., t.y. 10 proc. daugiau. Tam įtakos turėjo naujų specializuotų dienos stacionaro paslaugų atsiradimas ir padidintos paslaugų bazinės kainos¹².

Nuo 2018 m. lapkričio mėnesio buvo patvirtintos naujos vaikų dienos stacionaro I-IX grupių paslaugos, kurios apėmė ir anksčiau galiojusias ortopedijos traumatologijos, vaikų onkohematologijos ir vaikų ligų dienos stacionaro paslaugas.¹³ Dėl duomenų palyginamumo šios paslaugos toliau nagrinėjamos kaip viena dienos stacionaro grupė. Šios ir kitų specializuotų dienos stacionaro paslaugų skaičiaus dinamika pateikiama 4.12 pav.



4.12. pav. Vaikams suteiktos dienos stacionaro paslaugos 2014-2018 m.

Gydymo įstaigų, teikiančių dienos stacionaro paslaugas, išsidėstymas pagal regionus nevienodas (4.4 lentelė). Raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos teikiamos visose

¹² LR SAM 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (su pakeitimais)

¹³ LR SAM 2014 m. birželio 6 d. Nr. V-660 „Dėl dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (su pakeitimais)

apskirtyse, psichiatrijos bei dermatovenerologijos – penkiuose didžiausiuose Lietuvos miestuose, alerginių ir imuninių ligų diagnostikos ir gydymo – tik Vilniuje ir Kaune.

Kauno mieste 2018 m. buvo teikiamos visų grupių dienos stacionaro paslaugos, Vilniuje – visų, išskyrus spindulinės terapijos.

4.4. lentelė. Vaikų dienos stacionaro paslaugas teikiančių įstaigų išsidėstymas pagal apskritis

	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.
Alerginių ir imuninių ligų diagnostikos ir gydymo DS		+								+
Nėštumo patologija	+	+		+	+	+				+
Psichiatrijos DS		+	+		+	+				+
Raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos DS	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Spindulinės terapijos DS		+								
Dermatovenerologijos DS		+	+		+	+				+
Dienos stacionaras (I-IX gr.)	+	+	+		+	+		+	+	+

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Paslaugų skaičiaus dinamika pagal dienos stacionaro paslaugų grupes ir gydymo įstaigas pateikiama 18 priede.

Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos dienos stacionaro paslaugos sudaro 90 proc. visų dienos stacionaro paslaugų. Galima teigti, kad pacientai turi galimybę gydytis pagal gyvenamąją vietą, kadangi šios paslaugos teikiamos visose apskrityse.

Vidutiniškai Lietuvoje Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos dienos stacionaro paslaugų intensyvumas siekė 33,4/100. Vertinant Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos dienos stacionaro paslaugų apimtį pagal apskritis 2018 m., paaiškėjo, kad daugiausiai paslaugų gavo Tauragės apskrities vaikai 77,1/100, mažiausiai – Vilniaus apskrities vaikai – 14,6/100. Analizė parodė, kad geresnis šių paslaugų prieinamumas yra mažesnių apskričių vaikams (4.5 lentelė).

4.5. lentelė. Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos dienos stacionaro paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.

Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis										Paslaugų sk. 100 vaikų	Savoje apskrityje gaunamų paslaugų dalis	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.			Viso
Alytaus apskr.	7131	93								52	7276	32,6	98%
Kauno apskr.	38	27593	10	52			18			98	27809	26,4	99%
Klaipėdos apskr.		45	28014		14	20		25		10	28128	44,4	100%
Marijampolės apskr.		305		8049							8354	32,8	96%
Panevėžio apskr.		6			13660	8			19	10	13703	37,6	100%
Šiaulių apskr.		24	2		5	28343		20			28394	61,6	100%

Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis											Paslaugų sk. 100 vaikų	Savoje apskrityje gaunamų paslaugų dalis
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Viso		
Tauragės apskr.		47	178	35			12771				13031	77,1	98%
Telšių apskr.		6	20					16944			16970	66,2	100%
Utenos apskr.					19				6343	60	6422	34,3	99%
Vilniaus apskr.	26	49	9		9	5			39	22842	22979	14,6	99%
Viso	7195	28168	28233	8136	13707	28376	12789	16989	6401	23072	173066	33,4	

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

2018 m. buvo suteikta 9,3 tūkst. arba 6 proc. daugiau raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos dienos stacionaro paslaugų nei 2014 m. Didžiausias augimas Klaipėdos apskrityje – paslaugų skaičius išaugo beveik dvigubai. Paslaugų skaičiaus augimas taip pat stebimas Alytaus, Tauragės, Telšių bei Marijampolės apskrityse. Vilniaus apskrityje suteiktų paslaugų skaičius išliko stabilus. Paslaugų skaičiaus dinamika pagal paciento prisirašymo savivaldybę pateikiama 19 priede.

Vaikų psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų skaičius taip pat didėja, 2018 m. jų suteikta 1,6 tūkst. arba 23 proc. daugiau nei 2014 m. Paslaugų skaičiaus mažėjimas stebimas tik Šiaulių miesto ligoninėje (10 % mažiau nei 2014 m.). Vilniuje suteiktų paslaugų skaičius, po mažėjimo 2016 m. ir 2017 m., grįžo į 2014 m. lygį. Kaune paslaugų skaičius stabilus nuo 2015 m.

Vidutiniškai Lietuvoje Vaikų psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų intensyvumas siekė 1,6/100. Vertinant paslaugų apimtį pagal apskritis, 2018 m. daugiausiai paslaugų gavo Šiaulių apskrities vaikai 4,8/100, mažiausiai – Marijampolės apskrities vaikai – 0,1/100. Kaip matyti iš 4.6 lentelės duomenų, pacientai, kurių gyvenamojoje apskrityje neteikiama psichiatrijos dienos stacionaro paslauga, dėl jos nevyksta į kitą apskritį.

4.6. lentelė. Vaikų psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.

Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis					Viso	Paslaugų skaičius 100 vaikų
	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Vilniaus apskr.		
Alytaus apskr.					45	45	0,2
Kauno apskr.	1057					1057	1,0
Klaipėdos apskr.	5	503			30	538	0,8
Marijampolės apskr.	14					14	0,1
Panevėžio apskr.	15		1690	15	15	1735	4,8
Šiaulių apskr.				1434		1434	3,1
Tauragės apskr.						-	-
Telšių apskr.				30	15	45	0,2
Utenos apskr.					30	30	0,2
Vilniaus apskr.		15	11		3339	3365	2,1
Viso	1091	518	1701	1479	3474	8263	1,6

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Vaikų dienos stacionaro paslaugų (I-IX gr.) Lietuvoje 2018 m. intensyvumas siekė 1,1/100. Dėl pasikeitusios paslaugų nomenklatūros¹⁴ apjungtos Vaikų dienos stacionaro grupės paslaugų skaičius taip pat auga – jų suteikta beveik 3 kartus arba 3,9 tūkst. paslaugų daugiau nei 2014 m., tačiau augimas nepakankamas. Šių paslaugų teikimas labiau išsibarstęs, daugiausia paslaugų suteikiama Vilniaus ir Kauno apskričių ligoninėse. Klaipėdos apskrityje tokios paslaugos beveik neteikiamos, dauguma jos pacientų vyko į Vilnių.

Vertinant vaikų dienos stacionaro paslaugų apimtį pagal apskritis, 2018 m. daugiausiai paslaugų gavo Kauno ir Šiaulių apskrities vaikai - 1,8/100, mažiausiai – Tauragės apskrities vaikai – 0,1/100. Kaip matyti iš 4.7 lentelės duomenų, pacientams, kurių gyvenamojoje apskrityje neteikiama dienos stacionaro paslauga, jų gauna žymiai mažiau.

4.7. lentelė. Vaikų dienos stacionaro paslaugų (I-IX gr.) skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.

Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis										Paslaugų skaičius 100 vaikų	Savoje apskrityje gaunamų paslaugų dalis	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.			Viso
Alytaus apskr.	98	1								56	155	0,7	63%
Kauno apskr.	10	1747				2				151	1910	1,8	92%
Klaipėdos apskr.		7	6			5				82	100	0,2	6%
Marijampolės apskr.		45								26	71	0,3	-
Panevėžio apskr.		6			20					70	96	0,3	20%
Šiaulių apskr.		31				711				99	841	1,8	85%
Tauragės apskr.										21	21	0,1	-
Telšių apskr.		5				1	120			40	166	0,6	71%
Utenos apskr.		9						67	74	150	150	0,8	44%
Vilniaus apskr.		30							2339	2369	2369	1,5	99%
Viso	108	1881	6		20	719		120	67	2958	5879	1,1	

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Dermatovenerologijos dienos stacionaro paslaugų 2018 m. buvo suteikta 1,2 tūkst. t.y. 60 proc. daugiau nei 2014 m. Klaipėdos mieste suteiktų paslaugų skaičius sumažėjo per pusę, Kauno apskrityje paslaugą teikiančioje VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje stebimas ryškus padidėjimas nuo 200 paslaugų 2014 m. iki 1760 paslaugų 2018 m.

Apskaičiavus paslaugų skaičių, tenkantį 100-tui atitinkamos apskrities gyventojų 2018 m. (4.8 lentelė), nustatėme, kad šių paslaugų negauna Telšių apskrities vaikai, o Alytaus, Marijampolės, Panevėžio, Tauragės ir Utenos vaikai gauna itin retai (iki 0,1/100).

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 6 d. įsakymas Nr. V-660 „Dėl Dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, TAR, 2014-06-11, Nr. 7417

4.8. lentelė. Dermatovenerologijos dienos stacionaro paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.

Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis					Viso	Paslaugų skaičius 100 vaikų
	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Vilniaus apskr.		
Alytaus apskr.					6	6	0,03
Kauno apskr.	1730					1730	1,6
Klaipėdos apskr.		482			12	491	0,8
Marijampolės apskr.	25				11	36	0,1
Panevėžio apskr.			12	12		24	0,1
Šiaulių apskr.				187		187	0,4
Tauragės apskr.	2			11		13	0,1
Telšių apskr.						-	-
Utenos apskr.					12	12	0,1
Vilniaus apskr.					794	794	0,5
Viso	1757	482	12	210	835	3296	0,6

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Alerginių ir imuninių ligų diagnostikos ir gydymo dienos stacionaro paslauga teikiama tik 3 įstaigose - Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikos, VšĮ Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje bei Vaikų ligoninėje, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filiale. Paslauga pradėta teikti nuo 2015 m. ir kasmet jų skaičius didėja.

Apskaičiavus paslaugų skaičių, tenkantį 100-ui atitinkamos apskrities gyventojų 2018 m., nustatėme, kad šių paslaugų negauna Telšių, Šiaulių apskrities vaikai, o Klaipėdos, Alytaus, Marijampolės, Panevėžio, Tauragės ir Utenos vaikai gauna itin retai (0,1/100).

4.9. lentelė. Vaikų alerginių ir imuninių ligų diagnostikos ir gydymo paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.

Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis		Viso	Paslaugų skaičius 100 vaikų
	Kauno apskr.	Vilniaus apskr.		
Alytaus apskr.	6	7	13	0,1
Kauno apskr.	571	18	589	0,6
Klaipėdos apskr.	3	10	13	0,02
Marijampolės apskr.	25	5	30	0,1
Panevėžio apskr.		22	22	0,1
Šiaulių apskr.			-	-
Tauragės apskr.	5	7	12	0,1
Telšių apskr.		1	1	-
Utenos apskr.		19	19	0,1
Vilniaus apskr.	5	853	858	0,5
Viso	615	942	1557	0,3

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

4.3 Ambulatorinių paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys

Ambulatorines specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – ambulatorinės paslaugos) teikia atitinkamos profesinės kvalifikacijos gydytojai, prireikus su slaugytoju ar akušeriu. Paslaugas teikiantys specialistai turi turėti galiojančią medicinos praktikos licenciją, patvirtinančią, kad jis turi teisę verstis medicinos praktika pagal atitinkamo gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją.¹⁵ Paslaugas vaikams teikia vaikų ligų gydytojai, siauresnės profesinės kvalifikacijos vaikų gydytojai – specialistai bei gydytojai kurių kompetencija yra ir vaikų ir suaugusiųjų ligų diagnostika ir gydymas. Kiti gydytojai vaikams ambulatorines paslaugas teikia tik skubios ir neatidėliotinos pagalbos atveju.

Gydytojo specialisto konsultacija laikomas paciento apsilankymas pas gydytoją specialistą turint siuntimą dėl konkrečios priežasties, kurio metu pagal gydytojo specialisto kompetenciją atliekami visi pacientui būtini tiriamieji ir gydomieji veiksmai ir raštu teikiami patarimai siuntusiajam gydytojui. Be siuntimų pas antrinio ir tretinio lygio gydytoją specialistą pacientai gali lankytis jeigu:

- pacientas atvyksta į sveikatos priežiūros įstaigą dėl būtinios atitinkamo specialisto pagalbos, ir registratūros darbuotojas, turintis medicininį išsilavinimą, registruoja pacientą specialistui konsultuoti;

- pacientas lankosi dėl tos pačios priežasties pas tą patį specialistą arba atliekama ilgalaikė paciento sveikatos būklės stebėseną pagal Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymu Nr. V-288 „Dėl Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, nustatytus reikalavimus;

- kitais norminiuose aktuose numatytais atvejais.¹⁶

Konsultacijos priskiriamos antriniam ar tretiniam lygiui, priklausomai nuo suteiktų paslaugų turinio, ASPĮ licencijos bei sutarties su TLK paslaugų teikimo ir apmokėjimo sąlygų.

Vertinant ambulatorines paslaugas vaikams, analizavome gydytojų antrinio ir tretinio lygio konsultacijų (apmokamų iš PSDF biudžeto) ir apsilankymų (pakartotiniai ar dėl kitų priežasčių neapmokamų iš PSDF biudžeto neapmokami apsilankymai) apimtį Lietuvos apskrityse. Bendrą apsilankymų skaičių laikėme paciento apsilankymą ASPĮ pas gydytoją specialistą, nepriklausomai nuo apsilankymo pobūdžio (konsultacija, profilaktinis tikrinimas ar pakartotinis apsilankymas). Vertinti Valstybinės ligonių kasos prie SAM informacinės sistemos 2014 – 2018 m. duomenys.

¹⁵ LR SAM įsakymas „Dėl ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo“ 2007 m. Birželio 22 d. Nr. V-528

¹⁶ LR SAM įsakymas „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ 1998 m. birželio 18 d. Nr. 329

Ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų – konsultacijų (teikiamų vaikams) paslaugų klasifikatorių sudaro apie 500 skirtingų paslaugų kodų įvairiose paslaugų tipuose ir lygiuose¹⁷ (20 priedas).

Per penkerius metus iš viso suteikta daugiau nei 8 mln. ambulatorinių paslaugų vaikams, iš jų gydytojų specialistų: 2014 m. 1 464 930 konsultacijų (85,75 proc. nuo visų ambulatorinių paslaugų, vienam vaikui teko 2,7 konsultacijos) ir 2018 m. 1 291 152 (80,3 proc. nuo visų ambulatorinių paslaugų, vienam vaikui teko 2,5 konsultacijos). Lyginant su 2014 m., ambulatorinių konsultacijų skaičius sumažėjo 11,9 proc. Spartesnis konsultacijų skaičiaus mažėjimas bei mažėjanti dalis tarp kitų ambulatorinių paslaugų galimai susiję su intensyvesne kitų ambulatorinių paslaugų plėtra. Pavyzdžiui per penkerių metų laikotarpį dienos stacionaro paslaugų skaičius padidėjo 13,1 proc. nuo 180 565 iki 207 832 - 2018 m. sudarė 12,9 proc. nuo visų ambulatorinių paslaugų (2014 m. – 10,6 proc.), o ambulatorinės reabilitacijos paslaugų skaičius išaugo 18,9 proc. nuo 55 675 iki 66 186.

Gydytojus specialistų, teikiančius paslaugas vaikams, konsultacijas suskirstėme į tris grupes: vaikų gydytojų, turinčių vaikų ligų gydytojo ir/ar vaikų gydytojo specialisto licencijas, gydytojų specialistų, kurių kompetencija yra ir vaikų ir suaugusiųjų gydymas, suaugusiųjų gydytojų, kurių kompetencija yra tik suaugusiųjų gydymas ir vaikams teikiama tik būtinoji pagalba.

Nagrinęjant gydytojų specialistų suteiktas paslaugas pagal jų licencijų tipus matyti, kad vaikams didesnę dalį paslaugų (60 proc.) suteikia specialistai, kurių kompetencija yra ir vaikų ir suaugusiųjų gydymas ir tik apie 28 proc. sudaro vaikų gydytojų, turinčių vaikų ligų gydytojo ir/ar vaikų gydytojo specialisto licencijas.

4.10. lentelė. Vaikams suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius pagal gydytojų specialistų licencijų tipus 2014-2018 m.

Gydytojai specialistai	Konsultacijų skaičius		Dalis nuo visų konsultacijų, proc.	
	2014 m.	2018 m.	2014 m.	2018 m.
Vaikų ligų gydytojo ir/ar vaikų gydytojo specialisto konsultacijų skaičius	398 408	361 604	27,2	28,0
Gydytojų specialistų, kurių kompetencija yra ir vaikų ir suaugusiųjų gydymas konsultacijų skaičius	964 399	828 462	65,8	64,2
Suaugusiųjų gydytojų, kurių kompetencija yra suaugusiųjų gydymas	10 345	6 893	0,7	0,5
Odontologų	91 778	94 193	6,3	7,3
Iš viso	1 464 930	1 291 152	100,0	100,0

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

¹⁷ VLK prie SAM įsakymas „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo“ 2005 m. birželio 30 d. Nr. 1K-81

Vaikų gydytojų, turinčių vaikų ligų gydytojo ir/ar vaikų gydytojo specialisto licencijas, konsultacijas teikia 13 profesinių kvalifikacijų specialistai: gydytojas neonatologas, gydytojas vaikų chirurgas, gydytojas vaikų endokrinologas, gydytojas vaikų gastroenterologas, gydytojas vaikų hematologas, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, gydytojas vaikų kardiologas, gydytojas vaikų nefrologas, gydytojas vaikų neurologas, gydytojas vaikų pulmonologas, gydytojas vaikų reumatologas, vaikų intensyvios terapijos gydytojas, vaikų ligų gydytojas.

2018 m. vaikų gydytojai suteikė 361 604 konsultacijas (9,2 proc. mažiau nei 2014 m.). Daugiausiai konsultacijų suteikė vaikų neurologai (74 431), vaikų kardiologai (70 267) ir vaikų chirurgai (51 808). Labiausiai išaugo vaikų ir paauglių psichiatro (+16,1 proc.) ir vaikų hematologo (+10,3 proc.) konsultacijų skaičius, labiausiai sumažėjo gydytojų vaikų nefrologų (-19 proc.) ir vaikų ligų gydytojų (-15,1 proc.) konsultacijų. Vaikų ligų gydytojai 2018 m. suteikė tik 21 498 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.¹⁸ Informacija apie vaikų gydytojų suteiktas paslaugas pateikiama 4.11 lentelėje.

4.11. lentelė. Vaikų gydytojų suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius (pagal paciento prisirašymo įstaigos apskritis) 2018 m.

Vaikų gydytojas	Vaikų gyvenamoji apskritis (pagal prisirašymą prie PASPI)											pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	Alytaus	Kauno	Klaipėdos	Marijampolės	Panevėžio	Šiaulių	Tauragės	Telšių	Utenos	Vilniaus	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas neonatologas	84	487	444	116	136	458	29	118	67	1197	3136	92	3,0
Gydytojas vaikų chirurgas	3582	10413	3732	1112	4234	3083	1196	1204	1673	21579	51808	-5393	-9,4
Gydytojas vaikų endokrinologas	992	7006	3172	1006	5674	4281	902	655	672	9752	34112	-3423	-9,1
Gydytojas vaikų gastroenterologas	237	2650	4741	298	1640	1648	256	512	333	9981	22296	58	0,3
Gydytojas vaikų hematologas	253	1963	906	392	2146	3214	102	257	217	3761	13211	1235	10,3
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras	127	2055	568	189	1833	788	182	58	97	945	6842	948	16,1

¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro „Dėl profilaktinių patikrinimo tvarkos“ 2000 m. gegužės 31 d. įsakymo Nr. 301 3 priedas

Vaikų gydytojas	Vaikų gyvenamoji apskritis (pagal prisirašymą prie PASPI)											pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	Alytaus	Kauno	Klaipėdos	Marijampolės	Panevėžio	Šiaulių	Tauragės	Telsių	Utenos	Vilniaus	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas vaikų kardiologas	3818	11639	14307	1511	5272	4662	1729	1776	2158	23395	70267	-3494	-4,7
Gydytojas vaikų nefrologas	261	2334	3155	387	1140	480	246	322	199	2700	11224	-2670	-19,2
Gydytojas vaikų neurologas	3018	14909	10052	2385	8162	5253	1108	4741	1580	23223	74431	-12340	-14,2
Gydytojas vaikų pulmonologas	2266	10808	4349	2404	4072	4312	676	1738	1430	17151	49206	-8092	-14,1
Gydytojas vaikų reumatologas	241	168	908	54	439	220	68	153	130	1132	3513	317	9,9
VIT gydytojas*	0	39	2	5	3	3	0	3	0	5	60	-216	-78,3
Vaikų ligų gydytojas	436	5731	2798	1085	2027	2897	397	158	957	5012	21498	-3826	-15,1
Iš viso	15315	70202	49134	10944	36778	31299	6891	11695	9513	119833	361604	-36804	-9,2
Vaikų skaičius (VLK IS duomenys)	22301	105480	63413	25475	36475	46064	16912	25637	18733	157882	518372	-29243	-5,3
iš jų iki 1 m. amžiaus	936	5233	3191	1064	1548	2025	689	1109	768	8435	24998	-2152	-7,9

*Vaikų intensyviosios terapijos gydytojas

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Įvertinus vaikų gydytojų konsultacijų skaičiaus pasiskirstymą kiekvienos apskrities vaikams, išryškėjo paslaugų teikimo netolygumai. 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) apskričių vaikams. Kiekvienos profesinės kvalifikacijos vaikų gydytojų konsultacijų skaičius, tenkantis 100-tui gyventojų pasiskirstė labai netolygiai – suteiktų paslaugų skaičius tarp skirtingų apskričių skyrėsi net 5 kartus. (4.12 lentelė).

4.12. lentelė. Vaikų gydytojų suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius 100-tui vaikų (pagal paciento prisirašymo įstaigos teritoriją) 2018 m.

Vaikų gydytojas	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telsių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso
Gydytojas neonatologas	0,4	0,5	0,7	0,5	0,4	1,0	0,2	0,5	0,4	0,8	0,6
Gydytojas vaikų chirurgas	16,1	9,9	5,9	4,4	11,6	6,7	7,1	4,7	8,9	13,7	10,0

Vaikų gydytojas	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso
Gydytojas vaikų endokrinologas	4,5	6,6	5,0	4,0	15,6	9,3	5,3	2,6	3,6	6,2	6,6
Gydytojas vaikų gastroenterologas	1,1	2,5	7,5	1,2	4,5	3,6	1,5	2,0	1,8	6,3	4,3
Gydytojas vaikų hematologas	1,1	1,9	1,4	1,5	5,9	7,0	0,6	1,0	1,2	2,4	2,6
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras	0,6	2,0	0,9	0,7	5,0	1,7	1,1	0,2	0,5	0,6	1,3
Gydytojas vaikų kardiologas	17,1	11,0	22,6	5,9	14,5	10,1	10,2	6,9	11,5	14,8	13,6
Gydytojas vaikų nefrologas	1,2	2,2	5,0	1,5	3,1	1,0	1,5	1,3	1,1	1,7	2,2
Gydytojas vaikų neurologas	13,5	14,1	15,9	9,4	22,4	11,4	6,6	18,5	8,4	14,7	14,4
Gydytojas vaikų pulmonologas	10,2	10,3	6,9	9,4	11,2	9,4	4,0	6,8	7,6	10,9	9,5
Gydytojas vaikų reumatologas	1,1	0,2	1,4	0,2	1,2	0,5	0,4	0,6	0,7	0,7	0,7
Vaikų intensyvios terapijos gydytojas		0,04		0,02	0,01	0,01		0,01			0,01
Vaikų ligų gydytojas	2,0	5,4	4,4	4,3	5,6	6,3	2,4	0,6	5,1	3,2	4,2
Iš viso	68,7	66,6	77,5	43,0	100,8	68,0	40,8	45,6	50,8	75,9	69,8
<i>Gydytojas neonatologas*</i>	<i>9,0</i>	<i>9,3</i>	<i>13,9</i>	<i>10,9</i>	<i>8,8</i>	<i>22,6</i>	<i>4,2</i>	<i>10,6</i>	<i>8,7</i>	<i>14,2</i>	<i>12,5</i>
*nuo vaikų iki 1 m. amžiaus											

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Ne visų vaikų gydytojų konsultacijos yra geografiškai prieinamos vaikams, nes ne visos vaikų gydytojų konsultacijos yra apmokamos iš PSDF biudžeto pagal sutartis su TLK kiekvienoje apskrityje. Vaikų paslaugų nomenklatūra 2019 m. pateikiama 21 priede.

Alytaus apskrities gydymo įstaigose 2018 m. iš viso suteikta 12 113 vaikų gydytojų konsultacijų, lyginant su 2014 m. paslaugų skaičius sumažėjo. Paslaugas teikė 10 profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojai penkių apskričių vaikams, daugiausiai Alytaus (4.13 lentelė). Daugiausiai suteikta vaikų kardiologo paslaugų. Alytaus apskrities gydymo įstaigose neteikiamos Vaikų intensyviosios terapijos gydytojo, vaikų nefrologo ir neonatologo konsultacijos. Šių paslaugų vartojimas kitų apskričių savivaldybėse yra labai žemas. Atkreiptinas dėmesys, kad 2018 m. pradėtos teikti vaikų hematologo ir vaikų ir paauglių psichiatro paslaugos, kurių anksčiau nebuvo, labai sumažėjo vaikų ligų gydytojo konsultacijų (-38,8 proc.), buvo suteikta tik viena vaikų gastroenterologo konsultacija.

4.13. lentelė. Alytaus apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis											pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telsių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas vaikų chirurgas	3278	51	1	2						14	3346	-128	-3,7
Gydytojas vaikų endokrinologas	470	4		9							483	-163	-25,2
Gydytojas vaikų gastroenterologas	1										1	-1	-50,0
Gydytojas vaikų hematologas	14			1							15	15	
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras	21									1	22	22	
Gydytojas vaikų kardiologas	3392	46	1							8	3447	610	21,5
Gydytojas vaikų neurologas	2469	24		2						8	2503	-745	-22,9
Gydytojas vaikų pulmonologas	1932	10								9	1951	-412	-17,4
Gydytojas vaikų reumatologas	190	7								2	199	38	23,6
Vaikų ligų gydytojas	346	8		1							355	-225	-38,8

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Kauno apskrities gydymo įstaigose 2018 m. iš viso suteikta 83 977 vaikų gydytojų konsultacijų. Paslaugas teikė 13 profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojai visų apskričių gyventojams, daugiausiai Kauno apskrities vaikams (4.14 lentelė). Daugiausiai suteikta vaikų neurologo paslaugų. Atkreiptinas dėmesys, kad 2018 m. pradėtos teikti vaikų reumatologo paslaugos, kurių anksčiau nebuvo, reikšmingai augo gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, vaikų nefrologo ambulatorinių paslaugų skaičius.

4.14. lentelė. Kauno apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis											pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telsių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas neonatologas	73	487	67	108	6	91	18	38		12	900	216	31,6
Gydytojas vaikų chirurgas	155	10172	224	694	109	171	201	103	32	152	12013	-1550	-11,4
Gydytojas vaikų endokrinologas	405	6956	310	962	171	684	309	220	117	709	10843	-890	-7,6
Gydytojas vaikų gastroenterologas	76	2583	42	287	42	63	70	36	17	43	3259	16	0,5
Gydytojas vaikų hematologas	153	1925	98	379	93	131	73	59	42	89	3042	738	32,0
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras	45	1969	18	170	12	23	131	6		15	2389	1114	87,4
Gydytojas vaikų kardiologas	106	10762	88	736	41	146	357	50	23	98	12407	-1805	-12,7
Gydytojas vaikų nefrologas	176	2309	49	376	39	136	115	46	21	65	3332	999	42,8

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis											pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas vaikų neurologas	345	14790	298	638	116	353	409	169	56	215	17389	-2830	-14,0
Gydytojas vaikų pulmonologas	156	10740	33	642	38	90	282	18	25	50	12074	1299	12,1
Gydytojas vaikų reumatologas	3	79		7		8		2		5	104	99	-
Vaikų intensyvios terapijos gydytojas		39	2	5	3	3		3		5	60	-64	-51,6
Vaikų ligų gydytojas	52	5671	13	232	9	39	70	22	10	47	6165	-1661	-21,2

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Klaipėdos apskrities gydymo įstaigose 2018 m. iš viso suteikta 51 726 vaikų gydytojų konsultacijos. Paslaugas teikė 12 profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojai visų apskričių gyventojams, išskyrus Utenos, daugiausiai Klaipėdos apskrities vaikams. Klaipėdos apskrities gydymo įstaigose neteikiamos Vaikų intensyviosios terapijos gydytojo konsultacijos (4.15 lentelė).

2018 m. daugiausiai suteikta vaikų kardiologo paslaugų. Reikšmingai augo gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, vaikų hematologo ambulatorinių paslaugų skaičius.

4.15. lentelė. Klaipėdos apskrities ASPI 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis											pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas neonatologas			377			9	10	56			452	1	0,2
Gydytojas vaikų chirurgas	1	5	3462			5	81	284		4	3842	-398	-9,4
Gydytojas vaikų endokrinologas			2855			3	120	304		1	3283	-191	-5,5
Gydytojas vaikų gastroenterologas	1		4669			4	164	398		2	5238	235	4,7
Gydytojas vaikų hematologas			796		1		27	90			914	172	23,2
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras			502			2	28	28			560	364	185,7
Gydytojas vaikų kardiologas	2	4	13670	1	1	18	547	674		4	14921	-2027	-12,0
Gydytojas vaikų nefrologas	2	2	3070		2	1	120	236			3433	-2193	-39,0
Gydytojas vaikų neurologas	1		9678	1	1	7	315	431			10434	-1145	-10,0
Gydytojas vaikų pulmonologas		4	4294			4	326	92		4	4724	642	15,7
Gydytojas vaikų reumatologas			841			20	47	101			1009	109	12,1
Vaikų ligų gydytojas	1	11	2763		1	1	92	36		11	2916	497	20,6

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Marijampolės apskrities gydymo įstaigose 2018 m. iš viso suteikta 5 312 vaikų gydytojų konsultacijos. Paslaugas teikė 7 profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojais, daugiausiai Marijampolės apskrities vaikams. Alytaus, Kauno ir Tauragės vaikams suteiktos tik pavienės konsultacijos. Marijampolės apskrities gydymo įstaigose neteikiamos vaikų nefrologo, hematologo, reumatologo, vaikų intensyviosios terapijos gydytojo, vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos (4.16 lentelė).

2018 m. daugiausiai suteikta vaikų pulmonologo ir kardiologo paslaugų. Reikšmingai sumažėjo visų gydytojų konsultacijų skaičius, lyginant su 2014 m., išskyrus vaikų ligų gydytojo.

4.16. lentelė. Marijampolės apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis										pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.		
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telsių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas neonatologas				3							3	3	-
Gydytojas vaikų chirurgas				361			1				362	-166	-31,4
Gydytojas vaikų endokrinologas				8							8	-14	-63,4
Gydytojas vaikų kardiologas	3	1		589							593	-916	-60,7
Gydytojas vaikų neurologas		9		1710			20				1739	-877	-33,5
Gydytojas vaikų pulmonologas	1	8		1746							1755	-733	-29,5
Vaikų ligų gydytojas		3		849							852	139	19,5

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Panevėžio apskrities gydymo įstaigose 2018 m. iš viso suteikta 36 079 vaikų gydytojų konsultacijos. Paslaugas teikė 12 profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojais, daugiausiai Panevėžio apskrities vaikams. Alytaus ir Tauragės apskričių vaikams konsultacijos nebuvo teiktos. Panevėžio apskrities gydymo įstaigose neteikiamos vaikų intensyviosios terapijos gydytojo konsultacijos (4.17 lentelė).

2018 m. daugiausiai suteikta vaikų neurologo, vaikų endokrinologo ir kardiologo paslaugų. Sumažėjo visų gydytojų konsultacijų skaičius, lyginant su 2014 m., išskyrus vaikų ir paauglių psichiatro. Vaikų ligų gydytojo konsultacijų sumažėjo ketvirtadaliu.

4.17. lentelė. Panevėžio apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis										pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.		
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas neonatologas					94				2		96	-132	-57,9
Gydytojas vaikų chirurgas		2	2		3956	18			33	7	4018	-1560	-28,0
Gydytojas vaikų endokrinologas		10			5410	72		4	174	10	5680	-382	-6,3
Gydytojas vaikų gastroenterologas			2		1497	5			36		1540	173	12,7
Gydytojas vaikų hematologas		5			1989	27			74	4	2099	-1715	-45,0
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras		12			1778	18			11	2	1821	29	1,6
Gydytojas vaikų kardiologas		4			4851	38			102	4	4999	-190	-3,7
Gydytojas vaikų nefrologas		2			1028	11			41	2	1084	-33	-2,9
Gydytojas vaikų neurologas		9	1		7927	66		1	230	9	8243	-38	-0,5
Gydytojas vaikų pulmonologas		4			3950	71			132	2	4159	-2339	-36,0
Gydytojas vaikų reumatologas					337	31			8		376	-55	-12,8
Vaikų ligų gydytojas		1	2		1949	2			6	4	1964	-613	-23,8

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Šiaulių apskrities gydymo įstaigose 2018 m. iš viso suteikta 28 451 vaikų gydytojų konsultacija. Paslaugas teikė 11 profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojai, daugiausiai Šiaulių apskrities vaikams. Alytaus apskrities vaikams konsultacijos nebuvo teiktos. Klaipėdos, Marijampolės ir Utenos apskričių vaikams teiktos tik pavienės konsultacijos. Šiaulių apskrities gydymo įstaigose neteikiamos vaikų reumatologo ir vaikų intensyviosios terapijos gydytojo konsultacijos (4.18 lentelė).

2018 m. daugiausiai suteikta vaikų neurologo ir kardiologo paslaugų. Reikšmingai sumažėjo vaikų nefrologo, vaikų pulmonologo ir vaikų chirurgo konsultacijų skaičius, lyginant su 2014 m. Labiausiai padaugėjo vaikų kardiologo konsultacijų skaičius.

4.18. lentelė. Šiaulių apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis										pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.		
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas neonatologas					1	356	1	23		1	382	22	6,1
Gydytojas vaikų chirurgas			1		1	2805		57		6	2870	-1269	-30,7
Gydytojas vaikų endokrinologas		3			1	3475	6	51			3536	-1020	-22,4
Gydytojas vaikų gastroenterologas		3				1526	4	52		1	1586	127	8,7
Gydytojas vaikų hematologas		4			12	3023		98			3137	241	8,3
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras					3	708	10	7			728	-94	-11,4
Gydytojas vaikų kardiologas		6	1	3	5	4119	1	75	2	1	4213	691	19,6
Gydytojas vaikų nefrologas					1	283	2	5			291	-190	-39,5
Gydytojas vaikų neurologas		1			4	4655	2	42		5	4709	-1503	-24,2
Gydytojas vaikų pulmonologas		4	1		12	4067	5	70			4159	-2635	-38,8
Vaikų ligų gydytojas		13	1		1	2820		1		4	2840	-78	-2,7

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Tauragės apskrities gydymo įstaigose 2018 m. iš viso suteikta 2 758 vaikų gydytojų konsultacija. Paslaugas teikė 7 profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojai, daugiausiai Tauragės apskrities vaikams. Alytaus, Panevėžio, Šiaulių ir Utenos apskričių vaikams konsultacijos nebuvo teiktos. Kauno, Klaipėdos, Telšių ir Vilniaus apskričių vaikams teiktos tik pavienės konsultacijos. Tauragės apskrities gydymo įstaigose neteikiamos neonatologo, vaikų reumatologo, gastroenterologo, hematologo ir vaikų intensyviosios terapijos gydytojo konsultacijos (4.19 lentelė).

2018 m. daugiausiai suteikta vaikų chirurgo ir kardiologo paslaugų. Reikšmingai sumažėjo vaikų pulmonologo konsultacijų skaičius, lyginant su 2014 m., labiausiai padaugėjo vaikų kardiologo ir endokrinologo konsultacijų skaičius.

4.19. lentelė. Tauragės apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis										pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.		
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas vaikų chirurgas		1	2	2			902	1			908	-222	-19,7
Gydytojas vaikų endokrinologas				13			457				470	396	-
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras							1				1	-1	-50,0
Gydytojas vaikų kardiologas		2	1	3			732			1	739	585	379,9
Gydytojas vaikų nefrologas							2				2	2	-
Gydytojas vaikų neurologas		1					347				348	-83	-19,3
Gydytojas vaikų pulmonologas							60				60	-1013	-94,4
Vaikų ligų gydytojas							230				230	10	4,6

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Telšių apskrities gydymo įstaigose 2018 m. iš viso suteikta 7 536 vaikų gydytojų konsultacijos. Paslaugas teikė 8 profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojai, daugiausiai Telšių apskrities vaikams. Alytaus, Kauno, Panevėžio, Marijampolės ir Utenos apskričių vaikams konsultacijos nebuvo teiktos. Vienam Vilniaus apskrities vaikui suteikta vaikų nefrologo konsultacija. Telšių apskrities gydymo įstaigose neteikiamos neonatologo, vaikų reumatologo, gastroenterologo, hematologo ir vaikų intensyviosios terapijos gydytojo konsultacijos (4.20 lentelė).

2018 m. daugiausiai suteikta vaikų neurologo paslaugų. Reikšmingai sumažėjo vaikų nefrologo konsultacijų skaičius, lyginant su 2014 m., labiausiai padaugėjo vaikų ligų gydytojo, vaikų gastroenterologo konsultacijų skaičius.

4.20. lentelė. Telšių apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis										pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.		
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas vaikų chirurgas								743			743	-374	-33,5
Gydytojas vaikų endokrinologas						1		59			60	11	22,5
Gydytojas vaikų gastroenterologas								10			10	-23	-69,7
Gydytojas vaikų kardiologas			2			1		826			829	-452	-35,3

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis										pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.		
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas vaikų nefrologas								17		1	18	13	260,0
Gydytojas vaikų neurologas			22			89	1	4060			4172	-842	-16,8
Gydytojas vaikų pulmonologas			9			55	2	1543			1609	-706	-30,5
Vaikų ligų gydytojas			1					94			95	-692	-87,9

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Utenos apskrities gydymo įstaigose 2018 m. iš viso suteikta 5 459 vaikų gydytojų konsultacijos. Paslaugas teikė 9 profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojai, daugiausiai Utenos apskrities vaikams. Alytaus, Klaipėdos, Marijampolės, Šiaulių ir Telšių apskričių vaikams konsultacijos nebuvo teiktos. Tik dviem Kauno apskrities vaikams suteiktos vaikų chirurgo ir vaikų ligų gydytojo konsultacijos. Utenos apskrities gydymo įstaigose neteikiamos neonatologo, vaikų reumatologo, hematologo ir vaikų intensyviosios terapijos gydytojo konsultacijos (4.21 lentelė). 2018 m. daugiausiai suteikta vaikų neurologo paslaugų. Suteiktos tik kelios vaikų endokrinologo, vaikų ir paauglių psichiatro ir vaikų nefrologo paslaugos.

Labiausiai sumažėjo vaikų neurologo konsultacijų skaičius, lyginant su 2014 m., labiausiai padaugėjo vaikų ligų gydytojo, vaikų gastroenterologo konsultacijų skaičius.

4.21. lentelė. Utenos apskrities ASPĮ 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis										pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.		
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas vaikų chirurgas		1			4				1278	6	1289	-268	-17,2
Gydytojas vaikų endokrinologas									3		3	-1	-25,0
Gydytojas vaikų gastroenterologas									42		42	37	-
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras									1		1	1	
Gydytojas vaikų kardiologas					7				1488	5	1500	69	4,8
Gydytojas vaikų nefrologas									1		1	-1	-50,0
Gydytojas vaikų neurologas					6				650	3	659	-206	-23,8
Gydytojas vaikų pulmonologas					17				1034	4	1055	116	12,4
Vaikų ligų gydytojas		1			35				866	7	909	156	20,7

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Vilniaus apskrities gydymo įstaigose 2018 m. iš viso suteikta 127 984 vaikų gydytojų konsultacijos. Paslaugas teikė 12 profesinių kvalifikacijų vaikų gydytojai visų apskričių gyventojams, daugiausiai Vilniaus apskrities vaikams (4.22 lentelė). Daugiausiai suteikta vaikų neurologo, vaikų kardiologo ir vaikų chirurgo paslaugų.

Reikšmingai augo vaikų hematologo konsultacijų, labiausiai sumažėjo vaikų nefrologo ir vaikų ir paauglių psichiatro ambulatorinių konsultacijų skaičius.

4.22. lentelė. Vilniaus apskrities ASPI 2018 m. suteiktų vaikų gydytojų ambulatorinių paslaugų skaičius

Specialistas	paciento prisirašymo įstaigos apskritis											pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telsių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas neonatologas	11			5	35	2		1	65	1184	1303	-18	-1,4
Gydytojas vaikų chirurgas	148	181	40	53	164	84	11	16	330	21390	22417	542	2,5
Gydytojas vaikų endokrinologas	117	33	7	14	92	46	10	17	378	9032	9746	-1169	-10,7
Gydytojas vaikų gastroenterologas	159	64	28	11	101	50	18	16	238	9935	10620	-503	-4,5
Gydytojas vaikų hematologas	86	29	12	12	51	33	2	10	101	3668	4004	1784	80,4
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras	61	74	48	19	40	37	12	17	85	927	1320	-487	-26,9
Gydytojas vaikų kardiologas	315	814	544	179	367	340	92	151	543	23274	26619	-59	-0,2
Gydytojas vaikų nefrologas	83	21	36	11	70	49	7	18	136	2632	3063	-1267	-29,5
Gydytojas vaikų neurologas	203	75	53	34	108	83	14	38	644	22983	24235	-4071	-14,4
Gydytojas vaikų pulmonologas	177	38	12	16	55	25	1	15	239	17082	17660	-2311	-11,6
Gydytojas vaikų reumatologas	48	82	67	47	102	161	21	50	122	1125	1825	135	8,0
Vaikų ligų gydytojas	37	23	18	3	32	35	5	5	75	4939	5172	-1359	-20,8

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Vaikų gydytojų, turinčių vaikų ligų gydytojo ir/ar vaikų gydytojo specialisto licencijas suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius pagal gydymo įstaigas 2014 m. ir 2018 m. pateikiamas 22 priede.

Gydytojų specialistų, kurių kompetencija yra ir vaikų ir suaugusiųjų gydymas sąrašas susideda iš 31 specialisto: burnos chirurgo, echoskopuotojas, endoskopuotojas, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, gydytojas akušeris-ginekologas, gydytojas alergologas ir klinikinis imunologas, gydytojas anesteziologas reanimatologas, gydytojas dermatovenerologas, gydytojas dietologas, gydytojas genetikas, gydytojas klinikinis toksikologas, gydytojas krūtinės chirurgo, gydytojas neurochirurgas, gydytojas oftalmologas, gydytojas onkologas chemoterapeutas, gydytojas onkologas radioterapeutas, gydytojas ortopedas traumatologas, gydytojas otorinolaringologas, gydytojas urologas, gydytojas veido ir žandikaulių chirurgo, klinikinis fiziologas, koloproktologas,

kraujagyslių chirurgijos gydytojas, logopedas, plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydytojas, psichoterapijos paslaugos, radiologas, skubiosios medicinos gydytojas, sporto medicinos gydytojas, širdies chirurgijos gydytojas.

Ne visų specialistų paslaugos prieinamos visose apskrityse, bet echoskopuotojo, endoskopuotojo, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo, gydytojo akušerio-ginekologo, gydytojo dermatovenerologo, gydytojo oftalmologo, gydytojo ortopedo traumatologo, gydytojo otorinolaringologo, gydytojo urologo, logopedo, radiologo paslaugos prieinamos visose apskrityse. Daugiausiai 2018 m. vaikams suteikta radiologo (148 673), gydytojo oftalmologo (144 744), gydytojo otorinolaringologo (124 164), fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo (94 214) ir ortopedo traumatologo (93 672) ambulatorinių paslaugų (4.23 lentelė).

4.23. lentelė. Gydytojų ir specialistų, kurių kompetencija yra ir vaikų ir suaugusiųjų gydymas, vaikams suteiktų paslaugų skaičius pagal paciento prisirašymo įstaigos apskritis 2018 m.

Specialistas	2018 prisirašymo įstaigos apskritis											pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Burnos chirurgas	169	2485	129	337	2492	589	52	43	122	1304	7722	-2657	-25,6
Echoskopuotojas	1880	5457	5452	1020	3912	5696	1156	1458	1718	18543	46292	-13111	-22,1
Endoskopuotojas	68	185	105	42	163	98	74	109	75	320	1239	-1117	-47,4
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas	3743	16114	18403	2052	7319	7618	3591	4736	3194	27444	94214	-12128	-11,4
Gydytojas akušeris-ginekologas	355	1285	814	305	387	516	124	259	171	2443	6659	-4019	-37,6
Gydytojas alergologas ir klinikinis imunologas	1379	8458	4208	705	1883	4903	434	765	533	15465	38733	466	1,2
Gydytojas anesteziologas reanimatologas	26	28	96	138	13	23	6	37	65	2376	2808	2174	342,9
Gydytojas dermatovenerologas	2289	9800	4884	2926	3636	3758	2575	2659	3648	19766	55941	-14657	-20,8
Gydytojas dietologas	25	12	24	14	256	17	2	6	35	605	996	996	-
Gydytojas genetikas	129	724	232	119	272	233	69	113	123	1478	3492	1308	59,9
Gydytojas klinikinis toksikologas	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	33,3
Gydytojas krūtinės chirurgas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	-3	-75,0
Gydytojas neurochirurgas	50	362	667	78	105	105	94	78	40	500	2079	-85	-3,9
Gydytojas oftalmologas	6913	37925	18193	6179	8505	11550	3917	3685	3855	44022	144744	-20576	-12,5

Specialistas	2018 prisirašymo įstaigos apskritis											pokyti, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso	sk.	proc.
Gydytojas onkologas chemoterapeutas	1	24	5	0	18	5	0	0	2	2	57	-26	-31,3
Gydytojas onkologas radioterapeutas	2	1	0	1	0	1	0	0	0	1	6	-24	-80,0
Gydytojas ortopedas traumatologas	3312	27050	10159	3405	3679	6266	4751	3088	1666	30296	93672	-10822	-10,4
Gydytojas otorinolaringologas	5869	32270	11519	6362	5827	10343	3813	10719	3729	33713	124164	-41250	-24,9
Gydytojas urologas	100	136	90	40	565	127	90	51	279	4375	5853	-249	-4,1
Gydytojas veido ir žandikaulių chirurgas	71	724	231	85	64	54	41	65	39	619	1993	856	75,3
Klinikinis fiziologas	27	69	645	0	847	7	11	27	30	1007	2670	-531	-16,6
Koloproktologas	0	0	0	2	2	0	3	0	0	0	7	-11	-61,1
Kraujagyslių chirurgijos gydytojas	12	41	27	6	29	13	10	10	19	130	297	-54	-15,4
Logopedas	1379	5459	6586	1377	4211	2871	609	3775	914	17265	44446	-2892	-6,1
Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydytojas	47	93	60	22	49	370	12	27	39	411	1130	-394	-25,9
Psichoterapijos paslaugos	74	83	0	1	28	1	0	3	0	243	433	-191	-30,6
Radiologas	7353	30658	15050	6094	9256	11946	4572	5666	7694	50384	148673	-17072	-10,3
Skubiosios medicinos gydytojas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	-
Sporto medicinos gydytojas	1	80	2	0	0	37	13	1	0	1	135	135	-
Širdies chirurgijos gydytojas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	-5	-83,3
Iš viso	35274	179529	97581	31310	53518	67147	26019	37381	27990	272713	828462	-135937	-14,1

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Įvertinus bendrų kompetencijų gydytojų konsultacijų skaičiaus pasiskirstymą kiekvienos apskrities vaikams, išryškėjo paslaugų teikimo netolygumai. Lietuvoje 100-tui vaikų vidutiniškai teko 160 bendrų kompetencijų gydytojo konsultacijos. Daugiausiai bendrų kompetencijų gydytojų konsultacijų 2018 m. teko Vilniaus ir Kauno apskričių vaikams, mažiausiai - Marijampolės apskrities vaikams. Kiekvienos profesinės kvalifikacijos gydytojų konsultacijų skaičius, tenkantis 100-tui vaikų pasiskirstė labai netolygiai – suteiktų paslaugų skaičius tarp skirtingų apskričių skyrėsi kelis kartus. 2018 m. 100-tui Lietuvos vaikų buvo suteikta 28,7 radiologo paslaugos (daugiausiai - 41,1/100

Utenos apskr., mažiausiai – 22,1 Telšių apskr. vaikams); gydytojo oftalmologo – 27,9/100 (daugiausiai – 36,0/100 Kauno apskr., mažiausiai – 14,4 Telšių apskr. vaikams); gydytojo otorinolaringologo – 24,0/100 (daugiausiai – 41,8/100 Telšių apskr., mažiausiai – 16,0/100 Panevėžio apskr. vaikams); fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo – 18,2/100 (daugiausiai – 29,0/100 Klaipėdos apskr., mažiausiai – 8,0/100 Marijampolės apskr. vaikams), ortopedo traumatologo – 18,1/100 (daugiausiai – 28,1/100 Tauragės apskr., mažiausiai – 8,9/100 Utenos apskr. vaikams) ambulatorinių paslaugų (4.24 lentelė).

4.24. lentelė. Bendrų kompetencijų gydytojų suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius 100-tui vaikų (pagal paciento prisirašymo įstaigos teritoriją) 2018 m.

Specialistas	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso
Burnos chirurgas	0,76	2,36	0,20	1,32	6,83	1,28	0,31	0,17	0,65	0,83	1,49
Echoskopuotojas	8,43	5,17	8,60	4,00	10,73	12,37	6,84	5,69	9,17	11,74	8,93
Endoskopuotojas	0,30	0,18	0,17	0,16	0,45	0,21	0,44	0,43	0,40	0,20	0,24
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas	16,78	15,28	29,02	8,05	20,07	16,54	21,23	18,47	17,05	17,38	18,17
Gydytojas akušeris-ginekologas	1,59	1,22	1,28	1,20	1,06	1,12	0,73	1,01	0,91	1,55	1,28
Gydytojas alergologas ir klinikinis imunologas	6,18	8,02	6,64	2,77	5,16	10,64	2,57	2,98	2,85	9,80	7,47
Gydytojas anesteziologas reanimatologas	0,12	0,03	0,15	0,54	0,04	0,05	0,04	0,14	0,35	1,50	0,54
Gydytojas dermatovenerologas	10,26	9,29	7,70	11,49	9,97	8,16	15,23	10,37	19,47	12,52	10,79
Gydytojas dietologas	0,11	0,01	0,04	0,05	0,70	0,04	0,01	0,02	0,19	0,38	0,19
Gydytojas genetikas	0,58	0,69	0,37	0,47	0,75	0,51	0,41	0,44	0,66	0,94	0,67
Gydytojas klinikinis toksikologas											0,00
Gydytojas krūtinės chirurgas											0,00
Gydytojas neurochirurgas	0,22	0,34	1,05	0,31	0,29	0,23	0,56	0,30	0,21	0,32	0,40
Gydytojas oftalmologas	31,00	35,95	28,69	24,26	23,32	25,07	23,16	14,37	20,58	27,88	27,92
Gydytojas onkologas chemoterapeutas		0,02	0,01		0,05	0,01			0,01		0,01
Gydytojas onkologas radioterapeutas	0,01										0,00
Gydytojas ortopedas traumatologas	14,85	25,64	16,02	13,37	10,09	13,60	28,09	12,05	8,89	19,19	18,07
Gydytojas otorinolaringologas	26,32	30,59	18,17	24,97	15,98	22,45	22,55	41,81	19,91	21,35	23,95
Gydytojas urologas	0,45	0,13	0,14	0,16	1,55	0,28	0,53	0,20	1,49	2,77	1,13
Gydytojas veido ir žandikaulių chirurgas	0,32	0,69	0,36	0,33	0,18	0,12	0,24	0,25	0,21	0,39	0,38
Klinikinis fiziologas	0,12	0,07	1,02		2,32	0,02	0,07	0,11	0,16	0,64	0,52
Koloproktologas				0,01	0,01		0,02				0,00
Kraujagyslių chirurgijos gydytojas	0,05	0,04	0,04	0,02	0,08	0,03	0,06	0,04	0,10	0,08	0,06
Logopedas	6,18	5,18	10,39	5,41	11,54	6,23	3,60	14,72	4,88	10,94	8,57
Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydytojas	0,21	0,09	0,09	0,09	0,13	0,80	0,07	0,11	0,21	0,26	0,22

Specialistas	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telsių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso
Psichoterapijos paslaugos	0,33	0,08			0,08			0,01		0,15	0,08
Radiologas	32,97	29,07	23,73	23,92	25,38	25,93	27,03	22,10	41,07	31,91	28,68
Skubiosios medicinos gydytojas											0,00
Sporto medicinos gydytojas		0,08				0,08	0,08				0,03
Širdies chirurgijos gydytojas											0,00
Iš viso	158,2	170,2	153,9	122,9	146,7	145,8	153,8	145,8	149,4	172,7	159,8

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Suaugusiųjų gydytojų specialistų, kurie paslaugas vaikams teikia tik skubiosios ir neatidėliotinos pagalbos atvejais vaikams suteikiama tik 0,5 proc.

4.4 Priėmimo - skubiosios pagalbos skyriuose teikiamų paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys

Priėmimo skubiosios pagalbos skyriuose (toliau – PSP skyriai) suteiktų paslaugų analizei vertinome paslaugas, įrašytas į statistines apskaitos formas f025a – LK. PSP skyriuose teikiamos priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugos, stebėjimo paslaugos ir gydytojų konsultacijos. Hospitalizuojamų pacientų statistinės formos neįtrauktos į toliau pateiktą analizę.

Suteiktų paslaugų skaičius PSP skyriuose kiekvienais metais didėja. 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 išaugo 20 proc.: 2014 m. 100-tui Lietuvos vaikų teko 43,8 PSP skyriaus paslaugos, o 2018 m. paslaugų vartojimas buvo reikšmingai didesnis - 52,7/100.

Per pasirinktą penkerių metų laikotarpį PSP skyriuose suteiktų paslaugų skaičius didėjo visose apskrityse, išskyrus Panevėžio ir Marijampolės. Apskaičiavus paslaugų skaičių, tenkantį 100-tui vaikų, matyti, kad ir Panevėžio ir Marijampolės vaikams suteiktų paslaugų padidėjo atitinkamai 18,5 ir 9,9 proc. Per penkerius metus paslaugų vartojimas labiausiai išaugo Utenos ir Tauragės apskričių gyventojų tarpe (42,1 ir 36,1 proc.). Dažniausiai PSP paslaugomis 2018 m. naudojami Marijampolės (65,5/100) ir Kauno (62,0/100) apskričių vaikai. Rečiausiai – Utenos (35,9/100) ir Alytaus (43,5) apskričių vaikai (4.25 lentelė).

Lietuvos vaikai dažniausiai atvežami į tos pačios apskrities, kur ir gyvena, ASPĮ. Mažiausia savo apskrities pacientams PSP skyriuose paslaugų suteikiama Utenos apskrities įstaigose - apie 87 proc., daugiausiai - Vilniaus apskrities įstaigose - 97,2 proc.

Analizuojant priėmimo skubiosios pagalbos paslaugas pagal įstaigas matyti, kad Vilniaus apskrities įstaigose net 24 proc. padidėjo priėmimo skubiosios pagalbos suteiktų paslaugų kai tuo tarpu Marijampolės apskrities įstaigose sumažėjo beveik 6 proc.

4.25. lentelė. Priėmimo skubiosios pagalbos skyriuose suteiktų paslaugų skaičius pagal gydymo įstaigos apskritis ir paciento prisirašymo įstaigos apskritis 2018 m. ir pokytis nuo 2014 m.

Apskritys įstaigų, kurių priėmimo skyriuose suteikė paslaugas vaikams	Paciento prisirašymo apskritis										Viso	Kiek proc. paslaugų įstaiga suteikia savos apskrities pacientams	pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.			sk.	%
Alytaus apskr.	9078	380	60	52	16	10	8	4	7	638	10253	88,5	657	6,8
Kauno apskr.	207	62856	154	1357	135	220	470	59	65	800	66323	94,8	7265	12,3
Klaipėdos apskr.	52	579	31461	35	115	184	415	752	36	1221	34850	90,3	2064	6,3
Marijampolės apskr.	34	309	28	14959	19	17	21	0	7	246	15640	95,6	-955	-5,8
Panevėžio apskr.	14	185	36	18	15471	132	9	9	82	373	16329	94,8	-155	-0,9
Šiaulių apskr.	14	161	115	7	62	19769	21	179	13	312	20653	95,7	4144	25,1
Tauragės apskr.	7	160	167	146	5	15	7518	20	2	140	8180	91,9	1278	18,5
Telšių apskr.	7	65	258	2	7	280	16	10938	3	184	11760	93,0	1568	15,4
Utenos apskr.	13	135	21	12	79	15	7	7	5820	577	6686	87,0	1095	19,6
Vilniaus apskr.	284	565	190	91	247	142	35	48	695	80173	82470	97,2	16071	24,2
Iš viso	9710	65395	32490	16679	16156	20784	8520	12016	6730	84664	273144		33032	13,8
paslaugų skaičius 100-ui vaikų	43,5	62,0	51,2	65,5	44,3	45,1	50,4	46,9	35,9	53,6	52,7			
pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m. 100-tui vaikų	7,9	9,3	4,3	5,9	6,9	11,7	13,4	11,1	10,6	8,8	8,8			
pokytis proc.	22,3	17,7	9,3	9,9	18,5	35,1	36,1	30,9	42,1	19,7	20,2			

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Paanalizavus gydymo įstaigas pagal įstaigos lygmenis matyti, kad daugiau nei 60 proc. priėmimo skubiosios pagalbos paslaugų suteikiama respublikinėse įstaigose ir tik apie 16 proc. regioninėse arba rajoninėse įstaigose (4.26 lentelė).

4.26. lentelė. Priėmimo skubiosios pagalbos skyriuose suteiktų paslaugų skaičius pagal gydymo įstaigos lygmenį ir paciento prisirašymo įstaigos apskritis 2014-2018 m.

Metai	Įstaigos lygmuo	Paciento prisirašymo apskritis										Viso	Suteikiamų paslaugų proc. nuo visų
		Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panėvėžio apskr.	Šiaurės apskr.	Tauragės apskr.	Telšiai apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.		
2014 m.	Respublikinė	371	47326	23837	1485	12568	10381	668	748	482	59140	157006	65,4
2018 m.	Respublikinė	526	53144	24571	1447	11943	16640	720	973	724	73460	184148	67,4
2014 m.	Regioninė	6010	6258	3309	11014	78	1333	4581	7057	2517	3138	45295	18,9
2018 m.	Regioninė	5855	5484	3892	9297	93	534	4392	7434	2231	3500	42712	15,6
2014 m.	Rajoninė	2653	4609	3486	5023	3700	4923	1980	2552	2455	6430	37811	15,8
2018 m.	Rajoninė	3329	6767	4027	5935	4120	3610	3408	3609	3775	7704	46284	16,9
2014 m.	Iš viso	9034	58193	30632	17522	16346	16637	7229	10357	5454	68708	240112	
2018 m.	Iš viso	9710	65395	32490	16679	16156	20784	8520	12016	6730	84664	273144	
	pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	676	7202	1858	-843	-190	4147	1291	1659	1276	15956		
	pokytis proc.	7,48	12,38	6,07	-4,81	-1,16	24,93	17,86	16,02	23,40	23,22		

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Priėmimo skubiosios pagalbos paslaugų skaičius 2014-2018 m. pagal paslaugas teikusias įstaigas pateikiamas 23priede.

4.5 Medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys

Medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos vaikams – specializuotuose 12-os profilių reabilitacijos ir sveikatos grąžinamojo gydymo skyriuose: turintiems judamojo-atramos aparato pažeidimų (po traumų, ligų, ortopedinių operacijų), sergantiems nervų, kraujotakos, kvėpavimo, virškinimo sistemų (skyriuose turi būti ne mažiau kaip 10 vieno profilio lovų), psichikos ir elgesio sutrikimų, akių, ausų-nosies-gerklės, endokrininėmis, odos, inkstų, kraujo ligomis (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.

Vaikams, kuriems po pirmojo reabilitacijos etapo nebūtina stacionarinė reabilitacija (antrasis etapas), skiriama ambulatorinė reabilitacija (trečiasis etapas). Vaikams, kuriems nėra galimybių suteikti pirmojo etapo paslaugas, antrojo ar trečiojo medicininės reabilitacijos etapų paslaugos skiriamos po fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos, kurios metu įvertinami vaiko biosocialinių funkcijų sutrikimai ir rekomenduojama atitinkamo lygio medicininės reabilitacijos paslauga (antrasis ir (ar) trečiasis etapas).

Antrasis etapas - Specializuotos stacionarinės reabilitacijos paslaugos skiriamos po pirmojo reabilitacijos etapo, kai fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos metu pacientui nustatomi biosocialinių funkcijų sutrikimai ir reikia tęsti atitinkamo lygio medicininės reabilitacijos paslaugas (Reabilitaciją II, Reabilitaciją III, sveikatą grąžinamąjį gydymą).

Trečiasis etapas - 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.¹⁹

4.5.1 Ambulatorinė reabilitacija

Suteiktų ambulatorinės reabilitacijos (trečiojo etapo) paslaugų skaičius kasmet didėja – 2018 m. jas gavo 20 proc. 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 (4.27 lentelė).

Analogiškos tendencijos stebimos ir paslaugas gavusių asmenų skaičiaus, tenkančio 1000-iui vaikų, dinamikoje.

4.27. lentelė. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugas gavusių vaikų skaičius 2014-2018 m. pagal apskritis

Paciento prisirašymo apskritis	paslaugas gavusių asmenų skaičius					pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.		paslaugas gavusių asmenų skaičius 1000 vaikų					pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	2014	2015	2016	2017	2018	sk.	%	2014	2015	2016	2017	2018	sk.	%
Vilniaus apskr.	1265	1082	1144	1110	1166	-99	-7,8	8,6	7,3	7,6	7,3	7,6	-0,9	-10,7
Kauno apskr.	129	172	235	282	292	163	126,4	1,2	1,7	2,3	2,8	2,9	1,7	138,2
Klaipėdos apskr.	1210	1155	1175	1221	1251	41	3,4	19,7	18,9	19,4	20,4	20,9	1,2	6,2
Šiaulių apskr.	130	82	94	109	109	-21	-16,2	2,6	1,7	2,0	2,4	2,4	-0,2	-5,9
Panevėžio apskr.	152	154	164	219	222	70	46,1	3,7	3,9	4,3	5,9	6,2	2,5	66,2
Alytaus apskr.	94	119	106	101	136	42	44,7	3,8	5,0	4,6	4,5	6,3	2,5	64,4
Marijampolės apskr.	3	10	13	17	9	6	200,0	0,1	0,4	0,5	0,7	0,4	0,3	250,0
Tauragės apskr.	38	119	181	214	263	225	592,1	2,0	6,3	9,9	12,1	15,4	13,4	684,2
Telšių apskr.	212	190	242	343	436	224	105,7	7,5	7,0	9,1	13,4	17,5	10,0	132,0
Utenos apskr.	13	5	22	16	11	-2	-15,4	0,6	0,2	1,1	0,8	0,6	-0,0	-3,3
Viso Lietuvoje	3246	3088	3376	3632	3895	649	20,0	6,1	5,9	6,6	7,2	7,8	1,6	26,5

Šaltinis: Higienos institutas

¹⁹ LR SAM 2008 m. sausio 17 d. įsakymas Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ (su pakeitimas)

Ambulatorinės reabilitacijos paslaugas gavusių vaikų skaičiaus kitimas 2014 – 2018 m. laikotarpiu pagal savivaldybes pateikiamas 24 priede.

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 (4.28 lentelė).

Tokį statistinių duomenų neatitikimą faktiniams lemia įstaigų, turinčių nuotolinių padalinių kituose regionuose, apskaita. Pavyzdžiui, Vaikų ligoninės, viešosios įstaigos Vilniaus universiteto ligoninės 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.

4.28. lentelė. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugų pasiskirstymas pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietos apskritį 2014-2018 m., proc.

Paciento prisirašymo apskritis	Paslaugą teikiančios įstaigos apskritis																			
	2014 m.									2018 m.										
	Vilniaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Šiaulių apskr.	Panevėžio apskr.	Alytaus apskr.	Marijampolės apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Šiaulių apskr.	Panevėžio apskr.	Alytaus apskr.	Marijampolės apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.
Vilniaus apskr.	99,6		0,4							99,1		0,8	0,1							
Kauno apskr.	4,1	95,9								2,6	96,0	1,5								
Klaipėdos apskr.			100							0,1	0,1	99,5						0,1	0,1	
Šiaulių apskr.				100						0,9			99,1							
Panevėžio apskr.	0,7	0,7	0,6		97,4				0,7			0,3		99,3					0,3	
Alytaus apskr.	71,7					28,3				61,3		0,5			38,2					
Marijampolės apskr.	25,0	25,0				50,0										100				
Tauragės apskr.		3,0	5,4					91,7		0,4		0,4						99,2		
Telšių apskr.				0,5					99,5		0,2		38,5						61,3	
Utenos apskr.	7,5								92,5	24,9										75,1

Šaltinis: sudaryta autorių pagal HI informaciją

Lietuvoje ambulatorinės reabilitacijos paslaugas teikia apie 50 įstaigų, tačiau tik ketvirtadalis jų priima daugiau kaip po 100-ą pacientų per metus. Net 20 įstaigų (39 proc.) teikia paslaugas mažiau nei po 20-mt pacientų per metus.

4.5.2 Stacionarinė reabilitacija ir sanatorinis gydymas

Stacionarinės reabilitacijos paslaugas (antras etapas) teikia 7 įstaigos, išsidėsčiusios 5 apskrityse. Higienos instituto duomenimis 2018 m. pabaigoje jose buvo 351 vaikų reabilitacijos lova.

Faktinis lovų skaičius (651) yra didesnis, kadangi renkamoje statistikoje nėra apskaitomos VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorijos „Palangos gintaras“ lovos (4.29 lentelė).

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.

4.29. lentelė. Stacionarinės reabilitacijos lovų, pacientų ir lovadienių skaičius 2014-2018 m. pagal paslaugas teikusias įstaigas

Apskritis	Savivaldybė	Įstaiga	2014 m.					2018 m.				
			Lovų skaičius metų gale	Vidutinis metinis lovų skaičius	Stacionaro ligonių skaičius	Lovadieniai	Vidutinis gulėjimo laikas	Lovų skaičius metų gale	Vidutinis metinis lovų skaičius	Stacionaro ligonių skaičius	Lovadieniai	Vidutinis gulėjimo laikas
Kauno	Kauno m. sav.	LSMUL Kauno klinikos	22	22	188	3 785	20,1	10	12	73	1 667	22,8
Kauno	Kauno m. sav.	VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė	105	105	1 270	26 018	20,5	45	65	788	15 160	19,2
Viso Kauno apskritis			127	127	1 458	29 803	20,4	55	77	861	16 827	19,5
Klaipėdos	Palangos sav.	VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorija „Palangos gintaras“	300	300	4 406	85 890	19,5	300	300	3 979	74 411	18,7
Klaipėdos	Palangos sav.	VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninė			2	100	50,0					
Viso Klaipėdos apskritis			300	300	4 408	85 990	19,5	300	300	3 979	74 411	18,7
Utenos	Utenos r. sav.	VšĮ Utenos ligoninė	50	50	504	10 581	21,0	50	50	314	6 258	19,9
Viso Utenos apskritis			50	50	504	10 581	21,0	50	50	314	6 258	19,9
Vilniaus	Trakų r. sav.	VšĮ Abromiškių reabilitacijos ligoninė	90	90	1 350	25 359	18,8	90	90	1 481	27 241	18,4
Vilniaus	Vilniaus m. sav.	VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė (Pušyno kelias)	110	110	808	14 500	17,9	20	35	353	6 190	17,5
Vilniaus	Vilniaus m. sav.	Vaikų ligoninė, VšĮ VUL Santaros klinikų filialas	160	177	2 239	42 334	18,9	136	151	2 235	43 082	19,3

Apskritis	Savivaldybė	Įstaiga	2014 m.					2018 m.				
			Lovų skaičius metų gale	Vidutinis metinis lovų skaičius	Staciona- ro ligonių skaičius	Lovadien- iai	Viduti- nis gulėji- mo laikas	Lovų skaičius metų gale	Viduti- nis metinis lovų skaičius	Staciona- ro ligonių skaičius	Lovadien- iai	Viduti- nis gulėji- mo laikas
Alytaus	Druskininkų sav.	<i>t.sk. Vaikų reabilitacijos skyrius Druskininkų "Saulutė"</i>	150	167	2 170	40 469	18,6	130	145	2 177	41 546	19,1
Viso Vilniaus apskritis			360	377	4 397	82 193	18,7	246	276	4 069	76 513	18,8
Iš viso			837	854	10 767	208 567	19,4	651	703	9 223	174 009	18,9

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Higienos instituto, VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorijos "Palangos gintaras", Vaikų ligoninės, VšĮ VUL Santaros klinikų filialo informaciją

Paslaugų teikimo išsidėstymas pagal paciento prisirašymo bei paslaugos teikimo vietos apskritį 2014 m. ir 2018 m. pateikiamas 4.30 lentelėje.

4.30. lentelė. Stacionarinės reabilitacijos paslaugų pasiskirstymas pagal paciento prisirašymo ir paslaugos teikimo vietos apskritį 2014-2018 m., proc.

Paciento prisirašymo apskritis	Paslaugą teikiančios įstaigos apskritis							
	2014 m.				2018 m.			
	Vilniaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Utenos apskr.
Vilniaus apskr.	78,1	1,6	19,1	1,2	71,4	1,5	26,7	0,5
Kauno apskr.	30,5	45,3	23,9	0,4	39,9	29,2	30,8	0,1
Klaipėdos apskr.	5,9	3,5	90,6	0,0	9,9	2,6	87,5	0,0
Šiaulių apskr.	14,6	8,3	76,9	0,3	18,7	12,2	69,1	0,0
Panevėžio apskr.	30,9	11,3	41,0	16,8	36,5	6,1	45,2	12,2
Alytaus apskr.	87,2	8,1	4,7	0,0	84,5	7,5	8,0	0,0
Marijampolės apskr.	50,9	29,7	19,4	0,0	58,4	20,7	20,9	0,0
Tauragės apskr.	17,9	12,4	69,7	0,0	15,4	7,9	76,7	0,0
Telšių apskr.	8,2	4,6	87,2	0,0	10,1	4,9	85,0	0,0
Utenos apskr.	31,0	1,5	9,4	58,1	34,6	2,2	17,2	46,0
Iš Lietuvoje	40,8	13,5	40,9	4,7	44,1	9,3	43,2	3,4

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Higienos instituto informaciją

Kaip jau buvo minėta, dėl statistinių duomenų rinkimo specifiškumo įstaigų su nuotoliniais padaliniais atveju, dalis paslaugų apskaitoma kitame, nei faktiškai buvo suteikta regione. Dėl šios priežasties stebima Alytaus apskrities pacientams teikiamų paslaugų koncentracija Vilniuje, kai faktiškai didžioji jų dalis teikiama Druskininkuose.

Nagrinėjimu periodu stebimas pastovus stacionarinės reabilitacijos paslaugas gavusių pacientų skaičiaus mažėjimas. 2018 m. paslaugas gavo 1,5 tūkst. pacientų (15,6 proc.) mažiau nei 2014 m. Tokia tendencija stebima visose apskrityse, tik Vilniaus ir Alytaus apskrityse mažėjimas nesiekia vidurkio ir sudaro apie 4 proc. (4.31 lentelė).

Paslaugas gavusių asmenų skaičius, tenkantis 1000-iui vaikų, taip pat sumažėjo nuo 18,2 iki 16,2 (11 proc.).

4.31. lentelė. Stacionarinės reabilitacijos paslaugas gavusių vaikų skaičius 2014-2018 m. pagal apskritis

Paciento prisirašymo apskritis	paslaugas gavusių asmenų skaičius					pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.		paslaugas gavusių asmenų skaičius 1000 vaikų					pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	2014	2015	2016	2017	2018	sk.	%	2014	2015	2016	2017	2018	sk.	%
Vilniaus apskr.	2622	2548	2658	2670	2512	-110	-4,2	17,8	17,1	17,7	17,7	16,5	-1,3	-7,2
Kauno apskr.	1767	1729	1689	1543	1353	-414	-23,4	16,8	16,7	16,6	15,4	13,6	-3,3	-19,4
Klaipėdos apskr.	957	954	919	902	796	-161	-16,8	15,6	15,6	15,2	15,0	13,3	-2,3	-14,5
Šiaulių apskr.	1256	997	935	1028	985	-271	-21,6	24,7	20,2	19,5	22,1	21,7	-3,0	-12,0
Panevėžio apskr.	795	758	758	732	640	-155	-19,5	19,5	19,2	19,8	19,8	17,9	-1,7	-8,5
Alytaus apskr.	405	392	377	421	386	-19	-4,7	16,5	16,4	16,3	18,9	17,8	1,4	8,4
Marijampolės apskr.	426	387	385	341	354	-72	-16,9	14,7	13,7	14,1	13,0	13,9	-0,7	-5,0
Tauragės apskr.	354	378	342	334	281	-73	-20,6	18,3	20,1	18,7	18,8	16,4	-1,9	-10,2
Telšių apskr.	584	472	435	493	415	-169	-28,9	20,8	17,3	16,4	19,2	16,7	-4,1	-19,8
Utenos apskr.	477	390	413	439	412	-65	-13,6	22,1	18,7	20,4	22,4	21,7	-0,4	-1,8
Viso Lietuvoje	9643	9008	8911	8903	8134	-1 509	-15,6	18,2	17,3	17,3	17,6	16,2	-2,0	-11,0

Šaltinis: Higienos institutas

Stacionarinės reabilitacijos paslaugas gavusių vaikų skaičiaus kitimas 2014-2018 m. laikotarpiu pagal savivaldybes pateikiamas 25 priede.

4.6 Brangiųjų tyrimų ir procedūrų prieinamumas ir paslaugų apimtys

Atskirai panagrinėjome „brangiuosius“ tyrimus ir procedūras, apmokamas iš PSDF biudžeto. Paslaugas priskyrėme trims skirtingiems tipams:

1. Diagnostiniai tyrimai:
 - a. Kompiuterinės tomografijos tyrimas
 - b. Magnetinio rezonanso tomografijos tyrimas
 - c. Pozitronų emisijos tomografijos tyrimas
 - d. Ultragarsinis tyrimas su kontrastine medžiaga
2. Genetiniai ir laboratoriniai tyrimai
 - a. Genetiniai tyrimai
 - b. Hematologijos brangieji tyrimai

- c. Hepatito C diagnostikos tyrimai
- d. Žmogaus imunodeficito viruso ligos stebėsenos tyrimai

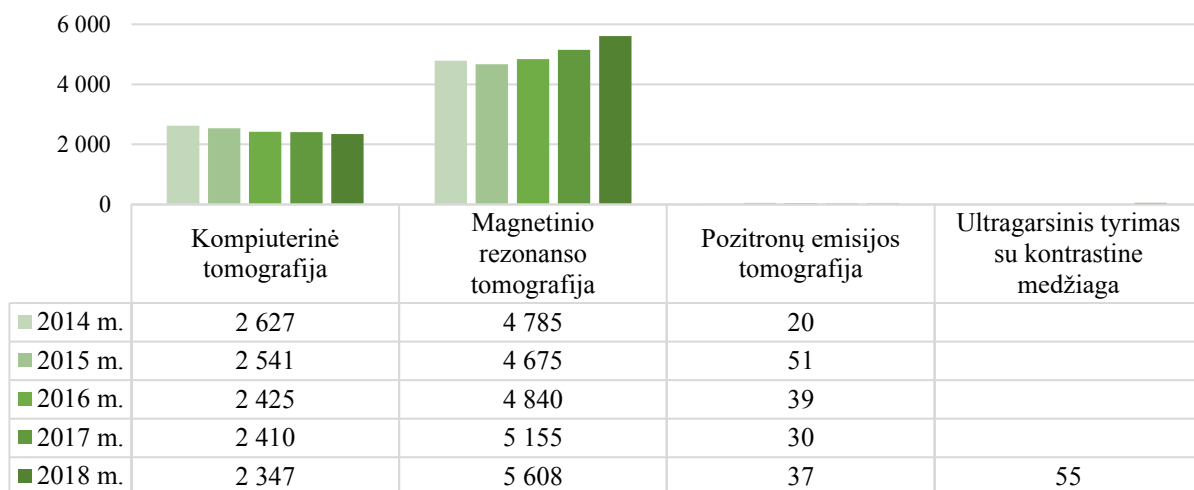
3. Gydomosios procedūros

- a. Paprastoji hemodializė
- b. Hiperbarinė oksigenacija

2018 m. ambulatorinėmis sąlygomis buvo atlikta 9 tūkst. brangiųjų tyrimų ir procedūrų (2014 m. – 7,8 tūkst.). Stacionare atliekami brangieji tyrimai ir procedūros neanalizuoti.

Didžiąją dalį šių paslaugų sudaro **diagnostiniai tyrimai** - kompiuterinės tomografijos (KT), magnetinio rezonanso tomografijos (MRT), pozitronų emisijos tomografijos (PET) bei ultragarsiniai su kontrastine medžiaga (UT).

Nuo 2014 m. atliktų KT tyrimų skaičius nuosekliai mažėjo, MRT – augo.



Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

4.13. pav. Ambulatorinėmis sąlygomis vaikams atliktų brangiųjų diagnostinių tyrimų skaičius 2014-2018 m.

Atliktų brangiųjų tyrimų skaičius pateikiamas 4.13 pav., juos atliekančių įstaigų išsidėstymas – 4.32 lentelėje.

4.32. lentelė. Brangiųjų tyrimų paslaugų teikiančių įstaigų išsidėstymas pagal apskritis

	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.
KT	+	+	+	+	+	+		+	+	+
MRT	+	+	+		+	+		+	+	+
PET		+								+
UT										+

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Nagrinėjant pagal apskritis matyti, kad KT tyrimai atliekami visose apskrityse, išskyrus Tauragės – šios apskrities pacientai vyksta į Klaipėdos arba Kauno ligonines. Utenos ir Panevėžio apskričių pacientams KT tyrimai daugiausia atliekami Vilniuje (4.33 lentelė).

Paslaugų skaičius, tenkantis 1000-iui vaikų, išsiskiria Klaipėdos apskrityje – dvigubai viršija šalies vidurkį.

4.33. lentelė. Ambulatorinėmis sąlygomis vaikams atliktų KT tyrimų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.

Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis											Paslaugų skaičius 1000 vaikų	Savoje apskrityje gaunamų paslaugų dalis
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Viso		
Alytaus apskr.	72	20								24	116	5,2	62%
Kauno apskr.	2	250						1	19	272	2,6	92%	
Klaipėdos apskr.		8	661				2		18	689	10,9	96%	
Marijampolės apskr.	1	43		38					6	88	3,5	43%	
Panevėžio apskr.		17	1		26				36	80	2,2	33%	
Šiaulių apskr.		22	5			53			29	109	2,4	49%	
Tauragės apskr.		21	71			2	1		3	98	5,8	1%	
Telšių apskr.		1	69			2		56	8	136	5,3	41%	
Utenos apskr.		2						17	50	69	3,7	25%	
Vilniaus apskr.		11	3						676	690	4,4	98%	
Viso	75	395	810	38	26	57	1	58	18	869	2347	4,5	

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

MRT tyrimai neatliekami Tauragės ir Marijampolės apskrityse. Marijampolės apskrities 1000-iui vaikų tenkantis paslaugų skaičius yra per pusę mažesnis nei šalies vidurkis (4.34 lentelė).

4.34. lentelė. Ambulatorinėmis sąlygomis vaikams atliktų MRT tyrimų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.

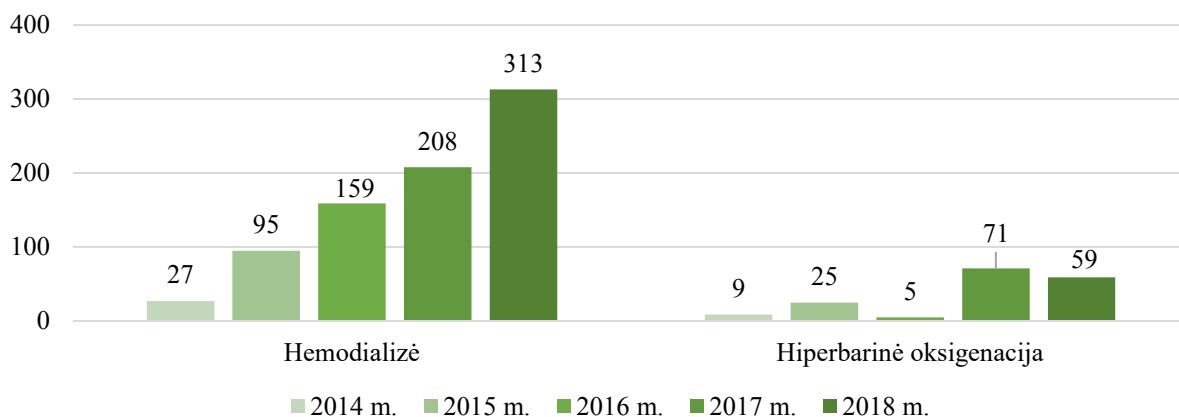
Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis											Paslaugų skaičius 1000 vaikų	Savoje apskrityje gaunamų paslaugų dalis
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Viso		
Alytaus apskr.	77	82	1							80	240	10,8	32%
Kauno apskr.	1	731	2		7	1				61	803	7,6	91%
Klaipėdos apskr.		33	497					1		41	572	9,0	87%
Marijampolės apskr.	7	107	1						19	134	5,3	-	
Panevėžio apskr.		31	1		306			72	60	470	12,9	65%	
Šiaulių apskr.		58	17		45	294		25	8	53	500	10,9	59%
Tauragės apskr.		77	80		1	6		2	15	181	10,7	-	
Telšių apskr.		13	46			17		58	25	159	6,2	36%	
Utenos apskr.		12			6			157	120	295	15,7	53%	

Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis										Paslaugų skaičius 1000 vaikų	Savoje apskrityje gaunamų paslaugų dalis	
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.			Viso
Vilniaus apskr.		41	5		5					2203	2254	14,3	98%
Viso	85	1185	650		370	318		86	237	2677	5608	10,8	

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

PET tyrimų vaikams per metus atliekama apie 30, jų skaičius stabilus. Ultragarso tyrimas su kontrastine medžiaga atliekamas nuo 2018 m. – šią paslaugą teikė tik VŠI Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos.

Brangiųjų gydomųjų procedūrų atliekama palyginus nedaug (4.14 pav.), didžioji dalis jų – Vilniuje.



Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

4.14. pav. Ambulatorinėmis sąlygomis vaikams atliktų brangiųjų diagnostinių procedūrų skaičius 2014-2018 m.

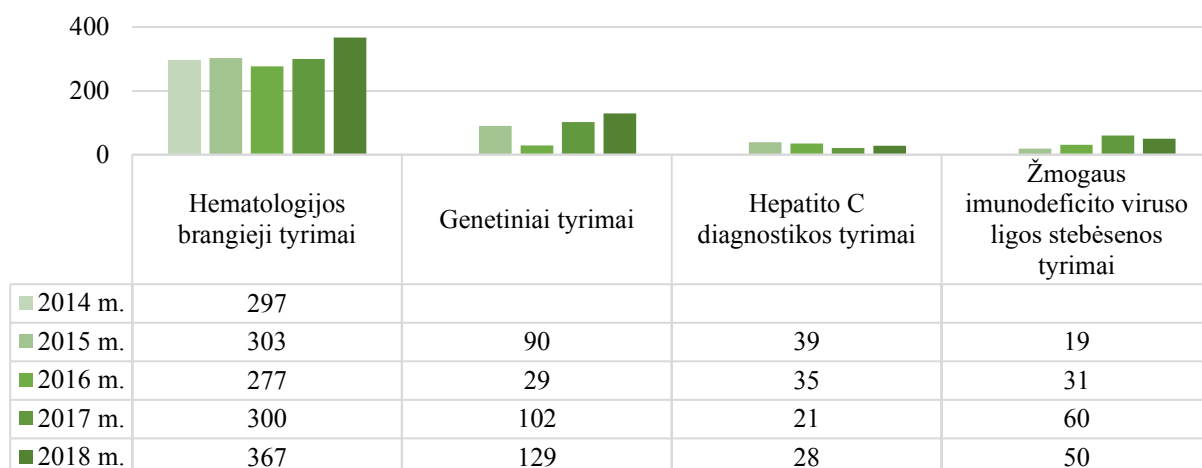
Pacientai, kuriems atliktos gydomosios procedūros, paslaugą gavo pagal gyvenamąją vietą (4.35 lentelė).

4.35. lentelė. Ambulatorinėmis sąlygomis vaikams atliktų brangiųjų gydomųjų procedūrų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.

Gydomoji procedūra	Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis				Viso
		Kauno apskr.	Šiaulių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	
Hemodializė	Šiaulių apskr.		7			7
	Utenos apskr.			17		17
	Vilniaus apskr.				289	289
	Viso		7	17	289	313
Hiperbarinė oksigenacija	Kauno apskr.	24				24
	Utenos apskr.			15	10	25
	Vilniaus apskr.				10	10
	Viso	24		15	20	59

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

Brangieji genetiniai bei kiti laboratoriniai tyrimai daugiausia atliekami Vilniuje (4.36 lentelė). Paslaugų skaičius 2018 m., lyginant su 2014 m., taip pat ženkliai išaugo.



Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

4.15. pav. Ambulatorinėmis vaikams sąlygomis atliktų brangiųjų genetinių ir laboratorinių tyrimų skaičius 2014 - 2018 m.

Hematologijos brangiųjų tyrimų padaugėjo ketvirtadaliu. Kiti šios grupės tyrimai 2014 m. nebuvo atliekami. Lyginant su 2015 m., daugiau atlikta genetinių bei žmogaus imunodeficito viruso ligos stebėsenos tyrimų. Sumažėjo hepatito C diagnostikos tyrimų skaičius (4.15 pav.).

4.36. lentelė. Ambulatorinėmis sąlygomis atliktų brangiųjų genetinių ir laboratorinių tyrimų skaičius pagal paciento prisirašymo ir gydymo įstaigos apskritis 2018 m.

	Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis			Viso
		Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Vilniaus apskr.	
Genetiniai tyrimai	Alytaus apskr.			4	4
	Kauno apskr.	2		9	11
	Klaipėdos apskr.	1		9	10
	Marijampolės apskr.	2		4	6
	Panevėžio apskr.			4	4
	Šiaulių apskr.			9	9
	Tauragės apskr.			4	4
	Telšių apskr.			1	1
	Utenos apskr.			12	12
	Vilniaus apskr.	1		67	68
	Viso	6		123	129
Hematologijos brangieji tyrimai	Alytaus apskr.	7		16	23
	Kauno apskr.	82		26	108
	Klaipėdos apskr.	4		18	22
	Marijampolės apskr.	14		4	18
	Panevėžio apskr.	2		7	9
	Šiaulių apskr.	1		9	10
	Tauragės apskr.	3		7	10
	Telšių apskr.	1		9	10
	Utenos apskr.			13	13
	Vilniaus apskr.	2		142	144
Viso	116		251	367	

	Paciento prisirašymo apskritis	Gydymo įstaigos apskritis			Viso
		Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Vilniaus apskr.	
Hepatito C diagnostikos tyrimai	Klaipėdos apskr.		2		2
	Panevėžio apskr.			2	2
	Tauragės apskr.			1	1
	Telšių apskr.			1	1
	Utenos apskr.			1	1
	Vilniaus apskr.			21	21
	Viso		2	26	28
Žmogaus imunodeficit viruso ligos stebėsenos tyrimai	Kauno apskr.			5	5
	Klaipėdos apskr.		10	2	12
	Telšių apskr.			4	4
	Vilniaus apskr.			29	29
	Viso		10	40	50
Iš viso		122	12	440	574

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

Ambulatorinėmis sąlygomis atliktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų skaičius 2014-2018 m. laikotarpiu pagal gydymo įstaigas pateikiamas 26 priede.

4.7 Odontologinių paslaugų prieinamumas ir paslaugų apimtys

Atskirai įvertinome vaikų apsilankymų pas odontologus ir kitų paslaugų, susijusių su dantų priežiūra apimtis ir pasiskirstymą. Iš viso 2018 m. užregistruota 1,1 mln. apsilankymų, lyginant su 2014 m. apsilankymų skaičius išaugo 15,6 proc. (4.37 lentelė). Daugiausiai vaikai lankosi pas odontologą ir vaikų odontologą – jų apsilankymų skaičius sudaro 87,3 proc. Apsilankymai dėl krūminių dantų dengimo silantais (pagal profilaktinę programą) sudarė 4,9 proc. nuo visų apsilankymų pas odontologus.

4.37. lentelė. Ambulatorinių apsilankymų pas odontologus ir kitus specialistus, susijusių su dantų sveikatos priežiūra skaičius 2014 ir 2018 m.

Specialybė	Iš viso apsilankymų skaičius					pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.	
	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.	sk.	%
Odontologas	543 037	537 529	519 968	526 908	501 506	-41 531	-7,6
Burnos chirurgas	11 922	11 724	11 533	10 453	9 019	-2 903	-24,3
Ortodontas	5 195	5 048	70 881	66 989	70 867	65 672	-
Ortopedas odontologas	1 000	809	726	1 828	2 062	1 062	106,2
Endodontologas	874	927	918	1 078	742	-132	-15,1
Periodontologas	586	374	327	447	323	-263	-44,9
Vaikų odontologas	317 855	417 392	437 097	451 893	452 109	134 254	42,2
Burnos, veido ir žandikaulių chirurgas	1 511	940	776	978	1 460	-51	-3,4
Silantai	61 861	58 282	57 720	58 337	53 279	-8 582	-13,9
Pirminis lygis	1 483	272	358	152	1 399	-84	-5,7
Viso	945 324	1 033 297	1 100 304	1 119 063	1 092 766	147 442	15,6

Šaltinis: Higienos institutas

Vertinant ambulatorinių apsilankymų pas odontologus ir kitus specialistus, susijusius su dantų sveikatos priežiūra skaičius pagal apsilankymo pobūdį 2018 m., nustatėme, kad dažniausiai vaikai lankosi dėl profilaktinių patikrinimų – net 62,2 proc. visų apsilankymų buvo profilaktinio pobūdžio. Daugiausiai profilaktinių paslaugų teikia vaikų odontologas (4.38 lentelė).

4.38. lentelė. Ambulatorinių apsilankymų pas odontologus ir kitus specialistus, susijusius su dantų sveikatos priežiūra skaičius pagal apsilankymo pobūdį 2018 m.

Specialybė	2018 m. apsilankymai pagal pobūdį					
	Profilaktiniai	Profilaktinių dalis proc.	Dėl ligos	Dėl ligos dalis proc.	Mokami	Mokamų dalis proc.
Odontologas	204 850	40,9	295 678	59,0	2 932	0,6
Burnos chirurgas	7	0,1	9 007	99,9	90	1,0
Ortodontas	286	0,4	69 842	98,6	3 907	5,5
Ortopedas odontologas	7	0,3	1 921	93,2	314	15,2
Endodontologas	0	0,0	740	99,7	240	32,4
Periodontologas	0	0,0	314	97,2	26	8,1
Vaikų odontologas	423 076	93,6	23 249	5,1	1 133	0,3
Burnos, veido ir žandikaulių chirurgas	0	0,0	1 460	100,0	14	1,0
Silantai	51 109	95,9	1 468	2,8	11	0,0
Pirminis lygis	325	23,2	1 072	76,6	32	2,3
Viso	679 660	62,2	404 751	37,0	8 699	0,8

Šaltinis: Higienos institutas

2018 m. 100-ui vaikų teko 200,3 apsilankymai pas gydytojus odontologus (visų specialybių). Daugiausia – Alytaus apskrityje (315,4), mažiausiai – Tauragės apskrityje (170,8). Lyginant su 2014 m., rodiklis didėjo visose apskrityse (4.39. lentelė).

Kitų odontologinių paslaugų, t.y. krūminių dantų dengimo silantais, skaičius mažėjo visose apskrityse, išskyrus Vilniaus ir Kauno.

4.39. lentelė. Ambulatorinių apsilankymų pas odontologus skaičius pagal paciento prisirašymo įstaigos apskritis 2018 m. ir pokytis nuo 2014 m.

Regionas	2018 m.				pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.							
	Odontologas		Kitos odontologinės paslaugos		Odontologas				Kitos odontologinės paslaugos			
	Apsilankymų skaičius	Apsilankymai 100 gyv.	Apsilankymų skaičius	Apsilankymai 100 gyv.	Apsilankymų skaičius	%	Apsilankymai 100 gyv.	%	Apsilankymų skaičius	%	Apsilankymai 100 gyv.	%
Vilniaus apskr.	292704	185,4	17316	11,0	53655	22,4	29,6	19,0	1404	8,8	0,6	5,7
Kauno apskr.	200076	189,7	10054	9,5	38142	23,6	43,1	29,4	560	5,9	0,9	10,9
Klaipėdos apskr.	117568	185,4	5613	8,9	24872	26,8	43,5	30,6	-2432	-30,2	-3,5	-28,1
Šiaulių apskr.	100864	219,0	6931	15,0	7730	8,3	39,5	22,0	-2390	-25,6	-2,9	-16,2
Panevėžio apskr.	75936	208,2	3231	8,9	-586	-0,8	24,5	13,3	-317	-8,9	0,3	4,0
Alytaus apskr.	70331	315,4	3747	16,8	18913	36,8	112,8	55,7	-1643	-30,5	-4,4	-20,9

Regionas	2018 m.				pokytis, 2018 m. lyginant su 2014 m.							
	Odontologas		Kitos odontologinės paslaugos		Odontologas				Kitos odontologinės paslaugos			
	Apsilankymų skaičius	Apsilankymai 100 gyv.	Apsilankymų skaičius	Apsilankymai 100 gyv.	Apsilankymų skaičius	%	Apsilankymai 100 gyv.	%	Apsilankymų skaičius	%	Apsilankymai 100 gyv.	%
Marijampolės apskr.	55385	217,4	1107	4,3	7847	16,5	55,8	34,5	-621	-35,9	-1,5	-26,0
Tauragės apskr.	28880	170,8	1160	6,9	1717	6,3	31,7	22,8	-2011	-63,4	-9,4	-57,7
Telšių apskr.	50460	196,8	1353	5,3	-523	-1,0	20,6	11,7	-262	-16,2	-0,3	-5,4
Utenos apskr.	45757	244,3	4160	22,2	4276	10,3	51,9	27,0	-958	-18,7	-1,5	-6,4
Viso Lietuvoje	1038088	200,3	54678	10,5	156108	17,7	39,2	24,3	-8666	-13,7	-1,0	-8,8

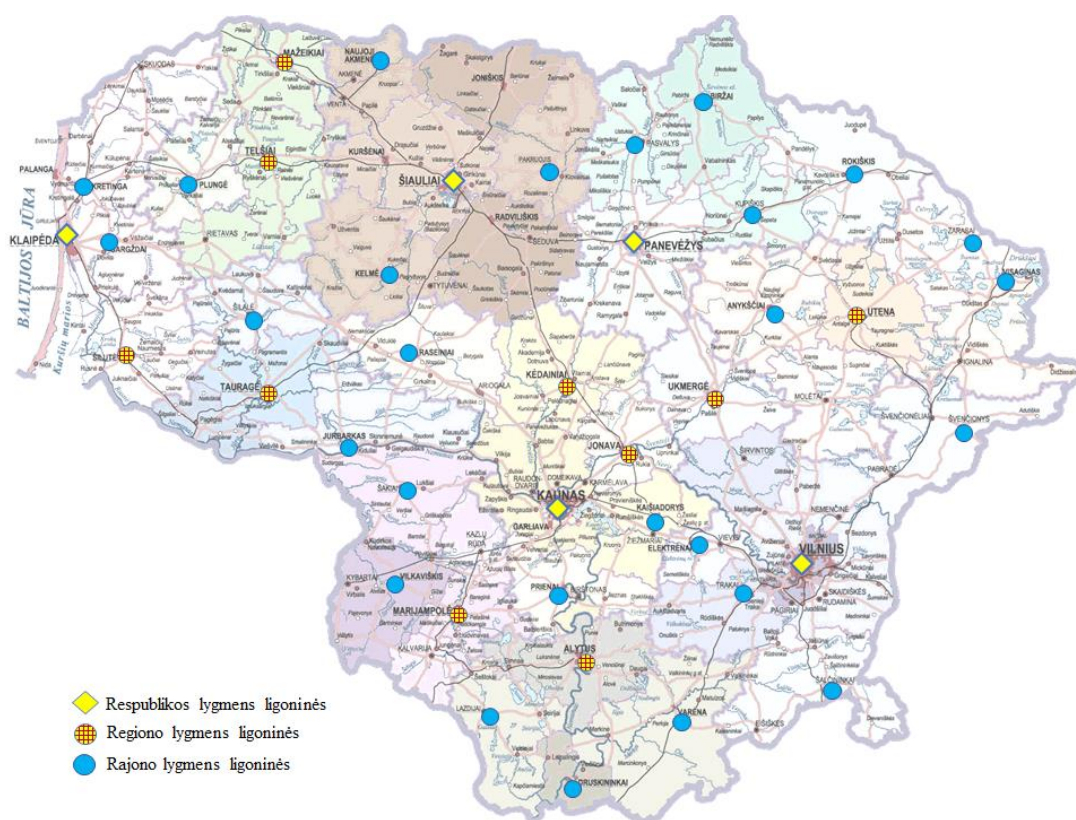
Šaltinis: Higienos institutas ir autorių skaičiavimai

Ambulatorinių apsilankymų pas odontologus skaičius pagal paciento prisirašymo įstaigos savivaldybes 2018 m. ir pokytis nuo 2014 m. pateikiamas 27 priede.

5 Asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių stacionarų ir ambulatorinių įstaigų pasiskirstymas regionuose

5.1 Stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikiančių įstaigų pasiskirstymas

Stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikia 50 įstaigų, iš jų 13 respublikos lygmens, 10 – regiono, 27 – rajono. Įstaigų išsidėstymas pateikiamas 5.1 pav.



Šaltinis: sudaryta autorių

5.1. pav. Stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikiančių įstaigų išsidėstymas

Lyginant su 2014 m., įstaigų skaičius sumažėjo 5: Šiaulių apskrityje stacionariųjų paslaugų vaikams nebeteikia Radviliškio, Joniškio ir Kuršėnų ligoninės, Utenos apskrityje - Ignalinos rajono ligoninė, Vilniaus apskrityje - Širvintų ligoninė (5.1 lentelė, 28 priedas).

5.1. lentelė. Stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugas vaikams teikiančių įstaigų skaičius pagal gydymo įstaigos lygmenį 2014-2018 m.

	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2018 m.
Viso Lietuvoje	55	55	54	52	50
respublikos	13	13	13	13	13
regiono	11	11	10	10	10
rajono	31	31	31	29	27

Šaltinis: sudaryta autorių pagal HI

5.1.1 Vaikų gydymo profilių stacionaro lovų statistiniai rodikliai

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 nespecializuotų vaikų ligų gydymo profilio lovų – 1000, reabilitacijos – 351, vaikų chirurgijos – 107, vaikų psichiatrijos 102, kitų profilių lovų buvo mažiau.

Iš viso vaikams skirtose lovose 2018 m. buvo hospitalizuota 106,4 tūkst. vaikų, iš jų 91,7 tūkst. vaikų iki 14 metų. Lovadienių skaičius siekė 585,1 tūkst.

Lovos funkcionavimo rodiklį (LFR) laikėme tinkamu, jeigu jis buvo daugiau kaip 274 (75 proc.), bet mažiau nei 328 (90 proc.). Mažiau nei 75 proc. LFR rodo, kad lovų skaičius yra per didelis, o daugiau nei 90 proc. rodo, kad lovų skaičius yra per mažas²⁰. 2018 m. analizuotų vaikų profilio lovų LFR buvo nepakankamas – 271 (74 proc.). Didžiausias LFR buvo Vaikų traumatologijos lovų (324,9), tačiau jis neviršijo 90 proc., mažiausias LFR buvo Vaikų kardiologijos (123,5) ir Vaikų tuberkuliozės profilio lovos (157,5). Statistiniai rodikliai pagal stacionaro lovų vaikams profilius pateikiami 5.2 lentelėje.

Atkreiptinas dėmesys, kad yra netikslumų profiluojant vaikų stacionarines lovas, pvz. vaikų kardiologijos stacionarinės paslaugos teikiamos penkiuose šalies miestuose – Vilniuje (II ir III lygio), Kaune (II ir III lygio), Panevėžyje (II ir III lygio), Klaipėdoje (II lygio) ir Šiauliuose (II lygio), o STAT.HI.LT suformuotoje ataskaitoje nurodytos tik 2 stacionarinės vaikų kardiologijos lovos visoje Lietuvoje. Ataskaitoje stacionarinės lovos, skirtos vaikų kardiologijos paslaugų teikimui, galimai priskirtos vaikų ligų ar suaugusiųjų kardiologijos profiliams.

Darytina prielaida, kad HI ataskaitoje „Stacionaro lovų skaičius pagal profilius“ pateikti duomenys nėra tikslūs, tad būtina koreguoti stacionarinių vaikų lovų apskaitą pagal profilius.

²⁰ Fieldston ES, Hall M, Sills MR, et al. Children's hospitals do not acutely respond to high occupancy. *Pediatrics*. 2010;125(5):974–981. doi:10.1542/peds.2009-1627

5.2. lentelė. Vaikų gydymo profilių stacionaro lovų skaičius ir statistiniai rodikliai 2018 m.

Profilio pavadinimas	Lovų skaičius metų gale	Hospitalizuotų ligonių skaičius	t.sk. hospitalizuotų ligonių skaičius iki 14 metų	Lovadienių skaičius	Lovos funkcionalumas	Vidutinis gulėjimo laikas	Lovos apyvarta
Vaikų ligų	1000	56884	51424	283235	283,1	4,7	61
Reabilitacijos vaikų	351	5303	3663	100405	249,0	18,8	13
Chirurgijos vaikų	107	8289	6873	29614	281,2	3,5	80
Psichiatrijos vaikų	102	1797	871	27137	309,1	14,4	21
Reanimacijos vaikų	97	6325	5471	22224	227,2	12,5	18
Tuberkuliozės vaikų	85	270	203	9056	157,5	31,4	5
Infekcinių ligų vaikų	80	7030	6535	24694	280,9	3,4	84
Neurologijos vaikų	80	3601	2720	21661	289,8	5,7	51
Ortopedijos vaikų	39	2194	1542	9993	253,0	4,5	57
Pulmonologijos vaikų	39	1974	1890	8564	232,1	4,2	56
Traumatologijos vaikų	28	2814	2197	9748	324,9	3,3	98
Oftalmologijos vaikų	28	2090	1653	6271	224,0	3,0	74
Otolaringologijos vaikų	27	2899	2571	7795	278,4	2,7	104
Endokrinologijos vaikų	22	950	537	5788	263,1	5,8	45
Onkohematologijos vaikų	22	757	637	6247	284,0	8,2	35
Neurochirurgijos vaikų	18	843	726	4231	235,1	4,9	48
Urologijos vaikų	12	950	841	2767	230,6	2,9	79
Alergologijos vaikų	10	652	631	2579	257,9	4,0	65
Onkologijos vaikų	10	441	367	2575	257,5	5,7	46
Kardiologijos vaikų	2	54	38	247	123,5	4,3	29
Veido ir žandikaulių chirurgijos vaikų	1	283	279	283	283,0	1,0	283
Viso Lietuvoje	2160	106400	91669	585114	271	7,1	

Šaltinis: Higienos institutas

5.1.2 Vaikų ligų profilio stacionaro lovų statistiniai rodikliai

Detalesnei analizei pasirinkti vaikų ligų profilio stacionariniai statistiniai rodikliai. Higienos instituto IS ataskaitos „Stacionaro lovų skaičius pagal lovų profilių grupes ir gydymo įstaigas“ duomenimis 2018 m. pabaigoje buvo 1153 vaikų ligų profilio lovų (įskaitant terapinio profilio vaikų endokrinologijos, alergologijos, pulmonologijos, neurologijos ir kardiologijos lovas). Tokias lovas turėjo 47 ASPĮ (filialų stacionariniai rodikliai vertinti kartu su pagrindinėmis ASPĮ), lovų skaičius skirtingose ASPĮ skyrėsi ir siekė nuo 5 iki 192. 2018 m. į vaikų ligų gydymo profilio lovas buvo hospitalizuota 64 115 vaikų, iš jų 89,3 proc. sudarė vaikai iki 14 metų.

Remiantis minėta ataskaita vaikų ligų gydymo profilio LFR siekė 281. Lovos funkcionavimo rodiklį laikėme pakankamu, jeigu jis buvo daugiau kaip 280, bet mažiau nei 320. 30-ties ASPĮ iš 47 LFR buvo mažesnis nei 280, 8-nių – didesnis nei 320 ir tik 9 –nių įstaigų vaikų ligų gydymo profilio LFR rodiklis buvo tarp 280 ir 320.

10-ies ASPĮ vaikų ligų profilio lovų skaičius nesiekė 7 (LR SAM rekomenduoja vaikų ligų profilyje 1 slaugytojai prižiūrėti ne daugiau kaip 7 ligonius²¹). 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).

Statistiniai rodikliai pagal vaikų ligų stacionaro lovų profilius ir gydymo įstaigas pateikiami 29 priede.

5.1.3 Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas regionuose pagal paslaugų nomenklatūrą

Siekiant išsiaiškinti stacionariųjų paslaugų vaikams teikimo paplitimą, nagrinėjome 2019 m. TLK ir ASPĮ sutartyse nurodytą ASPP nomenklatūrą.

Apskirtyse teikiamos stacionarinės vaikų profilio paslaugos (pagal aukščiausią teikiamą lygį) nurodytos 5.3 - 5.5 lentelėse, savivaldybėse – 30 ir 31 prieduose.

Vaikų chirurgijos profilio paslaugų teikimas koncentruotas didžiausiuose šalies miestuose esančiose respublikos lygmens ligoninėse. Vilniuje yra teikiamos visų profilių III lygio paslaugos. Marijampolės, Tauragės ir Telšių apskričių ligoninėse vaikams teikiamos tik Otorinolaringologijos II paslaugos.

5.3. lentelė. Apskirtyse teikiamos vaikų chirurgijos profilio paslaugos pagal 2019 m. TLK ir ASPĮ sutartyse nurodytą stacionariųjų ASPP nomenklatūrą

Regionas	Vaikų abdominalinė chirurgija	Vaikų burnos chirurgija	Vaikų burnos, veido ir žandikaulių chirurgija	Vaikų chirurgija	Igimtų vaikų ligų chirurgija	Vaikų kraujagyslių chirurgija	Vaikų krūtinės chirurgija	Vaikų neurochirurgija	Oftalmologija (teikiama vaikams)	Oftalmologijos chirurgija III (teikiama vaikams)	Vaikų ortopedija ir traumatologija	Otorinolaringologija (teikiama vaikams)	Otorinolaringologijos chirurgija III (teikiama vaikams)	Vaikų plastinė ir rekonstrukcinė chirurgija	Vaikų širdies chirurgija	Vaikų urologija	Vaikų veido ir žandikaulių chirurgija
Alytaus apskritis				II					II		II	II					
Kauno apskritis	III		III	II	III		III	III	III	III	III	II	III	II		III	
Klaipėdos apskritis	III	III	III	II		III	III	III	II		III	III	III	II			III
Marijampolės apskritis												II					
Panevėžio apskritis				II					III	III	II	III	III			III	
Šiaulių apskritis	II	II		II	III				III	III	III	III	III				
Tauragės apskritis												II					
Telšių apskritis												II					
Utenos apskritis	II			II								II					
Vilniaus apskritis	III	III	III	II	III	II	III	III	III	III	III	III	III	III	III	III	III

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

²¹ SAM 2012 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. V-400 „Dėl slaugytojų darbo krūvio nustatymo tvarkos aprašo tvirtinimo“

Vaikų ligos II paslaugos teikiamos visose apskrityse bei savivaldybėse, kuriose yra visą parą dirbantis stacionaras (t. y. neteikiama Ignalinos r., Joniškio r., Kalvarijos, Kazlų Rūdos, Molėtų r., Radviliškio r., Šiaulių r., Širvintų r. savivaldybėse).

Specializuotos konservatyvaus gydymo paslaugos vaikams teikiamos 5 didžiausiuose šalies miestuose. Vaikų alergologijos III ir Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos stacionarinės paslaugos teikiamos tik Vilniuje ir Kaune.

5.4. lentelė. Apskrityse teikiamos vaikų konservatyvaus gydymo profilių paslaugos pagal 2019 m. TLK ir ASPĮ sutartyse nurodytą stacionariųjų ASPP nomenklatūrą

Regionas	Vaikų alergologija	Vaikų endokrinologija	Vaikų gastroenterologija	Vaikų hematologija	Vaikų kardiologija	Vaikų nefrologija	Vaikų neurologija	Vaikų ir paauglių psichiatrija	Vaikų pulmonologija	Vaikų reumatologija	Vaikų ligos II	Vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija	Tuberkuliozė I-I (vaikų)
Alytaus apskritis											II		
Kauno apskritis	III	III	III	III	III	III	III	II	III	III	II	III	II
Klaipėdos apskritis		III	II	II	II	II	III	II	III	II	II		II
Marijampolės apskritis											II		
Panevėžio apskritis		III	II	III	III	II	III		III	III	II		
Šiaulių apskritis	II		III	II	II	II	II	II	III		II		II
Tauragės apskritis											II		
Telšių apskritis											II		
Utenos apskritis											II		
Vilniaus apskritis	III	III	III	III	III	III	III	II	III	III	II	III	II

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Vaikų reanimacijos ir intensyviosios terapijos I–I bei I-II paslaugos teikiamos visose apskrityse. Tauragės apskrityje neteikiamos vaikų reanimacijos ir intensyviosios terapijos II paslaugos.

5.5. lentelė. Apskrityse teikiamos vaikų reanimacijos ir intensyviosios terapijos paslaugos pagal 2019 m. TLK ir ASPĮ sutartyse nurodytą stacionariųjų ASPP nomenklatūrą

Regionas	Reanimacija ir intensyvioji terapija I–I (vaikų)	Reanimacija ir intensyvioji terapija I–II (vaikų)	Reanimacija ir intensyvioji terapija (vaikų)	Naujų gimimų intensyvioji terapija
Alytaus apskritis	II	II	II	
Kauno apskritis	II	II	III	III
Klaipėdos apskritis	II	II	III	II
Marijampolės apskritis	II	II	II	
Panevėžio apskritis	II	II	III	II
Šiaulių apskritis	II	II	III	II
Tauragės apskritis	II	II		
Telšių apskritis	II	II	II	
Utenos apskritis	II	II	II	
Vilniaus apskritis	II	II	III	III

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

5.1.4 Pasiūlymai dėl vaikų ligų stacionariųjų paslaugų teikimo kriterijų nustatymo

Siekiant racionaliai naudoti PSDF biudžeto lėšas ir kartu užtikrinti tinkamą ir prieinamą stacionariją 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.

Visos ligoninės, kur gimsta naujagimiai privalo turėti pediatrų ar neonatologų paros postą, todėl racionalu teikti ir vaikų ligų stacionarijas 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:

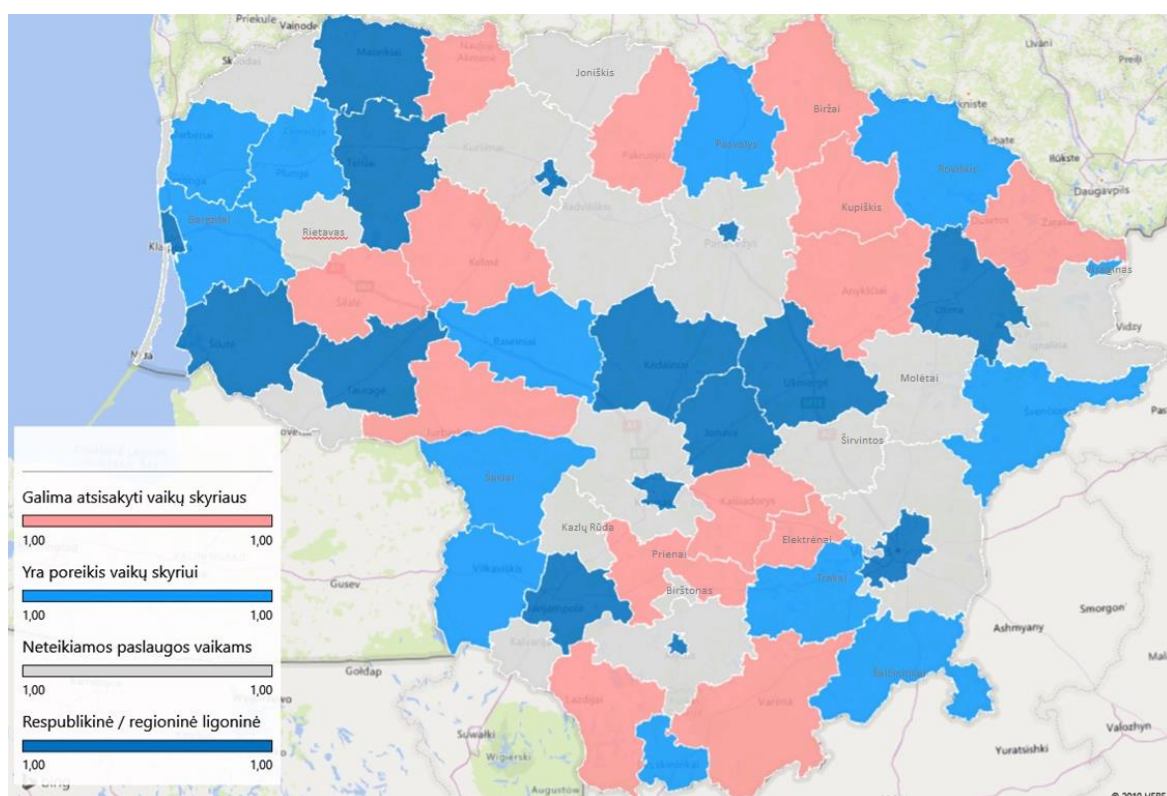
1. LSMU Kauno klinikos
2. VšĮ Kauno klinikinė ligoninė
3. VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė
4. VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė
5. VšĮ Kėdainių ligoninė
6. VšĮ Marijampolės ligoninė
7. VšĮ Raseinių ligoninė
8. VšĮ Vilkaviškio ligoninė
9. VšĮ Jonavos ligoninė
10. VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė
11. VšĮ Kretingos ligoninė
12. VšĮ Tauragės ligoninė
13. VšĮ Regioninė Telšių ligoninė
14. VšĮ Mažeikių ligoninė
15. 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. 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.

Stacionarų, atitikimas išvardintiems kriterijams pagal regionus pateikiamas 5.2 pav. (išsami informacija – 32 priede).



Šaltinis: sudaryta autorių

5.2. pav. Stacionarų išsidėstymas pagal atitikimą siūlomiems stacionariųjų vaikų ligų profilio skyrių poreikio kriterijams

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

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

5.2 Priėmimo skubiosios pagalbos paslaugas vaikams teikiančių įstaigų pasiskirstymas

Priėmimo skubiosios pagalbos paslaugas vaikams 2018 m. teikė 60 įstaigų, iš jų 14 respublikos lygmens, 11 – regiono, 35 – rajono. Jų skaičius pagal apskritis pateikiamas 5.6 lentelėje.

5.6. lentelė. Priėmimo skubiosios pagalbos paslaugas vaikams teikiančių įstaigų skaičius pagal gydymo įstaigos lygmenį 2018 m.

Įstaigos lygmuo	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.
Rajoninė	3	3	2	4	3	5	2	1	6	6
Regioninė	1	2	1	1		1	1	2	1	1
Respublikinė		3	4		1	1				5
Viso	4	8	7	5	4	7	3	3	7	12

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

Analizuojant priėmimo skubiosios pagalbos paslaugų teikimą pagal savivaldybes matyti, kad šios paslaugos nėra teikiamos Birštono, Neringos, Pagėgių, Alytaus r., Kauno r., Panevėžio r., Rietavo r., Skuodo r. ir Vilniaus r. savivaldybėse.

5.3 Specializuotas ambulatorines paslaugas vaikams teikiančių įstaigų pasiskirstymas

Specializuotas ambulatorines paslaugas (išskyrus PAASP) vaikams pagal sutartis su TLK teikia 363 ASPĮ, išsidėsčiusios visose apskrityse. Daugiausiai ASPĮ ir TLK sutarčių 2018 m. buvo sudaryta dėl šių vaikų gydytojų ar vaikų ir suaugusiųjų gydytojų paslaugų: gydytojo echoskopuotojo (158), oftalmologo (141), ortopedo – traumatologo (118), otorinolaringologo ir fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo (po 123), vaikų neurologo (97), vaikų chirurgo (88), vaikų kardiologo (63), vaikų endokrinologo (48). Atkreiptinas dėmesys, kad sutarčių dėl kai kurių gydytojų konsultacijų sudaroma daugiau nei tokių gydytojų dirba Lietuvoje. Higienos instituto duomenimis²², 2018 m. Lietuvoje buvo 81 vaikų chirurgas, 58 vaikų neurologai, 44 vaikų kardiologai, 25 vaikų endokrinologai. Įstaigų, teikiančių vaikų gydytojų ambulatorines paslaugas, pasiskirstymas Lietuvoje labai netolygus (5.7 lentelė).

²² Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. 2018 METŲ PERSONALO ATASKAITA Nr. 3 (SVEIKATA).

5.7. lentelė. ASPĮ, teikiančių vaikų gydytojų ambulatorines paslaugas, pasiskirstymas Lietuvoje 2018 m.

Specialistas	Apskritis										
	Alytaus apskr.	Kauno apskr.	Klaipėdos apskr.	Marijampolės apskr.	Panevėžio apskr.	Šiaulių apskr.	Tauragės apskr.	Telšių apskr.	Utenos apskr.	Vilniaus apskr.	Iš viso
Gydytojas neonatologas		3	2	1	1	1				3	11
Gydytojas vaikų chirurgas	5	11	11	5	7	8	6	5	10	20	88
Gydytojas vaikų endokrinologas	4	9	11	2	4	3	2	2	1	10	48
Gydytojas vaikų gastroenterologas	1	6	2		1	3		1	1	10	25
Gydytojas vaikų hematologas	1	2	1		1	1				3	9
Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras	1	3	3		3	1	1		1	8	21
Gydytojas vaikų kardiologas	2	10	9	3	3	8	2	7	3	16	63
Gydytojas vaikų nefrologas		3	3		1	1	1	1	1	3	14
Gydytojas vaikų neurologas	5	15	9	5	6	8	6	9	9	25	97
Gydytojas vaikų pulmonologas	2	9	4	4	5	5	2	5	3	13	52
Gydytojas vaikų reumatologas	1	1	1		2					3	8
Vaikų intensyvios terapijos gydytojas		1									1
Vaikų ligų gydytojas	3	9	9	3	5	5	4	4	8	21	71

Šaltinis: sudaryta autorių pagal Valstybinės ligonių kasos informaciją

ASPĮ paslaugų nomenklatūra pagal savivaldybes pateikiama 21 priede.

Daugiausiai įstaigų, teikiančių ambulatorines paslaugas vaikams buvo Vilniaus apskrityje (80), mažiausiai – Utenos apskrityje (14). Daugiausiai ambulatorinių paslaugų vaikams suteikė Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos (144 824), Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos (108 507) ir Klaipėdos vaikų ligoninė (94 556). Šiose įstaigose paslaugų skaičius mažėjo iki 3 proc. Kitose, daugiausiai paslaugų vaikams teikiančiose įstaigose, ambulatorinių paslaugų apimtys mažėjo intensyviau, išskyrus Kauno klinikinę ligoninę (5.8 lentelė) Detali informacija apie ASPĮ suteiktų paslaugų apimtį pateikiama 22 priede.

5.8. lentelė. ASPĮ, daugiausiai specializuotų ambulatorinių paslaugų suteikusios vaikams 2018 m.

Apskritis	Pagrindinės gydymo įstaigos pavadinimas	Paslaugų skaičius 2014 m.	Paslaugų skaičius 2018 m.	Pokytis sk. (2018-2014)	Pokytis proc.
Vilniaus	Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	147093	144824	-2269	-1,5
Kauno	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	109925	108507	-1418	-1,3
Klaipėdos	Viešoji įstaiga Klaipėdos vaikų ligoninė	97373	94566	-2807	-2,9
Kauno	VšĮ Kauno miesto poliklinika	96686	78839	-17847	-18,5
Panevėžio	Viešoji įstaiga Respublikinė Panevėžio ligoninė	70180	62192	-7988	-11,4
Šiaulių	Viešoji įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė	63862	58959	-4903	-7,7
Vilniaus	Viešoji įstaiga Antakalnio poliklinika	71771	55922	-15849	-22,1

Apskritis	Pagrindinės gydymo įstaigos pavadinimas	Paslaugų skaičius 2014 m.	Paslaugų skaičius 2018 m.	Pokytis sk. (2018-2014)	Pokytis proc.
Vilniaus	Viešoji įstaiga Centro poliklinika	61780	54762	-7018	-11,4
Vilniaus	Viešoji įstaiga Šeškinės poliklinika	55881	39315	-16566	-29,6
Alytaus	Viešoji įstaiga Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė	34790	29818	-4972	-14,3
Kauno	Viešoji įstaiga Kauno klinikinė ligoninė	27707	27242	-465	-1,7
Vilniaus	Viešoji įstaiga "Karoliniškių poliklinika"	27699	22711	-4988	-18
Vilniaus	Viešoji įstaiga Vilniaus rajono centrinė poliklinika	19620	18530	-1090	-5,6
Kauno	Viešoji įstaiga Kėdainių ligoninė	19170	16205	-2965	-15,5
Utenos	Viešoji įstaiga Utenos ligoninė	15242	11417	-3825	-25,1
Vilniaus	Viešoji įstaiga Ukmergės ligoninė	11189	9686	-1503	-13,4
Telšių	Viešoji įstaiga Regioninė Telšių ligoninė	12420	9585	-2835	-22,8
Vilniaus	Viešoji įstaiga Vilniaus miesto klinikinė ligoninė	11830	9044	-2786	-23,6
Marijampolės	Viešoji įstaiga Marijampolės ligoninė	13303	8762	-4541	-34,1
Telšių	Viešoji įstaiga Plungės rajono savivaldybės ligoninė	14317	8385	-5932	-41,4

Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

APIBENDRINIMAS

Vaikai ir jaunuoliai sudaro ketvirtadalį Europos populiacijos ir 100% Europos ateities. Jie yra ateities darbo jėga ir ateinančių kartų tėvai. Jų sveikata bus svarbus veiksnys, lemiantis šalies klestėjimą. 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. Bloga vaikų sveikata reiškia mažesnę darbo jėgą, prastesnę produktyvumą ir mažesnę šalies gerovę ateityje. Todėl mūsų moralinė pareiga yra apsaugoti vaikų sveikatą.

Vaikų ir paauglių sveikatos strategijos poreikis.

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 prioritėtines 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.

Pediatro poreikis vaikų sveikatos priežiūroje.

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.

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.

2018 m. MOCHA (Models of Child Health Appraised) tyrimas parodė, kad iš 29-ių ES ir EEE šalių 7-iose pirminę sveikatos priežiūrą vaikams užtikrina pediatrai, 11-oje šalių – bendrosios praktikos/šeimos gydytojai, o dar 11-oje buvo mišri sistema. Vadinasi, didžiojoje valstybių dalyje (18 iš 29) 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 sistemas.

EPA ir MOCHA projekto tyrėjai konstatuoja, kad dalyje Europos šalių nebeliekiant pediatro pirminiame sveikatos priežiūros lygyje, vaikų sveikatos priežiūros sistema tampa nepilnavertė: BPG labai dažnai siunčia vaikus į skubios pagalbos skyrius ar tiesiai siauros specializacijos vaikų specialistams. Todėl netenkama holistinio požiūrio į vaiko sveikatą, o paslaugos tampa vis labiau fragmentuotos ir brangsta dėl bereikalingo lankymosi pas siauros specializacijos specialistus. Neabejojama, kad tai yra viena svarbiausių ilgėjančių laukimo eilių pas specialistus priežasčių. Galbūt todėl daugelyje Europos šalių, nepriklausomai nuo deklaruojamo pirminės sveikatos priežiūros modelio, vaikų priežiūra vykdoma, derinant BPG/ŠG ir pediatro paslaugas ar įtraukiant jį į BPG multidisciplininės komandos sudėtį. Kai kuriose BPG modelį turinčiose šalyse pediatrai prižiūri lėtinėmis ligomis sergančius pacientus (Portugalija), kitur pacientai gali tiesiogiai kreiptis į pediatrą esant reikalui (Švedija). Norvegijoje BPG prižiūri visą šeimą, tačiau profilaktinius tikrinimus ir vakcinavimą atlieka vaikų ligų gydytojai, o JK atvirkščiai – susirgus vaikui jis siunčiamas pediatru. Airijoje, kur daug metų egzistuoja BPG sistema, 2018 m. pradėtas diegti naujas Nacionalinis vaikų sveikatos priežiūros modelis, pagrįstas BPG pirminiais siuntimais bendriesiems pediatrams, o ne specialistams. Taip išvengiama tretinio lygio vaikų sveikatos priežiūros “perkrovimo” ir ilgų laukimo eilių, nes paaiškėjo, kad daugeliui vaikų siaurų specializacijų specialistų konsultacijų nebereikia. Naujojo Airijos nacionalinio vaikų sveikatos priežiūros modelio autoriai įsitikinę, kad ši sistema daug palankesnė vaikams, ypač turintiems kompleksinių poreikių ir lėtinių, multisisteminių susirgimų.

Pediatrų skaičiaus mažėjimas Lietuvoje.

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.

Eurostato 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).

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir efektyvumo užtikrinimas.

Grąžinant vaikams pediatrinę priežiūrą, 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.

Lietuva – viena iš trijų ES šalių, kurioje vaikų ligų gydytojų skaičius mažėja. Šeimos gydytojams perimant vaikų priežiūrą, paslaugų kokybė ir prieinamumas prastėja, nes:

- Vaikams nėra pirmumo pas šeimos gydytojus, laukiama bendroje eilėje. Todėl tėvai renkasi pediatro konsultacijas skubios pagalbos skyriuose, kur pacientų srautai per paskutinius 5 metus išaugo vidutiniškai 20%, o kai kur 35-45% (Šiauliai, Tauragė, Utena)
- Šeimos gydytojo medicinos norma reglamentuoja tik kelių dažniausių susirgimų diagnostiką ir yra orientuota į vaikų gydytojų paskirto gydymo tęsimą bei ligų prevenciją. Visi kiti susirgimai yra pediatro kompetencija, tačiau dėl pastarųjų stokos dažnai yra diagnozuojami skubios pagalbos skyriaus pediatrų ar siauros specializacijos, dažnai III lygio, vaikų specialistų, kurie turėtų susitelkti į retų ir sunkių susirgimų gydymą.
- Pirminės sveikatos priežiūros specialistų komanda (terapeutas, pediatras, akušeris-ginekologas, chirurgas) neefektyvi, nes 100-ui vaikų per metus tenka 776 pediatro konsultacijos ir tik 5 chirurgo bei 0,9 akušerio – ginekologo konsultacijos.
- Šeimos gydytojai (ne persikvalifikavę į ŠG pediatrai) savo apylinkėse vidutiniškai prižiūri po 280 vaikų, t. y. konsultuoja per dieną po 1-2 vaikus, kurių patologija labai įvairi, tad sunku užtikrinti kvalifikuotą ir kokybišką paslaugą vaikams. 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.
- Šeimos gydytojai dėl laiko ir 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.
- ŠG, priimančys per dieną 40 ir daugiau 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 didesnį paslaugų poreikį turintis vaikas privalo gauti daugiau jo poreikius atitinkančių paslaugų.

Drastiškai mažėjant pediatrų skaičiui, neįmanoma užtikrinti vaikams aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros paslaugų ir jų prieinamumo atokiuose rajonuose. Tai lemia didelį paslaugų netolygumą, vis didėjančius pacientų srautus į skubios pagalbos skyrius ir ilgas laukimo eiles pas specialistus. Vaikai ir paaugliai sudaro apie 25% visų skubios pagalbos paslaugų vartotojų ES šalyse, tačiau Lietuvoje skubios pagalbos skyriuose per metus apsilanko net 52 proc. šalies vaikų. Literatūros duomenimis, viena iš pagrindinių skubios pagalbos skyrių paslaugų vartojimo augimo priežastis yra prieinamumo ir kokybės problemos pirminėje sveikatos priežiūroje. Iš kitos pusės, nesant efektyvios pediatrinių paslaugų diferenciacijos regionuose bei numatyto specializuotos pagalbos teikimo masto,

sunkiomis ligomis sergantys pacientai ne iš karto papuola pas reikiamą specialistą ir gaišta brangų laiką.

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.

Prenatalinio vystymosi ir ankstyvos vaikystės iki 8 m. laikotarpis įvardijamas, kaip svarbiausias / kritinis viso gyvenimo periodas, labiausiai jautrus išorinių poveikių įtakai, nes organizmas tuo metu aktyviausiai auga ir vystosi. Todėl ankstyvosios intervencijos, siekiant pagerinti sveikatą ir vystymąsi ankstyvosios vaikystės metu, turi didžiausią įtaką tolimesniam individo gyvenimui. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, prieinamumas ir tolygumas yra ypač svarbūs ankstyvoje vaikystėje, kuomet neigiama prastos sveikatos įtaka organizmo vystymuisi gali būti minimizuota. MOCHA 30 šalių tyrimai parodė, kad jaunų suaugusiųjų mirtingumas nuo kitų, nei nelaimingi atsitikimai priežasčių, labai priklauso nuo jų sveikatos priežiūros vaikystėje.

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 jų sveikatos priežiūros vaikystėje. **Taigi, jei norime prailginti gyventojų gyvenimo trukmę, privalome pradėti labiau rūpintis vaikų sveikata.**

MOCHA projekto tyrėjai pateikia statistiškai patikimus įrodymus, kad svarbiausi **veiksniai, susiję su vaikų mirtingumo mažėjimu** yra:

- BVP vienam gyventojui augimas.
- Mažesnės gyventojų priemokos už sveikatos paslaugas.
- Didesnis vaikų gydytojų tankis.
- Didesnis bendrųjų pediatrų ir neonatologų skaičius: jų skaičiaus padidėjimas 1/100 000 gyventojų lėmė naujagimių mirtingumo sumažėjimą 0,017/1000 gyvų gimusių. Tuo tarpu

BP gydytojų skaičiaus padidėjimas 1/100 000 gyv. sumažino naujagimių mirtingumą tik 0,008/1000 gyvų gimusių.

- Valstybės užtikrinamų sveikatos paslaugų apimtis.
- Mažesni vaikų skaičiai šeimose.

Taigi, ekonominė gerovė turi didžiulę įtaką vaikų sveikatai, o šalies progresas gerina sveikatos apsaugą. Tačiau, net ir esant ekonominių trikdžių, efektyvus lėšų panaudojimas gali padėti išspręsti kai kurias problemas. Airijos pavyzdys rodo, kaip racionalia sveikatos ekonomika paremti vaikų sveikatos priežiūros pokyčiai (iš pirminio lygio vaikų siuntimas konsultuoti pediatrui, o ne siauros specializacijos vaikų specialistui) gali lemti racionalius sprendimus mažinant pacientų srautus skubios pagalbos skyriuose, laukimo eiles pas specialistus ir išlaidas sveikatos priežiūrai.

Lyginant skirtingus sveikatos sistemų modelius (vaikus prižiūri BPG, pediatrai ar mišrus modelis), pediatrų skaičiaus /100 000 gyventojų aspektu, aiškiai matyti, kad šalyse, kur egzistuoja **BPG paremta sveikatos sistema ir yra mažiau pediatrų, jos išlaikymui skiriama daugiau BVP, nei tose šalyse, kur pirminę sveikatos priežiūrą vykdo pediatrai** (išskyrus Vokietiją, kur esant pediatriniam vaikų sveikatos priežiūros modeliui, valstybė vaikų sveikatai skiria daugiau BVP).

EAP prezidento prof. A.Tenore 2013 m. duomenys taip pat patvirtina, kad vaikų sveikatos priežiūrą patikėjus BPG, o ne pediatrui, sveikatos priežiūros išlaidos išauga dvigubai.

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.

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. Tikėtina, kad e-sveikatos paslaugų

atsiradimas vaikų visuomenės sveikatos srityje pagerins paslaugų e-koordinavimą ir vaikų pirminės priežiūros paslaugų tęstinumą bei tarpinstitucinio bendradarbiavimo kokybę.

Estijoje ir Vokietijoje plačiausiai išvystytas tarpinstitucinis bendradarbiavimas –atitinkamai 8 ir 6 ministerijos įtrauktos į bendradarbiavimą sveikatos ir socialiniais klausimais. 65% Europos šalių egzistuoja teisinės ar politinės sistemos, kuriose numatytas pirminės sveikatos priežiūros ir socialinės priežiūros paslaugų koordinavimas. Lietuvoje neseniai 3 ministrų įsakymu patvirtintas tarpžinybinio bendradarbiavimo koordinatorius, tačiau vangiai sprendžiant su vaikų sveikata susijusius socialinius klausimus, išlieka sveikatos priežiūros netolygumai atokiuose regionuose ir didelės rizikos vaikų grupėse. Iki šiol nebuvo tinkamai koordinuojamos vaikų sveikatos paslaugos švietimo sistemoje, nebuvo tinkamo bendradarbiavimo tarp darželio, mokyklos ir pirminės sveikatos priežiūros. Todėl lėtinėmis ligomis sergantys vaikai neturi galimybės gauti jų sveikatos būklę atitinkančios priežiūros darželyje ar mokykloje. Šiuo metu Lietuvoje diegiant vaiko visuomenės sveikatos e-kortelę, situacija turėtų keistis.

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

Vaikų ir paauglių teisės 21 amžiaus sveikatos priežiūros sistemoje.

21 amžiaus asmens sveikatos priežiūra kelia naujus iššūkius. Vaikų supratimas bei žinios nuolat auga ir tuo pačiu didėja poreikis būti traktuojamiems kaip individais. Tai ypač aktualu vaikams su ypatingais poreikiais ir ilgalaikio gydymo perspektyvomis. Vaiko nuomonės išklausymas, apsisprendimo dėl tyrimų ar gydymo galimybės, konfidencialumo ir konsultavimosi be tėvų klausimai išlieka labiausiai neišspręsti naujosiose ES šalyse-narėse, tarp jų ir Lietuvoje. Todėl labai svarbu sveikatos priežiūros sistemoje atsižvelgti į didėjantį vaikų informuotumą bei savarankiškumą ir tobulinti sistemą šiuo aspektu.

Psichikos sveikatos priežiūroje svarbiausi principai yra prieinamumas, tarpdisciplininis bendradarbiavimas teikiant priežiūrą ir veiksmingas integruotas paslaugų valdymas. Tikėtina, kad didelis visuomenės ir politikų dėmesys psichikos sveikatai Lietuvoje paskutiniaisiais metais padės vystyti tarpsektorinį bendradarbiavimą, pagerins socialinių paslaugų poreikio užtikrinimą bei sumažins didėjantį specialistų stygių dėl nepakankamai efektyviai sprendžiamo atlygio už darbą klausimo.

Medicinos personalo kompetencijos.

Medicinos personalo kompetencijos be galo svarbios naujus iššūkius atliepiančioje sveikatos sistemoje. UEMS (European Union of Medical Specialists) Generalinės asamblėjos patvirtinti baziniai reikalavimai skelbia, kad rengiant gydytojus pediatus ir vaikų ligų specialistus, būtinas 3 metų bazinis pediatriinis 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/šeimoms gydytojais privalo mokytis pediatrijos ne mažiau 9-12 mėn. (pageidautina 1 m.), kad įgytų bazinių specifinių vaikų ligų žinių.** Lietuvoje šeimos gydytojai vaikų ligų mokosi tik 4-6 mėn, tačiau net ir dalį šių trumpų studijų praleidžia kitų šeimos gydytojų, o ne pediatrų kabinetuose.

Vaikų sveikatą prižiūrinčių specialistų rengimas turėtų būti valstybės prioritetas, užtikrinantis ateities piliečių sveikatą ir ilgaamžiškumą.

Moksliniais įrodymais paremtas vaikų sveikatos priežiūros modelis.

Vertinant vaikų sveikatos priežiūros modelius paaiškėjo, kad vaikų sveikatos strategijos egzistavimas ir vaikų sveikatos priežiūros klausimai e-sveikatos kontekste yra pagrindiniai rodikliai, atspindintys modelio efektyvumą.

MOCHA projekto metu nepavyko nustatyti, kuris pirminės vaikų sveikatos priežiūros modelis yra absoliučiai geriausias ir rekomenduota atsižvelgti į kiekvienos konkrečios šalies ypatumus, nes aplinka ir visuomenė turi didžiulę įtaką visuomenės sveikatai. Todėl nei vienas modelis negali būti tinkamas visiems. Vis dėl to 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 (mirtingumo rodiklius), užtikrina geresnę paslaugų kokybę, prieinamumą ir koordinavimą. Daugelis Europos šalių neatsisako pediatro paslaugų vaikams arba grįžta į pediatrinį pirminės sveikatos priežiūros modelį, kuris yra ne tik efektyvesnis, bet ir pigesnis.

Rengiant vaikų sveikatos strategiją ar paslaugų teikimo modelį, rekomenduojama atsižvelgti į konkrečios šalies ekonominius, socialinius ir kultūrinius aspektus bei visuomenės požiūrį, nes šie veiksniai daro didelę įtaką piliečių pasirinkimui sveikatos priežiūros klausimais. 2018 m. Lietuvos gyventojų apklausa rodo, kad, nepriklausomai nuo amžiaus, socialinės padėties ar išsilavinimo, 72,3% piliečių norėtų, jog vaikams pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teiktų vaikų ligų gydytojai ir tik 15,6% - šeimos gydytojai. Šios apklausos rezultatai reiškia, kad kaip bekeistumėme vaikų sveikatos priežiūros modelį, didžioji šalies gyventojų dalis, susirgus vaikui, ieškos vaikų ligų gydytojo pagalbos. Tai rodo vis didėjantys pacientų srautai vaikų skubios pagalbos skyriuose.

Nors sveikatos priežiūra išlieka nacionaline kompetencija, 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.

Norint užtikrinti PSO keliamus reikalavimus vaikų sveikatos priežiūros kokybei, Lietuvos vaikų pirminės sveikatos priežiūros sistemą būtina keisti mišraus aptarnavimo modelio link, naikinant neefektyvias komandas ir sudarant galimybes kiekvienam vaikui tiesiogiai (be siuntimo) patekti pas pediatrą.

Tokiu būdu vaikams bus suteikiamos “į vaiką orientuotos”, prieinamos ir kokybiškos paslaugos bei optimizuoti žmogiškieji resursai ir kompetencijos vaikų sveikatos priežiūroje.

Demografinė situacija Lietuvoje. Lietuvoje 2018 m. gimė 28 149 vaikai – mažiausiai per paskutinius du dešimtmečius. Lyginant su 2009 metais, gimė 12,7 proc. mažiau vaikų. 2018 m. Lietuvoje gyveno 503 015 vaikų. Lyginant su 2009 metais, gyveno 19,5 proc. mažiau vaikų. Per paskutinius penkerius metus vaikų skaičiaus mažėjimas sulėtėjo – sumažėjo 5,5 proc. Vaikų mažėja visose apskrityse, išskyrus Vilniaus (išaugo 3,1 proc.). Per 2014-2018 m. laikotarpį labiausiai sumažėjo vaikų Marijampolės ir Utenos apskrityse. 2018 m. daugiausiai vaikų gyveno Vilniaus (151,7 tūkst.) ir Kauno (99,8 tūkst.) apskrityse. Mažiausias vaikų skaičius buvo Tauragės (17,4 tūkst.) ir Utenos (19,3 tūkst.) apskrityse.

Mažėjant vaikų skaičiui vis sudėtingiau užtikrinti vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tinkamumą ir ekonominį efektyvumą, tad būtinas sisteminis požiūris į vaikų sveikatos priežiūrą.

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. 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.

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra (PAASP). Lietuvoje 2018 m. prisirašiusių prie PAASPI vaikų skaičius buvo 518 372 (didesnis nei statistinis gyventojų sk.). 2018 metais pediatrai PAASP paslaugas teikė 184,9 tūkst. vaikų (35,7 proc.), kitiems vaikams PAASP paslaugas teikė šeimos gydytojai. 2018 m. iš viso buvo registruota 3,5 mln. vaikų apsilankymų PAASPI, lyginant su 2014 m. apsilankymų skaičius sumažėjo 2,8 proc., tačiau apsilankymų skaičius 100 vaikų išaugo nuo 658/100 iki 675/100. Apsilankymų skaičius pas vaikų ligų gydytojus 2018 m. siekė 1 434,4 tūkst. (sudarė 41 proc. nuo vizitų PAASPI). Dažniausiai 2018 m. pas vaikų ligų gydytojus lankėsi Tauragės ir Panevėžio apskričių vaikai, mažiausia apsilankymų dalis buvo tarp Kauno ir

Klaipėdos apskričių vaikų. Akušerio ginekologo pagalbos prireikė tik 0,9 iš 100 prisirašiusių vaikų, chirurgo – penkiems iš 100 vaikų. Atkreiptinas dėmesys, kad nėra reikalavimo, kad paslaugas teiktų vaikų chirurgas.

Didelis vaikų apsilankymų skaičius rodo vaikų ligų gydytojo vaidmens PAASP svarbą. Siūloma įtraukti pediatrų draugijos atstovus į klausimų, susijusių su vaikų PAASP teikimu, sprendimą.

Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra. 2018 m. į Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros centrus vaikai kreipėsi 59 068 kartus, lyginant su 2014 m. apsilankymų skaičius išaugo trečdaliu. Vizitų skaičius pas psichologus išaugo net 3 kartus nuo 5 196 vizitų 2014 m. iki 20 908 vizitų 2018 m. 2018 m. 100-tui Lietuvos vaikų teko 11,4 apsilankymo. Apsilankymų intensyvumas skiriasi tarp regionų. Dažniausiai psichikos sveikatos priežiūros centruose lankėsi Utenos (17,2/100), rečiausiai – Klaipėdos apskrities vaikai (6,0/100). Atkreiptinas dėmesys, kad beveik trečdaliui vaikų pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros yra teikiamos suaugusiųjų psichiatro.

Stacionarinės vaikų sveikatos priežiūros paslaugos. Kaip ir ankstesniais metais, 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.

Bendras paslaugų skaičius, tenkantis 100-ai 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. 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 profiluojant vaikų stacionarines lovas.

Siekiant racionaliau naudoti išteklius, užtikrinti stacionarinių paslaugų prieinamumą ir kokybę vaikams, siūloma patvirtinti stacionarinių vaikų ligų profilio skyrių poreikio kriterijus. Vaikų ligų

skyrius būtinas tose ligoninėse, kur vaikų skaičius vienoje ar keliuose šalia esančiose savivaldybėse yra daugiau nei 5000; atstumas iki artimiausios ligoninės - daugiau nei 50 km.; teikiamos Reanimacija II paslaugos; ligoninėje teikiamos gimdymo paslaugos; yra pavojingų objektų rajone ir kt.

Dienos stacionaro paslaugos. Vaikams suteiktų dienos stacionaro paslaugų skaičius nuosekliai auga. 2018 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo apmokėta 192,2 tūkst. paslaugų, t. y. 10 proc. daugiau nei 2014 m. Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos dienos stacionaro paslaugos teikiamos visose apskrityse ir sudaro 90 proc. visų Lietuvoje vaikams teikiamų dienos stacionaro paslaugų. Psichiatrijos bei dermatovenerologijos paslaugos teikiamos penkiuose didžiausiuose Lietuvos miestuose, alerginių ir imuninių ligų diagnostikos ir gydymo – tik Vilniuje ir Kaune. Dienos stacionaro paslaugos intensyviau naudojamos tose savivaldybėse, kuriose šios paslaugos teikiamos.

Siekiant padidinti dienos stacionaro paslaugų apimtį ir paslaugų vartojimo tolygumą, reikėtų labiau skatinti dienos stacionaro paslaugų plėtrą.

Specializuotos ambulatorinės paslaugos. Per penkerius metus vaikams iš viso suteikta daugiau nei 8 mln. įvairių II ir III lygio ambulatorinių paslaugų. Specializuotas ambulatorines paslaugas vaikams 2018 m. pagal sutartis su TLK teikė 363 ASPĮ, išsidėsčiusios visose apskrityse. Vaikams suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius 2018 m., lyginant su 2014 m. sumažėjo 11,9 proc. 2018 m. vaikams suteiktos 1 291 152 gydytojų specialistų konsultacijos. Tai sudarė 80,3 proc. nuo visų ambulatorinių paslaugų, vienam vaikui teko po 2,5 konsultacijas. Vaikams didesnę dalį paslaugų (60 proc.) suteikia specialistai, kurių kompetencija yra ir vaikų ir suaugusiųjų gydymas ir tik apie 28 proc. sudaro vaikų gydytojų, turinčių vaikų ligų gydytojo ir/ar vaikų gydytojo specialisto licencijas. Daugiausiai 2018 m. vaikams suteikta radiologo (148 673), oftalmologo (144 744), otorinolaringologo (124 164), fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo (94 214), ortopedo traumatologo (93 672), vaikų neurologo (74 431), vaikų kardiologo (70 267) ir vaikų chirurgo (51 808) ambulatorinių konsultacijų. Vaikų ligų gydytojai II lygyje 2018 m. suteikė tik 21,5 tūkst. konsultacijų. Vaikų gydytojų konsultacinių paslaugų vartojimas pasiskirstė netolygiai. Kai kurių specialistų konsultacijų skaičius tarp skirtingų apskričių skyrėsi net 5 kartus.

Siekiant sumažinti paslaugų vartojimo netolygumus ir racionaliau naudoti išteklius, racionalu būtų teikti visų apskričių ligoninėse visų vaikų gydytojų konsultacijas, didinti prieinamumą vaikų ligų gydytojo konsultacijoms.

Priėmimo - skubiosios pagalbos (PSP) skyriuose teikiamos paslaugos. Suteiktų paslaugų skaičius kiekvienais metais didėja. 2018 m. vaikams PSP skyriuose buvo suteikta 273 144 paslaugos. Lyginant su 2014 m. paslaugų skaičius padidėjo 13,8 proc. Vilniaus apskrities įstaigose net 24 proc. padidėjo PSP paslaugų, Marijampolės apskrities įstaigose sumažėjo beveik 6 proc. Paslaugų skaičius, tenkantis 100-tui vaikų siekė 52,7 /100, t.y. lyginant su 2014 m. išaugo 20 proc. Per pasirinktą penkerių metų laikotarpį PSP paslaugų skaičius didėjo visose apskrityse, išskyrus Panevėžio ir

Marijampolės. Dažniausiai PSP skyriaus paslaugomis 2018 m. naudojami Marijampolės (65,5/100) ir Kauno (62,0/100) apskričių vaikai. Rečiausiai – Utenos (35,9/100) ir Alytaus (43,5) apskričių vaikai. Lietuvos vaikai dažniausiai atvežami į tos pačios apskrities, kur ir gyvena, ASPĮ.

Didėjantis pacientų srautas į PSP skyrius galimai susijęs su nepakankamu PAASP prieinamumu. Problema gali būti sprendžiama pagerinus PAASP prieinamumą skubios pagalbos atvejais, ypač po PAASPI įprastinių darbo valandų ir savaitgaliais.

Medicininės reabilitacijos paslaugos. 2018 m. stacionarinės reabilitacijos paslaugas gavo 8 134 vaikai, t. y. 15,6 proc. mažiau nei 2014 m. Tokia tendencija stebima visose apskrityse, tik Vilniaus ir Alytaus apskrityse mažėjimas saikingesnis – iki 4 proc. Paslaugas gavusių asmenų skaičius, tenkantis 100-tui vaikų sumažėjo 11 proc. - nuo 1,8 iki 1,6. Ambulatorinės reabilitacijos paslaugų per penkerius metus padidėjo 20 proc., tačiau plėtra vis dar nepakankama.

Odontologinės paslaugos. Iš viso 2018 m. užregistruota 1,1 mln. odontologų suteiktų paslaugų, lyginant su 2014 m. paslaugų skaičius išaugo 15,6 proc. Dažniausiai vaikai lankosi dėl profilaktinių dantų patikrinimų (62,2 proc.) 2018 m. 100-ui vaikų teko 200,3 odontologinių paslaugų. Daugiausia – Alytaus apskrityje, mažiausiai – Tauragės apskrityje.

Brangieji ambulatoriniai tyrimai ir procedūros. 2018 m. ambulatorinėmis sąlygomis buvo atlikta 9 tūkst. brangiųjų tyrimų ir procedūrų (2014 m. – 7,8 tūkst.). Didžiąją dalį šių paslaugų sudaro diagnostiniai tyrimai - magnetinio rezonanso tomografijos (5608), kompiuterinės tomografijos (2347), hematologijos brangieji tyrimai (367), hemodializės (313). 2018 m. atlikti 37 pozitronų emisijos tomografijos tyrimai vaikams. Stebimas paslaugų vartojimo netolygumas. Klaipėdos apskrities gydymo įstaigos dažniau renkasi KT tyrimą, nei MRT tyrimą. Kitų apskričių gydymo įstaigose dažniau atliekamas MRT tyrimas. Klaipėdos apskrities vaikams dvigubai dažniau atliekamas KT tyrimas nei šalies vidurkis. MRT tyrimai neatliekami Tauragės ir Marijampolės apskrityse. 2018 m. vaikams atlikta 313 hemodializių (daugiausiai Vilniuje) ambulatorinėmis sąlygomis.

IŠVADOS

1. Lietuva neturi Vaikų ir paauglių sveikatos strategijos – tai apunkina vaikų sveikatos priežiūros tobulinimą bei efektyvių sveikatos priežiūros modelių kūrimą. Reikalingas strateginio vaikų sveikatos politikos planavimo dokumentas, kuris nustatytų prioritетines problemas, konkrečius vaikų sveikatinimo veiklos tikslus ir uždavinius bei siekiamus vaikų sveikatos rodiklius.

Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti pritaikytos vaikams, o specialistai turi turėti specifinių kompetencijų, tad vaikų ligų gydytojai turi išlikti svarbiausia vaikų sveikatos priežiūros ašimi ir nustatyti vaiko sveikatos priežiūros standartus kitiems specialistams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas vaikams.

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. Tai yra viena svarbiausių ilgėjančių laukimo eilių pas specialistus priežasčių.

Lietuva – viena iš trijų ES šalių, kurioje vaikų ligų gydytojų skaičius mažėja. Šeimos gydytojams perimant vaikų priežiūrą, paslaugų kokybė ir prieinamumas prastėja.

Medicinos personalo kompetencijos be galo svarbios naujus iššūkius atliepiančioje sveikatos sistemoje. Vaikų ligų gydytojų rengimas Lietuvoje atitinka UEMS (*European Union of Medical Specialists*) reikalavimus. Tačiau nesilaikoma EAP reikalavimų bendrosios praktikos gydytojams, kurie prižiūri ir vaikus, ir suaugusius, yra “pirmojo kontakto” gydytojai bei reguliuoja pacientų patekimą pas specialistus. Lietuvoje šeimos gydytojai vaikų ligų mokosi tik 4-6 mėn., kai rekomendacijose nurodoma nemažiau 9-12 mėn. (pageidautina 1 m.).

Norint užtikrinti PSO keliamus reikalavimus vaikų sveikatos priežiūros kokybei, Lietuvos vaikų pirminės sveikatos priežiūros sistemą būtina keisti mišraus aptarnavimo modelio link, naikinant neefektyvias komandas ir sudarant galimybes kiekvienam vaikui tiesiogiai (be siuntimo) patekti pas pediatrą.

2. 2018 m. Lietuvoje gyveno 503 015 vaikų. Lyginant su 2009 metais, sumažėjo 19,5 proc., su 2014 m. - sumažėjo 5,5 proc. Vaikų mažėja visose apskrityse, išskyrus Vilniaus, labiausiai sumažėjo vaikų Marijampolės ir Utenos apskrityse. Lietuvoje kasmet mažėjant vaikų skaičiui, vis sudėtingiau tampa užtikrinti vaikų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tinkamumą ir ekonominį efektyvumą.
3. Apsilankymų PAASPI, lyginant su 2014 m. skaičius sumažėjo 2,8 proc., tačiau apsilankymų skaičius 100-ai vaikų išaugo nuo 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. Priėmimo - skubiosios pagalbos (PSP) skyriuose suteiktų paslaugų skaičius kiekvienais metais auga. Didėjantis pacientų srautas į PSP skyrius galimai susijęs su nepakankamu PAASP prieinamumu ir kokybe.

4. Vaikų gydytojų konsultacinių paslaugų vartojimas pastaraisiais metais mažėja ir yra pasiskirstęs netolygiai. Kai kurių specialistų konsultacijų skaičius 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. Dienos stacionaro, ambulatorinės reabilitacijos, brangiųjų tyrimų ir procedūrų, atliktų ambulatoriškai, skaičius nuosekliai auga, tačiau vis dar nepakankamai. 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. 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. Kitų apskričių pacientams suteiktų paslaugų vieta labiau diferencijuota.
5. 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. 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. Išryškėjo stacionariųjų paslaugų vartojimo netolygumai bei nepakankamas stacionariųjų lovų panaudojimas. 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.

LITERATŪRA

1. Alma, M., Mahtani, V., Palant, A., Klůzová Kráčmarová, L., Prinjha, S. (2017). Report on Patient experiences of primary care in 5 DIPEX countries. Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/publications/technical-reports/>
2. Amadeo, K. (2018). Standard of living. Retrieved from <http://www.thebalance.com/standard-of-living-3305758>
3. Ambresin, A. E., Bennett, K., Patton, G. C., Sanci L. A., Sawyer S. M. (2013). Assessment of Youth-Friendly Health Care: A Systematic Review of Indicators Drawn From Young People's Perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 670-681. doi 10.1016/j.jadohealth.2012.12.014
4. Anderson, J. E., Lowen, C. A. (2010). Connecting youth with health services: Systematic review. *Can Fam Physician*, 56(8), 778-784.
5. Atchison, C., Zvoc, M., Balakrishnan, R. (2013). The evaluation of a standardized call/recall system for childhood immunizations in Wandsworth, England. *J Community Health*. 38(3):, 581-7. doi: 10.1007/s10900-013-9654-4.
6. Bains, R. M., Diallo A. F. (2016). Mental health services in school-based health centers: systematic review. *The Journal of School Nursing*, 32(1), 8-19.
7. Baltag, V. and A. Mathison. (2010). Youth-friendly health policies and services in the European Region: Sharing experiences. W. H. Organization. Copenhagen, World Health Organization: 267 pp.
8. Baltag, V., Pachyna, A., Hall, J. (2015). Global overview of school health services: data from 102 countries. *Health Behavior and Policy Review*, 2(4), 268-283. <https://doi.org/10.14485/HBPR.2.4.4>
9. Baltag, V., Saewyc E. (2017) Pairing Children with Health Services: The Changing Role of School Health Services in the Twenty-first Century. In: Cherry A., Baltag V., Dillon M. (eds) *International Handbook on Adolescent Health and Development*. Springer, Cham.
10. Baltag, V., Levi, M. (2013). Organisational models of school health services in the WHO European Region. *Journal of health organisation and management*, 27(6), 733-746. <https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2011-0084>
11. Bell, D. L., D. J. Breland and M. A. Ott. (2013). "Adolescent and young adult male health: a review." *Pediatrics* 132(3): 535-546.
12. Bersamin, M., Garbers, S., Gaarde, J., Santelli, J. (2016). Assessing the impact of school-based health centers on academic achievement and college preparation efforts: using propensity score matching to assess school-level data in California. *The Journal of School Nursing*, 32(4), 241- 245.
13. Blair, M. Stewart-Brown, S., Waterson, T., Crowther, R. (2010). *Child Public Health*. Oxford University Press. Retrieved from <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199547500.001.0001/acprof-9780199547500>
14. Blair, M., Rigby, M. (2004). Principles and Purpose for Child Health Informatics; in Rigby M (ed.) (2004). *Vision and Value in Health Information*; Radcliffe Medical Press, Oxford, 2004, 108-120. (ISBN 1 85775 863 3)

15. Blair, M., Rigby, M., Alexander, D. (2017). Final Report on Current Models of Primary Care for Children. Retrieved from www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2017/07/MOCHA-WP1-Deliverable-WP1-D6-Feb-2017-1.pdf
16. Böhm, K. (2012). Classifying OECD healthcare systems: a deductive approach. Retrieved from <http://www.socium.uni-bremen.de/f/4912881dfe.pdf>
17. Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. and Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*. 113(3), 258- 269. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.09.003
18. Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousques, J. (2009). Three models of primary care organisation in Europe, Canada, Australia and New Zealand. *Questions d'économie de la Sante*, 141,1–4.
19. Brenner, M., Alma, M., Clancy, A., Larkin, P., Lignou, S., Luzi, D., McHugh, R, Montañana-Olaso, E., Blair, M. (2017a). Report on needs and future visions for care of children with complex conditions. Retrieved from http://www.childhealthservicemodels.eu/wpcontent/uploads/20171130_Deliverable-D11-2.4-Report-on-needs-andfuture-visions-for-care-of-children-with-complex-conditions.pdf
20. Brenner, M., O'Shea, M. P., Larkin, P., Luzi, D., Pecoraro, F., Tamburis, O., Berry, J., Alexander, D., Rigby, M., Blair, M. (2018). Management and integration of care for children living with complex care needs at the acute–community interface in Europe. *Lancet Child and Adolescent Health*. 2(E11), 822-831. doi: doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30272
21. Brenner, M., O'Shea, M. P., McHugh, R., Clancy, A., Larkin, P., Luzi, D, Montañana Olaso, E., Lignou, S., Alma, M., Satherley, R., Tamburis, O., Warters, A., Wolfe, I., Hilliard, C., Berry, J., Alexander, D., Rigby, M., Blair, M. (2018b). Principles for provision of integrated complex care for children across the acute–community interface in Europe. *Lancet Child and Adolescent Health*. 2(11), 832-838. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30270-0
22. Brenner, M., O'Shea, M., Larkin, P. (2017). Final report on the current approach to managing the care of children with complex care needs. Brussels: EU Commission. <http://www.childhealthservicemodels.eu/publications/deliverables/>(accessed Sept 5, 2018).
23. Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742.
24. Burstrom, B., Burstrom, K., Nilsson, G., Tomson, G., Whitehead, M., Winblad, U. (2017). Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden - a scoping review. *Int J Equity Health* 2017.; 16(1), : 29. doi: 10.1186/s12939-017-0524-z
25. Burstrom, B., Marttila, A., Kulane, A., Lindberg, L., Burstrom, K. (2017). Practising proportionate universalism – a - a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1); 91. doi: 10.1186/s12913-017-2038-1
26. Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2012). A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System. Retrieved from https://secure.cihi.ca/free_products/HSP-Framework-ENweb.pdf
27. Carai, S., S. Bivol and V. Chandra-Mouli. (2015). "Assessing youth-friendly-health-services and supporting planning in the Republic of Moldova." *Reprod Health* 12: 98.
28. Carey, G., Crammond, B., De Leeuw, E. (2015). Gemma CareyEmail author, Brad Crammond and Evelyne De Leeuw Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health*. 14, 81. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6>

29. Cattaneo, A., Cogoy, L., Macaluso, A., Tamburlini, G. (2012). *Child health in the European Union*. Luxembourg: European Commission.
30. Central Intelligence Agency. (2018). *The World Factbook*. Retrieved from <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/>.
31. Chau, K., Baumann, M., & Chau, N. (2013). Socioeconomic inequities patterns of multi-morbidity in early adolescence. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 65. <http://doi.org/10.1186/1475-9276-12-65>
32. Clancy, A., Montañana Montañana-Olaso, E., Larkin, P. (2017) *Work Package 2: Nurses' preparedness for practice*. Internal Deliverable 2.10. MOCHA: Models of Child Health Appraised Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/publications/technical-reports/>.
33. Committee on Adolescence. (2008). *Achieving Quality Health Services for Adolescents*. *Pediatrics*, 121(6), 1263-1270.
34. Committee on Adolescence. (2016). "Achieving Quality Health Services for Adolescents." *Pediatrics* 138(2).
35. Council on School Health. (2008). The role of the school nurse in providing school health services. *The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses*, 24(5), 269-74.
36. Coyne I.T. (1997) Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling: merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 623-630.
37. Davis, M. H. and R. M. Harden. (2003). "Competency-based assessment: making it a reality." *Med Teach* 25(6): 565-568.
38. Daley, A.M., Polifroni, E.C., Sadler, L.S. (2017) "Treat me like a normal person!" A meta-ethnography of adolescents' expectations of their health care providers. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 70-83. doi: 10.1016/j.pedn.2017.04.009.
39. Deshpande, S., Rigby, M., Alexander, D., Blair, M. (2018) *Home Based Records*. Retrieved from www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/R15-Home-Based-Records-Report.pdf
40. DG Employment, Social Affairs and Inclusion. (2018). *European Skills/Competencies, qualifications and Occupations*. Retrieved from <https://ec.europa.eu/esco/portal/home>,
41. Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V., Marmot, M. (2017). Global action on the social determinants of health. *BMJ Glob Heal*. 2(4), e000603. Retrieved from: <http://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2017-000603>
42. Dufendach, K. R., Eichenberger, J. A., McPheeters, M. L., Temple, M. W., Bhatia, H. L., Alrifai, W., ... Lehmann, C. U. Dufendach KR, Eichenberger JA, McPheeters ML, et al. (2015). *AHRQ Comparative Effectiveness Technical Briefs. Core Functionality in Pediatric Electronic Health Records*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK293626/>
43. Ehrich, J., Namazova-Baranova, L. & Pettoello-Mantovani, M. (2016). Introduction to Diversity of Child Health Care in Europe: A Study of the European Paediatric Association/Union of National European Paediatric Societies and Associations. *Journal of Pediatrics*, 177, S1–S10. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.036.
44. Ehrich, J.H.H., Tenore, A., del Torso, S., Pettoello-Mantovani, M., Lenton, S., Grossman, Z. (2015). Diversity of Pediatric Workforce and Education in 2012 in Europe: A Need for Unifying Concepts or Accepting Enjoyable Differences? *Journal of Pediatrics*, 167(2), 471–476.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.03.031

45. Ercan, O., M. Alikasifoglu, E. Erginoz, J. Janda, P. Kabicek, A. Rubino, A. Constantopoulos, O. Ilter and M. Vural. (2009). "Demography of adolescent health care delivery and training in Europe." *Eur J Pediatr* 168(4): 417-426.
46. Erdogan, E., Ener, M., Arica, F. (2013). The strategic role of infant mortality in the process of economic growth: an application for high income OECD countries. *Social and Behavioural Sciences*. 99, 19-25. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.10.467
47. European Academy of paediatrics Paediatrics E.A.P. (2018). <http://eapaediatrics.eu/>
48. European Centre for Disease Control. (2017). Technical Report - Immunisation information systems in the EU and EEA Results of a survey on implementation and system characteristics' ECDC Stockholm. Retrieved from <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/immunisation-systems.pdf>
49. European Commission (2018). Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Expert panel on Tools and methodologies for assessing the performance of primary care. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_primarycare_performance_en.pdf
50. European Commission. (2013). Investing in children: breaking the cycle of disadvantage 2013/112/EU) Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013H0112&from=EN>
51. European Commission. (2015). Towards a Joint Assessment Framework in the Area of Health Work in progress : 2015 update. Retrieved from ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=17033&langId=en
52. European Commission. (2016). So What? Strategies across Europe to assess quality of care – Report by the Expert Groups on Health systems Performance Assessment. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf
53. European Commission. (2018). Horizon 2020. Retrieved from <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/>
54. European Confederation of Primary Care Paediatrics (ECPCP). About us. Retrieved from <https://www.ecpcp.eu/about-us/primary-care-paediatrics/>
55. European National E-Health Strategies? (2013) in R. Randell et al. (Eds.) *Informatics for Health: Connected Citizen-Led Wellness and Population Health*, Retrieved from <http://ebooks.iospress.nl/volume/informatics-for-health-connected-citizen-led-wellness-and-population-health>
56. European Observatory on Health Systems and Policies (2018). Health system reviews (HiT series). Retrieved from: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>
57. European Parliament and Council Directive. (2005). 2005/55/EU amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the International Market Information System ('the IMI Regulation') (2013), Official Journal of the European Union. L 354/132. Retrieved from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN>
58. European Parliament. (2018). Parliamentary questions 24th August, 2018. Answer given by Ms Thyssen on behalf of the European Commission. Retrieved from http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2018-003679-ASW_EN.html?redirect

59. European Union Medical Specialties (EUMS). (2013), <https://www.uems.eu/>
60. Eurostat. (2015). http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di12
61. Eurostat. (2018). European Statistics, Overview. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/about/overview>.
62. Eurostat. (2018b)., European Statistics, Database. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
63. Fadnes, L. T., Moen, K. A., & Diaz, E. (2016). Primary healthcare usage and morbidity among immigrant children compared with non-immigrant children: a population-based study in Norway. *Bmj Open*, 6(10), e012101. doi:10.1136/bmjopen-2016-012101
64. Farre, A., Wood, V., Rapley, T., Parr, J. R., Reape, D., McDonagh, J. E. (2015). Developmentally appropriate healthcare for young people: a scoping study. *Arch Dis Child*, 100(2), 144-151.
65. Ferrer, L. (2015). Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/290443/Engaging-patients-carers-communities-provision-coordinated-integrated-health-services.pdf
66. Forsström, J., Rigby, M. (2000). TEAC-Health – Research-based Recommendations for European Certification of Health Telematics Services; in Hasman, A., Blobel, B., Dudeck, D., Engelbrecht, R., Gell, G., Prokosch, H-U.; Medical Infobahn for Europe: Proceedings of MIE2000 and GMDS2000, IOS Press, Amsterdam.
67. Galloway, T. McL.. (1963). Management of Vaccination and Immunization Procedures by Electronic Computer; *Medical Officer*, 109, 232.
68. Gill, P., O'Neill, B., Rose, P., Mant, D., Harnden, A. (2014). Primary care quality indicators for children. *British Journal of General Practice*. 64 (629), e752-e757. doi: 10.3399/bjgp14X682813
69. Global Burden of Disease. (2016). Pediatrics Collaboration, Global and National Burden of Diseases and Injuries Among Children and Adolescents Between 1990 and 2013: Findings From the Global Burden of Disease 2013 Study. *The Journal of the American Medical Association- Pediatrics*. 2016;170(3):267-287
70. Greer S. L., Kosińska M., Wismar M. (2017). What is civil society and what can it do for health?, in Greer S. L., Kosińska M., Wismar M (eds.), *Civil Society and Health, Contributions and Potential*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization p. 12. Retrieved from www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/civil-society-and-health-contributions-and-potential-2017
71. Grossman, Z., del Torso, S., van Esso, D., Ehrich, J. H. H., Altorjai, P. , Mazur, A., Wyder, C. , Neves, A. M., Dornbusch, H. J. Jaeger Roman, E. Santucci, A. and ... Hadjipanayis, A. (2016). Use of electronic health records by child primary healthcare providers in Europe; *Child: care, health and development*. *Child Care Health Dev*. 42(6), 928-933. doi: 10.1111/cch.12374. Epub 2016 Jul 10.
72. Haggerty, R.J. (1995). Child Health 2000: New Pediatrics in the Changing Environment of Children's Needs in the 21st Century. *Pediatrics*, 96(4), 804–812. Retrieved from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/96/4/804>.
73. Hardiman Eilish, *The future of Paediatric Healthcare in Ireland*, 2017.

74. Hardoff, D., S. Benita and A. Ziv. (2008). "Simulated-patient-based programs for teaching communication with adolescents: the link between guidelines and practice." *Georgian Med News*(156): 80-83.
75. HBSC Data Portal. (2018). Retrieved from <http://hbcs-nesstar.nsd.no/webview/>.
76. Health Behaviour in School-aged Children (2018)., About HBSC. Retrieved from <http://www.hbcs.org/about/index.html>.
77. Hilliard, C, Clancy, A., Hollywood, E., Brenner, M. (2018). Children's nursing workforce and educational preparation in primary care in 30 European countries. 2018 Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/publications/technical-reports/>
78. Hintzpeter, B., Klasen, F., Schon, G., Voss, C., Holling, H., Ravens-Sieberer, U., & group, B. s. (2015). Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24(6), 705-713. doi:10.1007/s00787-015-0676-6
79. Hjern, A., Arat, A. Klöfvermark, J. (2017). Report on differences in outcomes and performance by SES, family type and migrants of different primary care models for children. Retrieved from http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2017/12/20171214_Deliverable-D12-7.2-Report-on-differences-in-outcomes-and-performance-by-SES-family-type-and-migrants-of-different-primary-care-models-for-children-v1.1.pdf
80. Hjern, A., Østergaard, L. S. (2016) Migrant Children in Europe: Entitlements to Health Care. Retrieved from http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/20160831_Deliverable-D3-D7.1_Migrant-children-in-Europe.pdf
81. Hoppenbrouwers, K., Baltag, V., Michaud, P., Stronski, S., Pattison, D., Vesna, J., et al. (2014). European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. World Health Organization. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/246981/European-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf?ua=1
82. Hsiao, W. C., Heller, P. S., Reisman, D. (2008). What macroeconomists should know about health care policy. *Singapore Econ Rev.* 53(2), 341–4.
83. Hunt, P., Barrios, L., Telljohann, S. K., Mazyck, D. (2015). A Whole School Approach: Collaborative Development of School Health Policies, Processes, and Practices. *Journal of School Health*, 85, 802. doi: 10.1111/josh.12305
84. Ibrahim, N., R. de Tournemire, P. Jacquin, C. Stheneur and B. Boudailliez. (2016). "[Perception of adolescent medicine among French pediatric residents]." *Arch Pediatr* 23(7): 695-705.
85. Ingram J, Salmon D. Young people's use and views of a school-based sexual health drop-in service in areas of high deprivation *Health Education Journal* 2010;69(3):227-235.
86. Institute for Health Metrics and Evaluations (IHME). (2018). About IHME. Retrieved from <http://www.healthdata.org/about>.
87. Institute for Health Metrics and Evaluations (IHME). (2018b) Global Health Data Exchange (GHDx), GBD Results Tool. Retrieved from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
88. International council of nurses (2015). Nursing Definitions. Retrieved from <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
89. International Federation of Medical Student Associations (IFMSA). (2017). <https://ifmsa.org/>

90. J.H.H. Ehrich, A. Tenore, S. del Torso, et al. Diversity of Pediatric Workforce and Education in 2012 in Europe: A Need for Unifying Concepts or Accepting Enjoyable Differences? *The Journal of Paediatrics*, 2015, (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.03.031>
91. Jackson, C., Wright, T., and Martin, A. (2016). Safe caseloads for adult community nursing services—an updated review of the evidence. Canterbury Christ Church University, Canterbury. Retrieved from: <http://create.canterbury.ac.uk/15373/1/Final%20Version%20Managing%20Safe%20Caseloads%20in%20Adult%20Community%20Nursing%20Settings%20with%20ISBN.pdf>
92. Jansen, D. E. M. C., Visser, A., Vervoort, J. P. M. van der Pol, S., Kocken, P., Reijneveld, S. A., Michaud, P. (2018). School and Adolescent Health Services in 30 European countries: a description of structure and functioning, and of health outcomes and costs. Retrieved from http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Deliverable-173.1_Final-report-on-the-description-of-the-various-models-of-school-health-services-and-adolescent-health-services.pdf
93. Jourdan, D., Christensen, J. H., Darlington, E., Bonde, A. H., Bloch, P., Jensen, B. B., et al. (2016). The involvement of young people in school- and community-based noncommunicable disease prevention interventions: a scoping review of designs and outcomes. *BMC Public Health*, 16(1), 1123. doi: 10.1186/s12889-016-3779-1
94. Kalamar, A. M., A. M. Bayer and M. J. Hindin. (2016). "Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections, Including HIV, Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature." *J Adolesc Health* 59(3 Suppl): S22-31.
95. Kamionka, S. L., Taylor, K. (2017) Report on requirements and models for supporting children with complex mental health needs and the primary care interface Retrieved from http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2017/07/20171130_Deliverable-D10-2.3-Report-on-requirements-and-models-for-supporting-children-with-complex-mental-health-needs-and-the-primary-care-interface.pdf
96. Kavanagh, P. L., Adams, W. G., & Wang, C. J. (2009). Quality indicators and quality assessment in child health. *Archives of disease in childhood*. 94(6), 458–463.
97. Keilthy, P., Warters, A., Brenner, M., McHugh, R. (2017). Final report on models of children's social care support across the EU and the relationship with primary health care. Retrieved from http://www.childhealthservicemodels.eu/wpcontent/uploads/2017/07/20170728_Deliverable-D9-2.2-Final-report-onmodels-of-hildren%E2%80%99s-social-care-support-across-the-EU-and-the-relationship-with-primary-health-care.pdf
98. Knopf, J. A., JA1, Finnie, R. K., RK1, Peng, Y.1, Hahn, R. A.2, Truman, B. I.3, Vernon-Smiley, M.4, Johnson, V. C.5, Johnson, R. L.6, Fielding, J. E.7, Muntaner, C.8, Hunt, P. C.4, Phyllis Jones, C. C9, Fullilove, M. T.10.; Community Preventive Services Task Force. (2016). School-based health centers to advance health equity: a Community Guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(1), 114-126. doi: 10.1016/j.amepre.2016.01.009
99. Kocken, P., Vlasblom, E., de Lijster, G., Reijneveld, M. (2018). Consensus statements of stakeholders on most optimal models of child primary healthcare with guidance on potential benefits and how these might be achieved. Retrieved from

- <http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Deliverable-D18-9.2-A-report-containing-consensus-statements-on-most-optimal-models-with-guidance-on-potential-benefits-and-how-these-might-be.pdf>
100. Kokotailo, P. K., Baltag, V., Sawyer, S. M. (2018). Educating and Training the Future Adolescent Health Workforce. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 62(5), 511-24. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.11.299.
 101. Kraus, B., S. Stronski and P. A. Michaud. (2003). "Training needs in adolescent medicine of practising doctors: a Swiss national survey of six disciplines." *Med Educ* 37(8): 709-714.
 102. Kringos, D. S., Boerma, W. G., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., ... Wilm, S. (2010). The European primary care monitor: Structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 11(1), 81. doi: 10.1186/1471-2296-11-81
 103. Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T. ... Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*, 63(616), e742-50. doi: 10.3399/bjgp13X674422
 104. Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson, A., Saltman, R. B. (2015). Building primary care in a changing Europe: European Observatory on Health Systems and Policies. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
 105. Kringos, D.S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, Al. van der Zee, J., Groenewegen, P. P. (2010). The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 10. doi: 10.1186/1472-6963-10-65
 106. Kringos, D.S., Boerma, W., van der Zee, J. and Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health affairs*, 32(4), 686-694. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242.
 107. Kühne, G., Rigby, M. (2016). Description and Analysis of current child health electronic record keeping across Europe. Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/Description-and-analysis-of-current-child-health-electronic-records.pdf>
 108. Kühne, G., Rigby, M.J., Majeed, A., Blair, M. E. (2017). Towards Safe and Efficient Child Primary Care – Gaps in the Use of Unique Identifiers in Europe; in R. Randell et al. (Eds.) *Informatics for Health: Connected Citizen-Led Wellness and Population Health*; IOS Press, Amsterdam. This article is published online with Open Access by IOS Press and distributed under the terms
 109. Leach-Kemon, K., and Gall, J. (2018). Why Estimate? Retrieved from http://www.healthdata.org/acting-data/why-estimate?utm_source=IHME+Updates&utm_campaign=c062742ac8-Weekly_Email_Sep_6_2018&utm_medium=email&utm_term=0_1790fa6746-c062742ac8-422568873
 110. Leroy, Z. C., Wallin, R., & Lee, S. (2017). The role of school health services in addressing the needs of students with chronic health conditions: A systematic review. *The Journal of School Nursing*, 33(1), 64-72. doi: 10.1177/1059840516678909
 111. Lewis, K. M., Ruiz, M., Goldblatt, P., Morrison, J., Porta, D., Forastiere, F., ... Pikhart, H. (2017). Mother's education and offspring asthma risk in 10 European cohort studies.

- European Journal of Epidemiology, 32(9), 797–805. doi: <http://doi.org/10.1007/s10654-017-0309-0>
112. Liyanage, H., Hoang, U., Ferreira, F., Alexander, D., Rigby, M., Blair, M., de Lusignan, S. (2017). Availability of Computerised Medical Record System Data to Compare Models of Child Health Care in Primary Care Across Europe. *Stud Health Technol Inform.* 244, 8-12.
 113. Liyanage, H., Hoang, U., Ferreira, F., de Lusignan, S. (2018) Report of Measures of Quality and Outcomes derived from large datasets. Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Deliverable-D14-5.2-Report-of-Measures-of-Quality-and-Outcomes-derived-from-large-data-sets.pdf>
 114. Liyanage, H., Luzi, D., De Lusignan, S., Pecoraro, F., McNulty, R., Tamburis, O., Krause, P., Rigby, M., Blair, M. (2016). Accessible Modelling of Complexity in Health (AMoCH) and associated data flows: asthma as an exemplar. *J Innov Health Inform.* 23(1), 863. doi: 10.14236/jhi.v23i1.863.
 115. Liyanage, H., Shinneman, S., Hoang, U., Ferreira, F., Alexander, D., Rigby, M., Blair, M., de Lusignan, S. (2018b). Profiling Databases to Facilitate Comparison of Child Health Systems Across Europe Using Standardised Quality Markers. *Stud Health Technol Inform.* 247, 61-65.
 116. Luzi, D., Pecoraro, F., Tamburis, O. (2016). Integrating a conceptual representation of business model with UML. Retrieved from http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/member-files/D1.4-UML-model_v1.pdf
 117. M. Blair, M Rigby, D. Alexander. Issues and Oportunities in Primery Health Care for Children in Europe: The final summerised results of the Models in Child Health Appraised (MOCHA) Project, Imperial College London, UK, 2018.
 118. MacPepple, E., Gage, H. (2018). Short report on financing mechanisms and health outcomes. EkelechiMacPepple; ProfessorHeatherGage Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Deliverable-D16-6.1-Short-report-on-financial-systems-and-their-impact-on-outcomes.pdf>
 119. Maeseneer, M., Willems, S., De Sutter, M., Van de Geucchte, I., & Billings, M. (2007). Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf
 120. Maier, C. B., Aiken, L. H. (2016) Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26(6), 927- 934. doi: 10.1093/eurpub/ckw098
 121. Marshall M. N. (1996) Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13, 522-525.
 122. Matysiuk, R. (2013). Ewolucja praw dziecka (aspekty filozoficzne, pedagogiczne i prawne). In E. Jagiełło, E. & Jówko, E. (Eds.), *Dziecko w kulturze współczesnego świata* (pp. 10-33). Siedlce.
 123. Michaud, P. A., Blum, R. W., Benaroyo, L., Zermatten, J., Baltag, V. (2015). Assessing an Adolescent's Capacity for Autonomous Decision-Making in Clinical Care. *The Journal of adolescent health.* 57(4). doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.06.012
 124. Michaud, P. A., K. Berg-Kelly, A. Macfarlane and L. Benaroyo. (2010). "Ethics and adolescent care: an international perspective." *Curr Opin Pediatr* 22(4): 418-422.

125. Michaud, P. A., R. W. Blum, L. Benaroyo, J. Zermatten and V. Baltag. (2015) "Assessing an Adolescent's Capacity for Autonomous Decision-Making in Clinical Care." *J Adolesc Health* 57, 361-366 DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.06.012.
126. Michaud, P. A., Schrier, L., Ross-Russel, R., van der Heijden, L., Dossche, L., Copley, S., Alterio, T., Mazur, A. ... Ambresin, A. E. (2017). Paediatric departments need to improve residents' training in adolescent medicine and health: a position paper of the European Academy of Paediatrics. *European journal of paediatrics*. 177(4), 479-487. doi: 10.1007/s00431-017-3061-2
127. Michaud, P., Baltag, V. (2015). Core competencies in adolescent health and development for primary care providers: Secondary Core Competencies in Adolescent Health and Development for Primary Care Providers. Geneva: World Health Organization p. 49. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148354/9789241508315_eng.pdf;jsessionid=93E92FABAC0C4597630456D02BC4D55B?sequence=1
128. Michaud, P., R. Blum and C. Ferron. (1998). "'Bet you I will!' Risk or experimental behavior during adolescence?" *Arch Pediatr Adolesc Med* 152: 224-226.
129. Michaud, P., Weber, M., Namazova-Baranova, L., Ambresin, A. (2018). Improving the quality of care delivered to adolescents in Europe: a time to invest. *Archives of disease in childhood*. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-314429>
130. Minicuci, N., Corso, B., Rocco, I., Luzi, D., Pecoraro, F., Tamburis, O. (2017). Innovative measures of outcome and quality of care in child primary care models. Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/D7-Identification-and-Application-of-Innovative-Measures-of-Quality-and-Outcome-of-Models.pdf>
131. Moore, T. G., McDonald, M., Carlon, L., O'Rourke, K. (2015). Early childhood development and the social determinants of health inequities. *Health Promot Int*; 30 Suppl 2: ii102-15. doi 10.1093/heapro/dav031.
132. Murray C. J., Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organization*. 78(6), 717-31.
133. Nair, M., V. Baltag, K. Bose, C. Boschi-Pinto, T. Lambrechts and M. Mathai. (2015). "Improving the Quality of Health Care Services for Adolescents, Globally: A Standards-Driven Approach." *J Adolesc Health* 57(3): 288-298.
134. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Adolescent health services*. Washington D.C., National Academic Press.
135. Nitsche, C., Blair M., (2018) *Medical workforce and Training. MOCHA report*. Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/publications/technical-reports/>
136. Nixon, J., Ulmann, P. (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes. *The European Journal of Health Economics*. 7(1), 7-18. doi: 10.1007/s10198-005-0336-8
137. Norcini, J. and V. Burch. (2007). "Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31." *Med Teach* 29(9): 855-871.
138. Ombudsman for Children's Office. (2012). *Homeless truths: Children's experience of homelessness in Ireland*. Retrieved from www.oco.ie/app/uploads/2017/09/HomelessTruthsWEB.pdf
139. Organisation for Economic Cooperation and Development (2018c). *OECD.Stat Web Browser* Retrieved from https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
140. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2013). *OECD. Stat Web Browser User Guide*. Retrieved from

- [https://stats.oecd.org/Content/themes/OECD/static/help/WBOS%20User%20Guide%20\(EN\).PDF](https://stats.oecd.org/Content/themes/OECD/static/help/WBOS%20User%20Guide%20(EN).PDF).
141. Patton, G. C., C. Coffey, C. Cappa, D. Currie, L. Riley, F. Gore, L. Degenhardt, D. Richardson, N. Astone, A. O. Sangowawa, A. Mokdad and J. Ferguson. (2012). "Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data." *Lancet* 379(9826): 1665-1675.
 142. Patton, G. C., D. A. Ross, J. S. Santelli, S. M. Sawyer, R. M. Viner and S. Kleinert. (2014). "Next steps for adolescent health: a Lancet Commission." *Lancet* 383(9915): 385-386.
 143. Patton, G. C., S. M. Sawyer, J. S. Santelli, D. A. Ross, R. Afifi, N. B. Allen, M. Arora, P. Azzopardi, W. ...R. M. Viner. (2016). "Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing." *Lancet* 387(10036): 2423-2478.
 144. Pearce, A., Rougeaux, E., & Law, C. (2015). Disadvantaged children at greater relative risk of thinness (as well as obesity): A secondary data analysis of the England National Child Measurement Programme and the UK Millennium Cohort Study. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 61. doi: <http://doi.org/10.1186/s12939-015-0187-6>
 145. Pillas, D., Marmot, M., Naicker, K., Goldblatt, P., Morrison, J., Pikhart, H. (2014). Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatr Res*; 76(5): 418-24. doi: 10.1038/pr.2014.122.
 146. Potrebny, T., N. Wiium and M. M. Lundegard. (2017). "Temporal trends in adolescents' self-reported psychosomatic health complaints from 1980-2016: A systematic review and meta-analysis." *PLoS One* 12(11): e0188374.
 147. Rad, E.H., Vahedi, S., Teimourizad, A., Esmaeilzadeh, F., Hadian, M. and Pour, A.T. (2013). Comparison of the effects of public and private health expenditures on the health status: a panel data analysis in eastern Mediterranean countries. *International Journal of Health Policy and Management*. 1(2), 163-167. doi: 10.15171/ijhpm.2013.29
 148. Rattay, P., Starker, A., Domanska, O., Butschalowsky, H., Gutsche, J., Kamtsiuris, P. KiGGS Study Group et al. (2014). Trends in the utilization of outpatient medical care in childhood and adolescence. Results of the KiGGS study - a comparison of baseline and first follow up (KiGGS Wave1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*; 57(7):878-91. doi: 10.1007/s00103-014-1989-1
 149. Regional Committee for Europe. (2015). 64th SESSION Regional Committee for Europe: Investing in Children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1
 150. Riessman C.K. (2008) Narrative methods for the human sciences. Thousand Oaks, CA, Sage.
 151. Rigby, M. (2004). Information as the Patient's Advocate; in Rigby M (ed.) *Vision and Value in Health Information*; Radcliffe Medical Press, Oxford, 57-67. (ISBN 1 85775 863 3)
 152. Rigby, M., Greenfield, R., Majeed, A., Blair, M. (2018). Variation of National Policies on Controlled Sharing with Partner Services of Children's Primary Care Data. Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/publications/technical-reports/>
 153. Rigby, M., Köhler, L. (2002). Child health indicators of life and development (CHILD): Report to the European Commission. European Commission Health Monitoring Programme. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_frep_08_en.pdf

154. Rigby, M., Kühne, G., Greenfield, R. Majeed, A., Blair, M. (2018). Extent of Use of Electronic Records in Children's Primary Care and Public Health in Europe; *Stud Health Technol Inform.* 247:930-934. PMID: 29678097
155. Rigby, M.J., Köhler, L. I., Blair, M. E., Metchler, R. (2003). Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *European Journal of Public Health(Suppl)*, 38-46.
156. Rigby, M., Kühne, G., Greenfield, R., Deshpande, S. (2018). Future Achievable Potential Models of Child Health Electronic Record Systems to Support Care Delivery. Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/publications/deliverables/>
157. Ruiz, M., Goldblatt, P., Morrison, J., Kukla, L., Švancara, J., Järvelin, M-R., ... Pikhart, H. (2015). Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: A DRIVERS meta- analysis of 12 European cohorts. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(9), 826– 833. <http://doi.org/doi; 10.1136/jech-2014-205387>
158. Ruiz, M., Goldblatt, P., Morrison, J., Porta, D., Forastiere, F., Hryhorczuk, D., ... Pikhart, H. (2016). Impact of Low Maternal Education on Early Childhood Overweight and Obesity in Europe. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 30(3), 274–284. <http://doi.orgdoi: /10.1111/ppe.12285>
159. Sampaio, M. M. A., Blair, M. (2018). Literature review of conceptual frameworks that could be applied to appraise primary child health systems across different countries. Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/publications/technical-reports/>
160. Sanci, L., P. Chondros, S. Sawyer, J. Pirkis, E. Ozer, K. Hegarty, F. Yang, B. Grabsch, A. Shiell, H. Cahill, A. E. Ambresin, E. Patterson and G. Patton. (2015). "Responding to Young People's Health Risks in Primary Care: A Cluster Randomised Trial of Training Clinicians in Screening and Motivational Interviewing." *PLoS One* 10(9): e0137581.
161. Sawyer, S. M., Ambresin, A. E., Bennett, K. E., Patton, G. C. (2014). A measurement framework for quality health care for adolescents in hospital. *The Journal of adolescent health.* 55(4), 484-90. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.01.023
162. Schäfer, W. L. A., Boerma, W. G. W., Kringos, D. S. de Maeseneer, J., Gress, S., Heinemann, S. ... Groenewegen, P. P.. (2011). QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice*, 12(1), p.115. Retrieved from : <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-12-115>
163. Schalkers I., Dedding C. H. M., Bunders JFG. (2014). '[I would like] a place to be alone, other than the toilet' – Children's perspectives on paediatric hospital care in the Netherlands. *Health Expectations*, 18, 2066-2078.
164. Schloemer, T., Schröder-Bäck, P. (2018). Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science* 2018;13(1), 88. doi: 10.1186/s13012-018-0751-8
165. Scottish Youth Parliament. (2018). Children and young people take part in second historic meeting with the Scottish Cabinet. Retrieved from https://www.syp.org.uk/children_and_young_people_take_part_in_second_historic_meeting_wit_h_the_scottish_cabinet
166. Shadmi, E., Wong, W. C., Kinder, K., Heath, I., & Kidd, M. (2014). Primary care priorities in addressing health equity: summary of the WONCA 2013 health equity workshop. *International Journal for Equity in Health*, 13. <http://doi: .org/10.1186/s12939-014-0104-4>
167. Spooner, S. A. (2012). We are still waiting for fully supportive electronic health records in pediatrics. *Pediatrics*. 130(6).

168. Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*; 10: 15. doi 10.1186/1475-9276-10-15]
169. Starfield, B., Gervas, J., Mangin, D. (2012). Clinical care and health disparities. *Annu Rev Public Health*; 33: 89-106. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124528
170. Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly*, 83(3), 457–502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x Retrieved from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/pdf/milq0083-0457.pdf>
171. Steinberg, L., G. Icenogle, E. P. Shulman, K. Breiner, J. Chein, D. Bacchini, L. Chang, N. Chaudhary, L. D. ... H. M. Takash. (2017). "Around the world, adolescence is a time of heightened sensation seeking and immature self-regulation." *Dev Sci*.
172. Szczepański, J. (1963). *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa, PWN
173. Tchicaya, A., & Lorentz, N. (2014). Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 7. <http://doi.org/doi:10.1186/1475-9276-13-7>
174. Tham, R., Humphreys, J., Kinsman, L., Buykx, P., Asaid, A., Tuohey, K., Riley, K. (2010). Evaluating the impact of sustainable comprehensive primary health care on rural health. *Aust J Rural Health*. 18(4), 166–72. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01145.x
175. Thapar, A., Cooper, M. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 387(10024), 1240-50. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00238-X.
176. The World Bank. (2018b), Open Data, Indicators. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator>.
177. The World Bank. (2018c), DataBank, Health Nutrition and Population Statistics database. Retrieved from <http://databank.worldbank.org/data/source/health-nutrition-and-population-statistics>.
178. Tian, Y., Dixon, A., Gao, H. (2012). Emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions. Data briefing, The Kings Fund. Retrieved from https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/data-briefing-emergency-hospital-admissions-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-apr-2012.pdf
179. Turi, A. L., Bals, M., Skre, I. B., Kvernmo, S. (2009). Health service use in indigenous Sami and non-indigenous youth in North Norway: a population based survey. *BMC Public Health*. 8(9), 378. doi: 10.1186/1471-2458-9-378.
180. Tylee, A., D. M. Haller, T. Graham, R. Churchill and L. A. Sancu. (2007). "Youth-friendly primary- care services: how are we doing and what more needs to be done?" *Lancet* 369(9572): 1565- 1573.
181. UEMS (2015). Training Requirements for the Specialty of Paediatrics. Retrieved from-2015. 30- European- Training- Requirements- in-Paediatrics.pdf https://www.uems.eu/__data/assets/pdf_file/0016/44440/UEMS-2015.30-European-Training-Requirements-in-Paediatrics.pdf
182. United Nations (1989). Convention on the Rights of the Child, New York. Retrieved from https://downloads.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2010/05/UNCRC_united_nations_convention_on_the_e_rights_of_the_child.pdf?_ga=2.209651665.274437633.1540996300-199092997.1540996300
183. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (UNHCR). (2018). Declaration of the Rights of the Child (1959). Retrieved from

- [www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/1DeclarationoftheRights of theChild\(1959\).aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/1DeclarationoftheRights of theChild(1959).aspx)
184. United Nations Population Division. (2017). European Population Counter; 2017:, Retrieved from <http://www.worldometers.info/world-population/europe-population/>.
 185. van Esso, D. del Torso, S., Hadjipanayis, A., Biver, A., Jaeger-Roman, E., Wettergren, B., Nicholson, A., Primary Secondary Working Group (PSWG) European Academy of Paediatrics. (2010). Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Archives of disease in childhood*, 95(10), 791–5. doi: 10.1136/adc.2009.178459.
 186. van Olmen, J., Criel, B., Van Damme, W., Marchal, B., Van Belle, S., Van Dormael, M. ... Kegels, G. . (2010). Analysing health systems to make them stronger. Vol. 16, *Studies in Health Services Organisation & Policy*.. Retrieved from: http://www.strengtheninghealthsystems.be/doc/SHSO&P27_HS_ANALYSIS_FINAL.pdf
 187. van Til, J., Groothuis-Oudshoorn, K., Boere-Boonekamp, M. (2018) Public Priorities for Primary Care for Children. Retrieved from: www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/member-files/Final-Report-POCHA_14-08-2018.pdf
 188. Varga, S., Piko, B. F., & Fitzpatrick, K. M. (2014). Socioeconomic inequalities in mental well-being among Hungarian adolescents: A cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 100. <http://doi.org/doi: 10.1186/s12939-014-0100-8>
 189. Veillard, J., Cowling, K., Bitton, A., Ratcliffe, H., Kimball, M., Barkley, S., ... Wang, H. (2017). Better Measurement for Performance Improvement in Low-and Middle-Income Countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) Experience of Conceptual Framework Development and Indicator Selection. *Milbank Q* .95(4):836–83. doi: 10.1111/1468- 0009.12301.
 190. Vinnerljung, B., Hjern, A. (2018). Health care in Europe for children in societal out-of-home care Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Mocha-report-Children-in-OHC-May-2018.pdf>
 191. Wald, J., Haque, S. & Rizk, S. (2018). Enhancing Health IT Functionality for Children The 2015 Children’s EHR Format. *Pediatrics* 141, 1–7.
 192. Watson, D. E., Broemeling, A-M., Reid, R. J., Black, C. (2004). A Results-Based Logic Model for Primary Health Care: Laying and evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. *Cent Heal Serv Policy Res*. 34. Retrieved from <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/facultyresearchandpublications/52383/items/1.0048322>
 193. Wells, H. (2017) Contribution to Blair, M., Rigby, M., Alexander, D. (2017) Final Report on Current Models of Primary Care for Children. Part I. Chapter 8. Retrieved from www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2017/07/MOCHA-WP1-Deliverable-WP1-D6-Feb-2017-1.pdf
 194. Wenner, J., Razum, O., Schenk, L., Ellert, U., & Bozorgmehr, K. (2016). Health status and use of health services of children with insecure residence status in Germany. *European Journal of Epidemiology*, 30, S226-S227.
 195. Wilson, C., Hogg, R., Henderson, M., & Wilson, P. (2013). Patterns of primary care service use by families with young children. *Family Practice*, 30(6), 679-694.
 196. Wirback, T., Möller, J., Larsson, J.-O., Galanti, M. R., & Engström, K. (2014). Social factors in childhood and risk of depressive symptoms among adolescents - a longitudinal study in Stockholm, Sweden. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 96. <http://doi.org/10.1186/s12939-014-0096-0>

197. Wolfe, I., Lignou, S., Satherley, R. M. (2017). Referral–discharge interface. In: Brenner, M., Alma, M., Clancy, A., et al. Report on needs and future visions for care of children with complex conditions. Retrieved from http://www.childhealthservicemodels.eu/wpcontent/uploads/20171130_Deliverable-D11-2.4-Report-on-needsand-future-visions-for-care-of-children-with-complex-conditions.pdf
198. Wolfe, I., Mckee, M., & Wolfe, M., (2013). European Child Health Services and Systems Lessons without borders. European Child Health Services and Systems Edited by, OUP. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/254928/European-Child-Health-Services-and-Systems-Lessons-without-borders.pdf [Accessed November 3, 2018]
199. Wolfe, I., Thompson, M., Gill, P., Tamburlini, G., Blair, M., van den Bruel, A., Ehrich, J., Pettoello- Mantovani, M., Janson, S., Karanikolos, M., McKee, M. (2013). Health services for children in Western Europe. *The Lancet*, 381(9873), 1224–1234. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62085-6.
200. Wölfle S1, Jost D, Oades R, Schlack R, Hölling H, Hebebrand J. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Sep;23(9):753-64. doi: 10.1007/s00787-014-0525-z. Epub 2014 Mar 2. Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study).
201. Wong, S. T., Yin, D., Bhattacharyya, O., Wang, B., Liu, L., Chen, B. (2010). Developing a performance measurement framework and indicators for community health service facilities in urban China. *BMC Fam Pract*;11(1), 91. Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/91>
202. World Health Organization (2013) Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
203. World Health Organization Regional Office for Europe. (2005) European strategy for child and adolescent health and development; WHO, Copenhagen. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/107677>
204. World Health Organization Regional Office for Europe. (2014) Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020 Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy/investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020>
205. World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). Improving the quality of care for reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health in the WHO European Region: a regional framework to support the implementation of Health 2020. Copenhagen. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/330957/RMNCAH-QI-Framework.pdf?ua=1.
206. World Health Organization Regional Office for Europe. (2018). Health systems for prosperity and solidarity: leaving no-one behind. Tallinn, Estonia, 13–14 June 2018. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/373688/tallinn-outcome-statement-eng.pdf?ua=1
207. World Health Organization Regional Office for Europe. (2018). Primary Health Care Main Terminology. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>
208. World Health Organization Regional Office for Europe. (2018). Situation of child and adolescent health in Europe. Retrieved from:

- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf?ua=1
209. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2017). Child and Adolescent Health, Data and Statistics. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/data-and-statistics>.
 210. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2018), European Health Information Gateway, Health for All Explorer. Retrieved from <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>.
 211. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2018b), Child and Adolescent Health dataset. Retrieved from <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/cah/>. Accessed: [15/10/18].
 212. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2018c) Child and Adolescent Health, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health->
 213. World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Retrieved from http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
 214. World Health Organization. (2008). Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation. (p.247). Retrieved from: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
 215. World Health Organization. (2009). Monitoring and evaluation of health systems strengthening: An operational framework. World Health Organization. 2009. http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf
 216. World Health Organization. (2010a). Pairing Children with Health Services - The results of a survey on school health services in the WHO European Region. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/112389/E93576.pdf
 217. World Health Organization. (2010b). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Retrieved from <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/26.pdf>
 218. World Health Organization. (2014). European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.1.
 219. World Health Organization. (2014). European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/246981/European-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf?ua=1
 220. World Health Organization. (2015) Core competencies in adolescent health and development for primary care providers: including a tool to assess the adolescent health and development component in pre-service education of health-care providers. World Health Organization, Geneva. Retrieved from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/core_competencies/en/
 221. World Health Organization. (2015). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf

222. World Health Organization. (2015a). Children's rights in primary health care. Assessment and improvement Tool for Children and Adolescents aged 12-18. W. H. Organization. Copenhagen, World Health Organization. 3: 50pp.
223. World Health Organization. (2015b). Core competencies in adolescent health and development for primary care providers: including a tool to assess the adolescent health and development component in pre-service education of health-care providers. W. H. Organization. Geneva, World Health Organization: 58 pp.
224. World Health Organization. (2015c). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria. Geneva, World health organization.
225. World Health Organization. (2016). Improving the Quality of Care for Reproductive, Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health in the WHO European Region. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/330957/RMNCAH-QI-Framework.pdf?ua=1
226. World Health Organization. (2017). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA- HA!): Guidance to Support Country Implementation. Geneva, World Health Organization.
227. World Health Organization. (2018). Child Health. Retrieved from https://www.who.int/topics/child_health/en
228. World Health Organization. (2018). Practising nurses, per 100,000 population. European Health Information Gateway, World Health Organization Regional Office for Europe. Retrieved from: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/cah_17-practicing-nurses-per-100-000-population/visualizations/#id=27487&tab=table
229. World Health Organization. (2018). What is a health promoting school? Retrieved from: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/
230. Završnik, J., Stiris, T., Schrier, L. Russell R. R., Del Torso S., Valiulis, A., Mercier, J. C., Illy, K., Hadjipanayis, A. (2018) et al. Basic training requirements for health care professionals who care for children. *Eur J Pediatr* (2018) 177, 1413. doi: 10.1007/s00431-018-3150-x. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3150-x>
231. Zdunek, K., Schroder-Back, P, Rigby, M., Blair, M. (2018). The culture of evidence-based practice in child health policy – A report. Retrieved from <http://www.childhealthservicemodels.eu/publications/technical-reports/>
232. Zdunek, K., Schröder-Bäck, P., Alexander, D., Rigby, M., Blair, M. (in press) Societal reactiveness to child health policy issues in Europe: results of a survey. *Child: Care health and development*

PRIEDAI