



LIETUVOS RESPUBLIKOS VALSTYBĖS KONTROLĖ

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA AR EFEKTYVI ŠEIMOS GYDYTOJŲ VEIKLA?

2013 m. vasario 28 d. Nr. VA-P-10-2-4
Vilnius

Auditas atliktas, vykdant 2012-02-07 pavedimą Nr. P-10-2
Auditą atliko valstybinių auditorių grupė:
Rūta Obcarskienė (grupės vadovė)
Viktorija Kazakova
Ramunė Marcikonytė

Auditas pradėtas 2012-02-07
Auditas baigtas 2013-02-28

Su valstybinio audito ataskaita galima susipažinti
Valstybės kontrolės interneto puslapyje
adresu www.vkontrole.lt

TURINYS

Santrauka	3
Ižanga	8
Audito rezultatai	11
1. Ar šeimos gydytojų skaičius pakankamas, kad patenkintų gyventojų poreikius?	11
1.1. Šeimos gydytojų pakanka ne visose savivaldybėse	12
1.2. Šeimos gydytojų skaičius (poreikis) planuojamas netinkamai	16
1.3. Nepakankamai efektyviai vykdomos priemonės, kurios padėtų sumažinti šeimos gydytojų trūkumą savivaldybėse	20
2. Ar šeimos gydytojai tinkamai vykdo Šeimos gydytojo medicinos normoje numatytas pareigas?	24
2.1. Šeimos gydytojai nepakankamai vykdo Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas pareigas ir kompetencijas	24
2.2. Šeimos gydytojo darbas organizuojamas netinkamai	33
2.3. Šeimos gydytojų kompetencija nevertinama	36
2.4. Kvalifikacijos tobulinimas neatitinka šeimos gydytojų poreikių	38
Priedai	42

SANTRAUKA

Lietuvoje 1995 metais buvo įteisinta šeimos gydytojo specialybė, remiantis kitų šalių patirtimi. Šeimos gydytojas – tai patarėjas, konsultuojantis sveikatos klausimais, teikiantis kvalifikuotą nespacializuotą pagalbą ir prižiūrintis lėtinių ligų eigą, bei koordinatorius, padedantis orientuotis sveikatos sistemoje. Įgyvendinant Sveikatos priežiūros reformą¹ ir sukūrus šeimos gydytojo instituciją, palaipsniui pereita nuo vidaus ligų, vaikų ligų ir kitų gydytojų teikiamų paslaugų prie šeimos gydytojų vykdomos pirminės asmens sveikatos priežiūros. Šią priežiūrą organizuoja savivaldybių vykdomosios institucijos², paslaugas teikia beveik du tūkstančiai šeimos gydytojų. Sveikatos apsaugos ministerija nustatė pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų tvarką. Apsilankymai pas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančius gydytojus sudaro du trečdalius visų apsilankymų pas gydytojus. Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų kasmet skiriama apie 600 mln. Lt. (15 proc. šio fondo išlaidų). Nors ir mažėjant šalies gyventojų, jų pirminei asmens sveikatos priežiūrai kasmet skirtų lėšų 2010–2012 m. nemažėjo, tačiau vis kalbama apie šios sveikatos priežiūros organizavimo problemas: pacientų eiles gydymo įstaigose, didelį šeimos gydytojų darbo krūvį, šeimos gydytojų trūkumą kai kuriose savivaldybėse.

Pagrindinis audito tikslas – įvertinti, ar šeimos gydytojo institucija veikia efektyviai, atsakant į klausimus:

- ar šeimos gydytojų skaičius tenkina gyventojų poreikius?
- ar šeimos gydytojai tinkamai vykdo Šeimos gydytojo medicinos normoje numatytas pareigas?
- ar šeimos gydytojų profesinė kvalifikacija tobulinama tinkamai?

Auditą atlikome Sveikatos apsaugos ministerijoje, duomenis ir informaciją rinkome iš Valstybinės ligonių kasos, viešųjų ir privačių pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (373), Švietimo ir mokslo ministerijos, Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos ir Lietuvos slaugos specialistų organizacijos. Atlikome šeimos gydytojų, slaugytojų, gydymo įstaigų vadovų, savivaldybių administracijų, medicinos studentų ir šeimos gydytojų rezidentų apklausas. Analizavome užsienio šalių praktiką ir mokslinių tyrimų duomenis.

¹ Patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 1998-07-02 nutarimu Nr. VIII-833 Lietuvos sveikatos programos 3.2. d.

² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552, 12 str. 4 d. (2010-04-20 Nr. XI-766 redakcija).

Įvertinę audito metu surinktus įrodymus, pateikiame valstybinio audito išvadas ir rekomendacijas.

IŠVADOS

1. Šalyje šeimos gydytojų šiuo metu užtenka, tačiau jie gyventojų poreikius ne visai tenkina dėl šių priežasčių:

1.1. Šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10-čiai tūkst. gyventojų, tarp savivaldybių skiriasi daugiau kaip tris kartus, todėl šeimos gydytojo paslaugos gyventojams prieinamos netolygiai (1.1. poskyris).

1.2. Nenustatyti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai, todėl šios įstaigos savivaldybių teritorijoje steigiamos netolygiai (1.2. poskyris).

1.3. Šeimos gydytojo apylinkės normatyvas nustatytas pagal vienintelį kriterijų – pacientų skaičių pagal amžiaus grupes. Apylinkes sudarant ne pagal pacientų gyvenamąją teritoriją šeimos gydytojai negali tinkamai vykdyti bendruomenės sveikatos priežiūros. Mažiau nei pusė šalies šeimos gydytojų turi tiek pacientų, kiek nustatyta pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą normatyvą. 7 proc. gydytojų turi labai dideles (daugiau kaip 2 000 pacientų) apylinkes, todėl pacientams gali būti suteiktos nekokybiškos paslaugos. Mažų apylinkių pacientams šeimos gydytojo paslaugų prieinamumas blogesnis, nes gydytojas dirba ne visą arba ne kiekvieną darbo dieną (1.1. poskyris).

1.4. Ne visos savivaldybės tinkamai nustato šeimos gydytojų poreikį, nes nėra privaloma vadovautis atitinkamais kriterijais. Sveikatos apsaugos ministerija neturi tikslių duomenų apie šeimos gydytojų skaičių ir nevykdo ilgalaikio šeimos gydytojų poreikio planavimo (1.2. poskyris).

1.5. Priemonės šeimos gydytojų trūkumui sumažinti savivaldybės vykdo nepakankamai aktyviai. Gydytojams rezidentams trūksta informacijos apie laisvas šeimos gydytojų darbo vietas. Todėl daugiau kaip pusė baigusių šeimos medicinos rezidentūrą gydytojų įsidarbina didžiuosiuose šalies miestuose, o ne savivaldybėse, kur jų trūksta (1.3. poskyris).

1.6. Šeimos gydytojai funkcijoms, kurioms nereikia gydytojo kompetencijos, sugaišta 22 proc. darbo dienos laiko. Todėl jie dirba nepakankamai efektyviai: mažiau laiko skiria diagnostiniam ir gydomajam darbui, nevykdo kitų pagal kompetenciją nustatytų funkcijų, kurioms būtina gydytojo kvalifikacija (2.2. poskyris).

2. Šeimos gydytojai vykdo ne visas Šeimos gydytojo medicinos normoje numatytas pareigas:

2.1. Visas Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas kompetencijas vykdo mažiau nei trečdalis apklaustų šeimos gydytojų, daugiau nei pusė jų kompetencijas vykdo iš dalies. Šeimos gydytojai, savo veikloje nepanaudodami profesinių studijų metu įgytos kompetencijos, ne tik neįtvirtina, bet ir praranda dalį gebėjimų ir įgūdžių, nesukaupia patirties, reikalingos savarankiškai diagnozuoti ir gydyti ligas, vykdyti tęstinę asmens ir bendruomenės sveikatos priežiūrą (2.1. poskyris).

2.2. Šeimos gydytojai pacientus konsultacijai pas gydytojus specialistus siunčia nepanaudoję visos savo kompetencijos tiriant ir gydant ligonius. 30 proc. apklaustų šeimos gydytojų siunčia todėl, kad nenori prisiimti atsakomybės dėl gydymo, 59 proc. – nes to pageidauja patys pacientai, tad nenori su jais konfliktuoti. Siunčiant dalį pacientų pas gydytojus specialistus stengiamasi išvengti galimų teisinių ginčų (2.1. poskyris).

2.3. Be vykdomų prevencinių sveikatos programų, atliekami mažos dalies („Sveidros“ duomenimis – 5 proc.) suaugusiųjų pacientų profilaktiniai sveikatos patikrinimai dėl neinfekcinių ligų. Tik 5 proc. šeimos gydytojų atliko daugiau profilaktinių suaugusiųjų sveikatos patikrinimų ir patikrino daugiau nei ketvirtadalį 18–65 m. amžiaus pacientų. Gydymo įstaigos neinformuoja pacientų apie nemokamus profilaktinius patikrinimus. Todėl neišnaudojama daugiau galimybių išvengti sunkių širdies kraujagyslių ligų, cukrinio diabeto ir kitų ligų komplikacijų (2.1. poskyris).

2.4. Ne visos gydymo įstaigos darbo apmokėjimo tvarkose numato dalį (proc.) lėšų, gautų už skatinamųjų paslaugų vykdymą, gerus darbo rezultatus, skirti paslaugas suteikusiems gydymo įstaigų darbuotojams. Todėl ne visi šeimos gydytojai ir slaugytojai skatinami teikti daugiau paslaugų (2.2. poskyris).

3. Ne visai tinkamai organizuotas šeimos gydytojų ir slaugytojų kvalifikacijos tobulinimas:

3.1. Nevertinamos šeimos gydytojų kompetencijos ir nevertinamas kvalifikacijos tobulinimo poreikis. Todėl šeimos gydytojai ne visada tinkamai įvertina, kurias kompetencijas jiems reikia tobulinti, ir netikslingai pasirenka kvalifikacijos tobulinimo programas (2.3. poskyris).

3.2. Kvalifikacijos tobulinimo programos neatitinka šeimos gydytojų poreikių: nepakankamai rengiama ir tikslinių, ir naujų programų šeimos gydytojams, o praktinių mokymų rengiama itin mažai. Todėl, kad įvykdytų licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi reikalavimus, šeimos gydytojai kvalifikaciją tobulina mažesnę praktinę naudą turinčiuose kursuose (konferencijose, seminaruose) (2.4. poskyris).

REKOMENDACIJOS

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Siekiant užtikrinti, kad šeimos gydytojų skaičius savivaldybėse patenkintų gyventojų poreikius:

1.1. inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kuriais būtų nustatyti minimalūs gydymo įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai, numatant privalomą šių reikalavimų vykdymą (1.1. ir 1.2. išvados);

1.2. patikslinti ir papildyti šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus, pagal juos nustatyti šeimos gydytojo apylinkių normatyvą (1.3. išvada);

1.3. patikslinti šeimos gydytojų poreikio planavimo kriterijus, vykdyti ilgalaikį šio poreikio planavimą (1.4. išvada);

1.4. peržiūrėti ir patikslinti teisės aktų nuostatas, kad Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ posistemio METAS visi privalomi duomenys būtų registruojami laiku ir tinkamai ir būtų naudojami planuojant šeimos gydytojų poreikį (1.4. išvada);

1.5. plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas ir užtikrinti jos funkcionavimą (1.5. išvada).

2. Siekiant geresnio šeimos gydytojų kompetencijų vykdymo, mažesnės įtampos bendraujant gydytojui ir pacientui, inicijuoti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatų peržiūrėjimą (pakeitimą ir (ar) papildymą) (2.2. išvada).

3. Siekiant gerinti šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir finansavimo tvarkoje numatyti, kurią kvalifikacijos tobulinimo dalį turi sudaryti praktiniai mokymai (3.2. išvada).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai kartu su kitomis institucijomis (įstaigomis):

1. Siekiant užtikrinti, kad šeimos gydytojai tenkintų gyventojų poreikius:

1.1. bendradarbiaujant su savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais taikyti priemones, kad šeimos gydytojų apylinkės būtų formuojamos pagal nustatytą normatyvą (1.3. išvada);

1.2. bendradarbiaujant su aukštosiomis mokyklomis ir gydymo įstaigomis, plėsti medicinos studentų praktikos ir šeimos gydytojų rezidentų rengimo bazines rajonuose (1.5. išvada);

1.3. bendradarbiaujant su šeimos gydytojų ir slaugytojų specialybių draugijomis, aukštosiomis mokyklomis, gydymo įstaigų vadovais, peržiūrėti, patikslinti ir (ar) papildyti asmens sveikatos priežiūros specialistų veiklą reglamentuojančius teisės aktus, numatant

pareigų ir kompetencijų, nereikalaujančių gydytojo kvalifikacijos, perdavimą kitiems gydymo įstaigų darbuotojams (1.6. išvada).

2. Siekiant geresnio šeimos gydytojų kompetencijų vykdymo:

2.1. bendradarbiaujant su šeimos ir kitų gydytojų specialybių draugijomis ir aukštosiomis mokyklomis, rengti šeimos gydytojo praktikoje taikytinas diagnostikos ir gydymo metodikas, tvarkos aprašus, gaires, aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų kompetencijos ribas (2.1. ir 2.2. išvados);

2.2. bendradarbiaujant su savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais, šeimos gydytojų ir slaugytojų specialybių draugijomis, numatyti priemones, skatinančias gydymo įstaigas ir šeimos gydytojus aktyviau vykdyti ligų profilaktiką (2.3. išvada);

2.3. bendradarbiaujant su savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais, rengti priemones, motyvuojančias gydymo įstaigas dalį lėšų, gautų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo už gerus darbo rezultatus ir skatinamąsias paslaugas, skirti kaip finansinę paskatą tas paslaugas suteikusiems įstaigų darbuotojams (2.4. išvada).

3. Siekiant gerinti šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą, bendradarbiaujant su šeimos gydytojų specialybių draugijomis, aukštosiomis mokyklomis, gydymo įstaigų vadovais:

3.1. įdiegti savanorišką šeimos gydytojų kompetencijų vertinimą (3.1. išvada);

3.2. plėsti šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimo bazes, sudarant galimybę kvalifikaciją tobulinti ne tik universitetų bazėse, bet ir rajonų gydymo įstaigose (3.2. išvada);

3.3. inicijuoti tikslinių ir praktinių kvalifikacijos tobulinimo programų šeimos gydytojams rengimą ir atnaujinimą pagal šeimos gydytojų nustatytas tobulintinas sritis (3.2. išvada).

IŽANGA

Pasaulio sveikatos organizacija, skatindama valstybes rūpintis žmonių sveikata, 1978 metais paskelbė Almatos deklaraciją, kurioje buvo apibrėžta pirminės asmens sveikatos priežiūros sąvoka³: tai: „pagrindinė sveikatos priežiūra, paremta praktiniais, moksliskai pagrįstais, socialiai priimtinais metodais ir technologijomis, prieinama visiems bendruomenės nariams ir šeimoms <...>“⁴. Buvo pereita nuo tradicinio gydymo paslaugų prie sveikatos priežiūros sąvokos (1 lentelė).

1 lentelė. Tradicinės ir naujos sąvokų pagrindiniai bruožai

Gydymo paslaugos (tradicinė sąvoka)	Sveikatos priežiūra (nauja sąvoka)
Orientacija	
Liga	Sveikata
Gydymas	Prevencija, priežiūra ir gydymas
Turinys	
Gydymas	Sveikatinamoji veikla
Epizodinės problemos	Tęstinė sveikatos priežiūra
Specifinės problemos	Visapusė sveikatos priežiūra
Struktūra	
Gydytojai specialistai	Šeimos gydytojai
Kiti gydytojai	Kitas personalas
Savarankiška praktika	Komanda
Atsakomybė	
Tik sveikatos priežiūros sektoriuje	Bendradarbiavimas tarp sektorių
Profesinis dominavimas	Bendruomenės dalyvavimas
Pasyvus pacientų priėmimas	

Šaltinis – adaptuota pagal Vuori (1985 m.) schemą, „Primary health care as a strategy for achieving equitable care“⁵

Pagrindinis vaidmuo užtikrinant naujos koncepcijos įgyvendinimą teko šeimos gydytojams. Šeimos gydytojo institucija Lietuvoje pradėta kurti 1995 m., nuo 2004 m. bendrosios praktikos gydytojai tapo šeimos gydytojais⁶. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra įvardyta kaip nespecializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Šeimos gydytojo ir Bendrosios praktikos slaugytojo bei Bendruomenės slaugytojo ir Akušerio medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje asmens

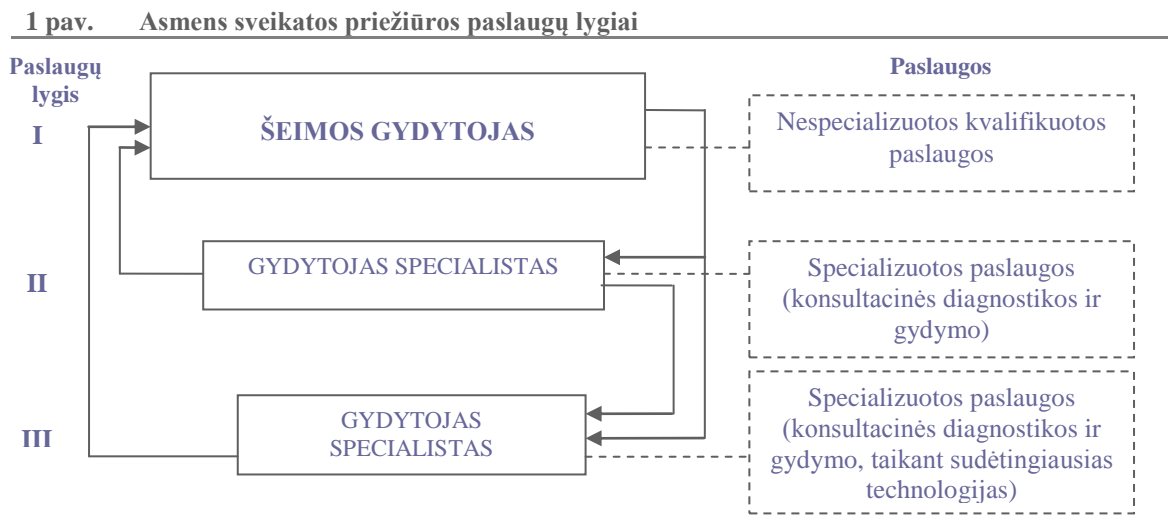
³ Pasaulio sveikatos organizacijos (angl. WHO – World Health Organization) Almatos deklaracija (angl. Declaration of Alma-Ata), rugsėjis, 1978 m. Prieiga per internetą: http://www.who.int/publications/alma_ata_declaration_en.pdf.

⁴ Pasaulio sveikatos organizacijos (angl. WHO – World Health Organization) Almatos deklaracijos (angl. Declaration of Alma-Ata) rugsėjis, 1978 m., VI punktas. Prieiga per internetą: http://www.who.int/publications/alma_ata_declaration_en.pdf.

⁵ „Pirminė sveikatos priežiūra kaip strategija pasiekti teisingą priežiūrą“ (angl. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health System Knowledge Network). Prieiga per internetą http://www.who.int/social_determinants/resources/csdlh_media/primary_health_care_2007_en.pdf.

⁶ Štaras K., Vedlūga T. „Atvejo vadybininko sistemos kontekste“, Sveikatos politika ir valdymas, 2012, Nr. 1(4).

sveikatos priežiūros įstaigoje, pacientų namuose ir globos įstaigose, kompleksas⁷. Būtent šeimos gydytojas yra tas specialistas, kuris atsako už visapusišką ir tęstinę paciento asmens sveikatos priežiūrą (1 pav.).



Šaltinis – Valstybės kontrolė

Šeimos gydytojas:

- skatina rūpintis sveikata;
- užkerta kelią susirgimams (teikia prevencines paslaugas);
- susirgus teikia gydymo paslaugas⁸.

2012 m. birželio mėnesį Lietuvoje buvo 1 792 šeimos gydytojai, kurie teikė ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas viešosiose ir privačiose gydymo įstaigose, sudariusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Pacientai turi teisę savo nuožiūra pasirinkti gydymo įstaigą ir šeimos gydytoją⁹.

Šeimos gydytojo teikiamoms ambulatorinėms paslaugoms¹⁰ apmokėti 2010 m. iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų buvo skirta 573 mln. Lt, 2011 m. – 604 mln. Lt, 2012 m. – 603 mln. Lt. Nors pirminės asmens sveikatos priežiūros finansavimas laikomas prioritetiniu (šiai priežiūrai skiriamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų nemažėjo net ir mažėjant šalies gyventojų), tačiau vis dažniau kalbama apie pirminės asmens sveikatos priežiūros organizavimo problemas. Apie pacientų eiles gydymo įstaigose, apie šeimos gydytojų trūkumą, didelį darbo krūvį, pacientų nepasitikėjimą šeimos gydytojais nemažai

⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymu Nr. V-943 patvirtintas Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas, 1 p. (2008-01-17 įsakymo Nr. V-48 redakcija).

⁸ Pasaulinė šeimos gydytojų organizacija (angl. WONCA – World Organization of Family Doctors). Prieiga per internetą: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>.

⁹ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 1996-10-03 Nr. I-1562, 4 str.

¹⁰ Ambulatorinės paslaugos – kai pacientai gydymo įstaigoje negydomi visą parą.

rašoma spaudoje. Panašios problemos minimos ir Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse¹¹.

Audito metu vertinome, ar šeimos gydytojo institucija veikia efektyviai. Atlikome šeimos gydytojų, gydymo įstaigų vadovų, bendrosios praktikos slaugytojų, savivaldybių administracijų, medicinos studentų ir šeimos gydytojų rezidentų apklausas. Analizavome gydymo įstaigų duomenis, Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų duomenis ir informaciją apie šeimos gydytojų ir jų aptarnaujamų gyventojų (pacientų) skaičių bei suteiktas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Išsami informacija apie audito duomenų rinkimo ir vertinimo metodus pateikta 1 priede.

Audituojamas laikotarpis 2010–2011 m., pokyčių analizei buvo naudojami ankstesnių laikotarpių ir 2012 m. duomenys.

Analizuodami šeimos gydytojų skaičių vertinome tik šeimos gydytojus, kurie dirba įstaigose, teikiančiose ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (viešosiose ir privačiose, sudariusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis), o gyventojų skaičiumi laikėme gyventojų, pasirinkusių šeimos gydytojų paslaugas, skaičių (o ne visų gyventojų skaičių). Atlikdami auditą darėme prielaidą, kad visi auditoriams pateikti dokumentai yra teisingi, išsamūs ir galutiniai, o jų kopijos atitinka originalus.

¹¹ Lietuvos Respublikos Seimo 2011-06-07 nutarimu Nr. XI-1430 patvirtinti Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys.

AUDITO REZULTATAI

1. Ar šeimos gydytojų skaičius pakankamas, kad patenkintų gyventojų poreikius?

Lietuvoje sukūrus šeimos gydytojo instituciją palaipsniui pereita nuo vidaus ligų, vaikų ligų ir kitų gydytojų¹² teikiamų paslaugų prie pirminės asmens sveikatos priežiūros, vykdomos šeimos gydytojų. 1 792 šeimos gydytojai¹³ teikia ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas per 2,5 mln. pacientų¹⁴. Šalies gyventojų, pasirinkusių šeimos gydytojus, skaičius pamažu didėja: 2006 m. šeimos gydytojai paslaugas teikė 64 proc. gyventojų, 2012 m. birželio mėn. – 83 proc. gyventojų. Likusieji gyventojai tebėra pasirinkę vidaus ligų ir vaikų ligų gydytojus. Pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje 2011 m. buvo suteikta 68 proc. visų ambulatorinių paslaugų. Siekiant, kad šeimos gydytojai pacientams teiktų paslaugas laiku ir tinkamai, svarbu, kad būtų reikiamas jų skaičius. Šis skaičius turėtų būti planuojamas. Prognozuoti sveikatos priežiūros specialistų poreikį ir formuoti aukštosioms mokykloms valstybės užsakymą rengti šiuos specialistus turi Sveikatos apsaugos ministerija.

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų normatyve, patvirtintame sveikatos apsaugos ministro įsakymu, nurodyti keturi šeimos gydytojų apylinkių tipai¹⁵: I tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų), II tipas – 1 100 gyventojų (iš jų iki 18 metų – nuo 50 iki 90 proc.), III tipas – 1 350 gyventojų (iš jų iki 18 metų – nuo 20 iki 50 proc.), IV tipas – 1 550 gyventojų (iš jų iki 18 metų – mažiau kaip 20 proc.), todėl mažesni nei 950 ar didesni nei 1 550 šeimos gydytojo pacientų skaičių laikėme neatitinkančiu normatyvo.

Audito metu laikėmės nuostatos, kad šeimos gydytojų skaičius tenkina gyventojų poreikius, kai:

- šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10-čiai tūkst. pacientų, tarp savivaldybių pasiskirstęs tolygiai (nesiskiria daugiau kaip 20 proc.);
- šeimos gydytojas turi nustatytą pacientų skaičių – ne mažiau kaip 950 ir ne daugiau kaip 1 550 pacientų¹⁶;
- šeimos gydytojų skaičius planuojamas tinkamai.

¹² Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas vietoj šeimos gydytojo dar gali teikti gydytojų komanda – vidaus ligų, vaikų ligų gydytojai, gydytojas akušeris ginekologas ir gydytojas chirurgas.

¹³ Šeimos gydytojai, dirbantys ambulatorinės paslaugos teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, sudariusiose sutartis su teritorine ligonių kasa.

¹⁴ Pacientai – gyventojai, pasirinkę šeimos gydytoją.

¹⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymu Nr. V-943 patvirtintas Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas, 7 p.

¹⁶ Pagal Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos apraše nustatytą didžiausią pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvą.

1.1. Šeimos gydytojų pakanka ne visose savivaldybėse

Savivaldybėse šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10-čiai tūkst. pacientų, nėra tolygus

Jeigu vienas šeimos gydytojas aptarnautų daugiausiai 1 550 pacientų, tai 10-čiai tūkst. pacientų reikėtų 6,6 šeimos gydytojo. Šalyje 2012 m. birželio mėnesį 10-čiai tūkst. pacientų vidutiniškai teko 7,4 šeimos gydytojo¹⁷. Todėl šiuo metu šeimos gydytojų skaičius Lietuvoje yra pakankamas. Tačiau šeimos gydytojai tarp savivaldybių pasiskirstę netolygiai: labiausiai jų trūksta šešiose savivaldybėse, o 34-iose jų yra per daug (2 lentelė ir 2 priedas).

2 lentelė. Šeimos gydytojų skaičiaus, tenkančio 10-čiai tūkst. pacientų, pasiskirstymas savivaldybėse 2012 m.

	Šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10-čiai tūkst. pacientų					
	iki 5,0 gydytojų	5,1–5,9 gydytojo	6,0–6,9 gydytojo	7,0–7,9 gydytojo	8,0–8,9 gydytojo	per 9,0 gydytojus
Savivaldybių skaičius	2	4	20	17	10	7

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos ir gydymo įstaigų duomenis

Šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10-čiai tūkst. pacientų, tarp daugiausia ir mažiausia šeimos gydytojų turinčių savivaldybių skiriasi daugiau kaip tris kartus: mažiausias šeimos gydytojų skaičius yra Šilalės rajono savivaldybėje – 4,1, didžiausias Jurbarko rajono savivaldybėje – 13,6. Šeimos gydytojų skaičius skiriasi kai kuriose panašų gyventojų skaičių turinčiose savivaldybėse.

Pavyzdžiai. Šeimos gydytojų skaičiaus skirtumai savivaldybėse

- Šakių r. savivaldybėje šeimos gydytojų 28 proc. daugiau nei Kaišiadorių r. savivaldybėje.
- Pagėgių savivaldybėje šeimos gydytojų 57 proc. daugiau nei Rietavo savivaldybėje.
- Skirtingas šeimos gydytojų skaičius mažose apskrityse (Marijampolės, Utenos, Tauragės ir Telšių) esančiose savivaldybėse. Tauragės apskrityje esančiose savivaldybėse vidutinis šeimos gydytojų skaičius – 8,9, Marijampolės apskrityje – 8, Utenos apskrityje – 6,7, Telšių – 6,5. Tauragės apskrityje šeimos gydytojų 37 proc. daugiau nei Telšių apskrityje.

Labiausiai šeimos gydytojų trūksta Šilalės rajono savivaldybėje (daugiau nei trečdalis) ir Pakruojo rajono savivaldybėje (trečdalis, 3 lentelė).

3 lentelė. Savivaldybės, kuriose trūksta šeimos gydytojų*

Savivaldybė	Šeimos gydytojų skaičius (esamas)	Šeimos gydytojų skaičiaus poreikis*	Trūkstamas šeimos gydytojų skaičius*	Trūkstamo šeimos gydytojų skaičiaus dalis (proc.)
1.	2.	3.	4.	5.
Biržų r.	13	15	2	13
Pakruojo r.	8	12	4	33
Skuodo r.	9	11	2	18

¹⁷ Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2011 m. Lietuvoje buvo 3 052,6 tūkst. (2012 m. – 3 007,8 tūkst.) gyventojų. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2011 m. ambulatorinėje grandyje buvo užimti 1 997,78 šeimos gydytojo (bendrosios praktikos gydytojo) etatai, t. y. 10-čiai tūkst. gyventojų teko 6,5 šeimos gydytojo etatai (2012 m. – 6,6).

1.	2.	3.	4.	5.
Radviliškio r.	14	15	1	7
Rietavo	5	6	1	17
Rokiškio r.	7	8	1	13
Skuodo r.	9	11	2	18
Šalčininkų r.	15	16	1	7
Šilalės r.	9	15	6	40
Telšių r.	24	26	2	8
Utenos r.	24	25	1	4
Vilniaus r.	52	56	4	7
Visagino m.	5	6	1	17

* Skaičiuojant pagal didžiausią apylinkės tipą – 1 550 pacientų.

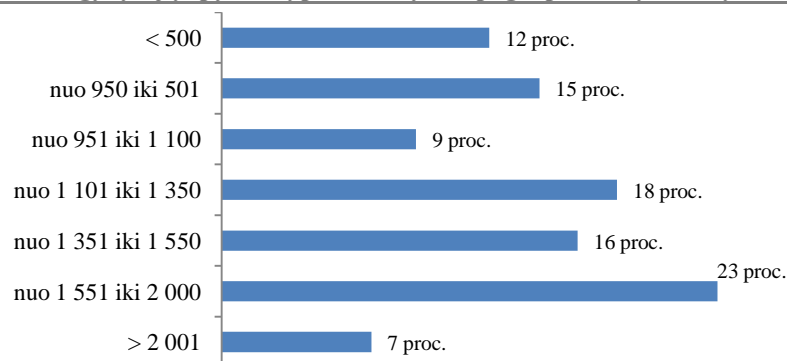
Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos ir gydymo įstaigų duomenis¹⁸

Skirtingas šeimos gydytojų skaičius lemia netolygią sveikatos priežiūrą skirtingose savivaldybėse, nes tose savivaldybėse, kur šeimos gydytojų trūksta labiausiai, pacientams sunku pas juos patekti.

Mažiau nei pusė šeimos gydytojų turi tiek pacientų, kiek numatyta sveikatos apsaugos ministro patvirtintame normatyve

Lietuvoje yra daugiau nei du tūkstančiai šeimos gydytojų apylinkių¹⁹. Sveikatos apsaugos ministro patvirtintą normatyvą pagal pacientų skaičių atitiko mažiau nei pusė (43 proc.) šeimos gydytojų apylinkių²⁰ (2 pav.).

2 pav. Šeimos gydytojų apylinkių pasiskirstymas pagal pacientų skaičių 2012 m.



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos ir gydymo įstaigų duomenis

12 proc. šeimos gydytojų apylinkių turėjo du kartus mažiau pacientų nei numato minimalus normatyvas (mažiau nei 500 pacientų). 7 proc. visų šeimos gydytojų apylinkių turėjo daugiau nei 2 tūkst. pacientų – tokios apylinkės, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų

¹⁸ Pastaba – jeigu gydymo įstaigos Valstybės kontrolei pateikti duomenys skiriasi nuo Valstybinės ligonių kasos informacijos, skaičiavimui taikėme didesnę skaičių.

¹⁹ Nors Lietuvoje šeimos gydytojų, dirbančių ambulatorinėse gydymo įstaigose, yra 1 792, tačiau kai kurie jų turi po kelias apylinkes.

²⁰ Į skaičiavimą įtraukėme, bet ši nuostata netaikytina toms šeimos gydytojų apylinkėms, kurios formuojamos kaimo vietovėse ar ten, kur dėl vietos ypatumų gyventojams būtų sunku greitai pasiekti kitą pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigą, vietovėse, kuriose mažas gyventojų tankis.

draugijos nuomone, yra per didelės. Buvo atvejų, kai šeimos gydytojų apylinkių dydis nesiekė 100 arba viršijo 3 tūkst. pacientų. Daugiausiai mažų apylinkių suformuota miestuose (Vilniuje, Kaune), o didelių apylinkių – rajonuose (Šalčininkų r., Pakruojo r.).

Pagal šeimos gydytojo aptarnaujamų pacientų skaičiaus normatyvą²¹, jei šeimos gydytojo apylinkę sudaro iki 950 pacientų, 90 proc. pacientų turėtų būti iki 18 metų amžiaus. Nustatėme, kad gydymo įstaigos, formuodamos šeimos gydytojų apylinkes, nesilaikė šios nuostatos, nes apylinkėse, kuriose pacientų mažiau nei 950, dauguma pacientų – vyresni nei 18 metų asmenys (3 priedas).

Pavyzdžiai. Pacientų iki 18 metų dalis mažose apylinkėse (nuo 50 iki 900 pacientų)

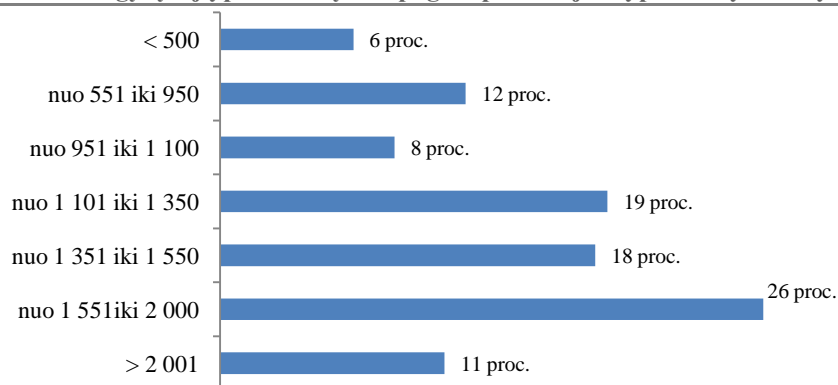
Peržiūrėjus 106 apylinkių duomenis nustatyta:

- apylinkių, kurių 90 proc. pacientų iki 18 m. amžiaus, buvo 3 proc.;
- apylinkių, kurių daugiau nei pusė pacientų nuo 18 iki 49 m. amžiaus, – 59 proc.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal VLK duomenis

Atkreiptinas dėmesys, kad per 9 proc. šeimos gydytojų dirba keliose pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose toje pačioje savivaldybėje ar keliose savivaldybėse. Todėl bendras vieno šeimos gydytojo aptarnaujamų pacientų skaičius didesnis, lyginant su pacientų skaičiumi, tenkančiu šeimos gydytojui vienoje apylinkėje. Tiek pacientų, kiek nustatyta pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą normatyvą, turi mažiau nei pusė šalies šeimos gydytojų (44 proc.) (3 pav.).

3 pav. Šeimos gydytojų pasiskirstymas pagal aptarnaujamų pacientų skaičių 2012 m.



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos ir gydymo įstaigų duomenis

Dalis šeimos gydytojų turi labai mažai arba labai daug pacientų: 6 proc. jų turi mažiau nei 500 pacientų, 11 proc. – daugiau nei 2 tūkst. pacientų.

Šeimos gydytojo aptarnaujamų pacientų skaičius skiriasi, nes pacientas gali pasirinkti (ir pasirinktą pakeisti) arčiausiai jo gyvenamosios vietos esančią arba kitą gydymo įstaigą ir

²¹ Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 7 p.

konkretų šeimos gydytoją²². Šeimos gydytojų apylinkę formuoja gydymo įstaigos administracija, kuri ne visada laikosi sveikatos apsaugos ministro patvirtinto normatyvo. Taip pat apylinkės ne visada formuojamos išlaikant teritorijos principą, kadangi tokių reikalavimų nėra.

Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas nustato pacientų teisę pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą. Tačiau ši teisė gali būti ribojama pagal valstybės nustatyta tvarka pripažįstamas sveikatos priežiūros sąlygas²³.

Šeimos gydytojai turi tinkamai atlikti bendruomenės sveikatos priežiūrą, suteikti visas nustatytas paslaugas (pavyzdžiui, atlikti nėščiujų, vaikų sveikatos priežiūrą, teikti paslaugas namuose, neįgaliųjų sveikatos priežiūros paslaugas ir kitas). Todėl šeimos gydytojų apylinkės turėtų būti sudaromos pagal teritorijas, nes tada visiems teritorijos gyventojams bus vienodai prieinamos šeimos gydytojo paslaugos²⁴.

Europos Sąjungos šalys reguliuoja šeimos gydytojų apylinkių steigimą ir nustato reikalavimus dėl apylinkių dydžio.

ES šalių praktika formuojant šeimos gydytojų apylinkes

Vokietija – šeimos gydytojų skaičius planuojamas atskirose teritorijose pagal gyventojų ir aktyvių gydytojų santykį kiekvienoje teritorijoje. Jeigu gydytojų pasiūla tam tikroje teritorijoje viršija 110 proc., t.y. susidaro 10 proc. gydytojų perteklius, valstybiniai medicinos komitetai ir sveikatos draudimo fondai toje teritorijoje draudžia naujų gydytojų registraciją (neišduodamas leidimas verstis gydytojo praktika toje teritorijoje). Yra 3 tipų teritorijos:

- teritorijos, kuriose daugiau šeimos gydytojų neplanuojama – yra 10 proc. gydytojų perteklius;
- teritorijos, kuriose šeimos gydytojų iš dalies neplanuojama – šių gydytojų perteklius yra mažesnis nei 10 proc.;
- teritorijos, kuriose šeimos gydytojų skaičius planuojamas – jose nėra gydytojų pertekliaus ir leidžiama naujų gydytojų registracija.

Siekiant sureguliuoti gydytojų paskirstymą ir pašalinti jų trūkumą tam tikrose teritorijose, įvedami specialūs reikalavimai gydytojams tose teritorijose, kur yra jų perteklius.

Danija – vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2 066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1 306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus.

Austrija – sveikatos draudimo fondai ir medikų asociacijos priima sprendimą dėl leidimo verstis šeimos gydytojo praktika konkrečioje teritorijoje. Šeimos gydytojo apylinkė turi vidutiniškai 2 000 pacientų.

Italija – maksimalus leidžiamas apylinkės dydis 1 500 pacientų (1 800 išskirtiniais atvejais).

Šaltinis – prieiga per internetą: <http://www.english.g-ba.de/special-topics/planning/physicians/> ir <http://www.uemo.eu/gp-in-europe.html>

Mažesnis nei nustatyta šeimos gydytojo aptarnaujamų pacientų skaičius nesudaro prielaidų pacientams suteikti daugiau paslaugų, bet priešingai – gali apsunkinti paslaugų prieinamumą, nes gydytojai dirba trumpiau ar rečiau (pavyzdžiui, 2 val. per dieną, 4 val. kas

²² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001-11-09 įsakymu Nr. 583 patvirtinta Gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarka, 2 p.

²³ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas, 1996-10-03 Nr. I-1562, 4 str. 3 d.

²⁴ Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas, 11 p.

antrą darbo dieną, 4 val. vieną kartą per savaitę²⁵). Pacientams, kurių šeimos gydytojai turi daugiau nei nustatyta pacientų, sudėtinga patekti pas gydytoją dėl eilių. Be to, dėl didelio šeimos gydytojų darbo krūvio gali nukentėti jų teikiamų paslaugų kokybė. Jei šeimos gydytojų apylinkės būtų sudaromos pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytą normatyvą, šeimos gydytojai tolygiau pasiskirstytų pagal savivaldybes, o jų paslaugos būtų geriau prieinamos gyventojams.

Pažymėtina, kad šiuo metu šeimos gydytojo apylinkės normatyvas nustatytas pagal vienintelį kriterijų – pacientų skaičių pagal jų amžių. Jei normatyvas būtų nustatytas ir pagal kitus kriterijus, pavyzdžiui, atstumą iki gydymo įstaigos, galimybę ją pasiekti visuomeniniu transportu, tada šeimos gydytojo paslaugos būtų lengviau prieinamos. Todėl Sveikatos apsaugos ministerija turėtų peržiūrėti nustatytus šeimos gydytojo apylinkių tipus ir numatyti daugiau jų formavimo kriterijų.

1.2. Šeimos gydytojų skaičius (poreikis) planuojamas netinkamai

Verstis šeimos gydytojo praktika galima įstaigoje, turinčioje galiojančią licenciją teikti šeimos gydytojo paslaugas²⁶. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme nustatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa nustato Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos²⁷ įstaigų minimalius išdėstymo, jų struktūros reikalavimus ir paslaugų poreikį²⁸. Šių įstaigų steigėjai ir įstaigos privalo užtikrinti, kad šie reikalavimai būtų įgyvendinti²⁹.

Šeimos gydytojų skaičius (poreikis) planuojamas tinkamai, kai:

- nustatyti gydymo įstaigų išdėstymo ir struktūros reikalavimai;
- pagal nustatytus kriterijus periodiškai apskaičiuojamas šeimos gydytojų poreikis;
- vykdomas ilgalaikis, perspektyvinis šeimos gydytojų skaičiaus (poreikio) planavimas;
- naudojami teisingi duomenys apie dirbančius šeimos gydytojus ir jų poreikį.

Nenustatyti pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai

Pirminė asmens sveikatos priežiūra yra savarankiškoji (priskirta) savivaldybės funkcija³⁰. Šią priežiūrą organizuoja savivaldybių vykdomosios institucijos, o organizavimo

²⁵ Pagal gydymo įstaigų skelbiamą informaciją apie šeimos gydytojų darbo laiką.

²⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-22 įsakymu Nr. V-1013 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.

²⁷ Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos – sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos licencijas turinčios valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos; valstybės ir savivaldybių įmonės; kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis arba kitais Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos užsakovais – šių sutarčių galiojimo laikotarpiu, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552.

²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996-06-06 Nr. I-1367, 11 str. 1 d.

²⁹ Ten pat, 11 str. 2 d.

³⁰ Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas, 1994-07-07 Nr. I-533 (2008-09-15 Nr. X-1722 redakcija) 6 str. 17 p.

tvarką nustato Vyriausybė ar jos įgaliota institucija³¹. Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų Lietuvoje nėra³². Teisės aktais nustatytas tik pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų normatyvas – apylinkių dydis, kuris atitiktų įstaigos struktūros reikalavimus. Nesant pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų, gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai (pavyzdžiui, Vilniaus, Kauno, Šiaulių, Panevėžio miestų, Marijampolės, Šilalės rajonų). Be to, šeimos gydytojų apylinkes steigiančios gydymo įstaigų administracijos ne visada atsižvelgia į nustatytą normatyvą ir formuoja mažesnes arba didesnes apylinkes. Todėl kai kuriose savivaldybėse steigiama daugiau apylinkių, nei reikėtų pagal gyventojų skaičių ir nustatytą ministerijos normatyvą. Kitose savivaldybėse tokių apylinkių trūksta (1.1. poskyris).

Europos Sąjungos valstybėse, planuojant šeimos gydytojų poreikį, atsižvelgiama į tai, kiek šeimos gydytojui numatyta aptarnauti gyventojų. Kai kuriose valstybėse, pavyzdžiui Estijoje, vyriausybė nustato šeimos gydytojų apylinkių skaičių, išsidėstymą. Kai nėra reikalavimų pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymui, o gydymo įstaigos nesivadovauja nustatytais apylinkių dydžio normatyvais, negalima pagrįstai įvertinti, kiek ateityje reikės šeimos gydytojų ir, atsižvelgus į gydytojų parengimo laiką (trunka ne mažiau kaip devynerius metus), racionaliai ir taupiai planuoti bei skirti valstybės lėšas šiems gydytojams parengti. Be to, nepaisant valstybės investicijų rengiant šeimos gydytojus, skirtinguose šalies rajonuose liks netolygiai prieinama pirminė asmens sveikatos priežiūra.

Dalis savivaldybių šeimos gydytojų poreikį nustato netinkamai

Šeimos gydytojų poreikiui³³ nustatyti galėtų būtų naudojama sveikatos apsaugos ministro patvirtinta sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimo nacionaliniu ir vietiniu lygmeniu metodika³⁴, kurioje pateikti specialistų poreikio nustatymo metodai ir principai. Tačiau metodika yra rekomendacinio pobūdžio. Pusė savivaldybių ja nesivadovauja.

³¹ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552, 12 str. 4 d. (2010-04-20 Nr. XI-766 redakcija).

³² Iki 2007 m. galiojo Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo nuostata, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms (ir) ar jų filialams steigti būtinas savivaldybės, kurios teritorijoje steigiama įstaiga, valdybos išduotas leidimas. Leidimai buvo išduodami, atsižvelgiant į savivaldybės tarybos patvirtintą pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo programą (planą). Pastaraisiais metais minėto leidimo iš savivaldybės gauti nereikia, nes Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo (1996-06-06 Nr. I-1367) 17 str. 2 dalis šio įstatymo 15, 17, 29 ir 40 straipsnio pakeitimo įstatymu (2007-01-18 Nr. X-1044) pripažinta netekusi galios.

³³ Gydytojų poreikis – atitinkamos profesijos ir (ar) kvalifikacijos (specialybės) žmonių skaičius, kurio reikia teikti tam tikroms kvalifikuotoms, prieinamoms ir kokybiškoms paslaugoms.

³⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-09-26 įsakymu Nr. V-777 patvirtinta Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų poreikio planavimo metodika.

Savivaldybės nurodė, kad planuodamos šeimos gydytojų poreikį vadovaujasi šiais kriterijais:

- 79 proc. – gydytojų ir gyventojų skaičiaus santykiu;
 - 52 proc. – demografiniu gyventojų pokyčiu;
 - 38 proc. – šeimos gydytojo teikiamų paslaugų skaičiumi;
 - 38 proc. – gyventojų apsilankymų pas šeimos gydytoją skaičiumi per metus.
-

Pusė savivaldybių informavo Valstybės kontrolę, kad trūksta šeimos gydytojų. Tačiau tik dalis jų nurodė kriterijus, kuriais vadovaujasi, skaičiuodamos šeimos gydytojų trūkumą. Mūsų skaičiavimais, jeigu vienam gydytojui tektų 1 550 pacientų, tai gydytojų trūktų ketvirtadalyje savivaldybių (4 priedas). Atkreiptinas dėmesys, kad šeimos gydytojų trūkumą nurodė ir savivaldybės, kuriose šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10-čiai tūkst. pacientų, yra didesnis nei šalies vidurkis (pavyzdžiui, Jurbarko r., Lazdijų r., Marijampolės, Kauno miesto, Panevėžio miesto savivaldybės). Tai rodo, kad šeimos gydytojai netolygiai pasiskirstę ne tik tarp savivaldybių, bet ir atskirose savivaldybėse.

Vertindamos šeimos gydytojų poreikį savivaldybės vadovaujasi skirtingais kriterijais, nes Sveikatos apsaugos ministerija nepatvirtino bendrų privalomų kriterijų. Todėl savivaldybių nurodytas šeimos gydytojų poreikis ne visuomet tikslus. Remiantis netiksliais savivaldybių duomenimis negalima tinkamai nustatyti šeimos gydytojų poreikio visoje šalyje ir numatyti, kokio šių gydytojų skaičiaus reikės ateityje.

Sveikatos apsaugos ministerija neturi duomenų apie šeimos gydytojų poreikį, nevykdo ilgalaikio planavimo

Nustatėme, kad Sveikatos apsaugos ministerija iš savivaldybių duomenis apie gydytojų poreikį rinko 2010 m., tačiau visų savivaldybių duomenų neturi (sukaupti duomenys 43 (iš 60) savivaldybių). Be to, ministerija nepatikrino, ar pateikti teisingi duomenys, ar nurodytas tikslus gydytojų poreikis. Taigi, Sveikatos apsaugos ministerija neturi tikslios informacijos apie laisvas šeimos gydytojų darbo vietas savivaldybėse ir (ar) gydymo įstaigose ir duomenų, kiek šeimos gydytojų turėjo būti 2010–2012 m. Lietuvoje, kad būtų patenkintas pirminės asmens sveikatos priežiūros poreikis. Taip pat neturi duomenų, koks šeimos gydytojų poreikis bus po penkerių, dešimties ir t. t. metų.

Nors pagal mūsų apskaičiavimus šiuo metu šalyje pakanka šeimos gydytojų, tačiau ilgalaikis šeimos gydytojų planavimas būtinas, nes 2010 m. 40 proc. šeimos gydytojų buvo 55 m. amžiaus ir vyresni, vidutinis šeimos gydytojo amžius 2010 m. buvo 50 metų, o 2025 m. 70

proc. šių gydytojų bus pensinio amžiaus³⁵. Be to, reikia vertinti ir tai, kad profesinę veiklą nutrauks ne visi 66 metų sulaukę gydytojai³⁶.

Siekiant užtikrinti tinkamą šeimos gydytojų skaičiaus planavimą, Sveikatos apsaugos ministerija turėtų nustatyti siektiną rodiklį, kiek Lietuvoje reikia šeimos gydytojų. Taip pat vykdyti ilgalaikį šeimos gydytojų poreikio planavimą, atsižvelgiant ne tik į dirbančių gydytojų amžių, bet ir į apylinkių dydį, teikiamų paslaugų mastą, kitus gydytojus, teikiančius pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (vidaus, vaikų ligų, akušerius ginekologus ir kt.).

Šeimos gydytojų poreikio planavimui galėtų būti naudojami „Sveidros“ posistemio METAS duomenys, tačiau jie netikslūs ir neišsamūs

Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ posistemyje METAS³⁷ yra kaupiami asmens sveikatos priežiūros įstaigų, šeimos gydytojų duomenys.

METAS pagrindiniai tikslai:

- vieningas sveikatos priežiūros specialistų identifikavimas ir jų duomenų administravimas;
- sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo programų ir jų eigos administravimas;
- sveikatos priežiūros specialistų kompensuojamų tobulinimo lėšų paskirstymas ir apskaita;
- vieningas licencijuojamų sveikatos priežiūros įstaigų duomenų administravimas.

Šaltinis – Medicinos elektroninės tobulinimo administravimo sistemos (METAS) vartotojo vadovas tobulinimo programų administravimui, 2008 m.

Gydymo įstaigos privalo posistemyje METAS skelbti informaciją apie priimamą ar atleidžiamą iš darbo šeimos gydytoją tą pačią dieną.³⁸ Sveikatos apsaugos ministerijos teigimu, ministerija pagal posistemio METAS duomenis nustato, kiek yra atitinkamos profesinės kvalifikacijos gydytojų, kiek jų išvykusių. Nustatėme, kad gydymo įstaigos neužpildo ir neatnaujina informacijos apie šeimos gydytojų darbo santykius įstaigoje (įdarbinimą ar darbo nutraukimą), ne visais atvejais teisingai nurodo gydytojo kvalifikaciją, pareigas ir kt. (5 priedas). Todėl posistemyje METAS ne visi duomenys apie šeimos gydytojus yra tikslūs ir šeimos gydytojų poreikio planavimui netinkami.

Sveikatos apsaugos ministerija nurodė, kad posistemio METAS tvarkymas yra paskirstytas įstaigoms pagal jų veiklos sritis: Sveikatos apsaugos ministerijai, įstaigoms prie ministerijos – Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai, Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai ir Valstybinei ligonių kasai, bei Lietuvos Respublikos odontologų rūmams,

³⁵ 2011 m. Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu atlikta Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio „Dienos fotografijos“ analizė.

³⁶ Starkienė L., Gydytojų skaičiaus planavimas: nuo mokslinių tyrimų iki sveikatos politikos. Sveikatos politika ir valdymas Nr. 1(4), 2012.

³⁷ Medicinos elektroninė tobulinimo administravimo sistema.

³⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003-01-06 įsakymas Nr. V-1 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos specialisto spaudui suteikimo ir panaikinimo taisyklių patvirtinimo“ (2010-10-11 Nr. V-893 redakcija), 2.8.p.

asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, vaistinėms. Duomenis, susijusius su asmens sveikatos priežiūros specialistais (licencijuojama veikla, spaudo numeris, kvalifikacijos tobulinimas) ir įstaigomis (licencijuojama veikla), tvarko Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba. Taigi, ši tarnyba turėtų prižiūrėti, kad visa informacija apie asmens sveikatos priežiūros specialistus ir gydymo įstaigas posistemyje METAS būtų išsami ir teisinga, juo labiau kad Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba vykdo sveikatos srities valstybės ir žinybinių registrų bei informacinių sistemų tvarkytojo funkcijas³⁹.

Šeimos gydytojų skaičiaus planavimas būtų efektyvesnis, jei gydymo įstaigos duomenis apie šeimos gydytojus laiku ir teisingai suvestų į posistemį METAS. Tada šiais duomenimis galėtų naudotis tiek savivaldybės, tiek Sveikatos apsaugos ministerija. Savivaldybės išvengtų papildomo duomenų rinkimo ir teikimo ministerijai, ministerija nuolat disponuotų reikiama informacija.

1.3. Nepakankamai efektyviai vykdomos priemonės, kurios padėtų sumažinti šeimos gydytojų trūkumą savivaldybėse

Audito metu laikėme, kad valstybės ir savivaldybių lygiu taikomos priemonės yra efektyvios tada, kai:

- aukštosiose mokyklose rengiamas pakankamas skaičius medicinos studentų ir šeimos medicinos rezidentų⁴⁰;
- baigę šeimos gydytojo rezidentūros studijas specialistai įsidarbina tų savivaldybių gydymo įstaigose, kuriose labiausiai jų trūksta.

Didėja šeimos medicinos rezidentūrą baigusių gydytojų skaičius

2010–2012 m. Vilniaus universitetas ir Lietuvos sveikatos mokslų universitetas į šeimos medicinos rezidentūros studijas priėmė daugiau rezidentų nei 2009 m. (4 lentelė).

4 lentelė. Gydytojų, 2009–2012 m. priimtų į šeimos medicinos rezidentūrą šalies universitetuose, skaičius

	2009 m.	2010 m.	2011 m.	2012m.
Lietuvos sveikatos mokslų universitetas	29	97	47	56
Vilniaus universitetas	17	40	47	27
Iš viso:	46	137	94	83

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Švietimo ir mokslo ministerijos informaciją

³⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011-09-07 įsakymu Nr. V-839 patvirtinti Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai, 10.8. p.

⁴⁰ Rezidentūra – studijos pagal studijų programas, kurias baigus nesuteikiamas laipsnis, skirtos aukštąjį universitetinį išsilavinimą įgijusiems asmenims teisės aktų nustatyta tvarka pasirengti savarankiškai praktinei veiklai. Lietuvos Respublikos mokslo ir studijų įstatymas, 2009-04-30 Nr. XI-242.

Baigusių rezidentūrą šeimos gydytojų skaičius 2012 m., palyginti su 2010 m., išaugo daugiau nei dvigubai: 2010 m. baigė 23, o 2012 m. – 52 šeimos gydytojai (2011 m. jų buvo 30). 2010–2012 m. šeimos medicinos rezidentūros studijas nutraukė arba sustabdė 68 gydytojai rezidentai (90 proc. šių rezidentų – Lietuvos sveikatos mokslų universitete).

Didėjo valstybės lėšos, skirtos šeimos medicinos rezidentūros studijoms. 2012 m. vidutinė vienam rezidentui skirta lėšų suma⁴¹ buvo 36,6 tūkst. Lt (2011 m. – 32,0 tūkst. Lt, 2010 m. – 25,6 tūkst. Lt).

Didėjant šeimos medicinos rezidentų skaičiui būtų galima išspręsti šeimos gydytojų trūkumo problemą ateityje, jeigu jie įsidarbintų labiausiai tokių gydytojų stokojančiose savivaldybėse.

Daugiau kaip pusė baigusių šeimos medicinos rezidentūrą gydytojų įsidarbina didžiuosiuose šalies miestuose

Šeimos gydytojo licencijos 2009–2012 m. suteiktos 118 gydytojų⁴². Dauguma (87 proc.) šių gydytojų įsidarbina ambulatorinėse gydymo įstaigose 30-yje šalies savivaldybių. Pusė iš pradėjusių dirbti ambulatorinėse gydymo įstaigose šeimos gydytojų įsidarbina Vilniuje ir Kaune, kur šeimos gydytojų pakanka (Vilniuje – 36, Kaune – 17 gydytojų). Šeimos gydytojai įsidarbina ir savivaldybėse, kuriose šių gydytojų skaičius nepakankamas, pavyzdžiui, Vilniaus r. savivaldybėje – penki, Biržų r. ir Radviliškio r. savivaldybėse – po vieną šeimos gydytoją (6 priedas).

Jauni gydytojai, baigę rezidentūros studijas, nelinkę įsidarbinti rajonų gydymo įstaigose. Šiose įstaigose norėtų įsidarbinti tik 3 proc. apklaustų medicinos studentų ir šeimos medicinos rezidentų. Apklausoje dalyvavę jauni gydytojai nurodė šias pagrindines priežastis, kodėl nenorėtų dirbti rajone:

- mažos profesinio tobulėjimo galimybės – 74 proc.;
- mažos karjeros galimybės – 69 proc.;
- blogesnės pacientų ištyrimo galimybės – 68 proc.;
- mažos gydytojų kompetencijų realizavimo galimybės – 67 proc.;
- mažas darbo užmokestis – 53 proc.;
- kitos priežastys (sukurta šeima, įsigytas būstas, neigiamas požiūris į darbą rajone) – 15 proc.

⁴¹ Lėšos skirtos šeimos medicinos rezidentūros studijoms ir studentų stipendijoms. Švietimo ir mokslo ministerijos duomenys.

⁴² Ne visi šeimos gydytojai, baigę rezidentūrą, iškart kreipiasi į Valstybinę akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybą prie Sveikatos apsaugos ministerijos dėl licencijos verstis šeimos gydytojo praktika. Todėl tais pačiais metais baigusiųjų šeimos gydytojų rezidentūrą asmenų skaičius ir asmenų, kuriems suteiktos licencijos, skaičius nesutampa. Atlikdami auditą skaičiavome tik tuos gydytojus, kuriems šeimos gydytojo licencija buvo pirmoji po medicinos studijų suteikta licencija.

Valstybės ir savivaldybių lygiu būtina taikyti tokias priemones, kurios pritrauktų jaunos gydytojus dirbti šalies rajonų gydymo įstaigose.

Savivaldybės nepakankamai aktyviai vykdo priemones šeimos gydytojų trūkumui sumažinti

Dauguma (84 proc.) apklaustų savivaldybių nurodė pagrindines taikytas priemones, siekiant išspręsti šeimos gydytojų trūkumą:

- didesnę darbo užmokestį – 52 proc.;
- transporto išlaidų kompensaciją – 35 proc.;
- būsto suteikimą – 35 proc.;
- tolesnio mokymosi, kvalifikacijos kėlimo finansinę paramą – 28 proc.;
- pagalbą įsigyjant ar atnaujinant medicinos įrangą – 26 proc.;
- apmokėtas rezidentūros studijas ir karjeros galimybes – po 24 proc.

Pažymėtina, kad tokias pačias priemones taikė tiek savivaldybės, kuriose pavyko sumažinti šeimos gydytojų trūkumą, tiek savivaldybės, kuriose to padaryti nepavyko. Savivaldybės nurodė, kad sprendžiant šeimos gydytojų trūkumo klausimą veiksmingiausios priemonės buvo šios:

- didesnis darbo užmokestis – 50 proc.;
- būsto suteikimas – 24 proc.;
- pagalba įsigyjant ar atnaujinant medicinos įrangą – 22 proc.;
- karjeros galimybes, tolesnio mokymosi, kvalifikacijos kėlimo finansinė parama, transporto išlaidų kompensacija – po 17 proc.

Savivaldybių atsakymai iš dalies skiriasi nuo medicinos studentų ir šeimos medicinos rezidentų apklausos duomenų. Dirbti ambulatorinėse gydymo įstaigose rajone medicinos studentus ir šeimos medicinos rezidentus labiausiai skatintų:

- didesnis darbo užmokestis – 75 proc.;
- tolesnio mokymosi ir kvalifikacijos kėlimo finansinė parama – 71 proc.;
- karjeros galimybes ir gera diagnostikos įranga – po 62 proc.;
- būsto suteikimas ir tinkamai įrengta darbo vieta po – 59 proc.;
- sudarytos galimybes konsultuotis su specialistais – 56 proc.

Studentų teigimu, ambulatorinių gydymo įstaigų atstovai, priešingai nei ligoninių, nedalyvauja karjeros dienose aukštosiose mokyklose. Pažymėtina, kad gydytojams rezidentams trūksta informacijos apie laisvas šeimos gydytojų darbo vietas. Du trečdaliai atsakiusių rezidentų nurodė, kad nėra informuoti apie laisvas darbo vietas, trečdalis – kad yra informuoti iš dalies. Asmeniškai kvietimą dirbti gydymo įstaigoje yra gavę 15 proc. apklaustų šeimos medicinos rezidentų ir 4 proc. apklaustų medicinos studentų.

Pateikiame Sveikatos apsaugos ministerijos, šeimos gydytojų, Švietimo ir mokslo ministerijos atstovų komentarus apie priemones, kurios galėtų skatinti jaunus gydytojus įsidarbinti rajonuose.

Komentarai

- Sveikatos apsaugos ministerijos atstovų nuomone, siekiant pritraukti sveikatos priežiūros specialistus į mažus šalies miestus svarbu suteikti jiems galimybes tobulėti, stažuotis darbo vietos principu ir užsienyje, turėti reikiamą medicininę įrangą, suteikti patrauklų būstą ir pan.
- Šeimos gydytojų atstovai pažymėjo, kad savivaldybės taiko priemones, kad sumažintų šeimos gydytojų skaičiaus trūkumą: suteikia būstą, kompensuoja transporto išlaidas, moka didesnę darbo užmokestį. Tačiau gydytojai sutinka gauti mažesnę darbo užmokestį už galimybę dirbti didesniame mieste. Į mažesnius Lietuvos miestus dažniausiai važiuoja dirbti iš tų vietovių kilę gydytojai.
- Švietimo ir mokslo ministerijos atstovų nuomone, jauni gydytojai nėra skatinami įsidarbinti rajonuose, rajonų sveikatos priežiūros įstaigos jų neieško.

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, gydytojų netolygaus pasiskirstymo tarp miesto ir kaimo regionų problema yra aktuali tiek išsivysčiusiose, tiek besivystančiose šalyse. Tyrimai parodė, kad gydytojai, kilę iš kaimo, yra labiau linkę dirbti kaimo ar atokiose vietovėse. Tiesioginis finansinis skatinimas yra veiksmingas daugiau išsivysčiusiose šalyse ir yra efektyvesnis, kai derinamas su kitomis priemonėmis. Didelę reikšmę turi infrastruktūros plėtra kaimo vietovėse, tačiau tam reikia didelių investicijų, todėl nedaug šalių tokias priemones įgyvendina⁴³.

Užsienio šalių praktika taikant priemones, kurios skatintų gydytojus dirbti kaimo ir atokiose vietovėse

JAV – taikomos lengvatos studentams iš kaimo vietovių, stengiamasi, kad jie atliktų praktiką kaimo vietovėse, kompensuojamos aukštojo mokslo studijų išlaidos. Taip pat kaimo vietovėse praktikuojantiems gydytojams suteikiamos papildomos atostogos.

Kanada

- studentai atlieka praktiką kaimo vietovėse;
- taikomi specialūs kriterijai studentams priimant juos į medicinos programas;
- studentams ir baigusiems studijas teikiamos lengvatinės paskolos, pašalpos, stipendijos ir pan.;
- kompensuojamos transporto išlaidos, teikiama finansinė parama tolesniam mokymuisi, kvalifikacijos kėlimui;
- diferencijuotas darbo užmokestis, taikomi bonusai gydytojams, dirbantiems kaimo ar atokiose vietovėse;
- vietinės bendruomenės teikia finansinę paramą medicinos įstaigoms, teikiama parama naujoms technologijoms kaimo ar atokiose vietovėse;
- nustatytos gydytojų skaičiaus kvotos regionuose.

Slovėnija – plečiamos slaugytojų kompetencijos, norint sumažinti krūvį, tenkantį šeimos gydytojams.

Šaltinis – prieiga per internetą: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HRH_HMR_2009.06_eng.pdf; www.uemo.eu/national-sections; <http://www.english-g-ba.de/special-topics/planning/physicians> ir http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/152271/e95775.pdf

⁴³ Leidinys *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention Background paper for the first expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention Geneva, 2–4 February, 2009*. Prieiga per internetą http://www.who.int/hrh/migration/rural_retention_background_paper.pdf.

Siekiant, kad šeimos gydytojai dirbtų į rajonuose, ten galėtų būti organizuojama studentų praktika, gerų darbo rezultatų pasiekusiose gydymo įstaigose kuriamos rezidentūros bazės. Tikslinga centralizuotai skelbti duomenis apie laisvas darbo vietas. Savivaldybių, gydymo įstaigų administracijos turėtų aktyviau dalyvauti aukštųjų mokyklų rengiamose karjeros dienose. Pasaulio sveikatos organizacijos skelbiami tyrimai rodo, kad kilę iš kaimo gydytojai yra labiau linkę dirbti kaimo ar atokiuose vietovėse, todėl savivaldybių administracijos, gydymo įstaigų vadovai galėtų remti iš ten kilusius jaunus šeimos gydytojus, tarkime, finansuoti rezidentūros studijas.

2. Ar šeimos gydytojai tinkamai vykdo Šeimos gydytojo medicinos normoje numatytas pareigas?

Šeimos gydytojo veiklos sritis, teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę nustato atitinkama Lietuvos medicinos norma⁴⁴ (toliau – Šeimos gydytojo medicinos norma). Nustatyta, kad šeimos gydytojas, be kitų pareigų, turi: „<...> atlikti bendruomenės sveikatos priežiūrą pagal kompetenciją; savarankiškai diagnozuoti ligas, gydyti pacientus pagal Šeimos gydytojo medicinos normos reikalavimus bei rekomenduoti profilaktikos priemones; paciento tyrimo, gydymo, profilaktinio darbo rezultatus įrašyti į medicinos dokumentus; konsultuotis su atitinkamu specialistu arba siųsti pas jį pacientą; <...> propaguoti sveiką gyvenseną, sveikatos ugdymo ir ligų profilaktikos priemones; <...> bendradarbiauti su kitais darbuotojais, atliekančiais pirminę asmens sveikatos priežiūrą ir teikiančiais socialinę pagalbą <...>“⁴⁵. Audito metu laikėme, kad šeimos gydytojai tinkamai atlieka savo pareigas, kai:

- vykdo Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas kompetencijas: diagnozuoja ligas ir gydo pacientus pagal Šeimos gydytojo medicinos normos reikalavimus, pacientus konsultacijai pas gydytojus specialistus siunčia pagrįstai;
- šeimos gydytojų darbas organizuotas tinkamai;
- tinkamai vertinamos šeimos gydytojų kompetencijos;
- kvalifikacijos tobulinimas atitinka šeimos gydytojų poreikius.

2.1. Šeimos gydytojai nepakankamai vykdo Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas pareigas ir kompetencijas

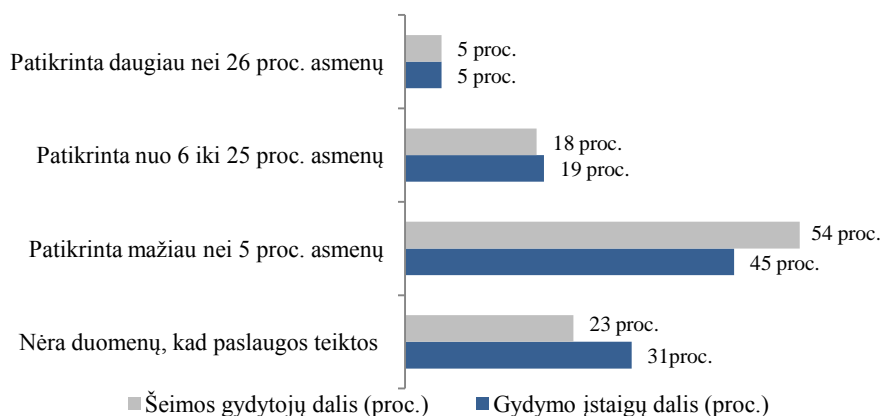
Šeimos gydytojai mažai atlieka profilaktinių suaugusiųjų sveikatos patikrinimų

⁴⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-22 įsakymu Nr. V-1013 patvirtinta Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.

⁴⁵ Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, 11 p.

Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatyta, kad gydytojas turi mokėti ir atlikti ligų profilaktiką, mažinti bendruosius rizikos veiksnius⁴⁶. Sveikatos sistemos įstatyme nustatyta, kad „sveikatos priežiūros įstaigos privalo per nustatytą laiką tikrinti <...> asmenų, kurių sąrašą nustato Sveikatos apsaugos ministerija, sveikatą“⁴⁷. Sveikatos apsaugos ministras nustatė Profilaktinių sveikatos tikrinimų rūšis ir apmokėjimo tvarką⁴⁸ ir Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarką⁴⁹. Jose nustatyta, kad atlikus profilaktinius sveikatos tikrinimus pildomi medicininiai dokumentai ir šių tikrinimų duomenys įrašomi į paciento asmens sveikatos istoriją⁵⁰. Valstybinės ligonių kasos duomenimis, šalies šeimos gydytojai 2011 m. aptarnavo 1,7 mln. pacientų, kurių amžius 18–65 m. Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės paslaugos buvo suteiktos 5 proc. šių asmenų. Aktyviau ligų profilaktiką vykdė 97 gydytojai (5 proc. šeimos gydytojų), kurie dėl neinfekcinių ligų patikrino daugiau nei ketvirtadalio 18–65 m. amžiaus savo pacientų sveikatą (4 pav., 7 priedas).

4 pav. Ambulatorinėse gydymo įstaigose šeimos gydytojų 2011 m. vykdyta 18–65 m. amžiaus asmenų neinfekcinių ligų profilaktika ir kontrolė



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų duomenis

Įvertinus 118-os šeimos gydytojų įrašus 368-ių suaugusiųjų asmenų ambulatorinio gydymo istorijose nerasta nė vieno įrašo, pažyminčio, kad šeimos gydytojas profilaktiškai patikrino paciento sveikatą dėl neinfekcinių ligų arba informavo pacientą apie tokius profilaktinius sveikatos tikrinimus. Rastas vienas įrašas, pažymintis, kad profilaktiškai pasitikrinti sveikatą kreipėsi pati pacientė. Pateikiame Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos ir nuomonę, kodėl šeimos gydytojai vykdo mažai profilaktinių suaugusiųjų sveikatos patikrinimų.

⁴⁶ Ten pat, 13.2 p.

⁴⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552 (1998-12-01 Nr. VIII-946 redakcija), 18 str., 2 d.

⁴⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000-05-31 įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“.

⁴⁹ Ten pat, 6 priedas „Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarka (atlieka bendrosios praktikos gydytojas, jo nesant – pirmines sveikatos priežiūros paslaugas teikianti gydytojų komanda)“.

⁵⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000-05-31 įsakymu Nr. 301 patvirtinta Profilaktinių sveikatos tikrinimų rūšių ir apmokėjimo tvarka, 11 p.

Komentarai

Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos prezidentė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ir Vilniaus universiteto Šeimos klinikų vadovai pažymėjo, kad gydytojai mediciniuose dokumentuose žymi tik esminius paciento sveikatos būklės pokyčius, todėl ne visuomet pažymi apie profilaktines priemones. Šeimos gydytojo darbo apimtys yra didelės, trūksta laiko viską dokumentuoti. Be to, už neinfekcinių ligų profilaktiką šeimos gydytojams atskirai nemokama, todėl jie apie šios paslaugos suteikimą nepažymi statistinėse formose ir Valstybinės ligonių kasos informacinėje sistemoje neidentifikuojama, kad paslauga suteikta.

Šiaulių ir Telšių apskričių gydymo įstaigos, kurios aktyviausiai vykdė neinfekcinių ligų profilaktiką, 2011 m. vidutiniškai patikrino 13 proc. 18–65 m. amžiaus pacientų (7 ir 8 priedai). Pateikiame geros praktikos pavyzdžius Šiaulių ir Telšių apskrityse.

Pavyzdžiai

Mažeikių ir Radviliškio pirminės sveikatos priežiūros centrų šeimos gydytojai profilaktiškai dėl neinfekcinių ligų 2011 m. patikrino apie pusę 18–65 m. amžiaus pacientų.

Šiaulių rajono Gruzdžių ambulatorijos šeimos gydytojai profilaktiškai dėl neinfekcinių ligų 2011 m. patikrino 75 proc. pacientų.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos duomenis

Šeimos gydytojai turėtų aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką, ypač 18–49 m. amžiaus pacientams, nes šiems asmenims nenumatytos ligų prevencinės programos⁵¹. Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai pritarė, kad iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų finansuojamos prevencinės programos neapima visų amžiaus grupių gyventojų, o šių programų priemonės nekartoja Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarkoje nustatytų sveikatos tikrinimo priemonių. Profilaktiškai dėl neinfekcinių ligų patikrinus kuo didesnio skaičiaus pacientų sveikatą, būtų išaiškinama daugiau ligų atvejų ankstesnėse stadijose ir laiku pradamas gydymas, dėl to padidėtų galimybė išvengti sunkių širdies kraujagyslių ligų, cukrinio diabeto, insulto komplikacijų. Taip pat pailgėtų vidutinė tikėtina šalies gyventojų gyvenimo trukmė, kuri, lyginant su Europos Sąjungos valstybėmis, yra viena trumpiausių, o vyrų – pati trumpiausia⁵².

Gydymo įstaigos tinkamai neinformuoja gyventojų apie nemokamus profilaktinius sveikatos tikrinimus

Sveikatos sistemos įstatyme nustatyta, kad gydymo įstaigos privalo teikti informaciją apie nemokamą asmens sveikatos priežiūros paslaugų rūšis, jų teikimo mastą ir kainas⁵³. Tik septynios (iš 131) gydymo įstaigos (5 proc.) savo interneto svetainėse skelbia informaciją apie

⁵¹ Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų apmokamos prevencijos programų priemonės: gimdos kaklelio piktybinių navikų (25–60 m. amžiaus moterims), krūties vėžio (50–69 m. amžiaus moterims), širdies kraujagyslių ligų (40–55 m. amžiaus moterims ir 50–65 m. amžiaus vyrams), priešinės liaukos vėžio (50–75 m. amžiaus vyrams) ir storosios žarnos vėžio (50–75 m. amžiaus asmenims).

⁵² Leidinys „Health in the Baltic Countries 2010, 19th edition“. Prieiga per internetą <http://sic.hi.lt/data/baltic10.pdf>.

⁵³ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552 (1998-12-01 Nr. VIII-946 redakcija), 49 str., 6 d.

šeimoms gydytojų vykdomus profilaktinius sveikatos tikrinimus dėl neinfekcinių ligų⁵⁴. Tačiau beveik visos šios įstaigos skelbia išsamią informaciją apie mokamus profilaktinius sveikatos tikrinimus (9 priedas). Valstybinės ligonių kasos duomenimis, tiek 2010 m., tiek 2011 m. apie trečdalį suaugusiųjų šalies gyventojų nė karto neapsilankė savo pasirinktoje gydymo įstaigoje (2010 m. nesilankė 38 proc., 2011 m. – 37 proc.)⁵⁵. Jei gydymo įstaigos, šeimos gydytojai ir slaugytojai pacientams teiktų daugiau informacijos apie gydymo įstaigose atliekamus nemokamus profilaktinius sveikatos tikrinimus, į šeimos gydytojus kreiptųsi daugiau sveikata nesiskundžiančių asmenų. Šeimos gydytojai išaiškintų dar nesergančius, bet turinčius didesnę riziką susirgti asmenis, padėtų pacientams šalinti su mityba ir gyvenimo būdu susijusią riziką, išvengti ligų ir jų daromos žalos sveikatai. Taip būtų apsaugota nuo didelių Privalomojo sveikatos draudimo fondo ir gyventojų gydymo išlaidų ateityje.

Ne visi šeimos gydytojai vykdo Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas kompetencijas

Visas Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas kompetencijas (privalomą ligonių ištyrimą, diagnostinius ir gydomuosius veiksmus ir kt.) vykdo mažiau nei trečdalis (27 proc.) apklausoje dalyvavusių šeimos gydytojų. Didžioji šeimos gydytojų dalis – 61 proc. apklaustųjų – nustatytas kompetencijas vykdo iš dalies, 12 proc. – nevykdo visų Šeimos gydytojo medicinos normoje numatytų kompetencijų.

Išanalizavę 118-os šeimos gydytojų 2009–2011 m. įrašus ambulatorinio gydymo istorijose, nustatėme, kad dauguma šių šeimos gydytojų tinkamai neapžiūrėjo pacientų, neatliko jiems priskirtų diagnostinių ir gydomųjų veiksmų dėl akių, ausų, nervų, ginekologinių, odos, kitų ligų (5 lentelė).

5 lentelė. Privalomos šeimos gydytojo kompetencijos vykdymas tiriant ir gydant pacientus		
Specialusis tyrimas, diagnostiniai ir gydomieji veiksmai	Šeimos gydytojų skaičius	
	Turėjusių klinikinius atvejus	Atlikusių veiksmus
1.	2.	3.
Elektrokardiogramos užrašymas ir įvertinimas	118*	14
Suaugusiųjų pacientų fizinio išsivystymo tyrimas ir antropometrija (ūgio, svorio matavimas)	118*	19
Kvėpavimo funkcijos vertinimas (dažnis, gilumas, išorinio kvėpavimo funkcinis tyrimas ir jo įvertinimas.)	28	3
Šlapimo pūslės kateterizavimas	19**	Neatliko nė vienas gydytojas

⁵⁴ Interneto svetainėse informaciją apie profilaktinį sveikatos tikrinimą dėl neinfekcinių ligų skelbė VšĮ Elektrėnų, Radviliškio ir Zarasų rajono pirminės sveikatos priežiūros centrai, VšĮ Antakalnio ir VšĮ Kauno Dainavos poliklinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto VšĮ Kauno klinikos ir UAB „Idameda“ (informacija rinkta 2012 m. liepos – rugsėjo mėn.).

⁵⁵ Valstybinės ligonių kasos duomenimis, suaugusiųjų asmenų sveikatos priežiūros intensyvumo (per metus bent vieną kartą apsilankusių gydymo įstaigoje suaugusių asmenų dalis, palyginti su visais šio amžiaus gydymo įstaigos pacientais) rodiklis vidutiniškai šalies gydymo įstaigose 2010 m. buvo 62 proc., 2011 m. – 63 proc.

1.	2.	3.
Regos organų ištyrimas (išorinė apžiūra, regos aštrumo nustatymas, binokulinio matymo įvertinimas, akispūdžio matavimas, akių dugno tyrimas)	76	6
Klausos organų tyrimas (apžiūra, ausies landų išplovimas, klausos patikrinimas (kalba ir šnabždesiu), otoskopija)	35	8
Bendras neurologinis ligonio tyrimas (motorinių funkcijų, jutimo funkcijų, neurologinių simptomų, koordinacijos vertinimas)	37	3
Akušerinis ir ginekologinis tyrimas (apžiūra, tyrimų paėmimas)	118	Neatliko nė vienas gydytojas

* Vadovaujantis Neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės tvarka 1 kartą per metus turėtų būti atlikta kiekvienam suaugusiam pacientui.
** Ambulatorines paslaugas suteikė gydytojai specialistai, kai pacientai kreipėsi į kitą gydymo įstaigą.

Šaltinis – Valstybės kontrolė

Šeimos gydytojai, dalyvavę apklausoje, įvardijo priežastis, dėl kurių nevykdo visų nustatytų kompetencijų. Dažniausios yra šios:

- laiko stoka – 67 proc. gydytojų;
- netinkamos darbo sąlygos – 43 proc. gydytojų;
- reikiamos įrangos stoka – 30 proc. gydytojų;
- nepakankama kvalifikacija ir įgūdžių stoka – 23 proc. gydytojų;
- nepakankama kvalifikacija, kurios neturi galimybės tobulinti dėl kursų stokos – 17 proc. gydytojų.

Šios priežastys atskleidė kai kurias šeimos gydytojo darbo organizavimo problemas (plačiau 2.2. poskyryje), dėl kurių gydytojai nepanaudoja visos profesinių studijų metu įgytos kompetencijos. Todėl šeimos gydytojai ne tik neįtvirtina, bet ir praranda dalį gebėjimų ir įgūdžių, nesukaupia patirties, reikalingos savarankiškai diagnozuoti ir gydyti ligas, vykdyti tęstinę asmens ir bendruomenės sveikatos priežiūrą.

Komentarai

Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Šeimos medicinos klinikų vadovai, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos atstovai pažymėjo, kad vystantis šeimos gydytojo institucijai vien tik Šeimos gydytojo medicinos normos jau nebepakanka. Ši norma turėtų likti kaip pagrindinis dokumentas, kuriuo remiantis būtų rengiamos ir kitos, detalizuotos diagnostikos ir gydymo metodikos ir (ar) „atskirų atvejų vadybos“ gairės. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos atstovai teigė, kad dabar svarbu detalizuoti ir aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų kompetencijos ribas, diagnozuojant bei gydant ligas, ir kartu skatinti glaudų šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų bendradarbiavimą, ypač sveikatos priežiūros paslaugas teikiant konkrečiam pacientui.

Tinkami metodiniai dokumentai, gairės padėtų šeimos gydytojams užtikrinti tęstinę paciento sveikatos priežiūrą, gerinti paslaugų kokybę ir leistų pasiekti geresnių rezultatų. Šeimos gydytojų darbe reikalingus metodinius dokumentus ir gaires turėtų kartu rengti patys šeimos gydytojai (šeimos gydytojų draugijos), gydytojai specialistai (draugijos), akademinė

bendruomenė (universitetų dėstytojai), sveikatos priežiūros vadybos specialistai. Tokia praktika, kai veiklos reglamentavime dalyvauja šeimos gydytojų bendrijos, taikoma Europos valstybėse (Vokietijoje, Švedijoje, Austrijoje).

Ne visi šeimos gydytojai pacientus konsultacijai pas gydytojus specialistus siunčia pagrįstai

Keturi penktadaliai šeimos gydytojų, atsakiusių į klausimą, ar pas gydytojus specialistus pacientus konsultacijai siunčia pagrįstai, pažymėjo, kad tai daro nepanaudoję visų savo kompetencijų ligonių tyrimo ir gydymo srityje. Jie nurodė priežastis, kodėl pacientus siunčia pas gydytojus specialistus:

- nenori prisiimti atsakomybės – 30 proc. atvejų;
- pageidauja pacientai – 54 proc. atvejų;
- kompetencijos ir įgūdžių stoka – 22 proc. atvejų;
- „gydytojas specialistas dirba šalia“⁵⁶ – 17 proc. atvejų.

Išanalizavę šeimos gydytojų įrašus ambulatorinio gydymo istorijose atkreipėme dėmesį, kad kai kuriais atvejais gydytojai neatliko jiems privalomo pacientų tyrimo, neįvertino pacientų būklės ir nediagnozavo ligų, kurias pagal Šeimos gydytojo medicinos normą turėtų nustatyti ir gydyti, o pacientus siuntė pas gydytojus specialistus.

Pavyzdžiai

59 m. ligonė šeimos gydytojui nusiskundė širdies plakimu. Šeimos gydytojas, neatlikęs tyrimų neatlikęs ir neįvertinęs elektrokardiogramos), ligonę nukreipė pas gydytoją kardiologą dėl konsultacijos. Kardiologo įrašė pažymėta, kad ligonė skundų neturi, atlikus tyrimus širdies ritmo, laidumo sutrikimų nenustatyta.

71 m. ligonis, lankydamasis pas šeimos gydytoją, nusiskundė pablogėjusia klausa. Šeimos gydytojas ligonio klausos organų neapžiūrėjo ir neištyrė, iškart nukreipė pas gydytoją otorinolaringologą dėl konsultacijos, kuris dėl sieros kamščio išplovė ausį (atliko procedūras, kurias turi atlikti šeimos gydytojas).

39 m. ligonė kreipėsi į šeimos gydytoją dėl paūmėjusio dusulio, karščiavimo. Ligonė serga lėtine obstrukcine plaučių liga. Šeimos gydytojas, neatlikęs tyrimų ir neįvertinęs kvėpavimo funkcijos, ligonę nukreipė pas gydytoją pulmonologą. Gydytojas pulmonologas atliko tyrimus, kuriuos turėtų atlikti šeimos gydytojas, ir nustatė lėtinės obstrukcinės plaučių ligos paūmėjimą. Šią ligą pagal savo kompetenciją turėtų diagnozuoti ir gydyti šeimos gydytojas.

Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų duomenys rodo, kad panašių gydymo įstaigų pacientams tenkančių gydytojų specialistų konsultacijų – specializuotų paslaugų vartojimo rodiklis, skaičiuojant vienam tūkstančiui įstaigos pacientų⁵⁷, skyrėsi du ar tris kartus (6 lentelė).

⁵⁶ „Gydytojas specialistas dirba šalia“ – dirba toje pačioje gydymo įstaigoje, konsultacines paslaugas teikia tame pačiame ar gretimame pastate.

⁵⁷ Valstybinė ligonių kasa vertina gydytojų specialistų konsultacijų skaičių per metus tekusį 1 000 įstaigos pacientų, šis rodiklis vadinamas specializuotų paslaugų vartojimo indeksu.

6 lentelė. Specializuotų paslaugų vartojimo tarp panašių pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2011 m. pavyzdžiai

Lyginamos gydymo įstaigos	Gydymo įstaigos pacientų skaičius	Paslaugų vartojimo indeksas*
1.	2.	3.
Viešoji įstaiga Klaipėdoje	9 957	3 142
Viešoji įstaiga Vilniuje	11 843	1 100
Privati įstaiga Alytuje	5 988	3 648
Privati įstaiga Vilniuje	5 680	1 505
Viešoji įstaiga Kaišiadoryse	10 183	2 908
Viešoji įstaiga Lentvaryje	10 347	1 507
Privati įstaiga Klaipėdoje	1 234	3 862
Privati įstaiga Kaune	1 244	1 981

* Gydytojų specialistų konsultacijų skaičius 1 tūkstančiui gydymo įstaigos pacientų per metus.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų duomenis

Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Šeimos klinikų vadovai, lankytojų gydymo įstaigų vadovai pažymėjo, kad šeimos gydytojai dalį pacientų siunčia pas specialistus, norėdami išvengti pacientų skundų, ginčų dėl žalos sveikatai. Mykolo Romerio universiteto 2011 m. atlikto tyrimo rezultatai⁵⁸ parodė, kad 86 proc. gydytojų siunčia pacientą pas kitus specialistus ne dėl to, kad tikrai reikia konsultacijų, bet tik kad apsisaugotų nuo galimo teisinio persekiojimo. Tokie gydytojų veiksmai įvardijami kaip „gynybinė medicina“ – sveikatos apsaugos reiškinys, kai gydytojai siekia apsiginti nuo galimo teisinio persekiojimo iš paciento pusės⁵⁹.

Gynybinės medicinos apibūdinimas⁶⁰

Aktyvioji gynybos forma. Gydytojai vengia atsakingų ir sudėtingų sprendimų, skiria nereikalingus, vien gydytojui apsidrausti ir pacientui nuraminti daromus tyrimus ir vaistus, be reikalo siunčia pas kitus gydytojus konsultacijai, reikalauja, kad pacientai pasirašytų įvairius dokumentus, kurie atleistų gydytoją nuo galimos atsakomybės, ir pan.

Pasyvioji gynybos forma. Gydytojai vengia veiksmų, kurie reikalingi medicininiu požiūriu, pavyzdžiui, vengia patys atlikti rizikingas diagnostines ar gydomasias procedūras, atsisako teikti pagal kompetenciją priskirtas ginekologo, vaikų ligų, chirurgo paslaugas.

Gynybinės medicinos paplitimą skatina skundai prieš kitus gydytojus ir jų platus aptarimas, asmeninė daugelio gydytojų patirtis, kiti veiksniai, kurie didina teisinį spaudimą gydytojui.

Gynybinė medicina didžiausią neigiamą įtaką turi terapiniam (gydymo) efektui, nes šalti, neturintys tarpusavio pasitikėjimo gydytojo ir paciento santykiai apsunkina ligos diagnozę

⁵⁸ Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A. Gynybinės medicinos reiškinių paplitimas Lietuvoje. Žurnalas „Sveikatos politika ir valdymas“, 2011 m. Prieiga per internetą http://www.mruni.eu/lt/mokslo_darbai/spv/archyvas/?l=113935.

⁵⁹ Ten pat.

⁶⁰ Ten pat.

ir gydymą. Pagrindinis gynybinės medicinos Lietuvoje šaltinis yra ne visai tinkama gydytojo teisinės atsakomybės sistema⁶¹, nes įteisina gydytojo teisinį persekiojimą už pasekmes, kurios nuo jo nepriklauso. Apsaugant gydytoją nuo teisinio persekiojimo už nuo jo nepriklausančias veiklos pasekmes reikėtų peržiūrėti, keisti ar papildyti teisės aktus, reglamentuojančius žalos sveikatai atlyginimą. Pakeitus ar papildžius žalos sveikatai atlyginimo modelį, mažėtų įtampa bendraujant pacientams ir gydytojams, gydytojai daugiau dėmesio skirtų pacientų sveikatai, nes būtų aiškiau apibrėžta jų teisinė atsakomybė. Didėtų pacientų pasitikėjimas gydytojais, gerėtų sveikatos priežiūros kokybė.

Šeimos gydytojai dalį pacientų, sergančių arterine hipertenzija, siuntė konsultacijai pas gydytojus kardiologus, nepanaudoję visos savo kompetencijos

Šeimos gydytojo medicinos norma numato, kad šeimos gydytojas privalo savarankiškai diagnozuoti ir gydyti arterinę hipertenziją⁶². Sergančiųjų arterine hipertenzija konsultacijų skaičius yra vienas iš nustatytų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros gerų darbo rezultatų rodiklių⁶³. Yra parengta Arterinės hipertenzijos diagnostikos ir ambulatorinio gydymo metodika⁶⁴.

Audito metu laikėme, kad šeimos gydytojai, gydydami arterine hipertenzija sergančius pacientus, panaudojo visą savo kompetenciją, kai:

- tirdami, diagnozuodami ir gydydami šią ligą vadovavosi nustatyta metodika ir atliko joje nustatytus veiksmus;
- siuntimus dėl konsultacijos išrašė pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytą tvarką⁶⁵;
- gydytojai kardiologai suteikė paslaugas, kurios viršijo šeimos gydytojo kompetenciją (pagal kardiologų įrašus gydymo istorijose).

Įvertinę šeimos gydytojų įrašus ambulatorinio gydymo istorijose, siuntimus pas kardiologus ir gydytojų kardiologų suteiktas paslaugas⁶⁶ (10 priedas), nustatėme, kad 66 proc. atvejų (165 iš 248 atvejų) šeimos gydytojai nepanaudojo nustatytos kompetencijos

⁶¹ Ten pat.

⁶² Patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-22 įsakymu Nr. V-1013 Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ 11 ir 14 p.

⁶³ Patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymu Nr. V-943 Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas (2008-01-17 Nr. V-48 redakcija).

⁶⁴ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002-08-14 įsakymu Nr. 422 Arterinės hipertenzijos, hipertenzinės širdies ir inkstų ligos (TLK–10 kodai I 10–I 13, I 15) diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodika (2003-06-11 Nr. V-348 redakcija).

⁶⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008-06-28 įsakymu Nr. V-636 patvirtintas Siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašas.

⁶⁶ Buvo vertinami 2009–2012 m. šeimos gydytojų įrašai ambulatorinio gydymo istorijose, įrašai siunčiant pacientus dėl konsultacijos pas kardiologus toje pačioje gydymo įstaigoje, šeimos gydytojų išrašyti siuntimai, kai pacientai buvo siunčiami į kitas gydymo įstaigas, ir gydytojų kardiologų įrašai apie pacientams suteiktas paslaugas. Pacientų ambulatorinio gydymo istorijos atrinktos atsitiktine tvarka pagal gydytojų kardiologų 2011 m. suteiktas ir ligonių kasų apmokėtas konsultacijas dėl pirminės arterinės hipertenzijos.

diagnozuojant ir gydant arterinę hipertenziją, o gydytojų kardiologų paslaugos buvo suteiktos neviršijant šeimos gydytojo kompetencijos.

Pavyzdžiai

- Šeimos gydytojai patys neįvertino arterinės hipertenzijos komplikacijų rizikos veiksnių (viršsvorio, rūkymo, nepakankamo fizinio aktyvumo ir kt.) ir pacientams nerekomendavo atitinkamų nemedikamentinio gydymo priemonių, o pacientus konsultacijai siuntė pas gydytojus kardiologus. Gydytojai kardiologai nustatė pacientų kūno masės indeksą, rekomendavo dietą, mažinti druskos vartojimą, nerūkyti – atliko tai, ką turėtų pagal kompetenciją atlikti šeimos gydytojas.
- Šeimos gydytojai konsultacijai siuntė pacientus, kurie nevarė jiems skirtų vaistų, pas šeimos gydytoją periodiškai nesilankė ir šeimos gydytojas nekontroliavo ligos eigos. Gydytojas kardiologas rekomendavo tęsti šeimos gydytojų anksčiau skirtą gydymą ir teikė tas rekomendacijas, kurias suteikti turėtų šeimos gydytojas.
- Šeimos gydytojai patys neįvertino ir nekoregavo gydymo taip, kaip nustatyta Arterinės hipertenzijos diagnostikos ir gydymo metodikoje. Siųsdami pacientus konsultacijai, ambulatorinio gydymo istorijoje nenurodė kardiologo konsultacijos tikslo. Gydytojas kardiologas skyrė tokį gydymą, kurį pagal kompetenciją turėtų skirti šeimos gydytojas.

Šaltinis – Valstybės kontrolė

Mūsų vertintų 165 atvejų, kai gydytojai kardiologai suteikė paslaugas, kurias galėjo suteikti šeimos gydytojai, vertė – 7 tūkst. Lt (už konsultacijas apmokėta iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų). Valstybinės ir teritorinių ligonių kasų duomenimis, 2009–2011 m. dėl arterinės hipertenzijos buvo suteikta apie 170 tūkst. konsultacijų, kas sudaro per 40 proc. visų gydytojų kardiologų suteiktų konsultacijų⁶⁷.

Atkreiptinas dėmesys, kad vertintais atvejais šeimos gydytojai siuntimuose konsultacijai ne visuomet buvo įrašę informaciją apie pacientui atliktus tyrimus, taikytą gydymą, jo rezultatus ir nenurodę konsultacijos tikslo. Todėl gydytojai kardiologai konsultacijų metu turėjo papildomai skirti laiko šeimos gydytojui žinomai informacijai surinkti. Gydytojai kardiologai, turėdami išsamią informaciją apie šeimos gydytojų taikytas priemones ir žinodami, dėl ko konsultuojamasi⁶⁸, labiau įsigilintų į šeimos gydytojams kylančias problemas tiriant ir gydant konkrečius pacientus. Tada gydytojų kardiologų suteiktos konsultacijos padėtų šeimos gydytojams įgyti daugiau patirties ir šią patirtį panaudoti gydant savo pacientus.

Gydytojai specialistai suteikia dalį paslaugų, kurias pagal kompetenciją turėtų teikti šeimos gydytojai. Tai ne tik didina specializuotų paslaugų vartojimą, bet ir blogina šių paslaugų prieinamumą, nes ilgėja pacientų, laukiančių gydytojų specialistų konsultacijų, eilės. Jeigu šeimos gydytojai prisiimtų daugiau atsakomybės ir pagal nustatytą kompetenciją daugiau pacientų gydytų patys, pas gydytojus specialistus greičiau patektų tie pacientai, kuriems tirti ir

⁶⁷ Skaičiuojant nuo visų II lygio gydytojo kardiologo konsultacijų – paslaugos kodas pagal Valstybinės ligonių kasos klasifikatorių 1559.

⁶⁸ Siuntimas konsultuoti – „tai gydytojo kreipimasis į kitą gydytoją, siekiant pasikonsultuoti dėl paciento sveikatos būklės, diagnozės nustatymo ar patikslinimo, gydymo taktikos <...>“, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008-06-28 įsakymu Nr. V-636 Siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo 2 p.

gydyti šeimos gydytojų kompetencijos nepakanka. Tai padėtų mažinti sunkių ligų ar komplikuočių atvejų skaičių, racionaliau naudoti sveikatos priežiūros išteklius. Mažinti netikslingų siuntimų ir konsultacijų dėl ligų, kurias diagnozuoti ir gydyti priskirta šeimos gydytojui, kiekį padėtų ne tik minėtas žalos atlyginimo sveikatai modelio pakeitimas ar detalios metodikos ir „atvejo vadybos“ gairės, bet ir kitos, pačiose gydymo įstaigose taikomos priemonės. Pavyzdžiui, šeimos gydytojai periodiškai patys galėtų įvertinti, kaip diagnozavo ir gydė vieną ar kitą ligą, kaip dažnai ir kodėl pacientus siuntė konsultacijai pas specialistus, ir nustatyti, ką turėtų keisti savo veikloje, kad paslaugos pacientams būtų teikiamos efektyviau (tokia praktika taikoma Anglijoje). Šeimos gydytojams padėtų, jei jie kartu su gydytojais specialistais nagrinėtų atskirus klinikinius atvejus ir priimtų sprendimus dėl diagnostikos ir gydymo taktikos, pasidalytų patirtimi pačiose pirminėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

2.2. Šeimos gydytojo darbas organizuojamas netinkamai

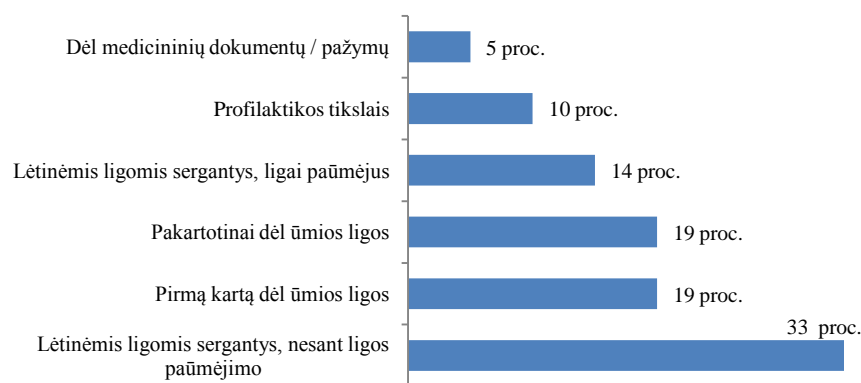
Audito metu laikėme, kad šeimos gydytojo darbas organizuojamas tinkamai, kai:

- šeimos gydytojai nevykdo funkcijų, kurioms nereikia gydytojo kompetencijos;
- gydymo įstaigose numatytas finansinis šeimos gydytojų ir slaugytojų skatinimas (susietas su suteiktų paslaugų skaičiumi, gerais darbo rezultatais).

Šeimos gydytojai vykdo kai kurias funkcijas, kurioms nereikia gydytojo kompetencijos

Atlikę Dienos fotografijos tyrimą pasirinktose gydymo įstaigose ⁶⁹ nustatėme, kad beveik pusė (47 proc.) visų pas šeimos gydytoją apsilankiusiųjų – tai sergantys lėtinėmis ligomis asmenys. Tačiau du trečdaliai jų pas šeimos gydytoją lankėsi ne paūmėjus ligai, o dėl kitų priežasčių, pavyzdžiui, gauti kompensuojamųjų vaistų receptų, atlikti tyrimų ar dar kartą pasitikrinti sveikatą (5 pav.).

5 pav. Apsilankymų pas šeimos gydytoją paskirstymas (proc.) pagal priežastis



Šaltinis – Valstybės kontrolė

⁶⁹ Dienos fotografijos tyrimą atlikome 7 gydymo įstaigose.

Mažiausiai pacientų apsilankė dėl medicininių dokumentų, įvairių pažymų, tačiau gydytojai skyrė laiko pažymoms išrašyti, kai nereikėjo tikrinti pacientų sveikatos.

Šeimos gydytojų nurodyti rašomų pažymų pavyzdžiai

- vaikams išduodamos pažymos, kad jie nesirgo (pavyzdžiui, išduodamos sveikiems vaikams, jeigu jie kurį laiką nelankė vaikų darželio ir ruošiasi vėl lankyti);
- teismams išduodamos pažymos apie teisiųjų asmenų šeimos narių sveikatą;
- socialinėms tarnyboms, savivaldybėms išduodamos pažymos apie į jas besikreipiančių asmenų sveikatą ir kt.

Šeimos gydytojas apie 22 proc. savo darbo laiko skiria darbams, kuriems nebūtina gydytojo kompetencija (11 priedas), pavyzdžiui, įvairioms statistinėms formoms, pažymoms ir pažymėjimams pildyti, vaistų receptams pratęsiant anksčiau skirtą gydymą išrašyti ir pan.

Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugija, Lietuvos slaugos specialistų organizacija, Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Šeimos klinikų vadovai taip pat pažymėjo, kad šeimos gydytojai atlieka darbus, kuriems nereikia gydytojo kompetencijos, tarkime, perrašo duomenis iš ambulatorinės ligos istorijos prieš siųsdami pacientą į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą darbingumo lygiui arba specialiesiems poreikiams nustatyti, išrašo įvairias pažymas ir pan.

Pavedus kai kurias tiesiogiai su ligų diagnostika ir gydymu nesusijusias šeimos gydytojų funkcijas kitiems gydymo įstaigoje dirbantiems asmenims, pavyzdžiui, vadybininkams, administratoriams, šeimos gydytojai turėtų daugiau laiko darbui pagal savo kompetenciją ir dirbtų efektyviau, galėtų daugiau laiko skirti gydomajam profilaktiniam darbui.

Kai kurios šeimos gydytojo funkcijos gali būti pavestos slaugytojams. Dauguma (80 proc.) apklaustų specialistų ir Lietuvos slaugos specialistų organizacija yra tos nuomonės, kad ligų profilaktiką reikėtų pavesti slaugytojams. Daugiau nei pusė (per 60 proc.) šeimos gydytojų ir gydymo įstaigų vadovų, beveik pusė (40 proc.) slaugytojų mano, kad lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių asmenų priežiūrą (ligai nepaūmėjus) turėtų vykdyti slaugytojai. Trys ketvirtadaliai šeimos gydytojų, slaugytojų ir gydymo įstaigų vadovų yra už tai, kad ligų prevencinių programų priemonės vykdytų bendrosios praktikos slaugytojai. Lietuvos slaugos specialistų organizacijos nuomone, slaugytojų kompetencija nepanaudojama ir tai yra didžiausias šeimos gydytojo darbo organizavimo trūkumas. Šios organizacijos teigimu, kai kuriose įstaigose slaugytojai dirba gydytojo kurjerio, raštininko darbą.

Dalį šeimos gydytojo funkcijų perdavus slaugytojams, sumažėtų šeimos gydytojo darbo, kuriam nereikia gydytojo kompetencijos. Persiskirstytų pacientų srautai, pagerėtų paslaugų prieinamumas, šeimos gydytojai galėtų geriau vykdyti Šeimos gydytojo medicinos

normoje nustatytas kompetencijas. Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse⁷⁰ numatyta persvarstyti slaugytojų funkcijas.

Ne visose gydymo įstaigose šeimos gydytojai finansiškai skatinami už suteiktas paslaugas ir gerus darbo rezultatus

Sveikatos apsaugos ministras nustatė šiuos mokėjimo už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas būdus⁷¹:

- bazinį mokėjimą už įrašytų į sąrašą aptarnaujamų gyventojų skaičių;
- papildomą mokėjimą už suteiktas skatinamąsias pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros⁷² paslaugas;
- papildomą mokėjimą už prevencinių programų priemonių vykdymą;
- papildomą mokėjimą už gerus darbo rezultatus.

Teritorinės ligonių kasos gydymo įstaigoms moka už teikiamas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal aptarnaujamų gyventojų skaičių (vieno gyventojų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina diferencijuota pagal pacientų amžiaus grupes ir mokama nepriklausomai nuo to, ar buvo teiktos paslaugos, ar ne)⁷³. Be to, už suteiktas skatinamąsias paslaugas, pasiektus sveikatos apsaugos ministro nustatytus gerus darbo rezultatus mokama papildomai. Nei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos apraše, nei gydymo įstaigų sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis nėra reglamentuotas papildomų lėšų, gautų už suteiktas pacientams skatinamąsias paslaugas ar pasiektus gerus darbo rezultatus, panaudojimas, t. y. nėra nustatytas procentas lėšų, kurios galėtų būti skiriamos šeimos gydytojų ir slaugytojų finansiniam skatinimui, kad jie teiktų daugiau paslaugų ar siektų geresnių darbo rezultatų.

Darbo užmokesčio mokėjimo tvarka gydymo įstaigose skirtinga⁷⁴. Mažiau nei penktadalis gydymo įstaigų (17 proc.) šeimos gydytojų darbo užmokesčių susiejo su pacientų skaičiumi. Vienose įstaigose nustatytas etatinis darbo užmokestis, kitose – nurodytos pagrindinio etatinio darbo užmokesčio ribos. Dar kitų gydymo įstaigų šeimos gydytojų darbo sutartyse nurodyta, kad atlyginimas yra darbdavio ir darbuotojo susitarimo reikalas. Tik trys (iš 19) gydymo įstaigos darbo apmokėjimo tvarkoje nustatė, kokia dalis (proc.) lėšų, skaičiuojant nuo gautų už skatinamųjų paslaugų vykdymą ir gerus darbo rezultatus, išmokama šeimos

⁷⁰ Patvirtinti Lietuvos Respublikos Seimo 2011-06-07 nutarimu Nr. XI-1430.

⁷¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymu Nr. V-943 (2008-01-17 įsakymo Nr. V-48 redakcija) patvirtintas Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašas.

⁷² PAASP – pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

⁷³ Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašas.

⁷⁴ Analizavome 19 įstaigų darbo užmokesčio mokėjimo tvarką.

gydytojui ir slaugytojui. Pažymėtina, kad 2010–2011 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšos, skirtos apmokėti už skatinamąsias paslaugas, nebuvo visos panaudotos. Valstybinės ligonių kasos duomenimis, 2010 m. gydymo įstaigos nepanaudojo 4 proc. lėšų (1,9 mln. Lt), skirtų apmokėti už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros skatinamąsias paslaugas, 2011 m. nepanaudojo 5 proc. lėšų (2,8 mln. Lt).

Gydymo įstaigos, siekdamos suteikti daugiau skatinamųjų paslaugų ir gerų darbo rezultatų, turėtų motyvuoti šeimos gydytojus ir slaugytojus ir dalį lėšų, gautų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, skirti paslaugas suteikusiems darbuotojams skatinti.

2.3. Šeimos gydytojų kompetencija nevertinama

Šeimos gydytojo profesinę kompetenciją sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai, kuriuos jis įgyja baigęs šeimos gydytojo profesinę kvalifikaciją suteikusias studijas ir nuolat, atsižvelgdamas į medicinos mokslo ir praktikos pažangą, įgytą profesinę kvalifikaciją tobulindamas⁷⁵. Europos medicinos specialistų sąjungos (angl. UEMS – *European Union of Medical Specialists*) patvirtintoje UEMS Bazelio deklaracijoje⁷⁶ nurodoma, kad kvalifikacijos tobulinimo dalis yra periodiškasis medicinos specialistų kompetencijų vertinimas. Kompetencijų vertinimas svarbus, nes:

- didėja gydymo efektyvumas, gydytojo atsakingumas ir gydymo saugumas;
- įvertinamas atliktas darbas ir kaip pasikeitė jo rezultatai patobulinus kvalifikaciją;
- įrodo, kad gydytojai dirba pagal turimą kvalifikaciją ir naudoja įgytas žinias;
- leidžia tikslingai pasirinkti tobulinimosi formą ir apimtį;
- skatina gydytojus tobulinti kvalifikaciją.

Atsižvelgdami į užsienio šalių praktiką, manome, kad šeimos gydytojų kompetencijos vertinamos tinkamai, kai:

- šeimos gydytojai periodiškai įvertina savo kompetencijas;
- kvalifikacijos tobulinimo forma ir turinys pasirenkami atsižvelgiant į kompetencijų vertinimo metu nustatytas tobulintinas sritis.

Medicinos praktikos įstatyme numatyta, kad „gydytojo profesinę kompetenciją vertina atitinkamos medicinos praktikos profesinės kvalifikacijos rūšies (specialybės) gydytojo profesinės kompetencijos vertinimo komisija, vadovaudamasi sveikatos apsaugos ministro patvirtinta Sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarka“⁷⁷.

⁷⁵ Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.

⁷⁶ *Basel declaration UEMS policy on continuing professional development*. Prieiga per internetą http://www.uems.net/fileadmin/user_upload/uems_documents/old_website_documents/35.pdf.

⁷⁷ Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas, 1996-09-25 Nr. I-1555 (2004-04-20 Nr. IX-2148 redakcija), 12 str. 2 d.

Sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka⁷⁸ gydytojų kompetencijos vertinamos išskirtiniais atvejais, t. y. įvykus profesinei klaidai⁷⁹, periodiškai gydytojų ir slaugytojų kompetencijos nevertinamos.

Europos valstybėse (pavyzdžiui, Didžiojoje Britanijoje, Estijoje, Skandinavijos šalyse) šeimos gydytojų kompetencijos vertinamos periodiškai.

Pavyzdžiai

Didžioji Britanija

Medicinos personalas privalo ne tik įvertinti atliktą darbą, bet ir sudaryti individualų tobulinimosi planą (angl. *personal development plan*) atsižvelgiant į savo, kolegų ir tarpinio vadybininko (angl. *line manager*) vertinimą. Tokia sistema užtikrina tinkamą medicinos personalo tobulinimąsi tose srityse, kuriose to labiausiai reikia.

Skandinavijos šalys

Patys šeimos gydytojai ir jų kolegos vertina praktinę veiklą. Tai gydytojams leidžia palyginti savo ir kolegų darbo rezultatus. Šis metodas vadinamas „Pasitenkinimą skleidžiančiu auditu“ (angl. *Happy Audit*). Dalyvaudamas tokioje analizėje, gydytojas įvertina, kokiose srityse jam reikėtų tobulinti kvalifikaciją.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal *Human resources for Health, 30 June 2008. „Assessing the impact of a new health sector pay system upon NHS staff in England“*, James Buchan, David Evans, Lietuvos ir užsienio šalių šeimos gydytojų sąjungų duomenis.

60 proc. gydymo įstaigų vadovų, 53 proc. šeimos gydytojų ir 52 proc. slaugytojų apklausos metu teigė, kad reikėtų įdiegti savanorišką kompetencijų vertinimo sistemą. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos, Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Šeimos klinikų vadovai taip pat pritaria šiai nuomonei. Tai gydytojams padėtų vertinti ne tik savo kompetenciją, bet ir teikiamų paslaugų kokybę.

Kvalifikacijos tobulinimo poreikis nevertinamas

Susipažinę su gydymo įstaigų pateiktais dokumentais ir informacija nustatėme, kad šeimos gydytojų ir slaugytojų kvalifikacija įstaigose nevertinama ir jos tobulinimo sritys nenustatomos. Gydytojai ir slaugytojai savo nuožiūra pasirenka kursus ir kitus mokymus, atsižvelgdami į privalomų kvalifikacijos tobulinimo valandų skaičių ir turimą informaciją apie organizuojamus tobulinimo kursus. Be to, darbuotojai gali pasirinkti kursus ne pagal poreikį, susijusį su įgūdžių stoka, ir tobulintinas kompetencijas, o atsižvelgę į tokius veiksnius kaip patogi mokymo vieta ir (ar) tinkamas laikas, užskaitomų valandų skaičius ir pan. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos nuomone, reikia identifikuoti gydytojų ir slaugytojų tobulintinų kompetencijų sritis. Tokios pat nuomonės ir 85 proc. gydymo įstaigų vadovų, 78 proc. šeimos gydytojų ir 76 proc. slaugytojų, dalyvavusių apklausoje.

Šeimos gydytojų ir slaugytojų kvalifikacijos tobulinimas būtų rezultatyvesnis, jei būtų vertinamas jų kvalifikacijos tobulinimo poreikis, be to, būtų susietas su jų kompetencijų

⁷⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002-01-28 įsakymu Nr. 58 patvirtinta Sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarka.

⁷⁹ Vertinimą atlieka speciali vertinimo komisija, kurią kiekvienam atvejui atskirai tvirtina sveikatos apsaugos ministras.

vertinimu, nes šeimos gydytojai ir slaugytojai galėtų pagrįstai nustatyti, kurias kompetencijas jiems reikia tobulinti, bei tikslingai pasirinkti kvalifikacijos tobulinimo programas. Tai leistų šeimos gydytojams tinkamai vykdyti jų medicinos normoje numatytas pareigas, o pacientai gautų geresnės kokybės paslaugas.

2.4. Kvalifikacijos tobulinimas neatitinka šeimos gydytojų poreikių

Šeimos gydytojai ir bendrosios praktikos slaugytojai privalo tobulinti kvalifikaciją įstatymų nustatyta tvarka⁸⁰. Gydytojai kvalifikacijos tobulinimui turi skirti ne mažiau kaip 120 val., slaugytojai – 60 val. per penkerius metus. Šeimos gydytojai ir slaugytojai tobulinti kvalifikaciją gali Vilniaus universiteto Medicinos fakultete, Lietuvos sveikatos mokslų universitete, kurie rengia kvalifikacijos tobulinimo programas. Be to, gydytojų ir slaugytojų draugijos, aukštosios mokymo įstaigos ir kitos organizacijos rengia seminarus, konferencijas ir kt. Informacija apie siūlomą kvalifikacijos tobulinimą skelbiama Sveikatos apsaugos ministerijos, medicinos darbuotojų draugijų, asociacijų interneto puslapiuose ir kituose šaltiniuose.

Audito metu laikėme, kad kvalifikacijos tobulinimas atitinka šeimos gydytojų poreikius, kai:

- tobulinimo programos rengiamos konkrečiai šeimos gydytojams;
- rengiamos naujos programos;
- rengiami praktiniai šeimos gydytojų įgūdžių tobulinimo mokymai.

Ir tikslinių, ir naujų kvalifikacijos tobulinimo programų šeimos gydytojams rengiama nepakankamai

Kvalifikacijos tobulinimo programos turi būti suderintos su Sveikatos apsaugos ministerija⁸¹. Derinimo metu sveikatos apsaugos ministro sudaryta komisija įvertina programą ir nustato, ar jos aprašas atitinka teisės aktus, sveikatos specialistų tobulinimo poreikius, ar atspindi naujausius mokslo laimėjimus, ar tobulinimo programą pateikęs derinti tobulinimo organizatorius turi galimybių ją vykdyti⁸². Tačiau numatytos programų vertinimo išimties. Programos laikomos suderintomis be jų vertinimo, kai „atitinka vieną iš šių sąlygų: tobulinimą pagal šią programą vykdo atitinkamus sveikatos specialistus rengianti ir atitinkamą kvalifikaciją suteikianti švietimo institucija arba šių specialistų profesinę veiklą kontroliuojanti institucija; tobulinimą pagal šią programą vykdo Lietuvos sveikatos mokslų universiteto

⁸⁰ Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas, 1996-09-25 Nr. I-1555; Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas, 2001-06-28, Nr. IX-413.

⁸¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002-03-18 įsakymu Nr. 132 patvirtinta Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarka, 18 p.

⁸² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011-06-28 įsakymu Nr. V-645 patvirtintos Sveikatos specialistų tobulinimo programų derinimo taisyklės, 2 p.

ligoninė viešoji įstaiga Kauno klinikos, viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos arba ligoninė, kurioje įsteigtos Lietuvos sveikatos mokslų universiteto klinikos <...>; tobulinimą pagal šią tobulinimo programą vykdo kitas tobulinimo organizatorius <...>, kuris savo tobulinimo programą yra suderinęs su atitinkamus sveikatos specialistus rengiančia švietimo institucija⁸³. Todėl sveikatos apsaugos ministro sudaryta komisija nevertina Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto rengiamų šeimos gydytojų tobulinimo programų, pavyzdžiui, ar jos atitinka šeimos gydytojų poreikius. Be to, nėra analizuojama kvalifikacijos tobulinimo programų visuma, neįvertinama, ar pakankamai rengiama programų vienos ar kitos specialybės gydytojams, tobulinant vienas ar kitas gydytojų kompetencijas. Todėl rengiamos gydytojų tobulinimo programos taip pat gali neatitikti vieno ar kitų gydytojų poreikių.

Šeimos gydytojai sudaro 16 proc. visų praktikuojančių gydytojų, tačiau jiems skirtos Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto tikslinės kvalifikacijos tobulinimo programos 2010–2012 metais kasmet sudarė apie 4 procentus nuo visų abiejuose universitetuose rengtų programų. Pagal vietų skaičių šiose programose tobulinti kvalifikaciją universitetuose kasmet galėjo iki 11 procentų visų šalies šeimos gydytojų.

Mažai rengiama naujų kvalifikacijos tobulinimo programų. Kvalifikacijos tobulinimo programų skaičius dviejose (iš 48) Lietuvos sveikatos mokslų universiteto klinikose 2010–2012 m. padidėjo 4 proc., keturiose (iš 18) Vilniaus universiteto klinikose – 22 proc. Kitose šių universitetų klinikose šis skaičius nepakito arba sumažėjo.

Kvalifikacijos tobulinimo programos sudarytos pagal kompetencijas, išvardytas Šeimos gydytojo medicinos normoje, tačiau mažai rengiama arba iš viso nerengiama programų šeimos gydytojams oftalmologijos, otorinolaringologijos, imunologijos temomis. Abu universitetai siūlo kvalifikacijos tobulinimo programas / mokymus, kurie skirti vienu metu kelių specializacijų gydytojams, nors skirtingų specialybių gydytojai pagal savo kompetencijas turi skirtingus kvalifikacijos tobulinimo poreikius.

Pavyzdžiai. Kvalifikacijos tobulinimo programų temos Vilniaus universitete ir Lietuvos sveikatos mokslų universitete

Skausmo gydymas (anesteziologijos ir reanimatologijos klinika)

Tobulinimas skirtas anesteziologams ir reanimatologams, šeimos gydytojams, vidaus ligų gydytojams, neurologams, onkologams chemoterapeutams, onkologams radioterapeutams.

Plastikos skeleto ir riešo sužalojimų bei ligų diagnostika ir gydymas (reumatologijos, traumatologijos, ortopedijos ir rekonstrukcinės chirurgijos klinika)

Tobulinimas skirtas chirurgams, ortopedams ir traumatologams, šeimos gydytojams, fizinės medicinos ir reabilitacijos ir sporto medicinos gydytojams, kineziterapeutams.

⁸³ Ten pat, 54 p.

Gaubtinės žarnos ligų chirurgijos aktualijos (chirurgijos klinika)

Tobulinimas skirtas chirurgams, abdominaliniams chirurgams, koloproktologams, gastroenterologams, šeimos gydytojams.

Šaltinis – Lietuvos gydytojų žinios, 2010 m. liepos 16 d. Nr. 13-14 (500)

Bet ir tokių tobulinimo programų dalyvių skaičius yra ribotas. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos teigimu, būna atvejų, kai organizuojami kvalifikacijos tobulinimo renginiai yra įdomūs ir aktualūs šeimos gydytojams, tačiau į juos patekti gali tik maža dalis pageidaujančiųjų. Nustatėme, kad Vilniaus universitetas 2010 m. patenkino 28 proc., 2011 m. – 26 proc., Lietuvos sveikatos mokslų universitetas 2010 m. – 56 proc., 2011 m. – 52 proc. šeimos gydytojų paraiškų tobulinti kvalifikaciją. 2010 m. abiejuose universitetuose kvalifikaciją tobulino iki 7 proc., 2011 m. – iki 5 proc. visų šalies šeimos gydytojų.

Trūksta praktinių mokymų šeimos gydytojams

Dauguma apklaustų gydymo įstaigų vadovų (~ 87 proc.), šeimos gydytojų (~ 77 proc.) ir bendrosios praktikos slaugytojų (~ 88 proc.) teikia prioritetą aktyvioms kvalifikacijos tobulinimo formoms⁸⁴. Pasak respondentų, tokios tobulinimosi formos jiems leidžia įgyti daugiau praktinių žinių ir įtvirtinti ar patobulinti įgūdžius. UEMS Bazelio deklaracijoje taip pat skatinama daugiau dėmesio skirti aktyvioms mokymo formoms. Tačiau praktinių mokymų šeimos gydytojams rengiama mažai. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos prezidentės, Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Šeimos klinikų vadovų teigimu, dažniausiai praktiniai mokymai skirti stacionare dirbantiems gydytojams, gydytojams specialistams. Šeimos gydytojams praktinių mokymų ypač trūksta.

Pavyzdžiai. Kvalifikacijos tobulinimo kursai šeimos gydytojams šeimos medicinos klinikoje⁸⁵

Akių ligos šeimos gydytojui. Kursas trunka 72 val., tik teoriniai užsiėmimai.

Paaugliams palanki sveikatos priežiūra. Kursas trunka 36 val., tik teoriniai užsiėmimai.

Paauglių sveikatos priežiūros aspektai šeimos gydytojams. Kursas trunka 36 val., tik teoriniai užsiėmimai.

Lėtine liga sergančio paciento priežiūra. Kursas trunka 36 val., tik teoriniai užsiėmimai.

Išorinės kvėpavimo funkcijos tyrimo ir elektrokardiografijos panaudojimas bendrojoje praktikoje. Kursas trunka 36 val., iš kurių 26 val. tik teoriniai užsiėmimai.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Biomedicinos srities podiplominių studijų interneto sistemoje www.medas.lt skelbiamą informaciją

Kadangi šeimos gydytojams rengiamų praktinių mokymų nepakanka, tai šie gydytojai kvalifikacijos tobulinimo valandas, būtinas įvykdyti licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi

⁸⁴ Aktyvios kvalifikacijos tobulinimo formos – mokymai, reikalaujantys aktyvaus specialisto dalyvavimo, pavyzdžiui, mokymai „darbo vietas“ principu.

⁸⁵ Pateikiami Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Šeimos medicinos klinikos pavyzdžiai, nes Vilniaus universiteto Vidaus ligų, šeimos medicinos ir onkologijos klinikoje nenurodoma, kiek valandų skirta teorijai ir kiek praktikai šeimos gydytojams skirtuose kursuose.

reikalavimus, surenka mažesnę praktinę naudą turinčiuose kursuose (konferencijose, seminaruose).

Sveikatos apsaugos ministerijos nuomone, gydytojų kvalifikacijos tobulinimo organizavimą tikslinga perduoti gydytojų draugijoms, be to, daugiau praktinių mokymų būtų galima rengti rezidentūros bazėse. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos atstovai pritarė šiam siūlymui, tačiau atkreipė dėmesį, kad draugijos neturi lėšų kvalifikacijos tobulinimui organizuoti. Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Šeimos klinikų vadovai pažymėjo, kad asmens sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimas nėra valstybės prioritetas, o investicijos į kvalifikacijos tobulinimą nepakankamos.

Siekiant užtikrinti tinkamą šeimos gydytojų kompetenciją, būtina efektyviai tobulinti jų kvalifikaciją: rengti jiems daugiau tikslinių ir praktinių mokymų, periodiškai atnaujinti kvalifikacijos tobulinimo programas, į kvalifikacijos tobulinimo organizavimą įtraukti gydytojų draugijas.

1-ojo audito departamento direktorius

Laimonas Čiakas

Vyriausioji valstybinė auditorė

Rūta Obcarskienė

Valstybinio audito ataskaitos kopijos pateiktos:
Lietuvos Respublikos Seimo Audito komitetui,
Lietuvos Respublikos Vyriausybei,
Lietuvos savivaldybių asociacijai,
Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

PRIEDAI

Valstybinio audito ataskaitos „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ 1 priedas

Pagrindiniai audito duomenų rinkimo ir vertinimo metodai

Eil. Nr.	Metodas	Tikslai
1.	2.	3.
1.	<p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome Sveikatos apsaugos ministerijos, Švietimo ir mokslo ministerijos, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, teritorinių ligonių kasų, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto dokumentus, susijusius su šeimos gydytojais ir slaugytojais: gydytojų poreikio planavimu, kvalifikacijos tobulinimu, licencijavimu, šeimos gydytojų darbo organizavimu, šeimos gydytojų ir slaugytojų darbo apmokėjimu, medicinos normų vykdymu ir kitus.</p>	<p>Nustatyti ar tinkamas teisinis reglamentavimas, problemas pirminės asmens sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių valdymo srityje.</p>
2.	<p>Apklauso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ šeimos gydytojų; ▪ bendrosios praktikos slaugytojų; ▪ gydymo įstaigų vadovų; ▪ savivaldybių administracijų; ▪ medicinos studentų ir šeimos gydytojų rezidentų. <p>Apklauso buvo vykdomos internetu, portale www.publika.lt. Nuorodos į apklausas buvo siunčiamos elektroniniu paštu, paskelbtos studentų atstovybių, Lietuvos gydytojų sąjungos, Lietuvos slaugos specialistų organizacijų interneto svetainėse, šeimos gydytojams paštu buvo siunčiami kvietimai dalyvauti apklausoje.</p> <p>Apklausoje dalyvavo: 199 šeimos gydytojai, 183 slaugytojai, 111 gydymo įstaigų vadovų; 58 savivaldybės, 94 medicinos studijų rezidentai, 305 IV–VI kurso medicinos studentai.</p>	<p>Nustatyti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kaip planuojamas šeimos gydytojų ir slaugytojų skaičiaus poreikis savivaldybėse; – kokios priemonės taikomos savivaldybėse siekiant sumažinti šeimos gydytojų ir slaugytojų trūkumą; – kaip organizuojamos rezidentūros studijos / šeimos medicinos studijos; – kokios problemos kyla, organizuojant šeimos gydytojo darbą; – kaip skatinami šeimos gydytojai ir slaugytojos; – ar šeimos gydytojus ir slaugytojus tenkina esama kvalifikacijos tobulinimo tvarka / siūlomos tobulinimo temos; – ar vykdomi Šeimos gydytojo medicinos normos reikalavimai, jei nevykdomi – kodėl; – šeimos gydytojų, slaugytojų, gydymo įstaigų vadovų nuomonę dėl šeimos gydytojų kompetencijų vertinimo; – šeimos gydytojų, slaugytojų, gydymo įstaigų vadovų nuomonę dėl kai kurių šeimos gydytojo funkcijų perdavimo slaugytojams. <p>Apibendrintus rezultatus / konkrečius pavyzdžius pateikti audito ataskaitoje.</p>
3.	<p>Pokalbiai – su Sveikatos apsaugos ministerijos, Švietimo ir mokslo ministerijos, Valstybinės ligonių kasos, gydymo įstaigų, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos, Lietuvos slaugos specialistų organizacijos, Lietuvos studentų atstovybės ir studentų sąjungų atstovais.</p>	<p>Išsiaiškinti šeimos gydytojų, rezidentų skaičiaus planavimo klausimus, šeimos gydytojo darbo organizavimo, kompetencijų vykdymo problemas, gydytojų ir slaugytojų kvalifikacijos tobulinimo problemas.</p>

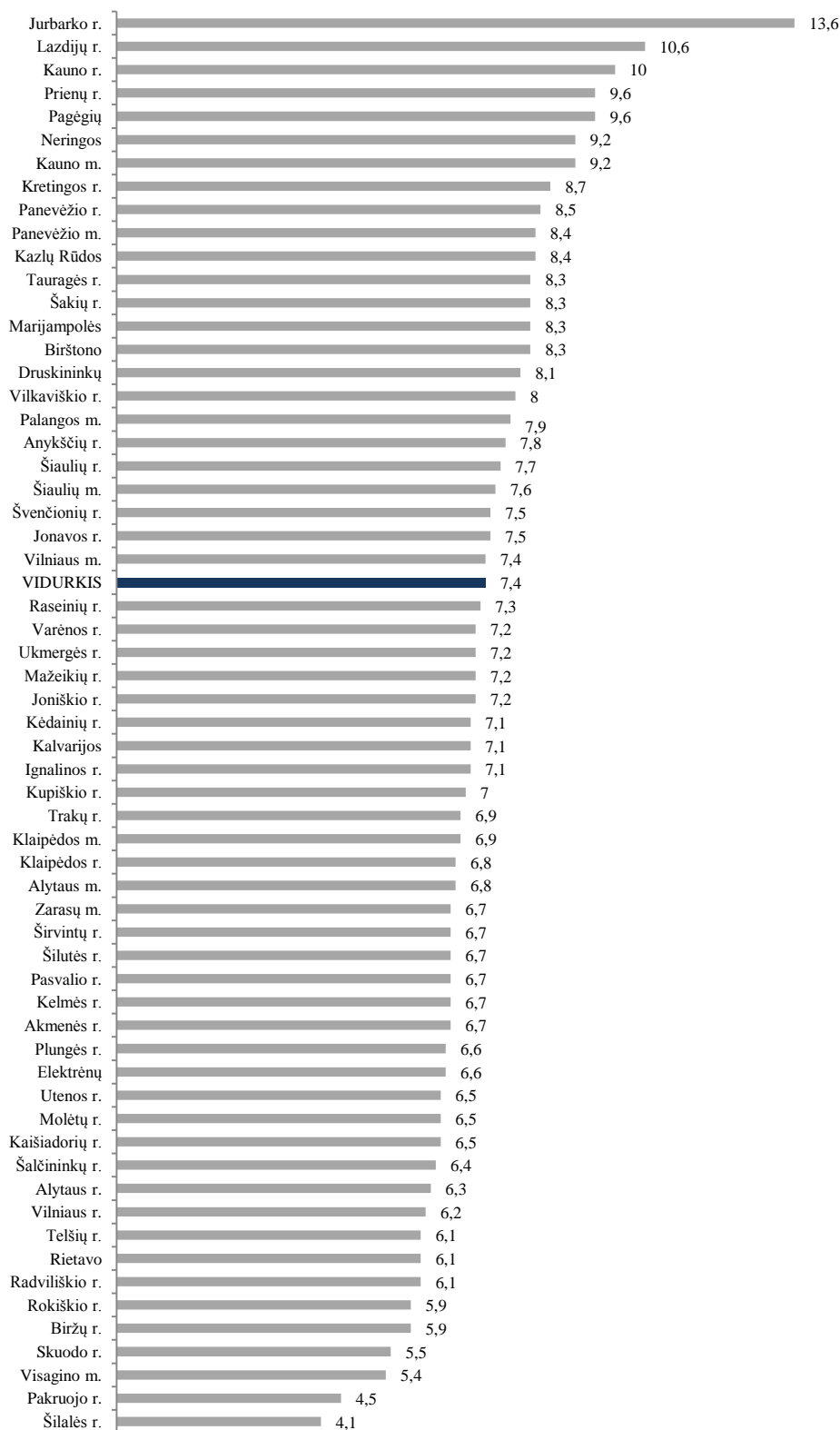
Valstybinio audito ataskaitos
 „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
 1 priedo tęsinys

1.	2.	3.
4.	<p>Duomenų analizė:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ šeimos gydytojų poreikio planavimo tvarkos; ▪ Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA posistemio METAS duomenų bazės; ▪ Valstybinės ligonių kasos duomenų apie gydymo įstaigose dirbančius šeimos gydytojus, jų apylinkių dydžius ir struktūrą; ▪ gydymo įstaigų pateiktų duomenų apie dirbančius šeimos gydytojus, jų aptarnaujamų gyventojų skaičių; ▪ šeimos gydytojų apylinkių dydžių gydymo įstaigose; ▪ Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenų apie 2009–2011 m. suteiktas specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, gydytojų kardiologų antrinio lygio ambulatorines paslaugas; ▪ gydymo įstaigų atliktų sveikatos profilaktinių tikrinimų (396 gydymo įstaigų 18–65 metų amžiaus pacientams), suteiktų prevencinių, skatinamųjų paslaugų; ▪ 2009–2012 m. Vilniaus universiteto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto gydytojų kvalifikacijos tobulinimo kursų pasiūlos; ▪ 19 gydymo įstaigų vidaus dokumentų: darbo sutarčių, darbo užmokesčio mokėjimo tvarkos, darbo organizavimo tvarkos. 	<p>Nustatyti apylinkių ir jas aptarnaujančių šeimos gydytojų skaičiaus, teikiamų paslaugų apimties skirtumus, kvalifikacijos tobulinimo kursų temų pokyčius audituojamu laikotarpiu, pateikti konkrečius pavyzdžius audito ataskaitoje.</p>
5.	<p>Užsienio šalių praktika⁸⁶ – nagrinėjome kitų valstybių praktiką, planuojant šeimos gydytojų skaičių, organizuojant šeimos gydytojo darbą, vertinant šeimos gydytojų kompetenciją, kvalifikacijos tobulinimo tvarką.</p>	<p>Nustatyti geros praktikos pavyzdžius.</p>
6.	<p>Mokslinės literatūros analizė – nagrinėjome publikacijas Lietuvos ir užsienio moksliniuose sveikatos priežiūros leidiniuose.</p>	<p>Išsiaiškinti, kokias pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros organizavimo ir paslaugų teikimo problemas įžvelgia publikacijų autoriai.</p>
7.	<p>Atvejų nagrinėjimas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ atlikome Dienos fotografijos tyrimą. ▪ analizavome asmens ambulatorinio gydymo ligos istorijas: iš viso 416 istorijų 10-yje gydymo įstaigų, 129-ių šeimos gydytojų siuntimus dėl gydytojų kardiologų konsultacijų. 	<p>Išsiaiškinti, kaip pasiskirsto šeimos gydytojo ir slaugytojo darbo diena ir kokie šeimos gydytojo ir slaugytojo darbai užima daugiausiai pacientų priėmimo laiko.</p> <p>Įvertinti, ar šeimos gydytojų siuntimai dėl gydytojų specialistų konsultacijų yra pagrįsti, tinkamai įforminti, ar šeimos gydytojai dirba pagal Šeimos gydytojo medicinos normą.</p>

⁸⁶ Išsiųstos užklauskos ir gauti atsakymai iš Švedijos, Didžiosios Britanijos, Australijos medikų asociacijų; išanalizuota literatūra: „Assessing the impact of a new health sector pay system upon NHS staff in England“ *Human resources for Health* 30 June 2008, James Buchan, David Evan; „Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe“, *Oxford journal*, 2008; informacija apie apylinkių formavimą ir planavimą: Vokietijos Federalinis bendras komitetas (angl. *Federal Joint Committee*), prieiga per internetą: <http://www.english.g-ba.de/special-topics/planning/physicians/>; Europos bendrosios praktikos / šeimos gydytojų sąjunga (angl. *European Union of general practitioners / family physicians*), prieiga per internetą: <http://www.uemo.eu/gp-in-europe.html>.

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
2 priedas

Šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10-čiai tūkst. pacientų pagal savivaldybes 2012 m.



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos ir gydymo įstaigų informaciją

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
3 priedas

Šeimos gydytojų apylinkių gydymo įstaigose pavyzdžiai (2012 m. birželio mėn. duomenys)

Apylinkės Nr.	Šeimos gydytojo apylinkės dydis (pacientų skaičius)	Pacientų iki 18 m. dalis (proc.)	Pacientų nuo 18 iki 49 m. dalis (proc.)	Pastabos
Įstaiga A: įstaigoje 3 šeimos gydytojai turi iš viso 714 pacientų, pagal normatyvą nesusidaro viena apylinkė, todėl galėtų dirbti vienas šeimos gydytojas				
01	266	20 proc.	75 proc.	Kitoje įstaigoje šeimos gydytojas turi 1 311 pacientų.
02	305	47 proc.	51 proc.	Kitoje įstaigoje šeimos gydytojas turi 1 088 pacientus.
4	143	50 proc.	66 proc.	Kitoje įstaigoje šeimos gydytojas turi 1 607 pacientus.
Įstaiga B: įstaigoje 4 šeimos gydytojai turi iš viso 2 291 pacientą, pagal normatyvą galėtų būti 2 apylinkės, todėl galėtų dirbti 2 šeimos gydytojai				
1	35	9 proc.	63 proc.	
2	738	4 proc.	75 proc.	
4	592	0 proc.	81 proc.	
7	923	19 proc.	58 proc.	
Įstaiga C: įstaigoje 2 šeimos gydytojai turi iš viso 1 295 pacientus, pagal normatyvą – viena apylinkė, todėl gydymo įstaigoje galėtų dirbti vienas šeimos gydytojas				
22	670	0,1 proc.	59 proc.	Kitoje įstaigoje šeimos gydytojas turi 389 pacientus.
24	625	48 proc.	36 proc.	Kitoje įstaigoje šeimos gydytojas turi 1 615 pacientų.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos ir gydymo įstaigų duomenis

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
4 priedas

Trūkstamas šeimos gydytojų skaičius

Savivaldybė	Savivaldybės administracijos informacija*	Valstybės kontrolės duomenys**
1.	3.	4.
Akmenės r.	1	0
Alytaus m.	0	0
Alytaus r.	0	1
Anykščių r.	0	0
Birštono	0	0
Biržų r.	1	2
Druskininkų	Nėra informacijos	0
Elektrėnų	0	0
Ignalinos r.	1	0
Jonavos r.	0	0
Joniškio r.	4	0
Jurbarko r.	2	0
Kaišiadorių r.	0	0
Kalvarijos	0,25	0
Kauno m.	2	0
Kauno r.	0	0
Kazlų Rūdos	0	0
Kelmės r.	2	0
Kėdainių r.	0	0
Klaipėdos m.	5	0
Klaipėdos r.	0	0
Kretingos r.	Nėra informacijos	0
Kupiškio r.	0	0
Lazdijų r.	6	0
Marijampolės	6	0
Mažeikių r.	1	0
Molėtų r.	2	0
Neringos	0	0
Pagėgių	2	0
Pakruojo r.	2	4
Palangos m.	0	0
Panevėžio m.	6	0
Panevėžio r.	0	0
Pasvalio r.	0	0

* Kriterijus, kuriais vadovaujasi skaičiuodamos šeimos gydytojų trūkumą, nurodė ne visos savivaldybių administracijos.

** Skaičiavome, kad vienam šeimos gydytojui tektų 1 550 pacientų.

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
4 priedo tęsinys

1.	3.	4.
Plungės r.	3	0
Prienų r.	0	0
Radviliškio r.	5	1
Raseinių r.	0	0
Rietavo	0	1
Rokiškio r.	4	1
Skuodo r.	0	2
Šakių r.	0	0
Šalčininkų r.	7	1
Šiaulių m.	2	0
Šiaulių r.	5	0
Šilalės r.	3	6
Šilutės r.	5	0
Širvintų r.	0	0
Švenčionių r.	1	0
Tauragės r.	0	0
Telšių r.	2	2
Trakų r.	0	0
Ukmergės r.	2	0
Utenos r.	0	1
Varėnos r.	2	0
Vilkaviškio r.	0	0
Vilniaus m.	52	0
Vilniaus r.	0	4
Visagino m.	0	1
Zarasų r.	0	0
Iš viso:	136,25	27

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal savivaldybių, gydymo įstaigų ir Valstybinės ligonių kasos duomenis

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
5 priedas

Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ posistemio METAS ir gydymo įstaigų Valstybės kontrolei pateiktų duomenų apie šeimos gydytojus palyginimo pavyzdžiai

METAS duomenys	Gydymo įstaigų informacija
Šeimos gydytojas A:	
Dirba dviejose gydymo įstaigose Klaipėdoje. Įdarbinimo laikotarpiai iki 3000-01-01. Nenurodytas etatų skaičius, darbo valandų skaičius per savaitę. Nėra įdarbinimo anuliavimo datos.	Dirba vienoje gydymo įstaigoje Klaipėdoje.
Šeimos gydytojas B:	
Dirba trijose gydymo įstaigose: Klaipėdoje, Klaipėdos ir Kauno rajonuose. Įdarbinimo laikotarpiai iki 3000-01-01. Nėra įdarbinimo anuliavimo datos.	Dirba vienoje gydymo įstaigoje Klaipėdos rajone.
Šeimos gydytojas C:	
Dirba trijose gydymo įstaigose Marijampolėje. Įdarbinimo laikotarpiai iki 3000-01-01. Nėra įdarbinimo anuliavimo datos.	Dirba vienoje gydymo įstaigoje Marijampolėje.
Šeimos gydytojas D:	
Dirba trijose gydymo įstaigose Vilniuje. Įdarbinimo laikotarpiai iki 3000-01-01. Nėra įdarbinimo anuliavimo datos.	Dirba dviejose gydymo įstaigose Vilniuje.
Šeimos gydytojas E:	
Nėra informacijos apie gydytoją (kaip šeimos gydytoją, dirbantį kurioje nors gydymo įstaigoje).	Dirba vienoje gydymo įstaigoje Vilniuje.
Šeimos gydytojas F	
Dirba vienoje gydymo įstaigoje Kaune. Įdarbinimo laikotarpiai iki 3000-01-01. Nėra įdarbinimo anuliavimo datos.	Jokia gydymo įstaiga nenurodė, kad šis gydytojas dirba.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal METAS ir gydymo įstaigų duomenis 2012-07-01

Valstybinio audito ataskaitos
 „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
 6 priedas

**Šeimos gydytojų*, 2009–2012 m. įsidarbinusių ambulatorinėse
 pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, skaičius pagal
 savivaldybes**

Savivaldybė	Šeimos gydytojų skaičius
Alytaus m.	2
Birštono	1
Biržų r.	1
Elektrėnų	2
Jurbarko r.	1
Kaišiadorių r.	2
Kauno m.	17
Kauno r.	1
Kazlų Rūdos	1
Kėdainių r.	3
Klaipėdos m.	2
Kretingos r.	2
Kupiškio r.	1
Molėtų r.	1
Pagėgių	1
Panevėžio m.	1
Panevėžio r.	1
Prienų r.	2
Radviliškio r.	1
Raseinių r.	2
Šakių r.	1
Šiaulių m.	4
Šilutės r.	4
Širvintų r.	2
Tauragės r.	1
Trakų r.	1
Ukmergės r.	3
Vilkaviškio r.	1
Vilniaus m.	36
Vilniaus r.	5

* Gydytojai, kuriems suteikta šeimos gydytojo licencija ir ši licencija yra pirmoji po studijų.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenis

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
7 priedas

18–65 m. amžiaus pacientų profilaktiniai sveikatos patikrinimai dėl lėtinių neinfekcinių ligų (2011 m.)

	Gydymo įstaigų skaičius	Gydymo įstaigų dalis (proc.)	Aptarnaujamų 18–65 m. amžiaus pacientų skaičius	Šiose gydymo įstaigose paslaugas gaunanti ŠG aptarnaujamų 18–65 m. amžiaus šalies gyventojų dalis (proc.)	Paslaugų skaičius	Pacientų, gavusių paslaugą, dalis (proc., vidurkis)	Šeimos gydytojų skaičius	Šeimos gydytojų dalis (proc.)	Vienam gydytojui teko 18-65 m. amžiaus pacientų	Vienam šeimos gydytojui teko prirašytų pacientų (visų amžiaus grupių)
Nėra duomenų, kad paslauga teikta	125	31	398 739	23	0	0	472	23	845	1092
Patikrinta mažiau nei 5 proc. pacientų	177	45	969 447	56	16 401	2	1 099	54	882	1 309
Patikrinta nuo 6 proc. iki 25 proc. pacientų	75	19	285 178	16	36 433	13	364	18	783	1 194
Patikrinta daugiau nei 26 proc. pacientų (didžiausia dalis – 73 proc.)	19	5	77 824	5	29 200	37	97	5	802	1 169
Bendri skaičiai	396	100	1 731 188	100	82 034	5	2 032	100	852	1 231
Panevėžio zona	37	9	180 871	10	5 044	3	220	11	822	1 267
Kauno zona	133	34	464 557	27	18 845	4	622	31	747	1 087
Klaipėdos zona	70	18	262 617	15	2 237	0,8	291	14	902	1 309
Vilniaus zona	98	25	554 930	32	19 867	4	613	30	905	1 256
Šiaulių zona	58	14	268 213	16	36 041	13	286	14	938	1 383
Iš viso	396	100	1 731 188	100	82 034	5	2 032	100	852	1 231

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
8 priedas

Duomenys apie gydymo įstaigas, kuriose dėl neinfekcinių ligų sveikata patikrinta nuo 25 proc. iki 73 proc. pacientų

Teritorinės ligonių kasos veiklos zona	Gydymo įstaigų skaičius	Gydymo įstaigų dalis (proc.)	Aptarnaujamų 18–65 m. amžiaus pacientų skaičius	Šiose gydymo įstaigose paslaugas gaunanti šeimos gydytojų aptarnaujamų 18–65 m. amžiaus pacientų dalis (proc.)	Paslaugų skaičius	Pacientų, gavusių paslaugą, dalis (proc., vidurkis)	Šeimos gydytojų skaičius	Šeimos gydytojų dalis (proc.)	Vienam šeimos gydytojui teko 18-65 m. amžiaus pacientų	Vienam šeimos gydytojui teko visų amžiaus grupių pacientų
Panevėžio	1	5	1 643	1	546	33	2	2	821	1 834
Kauno	3	16	4 824	1	2 241	46	9	9	536	902
Klaipėdos	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Vilniaus	8	42	13 417	2	4 426	33	22	23	610	873
Šiaulių	7	37	57 940	21	21 987	38	64	66	905	1 287
Iš viso	19	100	77 824	4	29 200	37	97	100	802	1 169

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
9 priedas

Gydymo įstaigų interneto svetainėse skelbiamos informacijos pavyzdžiai

Viešųjų pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų skelbiama informacija

Pirmas pavyzdys. Skelbiami atliekami profilaktiniai sveikatos tikrinimai:

- Patikra asmenų, dirbančių kenksmingomis darbo sąlygomis;
- Dėl ginklo naudojimo (medžioklei, savigynai, darbui);
- Vairuotojų sveikatos patikrinimai;
- Profilaktiniai sveikatos patikrinimai (dirbantiems visose maisto gamybos ir realizavimo srityse, sveikatos priežiūros, vaikų ir jaunuolių mokymo, paslaugų gyventojams teikimo srityse).

Antras pavyzdys. Skelbiamos profilaktinio sveikatos tikrinimo rūšys ir kaina (Lt):

Tikrinimo rūšis	Kaina (įsidarbinant)
Vairuotojo mėgėjo	52,50
Vairuotojo profesionalo	58,80
Civilinės aviacijos darbuotojo	268,80
Laivyno darbuotojo	99,12
Geležinkelio darbuotojo	18,48
Norinčio įsigyti civilinį ginklą	60,00
Vykstant į užsienį	37,50

Privačių įstaigų skelbiama informacija

Pirmas pavyzdys. Šeimos gydytojo kabineto skelbiama informacija:

Viena iš svarbiausių veiklos krypčių yra profilaktinė medicina. Įmonėms, sudariusioms sutartį dėl dirbančiųjų sveikatos tikrinimo, prienamomis kainomis, maksimaliai trumpu ir patogiu laiku, išvengiant eilių, atliekame privalomus profilaktinius sveikatos tikrinimus. Įvertinę darbdavių ir dirbančiųjų pageidavimus, pakeitėme savo darbo laiką ir šiuo metu esame vienintelė įstaiga rajone, dirbanti nuo 7.00 val. Darbo patirtis parodė, kad pasirinkta profilaktinių sveikatos tikrinimų tvarka ir organizavimas tenkina besitikrinančių poreikius ir lūkesčius.

Antras pavyzdys. Privačios klinikos skelbiama informacija:

Šeimos gydytojas – tai patarėjas, koordinatorius, visapusiškai besirūpinantis visos šeimos sveikata – nuo jauniausio iki vyriausio. Šie gydytojai padeda orientuotis sveikatos sistemoje, konsultuoja visą šeimą įvairiais sveikatos klausimais, stebi lėtinių ligų eigą, padeda surasti optimaliausią sprendimą ir, jei reikia, nukreipia pas kitus specialistus. Šeimos klinikos <...> bendrosios praktikos gydytojai rūpinasi ne tik pacientų gydymu, bet ir sveikatos išsaugojimu bei gerinimu, ligų profilaktika.

Paslauga	Kaina registruotiems pacientams
Gydytojo konsultacija	nemokamai
Pakartotinė gydytojo konsultacija	nemokamai
Vairuotojų sveikatos tikrinimas	55 Lt
Vairuotojų sveikatos pažyma (kai patikra atlikta poliklinikoje)	40 Lt
Asmenų, dirbančių profesinės rizikos sąlygomis, sveikatos tikrinimas	35 Lt
Gydytojo konsultacija paciento namuose (Vilniaus m. ribose)	200 Lt
Asmenų, norinčių susituokti, sveikatos tikrinimas	35 Lt
Tarptautinio keliautojo paso išdavimas	10 Lt
Nedarbingumo pažymėjimo išrašymas	nemokamai
Vaikų sveikatos pažymėjimo išrašymas	nemokamai
Vykstančių į užsienį medicininės pažymos (F 082/a) išdavimas	35 Lt

Šaltinis – gydymo įstaigų interneto svetainės

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
10 priedas

Siuntimai gydytojo kardiologo konsultacijai pacientui sergant arterine hipertenzija*, kai šeimos gydytojai nepanaudojo visos nustatytos kompetencijos

Įstaiga, kurioje teiktos gydytojo kardiologo paslaugos	Iš viso vertintų kardiologo konsultacijų ** skaičius	Konsultacijų pagal šeimos gydytojo kompetenciją skaičius	Konsultacijų pagal šeimos gydytojo kompetenciją dalis (proc.)	Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos (Lt) apmokėjus konsultacijas, kurios suteiktos pagal šeimos gydytojo kompetenciją
Miesto poliklinika	84	47	65	2 198
Miesto poliklinika	35	22	62	1 029
Rajono ligoninė	57	41	72	1 918
Rajono ligoninė	36	29	80	1 356
Rajono ligoninė	36	26	72	1 216
Iš viso	248	165	66	7 714

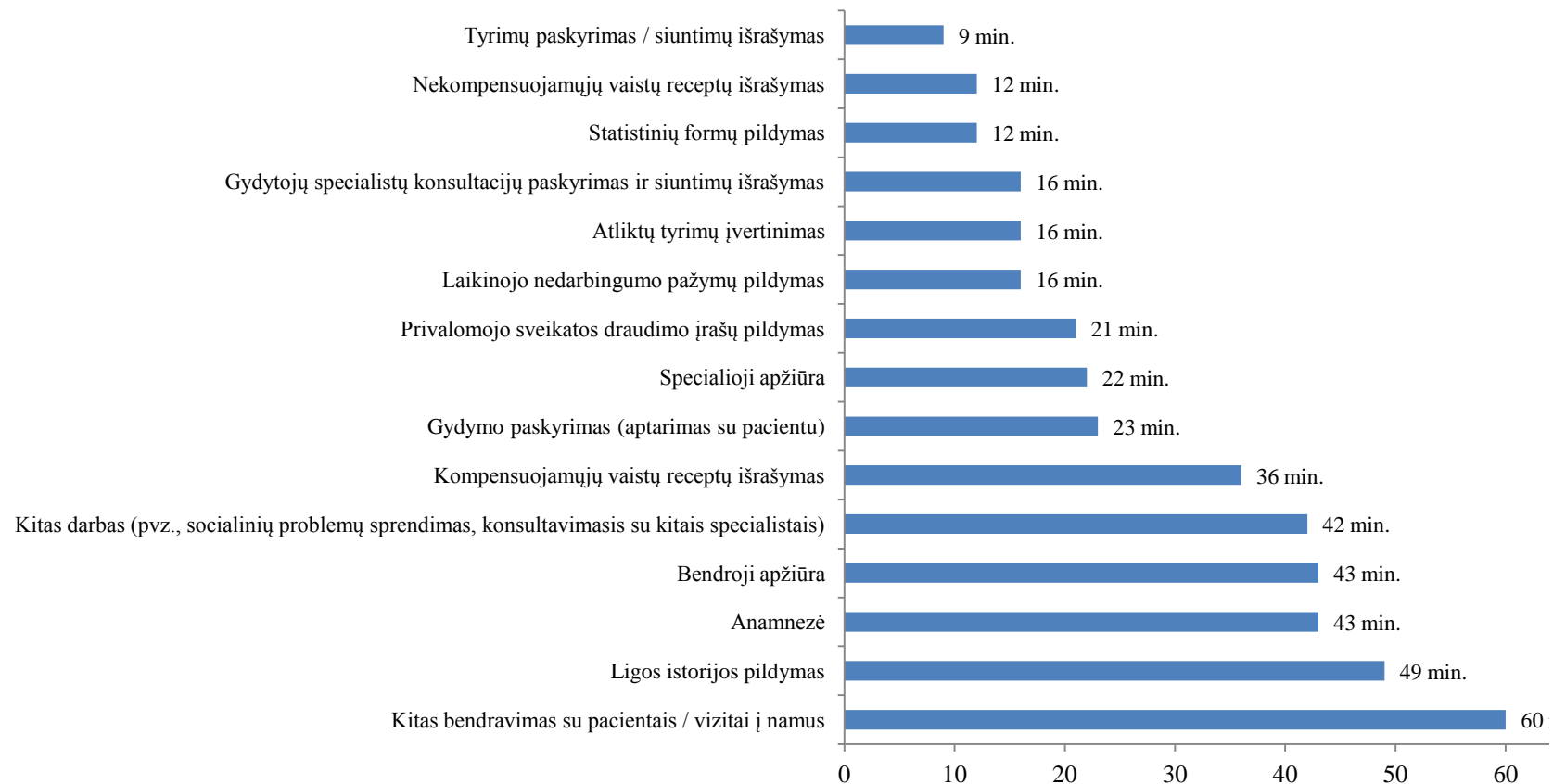
* Konsultacijos dėl pirminės (esencilinės) hipertenzijos ir hipertenzinės (širdies ligos) [kardiopatijos], kai pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją (dešimtąją redakciją) žymėti ligų kodai I10, I11.

** Paslaugos kodas pagal Valstybinės ligonių kasos klasifikatorių 1559.

Šaltinis – Valstybės kontrolės ir teritorinių ligonių kasų duomenys

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
11 priedas

Šeimos gydytojo darbų pasiskirstymas pagal funkcijas per darbo dieną (vidutiniškai minutėmis)



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Dienos fotografijos tyrimo duomenis

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
12 priedas

Valstybinio audito ataskaitoje „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ pateiktų rekomendacijų įgyvendinimo priemonių planas

Rekomendacijos eilės numeris	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Rekomendacijos įgyvendinimas (Sveikatos apsaugos ministerijos numatytos priemonės)	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
1.	2.	3.	4.	5.
Rekomendacijos Sveikatos apsaugos ministerijai				
1.	Siekiant užtikrinti, kad šeimos gydytojų skaičius savivaldybėse patenkintų gyventojų poreikius:	Sveikatos apsaugos ministerija		
1.1.	inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kuriais būtų nustatyti minimalūs gydymo įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai, numatant privalomą šių reikalavimų vykdymą;		Parengti teisės aktų pakeitimus, numatančius savivaldybių teisę planuoti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų tinklą.	2013 m. III ketvirtis
1.2.	patikslinti ir papildyti šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus, pagal juos nustatyti šeimos gydytojo apylinkių normatyvą;		Atsižvelgiant į galiojančias įstatymų nuostatas, išnagrinėti galimybę papildyti šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus; esant poreikiui, parengti teisės aktų projektus.	2014 m. IV ketvirtis
1.3.	patikslinti šeimos gydytojų poreikio planavimo kriterijus, vykdyti ilgalaiį šio poreikio planavimą;		Sudaryti sveikatos sistemos specialistų rengimo nacionalinei sveikatos sistemai valstybinio užsakymo komitetą.	2013 m. III ketvirtis
			Suformuoti ilgalaiį sveikatos priežiūros specialistų rengimo nacionalinei sveikatos sistemai valstybės užsakymą.	2013 m. IV ketvirtis
1.4.	peržiūrėti ir patikslinti teisės aktų nuostatas, kad Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ posistemio „METAS“ visi privalomi duomenys būtų registruojami laiku ir tinkamai ir būtų naudojami planuojant šeimos gydytojų poreikį;			

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
12 priedo tęsinys

1.	2.	3.	4.	5.
1.5.	Plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas ir užtikrinti jos funkcionavimą.		Tobulinti šios duomenų bazės tvarkymą.	2013 m. IV ketvirtis
2.	Siekiant geresnio šeimos gydytojų kompetencijų vykdymo, mažesnės įtampos bendraujant gydytojui ir pacientui, inicijuoti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatų peržiūrėjimą (pakeitimą ir (ar) papildymą).	Sveikatos apsaugos ministerija	Parengti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo ir jį įgyvendinančių teisės aktų pakeitimus, įtvirtinant pareigą pacientams kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą.	2014 m. I ketvirtis
3.	Siekiant gerinti šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir finansavimo tvarkoje numatyti, kurią kvalifikacijos tobulinimo dalį turi sudaryti praktiniai mokymai.	Sveikatos apsaugos ministerija	Pakeisti sveikatos apsaugos ministro 2002-03-18 įsakymą Nr. 132 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos“.	2014 m. IV ketvirtis

Rekomendacijos Sveikatos apsaugos ministerijai kartu su kitomis institucijomis (įstaigomis)				
1.	Siekiant užtikrinti, kad šeimos gydytojai tenkintų gyventojų poreikius:	Sveikatos apsaugos ministerija		
1.1.	bendradarbiaujant su savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais taikyti priemones, kad šeimos gydytojų apylinkės būtų formuojamos pagal nustatytą normatyvą;		Sveikatos apsaugos ministerija planuoja susitikimus su Lietuvos savivaldybių asociacija, siekiant aptarti šeimos gydytojų apylinkių formavimo galimybes pagal nustatytą normatyvą. Atsižvelgiant į įstatymų pokyčius, bus koreguojama teritorinių ligonių kasų sutarčių su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudarymo tvarka.	Vieną kartą per pusmetį
1.2.	bendradarbiaujant su aukštosiomis mokyklomis ir gydymo įstaigomis plėsti medicinos studentų praktikos ir šeimos gydytojų rezidentų rengimo bazes rajonuose;		Kreiptis į universitetus, kad jie, sudarydami kalendorinius planus dėl rezidentų paskirstymo rezidentūros bazėse, numatytų ir planuotų daugiau šeimos gydytojų rezidentų skirti į rezidentų rengimo bazes rajonuose.	Kiekvienais metais

Valstybinio audito ataskaitos
 „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
 12 priedo tęsinys

1.	2.	3.	4.	5.
1.3.	bendradarbiaujant su šeimos gydytojų ir slaugytojų specialybių draugijomis, aukštosiomis mokyklomis, gydymo įstaigų vadovais, peržiūrėti, patikslinti ir (ar) papildyti asmens sveikatos priežiūros specialistų veiklą reglamentuojančius teisės aktus, numatant pareigų ir kompetencijų, nereikalaujančių gydytojo kvalifikacijos, perdavimą kitiems gydymo įstaigų darbuotojams.		Problemas dėl dokumentų pildymo padėtų išspręsti E. sveikatos įgyvendinimas. Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos įgyvendinimo plane numatyta „Išnagrinėti galimybę suteikti teisę slaugytojams išrašyti kai kurias medicinos pagalbos (slaugos) priemones ir pateikti siūlymus dėl reikiamų teisės aktų pakeitimo“.	2013 m. IV ketvirtis
2.	Siekiant geresnio šeimos gydytojų kompetencijų vykdymo:	Sveikatos apsaugos ministerija		
2.1.	bendradarbiaujant su šeimos ir kitų gydytojų specialybių draugijomis ir aukštosiomis mokyklomis rengti šeimos gydytojo praktikoje taikytinas diagnostikos ir gydymo metodikas, tvarkos aprašus, gaires, aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų kompetencijos ribas;		Rengti aprašus ir metodikas. Sveikatos apsaugos ministerija įsipareigoja skelbti ministerijos tinklalapyje universitetų, mokslo tiriamųjų įstaigų, gydytojų profesinių draugijų parengtas diagnostikos ir gydymo metodikas.	Kiekvienais metais
2.2.	bendradarbiaujant su savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais, šeimos gydytojų ir slaugytojų specialybių draugijomis numatyti priemones, skatinančias gydymo įstaigas ir šeimos gydytojus aktyviau vykdyti ligų profilaktiką;		Patvirtinti Suaugusiųjų profilaktinių sveikatos patikrinimų gerų darbo rezultatų rodiklį.	2013 m. IV ketvirtis
2.3.	bendradarbiaujant savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais rengti priemones, motyvuojančias gydymo įstaigas dalį lėšų, gautų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo už gerus darbo rezultatus ir skatinamąsias paslaugas, skirti kaip finansinę paskatą tas paslaugas suteikusiems įstaigų darbuotojams.		Organizuoti susitikimus su Lietuvos savivaldybių asociacija, savivaldybėmis ir gydymo įstaigų vadovais, siekiant aptarti priemones, galinčias motyvuoti gydymo įstaigas dalį lėšų, gautų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo už gerus darbo rezultatus, skatinamąsias paslaugas, skirti finansiškai skatinti tas paslaugas suteikusius įstaigų darbuotojus	2014 m. IV ketvirtis

Valstybinio audito ataskaitos
„Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“
12 priedo tęsinys

1.	2.	3.	4.	5.
3.	Siekiant gerinti šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą, bendradarbiaujant su šeimos gydytojų specialybių draugijomis, aukštosiomis mokyklomis, gydymo įstaigų vadovais:	Sveikatos apsaugos ministerija		
3.1.	įdiegti savanorišką šeimos gydytojų kompetencijų vertinimą;		Siūlyti šeimos gydytojų specialybių draugijoms parengti savanoriško šeimos gydytojų kompetencijų vertinimo anketas ir jas pateikti Sveikatos apsaugos ministerijai. Gavus anketas, jas skelbti Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje.	2014 m. I ketvirtis
3.2.	plėsti šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimo bazines, sudarant galimybę kvalifikaciją tobulinti ne tik universitetų bazėse, bet ir rajonų gydymo įstaigose;		Kreiptis į universitetus siūlant organizuoti gydytojų tobulinimą ne tik universiteto ligoninėse, bet ir rajonų gydymo įstaigose.	2014 m. I ketvirtis
3.3.	inicijuoti tikslinių ir praktinių kvalifikacijos tobulinimo programų šeimos gydytojams rengimą ir atnaujinimą pagal šeimos gydytojų identifikuotas tobulintinas sritis.		Kreiptis į universitetus, kad šie, atsižvelgdami į šeimos gydytojų draugijų siūlymus dėl identifikuotų tobulintinių sričių (dalykų, jų temų), organizuotų šeimos gydytojų tikslinei grupei tobulinimo programą ar programas, kuriose didžiąją dalį sudarytų praktinis kvalifikacijos tobulinimas.	2015 m. I ketvirtis