



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

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 tikslų 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 bazes 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 priemonės, 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).

