



LIETUVOS RESPUBLIKOS VALSTYBĖS KONTROLĖ

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA

PIRMINĖ SVEIKATOS PRIEŽIŪRA

2005 m. birželio 30 d. Nr. 2010-2-78

Vilnius

SANTRAUKA

Audito tikslas – įvertinti pirminės sveikatos priežiūros reformos įgyvendinimo organizavimą. Vertindami pirminės sveikatos priežiūros plėtrą 2002–2004 metais, audito metu nagrinėjome: Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos tikslų ir uždavinių įgyvendinimui numatytų priemonių koordinavimą ir finansavimą; apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų ir savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros plėtros planų sudarymą; pirminės sveikatos priežiūros plėtros įgyvendinimą 2002–2004 metais, ambulatorinių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

Audito metu nustatyta, kad Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos tikslų ir uždavinių įgyvendinimui numatytoms priemonėms vykdyti 2000–2004 m. skirtas finansavimas buvo daug mažesnis negu planuotas lėšų poreikis ir tai neužtikrino programoje numatytų priemonių įvykdymo. Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose 2002 m. atskirų savivaldybių statistiniai duomenys netiksliai atspindi tikrą situaciją savivaldybėse, o prognozuoti 2005 m. rezultatai kai kuriose savivaldybėse yra nustatyti neatsižvelgiant į savivaldybių poreikius, galimybes ir esamą situaciją. Pirminės sveikatos priežiūros plėtra vyksta, tačiau yra savivaldybių, kuriose ji vyksta lėtai. Privačių BPG kabinetų skaičius 2000-2004 m. padidėjo beveik keturis kartus, tačiau privačiose įstaigose, teikiančiose pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir sudariusiose sutartis su TLK, aptarnaujamų gyventojų dalis 2004 m. pabaigoje šalies mastu dar nebuvo didelė. 2004 m. didesnei daliai aptarnaujamų gyventojų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikė BPG, tačiau atskiros BPG apylinkės dar nesuformuotos taip, kad paslaugos jose būtų teikiamos visai šeimai. Bendrosios praktikos gydytojai pilna apimtimi paslaugų, priskirtų jų kompetencijai, dar neteikia, dalį pirminio lygio akušerijos ginekologijos, chirurgijos paslaugų teikia ne bendrosios praktikos gydytojai, o gydytojai specialistai.

Audito ataskaitoje pateiktos išvados ir rekomendacijos Sveikatos apsaugos ministerijai.

BENDROJI DALIS

IŽANGA

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir tinkamumas yra svarbūs visuomenei. Šiuo metu vykdomos sveikatos apsaugos reformos centre – pirminės sveikatos priežiūros plėtra.

Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės Veiklos audito 2005 metų programoje numatyta valstybinį auditą „Pirminė sveikatos priežiūra“ Veiklos audito 1-ojo departamento direktorius R. Sanajevas 2005-01-24 pavedimu Nr. 2010-2 atlikti skyrė vyriausiajai valstybinei auditoriui V. Paunksnienei, valstybinei auditoriui R. Obcarskienei, valstybiniam auditoriui E. Baronui.

AUDITO OBJEKTAS IR SUBJEKTAS

Vienas iš artimųjų sveikatos reformos uždavinių (iki 2005 m.), numatytų Lietuvos sveikatos programoje¹ – racionalizuoti išteklius ir optimizuoti išlaidas sveikatos priežiūrai, siekiant efektyviau naudoti lėšas ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Šio uždavinio įgyvendinimo priemonės, susijusios su pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtojimu: a) optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų bei jų teikiamų paslaugų kiekį; b) išplėsti ambulatorinės pagalbos mastus per bendrosios pagalbos praktikos gydytojo instituciją; c) plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, perkvalifikuojant apylinkių terapeutus ir pediatrus bei gydytojus specialistus į bendrosios praktikos gydytojus; steigti kabinetus bei diegti grupinę praktiką; ypatingą dėmesį skirti pirminei sveikatos priežiūrai kaimo vietovėse.

Siekiant užtikrinti Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimą, Pirminės sveikatos priežiūros reformai įgyvendinti Sveikatos apsaugos ministerija 2000-07-26 įsakymu Nr. 431 patvirtino Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programą. Už programos įgyvendinimą atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija.

Pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą organizuoja savivaldos vykdomosios institucijos. Tam sukurta savivaldybės gydytojo institucija. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos valstybinį reguliavimą vykdo Sveikatos apsaugos ministerija.

Audito objektas – ambulatorinė pirminė asmens sveikatos priežiūra.

Audito subjektas – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

AUDITO PROCESAS

Pirminės sveikatos priežiūros programa yra ilgalaikė (iki 2010 m.), todėl svarbu įvertinti pirmąjį programos vykdymo etapą, nustatyti problemas, kurios trukdo siekti nustatytų tikslų. Audito metu nagrinėtas Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos tikslų ir uždavinių, susijusių su bendrosios praktikos gydytojo institucijos vystymu, įgyvendinimas.

Audito tikslas – įvertinti pirminės sveikatos priežiūros plėtros įgyvendinimą 2000–2004 metais.

¹ Lietuvos Respublikos Seimo 1998-07-02 nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“

Tikslui pasiekti vertinome:

- a) Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos tikslų ir uždavinių įgyvendinimui numatytų priemonių organizavimą, koordinavimą ir finansavimą,
- b) pirminės sveikatos priežiūros plėtros planų įgyvendinimą,
- c) ambulatorinių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, užtikrinant paslaugų prieinamumą ir tinkamumą.

Audituojamas laikotarpis – 2002–2004 m.

Audito atlikimo laikas nuo 2005-01-24 iki 2005-06-30.

Auditui reikalingą informaciją teikė Sveikatos apsaugos ministerija, Sveikatos teisės ir ekonomikos centras, Lietuvos sveikatos informacinis centras, Valstybinė ligonių kasa, teritorinės ligonių kasos, apskričių ir savivaldybių gydytojai, asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

Audito įrodymai surinkti naudojant šias procedūras: tikrinimą, stebėjimą, apklausą, skaičiavimą, patvirtinimą ir analitines procedūras. Auditas atliktas vadovaujantis Valstybinio audito reikalavimais.

AUDITO ATASKAITOJE VARTOTI TERMINAI IR TRUMPINIŲ SĄRAŠAS

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai nespecializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Bendrosios praktikos gydytojo ir Bendrosios praktikos slaugytojo normų reikalavimus, kompleksas. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra ambulatorinės, stacionarinės (palaikomojo gydymo ir slaugos), greitosios medicinos pagalbos. Audito metu nagrinėtos ambulatorinės pirminės asmens sveikatos paslaugos.

Nepriklausomi rangovai – privačios įstaigos, turinčios licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir sudariusios sutartis su TLK. Už teikiamas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas įstaigoms apmokama iš PSDF biudžeto lėšų.

Rodiklis „Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų skaičius“ – BPG ir komandoje dirbančių gydytojų per metus suteiktų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų skaičius vienam aptarnaujam gyventojui.

ASPI — asmens sveikatos priežiūros įstaiga

BPG — bendrosios praktikos gydytojas

GMP — greitoji medicinos pagalba

SAM — Sveikatos apsaugos ministerija

VLK — Valstybinė ligonių kasa

TLK — Teritorinė ligonių kasa

LSIC — Lietuvos sveikatos informacinis centras

STEC — Sveikatos teisės ir ekonomikos centras

PSDF — Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSP — pirminė sveikatos priežiūra

AUDITO REZULTATAI

1. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS 2000-2010 METŲ PROGRAMOS TIKSLŲ IR UŽDAVINIŲ ĮGYVENDINIMO ORGANIZAVIMAS

1.1 Programos tikslai ir uždaviniai

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos strateginė nuostata – tobulinti pirminės sveikatos priežiūros sistemą, pamažu pakeičiant pirminėje sveikatos priežiūroje dirbančių terapeutų, pediatrų, akušerių ginekologų ir chirurgų veiklą bendrosios praktikos gydytojų veikla. Programą planuota įgyvendinti dviem etapais: I etapas – 2000–2004 metai; II etapas – 2005–2010 metai. Artimiausi programos tikslai (2000–2004 m.) – įgyvendinti visapusišką, kokybišką ir efektyvią pirminės sveikatos priežiūros sistemą, atitinkančią gyventojų sveikatos poreikius; išplėtoti profilaktinį darbą.

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos pirmo etapo uždaviniai, susiję su BPG institucijos vystymu:

- Įgyvendinti efektyvų PSP planavimo, finansavimo ir valdymo modelį.
- Rengti ir tobulinti PSP veiklą reglamentuojančius poįstatyminius norminius aktus.
- Vystyti pirminės sveikatos priežiūros kompiuterinę ir informacinę sistemą.
- Nuolat vykdyti PSP sistemos analizę ir mokslinių tyrimų plėtrą ir visuomenės informavimą.
- Užtikrinti BPG darbo vietų įrengimą, aprūpinimą medicinos įranga, transportu, ryšio priemonėmis.
- Plėtoti privačių BPG kabinetų tinklą.
- Parengti ir perkvalifikuoti reikiamą BPG skaičių.
- Sukurti BPG tobulinimo sistemą.

Planuota, jog įgyvendinus programą, pagerės gyventojų sveikatos, gyvenamosios rodikliai, sveikatos paslaugų efektyvumas, pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė. Nenustatyti konkretūs programos įgyvendinimo vertinimo kriterijai.

Programos tikslų ir uždavinių įgyvendinimui buvo numatytos priemonės, sudarytas programos uždavinių įgyvendinimo grafikas. Vadovaujantis Sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarka², Sveikatos apsaugos ministerija 2000–2004 metais patvirtino kelias sveikatos mokslines-praktines programas, kurių tikslai siejasi su Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programoje numatytais uždaviniais. Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programos, Asmens sveikatos priežiūros veiklos analizės programos, Sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, kokybės ir prieinamumo tyrimo Lietuvoje programos, Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programos detalčiau nagrinėjamos audito ataskaitos 1.4 dalyje „Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos uždavinių įgyvendinimas“.

² Sveikatos apsaugos ministro 2002-02-21 įsakymas Nr. 91 „Dėl sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarkos patvirtinimo“ (iki 2002 m. – galiojo 1998-12-07 įsakymu Nr. 712 patvirtinta tvarka)

1.2 Programos finansavimas

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos įgyvendinimo lėšų poreikis 2000–2010 m. yra 64,18 mln. Lt, iš jų: 1,02 mln. Lt paprastosioms išlaidoms, 63,16 mln. Lt – investicijoms. Planuota, kad programos įgyvendinimui 2001–2004 metais reikės 51,72 mln. Lt investicinių lėšų ir 0,445 mln. Lt paprastosioms išlaidoms, 2005–2010 metais – 11,44 mln. Lt investicinių lėšų ir 0,575 mln. Lt paprastosioms išlaidoms.

Valstybės investicijų programoje Pirminės sveikatos priežiūros programos įgyvendinimui 2001–2004 metais buvo skirta 15,3 mln. Lt arba 30 proc. pirminės sveikatos priežiūros materialinės bazės vystymui planuotų investicinių lėšų. Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programai lėšų paprastosioms išlaidoms 2000–2004 metais nebuvo skirta.

Kitų mokslinių-praktinių sveikatos programų, susijusių su pirmine sveikatos priežiūra, įgyvendinimui (Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programai, Asmens sveikatos priežiūros veiklos analizės programai, Sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, kokybės ir prieinamumo tyrimo Lietuvoje programai, Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programai) 2000–2004 m. buvo skirta 1,8 mln. Lt paprastosioms išlaidoms. Lėšos minėtoms sveikatos programoms skiriamos iš Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomos biudžeto programos „Sveikatos sistemos plėtra“ 03.01.01 priemonei „Įgyvendinti mokslines-praktines sveikatos programas“ skirtų lėšų.

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos įgyvendinimui skirtas finansavimas sudarė tik trečdalį programos priemonių vykdymui 2000–2004 metais planuoto lėšų poreikio.

1.3 Sveikatos programų valdymas, koordinavimas

Sveikatos programų rengimą, koordinavimą, kontrolę reglamentuoja Sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarka, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2002-02-21 įsakymu Nr. 91 (iki 2002 m. galiojo 1998-12-07 įsakymu Nr. 712 patvirtinta tvarka). Patvirtintos sveikatos programos įgyvendinimą koordinuoja programos koordinavimo taryba. Audituojamu laikotarpiu veikusi Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos koordinavimo taryba patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2003-01-21 įsakymu Nr. V-29. Koordinavimo tarybos pirmininkas – Vilniaus universiteto doc. E. Razgauskas. Pirminės sveikatos priežiūros įgyvendinimo 2000–2010 m. programos koordinavimo tarybai buvo pavesta koordinuoti dar dvi programas, susijusias su pirmine sveikatos priežiūra: Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programą ir Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programą. Minėtų programų

koordinavimas buvo numatytas sveikatos apsaugos ministro 2001–2002 m. įsakymuose³ dėl programos koordinavimo tarybos sudarymo ir Koordinavimo tarybos 2003-04-04 posėdyje pakeitus darbo reglamentą. Tarybos tikslas – kompleksinis Programos įgyvendinimas ir organizavimas.

Išnagrinėjus Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos koordinavimo tarybos 2000–2003 m. posėdžių protokolus galima teigti, kad koordinavimo taryba sprendė iš investicinių lėšų perkamos įrangos paskirstymo klausimus. Dokumentų, kuriuose būtų užfiksuota, kad Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos koordinavimo taryba teikė pasiūlymus dėl programai skiriamų lėšų paprastosioms išlaidoms ar priemonių, finansuojamų iš minėtų lėšų, įgyvendinimo, audito metu negauta.

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos koordinavimo taryba, kurios uždavinys – užtikrinti programos priemonių įgyvendinimą, 2000–2004 m. sprendė tik iš investicinių lėšų perkamos įrangos paskirstymo klausimus ir nespėdė kitų programoje numatytų priemonių įgyvendinimo organizavimo ir finansavimo klausimų.

1.4 Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos uždavinių įgyvendinimas

Pirminę sveikatos priežiūrą reglamentuojančius norminius dokumentus nuolatos tobulina Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, Privalomojo sveikatos draudimo taryba.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Vyriausybės nutarimai ir kiti teisės aktai, įstaigų įstatai, Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymais patvirtintos paslaugų organizavimą reglamentuojančios tvarkos, Lietuvos medicinos normos, higienos normos.

Kadangi audito tikslas įvertinti pirminės sveikatos priežiūros plėtrą, audito metu nagrinėjamas Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos uždavinių įgyvendinimui numatytų priemonių, susijusių su BPG institucijos vystymu, vykdymo organizavimas: BPG darbo vietų aprūpinimas medicinos įranga ir transportu iš investicinių lėšų, gydytojų perkvalifikavimas į BPG, privačių BPG kabinetų tinklo plėtra, Pirminės sveikatos priežiūros sistemos analizė.

BPG darbo vietų aprūpinimas medicinos įranga, transportu

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos uždavinių įgyvendinimui didžiausias investicinių lėšų poreikis (38,0 mln. Lt) buvo planuotas 2002–2004 metais įrengti BPG darbo vietas, aprūpinti jas medicinine įranga, transporto priemonėmis. BPG kabinetams medicinos įranga, transporto priemonės perkamos pagal SAM ir UAB „SK IMPEX SERVICE CENTER“ 2001-06-22 sutartį Nr. 36 iš Valstybės investicijų programoje skirtų lėšų. Bendra sutarties kaina – 23,847 mln. Lt (be PVM). Pagal sutartį numatytą įrangą buvo planuota išpirkti 2001–2002 metais. Kadangi Valstybės investicijų programoje 2001–2004 metais buvo skirta 15,3 mln. Lt, iki 2005 metų įsigyta tik 60 proc. sutartyje planuotos įrangos. BPG kabinetams pateiktos medicinos įrangos

³ Sveikatos apsaugos ministro įsakymai: 2001-02-02 Nr. 72, 2001-03-12 Nr. 155, 2001-09-25 Nr. 497, 2002-05-27 Nr. 238

ir transporto priemonių vertė – 13,82 mln. Lt; reanimobilių ir įrangos, perduotos ligoninėms ir GMP stotims, vertė – 1,48 mln. Lt (su PVM).

Valstybės investicijų programoje Pirminės sveikatos priežiūros įgyvendinimo programos vykdymui 2001–2004 m. skirtos investicinės lėšos neužtikrino Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programoje priemonės „BPG darbo vietų įrengimas, aprūpinimas medicinine įranga“ įgyvendinimo. BPG kabinetams 2001–2004 metais perduotos medicinos įrangos ir transporto priemonių vertė sudaro tik 36 proc. planuotų investicijų.

Medicininė įranga BPG kabinetams, pagal 2001-06-22 sutartį Nr. 36 numatyta pateikti sveikatos priežiūros įstaigoms 2001–2002 metais, perkama ketverius metus ir iki 2005 metų dar neapmokėtos (ir BPG kabinetams nepateiktos) įrangos vertė sudarė 9,687 mln. Lt (be PVM). Valstybės investicijų 2005 metų programoje Pirminės sveikatos priežiūros programos įgyvendinimui numatyta 1,0 mln. Lt investicinių lėšų.

Skirstydama iš Valstybės investicijų programos lėšų pirktą medicininę įrangą BPG kabinetams, Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos koordinavimo taryba atsižvelgė į investicijas, gautas vykdant Lietuvos sveikatos projektą. VŠĮ Sveikatos apsaugos projekto koordinavimo biuro pateiktais duomenimis, vykdant Lietuvos sveikatos projektą numatytose Vilniaus, Kauno, Alytaus ir Utenos apskrityse, įgyvendinant Pirminės sveikatos priežiūros programą 2000–2004 m. buvo panaudota 39,9 mln. Lt, iš jų BPG kabinetų renovacijos darbams, įrangai, kompiuterinei technikai ir automobiliams – 32,33 mln. Lt, GMP automobiliams ir kt. – 7,57 mln. Lt.

Valstybės investicijų programos ir Lietuvos sveikatos projekto investicinių lėšų, skirtų Pirminės sveikatos priežiūros programos įgyvendinimui, paskirstymo apskritims duomenys pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė

Pirminės sveikatos priežiūros įgyvendinimo programos vykdymui skirtų investicinių lėšų duomenys

Apskritys	Gyventojų skaičius apskrityje 2004 m. pradžioje	Valstybės investicijų programa (VIP) tūkst. Lt	Lietuvos sveikatos projektas (LSP) tūkst. Lt	Bendra investicijų suma tūkst. Lt	VIP lėšos vienam gyv. Lt	LSP lėšos vienam gyv. Lt	Investicijų lėšos vienam gyventojui Lt
Vilniaus apskritis	848399	2302,479	11537,464	13839,94	2,71	13,60	16,31
Kauno apskritis	691445	1569,636	5535,787	7105,423	2,27	8,01	10,28
Alytaus apskritis	184807	90,465	10553,546	10644,01	0,49	57,11	57,60
Klaipėdos apskritis	383250	1687,283		1687,283	4,40		4,40
Marijampolės apskritis	186736	1290,928		1290,928	6,91		6,91
Panevėžio apskritis	295161	1682,71		1682,71	5,70		5,70
Šiaulių apskritis	364076	2317,157		2317,157	6,36		6,36
Tauragės apskritis	132729	1254,807		1254,807	9,45		9,45

Telšių apskritis	178141	1513,430		1513,430	8,50		8,50
Utenos apskritis	181113	111,440	4707,746	4819,186	0,62	25,99	26,61
Iš viso BPG:	3445857	13820,337	32334,543	46154,880	4,01	9,38	13,39
GMP ir kt.		1484,003	7565,986	9049,989			
Bendra suma:		15304,340	39900,529	55204,869			

BPG kabinetų įrengimui daugiausia investicijų gavo Vilniaus, Kauno, Alytaus, Utenos apskritys. Lietuvos sveikatos projekto investicinės lėšos sudarė nuo 78 iki 99 proc. šioms apskritims skirtų investicijų bendros sumos. Auditorių nuomone, jei Valstybės investicijų programoje Pirminės sveikatos priežiūros programos įgyvendinimui būtų skirtos programoje planuotos investicinės lėšos, investicijos BPG darbo vietų įrengimui ir aprūpinimui medicinine įranga apskritims būtų paskirstytos tolygiau.

Pastaba. Nagrinėjant investicijų pasiskirstymą, neįvertintos investicijos, kurias sveikatos priežiūros įstaigos vykdė iš savo arba savivaldybės lėšų. Renkant šiuos duomenis reikia didelių darbo sąnaudų, o investicijų dydžiai, auditorių nuomone, labai turėtų įtakos investicijų, tenkančių vienam apskrities gyventojui, skaičiavimams.

Valstybės investicijų programoje pirminės sveikatos priežiūros programos įgyvendinimui 2001–2004 m. skirtos investicinės lėšos buvo mažesnės negu planuotas investicinių lėšų poreikis, todėl tik iš dalies įgyvendintas numatytas BPG darbo vietų aprūpinimas medicinos įranga ir transportu.

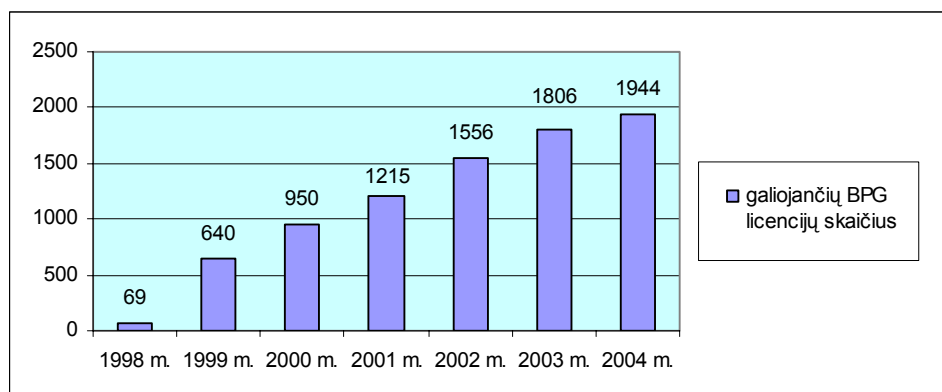
Gydytojų perkvalifikavimas į BPG

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programoje buvo numatyta, kad gydytojų perkvalifikavimas į BPG bus įgyvendinamas pagal patvirtintą Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programą. Minėta programa patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2000-08-04 įsakymu Nr. 441. Programos tikslas – padėti įgyvendinti vieną iš Lietuvos sveikatos programos uždavinių – plėtoti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, perkvalifikuojant apylinkių ir ambulatorijų terapeutus, pediatrus ir kitus specialistus į bendrosios praktikos gydytojus. Programos įgyvendinimo laikotarpis – nuo 2000-01-01 iki 2003-12-31. Pagrindiniai programos vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Kauno medicinos universiteto Šeimos medicinos klinika, Vilniaus universiteto Bendrosios praktikos gydytojo centras.

Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programai 2000–2003 metais skirta 1546 tūkst. Lt, iš jų 1526 tūkst. Lt BPG rengti. Programos vykdymo ataskaitoje pateiktais duomenimis pertraukiamą rezidentūrą 2000-2003 metais baigė 927 gydytojai. Gydytojų perkvalifikavimas pagal šią programą baigtas.

Lietuvoje 1994-2003 metais parengti (baigė stacionarinę ir pertraukiamą rezidentūrą) 2026 bendrosios praktikos gydytojai. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis 2004 metais galiojo 1944 medicinos praktikos

licencijos verstis medicinos praktika pagal šeimos gydytojo profesinę kvalifikaciją. Galiojančių BPG (šeimos gydytojų) licencijų skaičiaus 1998–2004 metais duomenys pateikiami 1 paveiksle.



1 pav. Galiojančių BPG licencijų skaičius 1998–2004 metais

Galiojančių šeimos gydytojų licencijų skaičius 2004 metais, lyginant su 1998 metais, padidėjo 28 kartus. Lietuvoje 2010 metais turėtų dirbti apie 2400 bendrosios praktikos gydytojų.

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos uždavinys – parengti ir perkvalifikuoti reikiamą BPG skaičių pagal patvirtintą Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programą – įgyvendintas. BPG teikiamos paslaugos nagrinėjamos trečioje ataskaitos dalyje.

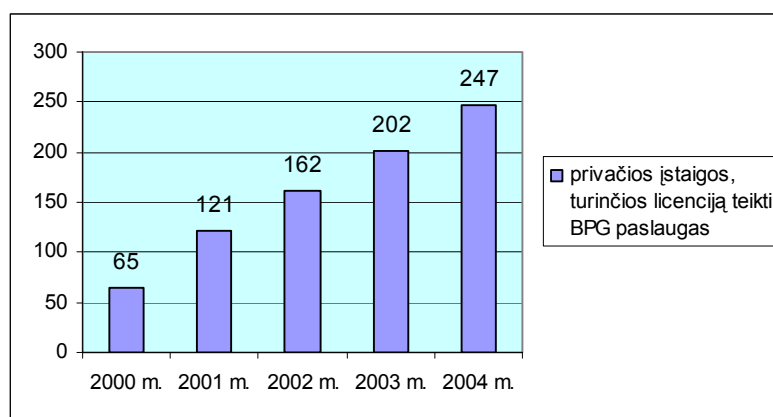
Privačių BPG kabinetų tinklo plėtra

Vienas Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2004 metų programos uždavinių buvo plėtoti privačių BPG kabinetų tinklą. Sveikatos apsaugos ministro 2000-11-02 įsakymu Nr. 593 patvirtinta Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programa 2000–2010 m. Programos esmė – valstybės ir savivaldybių lygiu sudaryti palankias sąlygas BPG privačios veiklos skatinimui, tačiau išsaugoti jų laisvo apsisprendimo galimybes. Bendrasis programos tikslas – siekti, kad Lietuvoje pagrindiniu bendrosios praktikos gydytojų veiklos modeliu taptų nepriklausomi rangovai (sudariusios sutartis su TLK privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kurioms už teikiamas pirminės sveikatos priežiūros paslaugas apmokama iš PSDF biudžeto lėšų).

Pagrindinis programos vykdytojas – Sveikatos teisės ir ekonomikos centras. Programos įgyvendinimo priemonės suplanuotos iki 2010 m. Programos įgyvendinimo 2001–2010 m. lėšų poreikis – 817,0 tūkst. Lt. Planuotų priemonių vykdymo 2001–2004 m. lėšų poreikis – 307 tūkst. Lt. Programoje numatytų priemonių įgyvendinimui 2001–2004 m. gauta - 68,5 tūkst. Lt arba 22,3 proc. reikiamo lėšų poreikio. Įvykdyta tik dalis programos įgyvendinimui numatytų priemonių.

Nors įvykdyta tik dalis mokslinės-praktinės sveikatos programos „Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programa 2000–2010 m.“ įgyvendinimui numatytų priemonių, BPG privačių kabinetų plėtra vyksta. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis privačių įstaigų, turinčių asmens sveikatos priežiūros licencijas teikti BPG paslaugas, skaičius 2000–2004 metais padidėjo 3,8 karto.

Privačių įstaigų (kabinėtų), turinčių licencijas teikti BPG paslaugas, skaičiaus duomenys pateikti 2 paveiksle.



2 pav. Privačių įstaigų (kabinėtų), turinčių licencijas teikti BPG paslaugas, skaičius

Privačių sveikatos priežiūros įstaigų, turinčių asmens sveikatos priežiūros licencijas teikti BPG paslaugas, skaičius sparčiausiai didėjo 2001 metais. Minėtų įstaigų skaičius 2001 metais, lyginant su 2000 metais, padidėjo 86 proc.; 2002 m. padidėjimas, lyginant su praėjusiais metais, sudarė 34 proc., 2003 m. - 25 proc., 2004 m. – 22 proc.

Ne visos privačios įstaigos yra sudariusios sutartis su TLK. Nustatyta, kad pagal sutartis su TLK ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (BPG, vidaus ligų ir vaikų ligų gydytojo) 2004 m. pabaigoje teikė 350 sveikatos priežiūros įstaigų, iš kurių 175 arba 50 proc. buvo privačios. Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose aptarnaujamų gyventojų skaičius 2004 m. pabaigoje buvo 3456075, iš jų 675915 (arba mažiau negu 20 proc.) aptarnaujamų gyventojų pasirinko paslaugas privačiose įstaigose, kurios sudariusios sutartis su TLK. Duomenys pateikti 2 lentelėje.

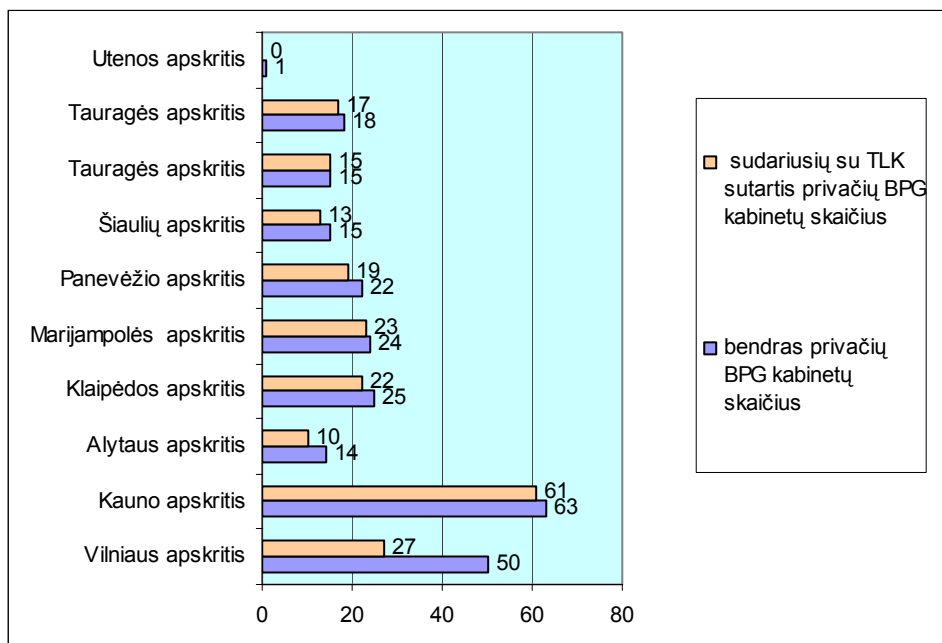
2 lentelė

ASPI, teikiančių pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, duomenys 2004 m. pabaigoje

Apskritis	TLK pateikti duomenys apie įstaigas, sudariusias sutartis su TLK				
	Bendras įstaigų skaičius	Privačių įstaigų skaičius	Privačių įstaigų dalis proc.	Bendras aptarnaujamų gyventojų skaičius	Sudariusių su TLK sutartis privačių įstaigų aptarnaujamų gyventojų skaičius ir dalis proc.
Vilniaus apskritis	53	25	47,2	872749	67308 7,7
Kauno apskritis	90	50	55,6	693059	176771 25,5
Alytaus apskritis	18	10	55,6	184039	14311 7,8
Klaipėdos apskritis	33	14	42,4	390653	80994 20,7
Marijampolės apskritis	38	21	55,3	178360	48844 27,4
Panevėžio apskritis	25	18	72,0	291689	63874 21,9
Šiaulių apskritis	37	13	35,4	361124	62192 17,2
Tauragės apskritis	25	12	48,0	129350	68734 53,1
Telšių apskritis	22	11	50,0	176385	92002 52,2
Utenos apskritis	9	1	11,1	178667	885 0,5
VISO	350	175	50,0	3456075	675915 19,6

Pirminės sveikatos priežiūros paslaugas (BPG, terapeuto, pediatro) teikiančiose privačiose įstaigose, kurios sudariusios sutartis su TLK, 2004 m. aptarnaujamų gyventojų dalis apskrityse buvo skirtinga ir svyravo nuo 0,5 iki 53 proc. Tauragės ir Telšių apskrityje minėtos privačios įstaigos teikė paslaugas daugiau negu pusei aptarnaujamų gyventojų; Vilniaus ir Alytaus apskrityse – aptarnaujamų gyventojų dalis nesiekė 8,0 proc., Utenos apskrityje – 0,5 proc.

Nagrinėdami privačių BPG kabinetų tinklo plėtrą, skaičiavome, kiek privačių sveikatos priežiūros įstaigų (kabinetų), turinčių licencijas teikti BPG paslaugas, dirba pagal sutartis su TLK (nepriklausomais rangovais). Privati sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga dažnai turi kelis BPG kabinetus (todėl įstaigų ir BPG kabinetų skaičius nesutampa). Iš 247 privačių BPG kabinetų, turinčių licenciją teikti BPG paslaugas, pagal sutartis su TLK 2004 metų pabaigoje dirbo 84 proc. arba 207 kabinetai. Privačių BPG kabinetų skaičiaus ir pagal sutartis su TLK 2004 m. dirbusių BPG kabinetų skaičiaus palyginimo duomenys pateikiami 3 paveiksle.



3 pav. Privačių įstaigų (kabinetų), turinčių licenciją teikti BPG paslaugas, ir nepriklausomais rangovais 2004 m. dirbusių įstaigų skaičius apskrityse

Utenos apskrityje 2004 m. buvo tik vienas privatus BPG kabinetas, kuris nesudaręs sutarties su TLK. Vilniaus apskrityje pagal sutartis su TLK 2004 m. dirbo 54 proc. privačių BPG kabinetų. Kitose apskrityse šis procentas didesnis negu šalies vidurkis ir sudarė 86–100 proc.

Leidimus steigti BPG kabinetus duoda savivaldybės. Nustačiusios konkrečius leidimų išdavimo reikalavimus, savivaldybės turi įtakos naujų BPG kabinetų steigimo procesui. Steigiantis naujiems BPG kabinetams, vyksta sveikatos priežiūros paslaugų decentralizavimas. Dabar pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto lėšų, šalies gyventojai gali gauti viešosiose įstaigose arba pasirinktame privačiame BPG kabinete, kuris sudarė sutartį su TLK.

Privačių BPG kabinetų tinklo plėtra vyksta. Privačių įstaigų, turinčių asmens sveikatos priežiūros licencijas teikti BPG paslaugas, skaičius 2000–2004 metais padidėjo beveik 4 kartus. Privačiose įstaigose, pagal sutartis su TLK teikiančiose pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, aptarnaujamų gyventojų skaičius 2004 m. pabaigoje sudarė apie penktadalį bendro aptarnaujamų gyventojų skaičiaus.

Programos uždavinio „Nuolat vykdyti PSP sistemos analizę“ įgyvendinimas

Būtinybė periodiškai vykdyti pirminės sveikatos priežiūros sistemos analizę, mokslinių tyrimų plėtrą ir visuomenės informavimą buvo numatyta Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programoje. Sveikatos apsaugos ministro 2002-12-11 įsakymu Nr. 626 patvirtinta (papildyta 2004-06-01 įsakymu Nr. V-409) Sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, kokybės ir prieinamumo tyrimo Lietuvoje programa. Programos tikslas – gyventojų apklausa, siekiant įvertinti jų poreikius pirminėje sveikatos priežiūros grandyje ir išsiaiškinti pacientų nuomonę apie jiems teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas; medicinos darbuotojų apklausa sveikatos priežiūros paslaugų kokybės klausimais. Programos įgyvendinimo laikotarpis – 2002–2004 metai. Pagrindinis programos vykdytojas: VšĮ Šeškinės poliklinika. Programai vykdyti 2002–2004 metais skirta 124,00 tūkst. Lt.

Vykdamant programą atlikti tyrimai:

- 2002 m. atlikta reprezentatyvi gyventojų apklausa „Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio bei kokybės vertinimas“. Pagrindinės išvados: ambulatorinė pagalba šalies gyventojams visiškai prieinama; pacientai pageidautų kreiptis į specialistus toje pačioje įstaigoje, kur dirba juos aptarnaujantis gydytojas; BPG instituciją palankiai vertina apie pusė respondentų.
- 2003 m. atliktas pacientų nuomonės tyrimas „Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų ir bendrosios praktikos gydytojų darbo vertinimo sociologinis tyrimas“. Vertinant pirminės sveikatos priežiūros įstaigos darbą, daugiau negu pusė apklaustųjų išsakė nuomonę, kad negali konsultuotis pas gydytoją jiems patogių laikų, blogos galimybės susisiekti su gydymo įstaiga telefonu, nepatenkinti galimybe konsultuotis su gydytoju telefonu, dauguma tyrimo dalyvių blogai vertino laukimo laiką prie gydytojo kabineto.
- 2004 m. atliktas sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų sociologinis tyrimas. Dauguma tyrime dalyvavusių gydytojų teigė, kad priimamų pacientų skaičius per dieną yra per didelis; gydytojai nepatenkinti gydymo įstaigų aprūpinimu technika, leidžiančia operatyviai atlikti tyrimus; pagrindiniai draudiminės medicinos trūkumai: daug biurokratizmo, dažnai kintanti tvarka.

Atlikti tyrimai turėtų padėti gerinti sveikatos priežiūros įstaigų darbą, didinant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Vienas Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2004 metų programos uždavinių buvo efektyvus PSP planavimo, finansavimo ir valdymo modelio įgyvendinimas. Sveikatos apsaugos ministro 2000-11-06 įsakymu Nr. 602 patvirtinta Asmens sveikatos priežiūros veiklos analizės 2000–2004 m. programa. Programos vadovas ir koordinatorius – Lietuvos sveikatos informacinis

centras. Programos tolimesnis tikslas – pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų ir asmens sveikatos priežiūros sistemos valdymą, tiriant ASPĮ veiklą ir įvertinant veiksnius, įtakančius sveikatos priežiūros išteklių racialesnį panaudojimą ir efektyvumo didėjimą. Programos artimesni tikslai – sukurti prielaidas informaciniams Sveikatos apsaugos ministerijos poreikiams tenkinti, naudojant duomenų bazę „Sveidra“; išanalizuoti ir nustatyti gyventojų naudojimosi asmens sveikatos priežiūros paslaugomis netolygumus; išanalizuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektą, susijusį su pakartotinėmis hospitalizacijomis ir apsilankymais; pasiūlyti sveikatos priežiūros efektyvumo rodiklius ir įvertinti efektyvumo skirtumus; įvertinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir pacientų pasitenkinimą paslaugomis; įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų personalo darbo apimčių netolygumus ambulatorinėje ir stacionaro grandyse; išanalizuoti ir patikslinti gyventojų sergamumo statistiką.

Pagal programos sąmatą lėšų poreikis 2000–2004 metais – 856 tūkst. Lt. Programai 2000–2004 m. skirta 71,9 tūkst. Lt, iš jų 12,6 tūkst. Lt už programos parengimą. Asmens sveikatos priežiūros veiklos analizės programoje buvo planuotos aštuonios priemonės ir kiekvienai iš jų įgyvendinti numatyta 5–15 užduočių. Už programai skirtas lėšas 2000–2001 metais atliktos pirmos priemonės trys užduotys LSIC ir VLK Oracle duomenų bazės specifikacijos projektui sukurti. 2002–2004 metais programai buvo skiriamos lėšos tik sveikatos statistikos rodiklių informaciniams leidiniams išleisti. Programa baigta, nes buvo planuota 2000–2004 metams. Asmens sveikatos priežiūros veiklos analizės 2000–2004 m. programai įgyvendinti neskirtas programos sąmatoje numatytas finansavimas, todėl programos įgyvendinimui planuoti darbai neatlikti, programos tikslai nepasiekti. Programa buvo siekiama numatyti sveikatos organizavimo tobulinimo būdus ir priemones, racionaliau paskirstant ir naudojant turimus išteklius. Sveikatos priežiūros valdymo sistemai svarbu ištirti sveikatos priežiūros veiklą ir įvertinti veiksnius, kurie turi įtakos racialesniam išteklių naudojimui.

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programoje numatytas uždavinys „Nuolat vykdyti pirminės sveikatos priežiūros sistemos analizę“ įgyvendinamas vykdant patvirtintas mokslines-praktines sveikatos programas. Neskiriant šių programų sąmatose planuoto finansavimo ne visos numatytos priemonės buvo vykdomos, programos tikslai lieka nepasiekti, o pasibaigus programos įgyvendinimo terminui jos toliau nefinansuojamos.

1.5 Mokslinių-praktinių sveikatos programų finansavimo analizė

Audito metu nagrinėtas Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos ir audito metu nagrinėtų mokslinių-praktinių sveikatos programų (Pirminės sveikatos priežiūros plėtros programos, Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo programos, Sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, kokybės ir prieinamumo tyrimo Lietuvoje programos, Asmens

sveikatos priežiūros veiklos analizės programos) finansavimas. Sveikatos apsaugos ministras įsakymais tvirtina metines mokslinių-praktinių sveikatos programų sąmatas ir valstybės investicijų programoje numatytų kapitalo investicijų paskirstymą sveikatos programoms. Nagrinėtų sveikatos programų planuoto lėšų poreikio paprastosioms išlaidoms ir 2000–2004 metais skirto finansavimo suvestiniai duomenys pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė

Mokslinių-praktinių sveikatos programų įgyvendinimui paprastosioms išlaidoms skirto finansavimo duomenys

Mokslinė-praktinė sveikatos programa	Planuotas bendras lėšų poreikis tūkst. Lt	2000-2004 m. planuotas lėšų poreikis tūkst. Lt	2000–2004 m. skirtas finansavimas tūkst. Lt	2000–2004 m. planuoto lėšų poreikio dalis proc.	Likusi suma tūkst. Lt
Pirminės sveikatos priežiūros 2000-2010 metų programa	1020	445	0	0	1020
Programa "Pirminės asmens sveikatos priežiūros plėtra"	3879	3879	1546	39,9	0 (programa baigta)
BPG privačios veiklos plėtojimo programa (2000-2010)	837	307	68,5	22,3	768,5
Asmens sveikatos priežiūros veiklos analizės programa	856	856	59,3	6,9	796,7
Sveikatos priežiūros paslaugų poreikių, kokybės ir prieinamumo tyrimo Lietuvoje programa	124	124	124	100,0	0
IŠ VISO:	6716	5611	1797,8	32,0	2585,2

Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos paprastosioms išlaidoms 2000–2004 metais lėšų nebuvo skirta, o kitoms sveikatos programoms, susijusioms su pirmine sveikatos priežiūra, skirta tik nedidelė dalis programos įgyvendinimui numatytų priemonių vykdymui planuotų lėšų.

Pvz., Asmens sveikatos priežiūros veiklos analizės programai skirta apie 7 proc. planuotų lėšų. Bendrosios praktikos gydytojų privačios veiklos plėtojimo 2000-2010 m. programai skirta apie 22 proc. planuotų lėšų.

Neskyrus sveikatos programoms biudžetinais metais reikiamų lėšų, programose numatytų darbų vykdymo planai ir sąmatos netikslinami. Programose numatytos priemonės nevykdomos, o pasibaigus programos įgyvendinimo terminui, jos toliau nefinansuojamos.

Visų mokslinių-praktinių sveikatos programų vykdymui ir vadybai 2000–2004 metais iš viso buvo skirta 9,147 mln. Lt paprastosioms išlaidoms. Sveikatos programų vykdymui patvirtintas finansavimas nesuteikė galimybės kiekvienai sveikatos programai skirti jos sąmatoje suplanuotų lėšų paprastosioms išlaidoms.

Sveikatos mokslinių-praktinių programų įgyvendinimo vertinimas nėra numatytas sveikatos apsaugos ministro 2002-02-21 įsakymu Nr. 91 patvirtintoje Sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarkoje. Vadovaudamasis Nacionalinės sveikatos tarybos

2003-01-28 nutarimu Nr. 2 „Dėl Valstybės kontrolės siūlymų Nacionalinei sveikatos tarybai“ bei vykdydamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės kanclerio 2003-02-14 pavedimą sveikatos apsaugos ministras 2004-10-15 įsakymu Nr. V-718 patvirtino Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos įgyvendinimo 2005–2011 metų veiksmų planą. Minėto plano 9 p. numatoma: patobulinti sveikatos programų rengimo, atrankos, valdymo ir atskaitomybės tvarką, numatant vertinimo kriterijus ir priemones jų įgyvendinimo efektyvumui didinti. Įvykdymo terminas – 2005 m. III ketvirtis. Auditorių nuomone, tobulinant sveikatos programų rengimo, atrankos, valdymo ir atskaitomybės tvarką, reikia numatyti galimybę, atsižvelgiant į sveikatos mokslinėms-praktinėms programoms skiriamą finansavimą, patvirtintas programas tikslinti, keičiant priemonių vykdymo planą, sąmatas, pratęsiant numatytą programos įgyvendinimo laikotarpį.

Mokslinių-praktinių sveikatos programų vadybą iki 2005 m. vykdė VšĮ Sveikatos teisės ir ekonomikos centras, Sveikatos apsaugos ministerija sprendė su investicijomis susijusius klausimus. Reorganizavus Sveikatos apsaugos ministerijos Europos Sąjungos investicijų ir sveikatos programų skyrių, įsteigtas Strateginio planavimo ir programų skyrius, kurio vienas iš uždavinių – koordinuoti sveikatos programų vykdymą, užtikrinant efektyviausių programų atranką ir įgyvendinimą. Auditorių nuomone, po reorganizacijos atsirado daugiau galimybių koordinuoti sveikatos programas ir kontroliuoti jų įgyvendinimą.

Mokslinių-praktinių sveikatos programų vykdymui ir vadybai 2000–2004 metais patvirtintas finansavimas nesuteikė galimybės kiekvienai sveikatos programai skirti jos sąmatoje suplanuotų lėšų paprastosioms išlaidoms, o sveikatos apsaugos ministro 2002-02-21 įsakymu Nr. 91 patvirtintoje Sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarkoje nėra numatytas programų įgyvendinimo vertinimas ir galimybė patvirtintas programas tikslinti, keičiant priemonių vykdymo planą, sąmatas, pratęsiant numatytą programos įgyvendinimo laikotarpį.

2. PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PLĖTROS VERTINIMAS

2.1. Planų sudarymas

Įgyvendinant Lietuvos sveikatos programos⁴ nuostatas, sveikatos apsaugos ministras sudarė Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisiją⁵, kuriai pavedė parengti Nacionalinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektą (toliau – Nacionalinis projektas). Lietuvos Respublikos Vyriausybei ir Sveikatos apsaugos ministerijai pritarus Nacionalinis projektas buvo rengiamas kaip teisės aktų paketas, apimantis:

a) restruktūrizavimo strategiją, kurioje valstybiniu lygiu suformuluotos pagrindinės restruktūrizavimo kryptys ir principai;

b) šios strategijos įgyvendinimui reikalingus dokumentus – savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros plėtros programas (planus) ir apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2003-03-18 nutarimu Nr. 335 patvirtino Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, kurioje numatyti pagrindiniai strategijos tikslai, uždaviniai, restruktūrizavimo prioritetai, kryptys ir principai, nustatyti restruktūrizavimo kriterijai ir siekiami pirmojo etapo rezultatai (2003–2005 m.). Vadovaudamasi šios strategijos nuostatomis, savivaldybės turėjo patikslinti pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo programas (planus) ir iki 2003 m. birželio 1 d. pateikti Sveikatos apsaugos ministerijai. Apskričių viršininkai buvo įpareigoti patikslinti apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus ir, suderinus su savivaldybėmis, iki 2003 rugsėjo 1 d. pateikti Sveikatos apsaugos ministerijai.

Apskričių viršininko administracijos (apskričių gydytojai) kartu su teritorinėmis ligonių kasomis įvertino savivaldybių parengtus pirminės sveikatos priežiūros plėtros planus (toliau – plėtros planus), pateikė bendras išvadas apie planų atitiktį Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos nuostatomis ir įvardijo pagrindinius šių planų trūkumus:

- Daugelio savivaldybių plėtros planai tik iš dalies atitinka Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos nuostatas.
- Pirminė sveikatos priežiūra tik deklaruojama kaip prioritetinė sveikatos sritis.
- Nenurodyti restruktūrizavimo prioritetų įgyvendinimo būdai.
- Kai kuriose savivaldybėse patvirtinti skirtingo laikotarpio (iki 2005, 2006, 2008, 2010 m.) plėtros planai.
- Daugelio savivaldybių plėtros planuose nėra esamos situacijos analizės.

⁴ Lietuvos Respublikos Seimo 1998-07-02 nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“.

⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2002-06-12 įsakymas Nr. 274 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisijos sudarymo ir jos nuostatų patvirtinimo“.

- Daugelio savivaldybių plėtros planuose nenumatytas ligų prevencijos darbas, ilgalaikis pacientų stebėjimas.
- Daugelio savivaldybių plėtros planuose nenumatyta privačių BPG kabinetų plėtra.
- Nenumatytos konkrečios BPG teikiamų paslaugų prieinamumo ir kokybei gerinimo priemonės.
- Nenumatyta plėtros planų vykdymo kontrolė.

Metodines apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų rengimo rekomendacijas SAM apskričių viršininko administracijoms pateikė 2003 m. liepos mėn. (SAM 2003-07-08 raštas Nr. 10-2997), o aiškinamąjį raštą ir palyginamąsias sveikatos priežiūros paslaugų ir struktūros rodiklių lenteles, asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio tenkinimo rodiklių 2002 m. ir 2005 m. lenteles pateikė tik rugpjūčio pabaigoje (SAM 2003-08-25 raštas Nr. (10)-1.2-2579). Apskritys per labai trumpą laiką sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų rengimui pagal pateiktas minėtas rekomendacijas turėjo surinkti savivaldybių 2002 metų sveikatos priežiūros paslaugų ir struktūros rodiklius, nustatyti apskrities sveikatos priežiūros paslaugų poreikį 2005 metais, parengti rekomendacijas dėl sveikatos priežiūros paslaugų poreikio užtikrinimo 2005 m.

Sveikatos apsaugos ministras 2003 m. gruodžio mėn. patvirtino Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus⁶, kuriuose nustatyti planų tikslai ir uždaviniai, sveikatos priežiūros paslaugų poreikio prognozės, įvardyta 2002 metų pabaigoje buvusi situacija apskrityse ir savivaldybėse, numatytas poreikių patenkinimo užtikrinimas, laukiami restruktūrizavimo plano įgyvendinimo rezultatai 2005 m.

Atsižvelgdami į Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos nuostatas, apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose patvirtintus rodiklius, savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros plėtros planus, audito metu vertinome pirminės sveikatos priežiūros plėtrą ir nagrinėjome vykstančius pokyčius pagal šiuos rodiklius:

- *apsilankymų skaičių pirminėse ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose;*
- *bendrosios praktikos gydytojų skaičių;*
- *bendrosios praktikos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalį (procentais).*

Nagrinėjant apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose (toliau – apskričių ASPI restruktūrizavimo planai) nurodytą 2002 m. statistinių duomenų patikimumą, ir prognozuojamą 2005 m. rezultatų pagrįstumą, nustatyta:

⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2003-12-22 įsakymas Nr. V-754 „Dėl Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“. SAM 2003-12-31 įsakymas Nr. V-804 „Dėl apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“.

1. Patvirtintuose apskričių ASPĮ restruktūrizavimo planuose 2002 m. statistiniai duomenys apie apsilankymų skaičių pirminėse ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ambulatorinėse ASPĮ) kai kuriose savivaldybėse yra nevienodos apimties.

Apklausa būdu nustatyta, kad apskričių viršinių administracijos, rengdamos ASPĮ restruktūrizavimo planus, 2002 metų statistinius duomenis rinko iš skirtingų informacijos šaltinių – TLK, LSIC, savivaldybių. Skirtingų informacijos šaltinių (TLK, LSIC, savivaldybių) pateikti duomenys kai kuriose savivaldybėse labai skiriasi (1 priedas).

Patvirtintuose apskričių ASPĮ restruktūrizavimo planuose nurodytas apsilankymų ambulatorinėse ASPĮ 2002 metais skaičius šešiolikos savivaldybių sutampa su LSIC duomenimis, dvidešimt penkių savivaldybių – su savivaldybių duomenimis, šešių savivaldybių – su TLK pateiktais duomenimis, septyniolikos savivaldybių nustatytas 2002 m. rodiklis neatitinka nei TLK, nei LSIC, nei savivaldybių pateiktų duomenų (1 priedas).

Pavyzdys				
Savivaldybė	Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose nurodytas 2002m. apsilankymų skaičius pirminėse ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose	LSIC duomenys	Savivaldybių pateikti duomenys	TLK duomenys
Šalčininkų rajono	107,7	198,8	191,2	100,1
Panevėžio miesto	458,0	512,4	558,8	404,6
Šiaulių miesto	625,3	609,2	579,5	531,1
Ignalinos rajono	104,1	87,8	99,5	77,9

Rengiant apskričių ASPĮ restruktūrizavimo planus, ne visos savivaldybės pateikė vienodos apimties statistinę informaciją apie apsilankymų skaičių ambulatorinėse ASPĮ 2002 metais.

Pavyzdys					
Savivaldybė	Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose nurodytas 2002 m. apsilankymų skaičius pirminėse ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose	Savivaldybių pateikti duomenys apie apsilankymų skaičių 2002 m. pirminėse ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose			
		Iš viso	Tarp jų		
			BPG kabinetuose, PSP centruose, poliklinikoje, ambulatorijose	Psichikos sveikatos centruose	Pas bendrosios praktikos stomatologą
Klaipėdos miesto	949,2	949,2	803,4	28,5	117,3
Klaipėdos rajono	177,5	177,5	171,6	5,8	Neįtraukta
Šilutės rajono	218,1	218,1	203,1	15,1	Neįtraukta
Palangos miesto	73,6	73,6	73,6	Neįtraukta	Neįtraukta

2. Patvirtintuose apskričių ASPĮ restruktūrizavimo planuose 2002 m. statistiniai duomenys apie bendrosios praktikos gydytojų skaičių kai kuriose savivaldybėse netiksliai atspindėjo tikrą situaciją (2 priedas).

Didžiausi netikslumai nustatyti Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos apskričių savivaldybėse. Minėtos trys apskritys duomenis apie BPG skaičių savivaldybėse rinko iš skirtingų informacijos šaltinių ir gautų duomenų netikslino.

Pavyzdys		
Savivaldybė	Bendrosios praktikos gydytojų skaičius 2002 m.	
	Pagal patvirtintus apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus	Pagal TLK pateiktus duomenis
Vilniaus miesto	184	146
Šalčininkų rajono	14	6
Kauno rajono	53	33
Kėdainių rajono	13	22
Klaipėdos miesto	70	25
Šilutės rajono	22	10

3. Patvirtintuose apskričių ASPI restruktūrizavimo planuose prognozuotas apsilankymų skaičius ambulatorinėse ASPI 2005 m. nustatytas neatsižvelgiant į savivaldybių prognozes ir esamą situaciją.

Apsilankymų skaičiaus ambulatorinėse ASPI augimas 31-oje savivaldybėje planuotas 20 proc., 13-oje savivaldybių – 18 proc., 8-ose savivaldybėse – 16 proc. Kitose 8-ose savivaldybėse planuotas įvairus (nuo 4 iki 35 proc.) apsilankymų skaičiaus augimas. Apskričių ASPI restruktūrizavimo planuose prognozuotas 2005 m. apsilankymų skaičius ambulatorinėse ASPI daugeliu atveju nesutampa su savivaldybių Sveikatos apsaugos ministerijai pateiktais prognozuojamais rezultatais⁷ (3 priedas).

Tik penkių savivaldybių prognozuotas apsilankymų skaičiaus ambulatorinėse ASPI augimas atitiko arba beveik atitiko (skirtumas iki 2,5 proc.) apskričių ASPI restruktūrizavimo planuose prognozuotą augimą. Trylika savivaldybių prognozavo, kad apsilankymų skaičius pirminėse ambulatorinėse ASPI mažės.

Klaipėdos apskrities viršininco administracijos SAM pateiktos apsilankymų skaičiaus pirminėse ambulatorinėse ASPI 2005 m. prognozės skiriasi nuo patvirtiname apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo plane nurodytų rodiklio reikšmių (4 priedas).

4. Apskričių ASPI restruktūrizavimo planuose nustatant prognozuojamą BPG skaičių 2005 m. ne visais atvejais atsižvelgta į savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros plėtros planus.

Pavyzdys			
Savivaldybė	Savivaldybės pirminės sveikatos priežiūros plėtros plane numatyta	Apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo plane numatyta	Pastabos pagal savivaldybių gydytojų pateiktą informaciją
Mažeikių rajono	2002 m. buvo 30 BPG. Poreikis – 42 BPG. Pasiiekti planuojama iki 2006 m. perkvalifikavus 10 apylinkės pediatrų.	2005 m. – 49 BPG	Apskrities viršininco administracija su savivaldybės gydytoju nederino prognozuojamo BPG skaičiaus

⁷ Savivaldybės, atsakydamos į STEC 2003-05-15 raštą Nr. 10-2109 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programos rengimo“, pateikė duomenis apie apsilankymų skaičių pirminėse ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose 2002 m. ir 2005 m. prognozes.

Ignalinos rajono	Numatyta iki 2010 m. 13 BPG	2005 m. – 13 BPG	
Širvintų rajono	2002 m. buvo 5 BPG. Planuota iki 2007m. – 10–11 BPG	2005 m. – 12 BPG	Apskritis viršininko administracija su savivaldybės gydytoju nederino prognozuojamo BPG skaičiaus
Pakruojo rajono	2002 m. buvo 3 BPG Iki 2010 m. reikėtų dar 4 BPG	2005 m. – 16 BPG	

Auditorių nuomone, patvirtintuose apskričių ASPĮ restruktūrizavimo planuose 2002 m. statistiniai duomenys (apsilankymų skaičius pirminėse ambulatorinėse ASPĮ ir BPG skaičius) kai kuriose savivaldybėse nevienodai atspindėjo tikrą situaciją, ir ne visi prognozuoti 2005 m. rezultatai nustatyti atsižvelgiant į savivaldybių poreikius ir galimybes.

Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. V-973 buvo sudaryta speciali Komisija apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų įgyvendinimo eigai vertinti, kuri 2005 m. sausio mėn. atliko apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų įgyvendinimo vertinimą pagal apskričių viršininkų administracijos pateiktas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų įgyvendinimo ataskaitas. Atlikus minėtą vertinimą, buvo nustatyta, kad pagal apsilankymų pirminėse ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose skaičiaus augimą (2002 m.–2004 m. I pusmečio), trisdešimtyje savivaldybių buvo neigiamas pokytis, pagal bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus augimą (2002 m.–2004 m. I pusmečio), šešiolikoje savivaldybių pasiekti rezultatai viršija prognozuotus 2005 m. rezultatus. BPG aptarnaujamų gyventojų dalies augimas nebuvo vertintas.

Audito metu pagal TLK pateiktus duomenis atliktos analizės rezultatai skiriasi nuo minėto vertinimo rezultatų. Apklausos būdu nustatėm, kad apskričių viršininkų administracijos, rengdamos sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų įgyvendinimo ataskaitas, 2003 m. ir 2004 m. I pusmečio statistinius duomenis rinko iš skirtingų informacijos šaltinių. Ne visos apskritys šiuos duomenis tikslino. Yra rizika, kad pateikti statistiniai duomenys kai kuriose savivaldybėse netiksliai atsispindi tikrą situaciją.

Įvertinę tai, kaip buvo rengiami apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planai ir šių planų įgyvendinimo ataskaitos, galime teigti, kad minėtos Komisijos atliktas apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų įgyvendinimo vertinimas yra netikslus. Norint tiksliau atlikti pirminės asmens sveikatos priežiūros plėtros analizę, visų savivaldybių statistinę 2002, 2003 ir 2004 m. informaciją būtina rinkti vienoda apibrėžtimi ir apimtimi.

2.2 Pirminės sveikatos priežiūros plėtros įgyvendinimas.

Vertindami pirminės sveikatos priežiūros plėtrą, palyginome 2004 m. pasiektus ir apskričių ASPĮ restruktūrizavimo planuose prognozuojamus 2005 m. rezultatus pagal šiuos rodiklius: *apsilankymų ambulatorinėse ASPĮ skaičius arba suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros*

paslaugų skaičius, bendrosios praktikos gydytojų skaičius ir bendrosios praktikos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalis (procentais).

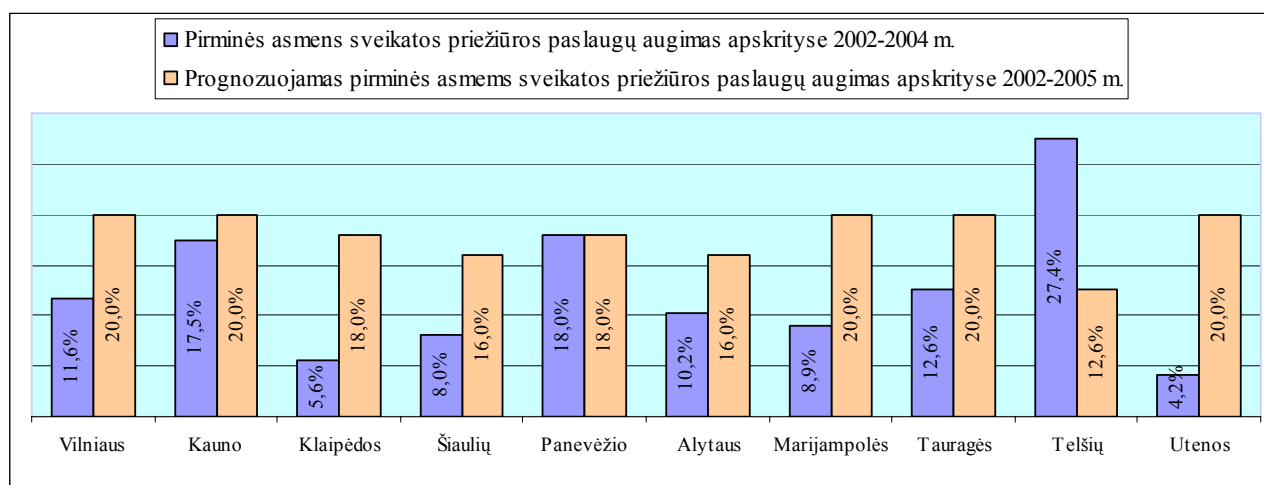
Siekiant objektyviai įvertinti ambulatorinėse ASPĮ suteiktų paslaugų skaičiaus augimą, bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus ir jų aptarnaujamų gyventojų dalies augimą savivaldybėse, apskrityse ir šalyje, audito metu naudojome TLK pateiktus duomenis. TLK statistiniai duomenys pagal atskiras ASPĮ, savivaldybes, apskritis gaunami vienodos apimties ir formato. Statistinių duomenų formatas suteikia galimybę atlikti lyginamąją analizę ir pagal kitus rodiklius: a) gydytojų, teikiančių ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, struktūrą (BPG, apylinkės terapeutai ir apylinkės pediatrai), b) ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių gydytojų aptarnaujamų gyventojų skaičių, c) vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičių.

Suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius

Pagal patvirtintus apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus, prognozuojama, kad apsilankymų ambulatorinėse pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose skaičius 2002–2005 m. šalyje išaugs 18,7 proc. TLK duomenimis apsilankymų skaičius pas bendrosios praktikos gydytojus ir komandoje dirbančius specialistus (apylinkės terapeutus, pediatrus, akušerius ginekologus, chirurgus) arba pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius 2002–2004 m. išaugo nuo 12284564 iki 13777074 arba padidėjo 12,2 proc.

Pastaba. Apsilankymų skaičiaus ambulatorinėse pirminės sveikatos priežiūros įstaigose arba suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimą vertinome pagal TLK pateiktus duomenis apie pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, suteiktas ambulatorinėse ASPĮ, kurios sudariusios sutartis su TLK.

Ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, sudariusiose sutartis su TLK, suteiktų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus 2002–2004 m. augimo apskrityse duomenys pateikiami 4 paveiksle.

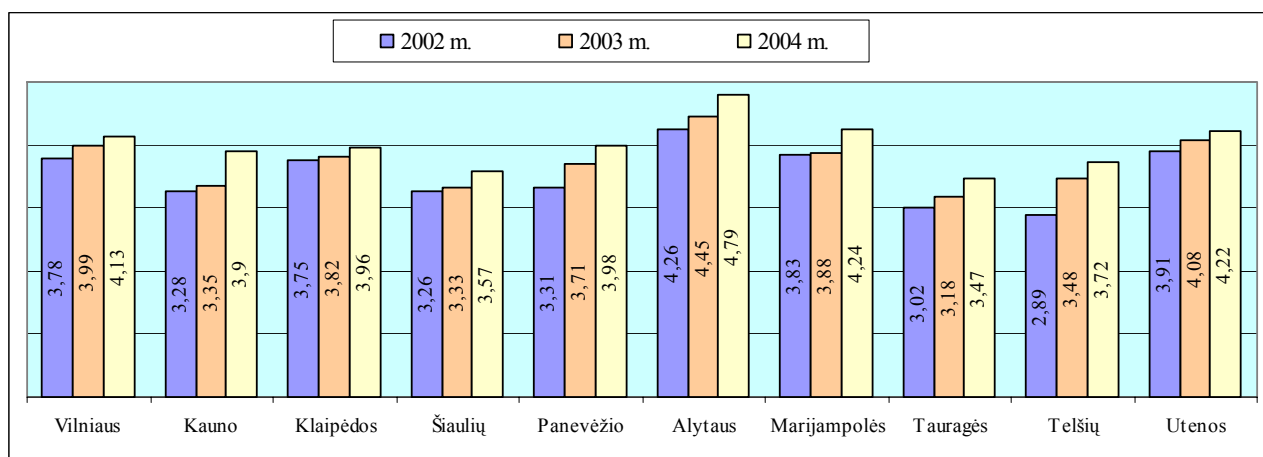


4 pav. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų augimo 2002–2004 m. apskrityse duomenys

Apskirtyse pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų augimas 2002–2004 m. buvo skirtingas: Utenos, Klaipėdos, Šiaulių ir Marijampolės apskrityse pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų augimas nesiekė 10 proc.; Telšių apskrityje pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų pokytis 27,4 proc., t.y. net šešis kartus didesnis negu Utenos apskrityje.

Vertinant pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų augimą, auditorių nuomone, tikslinga įvertinti, kiek vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteikta minėtų paslaugų. Vidutiniškai vienam aptarnaujamam šalies gyventojui per metus suteiktų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų skaičius 2002 m. buvo 3,54; 2003 m. – 3,72; 2004 m. – 3,99. Vidutiniškai vienam aptarnaujamam šalies gyventojui per metus suteiktų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų skaičius 2002–2004 m. išaugo 12,6 proc.

Apskirtyse vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per 2002 m. suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius buvo skirtingas, nevienodas buvo ir šių paslaugų augimas. Duomenys pateikiami 5 paveiksle.



5 pav. Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų skaičius

Telšių, Tauragės, Šiaulių, Kauno ir Panevėžio apskrityse vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per 2002 m. suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius buvo mažiausias. Šis rodiklis 2002–2004 m. labiausiai (nuo 15 proc. iki 29 proc.) išaugo Telšių, Panevėžio, Kauno ir Tauragės apskrityse, tačiau 2004 m. šalies vidurkio nepasiekė.

Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų augimo dinamikai kai kuriose apskrityse turėjo įtakos ir tai, koks vidutiniškai per metus pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius buvo suteiktas vienam aptarnaujamam apskrities gyventojui per 2002 metus.

Pvz., Telšių apskrityje pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų augimas 2002–2004 m. pats didžiausias šalyje – 27,4 proc., tačiau reikia atsižvelgti, kad vienam aptarnaujamam gyventojui vidutiniškai per 2002 m. suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius buvo pats mažiausias šalyje ir mažesnis už šalies vidurkį net 18,4 proc.

Utenos apskrityje pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų augimas 2002–2004 m. pats mažiausias šalyje – 4,2 proc., tačiau reikia atsižvelgti, kad vienam aptarnaujamam gyventojui vidutiniškai per 2002 m. suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius buvo didesnis už šalies vidurkį 10,5 proc.

Auditorių nuomone, prognozuojant pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimą, reikėjo atsižvelgti į skirtingą situaciją apskrityse 2002 metais.

Savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros plėtros planuose, kaip vienas iš rezultatų vertinimo rodiklių, buvo numatyta ambulatorinių paslaugų plėtros dinamika, tačiau planuose nebuvo numatytas tikslus pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų augimas ir tai, kokiomis priemonėmis jis bus pasiektas.

Didžiųjų miestų savivaldybėse ASPĮ aptarnaujamų gyventojų skaičius yra didesnis negu savivaldybių statistinis gyventojų skaičius. Šis skirtumas 2004 m. pabaigoje buvo: Vilniaus m. – 35408, Kauno m. – 33051, Klaipėdos m. – 16518, Šiaulių m. – 19531, Alytaus m. – 10236, Panevėžio m. – 4388⁸. Mūsų nuomone, rodiklis *vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius* suteikia galimybę objektyviau vertinti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį atskirose savivaldybėse.

Vertindami pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimą 2002–2004 m. savivaldybėse, skaičiavome bendrą paslaugų augimą ir vienam aptarnaujamam gyventojui vidutiniškai per metus suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimą (5 priedas). Apibendrinti savivaldybių duomenys pateikiami 4 lentelėje.

4 lentelė

Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimo 2002–2004 m. savivaldybėse apibendrinti duomenys

	Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimas	Savivaldybių skaičius	Bendras paslaugų skaičiaus augimas	Savivaldybių skaičius
Šalyje	12,6%		12,2%	
Didesnis negu šalies pokytis		37		29
Tarp jų:	Iki 20%	21	Iki 20%	19
	Nuo 20% iki 30%	13	Nuo 20% iki 30%	7
	Per 30%	3	Per 30%	3
Mažesnis negu šalies pokytis		23		31
Tarp jų:	Per 5%	15	Per 5%	18
	Nuo 0% iki 5%	6	Nuo 0% iki 5%	9
	Neigiamas pokytis	2	Neigiamas pokytis	4

⁸ Palyginti TLK pateikti 2004 m. gruodžio mėn. duomenys apie ASPĮ aptarnaujamų gyventojų skaičių ir Statistikos departamento duomenys apie savivaldybių gyventojų skaičių.

Bendras pirminės asmens sveikatos paslaugų skaičiaus augimas ir vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimas 2002–2004 m. daugumoje savivaldybių buvo teigiamas. Didžiausias pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimas 2002–2004 m. buvo Mažeikių, Šilalės ir Šalčininkų rajonų savivaldybėse. Minėtų savivaldybių duomenys pateikiame 5 lentelėje.

5 lentelė

Savivaldybių, kuriose pirminės sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimas 2002–2004 m. didžiausias, duomenys

	Savivaldybė	Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimas 2002–2004 m.	Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius	
			2002 m.	2004 m.
1.	Šalčininkų rajonas	32,7 %	2,79	3,7
2.	Šilalės rajono	34,6 %	2,11	2,84
3.	Mažeikių rajono	45,7 %	2,63	3,83
	Šalyje	12,6 %	3,54	3,99

Minėtų rajonų savivaldybėse pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų augimo dinamikai turėjo įtakos ir tai, kad šiose savivaldybėse 2002 m. vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius buvo mažiausias šalyje ir mažesnis už šalies vidurkį Mažeikių raj. – 25 proc., Šalčininkų raj. – 21 proc., Šilalės raj. – 40 proc.

Savivaldybių, kurių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimas 2002–2004 m. buvo mažiausias, duomenys pateikiami 6 lentelėje.

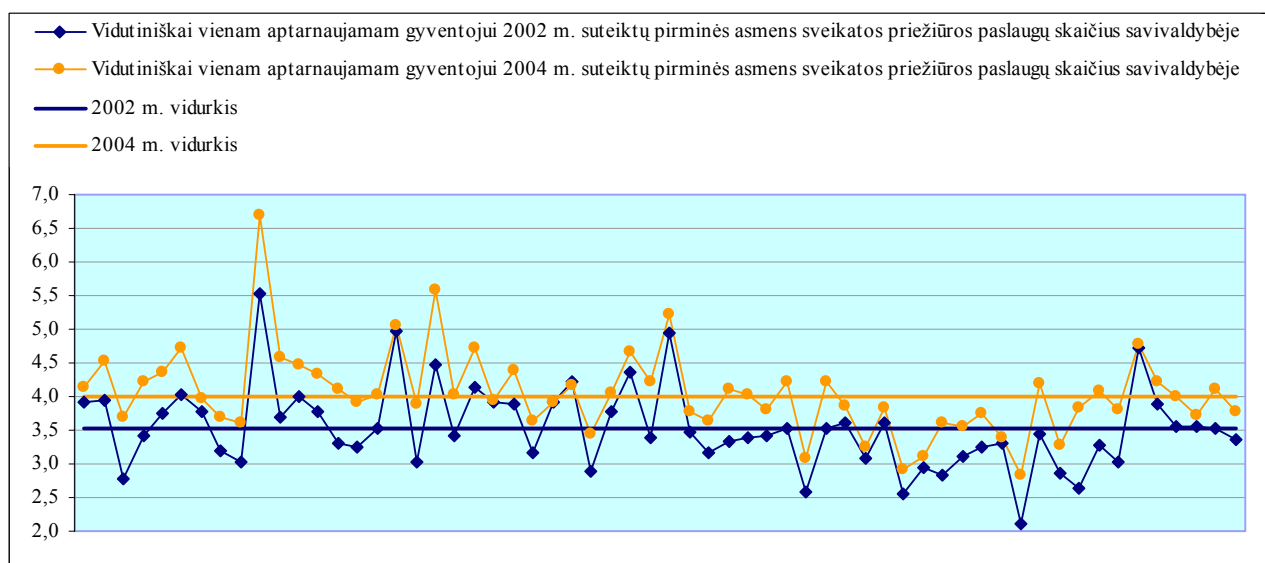
6 lentelė

Savivaldybių, kuriose pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus pokytis 2002–2004 m. neigiamas, duomenys

	Savivaldybė	Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimas 2002–2004 m.		Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteikta pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius	
		Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimas	Bendras paslaugų skaičiaus augimas	2002 m.	2004 m.
1.	Neringos miesto	-0,3 %	-0,12 %	3,92	3,91
2.	Palangos miesto	-1,38 %	1,46 %	4,21	4,15
3.	Šiaulių rajono	5,74 %	-0,16 %	3,07	3,25
4.	Jurbarko rajono	2,34 %	-1,13 %	3,31	3,39
5.	Utenos rajono	1,29 %	-0,64 %	4,72	4,78
	Šalyje	12,6 %	12,2 %	3,54	3,99

Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus pokytis 2002–2004 m. Neringos ir Palangos miestų savivaldybėse yra neigiamas, t.y. suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui 2004 m., lyginant su 2002 m., sumažėjo. Bendras pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius 2004 m., lyginant su 2002 m., sumažėjo Neringos miesto, Šiaulių, Jurbarko ir Utenos rajonų savivaldybėse.

Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per 2002 m. ir per 2004. m. suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus savivaldybėse duomenys pateikiami 6 paveiksle ir 5 priede.



6 pav. Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui 2002 ir 2004 m. suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius atskirose savivaldybėse

Vertinant vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per 2002–2004 metus suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus augimą savivaldybėse, pastebėta, kad 2004 m. vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius savivaldybėse tapo vienodesnis:

- minėto rodiklio 2002 m. mažiausia reikšmė 2002–2004 m. išaugo 34,6 proc. (nuo 2,11 iki 2,84);
- 10 proc. sumažėjo santykis tarp šio rodiklio mažiausios ir didžiausios reikšmės (2002 m. santykis buvo 2,62 karto, 2004 m. – 2,35 karto);
- 16 proc. sumažėjo santykis tarp šio rodiklio mažiausios reikšmės ir šalies vidurkio (2002 m. santykis buvo 1,67 karto, 2004 m. – 1,4 karto).

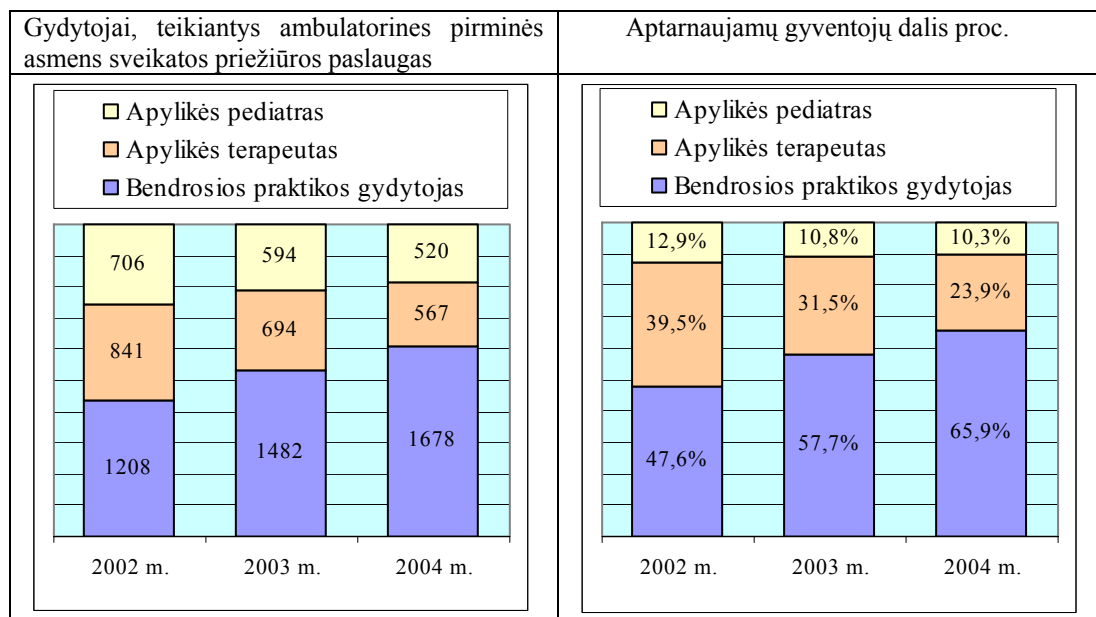
Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje numatyta ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtra vyksta. Šalyje vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų skaičius 2002–2004 m. išaugo 12,6 proc. Vidutiniškai vienam aptarnaujamam savivaldybės gyventojui suteiktų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius 2004 m. savivaldybėse tapo vienodesnis.

Bendrosios praktikos gydytojai ir jų aptarnaujamų gyventojų dalis

Audito metu vertinome bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus augimą, nagrinėjome bendrosios praktikos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalies augimą 2002–2004 m. savivaldybėse, apskrityse ir šalyje.

Pastaba. Bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus augimą vertinome pagal TLK pateiktus duomenis apie gydytojų skaičių sveikatos priežiūros įstaigose, kurios sudariusios sutartis su TLK.

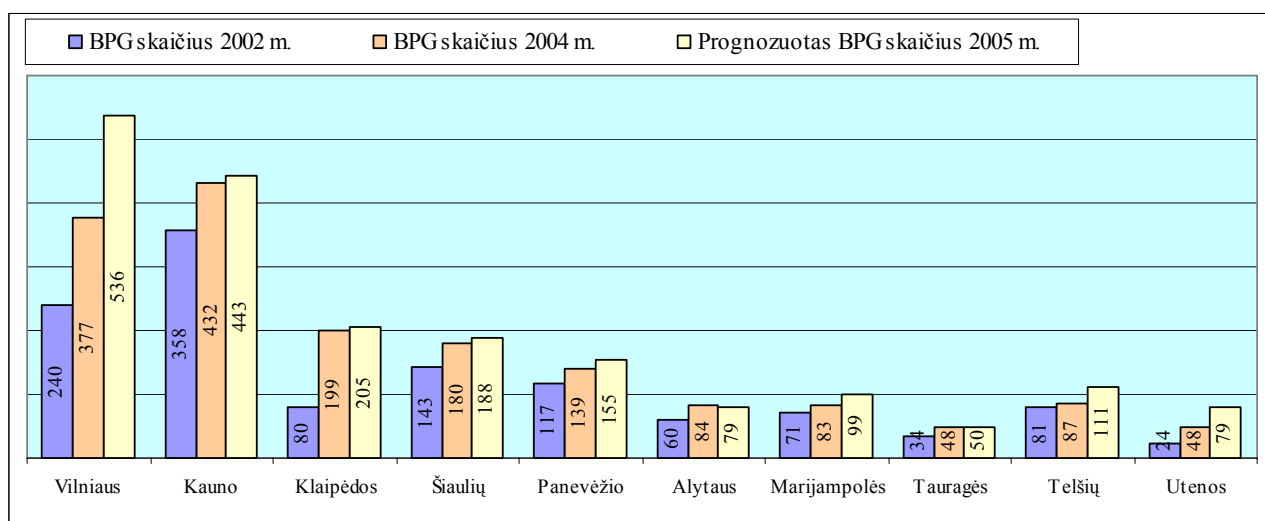
Gydytojų, teikiančių ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, skaičiaus ir jų aptarnaujamų gyventojų dalies 2002–2004 m. duomenys pateikiami 7 paveiksle.



7 pav. Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys gydytojai ir jų aptarnaujamų gyventojų dalis

Gydytojų, teikiančių ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, bendras skaičius audituojamu laikotarpiu beveik nesikeitė: 2002 m. – 2755 gydytojai, 2004 m. – 2765 gydytojai. Bendrosios praktikos gydytojų skaičius 2002–2004 metais padidėjo 1,4 karto (nuo 1208 iki 1678), apylinkės terapeutų ir apylinkės pediatrų skaičius sumažėjo. Bendrosios praktikos gydytojai 2002 m. sudarė 43,9 proc. 2004 m. – 60,7 proc. gydytojų, teikiančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Apskričių ASPĮ restruktūrizavimo planuose prognozuojama, kad 2005 m. BPG skaičius bus „nuo 1945 iki 2048“ arba 70–74 proc. visų gydytojų, teikiančių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Apskričių ASPĮ

restruktūrizavimo planuose prognozuoto 2005 m. BPG skaičiaus ir bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus 2002 ir 2004 metais apskrityse duomenys pateikiami 8 paveiksle.

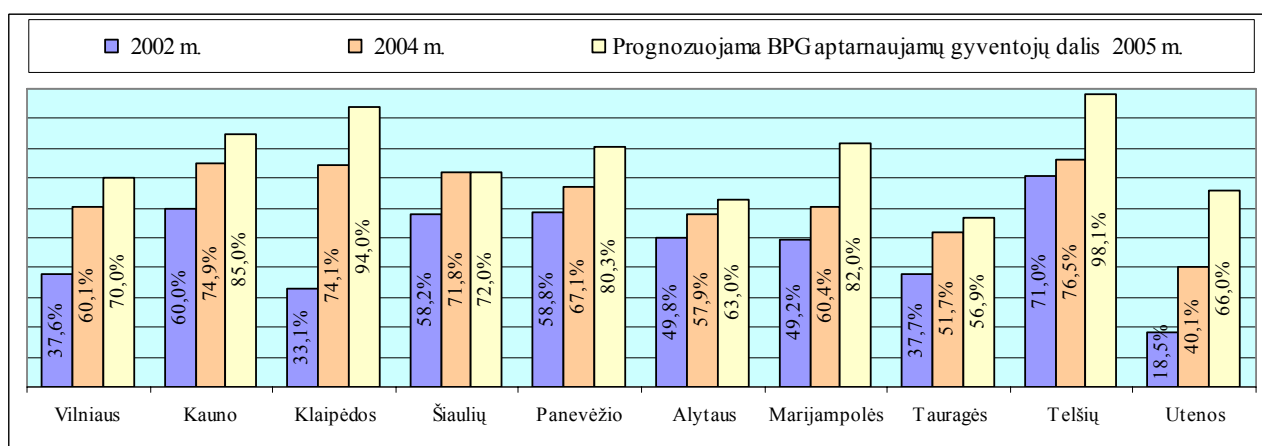


8 pav. Bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus duomenys apskrityse

Pastaba. Apkričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose 2005 m. prognozuotas BPG skaičius devyniose savivaldybėse buvo nustatytas ribose „nuo“... „iki“. Skaičiuodami ir vertindami atsižvelgėme į prognozuojamo skaičiaus mažesnę reikšmę.

2004 m. pabaigoje Alytaus apskrityje BPG skaičius buvo didesnis negu planuotas 2005 m. Planuojamas BPG skaičius beveik pasiektas Tauragės, Klaipėdos ir Šiaulių apskrityse. Bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus didėjimas 2002–2004 m. apskrityse buvo nevienodas: pvz., Klaipėdos apskrityje – 148,8 proc., Utenos – 100 proc., Vilniaus apskrityje – 57,1 proc., Tauragės – 41,2 proc., Alytaus – 40 proc., Šiaulių apskrityje – 25,9 proc., Kauno – 20,7 proc., Panevėžio – 18,8 proc., Marijampolės – 16,9 proc., Telšių apskrityje – 7,4 proc.

Šalyje 2002 m. bendrosios praktikos gydytojai teikė paslaugas 47,6 proc. aptarnaujamų gyventojų, 2004 m. pabaigoje – 65,9 proc. aptarnaujamų gyventojų. Šio rodiklio dydis apskrityse buvo skirtingas – nuo 18,5 proc. Utenos apskrityje iki 71 proc. Telšių apskrityje. Bendrosios praktikos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalies apskrityse duomenys pateikiami 9 paveiksle.



9 pav. Bendrosios praktikos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalis apskrityse

Apskričių ASPĮ restruktūrizavimo planuose nurodytus prognozuojamus 2005 m. rezultatus jau pasiekė Šiaulių apskritis, arti planuotų rezultatų yra Utenos, Telšių ir Marijampolės apskritys. Utenos ir Klaipėdos apskrityse 2002 m. bendrosios praktikos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalis buvo mažiausia šalyje. Šiose apskrityse BPG skaičiaus augimas 2002–2004 m. pats didžiausias. Klaipėdos apskrityje BPG aptarnaujamų gyventojų dalis 2004 m. viena iš didžiausių šalyje (74,1 proc.) ir yra didesnė už šalies vidurkį (65,9 proc.). Utenos apskrityje 2004 m. BPG aptarnaujamų gyventojų dalis išaugo daugiau kaip du kartus (nuo 18,5 proc. iki 40,1 proc.).

Buęs 2002 m. skirtumas tarp apskričių, kuriose BPG aptarnaujamų gyventojų dalis buvo mažiausia ir kuriose šis rodiklis buvo didžiausias (18,5 proc. ir 71 proc.), 2004 metais sumažėjo (40,1 proc. ir 76,5 proc.).

Bendrosios praktikos gydytojų skaičiaus augimo ir bendrosios praktikos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalies augimo savivaldybėse duomenys pateikiami 6 priede. Pagal abu rodiklius (BPG skaičius ir bendrosios praktikos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalis) išskiriame keturiolika savivaldybių, kurios pasiekė (arba beveik pasiekė) apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose prognozuotą 2005 m. rezultatą. Duomenys pateikiami 7 lentelėje.

7 lentelė

Bendrosios praktikos gydytojų skaičius ir jų aptarnaujamų gyventojų dalis

Savivaldybė	BPG skaičius 2004 m. pabaigoje	Prognozuojamas BPG skaičius 2005 m.	BPG aptarnaujamų gyventojų dalis 2004 m. pabaigoje	Prognozuojama BPG aptarnaujamų gyventojų dalis 2005 m
Elektrėnų	21	18	93,9%	69%
Birštono	4	4	100%	100%
Prienuų	25	20	95,3%	79%
Varėnos	15	15	76%	70%
Druskininkų	22	17	86,7%	72%
Neringos	2	3	100%	100%
Panevėžio miesto	74	70	82,4%	85,8%
Šiaulių rajono	22	13	77,4%	47%
Joniškio	12	9	65,2%	58%
Kelmės	16	15	72,1%	63%
Akmenės	8	7	44,9%	45%
Jurbarko	21	18	72,3%	56,9%
Pagėgių	5	3	40,6%	42,5%
Rietavo	7	8	100%	100%

Savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros plėtros planuose kaip vienas iš artimiausių uždavinių nurodyta prioritetinį dėmesį skirti BPG veiklos plėtrai kaime. Nors daugumoje savivaldybių BPG skaičiaus ir bendrosios praktikos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalies augimas vyksta pakankamai gerai, yra savivaldybių, kuriose BPG institucijos plėtra vyksta labai lėtai arba visai nevyksta. BPG skaičiaus ir bendrosios praktikos gydytojų aptarnaujamų gyventojų dalies duomenys minėtose savivaldybėse pateikiami 8 lentelėje.

Bendrosios praktikos gydytojų skaičius ir jų aptarnaujamų gyventojų dalis

Savivaldybė	BPG skaičius 2002 m.	BPG skaičius 2004 m.	Prognozuojamas BPG skaičius 2005 m.	BPG aptarnaujamų gyventojų dalis 2002 m.	BPG aptarnaujamų gyventojų dalis 2004 m.	Prognozuojama BPG aptarnaujamų gyventojų dalis 2005 m.
Širvintų	5	6	12	40,6%	48,9%	66%
Kaišiadorių	20	19	23	79,9%	83,3%	92%
Skuodo	8	9	12	68,9%	74,9%	90%
Kazlų Rūdos	12	12	13	88,6%	88,7%	95%
Kalvarijos	5	5	7	67,5%	66,4%	83,3%
Panevėžio rajono	17	19	29	69,8%	75,7%	100%
Pasvalio	10	11	15	54,0%	54,2%	83,9%
Telšių	21	21	28	60,0%	64,8%	95,1%
Molėtų	1	4	11	2,5%	16,9%	74%

Audito metu atlikome tų savivaldybių, kuriose BPG institucijos plėtra vyko lėtai arba visai nevyko, savivaldybės gydytojų apklausą. Savivaldybės gydytojai nurodė priežastis, jų nuomone, trukdančias BPG institucijos plėtrai:

a) nepakankamai sparčiai vyksta gydytojų persikvalifikavimo į BPG procesas (dėl specialistų amžiaus, nėra specialistų motyvacijos, nepatogi persikvalifikavimo sistema, studijos tapo mokamos);

b) mažėja gydytojų skaičius (išvyksta iš rajonų, pereina į geriau mokamą darbą, jauni BPG neatvyksta dirbti į kaimo rajonus, nes jų netenkina esama finansavimo tvarka);

c) trūksta lėšų BPG kabinetų įrengimui;

d) nėra ASPI vadovų motyvacijos dėl BPG institucijos plėtros.

Bendrosios praktikos gydytojų institucijos plėtra šalyje vyksta. 2002–2004 m. BPG skaičius padidėjo 39 proc., o jų aptarnaujamų gyventojų dalis padidėjo nuo 48 iki 66 proc. Kai kuriose savivaldybėse BPG institucijos plėtra vyko lėtai arba nevyko. Auditorių nuomone, Sveikatos apsaugos ministerija turi atkreipti dėmesį į savivaldybės gydytojų išsakytas problemas ir priežastis dėl kurių BPG plėtra vyksta lėtai.

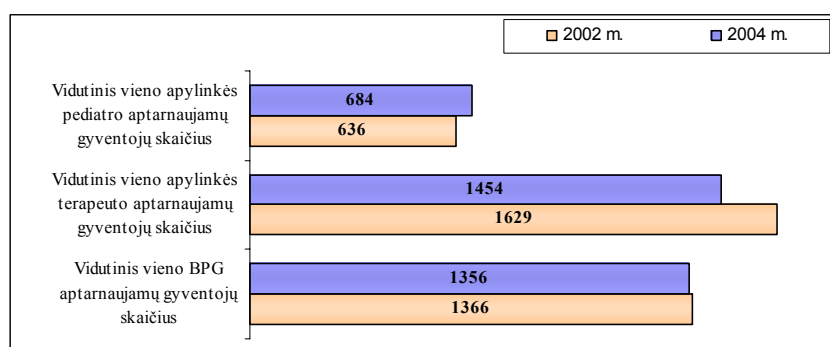
3. AMBULATORINIŲ PIRMINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO ORGANIZAVIMAS

Pirminė sveikatos priežiūra yra nespecializuotos kvalifikuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pagal Bendrosios praktikos gydytojo ir Bendrosios praktikos slaugytojo normų reikalavimus. Minimas paslaugas teikia bendrosios praktikos gydytojai arba gydytojų komanda – mažiausiai trys specialistai – pediatras arba terapeutas, gydytojai akušeris ginekologas ir chirurgas⁹. Pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas numato perėjimą nuo apylinkės terapeutų, pediatrų, akušerių ginekologų ir chirurgų teikiamų paslaugų prie vieno bendrosios praktikos gydytojo paslaugų. Įgyvendinant Lietuvos sveikatos programą, ambulatorinės pagalbos mastai plečiami per bendrosios praktikos gydytojo instituciją.

Vertinant ambulatorinės pagalbos mastą audituojamu laikotarpiu, buvo analizuoti teritorinių ligonių kasų duomenys apie asmens sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių sutartis su TLK ir teikiančių ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklą. Minėtos paslaugos šiose ASPĮ apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu teikiamos nemokamai (valstybės laiduojamos). ASPĮ už suteiktas paslaugas apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.

3.1. Paslaugų teikimas gyventojams

Kad gautų ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas gyventojai nustatyta tvarka pasirenka ASPĮ ir gydytoją¹⁰. Maksimalius pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros specialistų aptarnaujamų gyventojų skaičius nustatė Sveikatos apsaugos ministerija¹¹: BPG – 2000 gyventojų, apylinkės terapeuto – 2000 gyventojų, apylinkės pediatro – 800 gyventojų, chirurgo – 16000 gyventojų, akušerio ginekologo – 10000 gyventojų. Audituojamu laikotarpiu šalyje vidutinis vieno BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius (arba vidutinis BPG apylinkės dydis) žymiau nekito, mažėjo vidutinis terapeuto apylinkės dydis, nežymiai didėjo pediatro apylinkės dydis (10 pav.).



10 pav. Vidutinis vieno apylinkės gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičius 2002 ir 2004 m.

⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2000-06-14 įsakymas Nr. 327 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“.

¹⁰ Sveikatos apsaugos ministro 2001-11-09 įsakymas Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“.

¹¹ Sveikatos apsaugos ministro 2000-06-14 įsakymas Nr. 327 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“.

Mažiausias vidutinis vieno BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius 2004 m. buvo Kauno (1201 gyv.) ir Alytaus (1254 gyv.) apskrityse, didžiausias – Telšių (1551 gyv.) ir Utenos (1492 gyv.) apskrityse. Apskričių duomenys pateikiami 8 priede. Audito metu buvo nustatyta, kad kai kuriose ASPĮ yra BPG apylinkių, kuriose aptarnaujamų gyventojų skaičius didesnis negu SAM nustatytas maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius: pvz., apylinkėje 2004 m. buvo 2856 aptarnaujami gyventojai, 3231, 2176, 2224, 2160 gyventojų. Tai, kad kai kurie BPG aptarnauja daugiau negu 2000 gyventojų, nustatė ir TLK.

Bendrosios praktikos gydytojas sveikatos priežiūros paslaugas teikti turi visų amžiaus grupių gyventojams, kaip nustato Lietuvos medicinos norma MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ :

Bendrosios praktikos gydytojas – gydytojas, baigęs bendrosios praktikos gydytojo specialybės antrinę arba pertraukiamąją rezidentūrą ir turintis bendrosios praktikos gydytojo licenciją, galintis savarankiškai vykdyti asmenų pirminę sveikatos priežiūrą nuo gimimo iki mirties, neatsižvelgiant į jų amžių ...

Bendroji praktika – bendroji pirminės sveikatos priežiūros pagalba, teikiama bendrosios praktikos gydytojo, neapsiribojama kuria nors viena populiacijos grupe ... yra prieinama visiems ir apima visas gyventojų grupes nepriklausomai nuo amžiaus... Ji yra bendroji dėl to, kad sprendžiamos visos sveikatos problemos pagal gydytojo kompetenciją. BPG rūpinasi ne tik gydymu – didelis dėmesys skiriamas sveikatos išsaugojimui ir gerinimui, ligų profilaktikai. Bendroji praktika neapsiribojama vienu gydymo epizodu, sveikata stebima visą gyvenimą.

Audito metu renkant duomenis kai kuriose ASPĮ, nustatyta, kad BPG apylinkių aptarnaujamų gyventojų amžiaus struktūra netolygi, yra apylinkių, kur daugumą aptarnaujamų gyventojų sudaro vaikai, kitų – suaugusieji. BPG apylinkių, kuriose aptarnaujamų gyventojų daugumą sudaro arba vaikai, arba suaugusieji, gyventojų amžiaus struktūra priklauso nuo to, kokios gydytojas specialybės buvo iki perkvalifikavimo: buvę gydytojai pediatrai paslaugas teikia daugiau vaikams, terapeutai – suaugusiems gyventojams. Kaip pavyzdį 9 lentelėje pateikiame ASPĮ, kuriose rinkta informacija, kai kurių BPG apylinkių veiklos rodiklius.

9 lentelė

Atskirų BPG veiklos rodikliai (2004 m. ASPĮ duomenys)

Sąlyginis apylinkės Nr.	Aptarnaujamų gyventojų skaičius	Iš aptarnaujamų gyventojų - vaikai	Suteikta paslauga			Vidutiniškai per darbo suteikta paslaugų dieną*	Vienam aptarnaujamam gyventojui per metus vidutiniškai suteikta paslauga
			Iš viso	Paslaugos, suteiktos ASPĮ	Vizitai į namus		
I	2 856	9	5692	5567	125	26/26	2,00
II	2309	3	5292	5119	173	23/24	2,30
III	1936	749	5743	5280	463	27/29	2,30
IV	1802	10	5671	5163	508	24/26	3,15
V	1043	724	5607	4788	819	23/27	5,40
VI	1093	763	6535	5412	1123	26/31	6,00
VII	846	604	5791	5170	621	24/28	6,85
VIII	1803	0	4706	4317	389	20/21	2,60
IX	1864	4	5910	5059	851	22/24	3,20
X	1248	1	2426	2283	143	11/12	1,95

XI	1665	3	4433	3974	459	18/21	2,65
XII	1490	5	1661	1661	0	9/9	1,10
XIII	2056	3	5951	5320	631	25/28	2,90
XIV	1740	2	3392	3163	229	11/12	1,95
XV	2176	492	6621	5577	1044	26/31	3,05
XVI	1599	13	3480	3126	354	15/16	2,20
XVII	1805	11	2834	2592	242	13/14	1,55
XVIII	767	648	4333	3528	805	16/20	5,65
IXX	655	602	2717	2197	520	11/13	4,52
XX	2160	8	7313	6645	668	28/31	3,40

* paslaugos suteiktos tik gyventojams apsilankius ASPĮ / visos paslaugos: suteiktos ASPĮ ir vizitai į namus.

Auditorių nuomone, tokiais atvejais kaip minimi, ASPĮ nepereinama prie BPG teikiamų paslaugų, iš tikrųjų toliau teikiamos apylinkės pediatro ar terapeuto paslaugos. Yra rizika, kad SAM vykdytas gydytojų perkvalifikavimas į BPG neefektyvus, o gyventojai negauna visos ambulatorinės pagalbos iš savo šeimos gydytojo, kaip numatė Sveikatos reforma.

Audito metu vertinta, kiek gyventojų aptarnavo pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas gydytojų komandoje teikiantys akušeriai ginekologai ir chirurgai. Analizuoti Valstybinės ligonių kasos pateikti duomenys. Nustatyta, kad vienas akušeris ginekologas ir chirurgas vidutiniškai aptarnavo po mažiau gyventojų negu SAM nustatytas maksimalus šių gydytojų aptarnaujamų gyventojų skaičius:

– akušeris ginekologas, dirbdamas vienu etatu, 2002 m. vidutiniškai aptarnavo du kartus mažiau gyventojų (5054 asmenis), 2004 m. – 2,7 karto mažiau (3691 asmenį), negu SAM numatytas maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius (vienam gydytojui 10000 gyventojų).

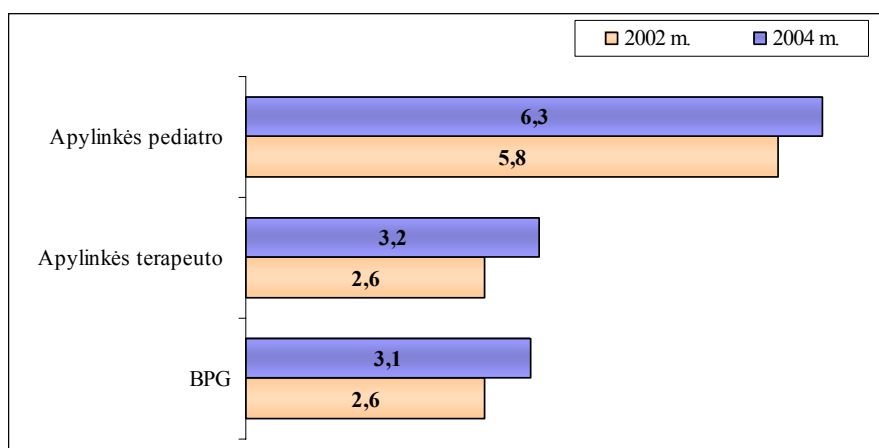
– chirurgas, dirbdamas vienu etatu, 2002 m. aptarnavo pusantro karto mažiau gyventojų (10752 asmenis), 2004 m. – du kartus mažiau (8395 asmenis), negu SAM nustatytas maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius (vienam gydytojui 16000 gyventojų).

Audituojamu laikotarpiu buvo pereinama prie BPG teikiamų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų. ASPĮ mažėjo komandoje teikiančių paslaugas gydytojų terapeutų, pediatrų, mažėjo gyventojų, kuriems šie gydytojai teikė ambulatorines paslaugas, tačiau paslaugas teikusių gydytojų akušerių ginekologų ir chirurgų skaičius proporcingai nemažėjo. Akušerių ginekologų ir chirurgų skaičių apskrityse ir pagal SAM nustatytą maksimalų aptarnaujamų gyventojų skaičių auditorių apskaičiuotą šių gydytojų etatų poreikį pateikiame 9 priede.

Auditorių nuomone, gydytojų akušerių ginekologų ir chirurgų, teikiančių ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, skaičius 2002–2004 m. būtų sumažėjęs labiau, jeigu minimas paslaugas savo aptarnaujamiems gyventojams būtų teikę bendrosios praktikos gydytojai, kaip numato vykdoma Sveikatos priežiūros reforma. ASPĮ būtų efektyviau naudojusios sveikatos priežiūrai skirtas lėšas, plėtusios gyventojams teikiamų BPG paslaugų mastą.

3.2. Bendrosios praktikos gydytojų paslaugos

Sveikatos priežiūros reformos artimieji uždaviniai (iki 2005 m.) numato optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų bei jų teikiamų paslaugų kiekį, išplėsti ambulatorinės pagalbos mastus per bendrosios praktikos gydytojo instituciją. Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose numatytas apsilankymų ambulatorinėse ASPĮ skaičiaus augimas. Audito metu analizavome BPG suteiktas paslaugas. TLK duomenimis 2002–2004 m. šalyje BPG teikiamų paslaugų skaičius išaugo 1,7 karto (nuo 4298901 iki 7125004). Audituojamu laikotarpiu didėjo BPG, apylinkės terapeuto ir apylinkės pediatro vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų paslaugų skaičius (11 pav.).



11 pav. Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus 2002 m. ir 2004 m. suteiktų paslaugų skaičius.

Audito metu išnagrinėjome BPG suteiktų paslaugų skaičių apskrityse, savivaldybėse. TLK duomenimis 2004 m. vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus paslaugų daugiausia suteikė BPG Alytaus (3,7) ir Marijampolės (3,5) apskrityse, mažiausiai – Šiaulių (2,8) ir Tauragės (2,7) apskrityse. Apskričių apylinkės gydytojų vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų paslaugų duomenys pateikiami 10 priede.

Analizuojant TLK pateiktus duomenis nustatyta, kad BPG paslaugų, vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui suteiktų per metus, kiekis apskrityse, savivaldybėse, ASPĮ netolygus. Buvo ASPĮ, kuriose vienam aptarnaujamam gyventojui vidutiniškai per 2004 m. buvo suteikta mažiau paslaugų negu per 2002 m. Minėtą rodiklį lyginome Vilniaus ir Kauno miestų sveikatos priežiūros įstaigose, sugrupavę jas į viešąsias (kurių steigėja savivaldybė) ir privačias, sudariusias sutartis su TLK.

Vilniuje privačiose ASPĮ bendrosios praktikos gydytojo paslaugas 2004 m. buvo pasirinkę 17 proc. visų BPG aptarnaujamų gyventojų, Kaune – 41 proc. visų BPG aptarnaujamų gyventojų. Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus privačiose ASPĮ Vilniuje bendrosios praktikos gydytojai teikė daugiau paslaugų nei BPG viešosiose ASPĮ Kaune. (11, 12 priedai). Apibendrinti duomenys pateikti 10 lentelėje.

Vilniaus ir Kauno BPG aptarnaujamų gyventojų ir jiems suteiktų paslaugų skaičiaus duomenys

		2002 m.				2004 m.			
		ASPI skaičius	BPG skaičius	BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius	Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui suteikta paslaugų	ASPI skaičius	BPG skaičius	BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius	Vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui suteikta paslaugų
Vilnius	Viešosios ASPI	9	102	147060	2,5	10	165	252811	2,9
	Privačios ASPI	13	39	28859	3,7	19	61	51106	3,1
	IŠ VISO	22	141	175919	2,7	29	226	303917	2,9
Kaunas	Viešosios ASPI	5	103	130322	2,1	6	123	164130	2,7
	Privačios ASPI	27	102	86024	2,0	32	126	111773	2,7
	IŠ VISO	37	205	216346	2,1	38	249	275903	2,7

Kaune privačiose ir viešosiose ASPI bendrosios praktikos gydytojų vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per metus suteiktų paslaugų skaičiaus vidurkis toks pats, tačiau kai kuriose privačiose ASPI bendrosios praktikos gydytojai vienam aptarnaujamam gyventojui vidutiniškai per metus suteikė du kartus mažiau paslaugų negu viešosiose ASPI (11, 12 priedai).

Vykdoma sveikatos priežiūros reforma siekia didinti gyventojams teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį, ambulatorinę pagalbą plėsti per bendrosios praktikos gydytojo instituciją. Decentralizuojant pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, steigiant privačius BPG kabinetus, siekiama minimas paslaugas priartinti prie vartotojų, esant mažesnėms įstaigoms – pagerinti paslaugų prieinamumą, padidinti teikiamų paslaugų skaičių. Auditorių nuomone, o tai patvirtina ir pateikti Kauno miesto privačių ASPI veiklos pavyzdžiai, pats privačių BPG kabinetų įsteigimas dar neužtikrina, kad šiose įstaigose gyventojams bus aktyviai teikiamos valstybės laiduojamos paslaugos. Pagal šiuo metu galiojančias tvarkas teritorinės ligonių kasos negali daryti įtakos gyventojams teikiamų valstybės laiduojamų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekiui. Savivaldybių apklausos duomenys parodė, kad ir savivaldybės, organizuojančios pirminę sveikatos priežiūrą savo teritorijoje, privačių gydymo įstaigų veiklai įtakos nedaro. Auditorių nuomone, SAM ir savivaldybės turėtų numatyti svertus, kurie įtakotų, kad privačios įstaigos valstybės laiduojamų BPG paslaugų vienam gyventojui teiktų ne mažesnę kiekį negu viešosios.

Audito metu vertinant kai kurių ASPI pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, nustatyta, kad vidutiniškai vienam gyventojui paslaugų daugiau suteikia tie gydytojai, kurių apylinkėse didesnis vaikų skaičius. Kaip pavyzdį 9 lentelėje pateikiame ASPI, kuriose audito metu buvo rinkta informacija, atskirų BPG veiklos 2004 m. rodiklius. Sveikatos priežiūros įstaigų administracijos nuomone, apylinkės gydytojo darbo krūvis priklauso ir nuo to, kaip pats gydytojas organizuoja darbą (pvz., kaip reguliuoja pakartotinus pacientų apsilankymus dėl atliktų tyrimų įvertinimo, skirto gydymo koregavimo, kompensuojamųjų vaistų išrašymo).

Auditorių nuomone, dėl netolygaus bendrosios praktikos gydytojams tenkančio darbo krūvio yra rizika, kad ne visiems gyventojams užtikrinamas tinkamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė.

3.3. Paslaugų prieinamumas ir kokybė

Sveikatos priežiūros restruktūrizavimo eigoje plėtojant ambulatorinę pagalbą ir didėjant pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų teikiamų paslaugų skaičiui, svarbu užtikrinti šių paslaugų prieinamumą aptarnaujamiems gyventojams. Gyventojų nepasitenkinimas kyla dėl patekimo pas gydytoją problemų, ilgų eilių prie gydytojų kabinetų, registratūrose, todėl audito metu domėtasi pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu laiko požiūriu.

Didelėse gydymo įstaigose didesnis aptarnaujamų gyventojų srautas, didesnis darbo krūvis tenka registratūrai. Smulkinant pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias ASPĮ, jas išskaidant į padalinius ir paslaugas priartinant prie aptarnaujamų asmenų gyvenamosios vietovės, mažėtų žmonių srautas registratūrose, gyventojai trumpiau lauktų eilėse. Trumpinti laukimo laiką ASPĮ registratūrose padeda galimybė registruotis telefonu, o perspektyvoje ir kompiuterinėmis informacinėmis sistemomis, t.y. internetu.

Kaip geros praktikos pavyzdį galime pateikti Vilniuje VŠĮ Centro poliklinikoje 2004 m. pradėjusią veikti informacinę sistemą „MedIS“, nes gyventojai pas apylinkės gydytoją gali registruotis internetu.

ASPĮ, kuriose audito metu buvo renkama informacija, vertinta, kaip aptarnaujamiems gyventojams sudarytos sąlygos gauti skubią ir planinę medicinos pagalbą. Gyventojams svarbi ir galimybė pas gydytoją užsirašyti iš anksto, ir gauti neatidėliotiną pagalbą skubiais atvejais. Minėtose ASPĮ, organizuojant užrašymą pas gydytojus, trečdalis apylinkių gydytojų darbo laiko numatoma asmenims, besikreipiantiems dėl skubios pagalbos. Trečdalis gydytojo darbo laiko skiriama asmenims, kurie pas gydytojus kreipiasi dėl naujos sveikatos problemos ir trečdalis laiko – pakartotinai atvykstantiems asmenims.

Vertinant kai kuriose ASPĮ galimybę aptarnaujamiems gyventojams užsirašyti priėmimui pas apylinkės gydytoją planinei pagalbai, pastebėti skirtumai. Vienose gydymo įstaigose asmenys planinę pagalbą gali gauti po 1–2 darbo dienų, kitose laukimo laikas neviršija 4–5 darbo dienų, kai kuriose gydymo įstaigose planinė pagalba galėjo būti suteikta ir kreipimosi dieną. Akivaizdūs pirminės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio skirtumai pagal metų laikus, tam įtakos turi ligų sezoniškumas.

ASPĮ stengiamasi užtikrinti, kad gyventojai pas gydytojus patektų jų priėmimui nurodytu laiku, o laukti prie gydytojo kabineto reikėtų ne daugiau kaip 20–30 min. Ši tvarka numatoma teritorinių ligonių kasų sutartyse su ASPĮ, ASPĮ vidaus tvarkos taisyklėse, kokybės vadovuose.

Tikrinant kai kuriose ASPĮ kiek aptarnaujamiems gyventojams tenka laukti prie gydytojo kabineto, nustatyta, kad užtikrinama jog gyventojai pas gydytojus patektų skirtu laiku.

Savivaldybės nurodė, kad ambulatorinių paslaugų prieinamumui reikšmės turi paslaugų teikimo organizavimas ASPĮ, galimybė pacientams pas gydytojus registruotis iš anksto. Paslaugų prieinamumas būtų geresnis, savivaldybių nuomone, jei gydytojų aptarnaujamų gyventojų skaičius būtų mažesnis, jei būtų įrengtos naujos bendrosios praktikos gydytojų darbo vietos.

Mažėjant vieno gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiui turėtų gerėti paslaugų prieinamumas (gyventojams būtų lengviau patekti pas gydytoją). Augant ambulatorinės pagalbos mastams, turėtų didėti vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui suteiktų paslaugų skaičius. Vertindami TLK pateiktus ASPĮ 2002–2004 m. veiklos duomenis, auditoriai pastebėjo, kad vidutiniškai vienam aptarnaujamam gyventojui per 2004 m. suteiktų paslaugų skaičius toks pats Kauno apskrityje, kurioje vieno BPG vidutiniškai aptarnaujamų gyventojų skaičius mažiausias šalyje, ir Telšių apskrityje, kurioje vieno BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius didžiausias.

Auditorių nuomone, ne tik BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius (apylinkės dydis) turi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui. Tuo įsitikinome kai kuriose ASPĮ, kuriose rinkome duomenis. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui svarbu: ASPĮ nustatyta darbo tvarka, pacientų srautų valdymas gydymo įstaigoje, kaip darbą organizuoja pats apylinkės gydytojas. Auditorių nuomone ambulatorinių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimui daugiau dėmesio turėtų skirti savivaldybės (savivaldybės gydytojai).

Audito metu, renkant informaciją ASPĮ, vertinta, ar pereinant prie BPG paslaugų užtikrinama teikiamų pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, kaip vienas iš paslaugų tinkamumo elementų.

Sveikatos apsaugos ministro 1997-07-04 įsakymas Nr. 372 „Dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir tinkamumo kontrolės“. Tinkamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų *kokybę* ir efektyvumą. Kokybė – sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų, kitų teisės aktų ir vykdomas asmenų, turinčių atitinkamas licencijas teikti sveikatos priežiūros paslaugas, licencijuotose atitinkamas paslaugas teikti ir apdraudusiose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams įstaigose.

Teikiamų BPG paslaugų kokybė audito metu vertinta pagal Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (toliau BPG medicinos norma) reikalavimų vykdymą – ar BPG teikia visas paslaugas, nustatytas minimoje normoje.

Lietuvos medicinos norma MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, patvirtinta Sveikatos apsaugos ministro 1999-12-16 įsakymu Nr. 553, **nustato BPG kompetenciją išmanant, įtariant, diagnozuojant ir gydant** širdies ir kraujagyslių sistemos ligas, kvėpavimo sistemos, virškinimo sistemos, inkstų ir šlapimo takų, jungiamojo audinio ir skeleto–raumenų ligas, kraujo ir kraujodaros organų, endokrinines ligas, imuninės sistemos, infekcines ligas, **vaikų ligas, chirurgines ligas**, traumas, ausų, nosies, gerklės ligas, **akušeriją ir ginekologijos ligas**, nervų sistemos ligas, psichikos ir elgesio sutrikimus, odos ir lytiniu būdu plintančias ligas, akies ir jos priedinių organų ligas, reanimaciją ir intensyvią terapiją. Šioje normoje nustatyta priminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoms privaloma įranga, atliekami laboratoriniai tyrimai, manipuliacijos, kurias privalo mokėti ir atlikti BPG.

Vertinant ASPĮ ambulatorinių paslaugų teikimo tvarką, pastebėta, kad bendrosios praktikos gydytojas per vieną valandą turi priimti 6 gyventojus, t.y. vienam asmeniui gydytojas gali skirti 10 min., nesvarbu, dėl kokios priežasties asmuo lankosi. Auditorių nuomone, tai per trumpas laikas, kad bendrosios praktikos gydytojas visais atvejais galėtų kokybiškai suteikti paslaugas, kurios nustatytos BPG medicinos normoje. Ir skelbtos gyventojų apklausos parodė, kad didžiausią nepasitenkinimą kelia tai, kad gydytojai pacientams neskiria pakankamai laiko, yra nedėmesingi, nesuteikia išsamios informacijos.

Vienoje iš minėtų ASPĮ nustatyta tvarka BPG aptarnaujamiems gyventojams pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros akušerijos ginekologijos ir chirurgijos paslaugas teikia ne BPG, o gydytojai akušeriai ginekologai ir chirurgai. ASPĮ administracijos teigimu tokia tvarka užtikrina tinkamą teikiamų akušerijos ginekologijos ir chirurgijos paslaugų kokybę. Vertinant kitose ASPĮ teikiamų BPG paslaugų kokybę, nustatyta, kad visas BPG kompetencijai priskirtas akušerijos ginekologijos paslaugas teikia ne visi BPG. Viena iš gydytojų nurodytų priežasčių – pacientės ginekologinei priežiūrai renkasi gydytoją akušerį ginekologą, dalis jų ginekologines paslaugas renkasi kitose sveikatos priežiūros įstaigose. Tai, kad BPG teikia ne visas BPG medicinos normoje nustatytas paslaugas, nustatyta ir TLK atliktus tikrinimus. Tai pažymi ir savivaldybės.

Audito metu, analizuojant TLK pateiktus duomenis, nustatyta dalis ASPĮ, kuriose audituojamu laikotarpiu dirbo BPG, bet nedirbo apylinkių terapeutai, buvo teikiamos akušerio ginekologo, chirurgo pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (didesnę dalį paslaugų sudarė akušerio ginekologo paslaugos). Šiose ASPĮ akušerijos ginekologijos ir chirurgijos paslaugas, kaip numato BPG medicinos norma, aptarnaujamiems gyventojams turėtų teikti patys BPG. Kai kuriose minimų ASPĮ gydytojo akušerio ginekologo suteiktų paslaugų skaičius audituojamu laikotarpiu padidėjo (duomenys pateikiami 13 priede).

Auditorių nuomone, kai BPG kompetencijai priskirtas paslaugas teikia gydytojai specialistai, vykdoma gydytojų komandos pirminė asmens sveikatos priežiūra ir nepereinama prie BPG teikiamų paslaugų.

Auditorių nuomone tai, kad BPG teikia ne visas jų kompetencijai priskirtas paslaugas, sąlygoja BPG kompetencijos ir įgūdžių trūkumas, BPG paslaugų teikimo administravimas, pacientų pasirinkimas. Bendrosios praktikos gydytojai, deleguodami jų kompetencijai priskirtas paslaugas teikti gydytojams specialistams, nepanaudoja visų įgytų žinių bei įgūdžių ir yra rizika, kad šie gydytojai netenka atitinkamų sričių kvalifikacijos. Įgūdžių įtvirtinimas ir kvalifikacijos kėlimas turėtų būti skatinamas. Turėtų būti plečiamas BPG teikiamų paslaugų mastas. Šiuo metu nėra periodiško bendrosios praktikos gydytojų kompetencijos vertinimo sistemos. Gydytojai dirba, turėdami galiojančią medicinos praktikos licenciją. BPG licencija pratęsiama (perregistruojama), jei gydytojas dirba pagal licenciją (per pastaruosius 5 kalendorinius metus dirba 3 metus) ir pastaruosius 5 metus tobulinasi pagal profesiją (SAM nustatyta valandų skaičiu)¹².

Auditorių nuomone, gydytojų kompetencijos vertinimas padėtų tiksliai nustatyti kokioje srityje, kokių žinių ir įgūdžių trūksta atskiram gydytojui, padėtų kryptingiau vystyti gydytojų tobulinimo sistemą, užtikrinti pacientams kokybiškas paslaugas, atitinkančias valstybinį standartą.

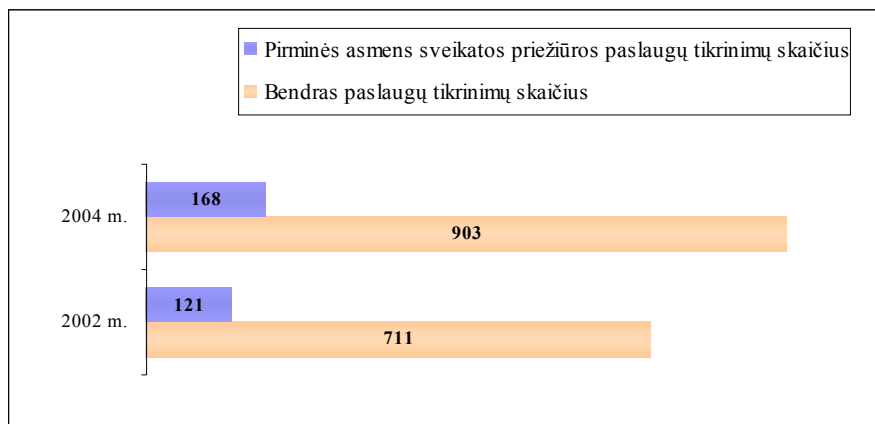
BPG kompetencija, nustatyta Lietuvos medicinos normoje MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, apima didelę dalį gydytojo terapeuto, pediatro, dalį akušerio ginekologo, chirurgo, kitų gydytojų specialistų kompetencijos. Bendrosios praktikos gydytojo kompetencijai keliami didesni reikalavimai negu apylinkės terapeutui arba pediatrai ir nustatytas didesnis teikiamų paslaugų mastas. Todėl SAM nustatytas maksimalus BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius – 2000 gyventojų (toks pats skaičius kaip ir apylinkės terapeuto), atsižvelgiant į nustatytą BPG teikiamų paslaugų mastą, auditorių nuomone, nėra pagrįstas. Tai patvirtina natūraliai ASPĮ besiformuojantis BPG apylinkių dydis, tokią pat nuomonę apklausos metu išreiškė ir savivaldybės. Savivaldybės apklausos metu nurodė, kad teikiamų bendrosios praktikos paslaugų kokybei įtakos turi gydytojų kvalifikacija, paslaugų kokybės gerinimas neatsietinas nuo BPG kvalifikacijos kėlimo. Taip pat svarbu gydytojus aprūpinti reikiama įranga, mažinti vieno gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičių.

Auditorių nuomone, siekiant užtikrinti tinkamą BPG paslaugų kokybę, sudarant sąlygas bendrosios praktikos gydytojams teikti visas medicinos normoje numatytas paslaugas, turėtų būti nustatytas mažesnis maksimalus BPG aptarnaujamų gyventojų skaičius.

Sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų valstybinę kontrolę atlieka valstybinė medicininio audito inspekcija, valstybinė ir teritorinės ligonių kasos (Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas 1996-06-06 Nr. I-1367). Didžiausią dėmesį ambulatorinių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kontrolei 2002–2004 metais skyrė teritorinės ligonių kasos: pirminės asmens sveikatos

¹² Gydytojo medicinos praktikos įstatymas (1996-09-25 Nr. I-1555).

priežiūros paslaugų tikrinimai 2002 m. sudarė 17,0 proc. visų tais metais TLK atliktų tikrinimų, 2004 m. – 18,6 proc. visų tikrinimų (12 pav.).



12 pav. Teritorinių ligonių kasų asmens sveikatos priežiūros paslaugų tikrinimų 2002 ir 2004 m. skaičius

Savivaldybės yra atsakingos už pirminę sveikatos priežiūrą, tačiau tik kai kurios savivaldybės kontroliuoja pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų tinkamumo savivaldybės nekontroliuoja.

AUDITO IŠVADOS

Sveikatos apsaugos ministerija 2000-2004 metais nepakankamai dėmesio skyrė Pirminės sveikatos priežiūros plėtros įgyvendinimui.

Dėl Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2004 m. programos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo organizavimo

1. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudaryta Pirminės sveikatos priežiūros 2000–2010 metų programos koordinavimo taryba, kurios uždavinys – užtikrinti programos priemonių įgyvendinimą, 2000-2004 m. sprendė tik iš investicinių lėšų perkamos įrangos paskirstymo klausimus ir nespėdė kitų programoje numatytų priemonių įgyvendinimo organizavimo ir finansavimo klausimų.

2. Valstybės investicijų programoje Pirminės sveikatos priežiūros programos įgyvendinimui 2001–2004 metais skirtos investicinės lėšos sudarė tik 36 proc. programos priemonės „BPG darbo vietų įrengimas, aprūpinimas medicinine įranga“ įgyvendinimui 2001–2004 m. planuotų investicijų, todėl liko neužbaigta vykdyti medicinos įrangos pirkimo 2001-06-22 sutartis Nr. 36 su UAB „SK IMPEX SERVICE CENTER“ ir tik dalis planuotos įsigyti 2001–2002 metais įrangos perduota sveikatos priežiūros įstaigoms.

3. Neskiriant programos sąmatoje planuoto finansavimo ne visos numatytos priemonės vykdomos, o pasibaigus programos įgyvendinimo terminui jos toliau nefinansuojamos. Atskirų 2000–2004 m. vykdytų mokslinių-praktinių sveikatos programų, susijusių su pirmine sveikatos priežiūra, tikslai liko nepasiekti.

4. Sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarkoje nenumatytas programų įgyvendinimo vertinimas, programose numatytų darbų vykdymo planų ir sąmatų tikslinimas.

Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros

1. Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose 2002 m. ir apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų įgyvendinimo ataskaitose 2003 m. ir 2004 m. I pusmečio kai kurių savivaldybių statistiniai duomenys (apsilankymų skaičius pirminėse ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose, bendrosios praktikos gydytojų skaičius) yra ne vienodos apimties ir netiksliai atspindi tikrą situaciją savivaldybėse. Ministerijos apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų įgyvendinimo 1,5 metų vertinimas pagal minėtus rodiklius yra netikslus.

2. Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose prognozuoti 2005 m. rezultatai kai kuriose savivaldybėse yra nustatyti neatsižvelgiant į savivaldybių poreikius, galimybes bei esamą situaciją.

3. Suteiktų ambulatorinių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius 2002–2004 m. šalyje padidėjo 12,2 proc., tačiau yra savivaldybių, kuriose minėtų paslaugų apimtis 2002–2004 m. nedidėjo.

4. Šalyje 2002–2004 m. bendrosios praktikos gydytojų skaičius padidėjo 39 proc., o jų aptarnaujamų gyventojų dalis padidėjo nuo 48 iki 66 proc., tačiau kai kuriose savivaldybėse BPG institucijos plėtra nevyko arba vyko lėtai ir yra rizika, kad 2005 m. jos nepasieks apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose prognozuotų rezultatų.

5. Vykstant privačių BPG kabinetų tinklo plėtrai, paslaugų decentralizacija vyksta nepakankamai sparčiai. Privačiose įstaigose, kurios teikė pirminės sveikatos priežiūros paslaugas ir buvo sudariusios sutartis su teritorine ligonių kasa, aptarnaujamų gyventojų dalis 2004 m. pabaigoje šalies mastu sudarė 19,6 proc.

Dėl ambulatorinių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo

1. Šalyje 2002–2004 m., didėjant bendrosios praktikos gydytojų skaičiui, pakito pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų struktūra (2004 m. paslaugas didesnei daliai aptarnaujamų gyventojų teikė BPG), tačiau kai kurios bendrosios praktikos gydytojų apylinkės dar nesuformuotos taip, kad paslaugos jose būtų teikiamos visai šeimai.

2. Ambulatorinių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas priklauso ne tik nuo sveikatos priežiūros įstaigų ir gydytojų skaičiaus, bet ir nuo to, kaip savo darbą organizuoja ASPĮ ir paslaugas teikiantys gydytojai. Dėl netolygaus bendrosios praktikos gydytojams tenkančio darbo krūvio yra rizika, kad ne visiems gyventojams užtikrinamas tinkamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir kokybė.

3. Bendrosios praktikos gydytojai visų paslaugų, priskirtų jų kompetencijai, dar neteikia. Dalį pirminio lygio akušerijos ginekologijos, chirurgijos paslaugų vietoj bendrosios praktikos gydytojų teikia gydytojai specialistai – tai neužtikrina Sveikatos priežiūros reformos numatytą paslaugų optimizavimą pirminės sveikatos priežiūros grandyje.

4. Nėra bendrosios praktikos gydytojo kompetencijos vertinimo sistemos, kad būtų užtikrinta, jog visų bendrosios praktikos gydytojų teikiamos paslaugos iš tikrųjų atitiktų valstybinį standartą.

REKOMENDACIJOS

1. Tobulinant sveikatos programų rengimo, tvirtinimo, finansavimo ir kontrolės tvarką¹³, reikėtų numatyti programos įgyvendinimo atskirų etapų vertinimą, nustatyti planuojamus

¹³ vykdam SAM 2004-10-15 įsakymu Nr. V-718 patvirtinto Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijos įgyvendinimo 2005-2011 metų veiksmų plano 9 p. numatytą priemonę „Patobulinti sveikatos programų rengimo, atrankos, valdymo ir atskaitomybės tvarką, numatant vertinimo kriterijus ir priemones jų įgyvendinimo efektyvumo didinimui“.

programos uždavinių įgyvendinimo vertinimo rodiklius, ir, atsižvelgiant į sveikatos mokslinėms - praktinėms programoms skiriamą finansavimą, būtina numatyti galimybę patvirtintas programas tikslinti, keičiant priemonių vykdymo planą, sąmatas, pratęsiant numatytą programos įgyvendinimo laikotarpį.

2. Atliekant apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų įgyvendinimo vertinimą, siekti kad statistinė informacija pagal atskirus rodiklius būtų teikiama vienodos apimties ir patikima.

3. Antrame sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etape (2006–2008 m.) tiksliai nustatyti naudojamos statistinės informacijos šaltinius ir apimtį. Nustatant siektinus rezultatus, įvertinti atskirų apskričių, savivaldybių esamą situaciją, poreikius ir galimybes, pagrįsti ekonominiais skaičiavimais. Svarstyti galimybę nustatyti papildomus rodiklius, kurie labiau atspindėtų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir paslaugų kokybinius pokyčius.

4. Svarstyti galimybę peržiūrėti Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytą maksimalų bendrosios praktikos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičių, numatant kad bendrosios praktikos gydytojai paslaugas teiktų visų amžiaus grupių gyventojams, o nustatant bendrosios praktikos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičių būtų atsižvelgiama į gydytojo aptarnaujamų gyventojų amžių.

5. Antrajame sveikatos priežiūros reformos etape (2005–2010 m.) ypatingą dėmesį skirti bendrosios praktikos gydytojų kvalifikacijos kėlimui, kad užtikrinti, jog būtų teikiamos visos BPG medicinos normoje nustatytos ir BPG kompetencijai priskirtos paslaugos.

6. Siekiant užtikrinti teikiamų BPG paslaugų kokybę tobulinti bendrosios praktikos gydytojų kompetencijos periodiško vertinimo sistemą.

Veiklos audito 1-ojo departamento
direktorius

Rimantas Sanajėvas

Veiklos audito 1-ojo departamento
vyriausioji valstybinė auditorė

Virginija Paunksnienė

Susipažinau
Sveikatos apsaugos ministras

Žilvinas Padaiga