

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS  
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS  
VADYBOS INSTITUTAS**

**JUSTINA ŠIMANAUSKAITĖ**

**VALSTYBĖS KONTROLĖS VEIKLOS AUDITO  
POVEIKIS ŠEIMOS GYDYTOJO VEIKLOS  
REGLAMENTAVIMUI  
(ŠIAULIŲ REGIONO ATVEJIS)**

**Magistro baigiamasis darbas**

**Darbo vadovas (-ė):  
prof. dr. B. Mikulskienė**

**VILNIUS, 2016**

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS  
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS  
VADYBOS INSTITUTAS**

**JUSTINA ŠIMANAUSKAITĖ**

**VALSTYBĖS KONTROLĖS VEIKLOS AUDITO  
POVEIKIS ŠEIMOS GYDYTOJO VEIKLOS  
REGLAMENTAVIMUI  
(ŠIAULIŲ REGIONO ATVEJIS)**

**Veiklos audito magistro baigiamasis darbas**

**Darbo vadovas (-ė):  
prof. dr. B. Mikulskienė**

**2016 04**

**Recenzentas**

**Atliko:**

**J. Šimanauskaitė**

**2016 04**

**VILNIUS, 2016**

## TURINYS

SANTRUMPOS .....	5
PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS .....	5
LENTELIŲ SĄRAŠAS .....	5
ĮVADAS .....	6
1. VEIKLOS AUDITO TEORINIAI ASPEKTAI .....	8
1.1. Veiklos audito sąvokos analizė .....	8
1.2. Veiklos audito charakteristikos .....	11
1.2.1. Veiklos audito tikslai, objektai ir rūšys .....	11
1.2.2. Veiklos audito procesas .....	14
1.3. Veiklos audito rekomendacijų reikšmė .....	17
1.3.1. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimas .....	20
1.4. Valstybės kontrolė – Aukščiausioji audito institucija Lietuvoje .....	22
2. ŠEIMOS GYDYTOJO INSTITUCIJA, JOS VIETA IR VAIDMUO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE.....	26
2.1. Pirminės asmens sveikatos priežiūros sistemos vieta nacionalinėje sveikatos priežiūros sistemoje .....	26
2.2. Šeimos gydytojo institucija, jos vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje .....	29
2.3. Šeimos gydytojo institucijos teisinis reglamentavimas .....	32
2.4. Šeimos gydytojo institucijos teisinio reglamentavimo problemos .....	38
3. TYRIMAS .....	43
3.1. Tyrimo metodologija .....	43
3.2. Tyrimo rezultatai .....	57
3.2.1. Ar tikslinga patikslinti ir (ar) papildyti šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus? .....	57
3.2.2. Ar gydymo įstaigų administracija laikosi nustatymo normatyvo, formuodama šeimos gydytojo apylinkę? .....	60
3.2.3. Ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigos išdėstymo reikalavimai? .....	61
3.2.4. Šeimos gydytojų poreikio planavimas .....	62
3.2.5. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo įtaka šeimos gydytojo darbui .....	66
3.2.6. Naujų, šeimos gydytojo praktikoje taikytinų, metodikų, tvarkos aprašų, poreikis. Poreikis aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto kompetencijų ribas .....	70
3.2.7. Šeimos gydytojų užimtumo mažinimas .....	71
3.2.8. Šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimas .....	77
3.2.9. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų skatinimas už gerus darbo rezultatus ir skatinamąsias paslaugas .....	79
ISVADOS .....	81

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS.....	83
LITERATŪROS SARAŠAS .....	84
ANOTACIJA .....	88
ANOTATION .....	89
SANTRAUKA .....	90
PRIEDAI.....	94

## SANTRUMPOS

AAI – aukščiausioji audito institucija  
 angl. – anglų kalba  
 INTOSAI – Tarptautinė aukščiausiųjų audito institucijų organizacija  
 JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos  
 p. – puslapis  
 SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija  
 PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

- 1 pav. Veiklos audito tikslai
- 2 pav. Veiklos audito taikymo sritys
- 3 pav. Veiklos audito procesas
- 4 pav. Sveikatos priežiūros sistemos organizacija
- 5 pav. Teisės aktų hierarchija
- 6 pav. Tyrimo schema
- 7 pav. Ataskaitos „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ išvadų, rekomendacijų ir jų įgyvendinimo schema
- 8 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas dėl šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijų papildymo ir (ar) pakeitimo
- 9 pav. Skatinamosios priemonės jauniems gydytojams pritraukti
10. Valstybės kontrolės vieta Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo kaitos procese
- 11 pav. Naujų, šeimos gydytojo praktikoje taikytinų, metodikų poreikis
- 12 pav. Problemos, dėl didelio šeimos gydytojų užimtumo, sprendimo ciklas
- 13 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas dėl šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimo

## LENTELIŲ SĄRAŠAS

- 1 lentelė. Valstybinio audito „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ ataskaitos išvados ir rekomendacijos
- 2 lentelė. Respondentų kodavimas
- 3 lentelė. Ar tikslinga patikslinti ir papildyti šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus?
- 4 lentelė. Šeimos gydytojų apylinių formavimo kriterijai, pagal gydymo įstaigos administraciją
- 5 lentelė. Ar reikalingi pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų?
- 6 lentelė. Šeimos gydytojų poreikio planavimas
- 7 lentelė. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas šeimos gydytojo darbe
- 8 lentelė. Koordinatoriaus pareigybės įvedimas
- 9 lentelė. Teisė bendrosios praktikos slaugytojui skirti ir išrašyti medicinos pagalbos priemonės
- 10 lentelė. Dėl ilgalaikio pacientų sveikatos būklės stebėjimo
- 11 lentelė. Respondentų siūlymai problemai spręsti
- 12 lentelė. Veiklos audito „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ rekomendacijų sąsajų su kitais teisės aktais analizės duomenys

## IVADAS

**Temos aktualumas.** Auditas – būtina, o ne savitikslių, reguliavimo sistemos dalis, kurios esminis tikslas yra iširti nukrypimus nuo nustatytų standartų ar teisėtumo, ekonomiškumo, rezultatyvumo ir efektyvumo principų pažeidimus. Tokiu atveju atsiranda galimybė kuo anksčiau padaryti tikslingus pakeitimus, esant poreikiui, kaltininkus patraukti atsakomybėn, atlyginti nuostolius arba imtis veiksmų, kurie ateityje užkirstų kelią naujiems pažeidimams ar sumažintų jų atsiradimo tikimybę.<sup>1</sup> Kiekvieno veiklos audito tikslas – daryti teigiamą poveikį audituojamo subjekto veiklos pokyčiams. Ši audito rūšis reikšminga tuo, kad jo rezultatai leidžia ne tik atskleisti ir įvardinti audituojamo subjekto veiklos trūkumus, viešojo sektoriaus srities veiklos problemas, bet ir pateikti rekomendacijas, nusakančias esamų problemų sprendimo būdus. Rekomendacijų įgyvendinimas yra vienas pagrindinių veiklos audito siekių. Veiklos audito poveikis, tai laipsnis, kuriuo pasikeitė viešojo sektoriaus, atskiro viešojo sektoriaus subjekto ar bet kurio kito audituojamo subjekto veikla.<sup>2</sup>

Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo lygis ir poveikis audituojamo subjekto veiklai labai priklauso nuo audituojamo subjekto požiūrio į veiklos auditą, į pateiktas rekomendacijas. Vis dar vyrauja atsainus požiūris į veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo poreikį, tačiau remiantis Limos deklaracijos 11 straipsniu<sup>3</sup>, į veiklos audito rekomendacijas būtina atsižvelgti ir imtis korekcinio veiksmų, todėl naudinga iširti veiklos audito rekomendacijų poveikį audituojamo subjekto veiklai.

**Temos iširtumas.** Veiklos auditas išsamiai nagrinėjamas tiek Lietuvos, tiek užsienio šalių mokslininkų. Veiklos audito svarbą ir reikšmę Lietuvoje išsamiausiai nagrinėja D. Daujotaitė, J. Mackevičius, S. Puškorius ir kt., žinomiausi užsienio šalių mokslininkai, tiriantys veiklos auditą yra Ch. Pollitt, H.Summa, M. Funkhouer, C.G. Waring, S.L. Morgan ir kt. Apie veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo svarbą ir reikšmę kalba mažiau mokslininkų, tai V. Lakis, D. Daujotaitė ir kt. Darbas parašytas remianti šių autorių mintimis ir idėjomis. Rašant darbą nebuvo rasta mokslinių tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjamas ar tiriamas veiklos audito rekomendacijų poveikis audituojamo subjekto veiklos reglamentavimui.

**Tikslas.** Iširti Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito rekomendacijų poveikį šeimos gydytojo veiklos reglamentavimo gerinimui Šiaulių regione. Šiam tikslui pasiekti, formuluojami **uždaviniai:**

1. Aptarti veiklos audito teorinius aspektus.
2. Aptarti šeimos gydytojo instituciją.

---

<sup>1</sup> Limos deklaracija. Dėl audito principų gairių, 1997. [interaktyvus], [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą: < <http://www.vkontrolė.lt/page.aspx?id=37> >.

<sup>2</sup> Daujotaitė, D.; Tarakavičiūtė, I.; Puškorius, S. *Veiklos audito teorija ir praktika*. Vilnius: MRU, 2012

<sup>3</sup> Limos deklaracija. Dėl audito principų gairių, *op. cit.*

3. Atlikus Valstybės kontrolės veiklos audito ataskaitos „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ rekomendacijų sąsają analizę su kitais teisės aktais, įvertinti Valstybės kontrolės audito rekomendacijų įgyvendinimo lygį.

4. Atskleisti Šiaulių regiono šeimos gydytojų, pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų ir vietos valdžios požiūrį į audito ataskaitoje pateiktas rekomendacijas ir palyginti su dokumentų analizės duomenimis.

**Tyrimo objektas** – Valstybės kontrolės veiklos audito ataskaitos „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ rekomendacijų poveikis teisėkūrai.

**Tyrimo hipotezė** – Valstybės kontrolės veiklos auditas „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ pagreitino tuos šeimos gydytojo veiklos reglamentavimo pokyčius, kuriems buvo pasiruošta iki veiklos audito.

**Tyrimo problema.** Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimas yra viena pagrindinių veiklos audito siekių, tačiau ne visada yra skiriamas tinkamas dėmesys rekomendacijų įgyvendinimui, tokiu atveju nėra pasiekiamas pagrindinis veiklos audito tikslas.

**Tyrimo metodai.** Tiriant teorinius aspektus, pasirinkti teoriniai metodai: abstrakcijos, analizės, lyginimo, apibendrinimo. Vykdamas tyrimą, pasirinkti šie empiriniai metodai: dokumentų analizė, interviu, duomenų turinio analizė, lyginimas.

**Darbo struktūra.** Mokslinį tiriamąjį darbą sudaro trys skyriai, **dešimt poskyrių**, išvados, pasiūlymai ir priedai. Pirmojoje dalyje aptarti veiklos audito teoriniai aspektai, veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo reikšmė, Valstybės kontrolės, kaip aukščiausios audito institucijos Lietuvoje, svarba. Antra dalis skirta šeimos gydytojo institucijai, jo vietai ir svarbai sveikatos apsaugos sistemoje, šeimos gydytojo institucijos teisiniam reglamentavimui, bei teisinio reglamentavimo sunkumams aptarti. Išanalizavus teorinius veiklos audito bei šeimos gydytojo institucijos aspektus, trečioje dalyje yra suformuoti ir aprašyti tyrimo metodai. Remiantis surinkta teorine medžiaga bei tyrimo metu gautais duomenimis, nagrinėjamas Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui.

## 1. VEIKLOS AUDITO TEORINIAI ASPEKTAI

### 1.1. Veiklos audito sąvokos analizė

Nėra vienos bendros veiklos audito sąvokos. Veiklos auditas teisinėje bei mokslinėje literatūroje yra apibrėžiamas įvairiai. Dažniausiai naudojamas Tarptautinės aukščiausiųjų audito institucijų organizacijos (INTOSAI) audito standartuose pateiktas veiklos audito apibrėžimas – ekonomiškumo, rezultatyvumo bei efektyvumo auditas, apimantis:

- administracines bei valdymo veiklas, remiantis geriausiais administravimo principais ir praktika;

- intelektinių, finansinių ir kitų išteklių naudojimo efektyvumo auditą, įskaitant informacinių sistemų, veiklos efektyvumo matų bei stebėsenos tvarkos ir audituojamos įstaigos procedūrų, taikomų koreguojant nustatytus trūkumus, tikrinimą;

- veiklos rezultatyvumo auditą vertinant, kaip audituojamoji įstaiga įgyvendina savo tikslus lyginant faktinį veiklos poveikį su planuojamu<sup>4</sup>.

Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės įstatyme<sup>5</sup> pateikiamas kiek siauresnis veiklos audito apibrėžimas: „Veiklos auditas – audituojamo subjekto viešojo ir vidaus administravimo veiklos įvertinimas ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo požiūriu“.

Europos Audito Rūmų parengtame Veiklos audito vadove<sup>6</sup> pateikiamas kitas apibrėžimas: „veiklos auditas yra nepriklausomas, objektyvus ir patikimas tikrinimas, ar įmonės, sistemos, operacijos, programos arba organizacijos funkcionuoja pagal ekonomiškumo, efektyvumo ir veiksmingumo principus ir ar yra galimybių pagerinti padėtį“.

Siekiant atskleisti veiklos audito esmę atlikta mokslinėje literatūroje pateiktų veiklos audito sąvokų analizė. Jungtinių Amerikos Valstijų (toliau – JAV) mokslininkas L. Knightonas vienas iš pirmųjų mokslinėje literatūroje pateikė šiuolaikinio veiklos audito sampratą. Mokslininko teigimu „veiklos auditas yra nepriklausomas tikrinimas, atliekamas išorės auditorių, siekiant įvertinti ir pateikti įstatymų leidėjui objektyvią informaciją apie valstybinių institucijų vadovų atsakomybę (pareigą), t. y. ar jie patikimai, rezultatyviai ir efektyviai valdė valstybines programas. Patikimumas parodo, ar programos buvo vykdomos (arba ne) pagal nustatytus tikslus ir įstatymų leidėjo lūkesčius.

---

<sup>4</sup> Performance Audit Guidelines: ISSAI 3000-3010. Standards and guidelines for performance auditing based on INTOSAI's Auditing Standards and practical experience. The International Standards of Supreme Audit Institutions, 2001, p. 11.

<sup>5</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 51 – 1243.

<sup>6</sup> Veiklos audito vadovas, 2015 [interaktyvus]. Europos auditorių rūmai [žiūrėta 2016-02-03]. Prieiga per internetą: <[http://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/PERF\\_AUDIT\\_MANUAL/PERF\\_AUDIT\\_MANUAL\\_LT.PDF](http://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/PERF_AUDIT_MANUAL/PERF_AUDIT_MANUAL_LT.PDF)>.



Rezultatyvumas atskleidžia, ar planuoti programos tikslai buvo pasiekti. Efektyvumas parodė, ar programa buvo įgyvendinta (arba ne) mažiausiomis sąnaudomis, išvengiant nereikalingo švaistymo“<sup>7</sup>.

Ch. Pollitt, H. Summa<sup>8</sup> veiklos auditą apibūdina kaip siekį nustatyti, ar viešojo politika, viešosios programos, projektai ir organizacijos veikia vadovaujantis ekonomiškumo, rezultatyvumo ir efektyvumo principais bei remiasi gero valdymo praktika.

C. Waring, S. Morgan<sup>9</sup> nuomone, veiklos auditas – tai sistemingas, objektyvus vyriausybės programos ar jos veiklos procesų vertinimas, siekiant nustatyti jų ekonomiškumą, efektyvumą ir rezultatyvumą. Pasak autorių, veiklos auditas nėra tik vertinimas. Atlikus veiklos auditą turi būti pateikiamos rekomendacijos dėl audituojamo subjekto veiklos gerinimo. Rekomendacijos pateikiamos vadovams, ministrams ar įstatymų leidėjams, kurie yra atsakingi už tai, kad gavę rekomendacijas, imsis atitinkamų veiksmų veiklos tobulinimui. Veiklos auditas atlieka svarbų vaidmenį, prisidedamas prie atskaitingumo didinimo už viešųjų išteklių panaudojimą.

Lietuvos autoriai taip pat pateikia savo veiklos audito apibrėžimus. Pasak I. Aleliūno, Z. Atkočiūnienės<sup>10</sup> „veiklos auditas – tai audituojamos valstybės institucijos, įstaigos ar įmonės administracinės veiklos siekiant išsikeltų tikslų, taip pat darbo, materialinių, finansinių bei kitų išteklių naudojimo ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo įvertinimas“.

S. Puškorius<sup>11</sup> veiklos auditą apibūdina kaip naują kontrolės formą, kuri apima viešojo sektoriaus institucijų, jos atskirų sistemų ir visos valstybės veiklą. Plačiaja prasme „veiklos auditas yra valstybės, ministerijų departamentų ir kitų viešojo sektoriaus institucijų valdymo ekonomiškumo, efektyvumo, veiksmingumo sisteminė analizė bei pasiūlymų šiems kriterijams gerinti rengimas“.

J. Mackevičius<sup>12</sup> pateikia analogišką sampratą, kur veiklos auditas traktuojamas įvairių įmonės veiklos sričių nagrinėjimu ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo požiūriais. Vertinant įmonės veiklą nustatomas: 1. ekonomiškumas, ar taupiai naudojami ištekliai išlaikant nustatytą produktą ar paslaugų kokybę; 2. efektyvumas, faktinius rezultatus lyginant su patirtais ištekliais; 3. rezultatyvumas – faktinius rezultatus lyginant ir vertinant su planuojamais rodikliais.

Atlikta veiklos audito apibrėžimų apžvalga parodė, kad auditą reglamentuojančiuose dokumentuose bei mokslinėje literatūroje pabrėžiamas vienas ar kitas veiklos audito aspektas, tačiau dėl esminių veiklos audito sąvokos sudedamųjų dalių autorių nuomonės iš esmės sutampa, t. y. veiklos

<sup>7</sup> Mackevičius, J.; Daujotaitė, D. Veiklos auditas: veiklos tikrinimo ir vertinimo instrumentas. *Informacijos mokslai*. 2011, 57: 26 – 38.

<sup>8</sup> Pollitt, Ch.; Summa, H. *Performance Audit and Public Management Reform//Performance or Compliance? Performance Audit and Public Management in five Countries* [interaktyvus]. Oxford, 1999, p. 1 – 10 [žiūrėta 2016-03-01]. Prieiga per internetą: <<https://global.oup.com/academic/product/performance-or-compliance-9780198296003?cc=lt&lang=en&>>.

<sup>9</sup> Waring, C. G.; Morgan, S. L. *Public Sector Performance Auditing in Developing Countries*. - Washington, D.C: The World Bank, 2007, p. 323. [interaktyvus]. [žiūrėta 2016-03-02]. <http://siteresources.worldbank.org/PSGLP/Resources/33Performanceauditing.pdf>

<sup>10</sup> Aleliūnas, I.; Atkočiūnienė, Z. Informacijos auditas kitų audito rūšių kontekste. *Informacijos mokslai*. 2010, 54: 7 – 16 (11 p.).

<sup>11</sup> Puškorius, S. *Veiklos auditas: monografija*. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras, 2004, p. 6.

<sup>12</sup> Mackevičius, J.; Pranckevičiūtė, L. Valstybinio audito sistema ir jos tobulinimas. *Pinigų studijos*, 2007, 1: 45 – 61.

auditas apibrėžiamas kaip audituojamo subjekto veiklos ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo tikrinimas bei vertinimas. Šie trys veiklos audito struktūriniai elementai, dar vadinami 3 E koncepcija, sudaro veiklos audito esmę.

Mokslinėje literatūroje ekonomiškumo sąvoka apibūdinama panašiai ir dėl jos nėra daug diskutuojama. S. Puškorius<sup>13</sup> ekonomiškumą apibrėžia kaip panaudotų išteklių mažinimą, išlaikant siektino rezultato kokybę. Tai kriterijus, leidžiantis pasirinkti pigiausią bei optimaliausią būdą, siekiant rezultato. D. Daujotaitė<sup>14</sup> pritarė tokiam ekonomiškumo vertinimo kriterijaus apibūdinimui, pabrėžia, kad sunku numatyti ir įvertinti, kada lėšos yra eikvojamos ir kada ne, ar lėšų panaudojimo bei kokybės santykis yra optimalus, ar ne, nes tai yra gana subjektyvu. Todėl yra reikalingas išorinis vertinimas. Dar sudėtingiau yra teikti rekomendacijas dėl sunaudojamų išteklių mažinimo, nedarant poveikio teikiamų paslaugų kokybei bei kiekiui.

Dėl efektyvumo sąvokos nėra tokios vieningos nuomonės ir ji literatūros šaltiniuose yra apibrėžiama įvairiai. Veiklos audito vadove efektyvumas apibūdinamas kaip optimaliausias santykis tarp panaudotų išteklių ir gautų rezultatų, kai rezultatai apima išdirbius, rezultatus ir poveikius.<sup>15</sup> Dalia Daujotaitė<sup>16</sup> kalbėdama apie efektyvumą, pabrėžia, jog čia svarbiausia yra tai, kad yra pabrėžiamas kompleksinis išteklių sunaudojimas, tačiau čia ištekliai nėra vien tik išlaidos, kaip yra ekonomiškumo atveju. S. Puškorius<sup>17</sup> efektyvumą apibrėžia kaip santykį tarp norimų veiklos rezultatų bei panaudotų sudėtinių išteklių, indėlių, išlaidų bei kitų resursų tiems rezultatams pasiekti. Apibendrinant pateiktus efektyvumo apibrėžimus, galima daryti išvadą, kad norimas rezultatas yra gretinamas su panaudotomis išlaidomis, tačiau, skirtingai nei ekonomiškumo atveju, siekiama, kad gautinas rezultatas būtų kuo aukštesnės kokybės.

D. Daujotaitė ir A. Mickevičius<sup>18</sup>, apibendrinę rezultatyvumo sąvoką, teigia, kad „rezultatyvumas yra faktinių veiklos rezultatų vertinimas ir lyginimas su planuotais ataskaitinių metų rezultatais ar kitais parametrais“. S. Puškorius<sup>19</sup>, apibendrinamas A. Etzioni, teigia, kad organizacijos veiksmingumą parodo pasiektų tikslų laipsnis. Veiksmingumas arba rezultatyvumas padeda nustatyti arba įvertinti rezultatą ir ar buvo įgyvendinti numatyti tikslai.

Apibendrinant pagrindinių veiklos audito vertinimo kriterijų sąvokas, galima teigti, kad pasirinkus ekonomiškumo kriterijų, bus vertinama, ar ekonomiškai naudojami ištekliai; efektyvumo – ar turimi ištekliai naudojami tikslingai, ar su turimais ištekliais pagaminta kiek įmanoma daugiau

<sup>13</sup> Puškorius, S. 3E koncepcijos plėtra. *Viešoji politika ir administravimas*, 2002, 3: 31 – 38.

<sup>14</sup> Daujotaitė, D. Viešojo sektoriaus veiklos auditas naujojo viešojo administravimo paradigmoje. *Viešoji politika ir administravimas*, 2009, 28: 29 – 39.

<sup>15</sup> Veiklos audito vadovas, 2015 [interaktyvus]. Europos Auditorių Rūmai [žiūrėta 2016-02-03]. Prieiga per internetą: <[http://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/PERF\\_AUDIT\\_MANUAL/PERF\\_AUDIT\\_MANUAL\\_LT.PDF](http://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/PERF_AUDIT_MANUAL/PERF_AUDIT_MANUAL_LT.PDF)>.

<sup>16</sup> Daujotaitė, D., *op. cit.*

<sup>17</sup> Puškorius, S. *op. cit.*

<sup>18</sup> Mackevičius, J.; Daujotaitė, D. Veiklos audito elementai: analizė ir auditas. *Socialinių mokslų studijos*, 2011, 3(2): 459 – 472.

<sup>19</sup> Puškorius, S. *op. cit.*

kokybiškesnių prekių ar suteikta paslaugų; veiksmingumo ar rezultatyvumo atveju stebima, koks yra užsibrėžtų tikslų pasiekimo lygis.

M. Funkhouser<sup>20</sup> išskiria ir ketvirtąjį „E“ (angl. *equity*), tai „socialinis teisingumas“. Kalbant apie socialinį teisingumą, pabrėžiamas prekių ir paslaugų pasiskirstymas tarp gyventojų, šalių ir tautų, pabrėžiamas visuotinis socialinis teisingumas. M. Funkhouser išskiria keturis socialinio teisingumo tipus:

1. paslaugų kainos – mokesčiai bei rinkliavos, kuriuos nustato vyriausybė;
2. paslaugų pateikimas;
3. policijos jėga – kaip vyriausybė panaudoja prievartos galią (areštas, turto areštas, taip pat licencijų, leidimų išdavimas);
4. žodžio laisvė – galimybė laisvai skleisti ir gauti informaciją apie vyriausybę.

Apibendrinant galima teigti, kad veiklos auditą galima apibrėžti kaip specifinę kontrolės funkciją, skirtą organizacijų veiklos, programų ar sistemų funkcionalumui vertinti ekonomiškumo, rezultatyvumo ir efektyvumo kriterijais, stengiantis atskleisti tiriamos veiklos problemas. Ši kontrolės forma pranaši tuo, kad atskleidus veiklos trūkumus, yra pateikiamos rekomendacijos tiems trūkumams šalinti, kartu padeda siekti veiklos tobulumo.

## 1.2. Veiklos audito charakteristikos

### 1.2.1. Veiklos audito tikslai, objektai ir rūšys

Veiklos auditą, nagrinėjant giliau ir plačiau, tikslinga aptarti jo tikslus, objektus bei rūšis. INTOSAI veiklos audito standartuose<sup>21</sup> teigiama, kad yra suformuluotas vienas bendras veiklos audito tikslas, kuris tinka visoms šalims (1 pav.).

<sup>20</sup> Funkhouser, M. Government Performance Auditing in the U.S. and China – Lessons Drawn from Comparative Review. [interaktyvus] *Chinese Public Administration Review*, 2004 [žiūrėta 2016-03-01]. Prieiga per internetą: <[http://spaa.newark.rutgers.edu/sites/default/files/files/CPAR/CPAR-3\\_3-4.pdf](http://spaa.newark.rutgers.edu/sites/default/files/files/CPAR/CPAR-3_3-4.pdf)> .

<sup>21</sup> Veiklos audito įgyvendinimo rekomendacijos. Veiklos audito standartai ir rekomendacijos, pagrįsti INTOSAI audito standartais ir praktine patirtimi. [interaktyvus]. Stokholmas, 2004 [žiūrėta 2016-02-20]. Prieiga per internetą: <[https://www.vkontrole.lt/INTOSAI\\_standartai/TAAIS\\_3000\\_LT.pdf](https://www.vkontrole.lt/INTOSAI_standartai/TAAIS_3000_LT.pdf)>, p. 26.

Veiklos audito tikslas – įvertinti vyriausybės programų, vyriausybės ir visų susijusių įstaigų veiklą, ją patobulinti, pateikti įstatymų leidėjams nepriklausomą:			
vyriausybės veiklos kryptių ar programų ekonomiškumo, rezultatyvumo ir efektyvumo įvertinimą	veiklos vertinimo sistemų tinkamumo bei patikimumo analizę arba vykdomųjų institucijų skelbiamų pareiškimų apie veiklą ar vidinių veiklos vertinimų analizę	vyriausybės veiklos ekonomiškumo, rezultatyvumo ar efektyvumo problemų analizę siekiant šalinti trūkumus	įvertinimą, kokį tyčinį ar netyčinį, tiesioginį ar netiesioginį poveikį turėjo vyriausybės ir įstaigų programos ir kokių laipsniu įgyvendinti suformuluoti tikslai arba kodėl jie neįgyvendinti

1 pav. Veiklos audito tikslai

**Šaltinis:** sudaryta autorės, remiantis INTOSAI veiklos audito standartais, 2004, p. 26.

Kaip matyti iš paveikslo, yra išskiriamas vienas bendras veiklos audito tikslas, tinkantis visoms šalims. Tam tikslui pasiekti yra suformuluoti bendrieji veiklos audito tikslai. Atsižvelgus į veiklos audito pagrindinį bei bendruosius tikslus, galima teigti, kad veiklos audito kriterijai suformuojami remiantis įstatymo leidžiamosios institucijos politiniais sprendimais bei iškeltais tikslais. Veiklos auditas gali atskleisti vyriausybės vienos ar kitos veiklos pasekmes, išskirti trūkumus, atsiradusius dėl netinkamų politinių tikslų. Atliekant veiklos auditą yra nustatomos probleminės sritys, atskleidžiamos priežastys bei pasekmės tiriamai veiklai, o taip pat pateikiamos rekomendacijos probleminės srities gerinimui.

Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės patvirtintuose Valstybinio audito reikalavimuose<sup>22</sup>, yra pateiktas vienas veiklos audito tikslas – „įvertinti audituojamo subjekto viešąjį ir vidaus administravimą ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo požiūriu“. Atsižvelgiant į tai, tikslinga aptarti veiklos audito objektus. INTOSAI standartuose ir jų įgyvendinimo rekomendacijose<sup>23</sup> išskiriami trys veiklos audito objektai: *veikla (veiklos kryptys)*, *programos*, *organizacijos* ir *valdymas*. *Veikla* ar *veiklos kryptis* – tai pastangos pasiekti numatytus tikslus per numatytą laiką su numatytais ištekliais. *Programos*, tai teisinių, finansinių ir kitokių, tarpusavyje susijusių, priemonių rinkinys, norimai vyriausybės ar įstaigos veiklos kryptčiai įgyvendinti. *Organizacijos* ir *valdymas*. *Organizacija*, tai žmonių, struktūrų ir procesų, siekiančių bendrų tikslų visuma. *Valdymą* galima apibūdinti kaip veiksmus, sprendimus, taisykles, skirtus valdyti, apskaityti ir paskirstyti žmonių, finansinius ir materialinius išteklius. Dažniausiai tai organizacijų vidaus veikla.

<sup>22</sup>Valstybinio audito reikalavimai [interaktyvus], Vilnius, 2002 [žiūrėta 2016-03-02]. Prieiga per internetą:<<http://www.vkontrolė.lt/page.aspx?id=32>>.

<sup>23</sup> Veiklos audito įgyvendinimo rekomendacijos. Veiklos audito standartai ir rekomendacijos, pagrįsti INTOSAI audito standartais ir praktine patirtimi. [interaktyvus]. Stokholmas, 2004 [žiūrėta 2016-02-20]. Prieiga per internetą:<[https://www.vkontrolė.lt/INTOSAI\\_standartai/TAAIS\\_3000\\_LT.pdf](https://www.vkontrolė.lt/INTOSAI_standartai/TAAIS_3000_LT.pdf)>, p. 26.

D. Daujotaitės<sup>24</sup> teigimu, veiklos auditas pagal objektą yra skirstomas į tris taikymo sritis: programos auditas, organizacijos auditas, sistemos auditas (2 pav.).

<b>Programos auditas</b>	• Tam tikros programos, finansuojamos valstybės, savivaldybės biudžeto ar kitų valstybės piniginių fondų lėšomis, ekonomiškumo, rezultatyvumo ir efektyvumo vertinimas.
<b>Organizacijos auditas</b>	• Vertinama ar organizacija taupiai, rezultatyviai ir efektyviai naudoja turimus išteklius, kaip vykdo jai pavestas funkcijas. Pateikiamos rekomendacijos veiklos efektyvumui padidinti.
<b>Sistemos auditas</b>	• Kelių subjektų tarpusavyje susijusių savo veikla ir turinčių bendrų tikslų ir užduočių, veiklos ir valdymo vertinimas, veiklos koordinavimo, taupaus, efektyvaus lėšų naudojimo, nustatytų tikslų vykdymo požiūriais.

2 pav. **Veiklos audito taikymo sritys**

**Šaltinis:** sudaryta autorės, remiantis D. Daujotaitė, 2009, p. 33.

Apibendrinant paveiksle išskirtas veiklos audito taikymo sritis, galima teigti, kad veiklos auditas tikrina bei įvertina ne tik organizacijos veiklą ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo kriterijais, bet gali vertinti ir vykdomas programas bei sistemas.

M. Barzelay<sup>25</sup> siūlo kitą veiklos audito klasifikavimą. Mokslininko teigimu, aukščiausiose audito institucijose dažniausiai yra išskiriamos penkios veiklos audito rūšys:

1. Efektyvumo auditas (angl. *efficiency audit*) – atliekamas ieškant galimybių sumažinti biudžeto sąnaudas tiems patiems programos tikslams pasiekti.
2. Programos veiksmingumo auditas (angl. *program effectiveness audit*) – juo vertinama valdymo politikos įtaka programos veiksmingumui.
3. Veiklos valdymo auditas (angl. *performance management capacity audit*), kuriuo siekiama įvertinti galimybes pasiekti bendrus ekonomiškumo, efektyvumo ir veiksmingumo tikslus.
4. Informacijos patvirtinimo auditas (angl. *performance information audit*) – tikrinamas ir vertinamas organizacijų pateikiamos informacijos tikslumas.
5. Geriausios patirties (metodų) apžvalga (angl. *best practice review*). Naudojant šį veiklos audito tipą, nustatomi konkrečiam sektoriui būdingi geriausios patirties standartai, atskleidžiamas susijusių dalyvių veiksmingumo santykis.

Autorius išskiria ir dvi papildomas – neįprastas veiklos audito rūšis: rizikos vertinimą (angl. *risk assessment*), kuomet yra identifikuojami pagrindiniai atskirų programų rizikos veiksniai bei

<sup>24</sup> Daujotaitė, D. Viešojo sektoriaus veiklos auditas naujojo viešojo administravimo paradigmoje. *Viešoji politika ir administravimas*, 2009, 28: 29 – 39. (p. 33).

<sup>25</sup> Barzelay, M. Performance Auditing and the New Public Management: Changing Roles and Strategies of Central Audit Institutions. *Performance Auditing and the Modernisation of Government*. Head of Publication service, OECD, 1996, p. 15 – 57 (p. 22 – 23).

atskleidžiami jų šaltiniai; bendrąją valdymo peržiūrą (angl. *general management review*) kai vertinamos atskiros organizacijos galimybės įgyvendinti jos misiją ir politikos pavestus įgaliojimus<sup>26</sup>.

Pateiktos veiklos audito klasifikacijos nėra vienintelės. Nagrinėjant veiklos auditą per programų auditą, JAV Generalinė audito institucija išskyrė keturias programų analizės klases, kurios taikomos atliekant veiklos auditą:

1. „Atliekant proceso analizę vertinama programos apimtis, lyginama su ketinimais. Rūpinamasi, kad vykdant programų taikomos priemonės atitiktų įstatymų nustatytus ir kontrolės reikalavimus, programos planus ir profesinius standartus arba vartotojų lūkesčius.

2. Vertinant rezultatus, nagrinėjamas klausimas, koku mastu pasiekiamas į rezultatus besiorientuojantis tikslas. Norint įvertinti programos veiksmingumą, skiriamas dėmesys rezultatams. Norint suvokti, kaip šie rezultatai gauti, gali būti vertinamas ir programos įgyvendinimo procesas.

3. Vertinant programos įtaką, analizuojami programos įgyvendinimo rezultatai lyginami su tuo atveju, jeigu ši programa iš viso nebūtų įgyvendinama. Ši vertinimo rūšis taikoma norint pašalinti programos poveikį, siekiant užsibrėžtų tikslų, kai žinoma, kad išoriniai veiksniai daro įtaką programos rezultatams.

4. Atliekant pelno ir kainos bei veiksmingumo ir kainos analizę lyginami programos rezultatai ir lėšos, išleisti tiems rezultatams gauti. Kai šie kriterijai taikomi veikiančioms programoms, jie nusako ir programos analizės rūšį. Veiksmingumo ir kainos analizė padeda įvertinti, kaip įgyvendintas vienintelis tikslas, todėl gali būti panaudota nustatyti pigiausią alternatyvą, siekiant užsibrėžto tikslo. Pelno ir kainos analize siekiama nustatyti visų galimų variantų kainas bei pelną“.<sup>27</sup>

Skirtingų klasifikacijų gausa įrodo, kad veiklos auditas yra sudėtingas procesas. Veiklos audito klasifikacijos yra gana skirtingos, tačiau jos visos atskleidžia tam tikrus veiklos audito bruožus. Pakankamai plati veiklos audito klasifikacija patvirtina veiklos audito vertinimų, analizės dydį ir mastą.

### 1.2.2. Veiklos audito procesas

Iki šiol veiklos audito funkcija yra prilyginama tikrinimui, tačiau būtina pabrėžti, kad viešojo administravimo reformos įtakojo tikrinimo bei vertinimo proceso pokyčius.

<sup>26</sup> Barzelay, M. Performance Auditing and the New Public Management: Changing Roles and Strategies of Central Audit Institutions. *Performance Auditing and the Modernisation of Government*. Head of Publication service, OECD, 1996, p. 15 – 57 (p. 25 – 26).

<sup>27</sup> Puškorius, S. Veiklos audito lyginamoji analizė: teorijų apžvalga. *Viešoji politika ir administravimas*, 2003, 4: 42 – 53 (p. 51).

Moksliniuose darbuose, tiriančiuose veiklos audita, aptariami įvairūs šio proceso elementai, pateikiama skirtinga tikrinimo ir vertinimo darbų seka. J. Mackevičius ir D. Daujotaitė<sup>28</sup> siūlo veiklos audito schemą, susidedančią iš tikrinimo, vertinimo ir audito ataskaitos rengimo.

*Tikrinimas* – tai dažniausiai naudojama audito procedūra, jos metu tikrinami įrašai, dokumentai, materialusis turtas, kontrolės procedūros. Ši procedūra leidžia surinkti audito įrodymus, kurie reikalingi norint pagrįsti teiginius. Galimi du tikrinimo būdai – dokumentinis ir natūrinis. Tikrinant dokumentus, vertinama: dokumentų forma, dokumentų išrašymo būdas, dokumentų juridinė galia, ūkinių operacijų ir ūkinių įvykių nurodymo apskaitos dokumentuose tikslumas ir teisingumas, atliekami aritmetiniai skaičiavimai, vertinama, kaip ištaisytos klaidos. Atliekant natūrinį tikrinimą, skaičiuojami pinigai, specialieji nepanaudoti dokumentų blankai, materialusis ir nematerialusis turtas. Šie du tikrinimo būdai suteikia skirtingo patikimumo audito įrodymams, todėl tikrinti reikia labai atsakingai.<sup>29</sup>

*Vertinimas* bei vertinimo kriterijai reikalingi nustatytiems faktams bei surinktiems duomenims palyginti ir rezultatams vertinti. Duomenys parodo esamą situaciją, o auditoriaus tikslas yra įvertinti, ar ta esama situacija yra gera. Šį etapą galima išskirti į keturis smulkesnius etapus:

1. Faktinės padėties vertinimas. Esamos padėties vertinimas lyginant su nusistatytais audito vertinimo kriterijais.
2. Nuokrypių nuo vertinimo kriterijų atskleidimas. Žiūrima, ar esama padėtis yra smarkiai nutolusi nuo nustatytų vertinimo kriterijų.
3. Padarinių išaiškinimas. Lyginant esamus duomenis su vertinimo kriterijais, formuojami audito įrodymai. Vertinimo kriterijų įvykdymas įrodo, kad audituojamo subjekto veikla vykdoma gerai, o jei yra atvirkščiai, vadinasi, veiklą reikia tobulinti.
4. Priežasčių identifikavimas. Vertinant priežastis, dėmesys telkiamas į specifinę kontrolę. Nagrinėjamos potencialios priežastys, lemiančios veiklos problemas. Vertinamos ir pastangos bei veiksmai, nukreipti į procesų gerinimą<sup>30</sup>.

*Audito ataskaitos rengimas.* Tai dokumentas, kuris atskleidžia esamas problemas ir tobulinamas sritis. Nėra nustatytos tipinės veiklos audito ataskaitos formos, tačiau yra esminiai dalykai, kurie turėtų būti ataskaitoje, tai audito atlikimo tvarka, nuoseklumas, tikslai bei procedūros, audituotos veiklos sritys, veiklos audito rezultatai, rasti pažeidimai ir netikslumai, pateikiamos išvados bei rekomendacijos. Apibendrinant galima teigti, kad veiklos audito ataskaitoje atsispindi visi auditoriaus darbai, atlikti audito metu<sup>31</sup>.

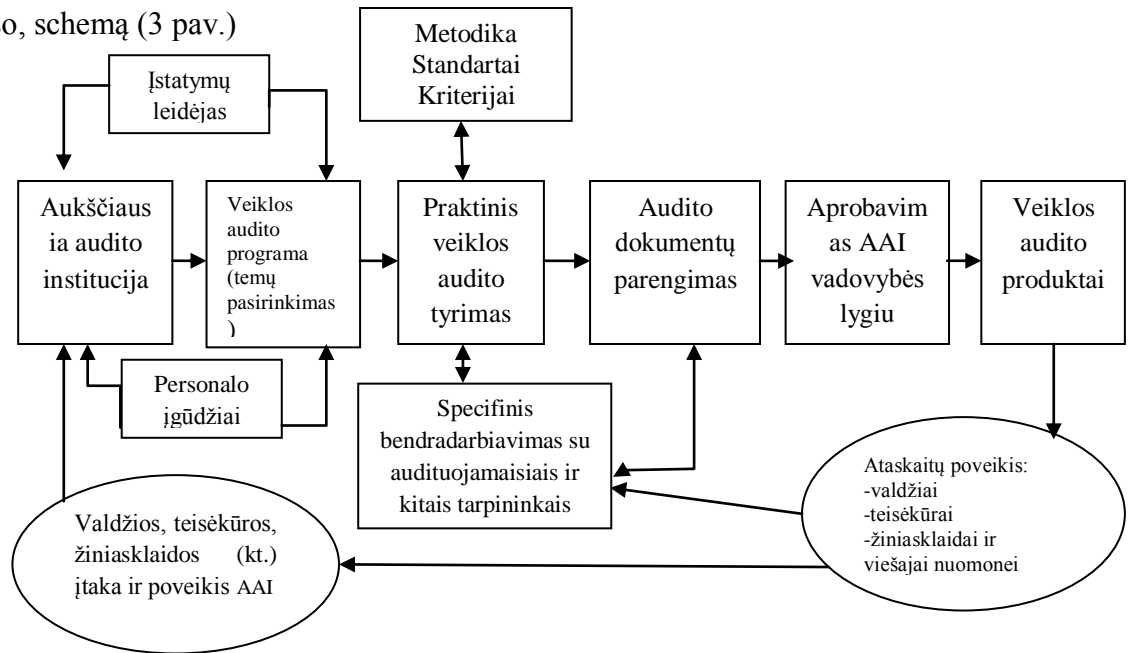
<sup>28</sup> Mackevičius, J.; Daujotaitė, D. Veiklos auditas: veiklos tikrinimo ir vertinimo instrumentas. *Informacijos mokslai*. 2011, 57: 26 – 38 (p. 33).

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 34 – 35

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 35 – 36.

D. Daujotaitė<sup>32</sup>, kalbėdama apie politinius veiklos audito aspektus, pateikia kitą veiklos audito, kaip proceso, schemą (3 pav.)



3 pav. Veiklos audito procesas

Šaltinis: Daujotaitė, D.; Tarakavičiūtė, I.; Puškorius, 2012, p. 61

Apibendrinant paveiklo duomenis, galima teigti, kad įstatymų leidžiamosios valdžios programos bei politiniai procesai yra atskaitos taškas, kuriuo remiantis yra formuojami veiklos audito kriterijai. Veiklos audito ataskaitoje, remiantis surinktais duomenimis ir grindžiantis faktais, galima ir yra pareiškama kritika dėl politinių procesų, tikslų ar sprendimų. Tai yra daroma ne ginčijant politinius tikslus, bet atskleidžiant jų veiklos pasekmes.<sup>33</sup>

Veiklos audito proceso schema atskleidžia, kad veiklos audito procesui įtakos turi išorinė aplinka, tai įstatymų leidžiamoji valdžia, žiniasklaida ir kita. Bet yra ir atvirkštinis ryšys – veiklos auditas, jo ataskaitos daro įtaka politiniams procesams, teisėkūrai, formuoja žiniasklaidos bei visuomenės nuomonę apie politinius procesus, programas, jų vykdymą bei poveikį.

Kalbant apie veiklos audito procesą, reikėtų aptarti ir vertinimo kriterijus. INTOSAI audito standartuose<sup>34</sup> teigiama, kad vertinimo kriterijai iš esmės atspindi audituojamos veiklos tikslus, todėl kai tie tikslai būna aiškūs, tikslūs bei aktualūs, tuomet nesunku būna suformuluoti ir vertinimo kriterijus. Tačiau dažnai tikslai būna neaiškūs ir netgi prieštaraujantys vienas kitam, tuomet auditoriui tenka rekonstruoti kriterijus. Tai galima padaryti dviem būdais. Pirma, auditorius gali paprašyti atitinkamos srities ekspertų atsakyti į klausimą: „kokie turėtų būti idealūs rezultatai esant tobuloms sąlygoms remiantis racionalaus mąstymo principais ar geriausiai žinoma lygintina praktika?“. Antra,

<sup>32</sup> Daujotaitė, D.; Tarakavičiūtė, I.; Puškorius, S. *Veiklos audito teorija ir praktika*. Vilnius: MRU, 2012, p. 59 – 61.

<sup>33</sup> *Ibid.*

<sup>34</sup> Veiklos audito įgyvendinimo rekomendacijos. Veiklos audito standartai ir rekomendacijos, pagrįsti INTOSAI audito standartais ir praktine patirtimi. [interaktyvus]. Stokholmas, 2004 [žiūrėta 2016-02-20]. Prieiga per internetą: <[https://www.vkontrole.lt/INTOSAI\\_standartai/TAAIS\\_3000\\_LT.pdf](https://www.vkontrole.lt/INTOSAI_standartai/TAAIS_3000_LT.pdf)> p. 40.



galima diskutuoti su suinteresuotomis organizacijomis ir sprendimus priimančiais asmenimis. Audituojamo subjekto pateikiami faktai ir argumentai dėl vieno ar kito vertinimo kriterijaus turi būti apgalvoti ir palyginti su susijusiais faktais ir argumentais iš kitų šaltinių.

Apibendrinant galima teigti, kad vertinimo kriterijai parodo, koks būtų idealus audituojamo subjekto veiklos modelis. Tinkamus vertinimo kriterijus yra sunku parinkti, tačiau juos atrinkus ir palyginus su realia audituojamo subjekto esama situacija, gaunami audito rezultatai, o atsižvelgus į šiuos rezultatus, pateikiamos rekomendacijos esamai padėčiai tobulinti.

Veiklos auditas susideda iš tikrinimo, vertinimo ir ataskaitos pateikimo. Auditas išryškina tiriamos veiklos problemas. Veiklos audito procesas yra gana sudėtingas, kuris apima daug auditorių atliekamų veiksmų. Tinkamai pasirinkus vertinimo kriterijus, atliktas auditas pasiekia tikslą – pateikiamos rekomendacijos veiklos efektyvumui, ekonomiškumui, veiksmingumui gerinti.

### 1.3. Veiklos audito rekomendacijų reikšmė

Ankstesniame poskyryje aptartas veiklos audito procesas susidedantis iš tikrinimo vertinimo ir audito ataskaitos rengimo. Ataskaitoje, kaip jau buvo aptarta, nėra nustatytos tipinės veiklos audito ataskaitos formos. INTOSAI audito standartuose<sup>35</sup> teigiama, kad yra esminiai dalykai, kurie turėtų atsispindėti ataskaitoje. Tai yra audito tikslai, apimtis, metodika ir šaltiniai, audito metu nustatyti faktai, išvados ir rekomendacijos.

Veiklos ataskaitoje pateiktos išvados ir rekomendacijos yra labai svarbi audito dalis, kuria nurodoma audituojamam subjektui, kaip pašalinti nustatytus trūkumus ir taip tobulinti audituojamo subjekto veiklą<sup>36</sup>. Žiūrint plačiąja prasme, žodis „rekomendacija“ apibrėžiamas kaip patarimas, pasiūlymas<sup>37</sup>.

Jungtinių Valstijų apskaitos tarnyba audito rekomendacijas įvardina kaip siūlymus, kurie padės siekti gerų, naudingų rezultatų. Veiklos auditoriai, pateikdami rekomendacijas/pasiūlymus, ne nukreipia į tai, kas turėtų būti daroma, tačiau siekia įtikinti, parodyti, kad tam tikri veiksmai turi būti atliekami<sup>38</sup>.

<sup>35</sup> Veiklos audito įgyvendinimo rekomendacijos. Veiklos audito standartai ir rekomendacijos, pagrįsti INTOSAI audito standartais ir praktine patirtimi. [interaktyvus]. Stokholmas, 2004 [žiūrėta 2016-02-20]. Prieiga per internetą:< [https://www.vkontrole.lt/INTOSAI\\_standartai/TAAIS\\_3000\\_LT.pdf](https://www.vkontrole.lt/INTOSAI_standartai/TAAIS_3000_LT.pdf)> p. 40.

<sup>36</sup> Daujotaitė, D.; Tarakavičiūtė, I.; Puškorius, S. *Veiklos audito teorija ir praktika*. Vilnius: MRU, 2012, p. 291; Lakis, V.; Nemanytė, J. Rekomendacijų reikšmė užtikrinant veiklos audito rezultatų viešajame sektoriuje. *Informacijos mokslai*. 2014, 67: 63 – 75 (p. 68).

<sup>37</sup> Dabartinės lietuvių kalbos žodynas. [interaktyvus], [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą:< <http://dz.lki.lt/word/rekomendacija/>>.

<sup>38</sup> *How to Get Action on Audit Recommendation* [interaktyvus]. United States: United States Government Accountability Office, 1991 [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą:< <http://www.gao.gov/special.pubs/p0921.pdf> > p. 51.

McCrae and Vadan bei Pendlebury ir Shriem<sup>39</sup> rekomendacijas įvardina, kaip veiksmus, kurie pagerintų audituojamo subjekto valdymo ir veiklos rezultatus.

V. Lakio ir J. Nemanytės<sup>40</sup> teigimu, audito rekomendacijomis siekiama paveikti audituojamą subjektą taip, kad būtų imtasi veiksmų, tobulinančių jo veiklą. D. Daujotaitė ir kt.<sup>41</sup> pritardami šiai nuomonei teigia, kad veiklos audito rekomendacijos neturi teisiškai galiojančio ir privalomo vykdyti sprendimo pobūdžio, todėl galima daryti išvadas, kad veiklos audito rekomendacijos yra tik patarimo pobūdžio ir jų įgyvendinimas nėra privalomas, kad audituojamas subjektas gali rinktis, vykdyti audito rekomendacijas, ar ne, o rekomendacijų nevykdymas nesukelia jokių teisinių pasekmių.

Tai nėra visiškai teisinga nuomonė ir ją galima ginčyti atsižvelgiant į Limos deklaracijos<sup>42</sup> 11 straipsnį, kuriame rašoma, kad Aukščiausios audito institucijos veiklos audito rekomendacijų negalima pateikti kaip teisiškai galiojančio bei privalomo įgyvendinti sprendimo, tai Aukščiausiai audito institucijai suteikiama teisė kreiptis į kompetentingas institucijas, reikalaujant pašalinti pažeidimus. Deklaracijoje taip pat rašoma, kad audituojamas subjektas pateikia savo nuomonę apie rekomendacijas, per nurodytą laikotarpį, ir nurodo priemones, kurių buvo imtasi įgyvendinant rekomendacijas. Vadinasi, veiklos audito rekomendacijos nėra tik patarimo pobūdžio ir į jas audituojamas subjektas turi atsižvelgti ir vienaip ar kitaip jas įgyvendinti.

Šį teiginį patvirtina ir Meksiko nepriklausomumo deklaracijos 7 principas<sup>43</sup>, kuriame teigiama, kad Aukščiausia audito institucija turi vidaus rekomendacijų sistemą, užtikrinančią, kad audituojamas subjektas tinkamai reaguos į auditorių, įstatymų leidėjų, vienos jų komisijos arba audituojamų subjektų valdymo organų pastebėjimus bei rekomendacijas.

D. Daujotaitė ir kiti<sup>44</sup> sako, kad rekomendacijos yra teikiamos tik tada, kai audito metu yra nustatytos priemonės aprašytiems trūkumams koreguoti. Rekomendacijos turi būti tiesiogiai susijusios su atitinkama išvada ir turi būti aišku, kuri organizacija yra atsakinga už jų įgyvendinimą. INTOSAI audito standartai<sup>45</sup> paantrina šį teiginį. Čia rašoma, kad rekomendacijos pagrindas – tai nustatyto fakto priežastis. Priežastis negali priklausyti nuo audituojamo subjekto valios, jei taip yra, tai rekomendacija turi būti skirta išorės subjektams.

<sup>39</sup> Nirmala, N.; Van Peurse, K. et. al. Public Sector Performance Auditing: Emergence, Purpose and Meaning. *Working Paper Series*. The University of WAIKATO, 2005, No. 81, p. 6.

<sup>40</sup> Lakis, V.; Nemanytė, J. Rekomendacijų reikšmė užtikrinant veiklos audito rezultatyvumą viešajame sektoriuje. *Informacijos mokslai*. 2014, 67: 63 – 75 (p. 68).

<sup>41</sup> Daujotaitė, D. Tarakevičiūtė, I.; Puškorius, S. *Veiklos audito teorija ir praktika*. Vilnius: MRU, 2012, p. 298.

<sup>42</sup> Limos deklaracija. Dėl audito principų gairių, 1997. [interaktyvus], [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą: <<http://www.vkontrole.lt/page.aspx?id=37>>.

<sup>43</sup> Meksiko nepriklausomumo deklaracija [interaktyvus]. Meksikas, 2007 [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą: <[http://www.vkontrole.lt/dokumentai/ivairus/Meksiko\\_deklaracija.pdf](http://www.vkontrole.lt/dokumentai/ivairus/Meksiko_deklaracija.pdf)>.

<sup>44</sup> Daujotaitė, D.; Tarakevičiūtė, I.; Puškorius, S., *op. cit.*, p. 292.

<sup>45</sup> Veiklos audito įgyvendinimo rekomendacijos. Veiklos audito standartai ir rekomendacijos, pagrįsti INTOSAI audito standartais ir praktine patirtimi. [interaktyvus]. Stokholmas, 2004 [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą: <[https://www.vkontrole.lt/INTOSAI\\_standartai/TAAIS\\_3000\\_LT.pdf](https://www.vkontrole.lt/INTOSAI_standartai/TAAIS_3000_LT.pdf)>.

Apibendrinant pateiktus teiginius, galima daryti išvadą, kad vis tik audituojamas subjektas neturi laisvo pasirinkimo dėl rekomendacijų įgyvendinimo ir jis turi į jas reaguoti, nes rekomendacijos teikiamos tik tada, kai audito metu randami trūkumai.

Rekomendacijos yra labai svarbi veiklos audito ataskaitos dalis. Jose atsispindi pagrindinis veiklos audito principas – patarti, kaip audituojamam subjektui ekonomiškiau, efektyviau ir veiksmingiau vykdyti savo veiklą. Geros rekomendacijos tampa veiksmy, užtikrinančių finansų taupymą bei gerinančių audituojamo subjekto veiklos efektyvumą, pagrindu. Rekomendacijų įgyvendinimo sėkmė priklauso nuo jų logiškumo, pagrįstumo ir racionalumo. Jose turi būti nurodytos pagrindinės bet kokių reikiamų pakeitimų sudedamosios dalys<sup>46</sup>.

V. Lakis ir J. Nemanytė<sup>47</sup> argumentuoja, kad kaip ir pats veiklos auditas yra sudėtingas, nestandartizuotas bei reikalaujantis iš auditorių didelio žinių bagažo, audituojamo subjekto vertinimo ekonomiškumo, efektyvumo ir veiksmingumo kriterijais, procesas, taip ir šio audito teikiamos rekomendacijos gali būti įvairaus sudėtingumo. Autorius rekomendacijas skirsto į tris grupes:

1. Rekomendacijos, kuriomis nurodomi sprendimo veiksmai. Šios rekomendacijos yra lengvai įgyvendinamos, auditorius jų neįtraukia į audito ataskaitą, nes jas gali žodžiu pateikti audito metu ir nurodyti problemų sprendimo būdus. Tik tuo atveju, jei audituojamas subjektas nesiima veiksmy, problemoms spręsti, rekomendacijos yra įtraukiamos į audito ataskaitą.

2. Abstrakčios rekomendacijos. Tokiose rekomendacijose pateikiama problemos priežastis, tačiau problemos sprendimo būdas nėra visiškai aiškus ir reikalauja nestandartinių sprendimų. Tokiu atveju pats audituojamas subjektas turėtų stengtis surasti priimtinausią sprendimo būdą.

3. Rekomendacijos, kuriose atskleidžiamos probleminės sritys ir galimos audituojamo subjekto veiklos sritys.

Kanados Aukščiausios audito tarybos išleistame Veiklos audito vadove<sup>48</sup> rašoma, kad veiklos audito rekomendacijos turi būti nukreiptos į tas sritis, kurioms labiausiai reikia pokyčių ir joms gresia rizika, jei į rekomendacijas nebus atsižvelgta ir trūkumai nebus pašalinti. Pagal Vadovą, veiklos audito rekomendacijos turėtų būti: apgalvotos audito metu, skirtos toms institucijoms, kurios turi įgaliojimus ir yra pajėgios pašalinti trūkumus; apimtų tas sritis, kuriose yra didžiausi trūkumai; pagrįstos audito metu surinktais įrodymais bei išplauktų iš audito išvadų; aiškios, tikslios, praktiškos, kad audituojamas subjektas galėtų atlikti koreguojamus veiksmus per numatytą terminą bei gana konkrečios, kad būtų galima stebėti pažangą; orientuotos į rezultatą.

<sup>46</sup> Daujotaitė, D.; Tarakavičiūtė, I.; Puškorius, S. *Veiklos audito teorija ir praktika*. Vilnius: MRU, 2012, p. 292.

<sup>47</sup> Lakis, V.; Nemanytė, J. Rekomendacijų reikšmė užtikrinant veiklos audito rezultatyvumą viešajame sektoriuje. *Informacijos mokslai*. 2014, 67: 63 – 75 (p. 69 - 70).

<sup>48</sup> *Performance Audit Manual* [interaktyvus]. Canada: Office of the Auditor General of Canada, 2004 [žiūrėta 2016-01-26]. Prieiga per internetą: < <http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/methodology/performance-audit/manual/8020.shtm> >.

Galima daryti išvadą, kad auditoriai turi labai atsargiai formuluoti rekomendacijas, kad jos būtų logiškos, aiškios ir turėtų atsižvelgti į tai, ar jos gali būti įvykdomos. Auditoriai turėtų nurodyti koreguotinas bei problemines sritis, palikdami laisvę audituojamam subjektui nuspręsti, kaip tą problemą spręsti.

### 1.3.1. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimas

Rekomendacijų įgyvendinimas – vienas svarbiausių veiklos audito siekių. Stebint rekomendacijų įgyvendinimą, nustatomas ir dokumentuojamas audito poveikis bei pažanga įgyvendinant audito rekomendacijas. Tai svarbu, norint užtikrinti grįžtamąjį Aukščiausios audito institucijos ir įstatymų leidžiamosios institucijos ryšį<sup>49</sup>.

V. Lakio ir J. Nemanytės<sup>50</sup> teigimu, labiausiai paplitęs rodiklis, kuriuo matuojamas audito rezultatyvumas – rekomendacijų įgyvendinimo lygis.

Tam, kad būtų pasiektas pagrindinis audito tikslas, tobulinti audituojamo subjekto veiklą, turi būti nustatytos reikšmingos problemos bei siūlymai toms problemoms spręsti, o rekomendacijų įgyvendinimo metu, turi būti šalinami trūkumai<sup>51</sup>.

Pasak B. Pitrenaitės<sup>52</sup>, veiklos auditas yra tęstinis procesas, vadinasi neužtenka to, kad auditoriai įvertintų audituojamo subjekto veiklą ir pateiktų rekomendacijas veiklai tobulinti. Pats audituojamas subjektas turi stengtis dėl veiklos tobulinimo. Auditas tik nurodo kryptis, kaip tai padaryti. Tai skatina tiek auditorius, tiek audituojamą subjektą neužbaigti veiklos audito proceso išleidus ataskaitą, o vykdyti veiksmus dėl rekomendacijų, kad būtų galima stebėti ir įvertinti taikytinas priemones. Faktas apie tolesnių veiksmų, po ataskaitos pateikimo, vykdymą gali skatinti audituojamą subjektą veiksmingai įgyvendinti rekomendacijas<sup>53</sup>.

Kiekvieno veiklos audito tikslas yra daryti teigiamą poveikį audituojamo subjekto veiklai. D. Daujotaitė ir kiti<sup>54</sup> sako, kad veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo stebėseną gali padėti:

- „didinti audito ataskaitų efektyvumą – pagrindinė tolesnių veiksmų, paskelbus audito ataskaitas, priežastis yra padidinti rekomendacijų įgyvendinimo tikimybę;

<sup>49</sup> Daujotaitė, D.; Tarakavičiūtė, I.; Puškorius, S. *Veiklos audito teorija ir praktika*. Vilnius: MRU, 2012, p. 297.

<sup>50</sup> Lakis, V.; Nemanytė, J. Rekomendacijų reikšmė užtikrinant veiklos audito rezultatyvumą viešajame sektoriuje. *Informacijos mokslai*. 2014, 67: 63 – 75 (p. 71).

<sup>51</sup> Pitrenaitė, B. Kariuomenės veiklos audito specifika. *Viešojo politika ir administravimas*. 2005, Nr. 14: 62 – 72 (p. 71).

<sup>52</sup> *Ibid.*, p. 70.

<sup>53</sup> Daujotaitė, D.; Tarakavičiūtė, I.; Puškorius, S., *op. cit.*, p. 298.

<sup>54</sup> *Ibid.*

- teisės aktų leidybos ir biudžeto valdymo institucijoms – tolesnių veiksmų taikymas dėl rekomendacijų įgyvendinimo gali būti naudingas nurodant, kokių veiksmų šios institucijos turi imtis;
- įvertinti auditą atlikusios institucijos veiklos rezultatus – tolesni veiksmai sudaro veiklos rezultatų įvertinimo pagrindą;
- sudaryti galimybes skatinti mokytis ir tobulėti – tolesni veiksmai gali prisidėti kaupiant žinias ir gerinant naudojamą praktiką.“

B. Pitrenaitės<sup>55</sup> nuomone, veiklos audito poveikis priklauso ne tik nuo gerai atlikto audito bei aiškių ir tikslių rekomendacijų, bet ir nuo audituojamo subjekto požiūrio į auditą. Jei subjektas į auditą žiūri kaip į reviziją, kurios tikslas yra rasti pažeidimus ir nubausti kaltininkus, tai rekomendacijos bus įgyvendinamos tik formaliai tam, kad to reikalauja audito procedūra.

V. Lakis ir J. Nemanytė<sup>56</sup> išskiria priežastis, trukdančias tinkamai įgyvendinti rekomendacijas, ar visai jų neįgyvendinti. Tai yra sunkiai įgyvendinamos rekomendacijos, kai reikia keisti Lietuvos Respublikos ar Europos Sąjungos teisės aktus.

Tam, kad būtų įvertintas veiklos audito poveikis audituojamam subjektui, reikia vykdyti rekomendacijų įgyvendinimo stebėseną. Europos Auditorių Rūmų Veiklos audito vadove<sup>57</sup> išskiriamos dvi šios kontrolės paskirtys. Pirma, ji paskatina audituojamus subjektus reaguoti į audito metu nustatytus trūkumus. Antra, skatina efektyviai įgyvendinti ataskaitoje pateiktas rekomendacijas.

D. Daujotaitė ir kiti<sup>58</sup> išskiria tris veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo stebėsenos etapus:

1. Rekomendacijų įgyvendinimo aptarimas. Šiame etape yra aptariami veiksmai, kurių planuoja imtis audituojamas subjektas, tuo pačiu, taip yra skatinama kuo greičiau imtis konkrečių veiksmų. Tai atliekama dar prieš pateikiant ataskaitą. Rekomendacijos gali būti aptariamoms žodžiu arba oficialiu raštu. Po to yra sprendžiama, kaip toliau bus vykdoma rekomendacijų stebėseną.

2. Rekomendacijų įgyvendinimo poveikio vertinimas. Šis etapas parodo audito institucijos poveikį viešojo administravimo ekonomiškumui, efektyvumui ir rezultatyvumui. Poveikis gali būti tiek teigiamas, tiek neigiamas. Stebėseną galima atlikti įvairiai, stebint žiniasklaidą ir jos reakciją, galima rengti vidaus bei išorės konferencijas, atlikti vidaus audito peržiūras bei vertinimus ir kita.

3. Rekomendacijų įgyvendinimo auditas. Šis etapas dažniausiai yra inicijuojamas tada, kai rekomendacijų įgyvendinimo stebėseną parodo, jog rekomendacijos sunkiai įgyvendinamos arba visai neįgyvendinamos, o auditoriai yra tikri dėl jų naudingumo audituojamam subjektui. Šiuo tyrimu

<sup>55</sup> Pitrenaitė, B. Kariuomenės veiklos audito specifika. *Viešoji politika ir administravimas*. 2005, Nr. 14: 62 – 72 (p.71).

<sup>56</sup> Lakis, V.; Nemanytė, J. Rekomendacijų reikšmė užtikrinant veiklos audito rezultatyvumą viešajame sektoriuje. *Informacijos mokslai*. 2014, 67: 63 – 75 (p. 72).

<sup>57</sup> Veiklos audito vadovas, 2015 [interaktyvus]. Europos Auditorių Rūmai [žiūrėta 2016-02-03]. Prieiga per internetą: <[http://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/PERF\\_AUDIT\\_MANUAL/PERF\\_AUDIT\\_MANUAL\\_LT.PDF](http://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/PERF_AUDIT_MANUAL/PERF_AUDIT_MANUAL_LT.PDF)>, p. 88.

<sup>58</sup> Daujotaitė, D.; Tarakavičiūtė, I.; Puškorius, S. *Veiklos audito teorija ir praktika*. Vilnius: MRU, 2012, p. 302.

siekiama nustatyti, kokių veiksmų buvo imtasi ir kokios rekomendacijos buvo įgyvendintos, ar jų užtenka ir ar jos tinkamos trūkumams ištaisyti.

Apibendrinant daroma išvada, kad rekomendacijų įgyvendinimo stebėseną, kaip ir pačios veiklos audito rekomendacijos, yra svarbus ir reikšmingas procesas. Jis paskatina audituojamus subjektus aktyviau vykdyti rekomendacijų įgyvendinimą, taip yra prisidedama prie veiklos audito poveikio didinimo, audituojamojo veiklos gerinimo bei trūkumų šalinimo.

#### 1.4. Valstybės kontrolė – Aukščiausioji audito institucija Lietuvoje

Valstybiniu lygmeniu auditus atlieka Aukščiausiosios audito institucijos. Lietuvoje šios funkcijos pavestos Valstybės kontrolei.

Lietuvos valstybės aukščiausioji audito institucija – Valstybės kontrolė – buvo įsteigta dar 1919 m. sausio 26 d. Tų pačių metų vasario 20 d. Valstybės Tarnyba priėmė „Įstatymą Lietuvos Respublikos valstybės kontrolei tvarkyti“. Įstatyme valstybės kontrolė apibūdinama kaip institucija, kuri „daboja, kad būtų teisėtai ir teisingai dirbamas sprendžiamasis ir vykdomasis darbas pajamų, išlaidų ir valstybės finansų ir kitokio valstybės turto saugojimo srityje“. <sup>59</sup> akivaizdu, kad visos tuometinės Valstybės kontrolės dėmesys buvo skiriamas valstybės finansams, jų valdymui bei kontrolei. Pagal įstatymą, kontroliuojamos buvo „visos valstybės ir savivaldybės įstaigos, įstaigos, gavusios pašalpas iš valstybės, ir bendrovės, kurios naudojosi valstybės kreditu ir garantijomis“. <sup>60</sup>

Nuo šio pirminio įstatymo, įtvirtinusio Valstybės kontrolės instituciją Lietuvoje, ši institucija iki šių dienų nuėjo gana ilgą, įdomų bei pakankamai sudėtingą raidos kelią, kuriame periodiškai kito jos teisinė padėtis. Teisiam Valstybės kontrolės statusui tobulinti buvo skirti penki įstatymai, su kuriais kito Valstybės kontrolės statusas, organizacinė struktūra, veikla bei veiklos metodai<sup>61</sup>. Įstatymai keitė ne tik teisinį institucijos statusą, bet ir pavadinimus. 1990 m. įstatymu „Dėl Lietuvos Respublikos Aukščiausiajai Tarybai atskaitingų valstybės organų įsteigimo“ buvo įkurtas Valstybės kontrolės departamentas. 1992 m. Konstitucija grąžino pirminį Valstybės kontrolės pavadinimą.<sup>62</sup>

Verta paminėti kelias datas, svarbias Valstybės kontrolės raidos etapuose. Viena jų – 1992 m. spalio 18 d. tuomet dar valstybės kontrolės departamentas priimtas teisėtu Tarptautinės aukščiausiųjų audito institucijų organizacijos INTOSAI nariu. 1993 m. birželio mėnesį tapo ir Europos aukščiausiųjų

<sup>59</sup> Birmontienė, T. et. al. *Lietuvos konstitucinė teisė* [interaktyvus]. Vilnius: MRU, 2012 [žiūrėta 2016-03-21]. Prieiga per internetą: < <http://ebooks.mruni.eu/pdfreader/lietuvos-konstitucin-teis>>, p. 880.

<sup>60</sup> *Ibid.*, p. 881.

<sup>61</sup> Budraitytė, R. Valstybinis auditas. Pažangos keliu. *Valstybės kontrolės 90 – ujų metinių minėjimo tarptautinė konferencija „Valstybinis auditas – pagalba valstybei išmintingai valdyti turtą“ 2009 sausio 29 d.* [interaktyvus] [žiūrėta 2016-03-21]. Prieiga per internetą: < <http://www.vkontrole.lt/dokumentai/VK90/Budbergyte.pdf>>.

<sup>62</sup> Katkus, A. *Valstybės kontrolė: teisinės padėties ypatumai*. Vilnius: Justitia, 2004, p. 45.

audito institucijų organizacijos EUROSAI nare. Tapusi Tarptautinės aukščiausiųjų audito institucijų organizacijos nare, Valstybės kontrolė turėjo lygiuotis į tarptautinius šios organizacijos standartus. Dėl šio svarbaus pripažinimo reikėjo sureguliuoti Valstybės kontrolės teisinį statusą taip, kad jis atitiktų visuotinai pripažintas ir Vakarų Europai taikomas rekomendacijas.<sup>63</sup>

Vienas tokių svarbių visuotinai pripažintų dokumentų yra 1977 m. priimta Limos deklaracija „Dėl viešųjų finansų kontrolės svarbiausiųjų direktyvų“. Deklaracijoje yra įtvirtintas būtinumas nacionalinėse šalių konstitucijose reglamentuoti aukščiausiųjų audito institucijų teisinio statuso konstitucinius pagrindus.<sup>64</sup> Konstitucinis Valstybės kontrolės statusas Lietuvoje įteisintas 1992 m. spalio 25 d. priėmus Lietuvos Respublikos Konstituciją. Svarbiausio ir pagrindinio valstybės įstatymo XII skyriaus „Valstybės kontrolė“ 133 str. ir 134 str. yra įtvirtinti Valstybės kontrolės konstituciniai pagrindai. 67 str. 11 p., 61 str. 1 ir 4 d., 75 str. ir 84 str. 13 p. buvo patikslinti konstituciniai pagrindai, čia taip pat reglamentuota valstybės kontrolieriaus – institucijos vadovo teisinė padėtis.<sup>65</sup> Būtina pabrėžti tai, kad Valstybės kontrolės teisinių pagrindų įtvirtinimas Konstitucijoje yra itin svarbus, tai parodo šios institucijos svarbą ir reikšmingumą valstybės valdyme. Konstitucija yra svarbiausias kiekvienos valstybės teisinis dokumentas, ir atvirkščiai nei paprasti teisiniai dokumentai, yra pakankamai stabilus teisės aktas. Atsižvelgiant į tai, galima teigti, kad valstybė, reglamentuodama Konstitucijoje tam tikrų teisės subjektų pagrindinius momentus, tuos subjektus lyg ir „iškelia“ į išskirtinį rangą – į konstitucinį lygį. Tokiu būdu yra įgaunamas imunitetas, nes juos bus galima pakeisti ar panaikinti tik pakeistus Konstituciją, o tai padaryti nėra taip paprasta, kaip kitus teisės aktus. Šis konstitucinis teisinių pagrindų įtvirtinimas Konstitucijoje, Valstybės kontrolei suteikia tam tikro stabilumo ir parodo institucijos svarbą.<sup>66</sup>

Žvelgiant toliau į Valstybės kontrolė raidą, vertėtų paminėti tai, kad iki 1995 m. gegužės 30 d. – ketvirtojo Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės įstatymo priėmimo, buvo tobulinamas Valstybės kontrolės statusas, buvo didinamas jo vaidmuo. Buvo numatyta galimybė Valstybės kontrolei atlikti kvotas, suteikta teisė traukti administracinę atsakomybę.<sup>67</sup> Toks teisių išplėtimas dar kartą parodo Valstybės kontrolės svarbą valstybėje.

Dar vienas svarbus ir reikšmingas Valstybės raidos etapas, kuris suformavo dabartinę Valstybės kontrolę, yra siejamas su pasiruošimu tapti Europos Sąjungos nare. 2002 m. kovo 1 d. įsigaliojus naujos redakcijos Valstybės kontrolės įstatymui, Valstybės kontrolė pirmą kartą savo raidos istorijoje

<sup>63</sup> *Valstybės kontrolės istorinė raida*. [interaktyvus] [žiūrėta 2016-03-21]. Prieiga per internetą: <<https://www.vkontrole.lt/page.aspx?id=56#atkūrus>>.

<sup>64</sup> Katkus, A. *Valstybės kontrolė: teisinės padėties ypatumai*. Vilnius: Justitia, 2004, p. 48.

<sup>65</sup> Birmontienė, T. et. al. *Lietuvos konstitucinė teisė* [interaktyvus]. Vilnius: MRU, 2012 [žiūrėta 2016-03-21]. Prieiga per internetą: <<http://ebooks.mruni.eu/pdfreader/lietuvos-konstitucin-teis>>, p. 883.

<sup>66</sup> Katkus, A., *op. cit.*, p. 42

<sup>67</sup> Birmontienė, T. et. al. *Lietuvos konstitucinė teisė* [interaktyvus]. Vilnius: MRU, 2012 [žiūrėta 2016-03-21]. Prieiga per internetą: <<http://ebooks.mruni.eu/pdfreader/lietuvos-konstitucin-teis>>, p. 885.

buvo teisiškai įvardinta kaip Lietuvos aukščiausioji valstybinio audito institucija. A. Katkus atkreipia dėmesį, kad kontrolės ir audito sąvokų junginys viename apibrėžime sukelia tam tikrą sumaištį, nes šių sąvokų turinys, nors ir nedaug, bet skiriasi. Bet pažymėtina, kad audito sąvokoje tam tikrą vietą užima ir tikrinimas, ir tai paaiškina, kodėl Valstybės kontrolės įstatyme ir kituose oficialiuose dokumentuose šios sąvokos vartojamos lygiagrečiai.<sup>68</sup>

Naujoji įstatymo redakcija panaikino Valstybės kontrolės, kaip audito institucijos, kvotos funkcijas ir baudžiamojo persekiojimo galią, panaikino teisę skirti baudas, bet įpareigojo vykdyti prevencinę veiklą. Nustačius nuolatinius, esminius pažeidimus, imtis prevencinių priemonių, kad pažeidimai nepasikartotų. Naujoji redakcija įpareigojo Valstybės kontrolę savo veiklą grįsti ne tik finansiniu auditu, bet atlikti ir veiklos auditą. Vadinasi, nuo 2002 m. kovo 1 d. Valstybės kontrolę galima sieti ne tik su valstybės finansų valdymo kontrole, bet ir su audituojamos institucijos viešojo ir vidaus administravimo veiklos, susijusios su užsibrėžtų tikslų pasiekimo darbu, finansinių ir kitų išteklių tikrinimu ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo aspektais.<sup>69</sup>

Naujajame Valstybės kontrolės įstatyme nurodyti du pagrindiniai Aukščiausios audito institucijos uždaviniai:

1. prižiūrėti, ar teisėtai ir efektyviai valdomas ir naudojamas valstybės turtas ir kaip vykdomas valstybės biudžetas;

2. užtikrinti, kad valstybinis auditas atitiktų INTOSAI standartus ir skatintų teigiamą valstybinio audito vaidmenį bei poveikį valstybei ir visuomenei<sup>70</sup>.

Įstatyme šie uždaviniai įvardinami kaip, pagrindiniai, vadinasi galima daryti prielaidą, kad uždavinių, kuriuos vykdo Valstybės kontrolė yra ir daugiau. Valstybės kontrolė vykdydama savo pagrindinius uždavinius audituoja valstybės biudžeto vykdymą; valstybės piniginių išteklių naudojimą; valstybės turto valdymą, naudojimą ir disponavimą juo; Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto vykdymą; Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymą; atitinkamas lėšų valdymo institucijas ir paramos gavėjus, kaip naudojamos Lietuvos Respublikoje gautos Europos Sąjungos lėšos ir kaip vykdomos programos, kuriose dalyvauja Lietuva.<sup>71</sup>

Be minėtų funkcijų, Valstybės kontrolė kasmet teikia Seimui Įstatyme nustatytas išvadas, savo veiklos ataskaitas.

Tiksliau detalizuojant Valstybės kontrolės kompetenciją, reikia paminėti, kad institucijos audituojami subjektai yra valstybės institucijos ir įstaigos; savivaldybės; visų rūšių įmonės, kuriose valstybei priklausančios akcijos suteikia ne mažiau kaip 1/2 balsų; įstaigos, organizacijos ir kiti juridiniai asmenys, kuriems valstybės institucija ar savivaldybė suteikė lėšų arba perdavė turto; taip pat

<sup>68</sup> Katkus, A. *Valstybės kontrolė: teisinės padėties ypatumai*. Vilnius: Justitia, 2004, p. 63.

<sup>69</sup> Daujotaitė, D. Finansų kontrolės sistemos reforma viešajame sektoriuje. *Viešoji politika ir administravimas*. 2002, 2:74.

<sup>70</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 112-4070.

<sup>71</sup> *Ibid.*



gali būti atliekamas Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo veiklos auditas.<sup>72</sup>

Apibendrinant galima teigti, kad Valstybės kontrolės audituoja visus objektus, susijusius su valstybės lėšų naudojimu. Valstybės kontrolės didžiausias dėmesys tenka finansiniam auditui, tai gali būti siejama su tuo, kad veiklos auditas yra viena naujausių audito rūšių.

Auditas gali būti atliekamas pagal Valstybės kontrolės nustatytą valstybinio audito programą, kurią tvirtina valstybės kontrolierius, įvertinęs Seimo Audito komiteto pateiktas rekomendacijas ir Seimas gali pavesti Valstybės kontrolei atlikti valstybinį auditą pagal jo kompetenciją.

Valstybės kontrolė savo veiklą vykdo taikydama sąžiningumo, nepriklausomumo, nešališkumo, profesionalumo, bendradarbiavimo ir viešumo principus. Vienas svarbiausių principų yra nepriklausomumo. Šis principas pasižymi tuo, kad Valstybės kontrolė savo veikloje turi būti nepriklausoma nuo įstatymų leidžiamosios ir vykdomosios valdžių bei audito subjektų. Ji turi būti ginama teismo nuo bet kokio kišimosi, kuris pažeistų institucijos nepriklausomumą bei jos teises.<sup>73</sup> Vadinasi, tam kad auditai būtų atlikti nešališkai, Valstybės kontrolės negali įtakoti kitos valstybės institucijos ir jokie kiti pašaliniai veiksniai, institucija turi būti nuo to ginama.

A. Katkus teigia, kad pastaruoju metu vis dažniau keliama mintis, kad tradicinį valdžių padalijimą reikėtų koreguoti ir įvesti dar vieną valdžią – kontrolinę valdžią, kurią atliktų Valstybės kontrolė. Anot šios minties šalininkų, kontrolinė valdžia yra savarankiška institucija valdžios padalijimo sistemoje. Šios institucijos nekuria bendrų visiems elgesio taisyklių, nenagrinėja baudžiamųjų bylų, ji tiria, tikrina ir analizuoja padėtį tam tikrose žinybose bei organizacijose.<sup>74</sup> Toks šios institucijos įvertinimas dar kartą atskleidžia jos svarbą valstybėje.

Institucija negyvuotų be joje dirbančių ir valstybei tarnaujančių asmenų. Valstybės kontrolės vadovas – valstybės kontrolierius. Jį penkeriems metams Lietuvos Respublikos Prezidento teikimu skiria Seimas, o savo pareigas pradeda eiti tik davęs priesaiką Lietuvos Respublikai. Šias pareigas gali eiti tik Lietuvos Respublikos pilietis, turintis aukštąjį juridinį arba ekonominį išsilavinimą ir nepriekaištingą reputaciją. Valstybės kontrolierius turi savo pavuotojus, jiems keliami panašūs reikalavimai, kaip ir valstybės kontrolieriui. Valstybės kontrolierius vadovauja Valstybės kontrolės pareigūnams, kurių darbo santykius reglamentuoja Valstybės tarnybos įstatymas. Valstybės kontrolierius formuoja visą Valstybės kontrolės aparato struktūrą, jai vadovauja tiek viduje, tiek išorėje.<sup>75</sup> Valstybės kontrolės aparatą sudaro du dideli audito padaliniai – Finansinio audito valdymo

---

<sup>72</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 112-4070

<sup>73</sup> Katkus, A. *Valstybės kontrolė: teisinės padėties ypatumai*. Vilnius: Justitia, 2004, p. 80.

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 65 – 66.

<sup>75</sup> Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 112-4070

departamentas, susidedantis iš dešimties departamentų ir Veiklos audito valdymo departamentas, susidedantis iš keturių departamentų. Kiekvienas departamentas turi savo veiklos sritis ir funkcijas.<sup>76</sup>

Apibendrinant galim teigti, kad Valstybė kontrolė – Aukščiausioji audito institucija nuo įsteigimo pradžios nuėjo ilgą ir įdomų kelią, kuriame buvo keičiamas ne tik jos statusas, teisinė padėtis, bet ir pavadinimas. Ši institucija įgavo labai svarbų ir reikšmingą vaidmenį valstybės valdyme, ji kontroliuoja valstybės finansų valdymą ir disponavimą valstybės turtu, o taip pat teikia rekomendacijas institucijų viešojo ir vidaus administravimo veiklos gerinimui ekonomiškumo, efektyvumo ir veiksmingumo aspektais. Nors Valstybės kontrolėje didesnę dėmesį skiria finansiniam auditui, bet ir veiklos auditas rado savo „vietą“ šioje institucijoje.

## 2. ŠEIMOS GYDYTOJO INSTITUCIJA, JOS VIETA IR VAIDMUO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE

### 2.1. Pirminės asmens sveikatos priežiūros sistemos vieta nacionalinėje sveikatos priežiūros sistemoje

Lietuvos sveikatos priežiūros institucijas valdo Sveikatos apsaugos ministerija arba viena iš 60 – ies vietos savivaldybių. Išimtis – sanatorinis gydymas ir privataus sektoriaus teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos<sup>77</sup>.

Be bendrosios visos sveikatos priežiūros sistemos, Sveikatos apsaugos ministerija yra atsakinga už specializuotų ligoninių, tai yra, onkologijos, tuberkuliozės, infekcinių ligų ir t. t. valdymą. Sveikatos apsaugos ministerijai yra pavaldžios universitetinės ir respublikinės ligoninės, specializuoti centrai, pavyzdžiui, priklausomybės ligų centrai, specializuoti moksliniai centrai, Valstybinis visuomenės sveikatos centras ir kitos institucijos<sup>78</sup>.

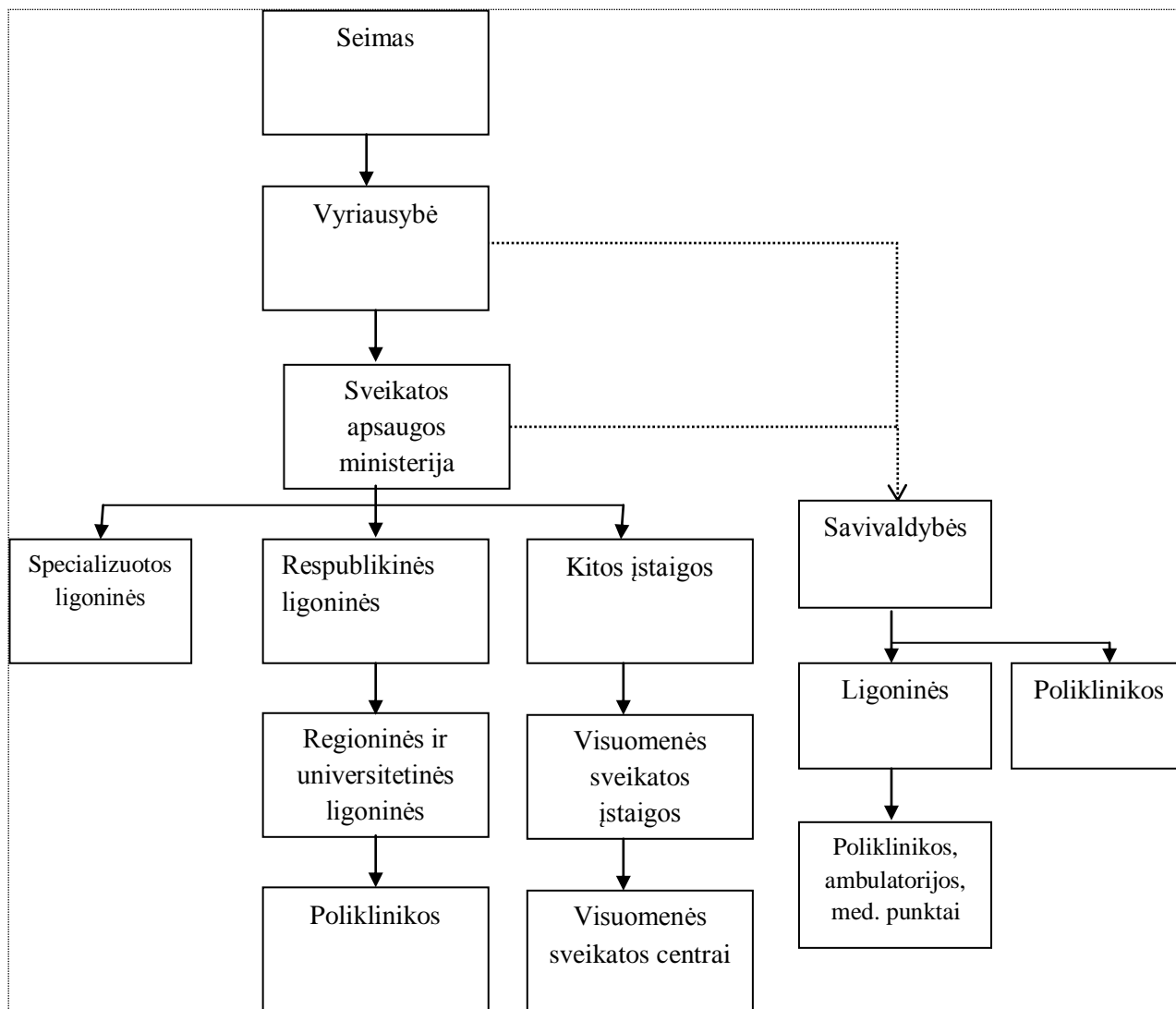
Savivaldybės valdo jų teritorijose esančias sveikatos priežiūros įstaigas – ligonines, poliklinikas, pirminius sveikatos priežiūros centrus, medicinos punktus, ambulatorijas. Bendroji nacionalinė sveikatos priežiūros sistemos struktūra pavaizduota 4 paveiksle.

---

<sup>76</sup> Katkus, A. *Valstybės kontrolė: teisinės padėties ypatumai*. Vilnius: Justitia, 2004, p. 80

<sup>77</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. V-389/1K-71 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo ir teiktinų asmens sveikatos priežiūros paslaugų struktūros reikalavimų“. *Teisės aktų registras*. 2014-06-19, Nr. 7822

<sup>78</sup> *Ibid.*



#### 4 pav. Sveikatos priežiūros sistemos organizacija

Šaltinis: Buivydas, R.; Černiauskas, G. *Lietuvos sveikatos priežiūros sistema pereinamuoju laikotarpiu*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 1997, p. 11

Pagal sveikatos priežiūros teikimą, sveikatos priežiūros sistema yra suskirstyta į pirminę, antrinę ir tretinę sveikatos priežiūrą.

Pasaulio sveikatos organizacija Alma – Atos deklaracijoje<sup>79</sup> pirminę sveikatos priežiūrą apibrėžia kaip priemonę, užtikrinančią visapusę, visuotinę, teisingą ir prieinamą sveikatos priežiūros sistemą. Pirminė sveikatos priežiūra yra būtina ir viena svarbiausių sveikatos priežiūros sistemos grandžių. Pirminė sveikatos priežiūra yra įvardinama kaip pagrindinė sveikatos priežiūros dalis, kuri yra organizuojama pagal kiekvienos šalies pajėgumą, taikant moksliskai įrodytus, praktiškai realizuojamus bei visuotinai priimtus metodus<sup>80</sup>.

<sup>79</sup> Declaration of Alma – Ata. *International Conference on Primary Health Care*. [interaktyvus] 1978 [žiūrėta 2015-11-15]. Prieiga per internetą: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)>.

<sup>80</sup> Hall, J. J.; Taylor, R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Global Health*. 2003, 178: 17 – 20 ( p. 18).

Tai yra pirminė Nacionalinės sveikatos sistemos grandis, su kuria susiduria individai, šeima ar bendruomenė, priartinanti sveikatos priežiūrą prie žmonių gyvenimo bei darbo vietų, o taip pat – pirmasis nepertraukiamo sveikatos priežiūros proceso elementas<sup>81</sup>.

1998 metų Alma – Atos konferencijos dokumente<sup>82</sup> aprašytos svarbiausios pirminės sveikatos priežiūros strategijos sudedamosios dalys, numatančios sveikatos paslaugų perorientavimą taip, kad pirminė sveikatos priežiūra taptų sveikatos priežiūros sistemos pagrindiniu elementu, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra ją tik papildytų. Taip pat skirti daugiau resursų pirminei sveikatos priežiūrai, mažinant stacionariųjų paslaugų apimtį .

Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje didelis dėmesys skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai. L. Valiaus<sup>83</sup> teigimu esant gerai bei efektyviai funkcionuojančiai pirminei sveikatos priežiūros sistemai, galima užtikrinti efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą šalyje bei ribotų lėšų, skiriamų sveikatos priežiūrai, racionalų panaudojimą ir taip pat šioje sveikatos sistemos grandyje galima išspręsti 80 proc. visų šalies sveikatos problemų. Todėl Nacionalinės sveikatos koncepcijos<sup>84</sup> vienas iš iškeltų strateginių tikslų buvo „reformuoti sveikatos apsaugos tarnybų struktūrą bei jų funkcionavimą, o prioritetinį finansavimą skirti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų bazei stiprinti, šios sveikatos priežiūros sistemos grandies medicinos personalo kvalifikacijai kelti, jų suinteresuotumui efektyviai dirbti, tam naudojant ekonominius švertus“.

Lietuvoje šiuo metu pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia pirminės sveikatos priežiūros centrai, šeimos gydytojų kabinetai, gydytojų odontologų kabinetai, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, ambulatorijos, poliklinikos, psichikos sveikatos centrai. Šių įstaigų savininkai gali būti valstybė, savivaldybė ar privatūs asmenys. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigose dirba šeimos gydytojai arba vidaus ligų gydytojai, vaikų ligų gydytojai, gydytojai chirurgai, gydytojai akušeriai ginekologai, bendrosios praktikos gydytojai odontologai, jų padėjėjai, gydytojai psichiatrai, bendruomenės ir psichikos sveikatos slaugytojai, akušeriai, socialiniai darbuotojai, jų padėjėjai<sup>85</sup>.

Apibendrinant galima teigti, kad pirminė sveikatos priežiūra yra viena svarbiausių sudedamųjų sveikatos priežiūros sistemos dalių. Jos centre – šeimos medicinos institucija. Tai asmens sveikatos sistemos dalis, kurioje asmenų apsilankymų skaičius yra vienas didžiausių.

<sup>81</sup>World Health Organization [interaktyvus]. Geneva, [žiūrėta 2015-11-18]. Prieiga per internetą: <[http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/)>.

<sup>82</sup> Brundtland, G. H. Primary Health Care 21: „Everybody’s Business“. *An International Meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata Almaty*. Kazachstan. [interaktyvus]. 1998, p. 9 – 10. [žiūrėta 2015-11-18]. Prieiga per internetą: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/66306>>.

<sup>83</sup> Valius, L. Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina. [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-11-19]. Prieiga per internetą: <<http://www.pasveik.lt/lt/biblioteka/pirmine-sveikatos-prieziura-ir-seimos-medicina/24174>>.

<sup>84</sup> Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“. *Valstybės žinios*. 1991, Nr. 33-893.

<sup>85</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-717 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 96-3897.

## 2.2. Šeimos gydytojo institucija, jos vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje

Dažniausiai pirminė asmens sveikatos priežiūra yra siejama su šeimos gydytoju, šeimos gydytojo kabinetu ar šeimos gydytoju, dirbančiu kartu su komanda.

Šeimos gydytojo institucija Lietuvoje pradėta kurti 1995 m., įgyvendinant Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją. Nuo 2004 m. bendrosios praktikos gydytojai tapo šeimos gydytojais, o šeimos medicina apibrėžiama kaip šeimos gydytojo praktika<sup>86</sup>.

Šeimos gydytojo specialybė buvo įvesta pasinaudojus kitų šalių patirtimi. Tai sveikatos priežiūros specialistas, kuris atlieka patarėjo, koordinatoriaus vaidmenį, konsultuoja visais, pacientams rūpinimais, sveikatos priežiūros klausimais, stebi lėtinių ligų eigą, nukreipia pacientą pas reikiamą kitą specialistą, o taip pat rūpinasi prie gydymo įstaigos prisirašiusių gyventojų sveikata<sup>87</sup>. Šeimos gydytojo veikla neapsiriboja vien gydymu, į jo veiklą įeina ir sveikatos išsaugojimas bei gerinimas, ligų profilaktika. Šie specialistai savo pacientų sveikatą stebi bei rūpinasi ja visą pacientų gyvenimą<sup>88</sup>. K. Štaras bei T. Vedlūga<sup>89</sup> pabrėžia, kad šeimos gydytojo, kaip vadybininko, vaidmuo yra ypač reikšmingas ne tik teikiant pirminę asmens sveikatos priežiūrą, bet ir visai sveikatos sistemai.

Šeimos gydytojas yra svarbiausias pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje. L. Valius<sup>90</sup> šeimos medicinos instituciją apibūdina kaip:

„Bendroji. Šeimos gydytojas teikia visų medicinos sričių pagalbą ir pagal savo kompetenciją turi spręsti visas sveikatos problemas. Tai ne vien diagnostika ir gydymas, bet ir taktikos nustatymas.

Visuotinė. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visoms gyventojų amžiaus ir socialinėms grupėms.

Integruota. Šeimos gydytojo teikiamos paslaugos yra pirminės sveikatos priežiūros paslaugų dalis, realizuojama kartu su pirminės sveikatos priežiūros komanda, kitomis pirminės sveikatos priežiūros struktūromis bei antrinio ir tretinio lygio paslaugomis.

Tęstinė. Paslaugos teikiamos nuolat: rūpinasi ne tik pablogėjusia paciento, šeimos, bendruomenės sveikata, bet ji prižiūrima ir tada, kai pagerėja, stengiamasi ją išsaugoti.

Komandinė. Šeimos gydytojas paslaugas teikia dirbdamas kartu su pirminės sveikatos priežiūros komanda.

<sup>86</sup> Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2012, 1(4): 116 – 126 (p. 116).

<sup>87</sup> *Ibid.*

<sup>88</sup> Jankauskienė, D.; Pečiūra, R. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2007, p. 156.

<sup>89</sup> Štaras, K.; Vedlūga, T., *op. cit.*, p. 117.

<sup>90</sup> Valius, L. Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina. [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-11-19]. Prieiga per internetą: <<http://www.pasveik.lt/lt/biblioteka/pirmine-sveikatos-prieziura-ir-seimos-medicina/24174>>.

Holistinė. Šeimos gydytojo paslaugos orientuotos ne į konkrečią ligą, o į asmens sveikatos būklę bei psichologinius, socialinius poreikius ir aplinkybes. Asmens sveikata suprantama kaip fizinė, psichinė ir socialinė gerovė.

Individuali. Paslaugos orientuotos į asmenį pagal jo ir jo šeimos poreikius.

Orientuotos į šeimą. Sveikatos stiprinimo, išsaugojimo ir gydomosios priemonės teikiamos įvertinus šeimos socialinę ir psichologinę aplinką, kad būtų pasiektas optimalus efektas, pasiekiami šeimos nariai.

Orientuotas į bendruomenę. Asmens sveikatos problemos vertinamos atsižvelgiant į bendruomenę. Šeimos gydytojo veikla bendruomenėje turi remtis konkrečiais tos bendruomenės poreikiais.

Koordinuojamoji. Šeimos gydytojas koordinuoja paslaugas, asmeniui teikiamos įvairiuose sveikatos apsaugos sistemos lygiuose.

Konfidenciali. Šeimos gydytojas yra paciento sveikatos gynėjas.“

Panašiai šeimos gydytojo institucija apibūdinamas ir WONCA EURACT 2005 trumpojoje versijoje<sup>91</sup>. Šioje versijoje šeimos gydytojo institucija apibūdinamas pagal 11 principų:

1. Šeimos medicinos institucija – tai pirma sveikatos sistemos grandis, su kuria susiduria pacientas, nepriklausomai nuo lyties, amžiaus, socialinės padėties. Šeimos gydytojas pirmasis įvertina paciento sveikatos būklę, norus bei lūkesčius.

2. Padeda efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtus išteklius. Šeimos gydytojas atlieka koordinatoriaus vaidmenį, nukreipdamas pacientą pas reikiamus specialistus, paskiria tyrimus, reikiamus diagnozei nustatyti, kai ligos gydymas viršija šeimos gydytojo kompetenciją.

3. Sveikatos sistemos grandis orientuota į pacientą ir jo šeimą.

4. Konsultacijų metu stengiamasi sulaukti paciento bendradarbiavimo, kuris išgaunamas ilgalaikio bendravimo metu. Yra siekiama, kad pacientai nekeistu šeimos gydytojų, nes tik ilgą laiką lankantis pas tą patį gydytoją, atsiranda pasitikėjimas bei geri santykiai, leidžiantys efektyviai spręsti sveikatos problemas.

5. Šeimos gydytojas atsakingas už ilgalaikį, tęstinį paciento gydymą, jei yra toks poreikis. Šeimos medicinos institucija rūpinasi paciento sveikatos priežiūra nuo gimimo iki mirties bei svarbiausiais jų gyvenimo momentais. Ši sveikatos sistemos grandis užtikrina, kad medicininė pagalba būtų teikiama visą parą. Jei pats gydytojas negali užtikrinti šios paslaugos prieinamumo, tuomet ieško būdų, kaip tai padaryti.

6. Šeimos gydytojas, atsižvelgdamas į ligos paplitimą bei sergamumą, gali priimti specifinius sprendimus ligai gydyti.

<sup>91</sup> *The European Definitions of General Practice/Family Medicine. Short Version*, EURACT, 2005, p. 4 – 6.

7. Gydo ūmias bei lėtines paciento ligas. Šeimos gydytojas sprendžia visas sveikatos problemas, iškilusias jo gydomam pacientui. Neretai tai būna ne vienos bet kelių ligų derinimas.

8. Geba atpažinti ligą ankstyvoje jos stadijoje, kai ligos simptomų dar nėra arba jie labai nežymūs. Šeimos gydytojas, atsižvelgdamas į šeiminių analizę bei atlikęs reikiamus tyrimus, gali patvirtinti ar paneigti diagnozę. Nusiskundimai yra fiksuojami pacientų ligos istorijose ir gali būti naudingi ateityje.

9. Prisideda prie sveikos gyvensenos propagavimo. Šeimos gydytojas skiria gydymą tik tada, kai jo būtinumas yra pagrįstas tyrimais. Savalaikis gydymas bei tyrimų atlikimas tik tada, kai to reikia, taupo sveikatos sistemai skirtas lėšas.

10. Šeimos medicinos institucija yra atsakingas už visuomenės sveikatinimą. Pripažįstama, kad šeimos gydytojas yra atsakingas ne tik už tam tikrą pacientą, bet kartu ir už visuomenės sveikatą.

11. Spręsdamas sveikatos problemas, gilinaisi į paciento psichines, socialines, kultūrines gyvenimo ypatybes. Dažnai šie veiksniai turi didelės įtakos nustatant diagnozę.

W. G. Boerma<sup>92</sup>, kaip ir daugelis kitų autorių, įvardina tokias pagrindines šeimos gydytojo pareigas: koordinuoti ir padėti orientuotis sveikatos sistemoje, diagnozuoti bei gydyti ligas, mokyti sveikos gyvensenos.

Tai tokia sveikatos sistemos grandis, kuri organizuoja ir koordinuoja paciento sveikatos priežiūrą, reguliuoja aukštesnio lygio sveikatos paslaugų prieinamumą bei tikslingumą, yra orientuota į pacientą, jo sveikatos išsaugojimą, o ne ligų gydymą<sup>93</sup>. Milton C Weinstein<sup>94</sup> tokį šeimos gydytojo vaidmenį apibūdina kaip „vartininko“. Šeimos gydytojas yra pirmasis asmuo, į kurį kreipiasi pacientas. Jis padeda pacientui orientuotis painioje sveikatos priežiūros sistemoje. Įvairiose pasaulio šalyse šeimos gydytojo, kaip „vartininko“ vaidmuo skiriasi. Vienose šalyse pas reikiamus specialistus galima patekti tik po šeimos gydytojo konsultacijos ir gavus jo siuntimą, tam kad į aukštesnio lygio įstaigą patektų tik tie pacientai, kuriems to tikrai reikia. Šeimos gydytojas atlieka tarsi „filtravimo“ funkciją, o kartu ir taupo sveikatos priežiūros sistemos resursus. Kitose šalyse į aukštesnio lygio medicinos įstaigą galima patekti ir su kai kurių specialistų siuntimais ar sumokėjus dalį kainos<sup>95</sup>. Galima teigti, kad šeimos gydytojas, atlikdamas „vartininko“ vaidmenį mažina sveikatos priežiūros sistemos išlaidas, trumpina eiles pas kitus specialistus, taip gerindamas sveikatos priežiūros prieinamumą ir sveiktos priežiūros kokybę.

Lietuvoje šeimos gydytojo veiklos sritis, teises bei pareigas nustato 2006 m. įsigaliojusi bei visiems šeimos gydytojams privaloma šeimos gydytojo norma. Šeimos gydytojas privalo „teikti

<sup>92</sup> Boerma, W. G. *Profiles of General Practice in Europe*. NIVEL, 2003, p. 16.

<sup>93</sup> Valius, L. Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina. [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-11-19]. Prieiga per internetą:<<http://www.pasveik.lt/lt/biblioteka/pirmine-sveikatos-prieziura-ir-seimos-medicina/24174>>.

<sup>94</sup> Weinstein, MC. Shoul physicians be gatekeepers of medical resources? *Journal of Medical Ethics*. 2001, 27: 268 – 274. p. 268.

<sup>95</sup> Valius, L., *op. cit.*

būtinąją medicinos pagalbą visiems besikreipiantiems pacientams, pagal kompetenciją atlikti bendruomenės sveikatos priežiūrą, diagnozuoti ligas bei jas gydyti, o taip pat rekomenduoti profilaktikos priemones. Pildyti paciento ligos istoriją, teisės aktų nustatyta tvarka pranešti apie ūmias užkrečiamas ligas, sanitarijos – epidemiologijos režimo pažeidimą, bendradarbiauti su policija, kitomis valstybės ir savivaldybės institucijomis, propaguoti sveiką gyvenseną, sveikatos ugdymo ir ligų profilaktikos priemones, bendradarbiauti su kitais darbuotojais, atliekančiais pirminę asmens sveikatos priežiūrą ir teikiančias socialinę pagalbą<sup>96</sup>. K. Štaras ir T. Vedlūga<sup>97</sup> pastebi, jog nepaisant to, kad šeimos gydytojo ir taip didelės darbo apimtys, dar prisidėjo atsakomybė už šeimos gydytojo kompetencijai priskirtų ligų gydymą. Nežiūrint į tai, prisidėjo su gydymu nesusijusių bei šeimos gydytojo kompetencijos nereikalaujančių funkcijų, tai pažymų, reikalingų slaugai įforminti arba specialioms poreikiams nustatyti, išdavimas, ilgalaikių nedarbingumo pažymėjimų tęsimas, laikino nedarbingumo nustatymas bei kitų socialinių klausimų sprendimas.

Apibendrinant galima teigti, kad šeimos gydytojo veikla yra labai svarbi sveikatos priežiūros sistemoje. Ji apima ne tik ligų diagnozavimą, gydymą, bet ir sveikatos išsaugojimą, gerinimą, ligų profilaktiką, sveikos gyvensenos mokymą. Šeimos gydytojo indėlis į visuomenės sveikatinimą yra vienas didžiausių. Gerinant šeimos gydytojo institucijos teikiamų paslaugų kokybę, kartu yra gerinamas ir visuomenės sveikatinimas, ilgėja šalies gyventojų trukmė. Esant sveikesnei visuomenei, mažėja sveikatos priežiūros sistemos išlaidos, didėja šalies gyventojų darbingumo lygis, auga ekonomika.

### 2.3. Šeimos gydytojo institucijos teisinis reglamentavimas

Sveikatos priežiūros teisiniai santykiai kitaip dar vadinami sveikatinimo veikla<sup>98</sup>. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 1 dalyje sveikatinimo veikla apibrėžiama kaip „asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra, farmacinė ir kita sveikatinimo veikla, kurios rūšis ir reikalavimus ją vykdančioms subjektams nustato Sveikatos apsaugos ministerija“<sup>99</sup>. Tuo tarpu asmens sveikatos priežiūra, tai „valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku nustatyti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti

<sup>96</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 3-62.

<sup>97</sup> Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2012, 1(4): 116 – 126 (p. 117).

<sup>98</sup> Juškevičius, J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai. *Regnum est*. 1990 m. kovo 11-osios Nepriklausomybės aktui – 20. Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui. Vilnius: MRU, 2010, p. 627 – 645 (p. 627).

<sup>99</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.



sveikatą<sup>100</sup>. Kitaip tariant, asmens sveikatos priežiūra yra nukreipta į pacientų (asmenų) gydymą, reabilitaciją bei slaugą. O šios trys sveikatos priežiūros sritys yra skirtos įgyvendinti valstybei iškelto tikslą, tai yra, rūpintis bei saugoti savo piliečių sveikatą.

Sara Alin, Elias Massialos ir kiti<sup>101</sup> visuomenės sveikatą apibrėžia kaip organizuotus visuomenės veiksmus, skirtus ligų prevencijai, visuomenės narių gyvenimui prailginti. Tai labiau organizuota nei asmeninė iniciatyva, apimanti vietinių, regioninių, nacionalinių bei tarptautinių išteklių mobilizavimą, siekiant sukurti tinkamas gyvenimo sąlygas, užtikrinančias žmonių sveikatą.

J. Juškevičius<sup>102</sup> sako, kad sveikatos priežiūros arba sveikatinimo veikla apima skirtingo sudėtingumo visuomeninių santykių įvairovę. Šie santykiai išsiskiria tuo, kad jų objektas yra žmogaus prigimtinės, bet ne nuosavybės teise priklausančios vertybės, tai gyvybė ir sveikata.

Kalifornijos universiteto profesorė R. Riomer apibūdina teisėkūros svarbą visuomenės sveikatai ir sveikatos politikai. Ji teigia, kad teisėkūra gali apibrėžta, įvardinant įvairias jos funkcijas, kurias vykdo teisė, saugodama asmenų bei bendruomenės sveikatą. Atsižvelgiant į istorinę raidą, šios teisėkūros funkcijos gali būti apibūdinamos tokia tvarka: „sveikatos teisėkūra, uždraudžianti sveikatai pavojingą elgesį; sveikatos teisėkūra, patvirtinanti programas ir paslaugas, siekiant saugoti ir plėtoti sveikatą; sveikatos teisėkūra, nustatanti resursų, skirtų sveikatos priežiūrai, gamybą; sveikatos teisėkūra, teikianči socialinį finansavimą sveikatos priežiūrai; sveikatos teisėkūra, nustatanti priežiūros kokybės stebėjimą ir priežiūrą; sveikatos teisėkūra, susijusi su etiniais sveikatos priežiūros padariniais“<sup>103</sup>.

Anot L.O. Gostino<sup>104</sup>, aukšto lygio visuomenės sveikatos būklė yra pasiekama ne per individualias paslaugas, o tik esant kolektyviniams veiksams, nes asmenys, veikdami vieni, negali užtikrinti net minimalios sveikatos būklės. Profesorius savo teiginį paaiškina taip, kad atskirai asmenys gali gauti asmenines medicinines paslaugas ir gyvenimui reikalingų daiktų, asmenys gali įsigyti maisto, gauti gydytojo ar ligoninės paslaugas, tačiau nei vienas asmuo ar asmenų grupė negali garantuoti savo sveikatos. Sveikatos apsauga ir jos užtikrinimas reikalauja bendrų asmenų pastangų, tokios pastangos gali būti užtikrinamos tik per organizuotus veiksmus visuomenės vardu. Valstybė kaip tik ir yra ta visuomenės ašis, kuri valdo ir ji vienintelė yra kompetentinga reguliuoti visuomeninius santykius ar imtis veiksmų, kurie apsaugotų ar plėtotų bendrąją sveikatą, saugumą ir populiacijos gerovę. Valstybinės tarnautojai užsako tyrimus ir įvertina šalies gyventojų būklę, aiškinasi

<sup>100</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231

<sup>101</sup> Alin, S.; Massialos, E., et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Belgium: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, p. 11.

<sup>102</sup> Juškevičius, J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai. *Regnum est*. 1990 m. kovo 11-osios Nepriklausomybės aktui – 20. Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui. Vilnius: MRU, 2010, p. 627 – 645 (p. 627).

<sup>103</sup> Čelkis, P. Visuomenės sveikatos priežiūra, kaip asmens teisė į sveikatą įgyvendinimo priemonė. *Visuomenės sveikata*. 2010, 1(48): 9 - 20 (p. 11).

<sup>104</sup> Gostin, L. O. *Public Health Law: power, duty, restraint*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 2008, p. 9.

šalies gyventojų sveikatai kylančias grėsmes, reguliuoja politikos kryptis bei privatų sektorių, finansuoja tyrimus.

Vadovaujantis tuo, kad sveikatos priežiūra bei apsauga, visų pirma, yra valstybinė funkcija, ši funkcija privalo būti deramai reglamentuota. Tinkamas sveikatos priežiūros reglamentavimas užtikrina teikiamų paslaugų kokybę bei visiems garantuoja vienodas sąlygas, naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis. Atsižvelgiant į tai, yra tikslinga apžvelgti norminius teisės aktus, reglamentuojančius pirminę sveikatos priežiūrą, o tuo tarpu ir šeimos medicinos institutą Lietuvoje.

Tiek šeimos gydytojų, tiek ir kitų specialistų ar asmenų veiklą reglamentuojančius teisės aktus galima išdėstyti hierarchija, kuri pavaizduota 5 paveiksle.



5 pav. **Teisės aktų hierarchija**

**Šaltinis:** sudaryta autorės, remiantis: Piličiauskienė, R., 2009, p. 27

Šeimos gydytojo teises bei pareigas tiesiogiai bei tiksliausiai apibrėžia Sveikatos apsaugos ministerijos priimami įstatymai. Pagrindinės veiklos sritys, kurias reglamentuoja Sveikatos apsaugos ministerija yra:

1. Gydytojų teises ir pareigos;
2. Vaistų išrašymo tvarka;
3. Pažymų ir pažymėjimų išdavimo tvarką reglamentuojantys aktai;
4. Profilaktinių programų įstatymai;
5. Ligų gydymo metodikos;
6. Gydytojo ir paciento santykiai;

## 7. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros veiklą reglamentuojantys įsakymai<sup>105</sup>.

Vienas pagrindinių gydytojo teises ir pareigas reglamentuojančių teisės aktų yra 1996 m. rugsėjo 25 d. priimtas ir 2004 m. balandžio 20 d. nauja redakcija išleistas Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas<sup>106</sup>. Šio teisės akto pagrindinis tikslas yra reglamentuoti medicinos gydytojo, šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto vertimosi medicinos praktika Lietuvos Respublikoje sąlygas. Įstatymas numato gydytojo profesinės kvalifikacijos įgijimo sąlygas, gydytojo teisės verstis medicinos praktika įgijimo, įgyvendinimo ir praradimo sąlygas, gydytojo pagrindines profesines teises, pareigas bei atsakomybę.

Pagrindinis teisės aktas, reglamentuojantis šeimos gydytojo ir paciento santykius yra 1996 m. spalio 3 d. priimtas Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Kuris apibrėžia paciento teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, teisę į sveikatos priežiūros prieinamumą bei priimtinumą, paciento teisę pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą ar gydymo įstaigą, teisę į informaciją, teisę rinktis diagnostikos bei gydymo metodikas, o taip pat teisę atsisakyti gydymo. Teisės aktas numato paciento teisę nežinoti, teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą, teisę skųstis bei teisę į žalos atlyginimą, taip pat šios teisės įgyvendinimo tvarką<sup>107</sup>.

Teisės aktus, reglamentuojančius pirminę sveikatos priežiūrą, o tuo pačiu ir šeimos gydytojo institutą dar galima suskirstyti į dvi grupes: į strateginius dokumentus ir į organizacinius teisės aktus. Pirmajai dokumentų grupei būtų galima priskirti: Lietuvos Nacionalinę sveikatos koncepciją, Lietuvos sveikatos programą, Pirminės sveikatos priežiūros koncepciją, Lietuvos Respublikos sistemos 2011 – 2020 plėtros matmenis. Antrajai grupei priskirtini: Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Sveikatos draudimo įstatymas, pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas, Lietuvos medicinos normos (šeimos gydytojas, bendrosios praktikos slaugytojas, bendruomenės slaugytojas).

1991 m. spalio 31 d. Atkuriamojo Seimo nutarimu Nr. 1-939 patvirtinta Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija<sup>108</sup>, su kuria yra siejama Lietuvos sveikatos sistemos reformos pradžia. Koncepciją inicijavo Lietuvos gydytojų sąjunga, o buvo parengta remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos strategija „Sveikata visiems“. Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje buvo aptarti pagrindiniai sveikatos sistemos plėtojimo uždaviniai, tai yra teisinės bazės kūrimas, sveikatos sistemos valdymo aparatas, sveikatos įstaigų struktūra ir jų veiklos sritys, sveikos aplinkos kūrimas, sveikatos

<sup>105</sup> Piličiauskienė, R. Teisės aktų nuostatos, reguliuojančios šeimos gydytojo darbą. *Šeimos medicina*. Vilnius: Vilniaus universitetas. Medicinos fakultetas, 2009, p. 27 – 30 (p. 27).

<sup>106</sup> Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 68-2365; Piličiauskienė, R. Teisės aktų nuostatos, reguliuojančios šeimos gydytojo darbą. *Šeimos medicina*. Vilnius: Vilniaus universitetas. Medicinos fakultetas, 2009, p. 27 – 30 (p. 28).

<sup>107</sup> Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317.

<sup>108</sup> Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“. *Valstybės žinios*. 1991, Nr. 33-893.

draudimo įdiegimas, sveikatos apsaugos personalas. Pirminė sveikatos priežiūra Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje iškelta kaip prioritetinga sveikatos sistemos grandis. Atsižvelgiant į tai, koncepcijoje vienas iš iškeltų strateginių tikslų yra stiprinti šią sveikatos sistemos grandį, didinant finansavimą įstaigų stiprinimui, medicinos personalo kvalifikacijos kėlimui, jų suinteresuotumui efektyviau dirbti didinimas, naudojant ekonominius svetus (Žin., 1991, Nr. 33-893).

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas<sup>109</sup>, tai bene svarbiausias ir reikšmingiausias teisės aktas, reglamentuojantis sveikatos priežiūrą ir jos sistemą. Įstatymas priimtas 1994 m. liepos 19 d., atsižvelgiant į Pasaulinės sveikatos organizacijos priimtą sveikatos strategiją „Sveikata visiems“, Otavos sveikatos stiprinimo chartijos ir Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos nuostatas. Sveikatos sistemos įstatymas „reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas“.

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, apmokėjamą už paslaugas bei pirminių ambulatorinių ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas nustato Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“<sup>110</sup>. Įstatyme nurodytas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros apibrėžimas. Dokumente sakoma, kad tai „nespecializuotų kvalifikuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal Šeimos gydytojo ir Bendrosios praktikos slaugytojo bei Bendruomenės slaugytojo medicinos normų reikalavimus ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“. Įstatyme yra išvardintos skatinamosios paslaugos, tai tokios šeimos gydytojo ir bendrosios praktikos slaugytojo suteiktos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, už kurias yra numatytas atskiras apmokėjimas, bei apmokėjimo tvarka už jų teikimą. Nurodytas prevencinių programų apibrėžimas. Dokumente nurodyti šeimos gydytojų aptarnaujamų pacientų apylinkių tipai. Tai yra galimas aptarnaujamų pacientų skaičius, atsižvelgiant į jų amžių. Apylinkių tipai yra keturi: I tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 procentų), II tipas – 1 100 gyventojų (iš jų iki 18 metų – nuo 50 iki 90 procentų), III tipas – 1

<sup>109</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.

<sup>110</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 12 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 143-5205.

350 gyventojų (iš jų iki 18 metų – nuo 20 iki 50 procentų), IV tipas – 1 500 gyventojų (iš jų iki 18 metų – mažiau kaip 20 procentų).

Galima teigti, kad tai vienas svarbiausių dokumentų, nurodančių šeimos gydytojo darbo gaires, nes remiantis juo yra skaičiuojamas šeimos gydytojo aptarnaujamų pacientų skaičius, apmokėjimo už darbą, atliktas skatinamasis paslaugas bei įvykdytas prevencines programas tvarka.

Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcija<sup>111</sup> patvirtinta 2007 m. rugsėjo 5 d. Koncepcija apima pirminės asmens sveikatos priežiūros, pirminės psichikos sveikatos priežiūros, odontologijos bei slaugos paslaugų plėtrą. Joje pateikta esamos situacijos analizė, plėtros tikslai bei uždaviniai, plėtros kryptys 2007 – 2015 metams. Dokumente didžiausias dėmesys skiriamas šeimos gydytojams, šeimos gydytojų teikiamų paslaugų gerinimui, paslaugų prieinamumui. Didelis dėmesys skiriamas ligų prevencijai, profilaktikai.

1996 m. kovo 26 d. buvo patvirtintos medicinos normos MN 14:1996 „Bendrosios praktikos gydytojas. Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“. Šiuo metu galiojanti medicinos norma, reglamentuojanti šeimos gydytojo veiklą, patvirtinta 2005 m. gruodžio 22 d. Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. Ši medicinos norma yra privaloma ne tik visiems šalies šeimos gydytojams, bet ir jų darbdaviams, institucijoms, ruošiančioms bei tobulinančioms šiuos specialistus, licencijuojančioms ir kontroliuojančioms jų veiklą. Medicinos norma yra vienas pagrindinių dokumentų, apibrėžiančių šeimos gydytojo veiklos sritis, jų teises, pareigas, kompetencijas bei atsakomybę. Čia apibrėžti reikalavimai šeimos gydytojo kabinetui<sup>112</sup> Anot Jono Juškevičiaus<sup>113</sup> sveikatos priežiūros srities teisinis reglamentavimas turėtų priklausyti tik viešosios teisės kompetencijai, tačiau taip atrodo tik iš pirmo žvilgsnio. Praktikoje teisės normų, kurios reguliuoja sveikatos priežiūrą, prigimtis gali būti skirtinga. Jos gali priklausyti skirtingoms teisės šakoms, tai konstitucinei, civilinei, baudžiamajai, administracinei ir net tarptautinei teisei.

Apibendrinant galima teigti, kad šeimos gydytojo veiklą tikslingiausiai apibrėžia medicinos norma. Tačiau šie specialistai savo darbe turi atsivėlgi į daugelį kitų dokumentų, galbūt netiesiogiai, reguliuojančių teisinius santykius sveikatos sistemos srityje. Tokia specialiųjų dokumentų gausa bei jų pataisos parodo, kad sparčiai kinta visuomeniniai santykiai šioje srityje ir kad nėra paprasta visuomet tiksliai tai apibrėžti teisiniais dokumentais.

<sup>111</sup> Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-717 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 96-3897

<sup>112</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 3-62.

<sup>113</sup> Juškevičius, J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai/*Regnum est*. 1990 m. kovo 11-osios Nepriklausomybės aktui – 20. Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui. Vilnius: MRU, 2010, p. 627 – 645 (p. 627)

## 2.4 Šeimos gydytojo institucijos teisinio reglamentavimo problemos

Akivaizdu, kad teisės aktų, reglamentuojančių sveikatos priežiūros sistemą, o kartu ir šeimos gydytojo institutą, yra tikrai nemažai. Iš vienos pusės, tai džiugina, nes teisės aktai priimami tam, kad gintų bei saugotų visuomenės ir atskirai kiekvieno asmens interesus. Iš kitos pusės, teisės aktai nurodo „privalomus“ veiksmus tam tikrose situacijose ir turi baudžiamąją „galią“ pasielgusiam ne taip, kaip nurodoma teisės akte, todėl įstatymo įvykdomumas, tai pamatinė ir neginčijama tiesa. Įstatymo įvykdomumas apibūdinamas, kaip savaimė aiški ir būtina veiksmingos teisėkūros prielaida<sup>114</sup>. Dėl šios priežasties įstatymų leidžiamoji valdžia negali priimti naujo teisės akto, o įstatymo vykdomoji valdžia negali jo taikyti, neužtikrinusios, kad teisės akto subjektas sugebės jį įvykdyti. Jei to nebus, tai net geriausias įstatymas nepasieks pagrindinio, užsibrėžto tikslo. Nepaisant to, nesant galimybei tinkamai vykdyti įstatymą, atsiranda nepageidaujamų pasekmių, tai pasipriešinimas naujam įstatymui, jo nevykdymas arba iškreiptas vykdymas ir net nusikaltimai<sup>115</sup>

V. Justickis bei A. Jasulaitis<sup>116</sup> teigia, kad kaskart priimant naują teisės aktą ar keičiant jau esantį, keliami didesni reikalavimai jo vykdomumui, todėl įstatymo leidėjas privalo įsitikinti, ar bus įmanoma įvykdyti naujus reikalavimus. Tokia situacija susiklostė per paskutinį dešimtmetį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje, kai vyko spartus reikalavimų sveikatos apsaugos paslaugoms didėjimas. Ypatingą reikšmę turėjo du teisiniai pokyčiai, keliantys reikalavimus gydytojams. Pirmasis pokytis įsigaliojo 2001 m. – „maksimalaus rūpestingumo kriterijus“. Tai reiškia, kad gydytojas kiekvienu atveju užtikrinti maksimalų rūpestingumą, atidumą, dėmesingumą ir daryti viską, kas nuo jo priklauso, o ar gydymas bus sėkmingas, jau yra už jo atsakomybės ribų. Antrasis reikalavimas, įsigaliojęs 2010 m., tai reikalavimas, kad sveikatos paslaugos atitiktų šiuolaikinį mokslo lygį. Šių teisinių naujovių atsiradimas sukėlė gydytojo teisinės atsakomybės revoliuciją, tai yra, didžiulį reikalavimų gydytojui išaugimą.

Maksimalaus rūpestingumo kriterijus buvo suformuluotas Lietuvos aukščiausiojo teismo išaiškinime nutartyje vadinamoje Sandienės byloje. Šis reikalavimas buvo daug kartų išaiškintas Lietuvos aukščiausiojo teismo sprendimuose. Išaiškinimų pagrindas yra tapatus. Jeigu vienu ar kitu atveju paaiškėjo, jog gydymas nebuvo sėkmingas, tuomet reikia išsiaiškinti, ar gydytojas padarė viską, kad to būtų išvengta. Jeigu nustatoma, kad buvo viskas padaryta, tuomet gydytojas yra nekaltas dėl nepageidaujamų padarinių ir atvirkščiai, jei paaiškėjo, kad nebuvo viskas padaryta, tuomet gydytojas

<sup>114</sup>Labanauskas, L.; Justickis, V.; Savikovaitė, A. Įstatymo įvykdomumas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. *Socialinių mokslų studijos*. 2010, 4(8): 89-107 (p. 90).

<sup>115</sup>Justickis, V.; Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo įvertinimas. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*. 2011, 1(3): 103-121 (p. 104).

<sup>116</sup>*Ibid.*

turi atsakyti dėl nesėkmingo gydymo<sup>117</sup>. Taigi, atsiradus šiam reikalavimui, gydytojo darbe, o šiuo atveju, šeimos gydytojo darbe, nebeužtenka padaryti tai, kas paprastai būna daroma vienoje ar kitoje situacijoje, dabar reikia padaryti maksimaliai viską.

Atitikimo šiuolaikinio mokslo lygiui reikalavimas įsigaliojo kartu su 2010 m. kovo 1 d. priimta Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nauja redakcija. Įstatymo antro straipsnio aštunta dalis apibrėžia kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Tai tokios paslaugos, kurios yra: „prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurios tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami<sup>118</sup>. Vadinasi, šeimos gydytojai, suteikdami gydymą, turi būti informuoti apie naujausius mokslo pasiekimus, kurie tiktų konkrečiam gydymo atvejui ir gydantis gydytojas privalo atsižvelgti į tuos pasiekimus ir jais remiantis suteikti sveikatos priežiūros paslaugas. Gydytojas nebeturi galimybės savo nuožiūra rinktis, remtis ar nesiremti šiuolaikiniais moksliniais tyrimais, pasiekimais ar rekomendacijomis. Jis privalo tai daryti. Tai reiškia, kad jeigu nustatant diagnozę ar atliekant tam tikrą gydymą, dėl vienokių ar kitokių priežasčių, gydytojas nežinojo, o gal pamiršo apie atliktus naujausius tyrimus, apie rekomendacijas ar naujausius mokslo pasiekimus, tinkančius tam atvejui, ir jei nepasinaudojo gydydamas pacientą, o gydymas buvo nesėkmingas, tai gydytojas gali būti pripažintas kaltu dėl gydymo nesėkmės ir jam tenka visa atsakomybė už paciento sveikatai padarytą žalą<sup>119</sup>.

V. Justickis ir A. Jasulaitis<sup>120</sup> pabrėžia, kad šiuolaikinio mokslo lygio užtikrinimas, gydant pacientus, privalomas visiems šalyje dirbantiems gydytojams, vadinasi – ir šeimos gydytojams. „Įstatymas nedaro jokių išlygų, nepriklausomai nuo darbo vietos, medicininės specialybės, amžiaus arba kitų aplinkybių“.

Apibendrinant galima teigti, kad bet kurie visuomeniniai santykiai ar bet kokia veikla turėtų būti reglamentuota teisės aktais, ji turi būti aiškiai ir tiksliai apibrėžta. Tačiau visuomet reikia atsižvelgti į tai, ar yra visos būtinos sąlygos tiems reikalavimams, nurodytiems teisės aktuose, įgyvendinti ar įvykdyti. Kitu atveju, teisinis reglamentavimas gali tik pakenkti.

---

<sup>117</sup> Justickis, V.; Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo įvertinimas. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*. 2011, 1(3): 103-121 (p. 105-106).

<sup>118</sup> Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317; *Ibid.*, p. 106.

<sup>119</sup> Justickis, V.; Jasulaitis, A., *cit. op.*, p. 105-106.

<sup>120</sup> *Ibid.*, p. 107.

L. Labanauskas, V. Justickis, A. Savikovaitė<sup>121</sup> sako, kad standartų reikalavimų didėjimas bei gydytojo veiklos teisinio reguliavimo išplėtimas, o taip pat ir padidėjusi atsakomybė už padarytas klaidas, turėtų gerinti teikiamų sveikatos paslaugų kokybę. Tai turėtų medikus skatinti kuo tinkamiau bei atsakingiau dirbti savo darbą bei nuolat kelti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės lygį. Turėtų skatinti nuolat sekti šiuolaikinio mokslo pasiekimus, domėtis naujausiais tyrimais bei nuolat kelti savo kompetenciją, kad išvengtų klaidų savo veikloje.

Tačiau ne viskas vyksta taip, kaip yra tikimasi. Vietoje lauktino sveikatos apsaugos paslaugų kokybės lygio augimo, o kartu ir visos sveikatos apsaugos sistemos tobulėjimo, pasireiškė priešingas reiškinys – gynybinė medicina<sup>122</sup>.

Gynybinė medicina – tai nereikalingi ir kartais kenksmingi pacientui gydytojo veiksmai, kuriais siekiama apsisaugoti nuo galimų paciento skundų dėl netinkamo, ne pilnai atlikto gydymo<sup>123</sup>

Labanauskas L., Justickis V., Savikovaitė A.<sup>124</sup> gynybinę mediciną apibrėžia kaip reiškinį: „kai gydytojui, siekiant apsisaugoti nuo galimo teisinio persekiojimo, išstumiami tikri gydymo tikslai bei paciento interesai“. Autoriai teigia, kad dar nėra bendro gynybinės medicinos apibrėžimo. Vieni, kalbėdami apie šį reiškinį, išskiria konkrečius gydytojo veiksmus, kurių imasi norint išvengti teisinių procesų. Kiti pabrėžia gydytojo sprendimo priėmimo procesą. Tai tokie veiksmai, kurių gydytojas imasi ne dėl medicininių tikslų, o tam, kad išvengtų teisinio persekiojimo, o tai jam trukdo priimti teisingą sprendimą paciento atžvilgiu.

Yra dvi gynybinės medicinos apraiškų formos. Tai aktyvioji ir pasyvioji gynyba. Aktyvioji gynyba pasireiškia bereikalingais gydytojo veiksmais. Tačiau tokie veiksmai parodo, kad gydytojas, gydymas pacientą, vadovaujasi maksimalaus rūpestingumo principu ir taip apsisaugo nuo galimo teisinio persekiojimo. Tokie veiksmai yra: beprasmiškai papildomi tyrimai, siuntimai pas kitus specialistus, nereikalingų vaistų skyrimas. Tokiems veiksams priskiriama ir iš ligonio gauti įvairūs raštiški sutikimai, kuriais siekiama apsidrausti, jei pacientas vis tik imsis teisinių veiksmų. Pasyvioji gynybinė medicina, priešingai aktyviajai, pasireiškia tuo, kad gydytojas, norėdamas apsisaugoti nuo galimų teisinių procesų, vengia atlikti sudėtingus tyrimus, nors jie, medicininiu požiūriu, yra reikalingi<sup>125</sup>. Gydytojas vengia ne tik sudėtingų tyrimų, bet ir sudėtingų „rizikingų“ pacientų. Rizikingų pacientų grupei priskiriami pacientai, kurių būklė yra sunki, todėl juos gydyti yra sudėtinga

<sup>121</sup> Labanauskas, L.; Justickis, V.; Savikovaitė, A. Įstatymo įvykdymas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. *Socialinių mokslų studijos*. 2010, 4(8): 89-107 (p. 95).

<sup>122</sup> *Ibid.*, p. 96.

<sup>123</sup> Tancredi, LR.; Barondess, JA. The problem of defensive medicine. *Science*. 1978, Vol. 200, No. 4344: 879-882 (p. 879).

<sup>124</sup> Labanauskas, L.; Justickis, V.; Savikovaitė, A., *op. cit.*, p. 96.

<sup>125</sup> Wikipedia [interaktyvus], [žiūrėta 2015-11-24]. Prieiga per internetą: <[https://en.wikipedia.org/wiki/Defensive\\_medicine](https://en.wikipedia.org/wiki/Defensive_medicine)>.



ir labai atsakinga. Tokiai pacientų grupei priskiriami ir tie asmenys, kurie žino savo teises ir yra pasiryžę už jas kovoti<sup>126</sup>.

L. Labanauskas, V. Justickis ir A. Savikovaitė<sup>127</sup> išskiria tokias šio reiškinio priežastis, tai: neadekvatus gydytojo teisinės atsakomybės sureguliuojimas, kai reikalavimai gydytojui iš esmės viršija jo galimybes. Toks atsitiko dėl sparčiai dabartiniame pasaulyje augančių reikalavimų gydytojui ir ženkliai atsiliekančių gydytojo galimybių juos vykdyti.

2013 m. Lietuvos gydytojų sąjunga ir Mykolo Riomerio universiteto mokslininkai pirmą kartą Lietuvoje atliko šio reiškinio paplitimą. Tyrimo metu buvo apklausta 2440 Lietuvos gydytojų. Apklausos anketą sudarė 58 klausimai. Tyrimo duomenys kalba patys už save, gynybinės medicinos reiškinys yra plačiai paplitęs Lietuvoje. Tyrime dalyvavo 26 specialybių gydytojai, atstovaujantys visiems trims sveikatos priežiūros sistemos lygiams bei visiems pagrindiniams sveikatos sistemos įstaigų tipams. Tyrimo duomenys atskleidė, kad visoms gydytojų specialybėms, taip pat ir šeimos gydytojams, yra būdingas šis reiškinys, nėra „saugios“ specialybės. Paaiškėjo, kad stipriausias gynybines reakcijas skatina paciento asmenybė, tai dažniausiai yra konfliktiškas, reiklus, nepatikus pacientas. Mokslininkai pabrėžia ir objektyvias gynybinės reakcijos priežastis, kurias nurodė tyrimo dalyviai, tai nepamatuoti reikalavimai gydytojui, jų ir gydytojo realių galimybių neatitikimas. Gana didelį poveikį turi ir tai, kad pacientas yra įtakingas bei žinomas žmogus, jei leidžia suprasti, kad gerai žino įstatymus. Dar vienas veiksnys, iššaukiančių šią reakciją, yra laiko trūkumas. Jis apsunkina teisingo sprendimo priėmimą ir tuo pačiu padidina mediko klaidos tikimybę. Esant sudėtingam klinikiniam atvejui ir konfliktiškam, nepasitikinčiam pacientui ar pacientui su bloga nuotaika, gydytojo gynybinė reakcija dar labiau išryškėja<sup>128</sup>.

Taigi, tyrimas atskleidė, kad Lietuvos gydytojų, taip pat ir šeimos gydytojų, tarpe gana plačiai vyrauja gynybinė medicina, kurią iššaukia nepamatuoti reikalavimai gydytojams, konfliktiški pacientai bei sudėtingi klinikiniai atvejai. Tokie tyrimo rezultatai nedžiugina, nes esant gynybinei reakcijai, atliekami nereikalingi tyrimai, pirminėje sveikatos priežiūros sistemos grandyje dažnėja siuntimai pas kitus gydytojus specialistus, o tai apsunkina sveikatos paslaugų prieinamumą, nepagrįstai didina eiles pas gydytojus specialistus. Blogėja sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, tai neigiamai veikia visą sveikatos apsaugos sistemą bei šalies ekonomiką.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos apsaugos sistemos, o kartu ir šeimos gydytojo instituto, reglamentavimas yra sudėtingas procesas. Įstatymų leidžiamoji valdžia, priimdama naujus, ar keisdama esamus įstatymus, reglamentuojančius sveikatos apsaugos sistemą, turi būti labai atsargi.

<sup>126</sup>Labanauskas, L.; Justickis, V.; Savikovaitė, A. Įstatymo įvykdymas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. *Socialinių mokslų studijos*. 2010, 4(8): 89-107 (p. 97).

<sup>127</sup>Labanauskas, L.; Justickis, V.; Savikovaitė, A. Gynybinė medicina Lietuvos sveikatos apsaugoje: gydytojų gynybinių reakcijų formavimasis. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2013, 1(5): 134-147 (p. 135).

<sup>128</sup> *Ibid.*, 134-147.

Vietoj laukto teigiamo rezultato – sveikatos priežiūros sistemos tobulinimo, paslaugų kokybės gerinimo, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumu didinimo, gali sulaukti atvirkštinio – gynybinės medicinos, kuri daro neigiamą įtaką sveikatos paslaugų kokybei bei prieinamumui.

### 3. TYRIMAS

#### 3.1. Tyrimo metodologija

Konstruojant tyrimą, buvo atsižvelgta į J. Mackevičiaus ir D. Daujotaitės<sup>129</sup> pasiūlytą veiklos audito procesą, kur akcentuojamas dėmesys veiklos audito ataskaitai, t. y. pateiktoms rekomendacijoms. Taip pat į Jungtinių Valstijų apskaitos tarnybos<sup>130</sup> suformuotą rekomendacijų tikslą – siekti įtikinti, kad tam tikri veiksmai turi būti atliekami, norint pagerinti audituojamo subjekto veiklos efektyvumą. Apie veiklos audito rekomendacijų svarbą kalba ir D. Daujotaitė ir kt.<sup>131</sup>, V. Lakois ir J. Nemanytė<sup>132</sup>. Atsižvelgiant į Limos deklaracijos<sup>133</sup> 11 straipsnį bei Meksiko nepriklausomumo deklaracijos<sup>134</sup> 7 principą, galima teigti, kad veiklos audito rekomendacijos nėra tik rekomendacinio pobūdžio ir jas reaguoti reikia.

Darbo tyrimo metodologija grįsta šiuo teoriniu pagrindu.

Šiame magistro baigiamojo darbo skyriuje bus pristatyti tyrimo metodai, instrumentarijus, aprašyta tyrimo eiga.

#### **Tyrimo metodika**

**Tyrimo problema** – pagrindinis veiklos audito tikslas įvertinti audituojamo subjekto ekonomiškumo, efektyvumo ir rezultatyvumo požiūriu, išskirti problemines sritis ir pateikti rekomendacijas joms gerinti. Tačiau ne visada yra skiriamas pakankamas dėmesys į veiklos audito rekomendacijas, todėl ne visada po atlikto audito būna grįžtamasis ryšys ir pagrindinis tikslas nėra pasiekiamas. Todėl tikslinga aptarti veiklos audito poveikį audituojamai veiklai.

**Tyrimo tikslas** - ištirti veiklos audito rekomendacijų poveikį šeimos gydytojo veiklos reglamentavimo gerinimui Šiaulių regione.

#### **Tyrimo uždaviniai:**

- Išanalizuoti Lietuvos valstybės kontrolės atlikto veiklos audito „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“ ataskaitą, pagrindinį dėmesį skiriant išvadoms ir rekomendacijoms.
- Atlikti dokumentų analizę ir įvertinti atlikto veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo lygį.

<sup>129</sup> Mackevičius, J.; Daujotaitė, D. Veiklos auditas: veiklos tikrinimo ir vertinimo instrumentas. *Informacijos mokslai*. 2011, 57: 26 – 38 (p. 33).

<sup>130</sup> *How to Get Action on Audit Recommendation* [interaktyvus]. United States: United States Government Accountability Office, 1991 [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą:< <http://www.gao.gov/special.pubs/p0921.pdf> > p. 51.

<sup>131</sup> Daujotaitė, D.; Tarakavičiūtė, I.; Puškorius, S. *Veiklos audito teorija ir praktika*. Vilnius: MRU, 2012, p. 291

<sup>132</sup> Lakis, V.; Nemanytė, J. Rekomendacijų reikšmė užtikrinant veiklos audito rezultatyvumą viešajame sektoriuje. *Informacijos mokslai*. 2014, 67: 63 – 75 (p. 68).

<sup>133</sup> Limos deklaracija. Dėl audito principų gairių, 1997. [interaktyvus], [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą:< <http://www.vkontrole.lt/page.aspx?id=37>>

<sup>134</sup> Meksiko nepriklausomumo deklaracija [interaktyvus]. Meksikas, 2007 [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą:< [http://www.vkontrole.lt/dokumentai/ivairus/Meksiko\\_deklaracija.pdf](http://www.vkontrole.lt/dokumentai/ivairus/Meksiko_deklaracija.pdf)>.

- Nustatyti Šiaulių regiono šeimos gydytojų, dirbančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose (viešosiose) ir šių įstaigų vadovų bei Šiaulių miesto savivaldybės atstovo požiūrį į atlikto veiklos audito rekomendacijas.
- Palyginti dokumentų analizės duomenis su duomenimis gautais iš šeimos gydytojų, įstaigų vadovų bei savivaldybės atstovo.

Siekiant ištirti Lietuvos valstybės kontrolės atlikto audito poveikį šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui buvo pasirinktas kokybinis tyrimo tipas. Kokybinis tyrimas tai „sisteminis, nestruktūrizuotas atvejo ar individų grupės, situacijos ar įvykio tyrimą natūralioje aplinkoje, siekiant suprasti tiriamuosius reiškinius bei pateikti interpretacinį, holistinį jų paaiškinimą“.<sup>135</sup>

Kokybinio tyrimo metu gaunama išsami informacija, kaip individai suvokia, ką mąsto apie tiriamą problemą. Tiriamai problemai analizuoti svarbu gauti ne tik aiškiai matomus duomenis, bet ir turinčius giluminę prasmę, stebint veiksmus, pasisakymus iš išorės ir juos interpretuojant.<sup>136</sup>

Kokybiniuose tyrimuose „individas nagrinėjamas kaip unikali asmenybė, savaip suvokianti socialinę tikrovę, savaip ją atspindinti, suteikianti jai tam tikrą prasmę, išreiškiamą jo samprotavimais ir elgesiu. Tyrimo objektas aiškinamas per individų realios praktikos subjektyvius aspektus“<sup>137</sup>. Šie kokybinio tyrimo ypatumai ir lėmė jo pasirinkimą tyrimui atlikti. Tyrimo metu buvo siekiama ištirti Valstybės kontrolės atlikti veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo lygį, kurio statistiškai neišmatuosi. Šis tyrimo metodas padėjo gauti duomenų apie tyrimo objektą iš realios respondentų darbo patirties, tai padėjo giliau išnagrinėti tiriamąjį objektą.

Magistro baigiamojo darbo rezultatams gauti pasirinkti šie kokybinio tyrimo metodai:

Duomenų rinkimo metodai:

- Dokumentų analizė;
- Interviu.

Duomenų analizės metodai:

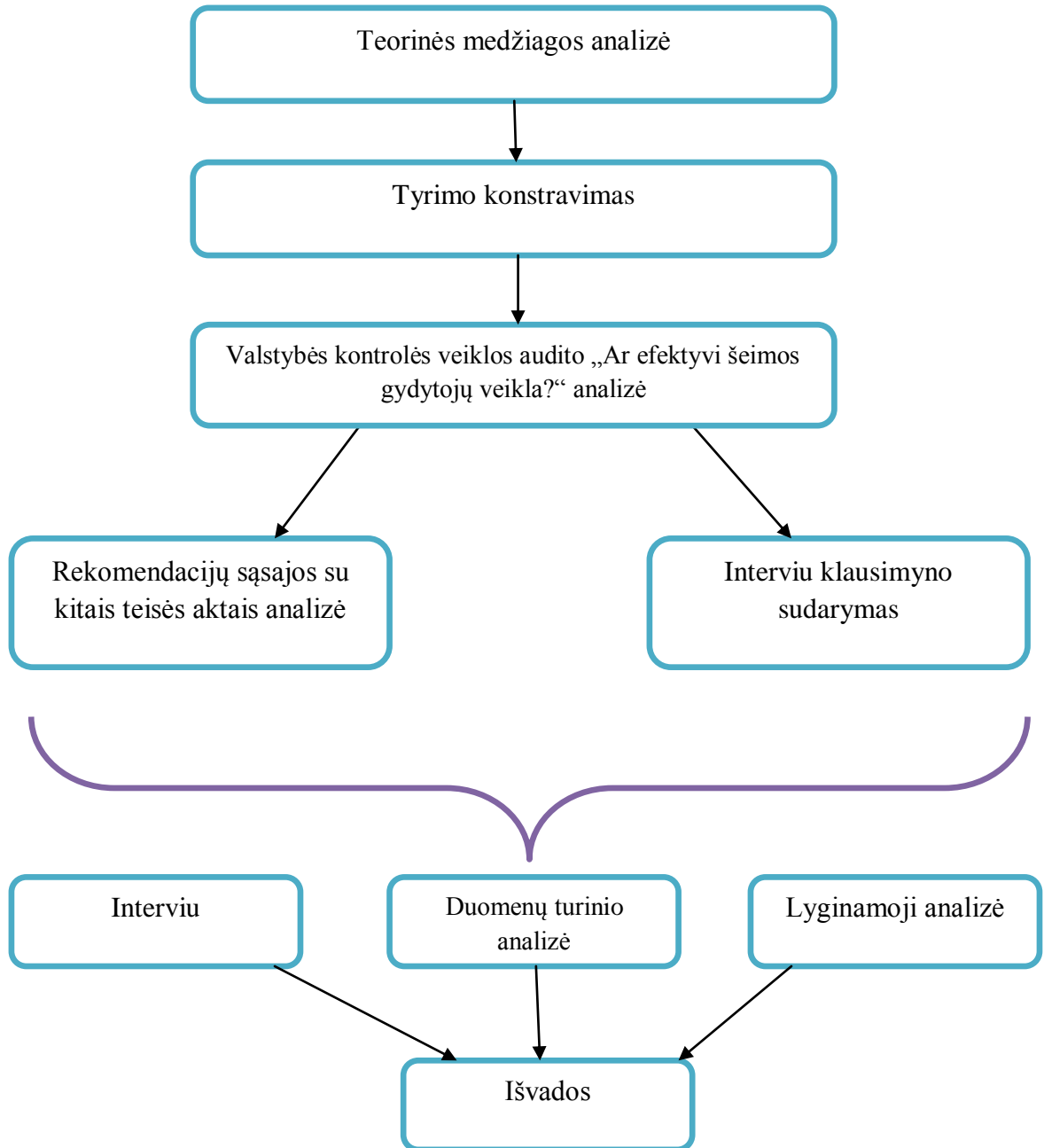
- Duomenų turinio analizė;
- Lyginimas

Suformuota tyrimo schema pateikta 6 paveiksle.

<sup>135</sup> Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vadovėlis*. Kaunas: Jeudex, 2002, p. 273.

<sup>136</sup> Tidikis, R. *Socialinių mokslinių tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003, p. 358.

<sup>137</sup> *Ibid.*



6 pav. Tyrimo schema

Pateiktame paveiksle matyti, kad tyrimas prasidėjo atliktus Lietuvos ir užsienio autorių mokslinės literatūros analizę, kurios metu buvo aptarta veiklos audito sąvokos analizė, jo bruožai, veiklos audito procesas, rekomendacijų reikšmė bei Valstybės kontrolės veikla ir vaidmuo. Taip pat šeimos gydytojo instituto vaidmuo sveikatos sistemoje, šeimos gydytojo veiklą reglamentuojančius teisės aktus ir teisinio reglamentavimo sunkumus. Kitas etapas – Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“ analizė kuri susidėjo iš rekomendacijų sąsajos su kitais teisės aktais analizės. Interviu klausimyno pagrindas – audito ataskaitos rekomendacijos. Trečias

etapas – interviu, interviu metu gautų duomenų turinio analizė ir lyginimas su gautais duomenimis, atlikus dokumentų analizę.

### Kokybinio tyrimo dokumentų analizės metodas

Dokumentų analizė apibrėžiama kaip tam tikrų elgesio ypatumų bei jų nulemiančių procesų atspindėjimas dokumentuose. Oficialūs dokumentai ir jų analizė suteikia objektyvios informacijos apie tiriamą sritį.<sup>138</sup>

Magistro baigiamajame darbe dokumentų analizė būtų galima skirti į dvi dalis:

- Lietuvos Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“ ataskaitos analizė, pagrindinį dėmesį skiriant išvadoms ir rekomendacijoms. Atlikus analizę, išvados ir rekomendacijos buvo sugrupuotos (1 lentelė).
- Atsižvelgiant į rekomendacijas, kuriose buvo nurodyta pakeisti ir (ar) papildyti teisės aktus, atlikta rekomendacijų sąsajų su kitais teisės aktais analizė.

Dokumentų analizės metu buvo analizuojami Lietuvos Respublikos įstatymai, Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimai, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai, susiję su tyrimo objektu, Lietuvos medicinos normos, susijusios su tyrimo objektu, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos veiklos ataskaitos (2013 m., 2014 m.).

Taip buvo siekiama ištirti veiklos audito „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“ rekomendacijų įgyvendinimo lygi. Analizės rezultatai pateikti priede Nr. 1

Valstybės kontrolės auditorių grupė auditą pradėjo 2012 m. vasario 7 d., baigtas – 2013 m. vasario 28 d. Audituojamas laikotarpis 2010 – 2011 m., tačiau pokyčių analizei auditoriai naudojo ankstesnių laikotarpių ir 2012 m. duomenis. Auditoriai vertino tik tuos šeimos gydytojus, kurie dirba įstaigose, teikiančiose ambulatorines pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (viešosiose ir privačiose, sudariusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis), o gyventojų skaičiumi laikė gyventojų, pasirinkusių šeimos gydytojų paslaugas, skaičių.

**1 lentelė. Valstybinio audito „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ ataskaitos išvados ir rekomendacijos**

Išvados	Rekomendacijos
<i>1. Šalyje šeimos gydytojų šiuo metu užtenka, tačiau jie gyventojų poreikius ne visai tenkina (I 1).</i>	
1.1. Šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10–iai tūkst. gyventojų, tarp savivaldybių skiriasi daugiau kaip tris kartus, todėl šeimos gydytojo paslaugos gyventojams prieinamos netolygiai (I	<b>R1</b> inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kuriais būtų nustatyti minimalūs gydymo įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai, numatant privalomą šių reikalavimų vykdymą.

<sup>138</sup> Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vadovėlis*. Kaunas: Jeudex, 2002, p. 224.

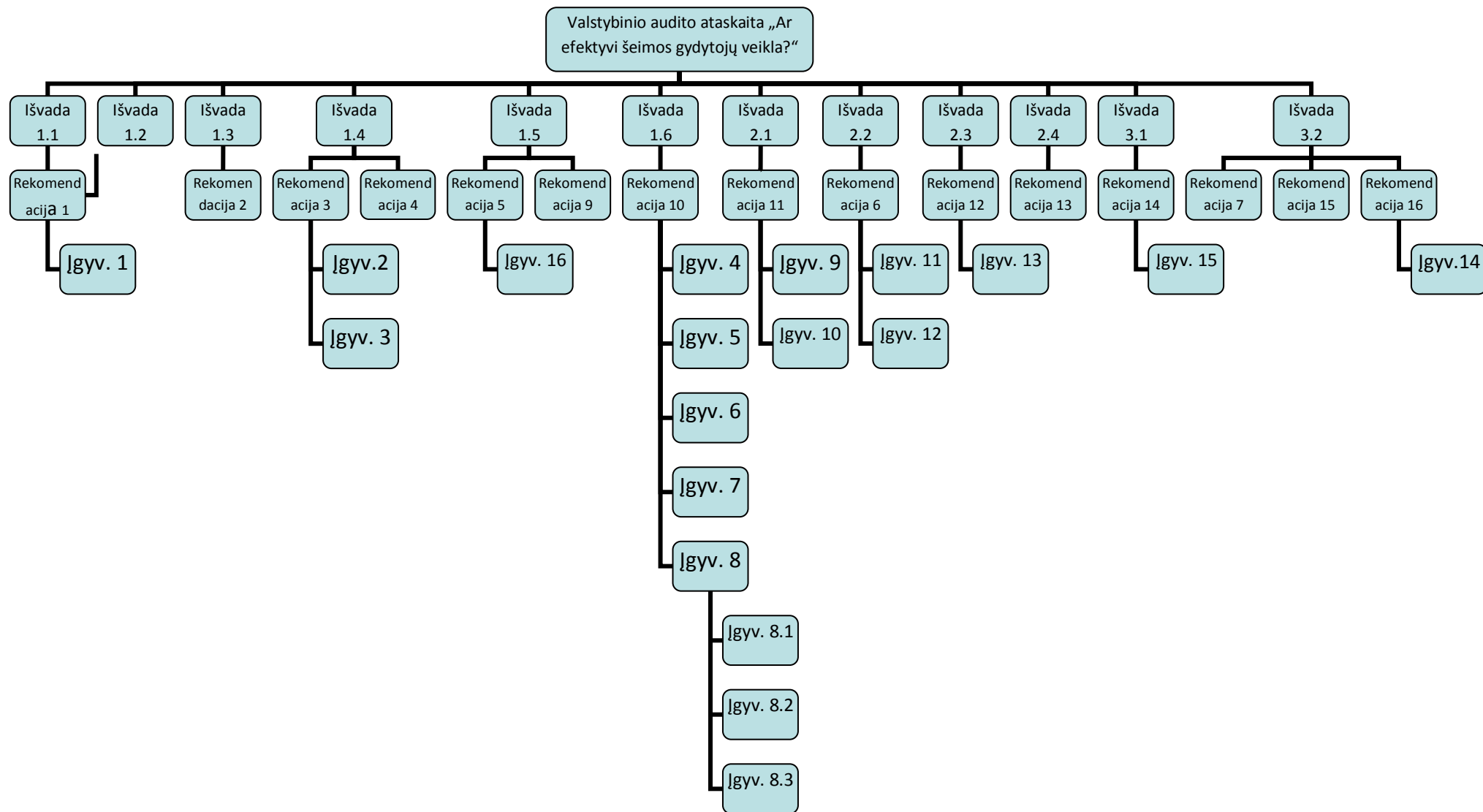
Išvados	Rekomendacijos
<b>1.1).</b>	
1.2. Nenustatyti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai, todėl šios įstaigos savivaldybių teritorijoje steigiamos netolygiai ( <b>I 1.2</b> ).	<b>R1</b> inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kuriais būtų nustatyti minimalūs gydymo įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai, numatant privalomą šių reikalavimų vykdymą.
1.3. Šeimos gydytojo apylinkės normatyvas nustatytas pagal vienintelį kriterijų – pacientų skaičių pagal amžiaus grupes. Mažiau nei pusė šalies šeimos gydytojų turi tiek pacientų, kiek nustatyta pagal SAM patvirtintą normatyvą. Mažų apylinkių pacientams šeimos gydytojo paslaugų prieinamumas blogesnis, nes gydytojas dirba ne visą arba ne kiekvieną darbo dieną ( <b>I 1.3</b> ).	<b>R2</b> patikslinti ir papildyti šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus, pagal juos nustatyti šeimos gydytojo apylinkių normatyvą. <b>R8</b> bendradarbiaujant su savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais, taikyti priemones, kad šeimos gydytojų apylinkės būtų formuojamos pagal nustatytą normatyvą.
1.4. Ne visos savivaldybės tinkamai nustato šeimos gydytojų poreikį, nes nėra privaloma vadovautis atitinkamais kriterijais. SAM neturi tikslių duomenų apie šeimos gydytojų skaičių ir nevykdo ilgalaikio šeimos gydytojų poreikio planavimo ( <b>I 1.4</b> ).	<b>R3</b> patikslinti šeimos gydytojų poreikio planavimo kriterijus, vykdyti ilgalaikį šio poreikio planavimą. <b>R4</b> peržiūrėti ir patikslinti teisės aktų nuostatas, kad PSDF informacinės sistemos „Sveidra“ posistemio METAS visi privalomi duomenys būtų registruojami laiku ir tinkamai ir būtų naudojami planuojant šeimos gydytojų poreikį.
1.5. Priemonės šeimos gydytojų trūkumui sumažinti savivaldybės vykdo nepakankamai aktyviai. Gydytojams rezidentams trūksta informacijos apie laisvas šeimos gydytojų darbo vietas. Todėl daugiau kaip pusė baigusių šeimos medicinos rezidentūrą gydytojų įsidarbina didžiuosiuose šalies miestuose, o ne savivaldybėse, kur jų trūksta ( <b>I 1.5</b> ).	<b>R5</b> plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas ir užtikrinti jos funkcionavimą. <b>R9</b> bendradarbiaujant su aukštosiomis mokyklomis ir gydymo įstaigomis, plėsti medicinos studentų praktikos ir šeimos gydytojų rezidentų rengimo bazes rajonuose.
1.6. Šeimos gydytojai funkcijoms, kurioms nereikia gydytojo kompetencijos, sugaišta 22 proc. darbo dienos laiko, todėl jie dirba nepakankamai efektyviai ( <b>I 1.6</b> ).	<b>R10</b> bendradarbiaujant su šeimos gydytojų ir slaugytojų specialybių draugijomis, aukštosiomis mokyklomis, gydymo įstaigų vadovais, peržiūrėti, patikslinti ir (ar) papildyti asmens sveikatos priežiūros specialistų veiklą reglamentuojančius teisės aktus, numatant pareigų ir kompetencijų, nereikalaujančių gydytojo kvalifikacijos, perdavimą kitiems gydymo įstaigų darbuotojams.
<b>2. Šeimos gydytojai vykdo ne visas Šeimos gydytojo medicinos normoje numatytas pareigas (I 2)</b>	
2.1. Visas Šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytas kompetencijas vykdo mažiau nei trečdalis apklaustų šeimos gydytojų, daugiau nei pusė jų kompetencijas vykdo iš dalies ( <b>I 2.1</b> ).	<b>R11</b> bendradarbiaujant su šeimos ir kitų gydytojų specialybių draugijomis ir aukštosiomis mokyklomis, rengti šeimos gydytojo praktikoje taikytinas diagnostikos ir gydymo metodikas, tvarkos aprašus, gaires, aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų kompetencijos ribas.

Išvados	Rekomendacijos
2.2. Šeimos gydytojai pacientus konsultacijai pas gydytojus specialistus siunčia nepanaudoję visos savo kompetencijos tiriant ir gydant ligonius(I 2.2).	<b>R11</b> bendradarbiaujant su šeimos ir kitų gydytojų specialybių draugijomis ir aukštosiomis mokyklomis, rengti šeimos gydytojo praktikoje taikytinas diagnostikos ir gydymo metodikas, tvarkos aprašus, gaires, aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų kompetencijos ribas. <b>R6</b> inicijuoti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatų peržiūrėjimą (pakeitimą ir (ar) papildymą).
2.3. Be vykdomų prevencinių sveikatos programų, atliekami mažos dalies suaugusiųjų pacientų profilaktiniai sveikatos patikrinimai dėl neinfekcinių ligų. Gydymo įstaigos neinformuoja pacientų apie nemokamus profilaktinius patikrinimus, todėl neišnaudojama daugiau galimybių išvengti sunkių širdies ir kraujagyslių ligų, cukrinio diabeto ir kitų ligų komplikacijų (I 2.3).	<b>R12</b> bendradarbiaujant su savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais, šeimos gydytojų ir slaugytojų specialybių draugijomis, numatyti priemones, skatinančias gydymo įstaigas ir šeimos gydytojus aktyviau vykdyti ligų profilaktiką.
2.4. Ne visos gydymo įstaigos darbo apmokėjimo tvarkose numato dalį lėšų, gautų už skatinamųjų paslaugų vykdymą, gerus darbo rezultatus, skirti paslaugas suteikusiems gydymo įstaigų darbuotojams, todėl ne visi šeimos gydytojai ir slaugytojai skatinami teikti daugiau paslaugų (I 2.4).	<b>R13</b> bendradarbiaujant su savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais, rengti priemones, motyvuojančias gydymo įstaigas dalį lėšų, gautų iš PSDF už gerus darbo rezultatus ir skatinamąsias paslaugas, skirti kaip finansinę paskatą tas paslaugas suteikusiems įstaigų darbuotojams.
<i>3. Ne visai tinkamai organizuotas šeimos gydytojų ir slaugytojų kvalifikacijos tobulinimas (I 3)</i>	
3.1. Nevertinamos šeimos gydytojų kompetencijos ir nevertinamas kvalifikacijos tobulinimo poreikis. Todėl šeimos gydytojai ne visada tinkamai įvertina, kurias kompetencijas jiems reikia tobulinti, ir netikslingai pasirenka kvalifikacijos tobulinimo programas (I 3.1).	<b>R14</b> įdiegti savanorišką šeimos gydytojų kompetencijų vertinimą.
3.2. Kvalifikacijos tobulinimo programos neatitinka šeimos gydytojų poreikių, todėl, kad įvykdytų licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi reikalavimus, šeimos gydytojai kvalifikaciją tobulina mažesnę praktinę naudą turinčiuose kursuose (I 3.2).	<b>R7</b> Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir finansavimo tvarkoje numatyti, kurią kvalifikacijos tobulinimo dalį turi sudaryti praktiniai mokymai. <b>R 15</b> plėsti šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimo bazes, sudarant galimybę kvalifikaciją tobulinti ne tik universitetų bazėse, bet ir rajonų gydymo įstaigose. <b>R16</b> inicijuoti tikslinių ir praktinių kvalifikacijos tobulinimo programų šeimos gydytojams rengimą ir atnaujinimą pagal šeimos gydytojų nustatytas tobulintinas ribas.

**Šaltinis:** sudaryta autorės, remiantis veiklos audito „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“ ataskaita



Valstybės kontrolės veiklos audito ataskaitos analizę atspindi 7 paveikslas. Jame atsispindi ataskaitoje pateiktų išvadų ir rekomendacijų schema bei rekomendacijų įgyvendinimas.



7 pav. Ataskaitos „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ išvadų, rekomendacijų ir jų įgyvendinimo schema

Veiklos audito rekomendacijų analizė – interviu klausimyno pagrindas. Sudaryti trys klausimynai: klausimynas šeimos gydytojui (priedas Nr.3), klausimynas įstaigos vadovui (priedas Nr.2), klausimynas savivaldybės atstovui (priedas Nr.4). Klausimynas šeimos gydytojui susideda iš 11 klausimų, sudarant klausimyną, buvo stengiamasi paliesti visas veiklos audito rekomendacijas (1 lentelė). Sudarant klausimyną šeimos gydytojui buvo siekiama aptarti rekomendacijas, labiausiai liečiančias jų kasdienę veiklą, žvelgiant iš šeimos gydytojo perspektyvos, siekiant gauti informacijos, ar jų manymu tos rekomendacijos teisingos, ar rekomendacijų įgyvendinimas palietė jų veiklą ir išgirsti pasiūlymus, kaip jie spręstų šeimos gydytojų darbo veiklos netobulumus, kuriems gerinti buvo pateiktos rekomendacijos.

Klausimynas įstaigų vadovams taip pat buvo sudarytas iš veiklos audito rekomendacijų (1 lentelė). Klausimyną sudaro 9 klausimai, beveik visi klausimai atsikartoja iš klausimyno šeimos gydytojui, tik kelių klausimų formuluotės skiriasi ir į vadovams skirtą klausimyną nebuvo įtraukti klausimai susiję su šeimos gydytojo kvalifikacijos kėlimu bei su Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, manant, kad iš šeimos gydytojo gauta informacija tais klausimais bus išsamesnė. Sudarant klausimyną įstaigos vadovui buvo siekiama aptarti rekomendacijas, žvelgiant iš vadovo perspektyvos, siekiant gauti informacijos, ar jų manymu tos rekomendacijos teisingos, ar rekomendacijų įgyvendinimas palietė jų vadovaujamų veiklą bei įstaigoje dirbančių šeimos gydytojų veiklą ir išgirsti pasiūlymus, kaip jie spręstų šeimos gydytojų darbo veiklos netobulumus, kuriems gerinti buvo pateiktos rekomendacijos.

Tuo tarpu į šeimos gydytojo klausimyną neįėjo klausimai, susiję su rekomendacijomis, kurios daugiau liečia įstaigos vadovą (apie įstaigoje patvirtintą darbo užmokesčio tvarką, apie įstaigos metodus pritraukti naujos darbuotojus, apie rezidentūros bazės kūrimą įstaigoje), tai padaryta remiantis tuo pačiu atrankos kriterijumi.

Klausimynas savivaldybės atstovui taip pat sudarytas iš audito rekomendacijų (1 lentelė), prie kurių įgyvendinimo turėtų prisidėti ir savivaldybė. Klausimyną sudarė 10 tikslinių klausimų ir 4 bendrų klausimų, norint išsiaiškinti bendrą respondento nuomonę apie veiklos auditą bei jo įtaką vienos ar kitos veiklos reglamentavimui.

### **Kokybinio tyrimo interviu etapas**

Atsižvelgiant į tyrimo objektą, tikslus bei uždavinius, kokybinio interviu metodas yra pagrindinis duomenų gavimo metodas. Atliekant tyrimą, naudinga naudoti šį tyrimo metodą, nes būtų sunku ištirti kitais empiriniais metodais, kokią įtaką turėjo Valstybės kontrolės atliktas veiklos

auditas bei jo rekomendacijų įgyvendinimas šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui, ar tas poveikis yra jaučiamas gydytojų darbe. „Interviu metu yra gilinamasi į nuomones, nuostatas, patirtis, motyvus, jausmus ir pan. Interviu atliekamas tuomet, kai iš žmonių norime sužinoti tai, ko negalime stebėti tiesiogiai“<sup>139</sup>.

Mokslinėje literatūroje išskiriama gana plati kokybinio interviu formų įvairovė.

**Pagal interviu klausimyno struktūruotumą** buvo pasirinktas iš dalies struktūruotas kokybinis interviu. Sudarant tokį klausimyną, iš anksto yra apgalvojamos pokalbio temos bei pagrindiniai klausimai temai išanalizuoti. Klausimyno struktūra yra lanksti, ji reaguoja į interviu eigą. Interviu metu gali kisti klausimų uždavimo eiga, klausimų formuluotė, gali būti užduodami papildomi klausimai<sup>140</sup>.

**Pagal tyrėjo ir tyrimo dalyvio kontakto pobūdį** tyrimui buvo pasirinktas interviu gyvai. „Ši interviu forma geriausiai atliepia kokybinio tyrimo siekius ir prielaidas“<sup>141</sup>. Interviu elektroniniu paštu. Šiais technologijų laikais elektroninis paštas yra tapęs įprasta bendravimo priemone, todėl atliekant kokybinius tyrimus, ši interviu forma yra gali būti viena iš daugelio galimų ir ne mažiau patikimų duomenų rinkimo forma.<sup>142</sup> Tyrime interviu elektroniniu paštu buvo apklaustas vienas respondentas. Tokio tipo interviu pasirinkimo priežastis – didelis respondento užimtumas. Paskambinus telefonu, respondentas paaiškino, kad susitikimui negali skirti laiko ir sutiko į klausimus atsakyti raštu. Šio interviu trūkumas – nebuvo galima laviruoti klausimynu ir užduoti papildomų klausimų. Du respondentai į klausimus atsakė raštu, tokį pasirinkimą taip pat lėmė didelis respondentų užimtumas.

**Pagal tyrimo dalyvių skaičių viename interviu** tyrimui buvo pasirinktas individualusis interviu. Vieno pokalbio metu buvo interviu buvo atliekamas su vienu tyrimo dalyviu.

Pagal individualiojo interviu tipologiją, tyrimui buvo pasirinktas individualusis iš dalies struktūruotas interviu. Pokalbių metu nebuvo stengtasi laikytis užduodamų klausimų sekos, numatytų klausimų formuluotės. Atsižvelgiant į interviu eigą, klausimai ne visada buvo užduodami paeiliui, kitų klausimų užduoti neprisireikė, nes respondentai atsakydami į vieną iš klausimų, palietė ir kitus klausimyne sudarytus klausimus. Kartais buvo užduodami papildomi klausimai tam, kad būtų išgauta kuo išsamesnė ir platesnė informacija. Atsižvelgiant į situaciją, kartais buvo užduodami ne visi klausimai.

---

<sup>139</sup> Gaižauskaitė, I., Valavičienė, N. *Socialinio tyrimo metodai: kokybinis interviu. Vadovėlis*. Vilnius: MRU, 2015, p.12.

<sup>140</sup> *Ibid.*, p. 15.

<sup>141</sup> *Ibid.*, p. 16.

<sup>142</sup> *Ibid.*, p.164.

**Pagal apklausiamųjų subjektų tipą** tyrimui pasirinkta atsakingų asmenų (vadovų) interviu. Tyrime buvo apklausti Šiaulių miesto ir rajono pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (tik viešųjų) vadovai (viso trys įstaigos). Šiaulių miesto savivaldybės administracijos Sveikatos skyriaus vedėjas.

**Pagal apklausiamųjų subjektų tipą** buvo atliktas ir ekspertų interviu. Ekspertai, tai „asmenys, kurie dėl savo profesinės ir gyvenimo patirties turi didžiausią kompetenciją ir patikimiausią bei pakankamai išsamią informaciją apie tiriamą objektą“<sup>143</sup>. Šiai ekspertų interviu priskiriami interviu su aukščiau minėtų įstaigų šeimos gydytojais.

Tyrimo populiacija, tai „visa grupė individų, kurie bus tiriami“, populiacijos elementais nebūtinai turi būti asmenys, tai gali būti ir tam tikri objektai<sup>144</sup>. Šiame tyrime tyrimo vienetai – Šiaulių miesto ir rajono pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (viešosios). Šiaulių mieste yra dvi įstaigos, rajone – viena.

Tyrimo dalyvių atranką įtakojo Valstybės kontrolės veiklos audito rekomendacijų turinys. Rekomendacijos liečia vietos valdžią, įstaigų vadovus bei šeimos gydytojus. Todėl imtis yra tikslinė tikimybinė, renkantis įstaigas bei įstaigų vadovas. Tikslas – pokalbis su kiekvienos įstaigos vadovu. Renkantis vietos valdžios atstovą, buvo nuspręsta pasirinkti Šiaulių miesto savivaldybės administracijos Sveikatos skyriaus vedėją, manant, kad tai kompetentingiausias atstovas šiam tyrimui. Renkantis šeimos gydytojus, imtis yra netikimybinė tikslinė. Imtis sudaryta patogumo principu – kiekvienoje įstaigoje buvo atrinkti labiausiai prieinami ir tie šeimos gydytojai, kurie sutiko dalyvauti tyrime. Tyrimo rezultatai taikomi tirtai visumai, t. y. Šiaulių regionui.

Tyrimo trukmė – vien savaitė, t. y. nuo 2016 m. kovo 1 d. iki 2016 m. kovo 7 d.

Su įstaigos vadovais Šiaulių mieste buvo tariamasi atvykus į įstaigą, vienas vadovas priėmė tą pačią dieną, kito vadovo referente nurodė dieną ir laiką, kada bus galima atvykti. Su Šiaulių rajono įstaigos vadovu telefonu buvo sutarta diena ir laikas, kada bus galima paimti interviu.

Įstaigose dirbančius šeimos gydytojus buvo prakalbinti sudėtingiau, tikslas buvo padaryti interviu su kiekvienos įstaigos dviem – keturiais šeimos gydytojais. Šeimos gydytojai yra labai užimti, todėl juos prikalbinti nebuvo labai paprasta. Interviu su šeimos gydytojais vyko po jų priėmimo valandų. Prieš tai buvo klausama ar gydytojai sutiks dalyvauti tyrime ir tada laukiama, kol baigsis priėmimo valandos. Du šeimos gydytojai į klausimus sutiko atsakyti tik raštu, teigdami, kad taip sugaiš mažiau laiko.

---

<sup>143</sup> Tidikis, R. *Socialinių mokslinių tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003, p.467.

<sup>144</sup> Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vadovėlis*. Kaunas: Jeudex, 2002, p. 326 – 327.

Iš viso tyrime dalyvavo trys Šiaulių miesto ir rajono pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (tik viešųjų) vadovai, po du šeimos gydytojus iš kiekvienos įstaigos ir vienas atstovas iš Šiaulių miesto savivaldybės. Interviu protokolai patekti prieduose Nr.5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.

### **Kokybinė turinio analizės ir lyginimo etapas**

Kokybinio turinio analizė yra „technika, leidžianti, objektyviai ir sistemiškai išnagrinėjus teksto ypatybes daryti patikimas išvadas“<sup>145</sup>.

Šio metodo tikslas – „išskirti dokumento tekste tam tikrus prasminius vienetus, tada išskaičiuoti jų vartojimo dažnį, tirti įvairių teksto elementų ryšius vieno su kitu, tiek su visa informacijos apimtimi“<sup>146</sup>.

Kokybinei turinio analizei panaudota interviu žodžiu ir elektroniniu paštu medžiaga. Turinio analizės tikslas – atskleisti:

- Šiaulių miesto ir rajono pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų, įstaigose dirbančių šeimos gydytojų bei vietos valdžios atstovo nuomonę apie Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“ ataskaitoje patektas rekomendacijas;

- Kaip respondentai spręstų problemas, kurioms spręsti yra pateiktos rekomendacijos;
- Įgyvendintų rekomendacijų poveikį šeimos gydytojų veiklai;
- Palyginti dokumentų analizės duomenis, su interviu metu gautais duomenimis.

Kokybinė turinio analizė vyko penkiais etapais.

Pirmas etapas – interviu duomenų analizavimas ir paruošimas analizei. Šis etapas apima visas veiklas, kurios suformuluoja tam tikrą duomenų bazę. Šiame etape interviu žodžiu buvo transkribuoti. Interviu protokolai pateikti prieduose Nr. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Tada interviu buvo sunumeruoti ir respondentams priskirti kodai<sup>147</sup> (2 lentelė)

**2 lentelė. Respondentų kodavimas**

<b>Pareigos</b>	<b>Gydymo įstaiga</b>	<b>Kodas</b>
Šeimos gydytojas	VŠĮ Šiaulių centro poliklinika	Š.G.1/M <sup>148</sup>
Šeimos gydytojas	VŠĮ Šiaulių centro poliklinika	Š.G.2/M

<sup>145</sup> Tidikis, R. *Socialinių mokslinių tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003, p.498.

<sup>146</sup> *Ibid.*

<sup>147</sup> Gaižauskaitė, I., Valavičienė, N. *Socialinio tyrimo metodai: kokybinis interviu. Vadovėlis*. Vilnius: MRU, 2015, p. 205.

<sup>148</sup> M – miesto teritorijoje esančios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

Pareigos	Gydymo įstaiga	Kodas
Šeimos gydytojas	VšĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centras	Š.G.3/M
Šeimos gydytojas	VšĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centras	Š.G.4/M
Šeimos gydytojas	VšĮ Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Š.G.5/R <sup>149</sup>
Šeimos gydytojas	VšĮ Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Š.G.6/R
Vyriausiasis gydytojas	VšĮ Šiaulių centro poliklinika	V.1/M
Direktorius	VšĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centras	V.2/M
Direktorius	VšĮ Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	V.3/R
Sveikatos skyriaus vedėjas	Šiaulių miesto savivaldybės administracija Sveikatos skyrius	S.1

Antras etapas – duomenų skaidymas. Šiame etape buvo atliktas duomenų kodavimas. „Šis procesas taip pat formuoja duomenų bazę, tik labiau fragmentuota forma, kur duomenys skirstomi pagal atskirus kriterijus, įvairiomis dimensijomis, skirtingais pjūviais. Šis duomenų skaidymas yra išskirtinai analitinis, interpretacinis procesas.“<sup>150</sup>

Trečias etapas – duomenų jungimas. „Išskaidyti duomenų fragmentai (kategorijos, temos, kodų grupės arba net atskiri kodai) pergrupuojami. Šis pertvarkymas gali būti gerokai lengvesnis, jeigu duomenys vaizduojami grafiškai, ruošiami duomenų masyvų sąrašai ar įvairios lentelės.“<sup>151</sup>

Ketvirtame etape buvo interpretuojami duomenys. Remiantis duomenų jungimo fazės rezultatais buvo kuriamas naujas pasakojimas. Duomenų vaizdavimui buvo pasitelkiamos lentelės ir paveikslai.<sup>152</sup>

Penktasis etapas – išvados. Jos paremtos duomenų analize ir interpretacija ir pristato visą tyrimą<sup>153</sup>.

### Tyrimo etika

Formuojant tyrimo klausimynus buvo nurodytas jo tikslas, t. y. atskleisti respondentų nuomonę apie Valstybės kontrolės atlikto audito „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“ ataskaitoje pateiktas rekomendacijas bei jų įgyvendinimą. Taip pat buvo nurodyta, kad gauta informacija bus

<sup>149</sup> R – rajono teritorijoje esančios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos.

<sup>150</sup> Gaižauskaitė, I., Valavičienė, N., *op.cit.*,

<sup>151</sup> *Ibid.*

<sup>152</sup> Gaižauskaitė, I., Valavičienė, N. *Socialinio tyrimo metodai: kokybinis interviu. Vadovėlis*. Vilnius: MRU, 2015, p. 205.

<sup>153</sup> *Ibid.*, p. 106.

naudojama ir pateikta magistro baigiamajame darbe. Prieš atliekant interviu, buvo užsitikrinama, kad respondentai suvokia tyrimo esmę, jų dalyvavimo tyrime prasmę, kad supranta interviu procesą. Tyrimo metu buvo užtikrintas respondentų privatumas. Prieš interviu respondentai buvo perspėti, kad juos identifikuojantys duomenys nebus atskleisti. Taip pat prieš kiekvieną interviu iš respondentų buvo gautas sutikimas įrašyti pokalbį. Visi respondentai tyrime dalyvavo laisva valia. Tyrimas atliktas atsižvelgiant į mokslinių tyrimų etikos principus.<sup>154</sup>

---

<sup>154</sup> Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vadovėlis*. Kaunas: Jeudex, 2002, p.79 – 81.



### 3.2. Tyrimo rezultatai

#### 3.2.1. Ar tikslinga patikslinti ir (ar) papildyti šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus?

Teorinėje magistro baigiamojo darbo dalyje buvo išvardinti ir aprašyti šeimos gydytojo aptarnaujamų pacientų apylinkių tipai. Baigiamojo darbo tyrimui pasirinktoje Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito ataskaitoje „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“ viena iš rekomendacijų buvo „patikslinti ir papildyti šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus ir pagal juos nustatyti šeimos gydytojų apylinkių normatyvą. Atlikta duomenų analizė atskleidė, kad ši rekomendacija nebuvo įgyvendinta. Interviu metu respondentų buvo klausama, ar reikėtų šią rekomendaciją įgyvendinti. Atlikus interviu duomenų turinio analizę, paaiškėjo, kad tarp respondentų nėra vieningos nuomonės dėl šios rekomendacijos. Turinio analizės duomenys pateikti 3 lentelėje. Respondentai V.1/M bei V.3/R mano, kad reikėtų įvesti dar vieną kriterijų – pacientų skaičių nustatyti pagal atstumą iki gydymo įstaigos. Respondentas V.1/M net pateikė pasiūlymą, kaip tai galbūt būtų galima įgyvendinti<sup>155</sup>. Respondentai V.3/G, Š.G.2/M bei Š.G.5/R mano, kad reikėtų mažinti jau esamas apylinkes. Jų nuomone IV apylinkės tipas yra per didelis. Respondentai teigia, kad su pacientais, kurių amžius virš 60 – ies metų, ir kurie sudaro pagrindą šios apylinkės tipo, yra tiek pat daug darbo, o gal net daugiau, nei su pacientais, kurių amžius iki 18 metų<sup>156</sup>. Tačiau respondentas Š.G.5/R įvardina problemą, kuri atsiskleis, jei apylinkė bus sumažinta – tuomet atitinkamai mažės atlyginimas.

Interviu metu respondentai pateikė ir alternatyvą esamiems šeimos gydytojo apylinkių tipams. Respondentas V.1/M siūlo leisti gyventojui pasirinkti kelis šeimos gydytojus, jo teigimu tai įmanoma tik didesnėse gydymo įstaigose, bet galvoja, kad tai galbūt padidintų šių paslaugų prieinamumą. Respondentas V.2/M mano, kad reikia kalbėti ne apie šeimos gydytojų apylinkių

<sup>155</sup> „...Galima išbraižyti apylinkes, galima tam tikrą miestą suskirstyti į tam tikras kategorijas ar į seniūnijas, jos yra suskirstytos, tai kad nebraižyti naujo, galima pasinaudoti tais esamais administraciniais vienetais ir pavyzdžiui jas išdėstyti, kad tokią ar tokią seniūniją aptarnauja tokie ir tokie šeimos gydytojai, o pacientas gali kreiptis ten ir ten. Jis gali kreiptis ir kitur, bet tada atitinkamai galbūt galėtų būti jo pasirinkimo laisvę apibrėžiantis mokestis, nes jei aš noriu daugiau arba noriu kitur, tai tuomet reikia atitinkamai sumokėti, o valstybė pasako, kad jūsų šeimos gydytojas dirba ten ir ten ir Jūs savo šeimos gydytoją galite pasirinkti nemokamai...“

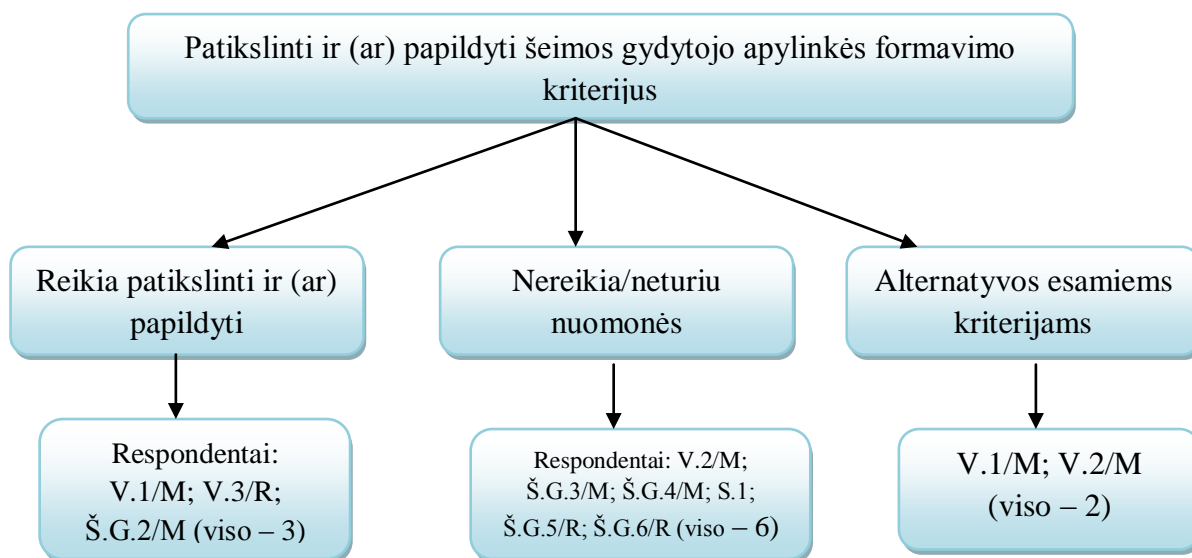
<sup>156</sup> „...“ nes dabar jei yra 90 procentų suaugusių, tai virš 60 metų prasideda labai dažnas apsilankymas pas gydytojus, daug kompensuojamų vaistų ir toj vietoj irgi labai didelis apkrovimas gaunasi... apylinkę, kurioje 1550, tai ji turėtų būti mažinama, gal pvz. iki 1200 pacientų“(V.3/R)

„...aš galvoju, kad jeigu yra vaikams įveda tą kriterijų, kad vaikų jeigu daug, turėtų apylinkė būti mažesnė, tai lygiai ir kai daug senų, pvz. virš 60 metų, bent virš 65 – erių, aš jau tiek nusileisčiau, turėtų būti stipriai mažesnė apylinkė, nes čia va ateina su daug nusiskundimų ir į mėnesį kelis kartus ateina tas pats asmuo...“ (Š.G.2/M)

„...O jei turiu daug pensinio amžiaus žmonių, tai apkrovimas didelis, vargstu, nespėju, nes daug receptų, siuntimų. Tas apylinkes gal reikėtų mažinti...“ (Š.G.5/R)

tipus, bet matuoti, gydytojo darbo našumą<sup>157</sup>. Respondentas taip pat mano, kad reikėtų keisti patį darbo organizavimą, nustatyti, kad šeimos gydytojas priėmimo dirbtų 7 val. 36 min. ir tuomet nebus eilių. Respondentas Š.G./1M mano, kad apylinkes reikėtų formuoti ir bendrai pagal gyventojų skaičių. Respondentai Š.G.3/M, Š.G./M, S.1 sako, kad esamas apylinkių tipų formavimo modelis yra geras.

Apibendrinant interviu turinio analizės duomenis, galima teigti, kad vieningos nuomonės dėl šių pakeitimų nėra. Respondentai turi nuomonę tuo klausimu, mąsto apie tai. Vieni respondentai galvoja, kad reikėtų įvesti dar vieną kriterijų, kiti pateikia alternatyvas esamam pacientų suskirstymui, tretieji teigia, kad reikia keisti esamą apylinkės tipą. Todėl galima daryti prielaidą, kad dar per anksti keisti esamas įstatymų nuostatas dėl šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijų. Tačiau, dabar esamos kalbos ir apmastymai apie naujoves šioje srityje, ateityje gali kristalizuotis ir pavirsti į realius teisės aktų pakeitimus, tik tam turi ateiti tinkamas momentas. Šiuo metu galima daugiau apie tai kalbėti, ieškoti tobulesnių esamos situacijos sprendimo būdų, rasti patį tinkamiausią ir tada pradėti galvoti apie jo įgyvendinimą, kurti planus ir strategijas, kad tai nebūtų skubotas ir nesavalaikis sprendimas ir kad tai atneštų tinkamus rezultatus, pagerintų veiklos efektyvumą – padidintų šeimos gydytojų prieinamumą, o ne atvirksčiai, kaip ir kalbėjo respondentas S.1, - sumažintų šios labai reikalingos paslaugos prieinamumą. Respondentų nuomonių pasiskirstymas atspindėtas 8 paveiksle.



8 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas dėl šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijų papildymo ir (ar) pakeitimo

<sup>157</sup> „Man atrodo, kad labiau čia ne tie apylinkių tipai, ne tie skaičiai pacientų, aš manau, kad turėtų būti matuojama kas kiek sugeba pacientų tinkamai aptarnauti...“

3 lentelė. Ar tikslinga patikslinti ir papildyti šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus?

Kategorija	Subkategorija	Respondentų pasisakymai
Šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus	Kriterijus pagal atstumą iki gydymo įstaigos	„...būtų tikslinga pagal tam tikrą atstumą iki gydymo įstaigos turėtų būti dar vienas kriterijus...“ V.1/M
		„...gal kažkaip galėtų išskaičiuoti atstumus iki gydymo įstaigos ir įvesti kriterijų pagal atstumą iki gydymo įstaigos...“ V.3/R
	Bendrai pagal gyventojų skaičių	„Reikėtų formuoti apylinkes ir bendrai pagal gyventojų skaičių bendrai paėmus ir jauną amžių ir pagyvenusius ir senjorus“. Š.G.1/M
	Esamas apylinkių tipų formavimas yra geras	„...riboti čia kam kiek, aš sakyčiau ne, tegu konkuruoja...“ V.2/M
		„Man atrodo, kad šis klausimas Lietuvoje pakankamai gerai sprendžiamas.“ Š.G.3/M
		„Nemanau, kad reikėtų.“ Š.G.4/M „nemanau, kad būtų tikslinga...įvedus papildomų kriterijų, gali sumažėti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.“
	Neturiu nuomonės	„Aš tokios kaip ir nuomonės neturiu...“ Š.G.5/R
„...ar reikėtų keisti, nežinau.“ Š.G.6/R		
Alternatyvos esamam tipų formavimui	Teisė pasirinkti kelis šeimos gydytojus	„... kad būtų tikslinga duoti pasirinkimo teisę žmogui galbūt kelis gydytojus...“ V.1/M
	Stebėti/matuoti gydytojo darbo kokybę	„...aš manau, kad turėtų būti matuojama kas kiek sugeba pacientų tinkamai aptarnauti, kas kiek gali skirti laiko ir virš darbo valandų ir galų gale ne kiekvienas gydytojas vienodo darbo intensyvumo...“ V.2/M
	Keisti darbo organizavimą	„Tegu gydytojais išdirba 7 val. 36 min., o ne 5-6 val. priėmimo ir tada nebus problemų. Iškvietimų į namus beveik nėra, jeigu į savaitę, turiu omenyje, eilinę dieną, turi vieną kitą iškvietimą, tai kur tos dvi su puse ar pusantros valandos? Tai praktiškai 7-8 ligoniai ir nebus eilių. Darbo organizavimas viską lemia.“ V.2/M
Patikslinti šeimos gydytojo apylinkių formavimo kriterijus	Mažinti pacientų skaičius esamos apylinkėse	„...Aš manyčiau ir vyresnio amžiaus mažesnę grupę, nes dabar jei yra 90 procentų suaugusių, tai virš 60 metų prasideda labai dažnas apsilankymas pas gydytojus...“ V.3/R
		„...apylinkę, kurioje 1550, tai ji turėtų būti mažinama, gal pvz. iki 1200 pacientų...“ V.3/R
		„...tai lygiai ir kai daug senų, pvz. virš 60 metų, bent virš 65 – erių, aš jau tiek nusileisčiau, turėtų būti stipriai mažesnė apylinkė...“ Š.G.2/M
		„...O jei turiu daug pensinio amžiaus žmonių, tai apkrovimas didelis, vargstu, nespėju, nes daug receptų, siuntimų. Tas apylinkes gal reikėtų mažinti...“ Š.G.5/R

### 3.2.2. Ar gydymo įstaigų administracija laikosi nustatymo normatyvo, formuodama šeimos gydytojo apylinkę?

Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad gydymo įstaigų administracijos, formuodamos šeimos gydytojo apylinkes ne visada laikosi sveikatos apsaugos ministro patvirtinto normatyvo, o vienoje iš rekomendacijų buvo siūloma bendradarbiaujant su savivaldybėmis ir gydymo įstaigų vadovais, taikyti priemones, kad šeimos gydytojų apylinkės būtų formuojamos pagal nustatytą normatyvą. Todėl interviu metu, gydymo įstaigų vadovų buvo klausama, ar jie laikosi patvirtinto normatyvo. Interviu turinio analizės duomenys pateikti 4 lentelėje.

**4 lentelė. Šeimos gydytojų apylinių formavimo kriterijai, pagal gydymo įstaigos administraciją**

Kategorija	Subkategorija	Respondentų pasisakymai
Šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus pagal gydymo įstaigų administraciją	Darbo užmokestis	„(...) <b>priklauso darbo užmokestis gydytojo, nes jo bazinio darbo užmokesčio dalių yra aptarnaujamų gyventojų skaičius ir jų amžius, tai tas kriterijus apie kurį kalbama. Tai į tą reikia atsižvelgti.</b> “ V.1/M
	Darbo našumas	„...mes stengiamės <b>žiūrėti, kiek pats gydytojas yra pajėgus tinkamai aptarnauti pacientą.</b> “ V.2.M
	Apylinkės iš senų laikų	„... <b>daugelis gydytojų yra iš senesnių laikų, vieni iš pediatrų, kiti iš terapeutų tapo šeimos gydytojais, tai jie taip ir turi jau susiformavusias apylinkes...</b> “ V.3/R
	Nėra kito pasirinkimo	„... <b>jei ambulatorijoje dirba vienas šeimos gydytojas, tai jis tą apylinkę ir aptarnauja. Ir ten jau nebegali nieko pakoreguoti...</b> “ V.3/R

Šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijaus kategorijos subkategorijos yra darbo užmokestis, darbo našumas, apylinkės iš senų laikų bei nėra kito pasirinkimo. Kaip matyti iš lentelėje pateiktų respondentų pasisakymų, gydymo įstaigų administracijos atstovai netiesiogiai patvirtino, kad jie, formuodami šeimos gydytojo apylinkes nesivadovauja nustatytu kriterijumi. Iš interviu raštu su respondentu iš Šiaulių miesto savivaldybės gauta informacija<sup>158</sup>, kad į savivaldybės atstovus nebuvo kreiptasi dėl to, kad būtų aptartos šeimos gydytojų apylinkių formavimo galimybės.

Todėl, remiantis Šiaulių mieste ir rajone atliktu tyrimu, galima daryti išvadą, kad ši rekomendacija šiai dienai nėra įgyvendinta, nes iki šiol niekas nepasikeitė.

<sup>158</sup> „Savivaldybė nėra gavusi tokios informacijos“.

### 3.2.3. Ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigos išdėstymo reikalavimai?

Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų.<sup>159</sup> Todėl veiklos audito ataskaitoje buvo pateikta rekomendacija „inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kuriais būtų nustatyti minimalūs gydymo įstaigų išdėstymo reikalavimai, nustatant privalomą šių reikalavimų vykdymą. Atlikus dokumentų analizę, nustatyta, kad 2014 m. vasario 10 Seimui buvo pateiktas Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų Nr. I-1367 15(1), 17, 29, 39 ir 45 straipsnių pakeitimo, Įstatymo papildymo 19(1) straipsniu Įstatymo projektas. Tačiau Įstatymas 19(1)<sup>160</sup> straipsniu nepapildytas. Interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti, kokia yra respondentų nuomonė šiuo klausimu. Interviu turinio analizės duomenys pateikti 5 lentelėje.

**5 lentelė. Ar reikalingi pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (privatorių centrų) išdėstymo reikalavimų?**

Kategorija	Subkat.1	Subkat.2	Respondentų pasisakymai
Poreikis reglamentuoti Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimus	Poreikis yra	Atsakinga savivaldybė	„ <i>Taip, anksčiau jie buvo tam tikri reikalavimai... Tai žinoma, kad tai turėtų būti...“ (V.1./M)</i> „... <i>tą turėtų daryti, aš manyčiau, kaip ir pagal įstatymą vietos savivalda, nes jiems pagal vietos savivaldos įstatymą priklauso tą daryti...“</i>
			„ <i>Taip, reikėtų...“ (V.2./M)</i> „... <i>Aš manau, kad savivaldybė tokius dalykus turėtų reguliuoti...“</i>
			<i>Aš manau, kad to tikrai reikėtų (Š.G.1/M)</i>
			<i>Aš manau, kad gal reikėtų (Š.G.2/M)</i>
			<i>Taip, reikėtų (Š.G.4/M)</i>
			„ <i>Reikalingi, kad būtų racionaliai naudojamos PSDF lėšos</i> “ „ <i>Pagal galiojančias teisės aktų nuostatas už pirminės sveikatos priežiūros organizavimą savivaldybėje atsakinga Savivaldybė, tai ji ir turėtų priimti sprendimą dėl naujos įstaigos įsteigimo.</i> “ (S.1)
Poreikio nėra		„ <i>Manau, kad nereikėtų, tegu konkuruoja...“ (V.3./R)</i> „... <i>tegu būna tos įstaigos.</i> “ (Š.G.3/M)	
Neturiu nuomonės			„... <i>tai aš ir neturiu nuomonės</i> “ (Š.G.5/R)
			„... <i>neturiu nuomonės tuo klausimu.</i> “ (Š.G.6/R)

<sup>159</sup> Iki 2007 m. galiojo Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo nuostata (17 str.2 d.), kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms (ir) ar jų filialams steigti būtinas savivaldybės, kurios teritorijoje steigiama įstaiga, valdybos išduotas leidimas. Leidimai buvo išduodami, atsižvelgiant į savivaldybės tarybos patvirtintą pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo programą (planą). 2007 m. sausio 18 d. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15, 17, 29 ir 40 straipsnių pakeitimo įstatymu Nr. X-1044 17 str. 2 d. buvo pripažinta netekusi galios.

<sup>160</sup> Straipsnis kuris leistų savivaldybėms reguliuoti tų Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai nepriklausančių pirminių asmens sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų, kurių išlaidas siekiama apmokėti PSDF biudžeto lėšomis, tinklą, atsižvelgiant į esamus realius tos paslaugos poreikius atitinkamoje savivaldybės teritorijoje.

Iš lentelėje pateiktų duomenų aiškiai matyti, kad didžioji dauguma respondentų pasisako už tai, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų tikrai reikia. Respondentas V.1/M teigia, kad tai yra opi problema.<sup>161</sup> Respondentas sako, kad gal nepavyktų sureguliuoti ir kontroliuoti tų privačių gydymo įstaigų stiegimosi, kurios neplanuoja sudarinėti sutarčių su Teritorine ligonių kasa ir nepretenduoja į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas, nes yra kiti įstatymai, ginantys jų teisę pradėti verslą. Bet jei yra priešingai, tuomet jau savivaldybė turėtų spręsti, ar yra poreikis naujai gydymo įstaigai stengtis konkrečioje teritorijoje, ar ne.<sup>162</sup>

Respondentas V.2./M pateikė puikų argumentą, pagrindžiantį tokį poreikį. Respondentas sako: „...aplink mus yra tų centriukų, prisirašiusiųjų ten gana daug, imtų dabar koks centriukas su 8000 pacientų ir 6 – 7 gydytojais ir bankrutuotų. Kur jie turi dėtis? Mes tai nebepajėgūs juos visus priimti, o valstybinė įstaiga privalo...“. Respondentas S.1. pasisako už tai, kad būtų kontroliuojamas pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kūrimasis jų išdėstymas savivaldybių teritorijose, nes taip būtų efektyviau panaudojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos.

Respondentų V.3./R, Š.G.3/M, Š.G.6/R atsakymus apie tai, kad kontrolės nereikia, galima sieti su tuo, kad jų rajone privačių centrų nėra ir jie nejaučia nei konkurencijos, nei galbūt baimės, kad privačiam centrai bankrutavus reikės aptarnauti tos įstaigos pacientus.

Remiantis Šiaulių regiono atveju, galima daryti išvadą, kad ši rekomendacija pateikta tikslingai, respondentai sutinka su Valstybės kontrolės veiklos audito ataskaitos išvada, todėl vertėtų pamastyti apie jos įgyvendinimą ir apie įstatymo projekto patvirtinimą.

### 3.2.4. Šeimos gydytojų poreikio planavimas

Valstybės kontrolės atlikto audito ataskaitoje kalbama, kad šeimos gydytojų poreikis yra nustatomas netinkamai ir kad nėra vykdomo ilgalaikio šių gydytojų poreikio planavimo. Teigiama, kad ne visos savivaldybės tinkamai nustato šeimos gydytojų poreikį, nes nėra privaloma vadovautis atitinkamais kriterijais<sup>163</sup>. Rekomendacijose buvo nurodyta patikslinti šeimos gydytojų poreikio planavimo kriterijus bei vykdyti ilgalaikį šio poreikio planavimą. Rekomendacijos įgyvendinimas buvo pavestas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai. Atlikta dokumentų analizė

<sup>161</sup> „...Jūsų darbe turėtų būti iškelta, kaip opi problema, aš manyčiau, ir išgvildenta ir pateikta galbūt kažkam, kas priimtų sprendimą...“

<sup>162</sup> „...Tai viskas yra suskaičiuota pagal krepšelį ir jeigu valstybė viską suskaičiuoja ir ji turėtų apibrėžti tam tikras „žaidimo taisykle“, jeigu jau eini į tas įstaigas, kurios gauna finansavimą iš valstybės, tai jos turi laikytis žaidimo taisyklių. Kad gali būti ten, ten ir ten, bet jeigu aš nenoriu laikytis, aš noriu dalyvauti rinkoje, aš noriu suteikti paslaugų daugiau, kad būtų mažesnės eilės ir kažką tai, taip tada aš steigiuosi kitoje pusėje gatvės, nežiūriu visiškai tvarkos, bet aš nepretenduoju į valstybės pinigus, aš neinu sudarinėti sutarties su TLK...“

<sup>163</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugsėjo 26 d. įsakymas Nr. V-777 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų poreikio planavimo metodikos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 112-4273.

parodė, kad Ministerija rekomendaciją įgyvendino 2013 m. buvo sudarytas Nacionalinės sveikatos sistemos specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo komitetas<sup>164</sup> ir 2014 pakeistas – jam pavesta kasmet derinti priimamų rezidentų, pagal specialybes, skaičių ir jį pateikti Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijai, kad specialistų rengimas būtų formuojamas pagal realų poreikį<sup>165</sup>. Taip pat 2015 m. birželio mėnesį buvo pakeistas Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimo „Dėl gydytojų rengimo“<sup>166</sup> 13 punktas. Pakeitus šį punktą, į rezidentūrą, pagal atitinkamas programas, galima priimti tiek gydytojų rezidentų, kiek numato Sveikatos apsaugos ministerija, atsižvelgdama į valstybės reikmes. Dabar nebereikia atsižvelgti į tai, kiek tais metais yra baigiančiųjų medicinos krypties studijas ir neprivaloma priimti tokį pat ar didesnį skaičių studentų<sup>167</sup>.

Dar praėjo per mažai laiko, kad būtų įmanoma įvertinti šių sprendimų realų poveikį, bet interviu metu respondentų buvo apskritai klausama, ką jie mano apie šeimos gydytojų poreikio planavimą, ar jis vykdomas tinkamai, ar ne. Interviu duomenų turinio analizės duomenys pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. Šeimos gydytojų poreikio planavimas

Kategorija	Subkategorija1	Subkategorija2	Subkategorija3	Respondentų pasisakymai
Šeimos gydytojų poreikio planavimas	Planuoja Sveikatos apsaugos ministerija	„Popierinis“ planavimas		„ <i>Tai visos gydymo įstaigos pateikia Sveikatos apsaugos ministerijai savo poreikius... Ir tada atsiranda kažkoks tas planavimas popierinis...“</i> <i>Planavimas viena – reali situacija kita (Š.G.6/R)</i>
		Gydytojai migruoja	Nenustatytas atidirbimo terminas	„ <i>...tie gydytojai migruoja, nepriimta tvarka dėl jų vykimų, išvykimų ir atidirbimo Lietuvoje.“</i> V.1/M
				„ <i>Galbūt baigę mokslus jauni gydytojai, kuriems buvo suteiktas nemokamas mokslas, galėtų tam tikrą, nustatytą laiką atidirbti</i>

<sup>164</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 12 d. nutarimas Nr. V-1168 „Dėl Nacionalinės sveikatos sistemos specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo komiteto sudarymo“ (viešai neskelbtas).

<sup>165</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. 2014 metų veiklos ataskaita. [interaktyvus]. Vilnius, 2015 [žiūrėta 2015-11-20].  
Prieiga per internetą:<  
[http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine\\_informacija/Veiklos%20ataskaitos/SAM\\_ATASKAITA\\_2014.pdf](http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine_informacija/Veiklos%20ataskaitos/SAM_ATASKAITA_2014.pdf)>, p.16.

<sup>166</sup> Lietuvos Respublikos vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimas Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 104-4667.

<sup>167</sup> Lietuvos Respublikos vyriausybės 2015 m. birželio 9 d. nutarimas Nr. 589 „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“ pakeitimo“. *Teisės aktų registras*. 2015, Nr. 9282.

Kategorija	Subkategorija1	Subkategorija2	Subkategorija3	Respondentų pasisakymai
				<i>valstybės paskirtoje įstaigoje, kurioje yra didžiausias poreikis.</i> “ (Š.G.1/M)
				<i>„...gal jų paruošia ir pakankamai, tik kad jie kažkur dingsta...“</i> (Š.G.2/M)
				<i>„Tų studentų užtenka, tik kad jie kažkur dingsta, nes sunku pritraukti su tokiais mažais atlyginimais.“</i> (Š.G.5/R)
		Gydytojai emigruoja		<i>„jei jie neemigruotų, tai poreikis gal ir pakankamas... Jei tiek, kiek paruošia, visi įsidarbintų, manau, kad jų ir pakaktų“.</i> (V.3/R)

Iš lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad respondentai beveik vieningai teigia, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas tinkamai, bet jų vis tiek visada trūksta. Respondentai tam reiškiniui priskiria kelias priežastis, tai studentų migracija bei emigracija.

Respondentas Š.G.3/M, kuris nepaminėtas lentelėje, mano kad rezidentų priimti daugiau, nei priima dabar gal net nereikėtų, nes tuomet silpnėtų rezidentūros programa.<sup>168</sup> Tai tokiu atveju gal reikėtų plėsti rezidentūros bazę arba kaip tik priimti mažiau studentų.

Respondentai V.3/R, Š.G.2/M, Š.G.5/R teigia, kad jei visi gydytojai, baigę mokslus, įsidarbintų, tai jų tikrai pakaktų. Tačiau, anot respondentų, gydymo įstaigų, kuriose jų labiausiai reikia, studentai nepasiekia. Jie dažnai jie lieka didžiuosiuose miestuose, kita dalis studentų emigruoja. Respondentas Š.G./5R mano, kad dėl to kalti yra nepakankami gydytojų atlyginimai.

Respondentai V.1/M bei Š.G.1/M mano, kad reikėtų įvesti gydytojų, kuriems buvo suteiktas nemokamas mokslas, atidirbimo terminą. Jie galėtų atidirbti, valstybės paskirtose įstaigose, kuriose poreikis yra didžiausias<sup>169</sup>. Aišku, tai gal būtų didelis žingsnis atgal ir būtų diskriminacija kitų studentų atžvilgiu, bet vienas iš problemos sprendimo variantų.

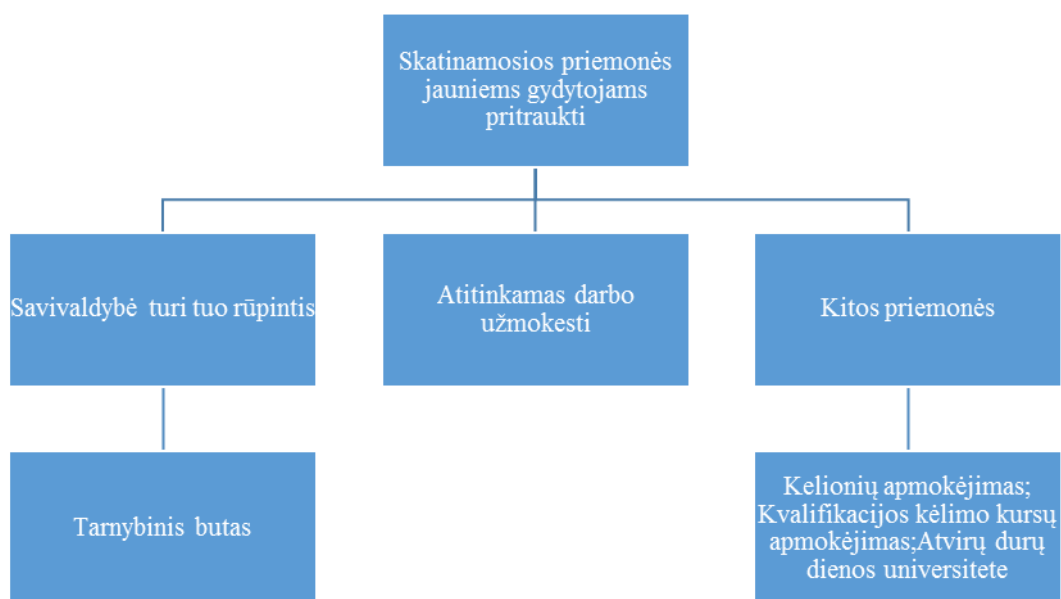
<sup>168</sup> „...Dabar studentų rezidentų manau, kad gal net per daug, nes pati rezidentūros programa silpnėja. Kai pvz. kabinete sėdi trys gydytojai rezidentai, tai ko jie labai gali išmokti ir kokia ta praktika, o atėjęs pacientas dar ir kompleksuoja pamatęs tiek žmonių. Tai gal reikėtų plėsti bazes arba tiesiog mažiau priimti...“

<sup>169</sup> „Dar buvęs ministras apie tai kalbėjo, bet taip ir nepasisėkė nieko padaryti ar įpareigoti, kad atidirbtų Lietuvoje, jei Lietuvoje mokinosi ir už mokslą nemokėjo. Tuomet turėtų gauti paskyrimą ten, toje gydymo įstaigoje, kurioje yra gydytojų trūkumas. Tai va, tai tas planas ir nuplaukia vėjais, jei pusė gydytojų išvažiuoja iš to plano, tai tenka verstis su tais pačiais gydytojais, kurie jau ir vyresnio amžiaus ir ne tiek imlūs įvairioms naujovėms...“



Prie netinkamo poreikio regione nustatymo prisideda ir vietos valdžia respondentas S.1, kuris taip pat neįtrauktas į 6 lentelę, teigia, kad savivaldybė šiuo metu nesinaudoja Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų poreikio planavimo metodika, nes tam kelią užkerta žmogiškųjų išteklių stoka. Iš to išplaukia išvada, kad gal metodika galėtų būti ne rekomendacinio pobūdžio, o privaloma, tada vyktų kažkoks planavimas vietos lygiu ir taip būtų paprasčiau valstybei nustatyti tinkamą ir realų poreikį.

Žiūrint į respondentų pasisakymus šiuo klausimu, galima išvelgti kitą problemą. Jei baigiančių mokslus studentų skaičius yra tinkamas, o gydytojų gydymo įstaigose vis tiek trūksta, tai gal dalinai kaltos ir pačios gydymo įstaigos, kurios nesugeba sudominti ir paskatinti gydytojų atvykti dirbti pas juos. Todėl interviu metu, išskirtinai įstaigos vadovų buvo klausama, ar taiko priemones, kurios pritrauktų jaunos šeimos gydytojus dirbti jų įstaigose. Respondentų nuomonės atspindėtos 9 paveiksle.



9 pav. Skatinamosios priemonės jauniems gydytojams pritraukti

Kaip matyti iš paveikslo, siūlomų skatinamųjų priemonių, pritrauksiančių naujus, jaunos šeimos gydytojus į įstaigas, skaičius nėra labai didelis. Respondentas V.2/M teigia, kad savivaldybė turėtų tuo rūpintis<sup>170</sup>, bet pabrėžė ir tai, kad labiausiai skatina ir pritraukia, tai patrauklus darbo užmokestis.

Savivaldybė šiuo klausimu kaip ir atlieka savo darbą – jie siūlo tarnybinį butą (respondentas S.1). Tačiau ta priemonė neatlieka savo funkcijos. Iš pokalbio su respondentu V.1/M paaiškėjo, kad suteikiant darbuotojui neatlygintinai gyvenamąjį būstą, to būsto gavėjas turi sumokėti Valstybei mokesčių už pajamas natūra<sup>171 172</sup>. Taip vyksta valstybės priimtų teisės aktų disbalansas. Iš vienos pusės

<sup>170</sup> „Tuo turėtų rūpintis savivaldybė. Žinau, kad Kelmėje savivaldybės butus perka, pas juos per metus atsirado 22 nauji gydytojai...“

<sup>171</sup> „...pasirodo dar mokesčių inspekcija pradėjo domėtis, nes pasirodo turi sumokėti mokesčių inspekcijai (čia tas, kuris gauna butą) už pajamas natūra, aišku dar prisideda komunaliniai mokesčiai... Tai tas jaunas žmogus sako, kad aš tada mokėsiu nuomos mokesčių ir nesuksi galvos...“

savivaldybės, gydymo įstaigos savarankiškai stengiasi pritraukti jaunus specialistus į savo miestą, į savo įstaigas, o iš kitos pusės yra teisės aktai, kurie visa tai pasunkina, nes yra priskaičiuojami papildomi mokesčiai.

Respondentas V.1/M, kaip ir respondentas V.2/M, darbo užmokestį iškėlė prie svarbiausių aspektų, pritraukiančių specialistus į įstaigą. Jis taip pat paminėjo, kad skelbia skelbimus savo tinklalapyje, naudojami Sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje skelbiama informacija, dalyvauja atvirų durų dienose universitetuose, kartą per metus, tam tikrą kiekį valandų, apmoka kvalifikacijos kėlimo kursų mokesčių (tai taikoma visiems įstaigos darbuotojams). Jo teigimu, pavyksta prisikviesti jaunus specialistus, tik gal ne tiek, kiek norėtųsi.

Respondentas V.3/R taip pat sako, kad savivaldybė turėtų padėti pritraukti jaunus specialistus į jų gydymo įstaigą. Jis pats teikia įvairius pasiūlymus vietos valdžiai, bet kol kas atsakomosios reakcijos nėra. Todėl gydymo įstaiga iš savo lėšų, apmoka specialistams transporto išlaidas. Rajono gydymo įstaigoje šiuo momentu šeimos gydytojų pakanka, bet dalis jų yra pensinio amžiaus, todėl bet kada gali nutraukti darbo sutartis<sup>173</sup>, todėl šioje įstaigoje šeimos gydytojų planavimas būtinas.

Apibendrinant duomenis, galima teigti, kad šeimos gydytojų poreikio planavimas vyksta dviem lygmenimis. Planuoja valstybė, pasitelkdama įstaigų pateiktus duomenimis, ir planuoja pačios įstaigos, bando skatinamosiomis priemonėmis prisivilioti jaunus specialistus. Planavimas vietos lygmeniu būtų tvirtesnis, jei prie to daugiau prisidėtų ir vietos savivalda.

### 3.2.5. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo įtaka šeimos gydytojo darbui

Pirmoje magistro baigiamojo darbo dalyje buvo kalbama apie Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą. Jis buvo pristatytas, kaip dokumentas, reglamentuojantis paciento ir gydytojo santykius. Taip pat buvo paminėta, kad kai kurie jo punktai (2 str.8 d.) įtakoja gynybinės medicinos atsiradimą.

Valstybės kontrolės veiklos audito ataskaitoje taip pat yra išryškinama gynybinės medicinos problema. Ataskaitos duomenimis dėl įstatyme galiojančių nuostatų, šeimos gydytojai, norėdami apsaugoti, ne visada pagrįstai siunčia pacientus pas gydytojus specialistus. Todėl viena iš rekomendacijų buvo inicijuoti šio įstatymo nuostatų peržiūrėjimą (pakeitimą ir (ar) papildymą).

<sup>172</sup> Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatymo 2 str.15 d. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 73-3085; Lietuvos Respublikos finansų ministro 2009 m. gegužės 19 d. įsakymas Nr. 1K-162 „Dėl pajamų, gautų natūra, įvertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 59-2311.

<sup>173</sup> „Savivaldybei siūlome, jaunam specialistui, jei sutiktų atvažiuoti dirbti, suteikti jam gyvenamą plotą ir kažkokią sumą per tris metus išmokėti neatlygintinai įsikūrimu, tokiu būdu būtų lengviau prisivilioti. Bet rajono valdžia kol kas tyli, nesako, kad ne, bet tyli. Bet kol kas, šeimos gydytojų pas mus pakanka, bet Kuršėnuose didelė dalis pensinio amžiaus, kuris šiandien dirba, o rytoj jau gal nebedirbs. Tai į tą vietą jau sunkiau privilioti kitą ar naują gydytoją...“

Interviu metu respondentų buvo bendrai klausiama, ką jie mano apie šį įstatymą, ar jis kelia įtampą jų darbe ir kaip jie keistų dokumentą. Duomenys pateikti 7 lentelėje.

**7 lentelė. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas šeimos gydytojo darbe**

Kategorija	Subkategorija	Subkategorija	Respondentų pasisakymai
Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas	Įtakoja šeimos gydytojo darbą		„...Stengiuosi paprasčiausiai viską, kiek įmanoma apsirašyti, viską grįsti tyrimais, kad galėtum apsitrausti. Tai vadinasi, kažkiek įtakoja...“ (Š.G.3/M)
		Pacientų pareigos	„Daro... Galų gale, turėtų būti pareiga pačiam rūpintis savo sveikata, gyventi, kiek įmanoma, sveiką gyvenimo būdą...“ (V.2/M)
			„...suformuoti, kad pats pacientas yra atsakingas už savo sveikatą, o dabar yra atvirkščiai...“ (Š.G.1/M)
			„...nes jame nėra nustatyta paciento atsakomybė už jo sveikatą, o tik gydytojo atsakomybė...“ (Š.G.4/M)
			„...jame nėra nustatyta paciento atsakomybė už jo sveikatą, o tik gydytojo atsakomybė...“ (Š.G.6/R)
		Gynybinė medicina	„Taip, mes esam gynybinė medicina ir stengiamės viską pasidaryti, kad tik ko nenutiktų, stengiamės apsitrausti..“ (Š.G.5/R)
	Nedaro įtakos		Nieko man nekelia... jei nesi pikta, neagresyvi, ligoniui paaiškini, tai tu ir padarysi klaidą... tai viskas praeis lengviau, viskas priklauso nuo kontakto su ligoniu, nuo jo pasitikėjimo.“ (Š.G.2/M)

Apibendrinant interviu turinio duomenis, galima teigti, kad beveik vienareikšmiškai, respondantai pasisako už tai, kad įstatyme turėtų būti numatyta ir paciento teisė rūpintis savo sveikata. Tokią nuomonę išreiškė respondantai V.2/M, Š.G.1/M, Š.G.4/M, Š.G.6/R, Š.G.5/R. Įdomu tai, kad 2009 m. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas buvo pakeistas ir jame atsirado straipsnis, kuriame kaip tik ir yra reglamentuota, respondentų paminėta, pacientų pareiga rūpintis savo sveikata ir ne tik<sup>174</sup>. Todėl galima daryti kelias prielaidas:

- respondantai nėra išstudijavę įstatymo ir jų žinios apie šį dokumentą yra labai pasenusios;
- esamos įstatymo nuostatos neatlieka savo funkcijų arba jas atlieka netinkamai;
- galbūt šeimos gydytojais, kurie neatlieka visų savo funkcijų, tik dangstosi šiuo įstatymu.

<sup>174</sup> Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 145-6425. 12 str.

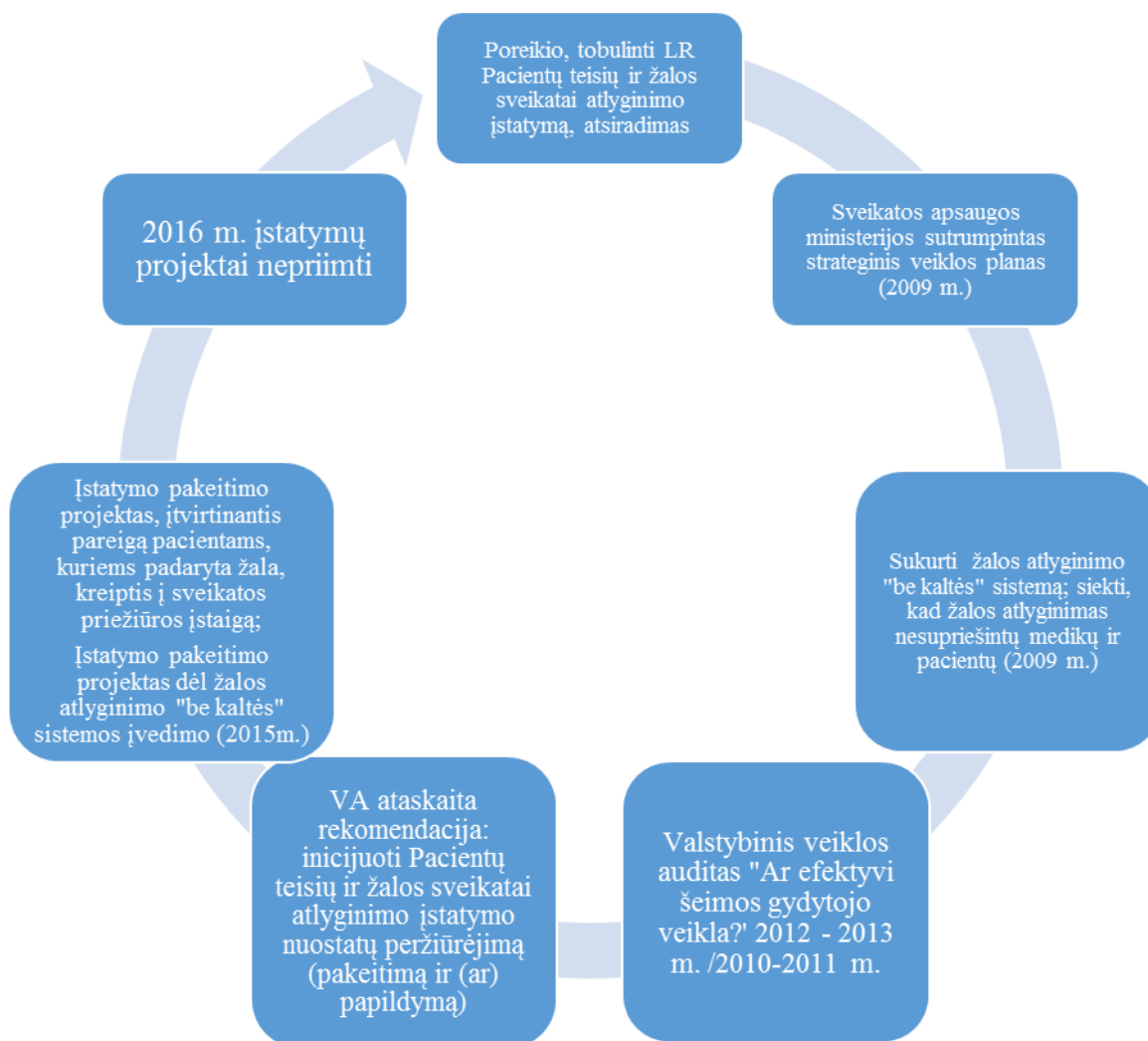
Tyrimo tikslas, atskleisti, ar atliktas veiklos auditas įtakojo šeimos gydytojų darbo reglamentavimą. Atlikta dokumentų analizė, parodė, kad į rekomendaciją buvo atsižvelgta. 2015 m. vasario 19 d. Lietuvos Respublikos seime buvo įregistruotas Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 23 ir 24 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas. Jo tikslas – „siekti glaudesnio pacientų ir sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimo, sprendžiant ginčus, mažinti poreikį naudotis brangiomis teisinėmis paslaugomis ir sudaryti palankesnes sąlygas šiuos klausimus spręsti pasitelkiant įstaigų civilinę atsakomybę draudžiančias draudimo bendroves. Projektu siūloma įpareigoti pacientus ar kitus asmenis pirmiausia dėl žalos atlyginimo su skundu kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje, jų manymu, buvo padaryta žala“<sup>175</sup>. Autorė taip pat pritarė šiam įstatymo pakeitimo projektui, nes jis, autorės manymu, mažintų įtampą medikų darbe, nes leistų žinoti, kad jei bus padaryta klaida, tai pacientas pirmiausia kreipsis į gydymo įstaigą ir tuomet bus galima kilusį konfliktą/problemą išspręsti įstaigos viduje to neviešinant ir nepradedant teisminių procesų. Įstatymo 24 straipsnio pakeitimams pritarė, bet šiai dienai nėra priimti.

2014 m. gruodžio 11 d. Seimui buvo pateiktas ir 2015 m. vasario mėnesį svarstytas dar vienas šio įstatymo pakeitimo projektas Nr. XIIP-2620, keičiantis 2 straipsnį ir V skyrių. Projektu siūloma „įteisinti naują žalos paciento sveikatai atlyginimo be kaltės modelį, kurio esmė ta, kad žala pacientui atlyginama nesinaudojant teisinės sistemos pagalba ir nenustatinėjant asmens, teikusio sveikatos priežiūros paslaugas ir galimai sukėlusio žalą, kaltės.“<sup>176</sup> Tuo siekiama padėti pacientams greičiau atlyginti žalą ir gynybinei medicinai. Respondentas Š.G.5/R., kuris taip pat kalbėjo ir apie gynybinės medicinos egzistavimą ir respondentas Š.G.1/M pritaria šiam projektui. Projektas atmestas.

---

<sup>175</sup> Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymo Nr. I-1562 23 ir 24 str. pakeitimo įstatymo projekto aiškinamasis raštas. [interaktyvus]. Vilnius, 2015-01-23 [žiūrėta 2016-01-20]. Prieiga per internetą:<[https://lrv.lt/uploads/main/Posed\\_medz/2015/150218/13.pdf](https://lrv.lt/uploads/main/Posed_medz/2015/150218/13.pdf)>.

<sup>176</sup> Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymo Nr. I-1562 2 str. ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projekto aiškinamasis raštas. [interaktyvus]. Vilnius, 2014-12-11 [žiūrėta 2016-01-20]. Prieiga per internetą:<[http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_1?p\\_id=491399#>](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_1?p_id=491399#>).



10 pav. Valstybės kontrolės Veiklos audito vieta Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo kaitos procese

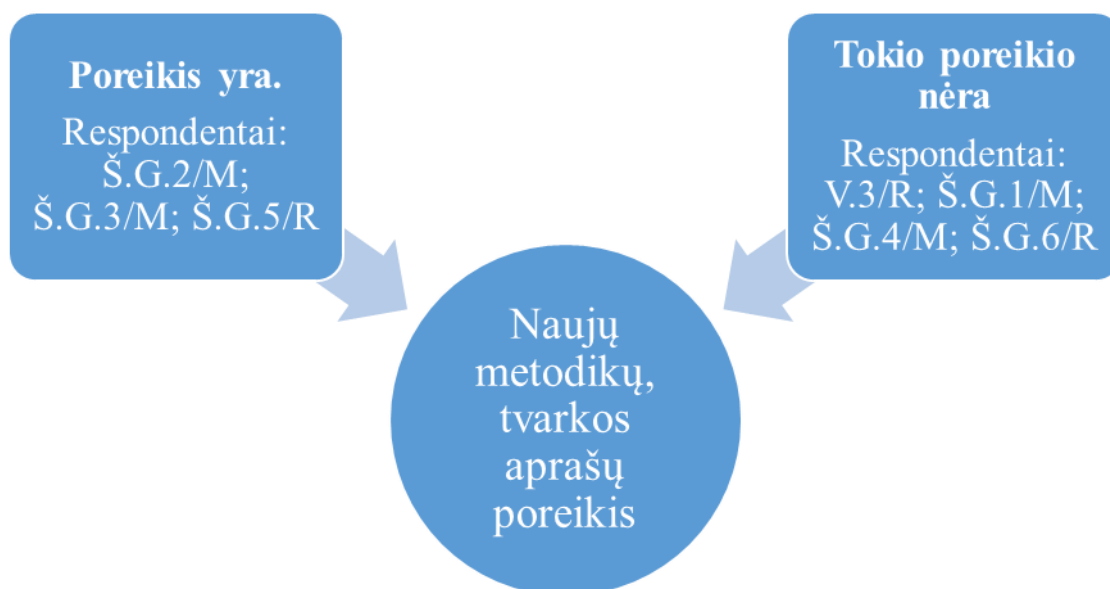
Iš 10 paveikslo matyti, kad poreikis tobulinti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą atsirado dar iki Valstybės kontrolės audito. 2009 m. Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiame veiklos plane<sup>177</sup> jau buvo iškeltas tikslas sukurti sistemą dėl žalos atlyginimo „be kaltės“ ir taip mažinti įtampą tarp paciento ir jį gydančio gydytojo. Atliktas veiklos auditas pagreitino įstatymų projektus dėl įstatymo pakeitimo, tačiau projektai dar nėra priimti. Tai atspindi, kad Valstybės kontrolės veiklos auditas, jo rekomendacijos pagreitina procesus ar pokyčius, kuriems buvo ruošiamasi ar buvo pasiruošta iki audito.

<sup>177</sup> Lietuvos Respublikos vyriausybės 2009 m. vasario 18 d. nutarimas Nr. 181 „Dėl strateginių veiklos planų“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 31-1227.

### 3.2.6. Naujų, šeimos gydytojo praktikoje taikytinų, metodikų, tvarkos aprašų, poreikis. Poreikis aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto kompetencijų ribas

Auditoriai, atlikę tyrimą, padarė išvadą, kad šeimos gydytojai pacientus pas gydytojus specialistus siunčia neišnaudoję visų savo kompetencijų. Viena iš priežasčių – aukščiau minėta gynybinė medicina, nes pacientai patys to reikalauja. Kitos priežastys – laiko stoka, netinkamos darbo sąlygos, reikiamos įrangos trūkumas. Šiai problemai spręsti pasiūlyta rekomendacija – nauji metodiniai dokumentai, gairės tvarkos aprašai, kurie leistų šeimos gydytojams užtikrinti tęstinę paciento sveikatos priežiūrą, kurie aiškiau atskirtų šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto kompetencijų ribas.

Interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti, ką šeimos gydytojai mano apie naujų metodikų, taikytinų šeimos gydytojo praktikoje, tvarkos aprašų atsiradimą. Nuomonių pasiskirstymas atsispindi 11 paveiksle.



11 pav. Naujų, šeimos gydytojo praktikoje taikytinų, metodikų poreikis

Šis klausimas buvo užduodamas tik šeimos gydytojams, manant, kad jie geriausiai gali į tai atsakyti, nes jie kasdien savo veikloje susiduria su gydymo metodikomis, tvarkos aprašais. Ir buvo daroma prielaida, kad įstaigų vadovai gali būti nutolę nuo šeimos gydytojų praktinio darbo. Tačiau su vienu iš vadovų, neplanuotai, buvo aptartas šis klausimas. Respondentas V.3/R mano, kad dar labiau plėsti šeimos gydytojo kompetencijų nereikėtų, nes laiko stoka ir taip trukdo vykdyti dabar esamas kompetencijas. Jo teigimu visas kompetencijas yra pajėgūs vykdyti tik naujai paruošti šeimos gydytojai<sup>178</sup>, o jų, kaip jau buvo aptarta aukščiau, sunku prisivilioti. Tai yra kaip uždaras ratas

<sup>178</sup> „Na šeimos gydytojo normoje yra išvardinta funkcijų, kurias jis turi atlikti. Bet jei darytų viską, tai jis niekaip neįsistektų savo darbo laike. O daugelį funkcijų gali atlikti tik naujai paruoštas šeimos gydytojas, o senesnis gydytojas gal ir nedrįsta atlikti kitų funkcijų, nes trūksta įgūdžių.“

problemų, kurios išplaukia viena iš kitos ir pabaigoje vėl yra grįžtama į pradinį tašką. Todėl, žiūrint į tai, galima daryti prielaidą, kad prieš mąstant apie naujas metodikas, reikėtų išsiaiškinti, ar visi šeimos gydytojai bus pajėgūs jas vykdyti ir tinkamai atlikti savo funkcijas.

Šeimos gydytojų nuomonės šiuo klausimu pasiskirstė tolygiai, viena pusė mano, kad vertėtų pamastyti apie naujų metodikų, ar apie šeimos gydytojų funkcijų išplėtimą, o kita pusė pasisakė priešingai.

Respondentas Š.G.3/M mano, kad šeimos gydytojo funkcijas būtų galima praplėsti neurologijos srityje. Bet prie siuntimų pas gydytojus specialistus skaičiaus mažinimo, tai neprisidėtų. Jo teigimu, dažniausiai patys pacientai to reikalauja<sup>179</sup>. Čia galima įžvelgi ir jau minėtos gynybinės medicinos bruožus, todėl ir vėl atsiranda uždaras ratas.

Respondentai Š.G.2/M ir Š.G.5/R sakydami, kad reikia naujų metodikų ar tvarkos aprašų, savo teiginį grindžia tuo, kad yra tokių vaistų grupių, kuriems šeimos gydytojas recepto išrašyti negali<sup>180</sup>, o pacientas ateina pas šeimos gydytoją tik tam, kad gautų siuntimą pas gydytoją specialistą, o jis, savo ruožtu, išrašytų receptą. Todėl taip yra apkraunami ir šeimos gydytojai, ir gydytojai specialistai.

Respondentai Š.G.1/M, Š.G.4/M, Š.G.6/R sako, kad tokio poreikio nėra, nes metodikų ir taip yra pakankamai, o dar daugiau aprašų tik dar labiau apsunkins jų darbą.

Atlikta dokumentų analizė parodė, kad naujų metodikų, taikytinų šeimos gydytojo darbe, neatsirado, todėl kol kas rekomendacija nėra įgyvendinta. Nors ir nėra vieningos respondentų nuomonės šiuo klausimu.

### 3.2.7. Šeimos gydytojų užimtumo mažinimas

Kalbant apie naujų metodikų ir tvarkos aprašų, ar naujų funkcijų priskyrimo šeimos gydytojams, būtina pabrėžti, kad šeimos gydytojai yra užimti darbais, kurie nereikalauja šeimos gydytojo kompetencijos. Iš pokalbio su respondentais išryškėjo, kad į tai įeina įvairių formų, pažymų, pildymas, siuntimų į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybas rašymas. Tą patį nustatė ir valstybės kontrolieriai, atlikę veiklos auditą. Ataskaitoje teigiama, kad tiems darbams šeimos gydytojai sugaišta 22 proc. savo darbo dienos laiko. Todėl Valstybės kontrolės rekomendacijose buvo pateikta patikslinti ir (ar) papildyti asmens sveikatos priežiūros specialistų veiklą reglamentuojančius teisės aktus,

<sup>179</sup> „Aš manau, kad neurologijos srityje būtų galima plėstis ir praplėsti mūsų galimybes... nors tu ir žinai, kad tas specialistas pasakys tą patį... Bet kartais siunti dėl to, kad paprasčiausiai pacientas to reikalauja ir kad jis įsitikintų ir nurimtu, darai, kaip jis nori...“

<sup>180</sup> „...šeimos gydytojas turėtų teisę pavyzdžiui gerybinei prostatai hipertrofijai po urologo konsultacijos pavyzdžiui pats išrašyti...“

numatant pareigų ir kompetencijų, nereikalaujančių gydytojo kvalifikacijos, perdavimą kitiems gydymo įstaigų darbuotojams.

Dokumentų analizė parodė, kad į rekomendaciją buvo atsižvelgta ir darbai buvo vykdomi. Nuo 2014 m. lapkričio 1 d. įstaigos, teikiančiose primines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir prie kurių yra prisirašę 10 tūkst. ar daugiau pacientų, turi būti įvesta koordinatoriaus pareigybė<sup>181</sup>. Koordinatorius atsako už prevencinės/profilaktinės programos plėtojimą.

2014 m. sausio 28 d. buvo pratęstas vaistų išrašymo terminas, pacientams sergantiems lėtinėmis ligomis. Terminas pratęstas iki 360 d.<sup>182</sup> Tai suteikia galimybę pacientui pakartotinai įsigyti vaistų pagal receptą.

2014 m. vasario 28 d. priimtas teisės aktas „Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“<sup>183</sup>. Aprašo 5 punkte nurodoma, kad lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, po baigto aktyvaus gydymo, kartą gavusiems siuntimą, nustatyta galimybė lankytis nustatytu periodiškumu pas gydytojus specialistus be šeimos gydytojo siuntimo.

Nuo 2015 m. liepos 24 d. papildytos Bendrosios praktikos slaugytojos ir Bendruomenės slaugytojos medicinos normos, joms suteikta teisė skirti ir išrašyti medicinos pagalbos priemones.

2014 m. liepos 4 d. patvirtintos Išplėstinės slaugos praktikos gairės<sup>184</sup>, kurias įgyvendinus būtų išplėstos slaugytojo kompetencijų ribos ir taip būtų galima efektyviau spręsti paciento problemas, kurioms nereikia gydytojo kompetencijos.

Interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti respondentų nuomonę, kaip jie spręstų šią problemą. O kartu ir norėta pažiūrėti, ar rekomendacijų įgyvendinimas ir priimti teisės aktų pakeitimai palengvino šeimos gydytojų darbą. Interviu turinio analizės duomenys buvo sugrupuoti ir pateikti lentelėse ( 8, 9, 10).

<sup>181</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. V-377 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 3300.

<sup>182</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. V-126 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymo Nr. 112 „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“ pakeitimo“.

<sup>183</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 „Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 2274.

<sup>184</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-766 „Dėl išplėstinės slaugos praktikos gairių patvirtinimo“. [interaktyvus], [žiūrėta 2016-02-13]. Prieiga per internetą:<<https://www.etar.lt/portal/legalAct.html?documentId=15707240072611e4b836947d492f2f50>>.



8 lentelė. Koordinatoriaus pareigybės įvedimas

Kategorija	Subkategorija	Subkategorija	Respondentų pasisakymai
Koordinatoriaus pareigybė	Pareigybė įvesta	Pasiteisino	„...dabar yra <b>vadybininkai...</b> , kurie atsako už prevencinių programų organizavimą. Jie <b>vietą randa po saule</b> , kurie padeda organizuoti, padeda kviesti, padeda informuoti, apipavidalinti gaunamą informaciją ir t. t., <b>tai nuima tam tikrą darbą nuo šeimos gydytojų...</b> “ (V.1/M)
			„Turim <b>koordinatorių</b> , kuris reguliuoja skatinamąsias, programines priemone... <b>Ta pareigybė tikrai veikia...</b> “ (V.2/M)

Iš lentelės matyti, kad apie koordinatoriaus pareigybę užsiminė tik du respondentai. Jie teigia, kad ta priemonė pasiteisino ir kad tai kažkiek sumažina šeimos gydytojų darbo krūvį. Įdomu tai, kad įstaigų, kuriose yra įvesta ši pareigybė, šeimos gydytojai neužsiminė apie tai. Iš to galima daryti prielaidą, kad šeimos gydytojai palengvinimo dar nepajuto arba jie nežino apie tokią pareigybę.

9 lentelė. Teisė bendrosios praktikos slaugytojui skirti ir išrašyti medicinos pagalbos priemonės

Kategorija	Subkategorija	Respondentų pasisakymai
MP priemonių išrašymas	Pasiteisino	„...Na šiek tiek ir išplėtė ta linkme, <b>dabar jos gali išrašyti receptus medicinos pagalbos priemonėms...</b> “ (V.1/M)
	Nepasiteisino	„...Dabar jau slaugytojos gali ir išrašinėja medicinos pagalbos priemones, tai kažkiek sumažina gydytojo darbą...“ (V.3/R).
		<b>Slaugytojos gali irgi išrašyti medicinos pagalbos priemones, bet kad ji pati nespėja</b> (Š.G.5/R)

Lentelės duomenys vėl atskleidžia įdomų faktą, kad apie tai, jog bendrosios praktikos slaugytojas turi teisę skirti ir išrašyti medicinos pagalbos priemones, užsiminė tik trys respondentai ir tai yra gydymo įstaigų vadovai ir vienas šeimos gydytojas. Šis faktas vėl leidžia daryti prielaidą, kad šeimos gydytojai nejaučia darbo krūvio sumažėjimo (galbūt dar praėjo mažai laiko, kad būtų jaučiamas apčiuopiamas rezultatas) arba jie ir su jais dirbančios bendrosios praktikos slaugytojos apie tai vis dar nežino.

## 10 lentelė. Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo

Kategorija	Subkategorija	Respondentų pasisakymai
Ilgalaikis pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, būklės stebėjimas	Nepasiteisino	„...dabar yra „būktai“ <b>tęstinis gydymas, bet tas tęstinis gydymas yra labai netobulas, įtraukta labai nedaug ligų... būtų gerai gleukomai, reumatoidiniam artritui, kokia sunki korekcijos hipertoniya...</b> “ (Š.G.2/M)
		„...Aišku yra <b>siuntimai pas specialistus ilgalaikiam sekimui, bet čia yra atskiros ligos. Mes rašom ilgalaikiam sekimui, bet ne visi specialistai to laikosi ir patys pacientai vis tiek eina ir mes turim rašyti tuos siuntimus.</b> “ (Š.G.5/R)

Pateikti duomenys atskleidė tą patį, tik du kalbinti respondentai užsiminė apie ilgalaikį pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimą. Prielaidos irgi tos pačios – respondentai nesusipažinę su naujovėmis, arba tai neveikia ir nesumažina darbo krūvio. Respondentai Š.G.2/M ir Š.G.5/R teigia, kad ši naujovė yra labai netobula, nes įtraukta labai nedaug ligų ir iš gydytojų specialistų gauna labai trumpus pacientų sąrašus, kuriems būtų taikomas ilgalaikis stebėjimas.

Interviu metu respondentai visi vienareikšmiškai pasisakė už tai, kad taip šeimos gydytojas yra labai apkrautas ir kad tikrai yra funkcijų, kurios nereikalauja gydytojo kompetencijų, bet užima pakankamai daug laiko, vadinasi galima daryti išvadą, kad nors ir rekomendacija yra įgyvendinta, tačiau tyrimas Šiaulių regione atskleidė, kad teigiamo poveikio šeimos gydytojais nepajuto.

Dvyliktame paveiksle atspindėtas kelias nuo problemos, dėl didelio šeimos gydytojo užimtumo darbas, tiesiogiai nesusijusiais su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, suvokimo iki sprendimo įgyvendinimo. Dar Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijoje<sup>185</sup> yra įvardinama ši problema ir išskeltas tikslas ją spręsti. Darbo autorė neteigia, kad iki Valstybės kontrolės atlikto audito nebuvo imtasi veiksmų problemai spręsti, bet veiklos audito rezultatai parodė, kad problema vis dar egzistuoja. Pasiūlytas sprendimo būdas, rekomendacija įgyvendinta, tačiau praėjus metams nuo sprendimo priėmimo – poveikis negaunamas. Taip vėl grįžtama į pirminę padėtį – suvokimą apie problemą.

<sup>185</sup> Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-717 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 96-3897



12 pav. **Problemos, dėl didelio šeimos gydytojų užimtumo, sprendimo ciklas**

Aprašius rekomendacijų įgyvendinimo poveikį bei apžvelgus problemos sprendimo procesą, tikslinga aptarti, kokias priemones problemai spręsti, siūlo respondentai. Interviu turinio duomenų analizė pateikta 11 lentelėje.

11 lentelė. Respondentų siūlymai problemai spręsti

Kategorija	Subkategorija	Respondentų pasisakymai
Problemos sprendimo būdai	Darbo kompiuterizavimas	„...vienintelis kelias ir yra tik būtent kad <i>mašina padėtų...</i> “ (V.1/M).
	Slaugytojų kompetencijų išplėtimas	„... <i>Tai dar vienas sprendimo būdas – slaugytojų kompetencijų išplėtimas...</i> “ (V.1/M).
		„... <i>Jeigu papildomai finansuos naujai atsiradusias išplėstinės praktikos slaugytojas, jei jų atlyginimui gausim papildomą finansavimą, tai manau irgi prisidėtų prie gydytojų darbo</i> “

Kategorija	Subkategorija	Respondentų pasisakymai
		<i>krūvio mažinimo...“ (V.3/R)</i>
		<i>„...Manau, kad išplėstinės praktikos slaugytojos padėtų...“ (Š.G.3/M)</i>
	Papildomas žmogus/socialinis darbuotojas	<i>„...Tai į šeimos gydytojo komandą reikėtų įvesti dar vieną darbuotoją – socialinį darbuotoją, jis galėtų taip pat pildyti lapus į tai yra į tą vadinamą nedarbingumo komisiją, padėtų rašant gydytojams į konsultacijų polikliniką, arba į kitą miestą konsultuotis pas III lygio specialistus...“ (Š.G.1/M).</i>
		<i>„Mums tikrai labai patiktų, jei būtų atskiras žmogus, kuris tai darytų, bet tai yra iš fantastikos skyriaus...“ (Š.G.3/M)</i>
		<i>„Daugiau turėtų dirbti socialinės tarnybos, kompiuterizuoti siuntimus į NDNT“ (Š.G.4/M)</i>
		<i>„...Mes gal turėtume turėti asistentus, kurie pildytų popierius. Gal kažkokį socialinį darbuotoją, kuris ne tik padėtų pildyti, bet ir pabendrautų su pacientu...“ (Š.G.5/R)</i>
		<i>„Vokietijoje šeimos gydytojai turi 2 padėjėjas slaugytojas – kopijuokime šį modelį“ (Š.G.6/R)</i>
	Nauja receptų rašymo tvarka	<i>„...Reikėtų pakeisti receptų rašymo taisykles, jei aš parašiau ir gal galėtų ant to paties išrašyto recepto pasiimti vaistus visus puse metų. Gal su koku kodu ar panašiai. Dabar aišku galima, bet aš šešis kartus turiu užrašyti tęstiniam gydymui, o jei tų receptų penki skirtingi vienam asmeniui, tai užima labai daug laiko...“ (Š.G.5/R)</i>
	Darbo organizavimas	<i>„...Tiems darbams, kuriems nereikia gydytojo kompetencijos, gydytojas turi vadovauti. Tik jis gali žinoti, kam ko reikia, bet nebūtina, kad jis rašytų, kad jis darytų, jis turi koordinuoti. Tai komandai, tai savo apylinkei gydytojas turi vadovauti ir niekas iš pašalės neateis ir nesutvarkys...“ (V.2/M)</i>

Apibendrinant interviu turinio analizės duomenis, pateiktus lentelėje, matyti, kad išryškėja du siūlytini problemos sprendimo būdai – išplėstinės slaugos praktikos slaugytojas, jei jam bus suteiktas papildomas finansavimas ir papildomas žmogus/socialinis darbuotojas komandoje. Didžioji dalis respondentų (Š.G.1/M, Š.G.3/M, Š.G.4/M, Š.G.5/R, Š.G.6/R) mano, kad šeimos gydytojų darbą palengvintų į komandą įtrauktas dar vienas žmogus, kuris dirbtų su dokumentacijos pildymu. Gal tai išsprendės, kai bus įgyvendintos išplėstinės slaugos praktikos gairės.

Respondentas V.2/M dar siūlo keisti darbo organizavimą. Jis sako, kad gydytojas turėtų būti vadovas ir vadovauti darbui, vadovauti tam darbui, kuris nereikalauja gydytojo kompetencijos, o jo padėjėjai – bendrosios praktikos slaugytojai.

Respondentas Š.G.5/R sako, kad receptų išrašymo tvarka vis dar labai netobula, užima labai daug laiko. Nors dabar ir galima išrašyti receptą ilgesniam laikui, bet tai užima labai daug laiko.

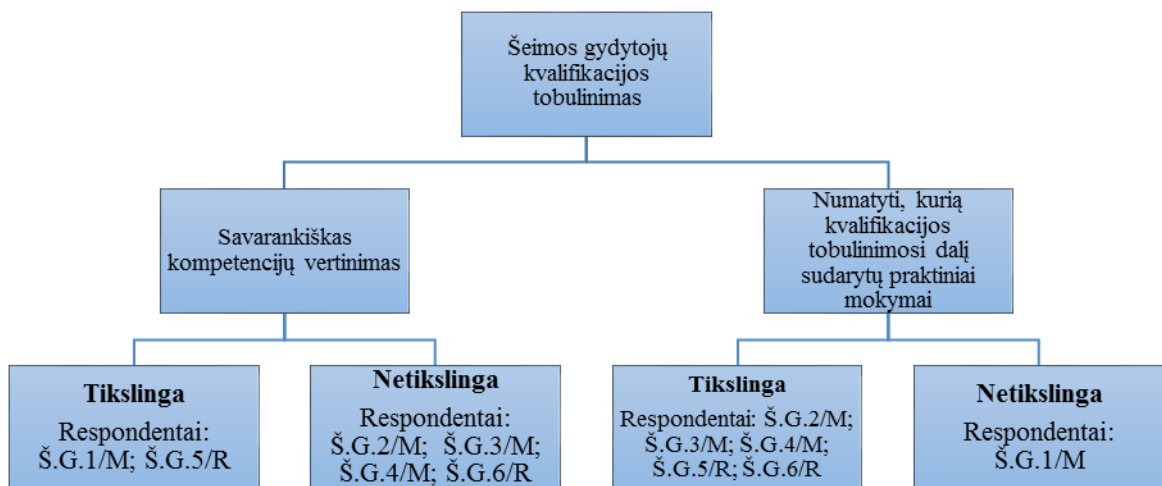
Jei grįžtant prie naujų metodikų, šeimos gydytojo kompetencijų išplėtimo, tai visų pirma reikėtų išspręsti problemą šioje srityje, reikia mažinti šeimos gydytojo darbo dienos apkrovimą darbais,

nerikalaujančiais gydytojo kompetencijos. Nes kitaip jiems neužteks laiko naujoms funkcijoms vykdyti.

### 3.2.8. Šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimas

Aukščiau buvo aptartas klausimas, ar reikėtų naujų metodikų, taikytinų šeimos gydytojo praktikoje. Vienas iš respondentų (V.3/R) minėjo, kad tik naujai paruošti šeimos gydytojai galėtų atlikti visas jiems paskirtas funkcijas.

Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojai nevykdo visų savo kompetencijų. Viena to priežasčių – nepakankama kvalifikacija. Atitinkamai, rekomendacijose buvo nurodyta, kad reikėtų įvesti savanorišką šeimos gydytojų kompetencijų vertinimą, reglamentuoti, kurią kvalifikacijos tobulinimo dalį turėtų sudaryti praktiniai mokymai. Atsižvelgiant į tai, kad viso tyrimo tikslas – valstybinio audito įtaka šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui, interviu metu respondentų buvo klausama, ar jų manymu yra tinkamai organizuojami šeimos gydytojų kursai, o pagrindinis dėmesys buvo skiriamas klausimams, ar reikėtų įdiegti savanorišką savo kompetencijų vertinimą ir ar reikėtų nustatyti, kurią kvalifikacijos tobulinimosi dalį turėtų sudaryti praktiniai mokymai. Interviu turinio duomenų analizė pateikta 13 paveiksle.



13 pav. Respondentų nuomonių pasiskirstymas dėl šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimo

Kaip matyti iš paveikslo, didžioji dalis respondentų nemano, kad būtų tikslinga įvesti savanorišką kompetencijų vertinimą. Jų teigimu, jie patys ir taip jaučia, kurią sritį reikėtų patobulinti ir kur jaučiasi silpniau<sup>186</sup>.

Dėl klausimo ar reikėtų numatyti, kurią kvalifikacijos tobulinimosi dalį turėtų sudaryti praktiniai mokymai, respondentų nuomonė yra vieninga. Jie teigia, kad tai tikrai būtų naudinga, nes dabar, nors ir yra kursų, kurie susideda iš dviejų dalių – teorinės ir praktinės, tai yra neprivaloma, o gydytojai labiau mėgsta klausyti teorines paskaitas, pasiteisindami, kad jų praktika, tai kasdienis darbas<sup>187</sup>.

Respondentas Š.G.3/M sako, kad dabar su kvalifikacijos kėlimu yra ir šioji tokia apgaulė, nes lektoriai veda kursus ne tik universitetinėse ligoninėse ir tos valandos yra užskaitomos, kaip universitetinės. Tai privalomų praktinių mokymų dalies reglamentavimas turėtų išspręsti šią problemą<sup>188</sup>.

Vienintelis respondentas Š.G.1/M, kuris sakė, kad gal to nereikėtų, nes tai apsunkintų licencijos pratęsimą.

Interviu metu išryškėjo ir kitos problemos, susijusios su kvalifikacijos tobulinimu, kurias taip pat išryškino ir veiklos auditoriai. Nors respondentai ir mano, kad kvalifikacijos kursų tikrai pakanka, kad yra iš ko rinktis, bet daugelis iš jų yra mokami ir pakankamai brangūs. Kita problema, ta kad sunku patekti III lygio kvalifikacijos kėlimo kursus, vykšančius Vilniaus universiteto Medicinos fakultete ir Lietuvos sveikatos mokslų universitete, nes sunku gauti kelialapį. Respondentas mano, jog būtų gerai, jei tokie kursai vyktų ir jų gydymo įstaigose, bet taip pat sako, kad tai gali būti ne taip efektyvu, nes įstaigose nėra tokių sąlygų.

Dokumentų analizė parodė, kad rekomendacija dėl privalomų praktinių valandų įvedimo nebuvo įgyvendinta. Tik buvo pakeistas sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“. Gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimo reikalavimų aprašas papildytas 4(1) punktu<sup>189</sup>, kuris leidžia šeimos gydytojams, dirbantiems pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir šių įstaigų nedarbo metu papildomai dirbantiems stacionarines paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų Priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuose, pravalomas išklaudyti 120 val. mažinti iki 40 val. Taip suteikiant galimybę šeimos gydytojams efektyviau bei kokybiškiau kelti kvalifikaciją.

<sup>186</sup> „...manau, kad kiekvienas, kuris mąsto ir kuriam patinka tas darbas, tai pats jaučia, kur norėtų pasitobulinti. Manau, kad būtų galima ir tą savanorišką kompetencijų vertinimą įdiegti, bet tai būtų tas pats...“

<sup>187</sup> „Dažnai kvalifikacijos kėlimo paskaitos susideda iš 2 dalių – teorijos ir praktikos, bet galėtų tai būti visada, nes gydytojai labiau mėgsta teorines paskaitas, motyvuodami tuo, kad praktiniai įgūdžiai yra kasdienis darbas“.

<sup>188</sup> „...prasmė tikrai būtų ir būtų tikrai gerai, jei tik tai būtų reglamentuota ir suderinta su darbdaviu. Nes dabar yra tas teorinės valandos ir kadangi lektoriai atvažiuoja ir tai jau skaitosi kaip universitetinės valandos, tai gaunasi kaip maža apgaulė, nors tai yra patogu.“

<sup>189</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 11 d. įsakymas Nr. V-219 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymo Nr. V-396 „Dėl medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 1538.

Autorė sutinka su respondentų nuomone šiuo klausimu. Rekomendaciją reikėtų įgyvendinti. Tada gal būtų paprasčiau išspręsti problemą dėl naujų metodikų ir funkcijų priskyrimo šeimos gydytojams. Kai šeimos gydytojai turės daugiau praktinių įgūdžių, jiems bus lengviau priimti naujoves ir jas įgyvendinti savo darbe.

### 3.2.9. Šeimos gydytojų ir bendrosios praktikos slaugytojų skatinimas už gerus darbo rezultatus ir skatinamąsias paslaugas

Atliktas veiklos auditas nustatė, kad ne visos gydymo įstaigos darbo apmokėjimo tvarkose numato dalį lėšų, gautų už skatinamųjų paslaugų vykdymą, gerus darbo rezultatus, skirti tas paslaugas suteikusiems gydymo įstaigų darbuotojams, o taip pat buvo pabrėžta, kad šeimos gydytojai mažai atlieka suaugusiųjų pacientų neinfekcinių ligų profilaktinių patikrinimų. Todėl pateikta rekomendacija – bendradarbiaujant su savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais rengti priemonės, motyvuojančias gydymo įstaigas dalį lėšų, gautų lėšų už atliktus gerus darbo rezultatus ir skatinamąsias paslaugas, skirti kaip finansinę paskatą tas paslaugas suteikusiems įstaigų darbuotojams. Ir skatinti aktyviau vykdyti suaugusiųjų neinfekcinių ligų profilaktiką. Interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti, ar šeimos gydytojai yra finansiškai skatinami už gerus darbo rezultatus ir ar yra skatinami aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką.

Respondentų pasisakymai šiuo klausimu yra vieningi. Visose tyrime dalyvavusiose įstaigose šeimos gydytojams mokama už gerus darbo rezultatus bei atliktas skatinamąsias paslaugas. Respondentai taip pat vieningai teigia, kad finansinis paskatinimas veikia labai efektyviai ir tai motyvuoja siekti gerų darbo rezultatų bei atlikti daugiau skatinamųjų paslaugų, vykdyti prevencines programas.

Tačiau įdomu tai, kad interviu metu paklausus, ar šeimos gydytojai yra skatinami aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką, nuomonės išsiskyrė. Respondentas V.1/M sako, kad šeimos gydytojai mažai įtakoja savo pacientą dėl profilaktinių patikrinimų, nes yra per daug užimtas darbais ir profilaktika lieka paskutinėje vietoje.<sup>190</sup>

Respondentas Š.G.3/M taip pat sako, kad neinfekcinių ligų profilaktika lieka paskutinėje vietoje.<sup>191</sup>

Visi kiti respondentai teigia, kad gana aktyviai vykdo neinfekcinių ligų profilaktiką ir gauna už tai papildomą finansinį paskatinimą. Iš to galima daryti prielaidą, kad tie respondentai neinfekcinių

<sup>190</sup> „Na pats gydytojas tikrai mažai šioje vietoje įtakoja savo pacientą dėl kažkokių profilaktinių patikrinimų... nes gydytojas yra tiek įsivėlęs į tą rutiną ir tuos popierius, kad jam ta profilaktika lieka paskutinėje vietoje. Už tos profilaktikos vykdymą turėtų būti gal kažkoks mokėjimas...“

<sup>191</sup> „Su tom neinfekcinėm ligom yra...mes tikrai mažai padarome, bet stengsimės taisyti. Bet viskas susideda į tą didelį užimtumą ir laiko stoką..“

ligų profilaktiką tapatina su neinfekcinių ligų profilaktikos programomis<sup>192</sup>. Taip manydami jie iš dalies yra teisūs, nes paciento sveikata kaip ir yra profilaktiškai patikrinama programos metu. Tokios pat nuomonės yra ir Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamento Šeimos sveikatos skyriaus vedėja. Ji teigia, kad „yra pacientų, kurie patikrinami pagal profilaktines programas. Tai širdies ir kraujagyslių, prostatos ir kitos profilaktinės programos. Vadinasi, paciento sveikata tikrinama ir kitais atvejais. Tiesiog galbūt gydytojai to neužfiksuoja pagal esamus profilaktinio patikrinimo reikalavimus.“<sup>193</sup> Tokiu savo atsakymu Sveikatos apsaugos ministerijos atstovė dalinai prieštarauja Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito išvadai, kad šeimos gydytojai labai mažai atlieka profilaktinių suaugusiųjų sveikatos patikrinimų.

Apklausus respondentą S.1. buvo išsiaiškinta, kad pagal rekomendaciją, Sveikatos apsaugos ministerijos susitikimai su savivaldybių asociacija, savivaldybėmis ir gydymo įstaigų vadovais, siekiant aptarti priemones, galinčias dalį lėšų, gautų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, skirti finansiškai skatinti darbuotojus už gerus darbo rezultatus ir įvykdytas skatinamąsias paslaugas. Bet Šiaulių regione tai būtų ir netikslinga, nes tyrimas parodė, kad šeimos gydytojai tikrai yra skatinami.

Atlikta dokumentų analizė parodė, kad rekomendacija įgyvendinta tik iš dalies, buvo tik sąlyginiais vienetais įvertintas nauji gerų darbo rezultatų rodikliai<sup>194</sup> ir įstaigoms, teikiančioms pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, buvo pradėta mokėti už naujas skatinamąsias paslaugas<sup>195</sup>.

<sup>192</sup> širdies ir kraujagyslių, prostatos ir kt.

<sup>193</sup> *Profilaktiniai suaugusiųjų sveikatos patikrinimai – tik formalumas?*. [interaktyvus]. [žiūrėta 2016-04-01]. Prieiga per internetą: < <http://www.vaistai.lt/Profilaktiniai-suaugusiųjų-sveikatos-patikrinimai-tik-formalumas-1728.html> >.

<sup>194</sup> Atrankiniai momografinės patikros dėl krūties vėžio programos vykdymo ir vaikų dantų profilaktinių tikrinimų intensyvumo.

<sup>195</sup> Tuberkulino mėginio atlikimas 7 metų vaikams ir rizikos grupių vaikams, moksleivio paruošimas mokyklai ir neįgalių pacientų, kuriems dėl psichikos ir elgesio sutrikimų nustatytas specialusis nuolatinis slaugos poreikis, sveikatos priežiūros paslaugos namuose.



## IŠVADOS

1. Veiklos audito teorija apibrėžia esmines sąvokas veiklos audito praktikoms tobulinti, t. y., veiklos auditas yra apibūdinamas, kaip audituojamo subjekto veiklos ekonomiškumo, efektyvumo bei rezultatyvumo tikrinimas ir vertinimas.

2. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimas – vienas svarbiausių veiklos audito siekių, o lygis, kuriuo pasikeitė audituojamo subjekto veikla, yra veiklos audito poveikis.

3. Pirminė asmens sveikatos priežiūra yra viena svarbiausių sudedamųjų sveikatos priežiūros sistemos dalių. Jos centre – šeimos medicinos institucija.

4. Tinkamai funkcionuojant šeimos gydytojo institucijai, gerėja šalies gyventojų sveikata, ilgėja gyventojų trukmė, o kartu ir mažinamos išlaidos sveikatos priežiūros sistemai, didėja šalies gyventojų darbingumo lygis, auga šalies ekonomika. Nepaisant to, šioje grandyje susiduriama su nemažai problemų – didelis šeimos gydytojų darbo krūvis, todėl mažėja darbo efektyvumas, gydytojas neišnaudoja visų savo kompetencijų, nevisai tinkamai nustatomas šeimos gydytojų poreikis, šeimos gydytojų paslaugos gyventojams prieinamos netolygiai.

5. Remiantis Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ rekomendacijų sąsajos su kitais teisės aktais analize, teigtina, kad rekomendacijos turėjo įtakos:

5.1. keturių įsakymų pakeitimams ir (ar) papildymams (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymui Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymui Nr. V-529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“; 2002 m. kovo 8 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymui „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymui Nr. V-396 „Dėl medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“);

5.2. vienam Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimo pakeitimui (Lietuvos Respublikos vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimui Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“);

5.3. dviem Lietuvos medicinos normų papildymams (MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“; MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“);

5.4. dviejų įstatymų pakeitimų projektų teikimą Lietuvos Respublikos seimui (Lietuvos Respublikos 1996 m. birželio 6 d. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymui Nr. I-1367; Lietuvos Respublikos 1996 m. spalio 3 d. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymui Nr. I-1562 (du projektai));

5.5. dviejų naujų teisės aktų atsiradimui (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-766 „Dėl išplėstinės slaugos praktikos gairių patvirtinimo“; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-288 „Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“).

6. Remiantis Šiaulių regione atliktu tyrimu ir ekspertų aktyvumu konkrečiais klausimais, teigtina, kad Valstybės kontrolės atliko audito „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ pateiktos rekomendacijos:

6.1. įvesti naujus šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus – dar per anksti, nes nėra susiformavusios vieningos nuomonės tuo klausimu regiono lygiu (problema nėra tinkamai suvokta nei vietos politikų, nei gydytojų bendruomenėje;

6.2. įtvirtinti pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimus nebuvo įgyvendinta. Tačiau tyrimas parodė, kad reguliuoti privačių pirminės sveikatos priežiūros centrų išdėstymą reikėtų, nes taip būtų racionaliau panaudojamos PSDF lėšos ir mažėtų grėsmė dėl šeimos gydytojų užimtumo didėjimo, centrui bankrutavus.

6.3. mažinti šeimos gydytojų darbus, nereikalaujančius gydytojo kompetencijos, paskirstant juos kitiems darbuotojams, buvo įgyvendinta, ji savo tikslo nepasiekė, nes šeimos gydytojai poveikio nepajuto. Iš to galima daryti prielaidą, kad rekomendacija įgyvendinta „paviršutiniškai“ tik tam, kad būtų kažkas padaryta.

7. Tyrimas Šiaulių regione parodė, kad Valstybės kontrolės veiklos auditas turėjo įtakos šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui, tačiau poveikis pačiai veiklai, jos tobulinimui – vos juntamas. Norint, kad patobulintas šeimos gydytojų veiklos reglamentavimas atliktų savo funkciją, veiklos audito rekomendacijas reikia įgyvendinti sistemiškai. Norint, kad šeimos gydytojai rečiau siųstų pas gydytojus specialistus, reikia praplėsti šeimos gydytojo kompetenciją, bet tam, kad šeimos gydytojai išnaudotų visas savo kompetencijas, reikia sumažinti šeimos gydytojo darbų, kurie nereikalauja gydytojo kompetencijos našumą. Norint, kad šeimos gydytojai vykdytų visas savo kompetencijas, reikia, kad jie keldami kvalifikaciją, daugiau dėmesio skirtų praktiniams mokymams.

8. Tyrimas atskleidė, kad hipotezė pasitvirtino – atliktas Valstybės kontrolės veiklos auditas pagreitino šeimos gydytojo veiklos reglamentavimo pokyčius, kuriems buvo pasiruošta iki veiklos audito. Išvadą puikiai iliustruoja Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymo projekto, apie kurį jau buvo šnekėta 2009 m. Sveikatos apsaugos ministerijos sutrumpintame strateginiame veiklos plane, pateikimas Seimui.

## PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS

1. Rengiant rekomendacijas, atsižvelgti į audituojamo subjekto darbuotojų mintis, šiuo atveju – šeimos gydytojų, nes jie yra savo srities ekspertai ir geriausiai gali įvardinti veiklos trūkumus ir pateikti pasiūlymus, kaip juos šalinti.

2. Įvedant konkrečios veiklos gerinimo rodiklių stebėsenos sistemą, vykdyti įgyvendintų veiklos audito rekomendacijų poveikį audituoto subjekto veiklai, taip įvertinant rekomendacijų įgyvendinimui pasirinktų priemonių tinkamumą.

3. Valstybės kontrolės veiklos audito rekomendacijas įgyvendinti sistemiškai, tik taip bus juntamas poveikis visai audituotai veiklai.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Aleliūnas, I.; Atkočiūnienė, Z. Informacijos auditas kitų audito rūšių kontekste. *Informacijos mokslai*. 2010, 54: 7 – 16. – ISSN 1392-0561.
2. Alin, S.; Massialos, E., et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Belgium: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – ISBN 95 890 1066 5.
3. Birmontienė, T. et al. *Lietuvos konstitucinė teisė* [interaktyvus]. Vilnius: MRU, 2012 [žiūrėta 2016-03-21]. Prieiga per internetą: < <http://ebooks.mruni.eu/pdfreader/lietuvos-konstitucin-teis>>.
4. Barzelay, M. Performance Auditing and the New Public Management: Changing Roles and Strategies of Central Audit Institutions. *Performance Auditing and the Modernisation of Government*. Head of Publication service, OECD, 1996, p. 15 – 57. – ISBN 92-64-15346-2.
5. Boerma, W. G. *Profiles of General Practice in Europe*. NIVEL, 2003. – ISBN 90-6905-626-7.
6. Brundtland, G. H. Primary Health Care 21: „Everybody’s Business“. *An International Meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata Almaty*. [interaktyvus]. Kazachstan, 1998 [žiūrėta 2015-11-18]. Prieiga per internetą: < [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66306/1/WHO\\_EIP\\_OSD\\_00.7.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66306/1/WHO_EIP_OSD_00.7.pdf)>.
7. Budraitytė, R. Valstybinis auditas. Pažangos kelio. *Valstybės kontrolės 90 – ujų metinių minėjimo tarptautinė konferencija „Valstybinis auditas – pagalba valstybei išmintingai valdyti turtą“ 2009 sausio 29 d.* [interaktyvus] [žiūrėta 2016-03-21]. Prieiga per internetą: < <http://www.vkontrole.lt/dokumentai/VK90/Budbergyte.pdf>>.
8. Čelkis, P. Visuomenės sveikatos priežiūra, kaip asmens teisė į sveikatą įgyvendinimo priemonė. *Visuomenės sveikata*. 2010, 1(48): 9 – 20.
9. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas. [interaktyvus], [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą: < <http://dz.lki.lt/word/rekomendacija/>>.
10. Daujotaitė, D. Viešojo sektoriaus veiklos auditas naujojo viešojo administravimo paradigmoje. *Viešojo politika ir administravimas*, 2009, 28: 29 – 39. – ISSN 1648-2603.
11. Daujotaitė, D. Finansų kontrolės sistemos reforma viešajame sektoriuje. *Viešojo politika ir administravimas*. 2002, 2:74. – ISSN 2029-2236.
12. Daujotaitė, D.; Tarakavičiūtė, I.; Puškorius, S. *Veiklos audito teorija ir praktika*. Vilnius: MRU, 2012. – ISBN 978-9955-19-429-3.
13. Declaration of Alma – Ata. *International Conference on Primary Health Care*. [interaktyvus] 1978 [žiūrėta 2015-11-15]. Prieiga per internetą: < [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)>.
14. Funkhouser, M. Government Performance Auditing in the U.S. and China – Lessons Drawn from Comparative Review. [interaktyvus] *Chinese Public Administration Review*, 2004 [žiūrėta 2016-03-01]. Prieiga per internetą: < [http://spaa.newark.rutgers.edu/sites/default/files/files/CPAR/CPAR-3\\_3-4.pdf](http://spaa.newark.rutgers.edu/sites/default/files/files/CPAR/CPAR-3_3-4.pdf)>.
15. Gostin, L. O. *Public Health Law: power, duty, restraint*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 2008.
16. Gaižauskaitė, I., Valavičienė, N. *Socialinio tyrimo metodai: kokybinis interviu. Vadovėlis*. Vilnius: MRU, 2015.
17. Hall, J. J.; Taylor, R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Global Health*. 2003, 178: 17 – 20.
18. *How to Get Action on Audit Recommendation* [interaktyvus]. United States: United States Government Accountability Office, 1991 [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą: < <http://www.gao.gov/special.pubs/p0921.pdf> >.
19. Jankauskienė, D.; Pečiūra, R. *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas, 2007. – ISBN 978-9955-19-073-8.
20. Justickis, V.; Jasulaitis, A. Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdymo įvertinimas. *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*. 2011, 1(3): 103-121.
21. Juškevičius, J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai. *Regnum est*. 1990 m. kovo 11-osios Nepriklausomybės aktui – 20. Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui. Vilnius: MRU, 2010, p. 627 – 645.

22. Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Vadovėlis*. Kaunas: Jeudex, 2002. – ISBN 9986-948-65-7.
23. Katkus, A. *Valstybės kontrolė: teisinės padėties ypatumai*. Vilnius: Justitia, 2004. – ISBN 5-417-00749-8.
24. Labanauskas, L.; Justickis, V.; Savikovaitė, A. Gynybinė medicina Lietuvos sveikatos apsaugoje: gydytojų gynybinių reakcijų formavimasis. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2013, 1(5): 134-147.
25. Labanauskas, L.; Justickis, V.; Savikovaitė, A. Įstatymo įvykdumas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija. *Socialinių mokslų studijos*. 2010, 4(8): 89-107.
26. Lakis, V.; Nemanytė, J. Rekomendacijų reikšmė užtikrinant veiklos audito rezultatyvumą viešajame sektoriuje. *Informacijos mokslai*. 2014, 67: 63 – 75. – ISSN 1392-0561.
27. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“. *Valstybės žinios*. 1991, Nr. 33-893.
28. Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatymas. *Valstybės žinios*. 2002, Nr. 73-3085;
29. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 2001, Nr. 112-4070.
30. Lietuvos Respublikos finansų ministro 2009 m. gegužės 19 d. įsakymas Nr. 1K-162 „Dėl pajamų gautų natūra, įvertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 59-2311.
31. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 68-2365.
32. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 1996, Nr. 102-2317.
33. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymo pakeitimo įstatymas. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 145-6425.
34. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymo Nr. I-1562 2 str. ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projekto aiškinamasis raštas. [interaktyvus]. Vilnius, 2014-12-11 [žiūrėta 2015-11-20]. Prieiga per internetą: < [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=491399#>](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=491399#>).
35. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai įstatymo Nr. I-1562 23 ir 24 str. pakeitimo įstatymo projekto aiškinamasis raštas. [interaktyvus]. Vilnius, 2015-01-23 [žiūrėta 2016-01-20]. Prieiga per internetą: < [https://lrv.lt/uploads/main/Posed\\_medz/2015/150218/13.pdf](https://lrv.lt/uploads/main/Posed_medz/2015/150218/13.pdf)>.
36. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. *2014 metų veiklos ataskaita*. [interaktyvus]. Vilnius, 2015 [žiūrėta 2015-11-20]. Prieiga per internetą: < [http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine\\_informacija/Veiklos%20ataskaitos/SAM\\_ATASKAITA\\_2014.pdf](http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Administracine_informacija/Veiklos%20ataskaitos/SAM_ATASKAITA_2014.pdf)> , p.16.
37. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 12 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2005, Nr. 143-5205.
38. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 3-62.
39. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-717 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2007, Nr. 96-3897.
40. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 12 d. nutarimas Nr. V-1168 „Dėl Nacionalinės sveikatos sistemos specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo komiteto sudarymo“ (viešai neskelbtas).
41. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. kovo 19 d. įsakymas Nr. V-377 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 3300.
42. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. V-389/1K-71 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo ir teiktinų asmens sveikatos priežiūros paslaugų struktūros reikalavimų“. *Teisės aktų registras*. 2014-06-19, Nr. 7822.

43. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-766 „Dėl išplėstinės slaugos praktikos gairių patvirtinimo“. [interaktyvus], [žiūrėta 2016-02-13]. Prieiga per internetą: <<https://www.etar.lt/portal/legalAct.html?documentId=15707240072611e4b836947d492f2f50>>.
44. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. V-126 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymo Nr. 112 „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“ pakeitimo“.
45. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 „Dėl ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 2274.
46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 11 d. įsakymas Nr. V-219 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymo Nr. V-396 „Dėl medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ pakeitimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 1538.
47. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. *Valstybės žinios*. 1994, Nr. 63-1231.
48. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės įstatymas. *Valstybės žinios*. 1995, Nr. 51 – 1243.
49. Lietuvos Respublikos vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimas Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“. *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 104-4667.
50. Lietuvos Respublikos vyriausybės 2015 m. birželio 9 d. nutarimas Nr. 589 „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimo Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“ pakeitimo“. *Teisės aktų registras*. 2015, Nr. 9282.
51. Lietuvos Respublikos vyriausybės 2009 m. vasario 18 d. nutarimas Nr. 181 „Dėl strateginių veiklos planų“. *Valstybės žinios*. 2009, Nr. 31-1227.
52. Limos deklaracija. Dėl audito principų gairių, 1997. [interaktyvus], [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą: <<https://www.vkontrole.lt/page.aspx?id=37>>.
53. Mackevičius, J.; Daujotaitė, D. Veiklos auditas: veiklos tikrinimo ir vertinimo instrumentas. *Informacijos mokslai*. 2011, 57: 26 – 38. – ISSN 1392-0561.
54. Mackevičius, J.; Daujotaitė, D. Veiklos audito elementai: analizė ir auditas. *Socialinių mokslų studijos*, 2011, 3(2): 459 – 472. – ISSN 2029-2236.
55. Mackevičius, J.; Pranckevičiūtė, L. Valstybinio audito sistema ir jos tobulinimas. *Pinigų studijos*, 2007, 1: 45 – 61. – ISSN 1392-2637.
56. Meksiko nepriklausomumo deklaracija [interaktyvus]. Meksikas, 2007 [žiūrėta 2016-01-24]. Prieiga per internetą: <[http://www.vkontrole.lt/dokumentai/ivairus/Meksiko\\_deklaracija.pdf](http://www.vkontrole.lt/dokumentai/ivairus/Meksiko_deklaracija.pdf)>.
57. Nirmala, N.; Van Peurse, K. et. al. Public Sector Performance Auditing: Emergence, Purpose and Meaning. *Working Paper Series*. The University of WAIKATO, 2005, No. 81. – ISSN 1173-7182.
58. *Performance Audit Manual* [interaktyvus]. Canada: Office of the Auditor General of Canada, 2004 [žiūrėta 2016-01-26]. Prieiga per internetą: <<http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/methodology/performance-audit/manual/8020.shtm>>.
59. Performance Audit Guidelines: ISSAI 3000-3010. Standards and guidelines for performance auditing based on INTOSAI's Auditing Standards and practical experience. The International Standards of Supreme Audit Institutions, 2001.
60. Piličiauskienė, R. Teisės aktų nuostatos, reguliuojančios šeimos gydytojo darbą. *Šeimos medicina*. Vilnius: Vilniaus universitetas. Medicinos fakultetas, 2009, p. 27 – 30.
61. Pitrenaitė, B. Kariuomenės veiklos audito specifika. *Viešoji politika ir administravimas*. 2005, Nr. 14: 62 – 72. – ISSN 1648-2603.
62. Pollitt, Ch.; Summa, H. *Performance Audit and Public Management Reform//Performance or Compliance? Performance Audit and Public Management in five Countries* [interaktyvus]. Oxford, 1999, p. 1 – 10 [žiūrėta 2016-03-01]. Prieiga per internetą: <<https://global.oup.com/academic/product/performance-or-compliance-9780198296003?cc=lt&lang=en&>>.

63. *Profilaktiniai suaugusiųjų sveikatos patikrinimai – tik formalumas?*. [interaktyvus]. [žiūrėta 2016-04-01]. Prieiga per internetą: < <http://www.vaistai.lt/Profilaktiniai-suaugusiųjų-sveikatos-patikrinimai-tik-formalumas-1728.html> >.
64. Puškorius, S. 3E koncepcijos plėtra. *Viešoji politika ir administravimas*, 2002, 3: 31 – 38. – ISSN 1648-2603.
65. Puškorius, S. *Veiklos auditas: monografija*. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras, 2004. – ISBN 9955-563-66-4.
66. Puškorius, S. Veiklos audito lyginamoji analizė: teorijų apžvalga. *Viešoji politika ir administravimas*, 2003, 4: 42 – 53. – ISSN 1648-2603.
67. Štaras K., Vedlūga T. Atvejo vadybininko modelio analizė sveikatos sistemos kontekste. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2012, 1(4): 116 – 126.
68. Tancredi, LR.; Barondess, JA. The problem of defensive medicine. *Science*. 1978, Vol. 200, No. 4344: 879-882. – ISSN 1095-9203.
69. *The European Definitions of General Practice/Family Medicine. Short Version*, EURACT, 2005.
70. Tidikis, R. *Socialinių mokslinių tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003. – ISBN 9955-563-26-5.
71. Valius, L. Pirminė sveikatos priežiūra ir šeimos medicina. [interaktyvus]. [žiūrėta 2015-11-19]. Prieiga per internetą: < <http://www.pasveik.lt/lt/biblioteka/pirmine-sveikatos-prieziura-ir-seimos-medicina/24174> >.
72. Valstybinio audito reikalavimai [interaktyvus], Vilnius, 2002 [žiūrėta 2016-03-02]. Prieiga per internetą: < <http://www.vkontrolė.lt/page.aspx?id=32> >.
73. Veiklos audito vadovas, 2015 [interaktyvus]. Europos Auditorių Rūmai [žiūrėta 2016-02-03]. Prieiga per internetą: < [http://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/PERF\\_AUDIT\\_MANUAL/PERF\\_AUDIT\\_MANUAL\\_LT.PDF](http://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/PERF_AUDIT_MANUAL/PERF_AUDIT_MANUAL_LT.PDF) >.
74. Veiklos audito įgyvendinimo rekomendacijos. Veiklos audito standartai ir rekomendacijos, pagrįsti INTOSAI audito standartais ir praktine patirtimi. [interaktyvus]. Stokholmas, 2004 [žiūrėta 2016-02-20]. Prieiga per internetą: < [https://www.vkontrolė.lt/INTOSAI\\_standartai/TAAIS\\_3000\\_LT.pdf](https://www.vkontrolė.lt/INTOSAI_standartai/TAAIS_3000_LT.pdf) >.
75. Waring, C. G.; Morgan, S. L. *Public Sector Performance Auditing in Developing Countries*. - Washington, D.C: The World Bank, 2007. [interaktyvus]. [žiūrėta 2016-03-02]. Prieiga per internetą: < <http://siteresources.worldbank.org/PSGLP/Resources/33Performanceauditing.pdf> >.
76. Weinstein, MC. Should physicians be gatekeepers of medical resources? *Journal of Medical Ethics*. 2001, 27: 268 – 274.
77. Wikipedia [interaktyvus], [žiūrėta 2015-11-24]. Prieiga per internetą: < [https://en.wikipedia.org/wiki/Defensive\\_medicine](https://en.wikipedia.org/wiki/Defensive_medicine) >.
78. World Health Organization [interaktyvus]. Geneva, [žiūrėta 2015-11-18]. Prieiga per internetą: < [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/) >.

**Šimanauskaitė J.** Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis) / Veiklos audito magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. dr. Birutė Mikulskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2016. – 93 p.

#### ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuota veiklos audito esmė, veiklos audito rekomendacijų reikšmė audituojamam subjektui bei įvertintas Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui. Pirmoje darbo dalyje atskleista veiklos audito samprata, teoriniu aspektu nagrinėjamas veiklos audito turinys, aptarta veiklos audito rekomendacijų svarba bei jų įgyvendinimo reikšmė, nagrinėjama Valstybės kontrolės, kaip aukščiausios audito institucijos, svarba Lietuvoje. Antroje dalyje išryškinta šeimos gydytojo institucijos vieta ir reikšmė sveikatos priežiūros sistemoje, šios sveikatos priežiūros sistemos grandies teisinis reglamentavimas. Trečioje dalyje yra suformuoti ir aprašyti tyrimo metodai. Remiantis surinkta teorine medžiaga bei tyrimo metu gautais duomenimis, nagrinėjamas Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui.

**Pagrindiniai žodžiai:** veiklos auditas, veiklos audito rekomendacijos, Valstybės kontrolė, šeimos gydytojo institucija, šeimos gydytojo institucijos veiklos reglamentavimas, veiklos audito rekomendacijų poveikis.



**Šimanauskaitė J.** Impact on performance regulation of family doctor made by state control performance audit (In case of Šiauliai district). / Master thesis of performance audit. Supervisor ph.d. Birutė Mikulskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris university, the faculty of Policy and management, 2016. – 93 p.

#### ANOTATION

The final Master's work analysis the main purpose of audit of performance, the importance of recommendations of audit of performance for the subject of the audit. Master's final work estimates the effect of State Control Audit of the performance to the family doctor's proces's regulation. First part of Master work explains the definition of audit of performance as well as the content of definition of audit of performance is being analysed from the theoretical aspect and the importance of the recommendations and their implementation. First part contains the investigation the importance of the State of Control as the main audit's institutions in Lithuania. Second part of the Master's work indicates what part takes family doctor in all the system of National health care of the country and it's legal regulation. The third part of Master's work contains explained in details methods of the research. Using collected theoretic data and the data which was got after made research is being examined the effect of State Control Audit of the performance for the family doctor's process regulation.

**Key words:** audit of performance, recommendations of audit of performance, State Control, institution of family doctor, regulation of institution of family doctor, effect of recommendations of audit of performance.

**Šimanauskaitė J.** Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis) / Veiklos audito magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. dr. Birutė Mikulskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Politikos ir vadybos fakultetas, 2016. – 93 p.

## SANTRAUKA

Kiekvieno veiklos audito tikslas yra daryti teigiamą poveikį audituojamo subjekto veiklai. Ši audito rūšis reikšminga tuo, kad jo rezultatai leidžia ne tik įvardinti audituojamo subjekto veiklos trūkumus, viešojo sektoriaus srities veiklos problemas, bet ir pateikti rekomendacijas, apimančias išryškintų problemų sprendimo būdus. Šių rekomendacijų įgyvendinimas yra vienas pagrindinių veiklos audito siekių, o laipsnis, kuriuo pasikeitė viešojo sektoriaus, atskiro viešojo sektoriaus subjekto ar bet kurio kito audituojamo subjekto veikla yra veiklos audito poveikis.

Magistro baigiamojo darbo **tyrimo objektas** – Valstybės kontrolės veiklos audito ataskaitos „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ rekomendacijų poveikis teisėkūrai.

**Tyrimo problema** – Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimas yra viena pagrindinių veiklos audito siekių, tačiau ne visada yra skiriamas tinkamas dėmesys rekomendacijų įgyvendinimui, tokiu atveju nėra pasiekiamas pagrindinis veiklos audito tikslas.

**Hipotezė:** Valstybės kontrolės veiklos auditas „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ pagreitino tuos šeimos gydytojo veiklos reglamentavimo pokyčius, kuriems buvo pasiruošta iki veiklos audito.

**Tyrimo tikslas:** ištirti Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito rekomendacijų poveikį šeimos gydytojo veiklos reglamentavimo gerinimui Šiaulių regione.

**Uždaviniai:** aptarti veiklos audito teorinius aspektus; aptarti šeimos gydytojo instituciją; atlikus Valstybės kontrolės veiklos audito ataskaitos „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ rekomendacijų sąsajų analizę su kitais teisės aktais, įvertinti Valstybės kontrolės audito rekomendacijų įgyvendinimo lygį; atskleisti Šiaulių regiono šeimos gydytojų, pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų ir vietos valdžios požiūrį į audito ataskaitoje pateiktas rekomendacijas ir palyginti su dokumentų analizės duomenimis.

**Tyrimo metodai:** teoriniai metodai: abstrakcijos, analizės, lyginimo, apibendrinimo; empiriniai metodai: dokumentų analizė, interviu, duomenų turinio analizė, lyginimas.

Tyrimas parodė, kad Valstybės kontrolės atlikto veiklos audito „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ rekomendacijos turėjo įtakos keturių Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų pakeitimams ir (ar) papildymams, vienam Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimo pakeitimui, dviems Lietuvos medicinos normų papildymams, dviems naujiems teisės aktų priėmimas, įtakėjo dviejų įstatymų pakeitimų projektų teikimą Seimui. Tai patvirtino hipotezę – Valstybės

kontrolės atliktas veiklos auditas pagreitino šeimos gydytojo veiklos reglamentavimo pokyčius, kuriems buvo pasiruošta iki veiklos audito. Nepaisant to, kad pokyčiai šeimos gydytojo veiklos reglamentavime įvyko, teigiamas poveikis yra vos juntamas. Atsižvelgiant į tai, siūlytina, įsivedus konkrečios veiklos gerinimo rodiklių stebėsenos sistemą, vykdyti įgyvendintų veiklos audito rekomendacijų poveikį audituojamo subjekto veiklai ir taip įvertinti jų įgyvendinimui pasirinktų priemonių tinkamumą.

**Darbo struktūra:** įvadas, 3 skyriai, 10 poskyrių, 12 skyrelių, išvados ir siūlymai. Iliustruojanti medžiaga: 13 paveikslų, 12 lentelių, 14 priedų, 78 literatūros šaltiniai. Darbo apimtis – 93 puslapiai.

Šimanauskaitė J. Impact on performance regulation of family doctor made by state control performance audit (In case of Šiauliai district). / Master thesis of performance audit. Supervisor ph.d. Birutė Mikulskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris university, the faculty of Policy and management, 2016. – 93 p.

## SUMMARY

The main purpose of each audit is to influence positive effect for the object's activity. This kind of the audit is very important because its results enable not only to indicate the weak parts and problems of the process of public sector but provides with possible solutions and recommendations for problem solving of indicated process. Realization and implementation of given recommendations is one of the main goals of the audit. And the level of change which is being noticed in public sector or in every other single object of the public sector is a result of the audit – process's audit.

**Object of the research.** The main object of the research of the influence to legislative by collection of recommendations “Is activity of family Doctors effective enough?” of the State Control Audit of performance report.

**The problem.** Implementation of the recommendations is one the main tasks of the audit of performance. But the attention to the given recommendations is not always proper and acceptable. And in most of the cases it is the main problem why main task of the audit of performance is not being reached.

**The thesis.** Package of recommendations “Is activity of family Doctors effective enough?” given by State Control audit of Performance, enabled faster changes in the activity of the family doctor in those categories where the preparations where made before the audit of the performance.

**The aim:** to make a research of the influence of State Control Audit of the performance to the improvement of the processes of regulation of family doctor's activity in the region of Siauliai.

**The tasks:** to discuss the territorial aspects of audit of performance; to discuss institution of the family doctor; after analyzing State Control Audit of performance report's “Is activity of family Doctors effective enough?” recommendation's connections with other legal acts to evaluate the level of implementation of the recommendations; to evaluate the approach of the family doctors, managers of departments of primary ambulatory personal care and the approach of local government to the given recommendations and to compare the results with the results from the document analysis.

**The methods:** theoretical methods: abstractions, analysis, comparison, summation; empirical methods: desk analysis, interview, analysis of the content data, comparison.

The research an investigation has shown that collection of recommendations “Is activity of family Doctors effective enough?” made by State Control Audit of the performance affected changes

and/or updates in four orders of the Minister for Health of Republic of Lithuania, single update of Decree of Government of Republic of Lithuania, two updates of Lithuania medical limits, two new approvals of the legislations and affected changes of the two draft laws in Parliament of Lithuania. This confirms the hypothesis – State's initiated Control audit of Performance enabled faster changes in the activity of the regulation of the family doctor in those fields where preparations were enabled before the audit of performance. Apart from the fact that there were changes in the process of family doctor's regulation process, the positive affect is very little. Because of that it is recommended, adopting scale of the comparison, to make an audit of performance of chosen set of recommendations.

**Structure:** introduction, 3 chapters, 10 sections, 12 deviations, conclusions and suggestions.  
Pictorial material: 13 pictures, 12 tables, 14 appendixes, 78 literature sources. Volume – 93.

## PRIEDAI

## 1 PRIEDAS

12 lentelė. Veiklos audito „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“ rekomendacijų sąsajų su kitais teisės aktais analizės duomenys

Rekomendacija, turėjusios įtakos teisės akto pakeitimui, papildymui	Teisės aktas iki audito	Teisės akto pakeitimas, papildymas po audito	Teisės akto pakeitimo, papildymo reikšmė
R1 inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kuriais būtų nustatyti minimalūs gydymo įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai, numatant privalomą šių reikalavimų vykdymą.	1996 m. birželio 6 d. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas Nr. I-1367	2014 m. vasario 10 d. Seimui pateiktas Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 15(1), 17, 29, 39, ir 45 straipsnių pakeitimo, Įstatymo papildymo 19(1) straipsniu Įstatymo projektas. (Įgyv.1)	Priėmus įstatymą (papildžius 19(1) straipsniu), būtų sudarytos sąlygos savivaldybėms reguliuoti tų Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai nepriklausančių pirminių asmens sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų, kurių išlaidas siekiama apmokėti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, tinklą, atsižvelgiant į esamus realius tos paslaugos poreikius atitinkamoje savivaldybės teritorijoje. Įstatymas dėl papildymo 19(1) straipsniu dar nepriimtas. Visi kiti pakeitimai priimti.
R3 patikslinti šeimos gydytojų poreikio planavimo kriterijus, vykdyti ilgalaikį šio poreikio planavimą.	Naujai priimtas teisės aktas	2013 m. gruodžio 12 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1168 „Dėl Nacionalinės sveikatos sistemos specialistų rengimo	Sudarytas nuolat veikiantis Nacionalinės sveikatos sistemos specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo komitetas. Sudarius komitetą atsirado

<b>Rekomendacija, turėjusios įtakos teisės akto pakeitimui, papildymui</b>	<b>Teisės aktas iki audito</b>	<b>Teisės akto pakeitimas, papildymas po audito</b>	<b>Teisės akto pakeitimo, papildymo reikšmė</b>
		valstybinio užsakymo formavimo komiteto sudarymo“ (Įgyv.2)	galimybė tarpinstituciniu principu nagrinėti sveikatos priežiūros specialistų pasiūlą ir poreikį, ieškoti būdų, kaip tobulinti sveikatos sistemos specialistų pasiūlos, jų rengimo ir poreikio atitikimo mechanizmą. 2014 m. komitetas pakeistas, jam pavesta kasmet derinti priimamų rezidentų, pagal specialybes, skaičių ir jį teikti Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijai, taip formuojant sveikatos priežiūros specialistų rengimo, pasiūlos ir poreikio realijas.
R 3	2003 m. spalio 31 d. Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimas Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo“	2015 m. birželio 9 d. Lietuvos Respublikos vyriausybės nutarimas Nr. 589 „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės 2003 m. spalio 31 d. nutarimas Nr. 1359 „Dėl gydytojų rengimo „pakeitimo“ (Įgyv.3)	Pakeistas 13 punktas, pagal kurį į rezidentūrą, pagal atitinkamas programas, galima priimti tiek gydytojų, kiek numato Sveikatos apsaugos ministerija, atsižvelgdama į valstybės reikmes. Priėmus šį nutarimą, nebereikia atsižvelgti į tai, kiek tais metais yra baigiančiųjų medicinos krypties studijas ir nebepivaloma priimti tokį pat ar didesnę skaičių gydytojų, dabar

Rekomendacija, turėjusios įtakos teisės akto pakeitimui, papildymui	Teisės aktas iki audito	Teisės akto pakeitimas, papildymas po audito	Teisės akto pakeitimo, papildymo reikšmė
			atsižvelgiama tik į esamą poreikį.
R10 bendradarbiaujant su šeimos gydytojų ir slaugytojų specialybių draugijomis, aukštosiomis mokyklomis, gydymo įstaigų vadovais, peržiūrėti, patikslinti ir (ar) papildyti asmens sveikatos priežiūros specialistų veiklą reglamentuojančius teisės aktus, numatant pareigų ir kompetencijų, nereikalaujančių gydytojo kvalifikacijos, perdavimą kitiems gydymo įstaigų darbuotojams.	2005 m. gruodžio 5 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“	2014 m. kovo 19 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-377 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“ (Įgyv.4)	Įsakymas papildytas 12 punktu, kuris nurodo, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas turi būti koordinatorius, jei prie įstaigos yra prisirašę 10 tūkst. ar daugiau gyventojų. Nauja koordinatoriaus pareigybė įvesta nuo 2014 m. lapkričio 1 d. Šias funkcijas vykdomantis specialistas koordinuoja prevencinės/profilaktinės veiklos plėtojimą pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose bei pacientų, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis paslaugų poreikių tenkinimą.
R10	2011 m. birželio 8 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir	2015 m. liepos 24 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-871 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“	Lietuvos medicinos norma papildyta 9.11 papunkčiu, kuriuo bendrosios praktikos slaugytojui suteikiama teisė skirti ir išrašyti medicinos pagalbos priemonės, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Taip mažinamas gydytojų, o tuo pačiu ir šeimos



<b>Rekomendacija, turėjusios įtakos teisės akto pakeitimui, papildymui</b>	<b>Teisės aktas iki audito</b>	<b>Teisės akto pakeitimas, papildymas po audito</b>	<b>Teisės akto pakeitimo, papildymo reikšmė</b>
	atsakomybė“ patvirtinimo“	pakeitimo“ (Įgyv.5)	gydytojų apkrovimas.
R10	2011 m. birželio 30 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-650 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“	2015 m. liepos 24 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-870 650 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo“ (Įgyv.6)	Lietuvos medicinos norma papildyta 11.17 papunkčiu, bendruomenės slaugytojui suteikiama teisė skirti ir išrašyti medicinos pagalbos priemones, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Taip mažinamas gydytojų, o tuo pačiu ir šeimos gydytojų apkrovimas.
R10	2000 m. spalio 6 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) patvirtinimo“	2015 m. rugsėjo 28 d. įsakymas Nr. V-1079 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. spalio 6 d. įsakymo Nr. V-529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) patvirtinimo „pakeitimo“ (Įgyv.7)	Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo C pakeistas 2 punktas, nurodant, kurias medicinos pagalbos priemones, gydytojui paskyrus, turi teisę išrašyti bendrosios praktikos slaugytojas, bendruomenės slaugytojas ar slaugytojas diabetologas. Taip mažinamas gydytojų, o tuo pačiu ir šeimos gydytojų apkrovimas.

Rekomendacija, turėjusios įtakos teisės akto pakeitimui, papildymui	Teisės aktas iki audito	Teisės akto pakeitimas, papildymas po audito	Teisės akto pakeitimo, papildymo reikšmė
R10	2014 m. liepos 4 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-766 „Dėl išplėstinės slaugos praktikos gairių patvirtinimo“ (Įgyv.8)	Naujai priimtas teisės aktas	Pertvarkius slaugos praktiką, atsižvelgiant į šias Gaires pagerėtų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (ypač kaimo vietovėse), sutrumpėtų eilės patekti pas gydytojus; efektyviau būtų sprendžiamos sveikatos problemos, kurioms išspręsti nereikia gydytojų kompetencijos; efektyviau būtų sprendžiamos sveikatos problemos, kurioms išspręsti nereikia gydytojų kompetencijos.
	<i>Įgyvendinant Išplėstinės slaugos praktikos gairių įgyvendinimo priemonių planą, parengti arba pakeisti teisės aktai: 2001 m. birželio 28 d. Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas Nr. IX-413.</i>	<i>2015 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. XII-1913 „Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymo Nr. IX-413 2, 3, 4, 8, 11, 12, 13 straipsnių, trečiojo skirsnio pavadinimo pakeitimo ir įstatymo papildymo 11<sup>1</sup> straipsniu įstatymas“ (Įgyv.8.1)</i>	
R11 bendradarbiaujant su šeimos ir kitų gydytojų specialybių draugijomis ir aukštosiomis mokyklomis, rengti šeimos		2014 m. vasario 28 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-288 „Dėl ilgalaikio pacientų,	Tvarkos aprašo 5 punktas nurodo, kad lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, po pabaigto aktyvaus gydymo kartą jau gavusiems

<b>Rekomendacija, turėjusios įtakos teisės akto pakeitimui, papildymui</b>	<b>Teisės aktas iki audito</b>	<b>Teisės akto pakeitimas, papildymas po audito</b>	<b>Teisės akto pakeitimo, papildymo reikšmė</b>
gydytojo praktikoje taikytinas diagnostikos ir gydymo metodikas, tvarkos aprašus, gaires, aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų kompetencijos ribas.		sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. (Įgyv.9)	šeimos gydytojo siuntimą, numatyta galimybė lankytis nustatytu periodiškumu pas gydytojus specialistus be šeimos gydytojo siuntimo. Taip mažinama šeimos gydytojo darbo apkrova, trumpinamos eilės pas šiuos gydytojus.
R 11	2002 m. kovo 8 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“	2014 m. sausio 28 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-126 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymo „Dėl receptų rašymo ir vaistų bei kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams“ pakeitimo“ (Įgyv.10)	Įsakymu pakeistas 21 punktas, kuriame rašoma, kad ligoniams, kurie serga lėtinėmis ligomis, gydytojas gali išrašyti vaistų ilgesniam gydymo kursui, nurodant vaistų išdavimo periodiškumą. Tokie receptai galioja 360 dienų (buvęs terminas 180 dienų) ir suteikia galimybę pacientui pakartotinai įsigyti vaistų pagal receptą. Taip pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis, rečiau reikia kreiptis į šeimos gydytoją, mažinamas šių gydytojų užimtumas ir eilės pas

<b>Rekomendacija, turėjusios įtakos teisės akto pakeitimui, papildymui</b>	<b>Teisės aktas iki audito</b>	<b>Teisės akto pakeitimas, papildymas po audito</b>	<b>Teisės akto pakeitimo, papildymo reikšmė</b>
			juos, o kartu ir didinamas šeimos gydytojų paslaugų prieinamumas.
R6 inicijuoti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatų peržiūrėjimą (pakeitimą ir (ar) papildymą).	1996 m. spalio 3 d. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas Nr. I-1562	2015 m. vasario 19 d. Lietuvos Respublikos seime įregistruotas Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 23 ir 24 straipsnių pakeitimo įstatymo projektas (Įgyv.11)	Projekto tikslas – siekti glaudesnio pacientų ir sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimo, sprendžiant ginčus, mažinti poreikį naudotis brangiomis teisinėmis paslaugomis ir sudaryti palankesnes sąlygas šiuos klausimus spręsti pasitelkiant įstaigų civilinę atsakomybę draudžiančias draudimo bendroves. Projektu siūloma įpareigoti pacientus ar kitus asmenis pirmiausia dėl žalos atlyginimo su skundu kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje jų manymu, buvo padaryta žala.

Rekomendacija, turėjusios įtakos teisės akto pakeitimui, papildymui	Teisės aktas iki audito	Teisės akto pakeitimas, papildymas po audito	Teisės akto pakeitimo, papildymo reikšmė
		2015 m. vasario 19 d. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo Nr. I-1562 2 straipsnio ir V skyriaus pakeitimo įstatymo projektas Nr. XIIP-2620 (Įgyv.12)	Projektu buvo siūloma įteisinti naują žalos paciento sveikatai atlyginimo be kaltės modelį, kurio esmė ta, kad žala pacientui atlyginama nesinaudojant teisinės sistemos pagalba ir nenustatinėjant asmens, teikusio sveikatos priežiūros paslaugas ir galimai sukėlusio žalą, kaltės. Taip siekiama padėti pacientams greičiau atlyginti žalą ir užkirsti kelią gynybinei medicinai (įstatymo pataisos nepriimtos).
R12 bendradarbiaujant su savivaldybėmis, gydymo įstaigų vadovais, šeimos gydytojų ir slaugytojų specialybių draugijomis, numatyti priemones, skatinančias gydymo įstaigas ir šeimos gydytojus aktyviau vykdyti ligų profilaktiką.	2005 m. gruodžio 5 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“	2014 m. sausio 8 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-20 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“ (Įgyv.13)	Sąlyginiais vienetais buvo įvertinti gerų darbo rezultatų rodikliai – atrankiniai momografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos vykdymo ir vaikų dantų profilaktinių tikrinimų intensyvumo. Nuo 2014 m. lapkričio 1 d. PAASP paslaugas teikiančioms įstaigoms buvo pradėta mokėti už naujas PAASP skatinamąsias paslaugas: tuberkulino mėginio atlikimą 7 metų vaikams ir rizikos grupių vaikams, moksleivio

Rekomendacija, turėjusios įtakos teisės akto pakeitimui, papildymui	Teisės aktas iki audito	Teisės akto pakeitimas, papildymas po audito	Teisės akto pakeitimo, papildymo reikšmė
			paruošimą mokyklai bei neįgalių pacientų, kuriems dėl psichikos ir elgesio sutrikimų nustatytas specialusis nuolatinis slaugos poreikis, sveikatos priežiūros paslaugos namuose.
R 16 inicijuoti tikslinių ir praktinių kvalifikacijos tobulinimo programų šeimos gydytojams rengimą ir atnaujinimą pagal šeimos gydytojų nustatytas tobulintinas ribas.	2004 m. gegužės 27 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-396 „Dėl medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“	2014 m. vasario 11 d. įsakymas Nr. V-219 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymas Nr. V-396 „Dėl medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ (Įgyv.14) pakeitimo“	Gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimo reikalavimų aprašas papildytas 4 <sup>1</sup> punktu, kuriame rašoma, kad šeimos gydytojams, dirbantiems pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir šių įstaigų nedarbo metu papildomai dirbantiems stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų Priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuose, mažinamos privalomojo tobulinimo kas penkeri metai mastas nuo 120 val. iki 40 val. Tai suteikia galimybę šeimos gydytojams efektyviau bei kokybiškiau kelti profesinę kvalifikaciją, užtikrinamos kokybiškesnės paslaugos.

<b>Kitų rekomendacijų įgyvendinimas</b>			
<b>Metai</b>	<b>Rekomendacija</b>	<b>Įgyvendinimas</b>	<b>Rekomendacijų poveikis</b>
2015 m.	R 4 peržiūrėti ir patikslinti teisės aktų nuostatas, kad PSDF informacinės sistemos „Sveidra“ posistemio METAS visi privalomi duomenys būtų registruojami laiku ir tinkamai ir būtų naudojami planuojant šeimos gydytojų poreikį.	2015 m. lapkričio mėnesį asmens sveikatos priežiūros įstaigos iš Valstybinės ligonių kasos, o pastaroji iš Sveikatos apsaugos ministerijos gavo raštus „Dėl duomenų apie medicinos gydytojų įdarbinimą gydymo įstaigose sutvarkymo METAS sistemoje“. Gydymo įstaigos iki 2015 m. lapkričio 30 d. privalėjo sutvarkyti duomenis apie gydytojų darbą, t. y., darbo santykių pradžią, pabaigą, užimamų etatų kiekius ir jų pasikeitimus. Duomenimis naudosis Sveikatos apsaugos ministerija. (Įgyv.15)	Sveikatos apsaugos ministerija, turėdama tikslius duomenis, apie gydytojų, tuo tarpu, ir šeimos gydytojų skaičių, užimamų etatų kiekį, gali planuoti gydytojų poreikį.
2014 m., 2015 m.	R5 plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas ir užtikrinti jos funkcionavimą.	2014 m. rugsėjo 23 d., 2015 m. vasario 23 d. ir 2015 m. lapkričio 25 d. asmens sveikatos priežiūros įstaigos iš Sveikatos apsaugos ministerijos gavo raštus „Dėl informacijos apie laisvas darbo vietas teikimo“. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos ragino įstaigos vadovus ir atsakingus asmenis Sveikatos apsaugos ministerijos internetinėje svetainėje skelbti skelbimus apie įstaigose esančias	Gydytojai rezidentai, gydytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai, o tuo tarpu, ir šeimos gydytojai turi lengvai prieinamą informaciją apie laisvas darbo vietas įstaigose.

<b>Kitų rekomendacijų įgyvendinimas</b>			
<b>Metai</b>	<b>Rekomendacija</b>	<b>Įgyvendinimas</b>	<b>Rekomendacijų poveikis</b>
		laisvas darbo vietas sveikatos priežiūros specialistams kartu su darbo vietos aprašymu. (Įgyv.16)	
2015 m.	R10	Įgyvendinant Išplėstinės slaugos praktikos gairių įgyvendinimo priemonių planą, Lietuvos sveikatos mokslų universitete įsteigta Išplėstinės slaugos praktikos magistrantūros studijų programa. (Įgyv.8.2)	2015 m. rugsėjį įstojo 14 slaugytojų, kurios baigusios studijas galės perimti dalį gydytojų, taip pat ir šeimos gydytojų, funkcijų, nereikalaujančių gydytojų kvalifikacijos.
2016 m.		Bus sudaroma darbo grupė MN „Išplėstinės praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencijos ir atsakomybė“ projektui parengti. (Įgyv.8.3)	



**KLAUSIMYNAS (ĮSTAIGOS VADOVUI)**

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Jūsų pareigos.....

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

1. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus. Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus?*

1.1. Ar steigdami šeimos gydytojo apylinkę, atsižvelgiate į nustatytą normatyvą?

2. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

2.1. Ar tai sumažintų šeimos gydytojo paslaugų prieinamumo netolygumus savivaldybėse?

3. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada?

3.1. Jei taip, tai kaip reikėtų spręsti šią problemą?

3.2. Galbūt pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai prisidėtų prie šeimos gydytojų poreikio planavimo?

4. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojai, funkcijoms, nereikalaujančioms gydytojo kompetencijos, išnaudoja 22 proc. darbo dienos laiko. Kaip patartumėte spręsti šią problemą?

5. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo plane numatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija turėtų organizuoti susitikimus su Lietuvos savivaldybių asociacija, savivaldybėmis ir gydymo įstaigų vadovais, siekiant aptarti priemones, galinčias numatyti gydymo įstaigas dalį lėšų, gautų iš PSDF už gerus darbo rezultatus, skatinamąsias paslaugas, skirti finansiškai skatinti tas

paslaugas suteikusius įstaigų darbuotojus. Ar skiriate dalį lėšų, gautų iš PSDF už gerus darbo rezultatus, skatinamąsias paslaugas, finansiškai skatinti tas paslaugas suteikusius įstaigų darbuotojus?

5. 1. Jei ne, tai kodėl?

6. Ar skatinate šeimos gydytojus ir slaugytojus aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką?

6. 1. Jei taip, tai kaip?

7. Ar taikote priemones, kurios pritrauktų jaunus šeimos gydytojus dirbti Jūsų įstaigoje? Ar tai pasiteisina?

8. Ar esate įsteigę medicinos praktikos studentų ir šeimos medicinos gydytojų rezidentų rengimo bazę?

8.1. Jei ne, ar turite galimybę steigti medicinos studentų praktikos ir šeimos gydytojų rezidentų rengimo bazę?

8.2. Jei taip, ar gydytojai rezidentai (šeimos gydytojai) mielai atlieka rezidentūrą Jūsų įstaigoje? Gal po rezidentūros lieka dirbti ?

9. Ar reikėtų plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas? Ar naudojotės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje esama informacija apie laisvas gydytojų darbo vietas?

**KLAUSIMYNAS (ŠEIMOS GYDYTOJUI)**

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Jūsų pareigos....

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

1. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus.* Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus.

2. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

2.1. Ar tai sumažintų šeimos gydytojo paslaugų prieinamumo netolygumus savivaldybėse?

2.2. Ar prisidėtų prie šeimos gydytojų poreikio planavimo?

3. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada?

3.1. Jei taip, tai kaip reikėtų spręsti šią problemą?

4. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojai, funkcijoms, nereikalaujančioms gydytojo kompetencijos, išnaudoja 22 proc. darbo dienos laiko. Kaip patartumėte spręsti šią problemą?

5. Ar reikėtų gydymo metodikų, tvarkos aprašų, kurie aiškiau atskirtų šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto kompetencijų ribas?

6. Ar Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas turi įtakos šeimos gydytojo kompetencijų vykdymui, bendravimui su pacientu? Ar reikėtų keisti įstatymo nuostatas? Ar tai prisidėtų prie geresnio šeimos gydytų kompetencijų vykdymo?

7. Ar finansinis paskatinimas, už gerus darbo rezultatus ir atliktas skatinamąsias paslaugas, motyvuotų teikti daugiau skatinamųjų paslaugų?

8. Ar esate skatinami aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką?

8.1. Jei taip, tai kaip?

9. Ar reikėtų plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas? Ar naudojantės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje esama informacija apie laisvas gydytojų darbo vietas?

10. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad ne visai tinkamai organizuojamas šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimas. Ar sutiktumėte, kad būtų įdiegtas savanoriškas Jūsų kompetencijų vertinimas?

10.1. Ar tai padėtų pasirinkti, kokias kompetencijas reikėtų tobulinti?

11. Ar esate patenkinti šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimo programomis?

11.1. Ar reikėtų inicijuoti tikslinių ir praktinių kvalifikacijos tobulinimo programų šeimos gydytojams rengimą ir atnaujinimą pagal šeimos gydytojų nustatytas tobulintinas sritis?

11.2. Ar reikėtų sudaryti galimybes kvalifikaciją tobulinti ne tik universitetų bazėse, bet ir rajonų gydymo įstaigose?

11.3. Ar reikėtų numatyti, kurią profesinės kvalifikacijos tobulinimosi dalį turėtų sudaryti praktiniai mokymai? Ar tai pagerintų šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą?

**KLAUSIMYNAS (VIETOS VALDŽIOS ATSTOVUI)**

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

1. 2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d. Ar Jums žinoma ši veiklos audito ataskaita? Jei taip, tai koku būdu apie ją sužinojote ir ar esate gerai su ja susipažinęs/ usi ?

2. Ar savivaldybė vykdo šeimos gydytojų poreikio planavimą?

2.1. Jei taip, tai kaip tai daroma?

2.2. Jei ne, tai kodėl ir ar būtų tikslinga tai daryti?

3. 2007 m. rugsėjo 26 d. įsakymu Nr. V-777 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija patvirtino Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų poreikio planavimo metodiką. Metodika yra rekomendacinio pobūdžio. Ar savivaldybė naudojasi šia metodika, nustatant šeimos gydytojų poreikį?

3.1. Kaip manote, ar reikėtų, kad metodika būtų privaloma, kaip teigiama veiklos audito ataskaitoje?

4. Ar 2013 – 2015 m. laikotarpiu iš Sveikatos apsaugos ministerijos gavote nurodymų (ir) ar pakeitimų, susijusių su šeimos gydytojų poreikio planavimu savivaldybėje?

5. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pagal amžių. Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus. Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus?*

6. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų, nors iki 2007 m. galiojo Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo nuostata, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms (ir) ar jų filialams steigti būtinas savivaldybės valdybos išduotas leidimas. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

6.1. Jei taip, tai ar savivaldybė turėtų spręsti dėl naujos įstaigos steigimo, ar Sveikatos apsaugos ministerija?

7. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo plane nurodyta parengti teisės aktų pakeitimus, numatančius savivaldybių teisę planuoti pirminės sveikatos priežiūros tinklą. Kaip manote, ar savivaldybei reikia tokių teisės aktų pakeitimų?

7.1. Ar savivaldybė pajėgi planuoti šį tinklą?

7.2. Ar rekomendacija buvo įgyvendinta?

7.2.1. Jei ne, kaip manote, kodėl?

8. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo plane numatyta, kad Sveikatos apsaugos atstovai turėtų kartą per pusmetį organizuoti susitikimus su Lietuvos savivaldybių asociacija, siekiant aptarti šeimos gydytojų apylinkių formavimo galimybes. Gal žinote, ar 2013 – 2015 m. laikotarpiu tokie susitikimai vyko?

9. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo plane numatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija turėtų organizuoti susitikimus su Lietuvos savivaldybių asociacija, savivaldybėmis ir gydymo įstaigų vadovais, siekiant aptarti priemones, galinčias numatyti gydymo įstaigas dalį lėšų, gautų iš PSDF už gerus darbo rezultatus, skatinamąsias paslaugas, skirti finansiškai skatinti tas paslaugas suteikusius įstaigų darbuotojus. Ar tokie susitikimai buvo 2013 – 2015 m. laikotarpyje?

10. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad valstybės ir savivaldybės lygiu būtina taikyti priemones, kurios pritrauktų jaunos gydytojus (šiuo atveju, šeimos gydytojus) dirbti tos savivaldybės įstaigose. Ar Jūsų savivaldybė taiko kokias nors skatinamąsias priemones?

10.1. Jei taip, tai kokias?

10.2. Jei ne, tai kodėl?

11. Kaip manote, ar tokie veiklos auditai, kaip šis, ir audito rekomendacijos įtakoja pasikeitimus teisės aktų kūrime?

12. Ar tokia veiklos auditai atlieka pagrindinę savo funkciją, ar skatina veiklos efektyvumą, ekonomiškumą ir veiksmingumą?

13. Ar dažnai tenka vykdyti tokias (ir) ar panašias veiklos audito rekomendacijas?

13.1. Jei taip, ar tai daroma tik formaliai (tik tam, kad būtų padaryta), ar dėl to, jog manote, kad tai veiksminga?

14. Kaip vyksta informavimas apie tokius (ir) ar panašius Valstybės kontrolės vykdytus veiklos auditus ir audito ataskaitų rekomendacijas?

## VŠĮ ŠIAULIŲ CENTRO POLIKLINIKOS VADOVO, RESPONDENTO V1/M, INTERVIU PROTOKOLAS

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Pareigos – *VšĮ Šiaulių centro poliklinikos vadovas/ vyriausiasis gydytojas.*

*(D.A. – darbo autorius)*

*(V1/M – respondentas)*

D.A. Ar sutinkate, kad mūsų pokalbis būtų įrašomas?

*V1/M. Taip.*

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

D.A. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus. Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus? Gal pagal atstumą iki gydymo įstaigos?*

*V1/M. Kriterijai pagal amžių yra pagal politinę situaciją, nes buvo teigta, kad pacientai gali prisirašyti iš bet kur ir dabar nenorima pripažinti, kad tas žingsnis nebuvo protingas. Apylinkiškumo principas yra išlaikytas daugely pasaulio valstybių ir taip nėra, kad atvažiavęs iš bet kur, galėtum pasirinkti bet ką. Tai manyčiau, kad būtų tikslinga duoti pasirinkimo teisę žmogui galbūt kelis gydytojus, aišku, čia didesnėje įstaigoje tai galima, mažesnėje įstaigoje, kur dirba vienas daktaras ir pasirinkimo nėra. Bet miestuose būtų tikslinga pagal tam tikrą atstumą iki gydymo įstaigos turėtų būti dar vienas kriterijus. Mano tokia nuomonė.*

D.A. Ar būtų įmanoma tai padaryti?

*VI/M. Būtų sunkoka, bet prisirašant, turint žemėlapi ir gyvenamąją vietą ir dabar kompiuteryje yra vietos sudėliojimas, yra Google, Google žemė gali matyti ir atstumą išmatuoti tiesiogiai prisirašant. Tai tas, kuris prirašinėja arba ten prisirašinėja iki gyvenamosios vietos arba maždaug gali naudoti tą kriterijų. Šiuolaikinėmis technologijomis, būtų įmanoma tai daryti, tik reikia noro ir pastangų. Galima išbraižyti apylinkes, galima tam tikrą miestą suskirstyti į tam tikras kategorijas ar į seniūnijas, jos yra suskirstytos, tai kad nebraižyti naujo, galima pasinaudoti tais esamais administraciniais vienetais ir pavyzdžiui juos išdėstyti, kad tokią ar tokią seniūniją aptarnauja tokie ir tokie šeimos gydytojai, o pacientas gali kreiptis ten ir ten. Jis gali kreiptis ir kitur, bet tada atitinkamai galbūt galėtų būti jo pasirinkimo laisvę apibrėžiantis mokestis, nes jei aš noriu daugiau arba noriu kitur, tai tuomet reikia atitinkamai sumokėti, o Valstybė pasako, kad jūsų šeimos gydytojas dirba ten ir ten ir jūs savo šeimos gydytoją galite pasirinkti nemokamai. Manau, būtų logiška.*

D.A. Ar steigdami šeimos gydytojo apylinkę, atsižvelgiate į nustatytą normatyvą, nes ataskaitoje teigiama, kad tikrai ne visos gydymo įstaigos, steigdamos šeimos gydytojo apylinkes atsižvelgia į nustatytą normatyvą, todėl vienos apylinkės yra per didelės, kitos per mažos?

*VI/M. Atsižvelgimas yra toks, priklauso darbo užmokestis gydytojo, nes jo bazinio darbo užmokesčio dalių yra aptarnaujamų gyventojų skaičius ir jų amžius, tai tas kriterijus apie kurį kalbama. Tai į tą reikia atsižvelgti.*

D.A. Kalbant apie darbo užmokestį, tai ar darbo užmokestis mokamas nuo prisirašiusiųjų paciento skaičiaus, ar yra mokama už gerus darbo rezultatus ir pan.?

*VI/M. Taip, mokam už gerus darbo rezultatus, kiekvieną mėnesį perskaičiuojami atliekamų profilaktinių programų, prevencinių programų ir skatinamųjų paslaugų atliekamų santykis. Čia tiek slaugytojui, tiek tos apylinkės gydytojui. Tai prima mokama gydytojui, ir tam tikrą procentą bendrosios praktikos slaugytojui, nes jie komandoje dirba.*

D.A. Tai čia Jūsų patvirtintoje darbuotojų darbo užmokesčio apmokėjimo tvarkoje tai numatyta?

*VI/M. Jo jo, taip.*

D.A. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

*VI/M. Taip, anksčiau jie buvo tam tikri reikalavimai, aš kai dar buvau savivaldybės gydytoju (Šiaulių mieste), tai buvom parengę Šiaulių miesto pirminės sveikatos priežiūros plėtros planą ir kokiuose atstumuose turėtų būti išdėliotos gydymo įstaigos ir vietos Taryboje buvo patvirtintas tas planas, bet jis buvo panaikintas, nes pasikeitė kiti įstatymai reglamentuojantys ir dabar nėra tvarkos, pvz.: kitoj pusėj gatvės gali atsirasti kita gydymo įstaiga, kurie būtų mūsų konkurentai ir jie kažkaip pradėtų vilioti ir taip toliau. Jau vaistinės turi savo kriterijus, jos susidėlioja tam tikru atstumu, o pas*



*mus šitoj vietoj nėra reikalavimų. Tai žinoma, kad tai turėtų būti ir tą turėtų daryti, aš manyčiau, kaip ir pagal įstatymą vietos savivalda, nes jiems pagal Vietos savivaldos įstatymą priklauso tą daryti. Bet kadangi dalis tiekėjų yra privatūs, tai jie tiesiog gauna leidimą verslui ir steigti įmonę, o kriterijų nėra apibrėžta. Tai tą turėtų apibrėžti valstybė, kuri turėtų sudėlioti tam tikrus atstumus ar kažką panašaus. Bet vėl gi, įsikiša konkurencijos įstatymas, kodėl pradeda trukdyti verslui, kodėl aš negaliu steigti kitoj pusėj gatvės ir taip toliau.*

D.A. Ar tai sumažintų šeimos gydytojo paslaugų prieinamumo netolygumus savivaldybėse? Ar padidintų šeimos gydytojų prieinamumą?

*VI/M. Na tą prieinamumą tai gal ir nepadidintų, bet aš manau vis tiek, jeigu valstybė finansuoja ir ji sako, kad ji gali sumokėti už tas paslaugas, už tą gydytoją, už tiek tai prirašytų žmonių, nes gi viskas yra suskirstyta nuo pinigų. Yra pinigų skaičius ir po to yra išdalinta į aptarnaujamus žmones. Su vaikais darbo daugiau, tai jų mažiau atitinkamai, su darbingo amžiaus žmonėmis kaip ir mažiau to darbo yra, jie pigesni yra. Tai viskas yra suskaičiuota pagal krepšelį ir jeigu valstybė viską suskaičiuoja ir ji turėtų apibrėžti tam tikras „žaidimo taisykle“, jeigu jau eini į tas įstaigas, kurios gauna finansavimą iš valstybės, tai jos turi laikytis žaidimo taisyklių. Kad gali būti ten, ten ir ten, bet jeigu aš nenoriu laikytis, aš noriu dalyvauti rinkoje, aš noriu suteikti paslaugų daugiau, kad būtų mažesnės eilės ir kažką tai, taip tada aš steigiuosi kitoje pusėje gatvės, nežiūriu visiškai tvarkos, bet aš nepretenduoju į valstybės pinigus, aš neinu sudarynėti sutarties su TLK. Viskas, prašom steikis. Taip, kaip pvz. Anglijoje yra, taip kaip yra kitose valstybėse. Privatus – steikis, verslas tavo, viliok ir pan.*

D.A. Mano žiniomis, buvo įstatymo projektas, kuriame kalbama, kad savivaldybėms būtų sudarytos teisinės sąlygos reguliuoti tų, LNSS nepriklausančių, pirminių asmens sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų, kurių išlaidas siekiama apmokėti iš PSDF biudžeto lėšomis, tinklą pagal esamą tų paslaugų poreikį atitinkamoje savivaldybės teritorijoje.

*VI/M. Tai taip, kaip ir savivaldybė turėtų duoti leidimą arba jo neduoti. Bet tas nunyko, bet tas tikrai turėtų būti padaryta. Jūsų darbe turėtų būti iškelta, kaip opi problema, aš manyčiau, ir išgvildenta ir pateikta galbūt kažkam, kas priimtų sprendimą.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada? Ar Jūs kažkaip vykdate tą poreikio planavimą, žiūrite į ateitį, nes vis tik gydytojais sensta, išeina į pensiją ir pan.

*VI/M. Na planuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija tą poreikį Lietuvai ir pateikia aukštosioms mokykloms, kiek reikėtų studentų paruošti, bet kad tam, kad jie susiplanuotų, tai klausia mūsų. Tai visos gydymo įstaigos pateikia Sveikatos apsaugos ministerijai savo poreikius, yra nustatyta tvarka, pateikinėjam kokių specialistų mums reikia, tuo pačiu ir šeimos gydytojų, kokių reikia ir kiek reikia. Ir tada atsiranda kažkoks tas planavimas „popierinis“. Bet gyvenimas ir planavimas skiriasi, tie gydytojai migruoja, nepriimta tvarka dėl jų vykimų, išvykimų ir atidirbimo Lietuvoje.*

D.A. Kalbant apie planavimą, ar Sveidros posistemis METAS prisideda, Jūsų manymu, prie to planavimo?

*VI/M. Į METO sistemą mes turim įvesti viską, ją administruoja Akreditavimo tarnyba, ją administruoja Ligonų kasos, kurios viską labai žiūri ir skaičiuoja, na tikriausiai ir Sveikatos apsaugos ministerija. Bet kad ji prisidėtų prie mūsų planavimo, tai fiziškai ir techniškai nesame įvaldę ir išbandę, kad ji mums padėtų, mes tiesiog teikiame duomenis.*

D.A. Tai kaip reikėtų spręsti šią problemą?

*VI/M. Dar buvęs ministras apie tai kalbėjo, bet taip ir nepasisekė nieko padaryti ar įpareigoti, kad atidirbtų Lietuvoje, jei Lietuvoje mokinosi ir už mokslą nemokėjo. Tuomet turėtų gauti paskyrimą ten, toje gydymo įstaigoje, kurioje yra gydytojų trūkumas. Tai va, tai tas planas ir nuplaukia vėjais, jei pusė gydytojų išvažiuoja iš to plano, tai tenka verstis su tais pačiais gydytojais, kurie jau ir vyresnio amžiaus ir ne tiek imlūs įvairioms naujovėms, e-sveikatai ir visiems kitiems dalykams ir tada stabdosi visas tas poreikio planavimas.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojai, funkcijoms, nereikalaujančioms gydytojo kompetencijos, išnaudoja 22 proc. darbo dienos laiko. Kaip patartumėte spręsti šią problemą?

*VI/M. Aš manyčiau dar daugiau laiko išnaudoja. Čia buvo keletas darbų daryta šeimos gydytojų, buvo su sekundometru skaičiuojamas laikas, kiek ir ko reikia ir kiek reikia viskam laiko. Kaip spręsti šią problemą? Nežinau, tai va yra bandoma spręsti elektronizuodami tas paslaugas, bet šiuo metu sprendžiasi į kitą pusę, vėl gi dabartinį receptą parašyti tai reikia daugiau laiko, nei popierinį receptą parašyti. Bet taip dabar yra, galbūt po kelių metų, kai įsivažiuos ir žiūrinti į išsivysčiusių šalių pavyzdžius, kur tie receptai rašomi „online“ sistemoje, tai tikrai daug laiko neužima sukabinti varneles ir pasiųsti receptą, ten kur reikia. Dabar vyksta kūrimas, tai daug trikdžių, daug nepasitenkinimo. Tai va, tai vienintelis kelias ir yra tik būtent kad mašina padėtų.*

D.A. O žmogiškieji ištekliai? Kalbama apie išplėstinės slaugos praktikos slaugytojus...

*VI/M. Taip, žmogiškieji ištekliai...būtų smagu, kad tos slaugytojos dirbtų slaugytojo darbą, o ne gydytojo padėjėjo darbą arba gydytojo sekretoriaus darbą, kaip yra dabar. Dabar slaugytoja dirba sekretorės darbą, kuri padeda nusiųsti, išrašyti, padaryti ar dar kažką ir panašiai. Bet jei šį sekretoriaus darbą padarytų mašina/kompiuteris, tai tada išplėstinė slauga valio, galėtų pradėti įgauti savo spalvą ir išnaudoti tų slaugytojų kompetencijas, kurios dabar nėra išnaudojamos. Dabar tik daktaras, daktaras, daktaras...dažnai net nereikia to daktaro, užtenka slaugytojos, kuri pilnai galėtų išspręsti daug problemų ir nuimti daug darbų nuo gydytojų. Tai dar vienas sprendimo būdas – slaugytojų kompetencijų išplėtimas. Na šiek tiek ir išplėtė ta linkme, dabar jos gali išrašyti receptus medicinos pagalbos priemonėms.*

D.A. O kaip vadybininko pareigybės įvedimas?

*VI/M. Dabar yra vadybininkai didesnėse įstaigose, kurie atsako už prevencinių programų organizavimą. Jie vietą randa po saule, kurie padeda organizuoti, padeda kviešti, padeda informuoti, apipavidalinti gaunamą informaciją ir t. t., tai nuimti tam tikrą darbą nuo šeimos gydytojų, o šeimos gydytojus išnaudoti tik tiek, kiek jo reikia. O vadybininkas sudėlioja savo srautus, tai ir kalbos nėra, kad jie yra reikalingi ir galbūt daugiau turėtų atsirasti.*

D.A. Jūsų įstaigoje yra?

*VI/M. Mūsų įstaigoje taip pat yra du tokie specialistai, kurie galbūt daugiau, kaip statistai, jie dalyvauja siunčiant pranešimus, kviečiant ir žiūrint, kam reikia teikti pranešimą. Dabar įpareigoti rinkti pacientų elektroninius adresus, mobiliuosius telefonus ir kurti duomenų bazę. Dabar jau programa leidžia išsiųsti SMS žinutę, pasiųsti elektroninį laišką automatiškai ir taip pakviesti atvykti pasitikrinti. Yra rezultatas, ateinančių žmonių skaičius didėja. O vadybininkas tą srautą reguliuoja, kad vėl nebūtų atvirkštinės reakcijos ir nebūtų šeimos gydytojų apgulties. Ir tas visuomenės sveikatos vadybininko atsiradimas pasiteisino.*

D.A. Ar skatinate šeimos gydytojus ir slaugytojus aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką?

*VI/M. Na pats gydytojas tikrai mažai šioje vietoje įtakoja savo pacientą dėl kažkokių profilaktinių patikrinimų, galbūt tai daugiau turėtų daryti išplėstinės praktikos slaugytojas arba paprastas slaugytojas, galbūt netgi tas vadybininkas visuomenės sveikatos, kuris kvieštų ne tik prevencinėm programom, bet ir profilaktikai. Nes gydytojas yra tiek įsivėlęs į tą rutiną ir tuos popierius, kad jam ta profilaktika lieka paskutinėje vietoje. Už tos profilaktikos vykdymą turėtų būti gal kažkoks mokėjimas. Pvz. nuo skiepijamo apimčių apylinkėje arba gal nuo maitinančių mamų iki 6 mėnesių skaičiaus, su kuriomis buvo kalbėta apie maitinimo krūtine naudą ir pan. tačiau tai apima labai daug laiko. Ir gal gali būti kažkoks skatinimo kriterijus. Pvz. vienas gydytojas užsiima tik žindančiomis mamomis (kalbant apie profilaktiką) ir jis su jomis bendrauja apie žindymo naudą. Gali būti ir kitas kriterijus, pvz. dabar nepopuliarus tas skiepijimas mažamečių, tai įtikinti apylinkės vaikus tėvelius skiepyti savo vaiką. Tai va dar vienas galimas kriterijus ir už tai galėtų būti finansuojama.*

D.A. Grįžtant prie gydytojų planavimo...ar taikote priemones, kurios pritrauktų jaunos šeimos gydytojus dirbti Jūsų įstaigoje?

*VI/M. Na priemonės tokios, tai yra derybų klausimas. Skelbiamės, ieškome ir savo puslapyje, ir SAM puslapyje ir profesinių organizacijų tinklalapiuose. Tai atsiranda skambučių, įdarbinam vieną kitą gydytoją. Nėra taip, kad nėra naujų gydytojų. Jų ateina ir kai sudarai sąlygas, turėjom savivaldybės žinybinį butą, na bet niekas nepaėmė. Tris metus jį laikiau, siūliau, tikrai neblogas butas. Bet nežinau, kodėl niekas nenorėjo, žmonės mieliau nuomojasi butus. Siūliau septyniems gydytojams ir nei vienas nesusigundė. Ir mes jį grąžinom savivaldybei atgal. Nes tokiu skatinimu dar pasirodo dar mokesčių inspekcija pradėjo domėtis, nes pasirodo turi sumokėti mokesčių inspekcijai (čia tas, kuris*

gauna butą) už pajamas natūra, aišku dar prisideda komunaliniai mokesčiai. Nors įtaigai neturėtum mokėti, tą butą gautum nemokamai, bet pasirodo, valstybei turėtum sumokėti, nes valstybė kaip ir nesuinteresuota, kad gydymo įstaiga savarankiškai viliotų pas save jaunus specialistus, savivaldybė duoda butą, mes jį turim užsipajamavom ir t.t., bet valstybei kaip ir nelabai įdomu, mokesčių inspektorius: aha, kas gyvena, ar moka mokesį? Jis gauna pajamas natūra. Jis gavo butą už dyką, butas yra įvertinamas, keik jis kainuoja ir tam tikrą procentą už pajamas natūra turi sumokėti valstybei. Tai tas jaunas žmogus sako, kam man reikia tada to buto, aš tada mokėsiu nuomos mokesį ir nesuksiu galvos. Tai irgi problema, kurią reikėtų paviešinti, nes tam tikri įstatymai nėra visiškai geri, iš vienos pusės nori duoti, o kita pusė – valstybė atima.

D.A. O kitokios priemonės? Darbo užmokestis, kvalifikacijos tobulinimo galimybės, gal nauja įranga?

VI/M. Žinoma, atlyginimas – deramės su jaunais žmonėmis. Kaip nebūtų keista, jauniems specialistams atlyginimą turi pasiūlyti didesnį, nors jis neturi dar tokios patirties, kaip seniau dirbantis specialistas ir tie seniau dirbantys gydytojai jaučia kaip ir nuoskaudą, nes jie seniau dirba, yra susikūrę čia gyvenimą ir taip toliau, o jo atlyginimas yra santykinai mažesnis nei jauno žmogaus, na bet kitaip tas jaunas žmogus nevažiuoja, jei nepasiūlai, jo supratimu, Šiaulių lygyje ar Lietuvos lygyje, jo įsivaizduojamą darbo užmokestį, nes kitaip ačiū ne. Jie dažniausiai apvažiuoja vos ne visas gydymo įstaigas ir pas mus atvažiuoja paskutinėje vietoje. Bet pasirodo, kad pas mus atlyginimas yra vos ne didžiausia ir jie čia lieka.

Esam priėmę sprendimą, kad kartą metuose tam tikrą skaičių valandų apmokėti kvalifikacijos kėlimo kursų mokesį. Bet tai yra visiems. Tik gaila, kad tų lėšų nėra tiek, kiek norėtumėsi.

D.A. Tai kaip supratau, SAM sistemoje esančia duomenų baze, skelbimais apie laisvas gydytojų darbo vietas, naudojātės?

VI/M. Jo

D.A. O patys skelbiate ten skelbimus?

VI/M. Jo, taip.

D.A. Tai funkcionuoja ta duomenų bazė?

VI/M. Na taip, funkcionuoja. Yra žmonės įpareigoti, tai teikiame skelbimus ir ieškom, nes kaip kitaip ieškosi. Važiuojam į muges jaunų žmonių kai būna universitetų atviros durų dienos atvažiuoja pavaduotoja valdymui ar personalo vedėja, duodam lankstinukus, kviečiam atvažiuoti į įstaigą Šiaulių taip toliau, kaip pirkėjai būnam. Įdomu VU Medicinos fakultete ten vyksta rudeniop berods. Bet nelabai kas užkimba, buvo gal keletą skambučių..

D.A. Ar esate įsteigę medicinos praktikos studentų ir šeimos medicinos gydytojų rezidentų rengimo bazę?

*VI/M. Taip, turim rezidentūros bazę, šeimos medicinos. Tai vienas iš viliojimo būdų. Su VU ir su Kauno universitetu esame sudarę sutartis. Turim apie 15 rezidentų kasmet.*

*D.A. Kaip tik ir norėjau klausti, ar noriai studentai važiuoja į Jūsų įstaigą atlikti rezidentūros?*

*VI/M. Jie noriai sutinka atlikti praktiką pas mus. Gauna kažkokią priemoną. Turim atskirą kabinetą, atskirą slaugytoją, esam sukūrę jiems darbo vietą. Jis turi savo kabinetą, registratorius registruoja ūmius pacientus pas tuos rezidentus, jiems padeda slaugytoja, kuriai paskirtas etatas dirbti tik su rezidentais. Tai va sąlygos yra sudarytos geros ir žmonės džiaugiasi, girdėjau daug gerų atsiliepimų. O rezidentai vienas per kitą perduoda informaciją, kad pas mus geros sąlygos, kad gauna daug žinių ir taip vienas per kitą, sužino ir nori pas mus atvažiuoti. Bazė yra ir Rėkyvos ambulatorijoje, tai kaimo ciklas, o čia miesto ciklas.*

*D.A. O po rezidentūros gal ir lieka dirbti?*

*VI/M. O po rezidentūros ir lieka pas mus dirbti. Jau turim dvi naujas gydytojas, likusias dirbti baigus rezidentūrą. Yra dar viena gydytoja, kuri jau užsirezervavo vietą, sakė nieko nepriimkit, aš tuoj gausiu diplomą ir atvažiuosiu pas jus dirbti.*

*D.A. Ačiū už atsakymus, už sugaištą laiką.*

## VŠĮ PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRO VADOVO, RESPONDENTO V2/M, INTERVIU PROTOKOLAS

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Pareigos – *VšĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centro direktorius.*

*(D.A. – darbo autorius)*

*(V2/M – respondentas)*

D.A. Ar sutinkate, kad mūsų pokalbis būtų įrašomas?

*V2/M. Taip.*

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

D.A. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus. Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus?*

*V2/M. Man atrodo, kad labiau čia ne tie apylinkių tipai, ne tie skaičiai pacientų, aš manau, kad turėtų būti matuojama kas kiek sugeba pacientų tinkamai aptarnauti, kas kiek gali skirti laiko ir virš darbo valandų ir galų gale ne kiekvienas gydytojas vienodo darbo intensyvumo, ne kiekvienas racionaliai ir dalykiškai kalba su pacientu ir riboti čia kam kiek, aš sakyčiau ne, tegu konkuruoja, o... daryti kažkokį minimumą etatinį šeimos gydytojo pareigybei, kažkokį minimumą prisirašiusiujų/aptarnaujamųjų mūsų įstaigoj yra 1000. O jei mažiau 1000, adekvačiai mažinamas atlyginimas, pagrindinis pareiginis atlyginimas.*

D.A. Na apie tai kalbama, nes šeimos gydytojai yra sunkiai prieinami, didelės pacientų eilės.

*Tegu gydytojai išdirba 7 val. 36 min., o ne 5 – 6 val. priėmimo ir tada nebus problemų. Iškvietimų į namus beveik nėra, jeigu į savaitę, turiu omenyje eilinę dieną, turi vieną kitą iškvietimą, tai kur tos dvi su puse valandos ar pusantros valandos? Tai praktiškai 7 - 8 ligoniai ir nebus eilių. Darbo organizavimas viską lemia.*

D.A. Ar steigdami šeimos gydytojo apylinkę, atsižvelgiate į nustatytą normatyvą?

*Na mes stengiamės žiūrėti, kiek pats gydytojas yra pajėgus tinkamai aptarnauti pacientą.*

2. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

*Taip, reikėtų. Turi būti ir yra ministro raštas 2014 m. kovo 21 d. įsakymas Minimalių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimai. Aš manau, kad savivaldybė tokius dalykus turėtų reguliuoti, nes pvz. įsikuria ir bankrutuoja. Aplink mus yra tų centriukų, prisirašiusiųjų ten gana daug, imtų dabar koks centriukas su 8000 pacientų ir 6 – 7 gydytojais ir bankrutuotų. Kur jie turi dėtis? Mes tai nebepajėgūs juos visus priimti, o valstybinė įstaiga privalo, o jie neprivalo.*

D.A. Pacientas gali rinktis norimą gydymo įstaigą ir šeimos gydytoją ir Jūs privalot juos priimti.

*V2/M. Pacientams mes galim leisti pasirinkti mūsų įstaigą ir mūsų gydytojus galimybių ribose.*

D.A. Bet ar tai neprieštarauja įstatymams?

*V2/M. Ne, taip ir yra, kad galimybių ribose. Tvarką nustato vadovas. Įsivaizduokit, jei pas mus norėtų prisirašyti koks vaikas iš Pakapės, tai kiek įstaigai kainuos pas jį nuvykti, jei jis karščiuos? Tai viskas yra galimybių ribose. Yra ne tik teisės, bet ir pareigos. Taip, kai ir gydytojas turi teisę apsiriboti, kiek aš noriu priimti pacientų. Pas mus yra viena gydytoja, kuri daugiau pacientų nebepriima. Man ateina skųstis, bet aš sakau, kad ji teisi ir ji daugiau pacientų priimti nebepajėgia.*

D.A. Taip, kad galėtų kokybiškai atlikti savo darbą.

*V2/M. Nes ji turi kokybiškai dirbti. Dabar čia kai Danijoje yra 2066 pacientai, bet tada Danijoje ir reikalavimai kitokie, pacientai kitokie, kiek aš žinau.*

D.A. Ar tai sumažintų šeimos gydytojo paslaugų prieinamumo netolygumus savivaldybėse?

*V2/M. Na galbūt.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada?

*Principe netinkamai, nes per daug gydytojų yra miestuose, mažiau ambulatorijose, bet turint omeny, kad kaimo žmonių mažėja, bet jų reikalavimai didėja, nes amžiaus grupės keičiasi ir ten prisirašiusiųjų mažai 1000 – 800. Ir kokį atlyginimą ten gydytojui mokėti? Aš sutinku, kad taip darytų, kaip Švedijoje, kad salelėj yra prisirašiusių 500 – 700, savivaldybė dotuoja ir papildomai finansuoja,*

*kad tas gydytojas gautų normalų atlyginimą. Kolkas pas mus to nėra, nors savivaldybės privalėtų tuo rūpintis.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojai, funkcijoms, nereikalaujančioms gydytojo kompetencijos, išnaudoja 22 proc. darbo dienos laiko. Kaip patartumėte spręsti šią problemą?

*Turim koordinatorių, kuris reguliuoja skatinamąsias, programines priemone, kuris registruoja, kontroliuoja, pateikia skaičius, kiek buvo įvykdyta. Pateikia gydytojui ataskaita, kas padaryta, kas nedadaryta.*

D.A. Tai ar veikia ta pareigybė, ar pasiteisino?

*V2/M. Ta pareigybė tikrai veikia, jis surenka visus skaičiukus, pateikia man ir pateikia.*

D.A. Kaip patartumėte spręsti šeimos gydytojų užimtumo problemą?

*V2/M. Jie turi organizuoti tą ir kontroliuoti „vadovas“ neturi dirbti, jis turi vadovauti, taip ir gydytojas. Tiems darbams, kuriems nereikia gydytojo kompetencijos, gydytojas turi vadovauti. Tik jis gali žinoti, kam ko reikia, bet nebūtina, kad jis rašytų, kad jis darytų, jis turi koordinuoti. Tai komandai, tai savo apylinkei gydytojas turi vadovauti ir niekas iš pašalės neateis ir nesutvarkys.*

D.A. O žmogiškųjų išteklių daugiau tam nereikėtų?

*V2/M. Manau, kad medicinoj per daug žmonių ir naujų nereikia. Tegu visi dirba ir išdirba nustatytą laiką, taip kaip Vokietijoje, gydytojas dirba nuo 8 val. iki 18 val. su dviem trumposiom pertraukom ir viena ilgąja pertrauka, jis priima po 34 – 37 pacientus ir problemos nėra. Nes jis turi sesutę, turi pagalbininkę, kuri suveda, turi procedūrinę sesutę. Pats rentgeną daro, pats gipsuoja, o duomenis suveda ne jis. Aš klausiau, kiek jums priklauso rašyti, tai sakė, jie surašo tiek, kiek užtektų prokuratūrai ir draudimui, teisėsaugai ne prokuratūrai.*

D.A. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo plane numatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija turėtų organizuoti susitikimus su Lietuvos savivaldybių asociacija, savivaldybėmis ir gydymo įstaigų vadovais, siekiant aptarti priemones, galinčias numatyti gydymo įstaigas dalį lėšų, gautų iš PSDF už gerus darbo rezultatus, skatinamąsias paslaugas, skirti finansiškai skatinti tas paslaugas suteikusius įstaigų darbuotojus. Ar skiriate dalį lėšų, gautų iš PSDF už gerus darbo rezultatus, skatinamąsias paslaugas, finansiškai skatinti tas paslaugas suteikusius įstaigų darbuotojus?

*V2/M. Būtinai taikome, skatinamosios priemonės yra labai gerai, čia yra didelė paslauga žmonėms, bet tai supranta ne visi. Mes visi esam savo sveikatos šeiminkai, bet jei jie nenori, tai niekas ir neprivers.*

D.A. Tai esant skatinamosioms priemonėms, gal gydytojai efektyviau vykdo programas?

*V2/M. Pas mus yra skatinami. Mes mokam. Mūsų sesutės ir gydytojai gauna už tai gana padorias sumas. Su tom skatinamosiom gana daug uždirbam ir 60 procentų sumokam personalui.*



D.A. Ar skatinate šeimos gydytojus ir slaugytojus aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką?

*Yra daroma pagal nustatytą tą tvarką, bet labai daug priklauso ir nuo daktaro ir nuo paciento. Bet aš manyčiau, kad daugiau nuo gydytojo, jei atėjo tavo pacientas ir tu jį gerai žinai ir jam nepasiūlai, tai jau esi kaltas. Arba išlenda po metų onkologinė liga, o jis lankėsi pas gydytoją. Na čia jau didelė nuodėmė. Mes skatinam imperatyvinėmis ir piniginėmis priemonėmis.*

D.A. Ar taikote priemones, kurios pritrauktų jaunus šeimos gydytojus dirbti Jūsų įstaigoje?

*Tuo turėtų rūpintis savivaldybė. Žinau, kad Kelmėje savivaldybės butus perka, pas juos per metus atsirado 22 nauji gydytojai.*

D.A. Ar esate įsteigę medicinos praktikos studentų ir šeimos medicinos gydytojų rezidentų rengimo bazę?

*V2/M. Ne ir mes to nesiekiamo. Aš manau, kad mūsų įstaiga ne ta, tam reikėtų didesnės gydymo įstaigos. Tam reikėtų patalpų, jaunatviškesnių gydytojų, kurie norėtų bendrauti su studentais.*

D.A. O tuomet, kaip prisikviesti tuos jaunatviškesnius gydytojus?

*V2/M. Ateina, kai pasiūlai padorų atlyginimą. Pas mus dvi atėjo. Dabar jei norėtų ateiti, mes nepriimam, nes turim per daug gydytojų.*

D.A. Tuomet Jums ir nėra aktuali informacija, skelbiama Sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje apie laisvas gydytojų darbo vietas?

*V2/M. Ne, mums tai neaktualu.*

D.A. O Pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymas, ar daro įtakos gydytojo ir paciento bendravimui? Galbūt reikėtų kažką pakeisti ?

*V2/M. Daro. Bet ir turėtų būti kažkoks bendravimo padorumas abipusis, įstatyme turėtų būti ne tik pacientų teisės, bet ir pareigos. Medikai nėra vergai ir jų įžeidinėti nevalia. Pacientas turi padėti gydytojui nustatyti diagnozę, būti iki galo nuoširdus, atviras. Paciento yra ir pareiga. Galų gale, turėtų būti pareiga pačiam rūpintis savo sveikata, gyventi, kiek įmanoma, sveiką gyvenimo būdą.*

D.A. Ačiū labai už sugaištą laiką.

**VŠĮ ŠIAULIŲ RAJONO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRO VADOVO,  
RESPONDENTO V3/R, INTERVIU PROTOKOLAS**

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Pareigos – *VšĮ Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centro direktorius.*

*(D.A. – darbo autorius)*

*(V3/R – respondentas)*

D.A. Ar sutinkate, kad mūsų pokalbis būtų įrašomas?

*V3/R. Taip.*

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

D.A. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus.*

*V3/R. Turit omeny tuos keturis tipus?*

D.A. Taip.

*V3/R. Aš dar manyčiau ir vyresnio amžiaus atskirą mažesnę grupę, nes dabar jei yra 90 procentų suaugusių, tai virš 60 metų prasideda labai dažnas apsilankymas pas gydytojus, daug kompensuojamų vaistų ir toj vietoj irgi labai didelis apkrovimas gaunasi. Pvz. mūsų poliklinikoj tie gydytojai, kurie turi labai daug pensinio amžiaus pacientų, jie nespėja jų atleisti, nors apylinkė, atrodo ir nėra labai didelė, susidaro eilės. Tai tą apylinkę, kurioje 1550, tai ji turėtų būti mažinama, gal pvz. iki 1200 pacientų. Aš taip manyčiau.*

D.A. O kažkokį kitą kriterijų įvesti reikėtų? Gal pagal atstumą iki gydymo įstaigos?

V3/R. Aišku, gal kažkaip galėtų išskaičiuoti atstumus iki gydymo įstaigos ir įvesti kriterijų pagal atstumą iki gydymo įstaigos, bet manau, kad tai būtų labai sudėtinga, o gal ir neįmanoma. Ypač rajonuose tai būtų sudėtinga, nes pas mus viena apylinkė susiformuoja gal kokiu 20 km spinduliu, o mieste iš poros devynaukščių yra jau suformuota viena apylinkė.

Manau, kad reikėtų gal tik skaičių sumažinti.

D.A. Ar steigdami šeimos gydytojo apylinkę, atsižvelgiate į nustatytą normatyvą?

V3/R. Yra dar toks dalykas, kad vis tiek daugelis gydytojų yra iš senesnių laikų, vieni iš pediatrų, kiti iš terapeutų tapo šeimos gydytojais, tai jie taip ir turi jau susiformavusias apylinkes, o kaimuose negali pasirinkti, nes jei ambulatorijoje dirba vienas šeimos gydytojas, tai jis tą apylinkę ir aptarnauja. Ir ten jau nebegali nieko pakoreguoti. O kaimuose ir atstumai didesni, tai jie dažniausiai (apie 90 proc.) ir renkasi toj ambulatorijoj dirbantį gydytoją.

D.A. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

V3/R. Konkurencija yra sveika, tada kokybė yra geresnė. Manau, kad nereikėtų, tegu konkuruoja. O jei steigiasi, turi sudaryti atitinkamas sąlygas tiek gydytojui, tiek pacientui. Pas mus Kuršėnuose kol kas ir nėra privačių centrų. Bandė keli steigtis, bet nepavyko pervilioti gydytojų.

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada?

V3/R. Sunku pasakyti, jei jie neemigruotų, tai poreikis gal ir pakankamas būtų, juk negali numatyti, kiek jų emigruos. Jei tiek, kiek paruošia, visi įsidarbintų, manau, kad jų ir pakaktų. Yra dar tokia problema, kad studijuodami dažnai susiranda antras puses ne medikus ir jau į kitą miestą ar provinciją išvažiuoti nebenori. Gal čia yra dar viena problema.

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojais, funkcijoms, nereikalaujančioms gydytojo kompetencijos, išnaudoja 22 proc. darbo dienos laiko. Kaip patartumėte spręsti šią problemą?

Dažniausiai gydytojas su slaugytoju susitaria tarpusavy, kad slaugytoja dalį jo funkcijų atliktų.

D.A. Bet tai nėra reglamentuota ir leistina įstatymiškai.

V3/R. Tai nėra reglamentuota, bet jie susitaria. Dabar jau slaugytojos gali ir išrašinėja medicinos pagalbos priemones, tai šiek tiek sumažina gydytojo darbą.

D.A. O kaip dėl išplėstinės praktikos slaugytojų? Ar tai padėtų?

V3/R. Jei papildomai finansuos naujai atsiradusias išplėstinės praktikos slaugytojas, jei jų atlyginimui gausim papildomą finansavimą, tai manau irgi prisidėtų prie gydytojų darbo krūvio mažinimo. Nes plečiant funkcijas, reikia ir didinti finansavimą. Viskas remiasi į finansavimą.

D.A. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo plane numatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija turėtų organizuoti susitikimus su Lietuvos savivaldybių asociacija, savivaldybėmis ir gydymo įstaigų vadovais, siekiant aptarti priemones, galinčias numatyti gydymo įstaigas dalį lėšų, gautų iš PSDF už gerus darbo rezultatus, skatinamąsias paslaugas, skirti finansiškai skatinti tas paslaugas suteikusius įstaigų darbuotojus. Ar skiriate dalį lėšų, gautų iš PSDF už gerus darbo rezultatus, skatinamąsias paslaugas, finansiškai skatinti tas paslaugas suteikusius įstaigų darbuotojus?

*V3/M. Taip ir mes 90 procentų atiduodam slaugytojui ir gydytojui. Mokam kartą per tris mėnesius. Ir per paskutinius metus pastebėjom, kad pagerėjo programų vykdymas. Bet yra ir kita pusė, kaimo žmonės daug mažiau rūpinasi savo sveikata ir jei pasiūlai atvykti atlikti kažkokį tyrimą, tai jis paprasčiausiai neatvyksta, nes yra per daug užimtas ar panašiai.*

D.A. Ar skatinate šeimos gydytojus ir slaugytojus aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką?

*Taip pat skatiname.*

D.A. Ar taikote priemones, kurios pritrauktų jaunus šeimos gydytojus dirbti Jūsų įstaigoje? Ar tai pasiteisina?

*V3/R. Savivaldybei siūlome, jaunam specialistui, jei sutiktų atvažiuoti dirbti, suteikti jam gyvenamą plotą ir kažkokią sumą per tris metus išmokėti neatlygintinai įsikūrimu, tokiu būdu būtų lengviau prisivilioti. Bet rajono valdžia kol kas tyli, nesako, kad ne, bet tyli. Bet kol kas, šeimos gydytojų pas mus pakanka, bet Kuršėnuose didelė dalis pensinio amžiaus, kuris šiandien dirba, o rytoj jau gal nebedirbs. Tai į tą vietą jau sunkiau privilioti kitą ar naują gydytoją. Kol kas bandom iš savo lėšų mokėdami privilioti gydytoją, jei jo reikia. Tada jam kompensuojame kelionę, siūlom savivaldybei, kad ji kompensuotų, bet kol kas atsakymo nesulaukėm.*

D.A. Ar esate įsteigę medicinos praktikos studentų ir šeimos medicinos gydytojų rezidentų rengimo bazę?

*Ne, pas mus nėra.*

D.A. Ar turite tokią galimybę?

*V3/R. Tai turi gal būti kažkokie specialistai. Gal ir reikėtų, tik reikėtų, kad kažkas iš daktarų sutiktų būti vadovu. Na mes kažkaip nesidomėjome.*

D.A. Dar grįžtant prie šeimos gydytojų darbo. Gal šeimos gydytojui reikia suteikti daugiau kompetencijų?

*V3/R. Na šeimos gydytojo normoje yra išvardinta funkcijų, kurias jis turi atlikti. Bet jei darytų viską, tai jis niekaip neįsistektų savo darbo laike. O kitas dalykas, daugelį funkcijų gali atlikti tik naujai paruoštas, šiuolaikinis šeimos gydytojas, o senesnis gydytojas, persikvalifikavęs iš pediatro ar terapeuto, gal ir nediršta atlikti kitų funkcijų, nes trūksta įgūdžių. Pavyzdžiui kokią pūlį atverti, kas yra numatyta Normoje, jis jau gal nebepasitiki savo jėgom.*

D.A. Tai gal reikėtų atnaujinti šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimo programas, gal daugiau įvesti specializuotų kursų tik šeimos gydytojams?

*V3/R. Tai tų programų yra, bet gydytojai dažniausiai eina, kur jau buvo ir į kitus gal nenori eiti. Daugelis yra buvę pediatrai, tai ir eina į pediatriją. Jie mažai domisi kitomis sritimis.*

D.A. Tai gal reikėtų įvesti šeimos gydytojams savarankišką kompetencijų vertinimą?

*V3/R. Gal ir reikėtų. Bet kai pensinis amžius, tai jis gal jau nebelabai nusiteikęs. Gal jaunesni specialistai ir plėstų akiratį labiau.*

D.A. Gal reikėtų organizuoti daugiau kursų rajonų gydymo įstaigose?

*V3/R. Šiauliuose vyksta kursai ir kviečia iš VU Kauno universiteto lektorius ir mūsų gydytojai ten vyksta, į Vilnių, Kauną mažai kas bevažiuoja. Mūsų atveju, mums vyksta čia pat.*

D.A. Tai gal reikėtų kažkokį procentą valandų, kurias privalo išklaudyti, skirti praktikai?

*V3/R. Gal ir reikėtų. Teoriškai reikėtų. Bet gal sunku įgyvendinti.*

D.A. Ačiū už atsakymus.

**VŠĮ ŠIAULIŲ CENTRO POLIKLINIKOS ŠEIMOS GYDYTOJO, RESPONDENTO Š.G.1/M,  
INTERVIU PROTOKOLAS**

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Pareigos – šeimos gydytoja

*(D.A. – darbo autorius)*

*(Š.G.1/M – respondentas)*

D.A. Ar sutinkate, kad mūsų pokalbis būtų įrašomas?

*Š.G.1/M. Taip*

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

D.A. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus. Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus?*

*Š.G.1/M. Reikėtų formuoti apylinkes ir bendrai pagal gyventojų skaičių bendrai paėmus ir jauną amžių ir pagyvenusius ir senjorus. Aš taip manau.*

D.A. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

*Š.G.1/M. Aš manau, kad to tikrai reikėtų.*

2.1. Ar tai sumažintų šeimos gydytojo paslaugų prieinamumo netolygumus savivaldybėse?

*Š.G.1/M. Tai, sumažintų.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada?

*Š.G. I/M. Šeimos gydytojų visada trūksta.*

D.A. Tai kaip reikėtų spręsti šią problemą?

*Š.G. I/M. Galbūt baigę mokslus jauni gydytojai, kuriems buvo suteiktas nemokamas mokslas, galėtų tam tikrą, nustatytą laiką atidirbti valstybės paskirtoje įstaigoje, kurioje yra didžiausias poreikis.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojai, funkcijoms, nereikalaujančioms gydytojo kompetencijos, išnaudoja 22 proc. darbo dienos laiko. Kaip patartumėte spręsti šią problemą?

*Š.G. I/M. Reikėtų įvesti dirbti daugiau socialinių darbuotojų, socialinis kontingentas, kuris mums, šeimos gydytojams, padėtų rašant gydytojams į konsultacijų polikliniką, arba į kitą miestą konsultuotis pas III lygio specialistus, tai galėtų daryti socialinis darbuotojas. Tai į šeimos gydytojo komandą reikėtų įvesti dar vieną darbuotoją – socialinį darbuotoją, jis galėtų taip pat pildyti lapus į NDNT, tai yra į tą vadinamą nedarbingumo komisiją.*

D.A. Ar reikėtų gydymo metodikų, tvarkos aprašų, kurie aiškiau atskirtų šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto kompetencijų ribas?

*Š.G. I/M. Nežinau, man atrodo, kad dabartinis variantas yra geras.*

D.A. Ar Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas turi įtakos šeimos gydytojo kompetencijų vykdymui, bendravimui su pacientu? Ar reikėtų keisti įstatymo nuostatas? Ar tai prisidėtų prie geresnio šeimos gydytų kompetencijų vykdymo?

*Š.G. I/M. Aš manau, kad reikėtų kažkaip suformuoti, kad pats pacientas yra atsakingas už savo sveikatą, o dabar yra atvirkščiai, daktaras atsakingas, o pacientas savimi nesirūpina. O po to skundžia mus ir reikalauja žalos atlyginimo ir kuo didesnio. Manau, kad visai geras yra tas įstatymo pakeitimo projektas, kuriame norima žalą atlyginti be kaltininko, bet kiek man teko girdėti, tai dar pilnai nėra tam pasiruošta, projektas yra, bet dar mažo, kaip geriau.*

D.A. O įstatymas Jums kelia kažkokią įtampą bendraujant su pacientais?

*Š.G. I/M. Įtampos man nekelia, kitiems nežinau.*

DA. Ar finansinis paskatinimas, už gerus darbo rezultatus ir atliktas skatinamąsias paslaugas, motyvuotų teikti daugiau skatinamųjų paslaugų?

*Š.G. I/M. Taip, tikrai motyvuoja. Mes gauname finansinį skatinimą ir tai tikrai motyvuoja.*

D.A. Ar esate skatinami aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką?

*Š.G. I/M. Mes vykdomė.*

D.A. Ar reikėtų plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas?

*Š.G.1/M. Manau, kad gal ir reikėtų, šeimos gydytojų visada trūksta ir jaunimas būtų suinteresuotas.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad ne visai tinkamai organizuojamas šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimas. Ar sutiktumėte, kad būtų įdiegtas savanoriškas Jūsų kompetencijų vertinimas?

*Š.G.1/M. Manau, kad būtų visai neblogai.*

D.A. Ar esate patenkinti šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimo programomis?

*Š.G.1/M. Aš manau, kad pakankamai gerai yra organizuojamas kvalifikacijos tobulinimas, bet mano nuomone reikėtų, kad daugiau būtų nemokama.*

D.A. Gal reikėtų kursų tik šeimos gydytojams?

*Š.G.1/M. Anksčiau būdavo specializuoti kursai tik šeimos gydytojams, bet dabar to neliko. Gal ir reikėtų, kad būtų daugiau specializuotų kursų šeimos gydytojams. Matyt gal finansiškai tai nebepavyksta.*

D.A. Ar reikėtų sudaryti galimybes kvalifikaciją tobulinti ne tik universitetų bazėse, bet ir rajonų gydymo įstaigose?

*Š.G.1/M. Taip, tikrai reikėtų, kad vyktų vietos principu, kad ne tik universitetų bazėse, bet ir rajonų ir kitų miestų gydymo įstaigose.*

D.A. Ar reikėtų numatyti, kurią profesinės kvalifikacijos tobulinimosi dalį turėtų sudaryti praktiniai mokymai? Ar tai pagerintų šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą?

*Š.G.1/M. Praktiniai mokymai visada yra gerai. Anksčiau būdavo kvalifikacijos tobulinimo kursai viena dalis teorijos, kita dalis praktikos. Dabar to liko mažai. Manau, kad būtų gerai, kad būtų ir praktinių valandų. Bet jei praktinės valandos būtų privalomos, tai apsunkintų licencijos tęsimą.*

D.A. Ačiū už atsakymus ir skirtą laiką.



## VŠĮ ŠIAULIŲ CENTRO POLIKLINIKOS ŠEIMOS GYDYTOJO, RESPONDENTO Š.G.2/M, INTERVIU PROTOKOLAS

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Pareigos – šeimos gydytoja

*(D.A. – darbo autorius)*

*(Š.G.2/M – respondentas)*

D.A. Ar sutinkate, kad mūsų pokalbis būtų įrašomas?

*Š.G.2/M. Taip.*

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

D.A. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus. Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus?*

*Š.G.2/M. Va pažiūrėk, ant stalo yra vakarykščiai ir šios dienos priėmimai, niekas neužbaigta. Tai jei taip kalbant, aš manyčiau, kad mums turėtų būti...aš galvoju, kad jeigu yra vaikams įveda tą kriterijų, kad vaikų jeigu daug, turėtų apylinkė būti mažesnė, tai lygiai ir kai daug senų, pvz. virš 60 metų, bent virš 65 – erių, aš jau tiek nusileisčiau, turėtų būti stipriai mažesnė apylinkė, nes čia va ateina su daug nusiskundimų ir į mėnesį kelis kartus ateina tas pats asmuo. Va pavyzdžiui trinka ritmas, jie ateina pas mus po kelis kartus ir per mėnesį. Tai va mes geriau išdiskutuokim, kad būtų aišku. Senas žmogus daugiau reikalauja dėmesio. Aš pasakysiu taip, maži vaikai kai yra gripo epidemija jiems sunku, pasibaidė epidemija, tas daktaras apylaisvis ir nebeturi tiek darbo. O mes ar epidemija, ar ne epidemija, pas mane va šiandien su karščiavimais praktiškai nei vieno nėra, o darbo*

*pilna, todėl, kad jie operuojasi, daug operacijų. Tuo labiau, kad pas mus dabar yra tokia tvarka traumatologai operuoja – mums paruošti, ginekologai mum paruošti, reiškia operacijoms paruošiam, siuntimų daug. Niekas nėra paskaičiavęs, kiek šeimos gydytojas sugaišta laiko su pacientu ir pvz. tokie spec poreikiai, kai mum reikia pildyti, mes viską pildom namuose arba pasilikę po darbo, nu gal negalima sakyti namuose, bet pasilikę po darbo valandų, nes niekas į darbo valandas jau nesutelpa. Niekas nepaskaičiavęs, per kiek laiko reikia supildyti invalidumą, niekas nepaskaičiavęs per kiek reikia surašyti siuntimus, nes praktiškai tik odos gydytojui nereikia siuntimo, o daugiau visur siuntimai. Reiškia dar tokia yra problema, yra daug padaryta, kad yra tokių medikamentų, kuriuos mes galim išrašyti tik po kardiologo konsultacijos, pvz. man ji būtų visiškai nereikalinga, bet aš negaliu to vaisto išrašyti.*

D.A. Tai gal reikėtų kažkiek patobulinti jūsų, šeimos gydytojų metodikas?

*Š.G.2/M. Taip, reiškia yra išviso taip, šeimos gydytojas turėtų teisę pavyzdžiui gėrybinei prostatai hipertrofijai po urologo konsultacijos pavyzdžiui pats išrašyti, na kaip pasakyti dabar yra pusei metų tik vaistai, nu metams jis galėtų išrašyti be urologo konsultacijos. Pavyzdžiui kardiologai irgi yra kai kurie vaistai „Kordorono“ negalim išrašyti be kardiologo, nuo kraujo spaudimo, pavyzdžiui kas tris mėnesius rašyti, jisai gauna tą „Sanaralį“ o mes turim kas tris mėnesius rašyti kardiologui konsultacijai.*

D.A. Bet ar dabar nėra padaryta, kad būtų galima metams išrašyti receptą, gydant pacientą nuo neinfekcinių ligų?

*Š.G.2/M. Yra daugybė apribojimų. Aš galiu pavyzdžiui išrašyti nuo spaudimo vaistus galiu parašyti trims mėnesiams iš eilės ir jei turiu laiko, galiu parašyti gydymui tęsti dar trims mėnesiams, kaip ir tas ligonis galėtų ateiti už pusės metų, bet yra tokių vaistų, kurių aš išvis negaliu išrašyti, aš pavyzdžiui išrašau vaistus jam ką galiu ir rašau kardiologo konsultacijai, nes jis pakonsultavo ir paskyrė tuos nu dar kažkokio aukštesnio lygio vaistus ir reiškia būtų gerai, kad nereikėtų tos pakartotinės kardiologo konsultacijos, kad pavyzdžiui jeigu aš parašiau vieną kart metams, kad kardiologas galėtų skirtis ir tęsti tuos vaistus. Dabar yra „būktai“ tęstinis gydymas, bet tas tęstinis gydymas yra labai netobulus, įtraukta labai nedaug ligų. Anksčiau būdava pavyzdžiui reumatoidinis artritas dispancerizuodavo ligonius, dabar gauna net biologinę terapiją, kuri yra tikrai sudėtingas gydymas, tie ligoniai ateina pas mane kas tris mėnesius aš jiems turiu padaryti tyrimus ir tada parašyti siuntimą ir jie vėl eina pas reumatologą. Reikėtų praplėsti to tęstinio gydymo...mes va turim tokias papkes, va pažiūrėk...mes rašom..tu įsivaizduok, juokinga. Tai tu pažiūrėk, man per metus va kelis parašė ligonius. O reiškia va dabar iš hematologės šiandien gavau, kad prašom parašyti, kad ligoniui priklausomai tęstinis gydymas, tai hemtologei jau tada metam laiko parašysiu tik vieną siuntimą, tik vieną. Pavyzdžiui labai būtų gerai gleukomai, reumatoidiniam artritui, kokia sunki korekcijos hipertoniija. O dabar mes turim rašom ir rašom, traukiam ir traukiam tuos siuntimus idiotiškus rašom.*

D.A. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

*Š.G.2/M. Aš manau, kad gal reikėtų.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada?

*Š.G.2/M. Na man atrodo, kad šeimos gydytojų visada trūksta. Aš nežinau, gal jų paruošia ir pakankamai, tik kad jie kažkur dingsta. Gal lieka dažniau lieka dirbti Vilniuj ar Kaune....*

D.A. Ar Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas turi įtakos šeimos gydytojo kompetencijų vykdymui, bendravimui su pacientu? Ar reikėtų keisti įstatymo nuostatas? Ar tai prisidėtų prie geresnio šeimos gydytojų kompetencijų vykdymo?

*Š.G.2/M. Nieko man nekelia, aš galvoju, jei nesi pikta, neagresyvi, ligoniui paaiškini, tai tu ir padarysi klaidą, tai aš galvoju, kad viskas praeis lengviau, viskas priklauso nuo kontakto su ligoniu, nuo jo pasitikėjimo.*

D.A. Ar finansinis paskatinimas, už gerus darbo rezultatus ir atliktas skatinamąsias paslaugas, motyvuotų teikti daugiau skatinamųjų paslaugų?

*Š.G.2/M. Mūsų algos tai pamažėjo. Jei mes įvykdome programas, mes dirbam gerai ir norim to paskatinimo.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad ne visai tinkamai organizuojamas šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimas. Ar esate patenkinta esama kursų organizavimo sistema?

*Š.G.2/M. Dabar nebereikalauja į tuos ilgus kursus važiuoti, tai gerai dabar yra. Dabar labai daug organizuoja, daug profesorių priveža. Aš sakyčiau, kad gerai.*

D.A. Ar sutiktumėte, kad būtų įdiegtas savanoriškas Jūsų kompetencijų vertinimas?

*Š.G.2/M. Man atrodo, kad aš pati jaučiu, kur man trūksta ir to kompetencijų vertinimo gal nereikia. Aš pati dirbdama jaučiu, kurioj srity reikėtų pasitobulinti.*

D.A. Ar reikėtų numatyti, kurią profesinės kvalifikacijos tobulinimosi dalį turėtų sudaryti praktiniai mokymai? Ar tai pagerintų šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą?

*Š.G.2/M. Aš sutikčiau, kad būtų privaloma, tik kad nebūtų labai didelis procentas, pavyzdžiui savaitė intensyvaus darbo. Manau gal kokį dvidešimt procentų turėtų sudaryti praktika.*

D.A. Ačiū už atsakymus.

**VŠĮ DAINŲ PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRO ŠEIMOS GYDYTOJO,  
RESPONDENTO Š.G.3/M, INTERVIU PROTOKOLLAS**

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Pareigos – šeimos gydytoja

*(D.A. – darbo autorius)*

*(Š.G.3/M – respondentas)*

D.A. Ar sutinkate, kad mūsų pokalbis būtų įrašomas?

*Š.G.3/M. Taip*

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

D.A. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus. Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus?*

*Š.G.3/M. Man tas išdėstymas pagal grupes atrodo visiškai logiškas ir protingas. Tas pateiktas Skandinavų pavyzdys atrodo neįmanomas, nes nežinau, kaip įmanoma aptarnauti tiek pacientų. Aš turiu kiek mažiau nei 1500 pacientų ir tikrai visada perdirbu savo darbo laiką, nieko nespėju ir nešuosiu namo. Juk savo ruožtu pacientas gali prisirašyti iš kur nori. Man atrodo, kad šis klausimas Lietuvoje pakankamai gerai sprendžiamas.*

D.A. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

*Š.G.3/M. Aš manau, kad patys žmonės atsirenka, kur jiems eiti. Jei tos privačios įstaigėlės egzistuoja, vadinasi, jų reikia, ir pas juos pacientai kreipiasi. Jeigu jos egzistuoja, vadinasi jos reikalingos. Tegu būna tos įstaigos.*

D.A. Ar tai sumažintų šeimos gydytojo paslaugų prieinamumo netolygumus savivaldybėse?

*Š.G.3/M. Na galbūt. Bet tos privačios klinikos, steigdamosios, manau pasižiūrėjo, kur tas kontingentas geresnis ir kur joms būtų palankiau įsisteigti.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada?

*Š.G.3/M. Aš manau, kad gerų šeimos gydytojų yra tas poreikis. Dabar studentų rezidentų manau, kad gal net per daug, nes pati rezidentūros programa silpnėja. Kai pavyzdžiui kabinete sėdi trys gydytojai rezidentai, tai ko jie labai gali išmokti ir kokia ta praktika, o atėjęs pacientas dar ir kompleksuoja pamatęs tiek žmonių. Tai gal reikėtų plėsti bazes arba tiesiog mažiau priimti. Bet vėl gi, jei tiek priima, tai vadinasi yra toks poreikis.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojai, funkcijoms, nereikalaujančioms gydytojo kompetencijos, išnaudoja 22 proc. darbo dienos laiko. Kaip patartumėte spręsti šią problemą?

*Š.G.3/M. Yra labai daug rašto darbų, formų, neįgalumo, invalidumo formų pildymas. Visa tai lieka po oficialaus darbo valandų.*

D.A. Gal turite idėjų, kaip būtų galima spręsti šią problemą?

*Š.G.3/M. Mums labiausiai patiktų, jei būtų atskiras žmogus, kuris tai darytų, bet tai yra iš fantastikos skyriaus. Manau, kad išplėstinės praktikos slaugytojos padėtų. Mano slaugytoja man irgi daug padeda, bet vėl gi, tada nukenčia jos darbas. Be to, viskas atsižvelgia ir į užmokestį. Slaugytojų labai maži atlyginimai, o krūviai tikrai labai dideli atidirba 2 ar 3 kartus daugiau, nei uždirba.*

D.A. Ar reikėtų gydymo metodikų, tvarkos aprašų, kurie aiškiau atskirtų šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto kompetencijų ribas?

*Š.G.3/M. Yra ta norma, kas įeina į mūsų darbą.*

D.A. Kaip teigiama veiklos audito ataskaitoje, tai šeimos gydytojas neišnaudojęs visų savo kompetencijų siunčia pacientą pas gydytoją specialistą, taip didindamas eiles pas gydytojus specialistus.

*Š.G.3/M. Dėl siuntimo pas specialistus yra labai slidus reikalas, nes pacientas nori, to siuntimo pas specialistą, nors tu ir žinai, kad tas specialistas pasakys tą patį. Kartais siuntime net nurodai siuntime, kad pacientas pats to reikalavo, nes gal šeimos gydytojas nėra tas autoritetas. Tikrai yra eilės pas tuos specialistus. Bet kartais siunti dėl to, kad paprasčiausiai pacientas to reikalauja ir kad jis įsitikintų ir nurimtų, darai, kaip jis nori.*

D.A. Tai gal reikėtų praplėsti šeimos gydytojo kompetencijų ribas?

*Š.G.3/M. Taip yra tokių vietų, kur mes patys šeimos gydytojai galėtume atlikti tyrimus, kuriuos dabar gali atlikti tik šeimos gydytojas. Aš manau, kad neurologijos srityje būtų galima plėstis ir praplėsti mūsų galimybes. Tai tikrai yra tokių vietų.*

D.A. Ar Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas turi įtakos šeimos gydytojo kompetencijų vykdymui, bendravimui su pacientu? Ar reikėtų keisti įstatymo nuostatas? Ar tai prisidėtų prie geresnio šeimos gydytų kompetencijų vykdymo?

*Š.G.3/M. Aš nesu išstudijavusi to įstatymo ir negaliu atsakyti. Stengiuosi paprasčiausiai viską, kiek įmanoma apsirašyti, viską grįsti tyrimais, kad galėtum apsidrausti. Tai vadinasi, kažkiek įtakoja.*

D.A. Ar finansinis paskatinimas, už gerus darbo rezultatus ir atliktas skatinamąsias paslaugas, motyvuotų teikti daugiau skatinamųjų paslaugų?

*Š.G.3/M. Taip, mes esam skatinami ir tikrai tai motyvuoja ir sesutes labai motyvuoja atlikti daugiau skatinamųjų paslaugų. Bet man atrodo, kad mes ir taip darome viską, ko reikia žmogui.*

D.A. Ar esate skatinami aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką?

*Š.G.3/M. Su tom neinfekcinėm ligom yra...mes tikrai pakankamai mažai padarome, bet stengsimės taisyti. Bet viskas susideda į tą didelį užimtumą ir laiko stoką, per tą skubą ne visada spėji.*

D.A. Ar reikėtų plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas? Ar naudojantės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje esama informacija apie laisvas gydytojų darbo vietas?

*Š.G.3/M. Žinoma tai aktualu, jei būtų bazė, būtų daug paprasčiau.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad ne visai tinkamai organizuojamas šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimas. Ar esate patenkinta kvalifikacijos tobulinimo sistema?

*Š.G.3/M. Yra labai sunku išvažiuoti į kursus į III lygį, ne į paskaitas, ne į seminarus, o į III lygį į universitetus į Sveikatos mokslų universitetą ir į Medicinos universiteto fakultetą Vilniuje. Yra sudėtinga išvažiuoti, nes jie labai mažai skiria tų vietų. Tu pageidauji ir tu gauni arba negauni.*

D.A. Ar sutiktumėte, kad būtų įdiegtas savanoriškas Jūsų kompetencijų vertinimas?

*Š.G.3/M. Manau, kad kiekvienas, kuris mąsto ir kuriam patinka tas darbas, tai pats jaučia, kur norėtų pasitobulinti. Manau, kad būtų galima ir tą savanorišką kompetencijų vertinimą įdiegti, bet tai būtų tas pats.*

D.A. Ar esate patenkinti šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimo programomis?

*Š.G.3/M. Na o tų paskaitų, seminarų tikrai yra saug. Vaistų firmos labai smarkiai tuo užsiima ir jų tikrai netrūksta. Bet tie išvažiuojamieji, tie tikri mokymai yra sunkiai pasiekiami, kur galbūt būtų daugiau praktikos, o ne tik teorinės medžiagos.*

D.A. Ar reikėtų sudaryti galimybes kvalifikaciją tobulinti ne tik universitetų bazėse, bet ir rajonų gydymo įstaigose?

*Š.G.3/M. Aš pirmenybę skiriu vis tik universitetų bazėms, nes ten tikrai yra ko pasimokyti. Bet jei būtų sudaryta galimybė tai atlikti ir mūsų įstaigose, būtų labai gerai, tik manau, kad tam reikia daug darbo.*

D.A. Ar reikėtų numatyti, kurią profesinės kvalifikacijos tobulinimosi dalį turėtų sudaryti praktiniai mokymai? Ar tai pagerintų šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą?

*Š.G.3/M. Prasmė tikrai būtų ir būtų tikrai gerai, jei tik tai būtų reglamentuota ir suderinta su darbdaviu. Nes dabar yra tas teorinės valandos ir kadangi lektoriai atvažiuoja ir tai jau skaitosi kaip universitetinės valandos, tai gaunasi kaip maža apgaulė, nors tai yra patogu.*

D.A. Ačiū už atsakymus.

**VŠĮ DAINŲ PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRO ŠEIMOS GYDYTOJO,  
RESPONDENTO Š.G.4/M, INTERVIU PROTOKOLAS**

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Jūsų pareigos – šeimos gydytoja.

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

1. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus.* Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus?

*Nemanau, kad reikėtų.*

2. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

*Taip, reikėtų.*

2.1. Ar tai sumažintų šeimos gydytojo paslaugų prieinamumo netolygumus savivaldybėse?

*Taip.*

3. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada?

*Nežinau, neturiu nuomonės šiuo klausimu.*

4. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojais, funkcijoms, nereikalaujančioms gydytojo kompetencijos, išnaudoja 22 proc. darbo dienos laiko. Kaip patartumėte spręsti šią problemą?

*Daugiau turėtų dirbti socialinės tarnybos, kompiuterizuoti siuntimus į nedarbingumo lygio nustatymo tarnybą.*



5. Ar reikėtų gydymo metodikų, tvarkos aprašų, kurie aiškiau atskirtų šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto kompetencijų ribas?

*Metodikų yra ir taip labai daug, dar daugiau metodikų apskuntų darbą.*

6. Ar Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas turi įtakos šeimos gydytojo kompetencijų vykdymui, bendravimui su pacientu? Ar reikėtų keisti įstatymo nuostatas? Ar tai prisidėtų prie geresnio šeimos gydytojų kompetencijų vykdymo?

*Turėtų būti keičiamas, nes jame nėra nustatyta paciento atsakomybė už jo sveikatą, o tik gydytojo atsakomybė.*

7. Ar finansinis paskatinimas, už gerus darbo rezultatus ir atliktas skatinamąsias paslaugas, motyvuotų teikti daugiau skatinamųjų paslaugų?

*Taip, skatinimas yra ir tai veikia.*

8. Ar esate skatinami aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką?

*Taip, yra apmokama už paslaugas.*

9. Ar reikėtų plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas? Ar naudojantės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje esama informacija apie laisvas gydytojų darbo vietas?

*Gydytojų visada trūksta ir duomenų bazė būtų naudinga.*

10. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad ne visai tinkamai organizuojamas šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimas. Ar sutiktumėte, kad būtų įdiegtas savanoriškas Jūsų kompetencijų vertinimas?

*Mano nuomone jis organizuojamas tinkamai. Savanoriškų kompetencijų vertinimo nematau, kad reikėtų, nes gydytojas ir taip jaučia, kurių sričių reikėtų labiau patobulinti.*

11. Ar esate patenkinti šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimo programomis?

*Taip*

11.1. Ar reikėtų inicijuoti tikslinių ir praktinių kvalifikacijos tobulinimo programų šeimos gydytojams rengimą ir atnaujinimą pagal šeimos gydytojų nustatytas tobulintinas sritis?

*Tų programų yra.*

11.2. Ar reikėtų sudaryti galimybes kvalifikaciją tobulinti ne tik universitetų bazėse, bet ir rajonų gydymo įstaigose?

*Nemanau.*

11.3. Ar reikėtų numatyti, kurią profesinės kvalifikacijos tobulinimosi dalį turėtų sudaryti praktiniai mokymai? Ar tai pagerintų šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą?

*Dažnai kvalifikacijos kėlimo paskaitos susideda iš 2 dalių – teorijos ir praktikos, bet galėtų tai būti visada, nes gydytojai labiau mėgsta teorines paskaitas, motyvuodami tuo, kad praktiniai įgūdžiai yra kasdienis darbas.*

**ŠIAULIŲ RAJONO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRO ŠEIMOS GYDYTOJO,  
RESPONDENTO Š.G.5/R, INTERVIU PROTOKOLAS**

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Pareigos – šeimos gydytoja

(D.A. – darbo autorius)

(Š.G.5/R – respondentas)

D.A. Ar sutinkate, kad mūsų pokalbis būtų įrašomas?

Š.G.5/R. Taip.

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

D.A. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? Pvz.: *Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus. Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus?*

Š.G.5/R. *Aš tokios kaip ir nuomonės neturiu, bet provincijose gydytojų trūksta, mes turime daugiau pacientų. O kaip tą apylinkę formuoti, aš nežinau. Bet dėl apmokėjimo, mums apsimoka turėti jaunus žmones, nesergančius ir ramiai juos aptarnauti. O jei turiu daug tų senų žmonių, tai apkrovimas didelis, vargstu, nespėju, nes daug receptų, siuntimų. Tas apylinkes gal reikėtų mažinti, bet aš gausiu mažą apylinkę, gausiu, mažą atlyginimą. Bet kas liečia kokybę, tai aišku, kažkokie reikalavimai, kažkokia dėl pacientų skaičiaus turėtų būti.*

D.A. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

*Š.G.5/R. Mes kadangi privačių centrų neturim, tai aš ir neturiu nuomonės.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada?

*Š.G.5/R. Tų studentų užtenka, tik kad jie kažkur dingsta, nes sunku pritraukti su tokiais mažais atlyginimais. Būtų normalus atlyginimas, niekas nedingtų, nevažiuotų į užsienį.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojai, funkcijoms, nereikalaujančioms gydytojo kompetencijos, išnaudoja 22 proc. darbo dienos laiko. Kaip patartumėte spręsti šią problemą?

*Kaip spręsti nežinau. Taip yra tikrai. Mes gal turėtume turėti asistentus, kuri pildytų popierius. Gal kažkokį socialinį darbuotoją, kuris ne tik padėtų pildyti, bet ir pabendrautų su pacientu, nes dažnam pacientui to labiausiai ir reikia. Slaugytojos gali irgi išrašyti medicinos pagalbos priemones, bet kad ji pati nespėja, mes abi dirbame su tais popieriais. Bet to popierizmo mažiau nebus. Mes neturim elektroninio recepto išrašymo galimybės, bet kad su juo kažkas negerai ir yra, stringa ir kol kas užtrunka daug laiko, kol išrašo. Bet jei jis tinkamai veiktų, tada tikrai būtų gerai. Tik vėl gi, mes jau esam pakankamai pagyvenę, mums su kompiuteriu nėra taip paprasta dirbti. Aišku, jauniems specialistams tai būtų gerai. O jei ir ambulatorinės kortelės būtų elektroniniame variante, tai reikėtų gal daugiau etatų, daugiau žmonių, kurie iš esamų popierinių kortelių viską suvestų į kompiuterius.*

D.A. Tai gal žmogiškųjų išteklių didinimas padėtų?

*Š.G.5/R. Aišku, kažkoks kitas žmogus galėtų pacientams pasakoti apie neinfekcinių ligų profilaktiką, skatinti juos aktyviau darytis tyrimus, kviesti žmones ateiti pasitikrinti. Dar reikėtų pakeisti receptų rašymo taisykles, jei aš parašiau ir gal galėtų ant to paties išrašyto recepto pasiimti vaistus visus puse metų. Gal su koku kodu ar panašiai. Dabar aišku galim, bet aš šešis kartus turiu užrašyti tęstiniam gydymui, o jei tų receptų penki skirtingi vienam asmeniui, tai užima labai daug laiko. Aišku, tie, kurie priima tuos nutarimus sako, kad va mes palengvinam darbą, dabar pusę metų galės pirkti vaistus, bet kol aš tą receptą išrašysiu, sugaišiu labai daug laiko kad galėtų ant to paties recepto būtų koks kodukas ir tą pusmetį su tuo receptų vaistinėj gautų vaistų.*

D.A. Ar reikėtų gydymo metodikų, tvarkos aprašų, kurie aiškiau atskirtų šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto kompetencijų ribas?

*Š.G.5/R. Taip, kažką keisti reikėtų. Nes pavyzdžiui yra grupė vaistų, kurių mes išrašyti negalim, tai pacientas ateina tik tam, kad gautų siuntimą pas gydytoją kardiologą, o jis savo ruožtu išrašytų receptą. Aišku yra siuntimai pas specialistus ilgalaikiam sekimui, bet čia yra atskiros ligos. Mes rašom*

*ilgalaikiam sekimui, bet ne visi specialistai to laikosi ir patys pacientai vis tiek eina ir mes turim rašyti tuos siuntimus. Galėtų ir reikėtų kažką daryti.*

D.A. O tai ar reikėtų praplėsti šeimos gydytojo kompetencijas?

*Š.G.5/R. Mes tų kompetencijų ir taip daug turim, o tuo labiau mes kaime neturėsime įrangos kažkokiems sudėtingesniems tyrimams, jei ir turėtume galimybę juos skirti. Ir mes vis tiek turėsime siųsti pas specialistą dėl retesnių ligų, retesnių atvejų. Dėl tyrimų, aš manau, nėra didelės bėdos, mes pakankamai galime jų pasidaryti.*

D.A. Ar Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas turi įtakos šeimos gydytojo kompetencijų vykdymui, bendravimui su pacientu? Ar reikėtų keisti įstatymo nuostatas? Ar tai prisidėtų prie geresnio šeimos gydytojų kompetencijų vykdymo?

*Š.G.5/R. Taip, mes esam gynybinė medicina ir stengiamės viską pasidaryti, kad tik ko nenutiktų, stengiamės apsidrausti. Aš manau, kad labai neblogas įstatymo pakeitimo įstatymo projektas, kurį siūlo gydytojų sąjunga. Yra tas projektas, manau, geras ir aš tikrai už tai. Bet aišku yra ir klaidų. Bet kad ta žiniasklaida nebūtų tokia agresyvi...aš už tai, kad ateityje būtų keičiama.*

D.A. Ar finansinis paskatinimas, už gerus darbo rezultatus ir atliktas skatinamąsias paslaugas, motyvuotų teikti daugiau skatinamųjų paslaugų?

*Š.G.5/R. Mes programas labai noriai vykdom, nes už jas moka papildomai.*

D.A. Ar esate skatinami aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką?

*Š.G.5/R. Vėžines, širdies kraujagyslių programas visa tai labai noriai vykdom ir labai neblogai sekasi. Gaunam papildomą skatinimą. Bet dar patys žmonės nelabai nori tai daryti. Bet po truputį žmonės pradeda aktyviau dalyvauti.*

D.A. Ar reikėtų plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas? Ar naudojantės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje esama informacija apie laisvas gydytojų darbo vietas?

*Man neaktualu, tai man užtenka, kiek informacijos yra laikraščiuose ar Gydytojų sąjungos žurnale.*

D.A. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad ne visai tinkamai organizuojamas šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimas. Ar sutiktumėte, kad būtų įdiegtas savanoriškas Jūsų kompetencijų vertinimas?

*Gal ir įdomu būtų. Mes dabar surenkam valandas ir tiek. Ateity būtų įdomu pasitikrinti, tada gal ir pati daugiau paskaityčiau, pasidomėčiau, kaip reikėtų atsakyti į klausimus.*

D.A. Ar tai padėtų pasirinkti, kokias kompetencijas reikėtų tobulinti?

*Š.G.5/R. Sutinku, manau, kad būtų įdomu ir naudinga.*

D.A. Ar reikėtų inicijuoti tikslinių ir praktinių kvalifikacijos tobulinimo programų šeimos gydytojams rengimą ir atnaujinimą pagal šeimos gydytojų nustatytas tobulintinas sritis?

*Š.G.5/R. Na mes viską turim žinoti. Nematau, kad tai būtina. Gal nebent reikėtų sudaryti sąlygas šeimos gydytojams išvykti į užsienį.*

D.A. Ar reikėtų sudaryti galimybes kvalifikaciją tobulinti ne tik universitetų bazėse, bet ir rajonų gydymo įstaigose?

*Tikrai būtų gerai. Jei tai būtų įmanoma ir mes tikrai sutiktumėm.*

D.A. Ar reikėtų numatyti, kurią profesinės kvalifikacijos tobulinimosi dalį turėtų sudaryti praktiniai mokymai? Ar tai pagerintų šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą?

*Š.G.5/R. Anksčiau taip ir būdavo, būdavo praktinės valandos. O dabar susirenku tik išklaustyta valandas. Manau, kad tikrai galėtų būti, nes dabar tik išklausom kursus ir viskas. Dažniausiai būna tik teorinės valandos išklausytos.*

D.A. Ačiū labai.

**ŠIAULIŲ RAJONO PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRO ŠEIMOS GYDYTOJO,  
RESPONDENTO Š.G.6/R, INTERVIU PROTOKOLAS**

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

Jūsų pareigos – šeimos gydytoja.

2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d.

1. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pacientų skaičius pagal amžių grupes (pvz.: I – tipas – 950 aptarnaujamų gyventojų (iš jų iki 18 metų – daugiau kaip 90 proc. gyventojų). Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus šeimos gydytojų apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus. Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus?*

*Mano apylinkė yra 1560 pacientų – pagal Lietuvos normatyvą. O ar reiktų keisti, nežinau. Nežinau, kaip gydytojai dirba Danijoje, man tas skaičius atrodo labai didelis.*

2. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų todėl gydymo įstaigos (privatūs centrai) savivaldybės teritorijoje steigiami netolygiai. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai?

*Tam yra atsakingos įstaigos. Pas mus privačių centrų nėra, tai neturiu nuomonės tuo klausimu.*

3. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojų poreikis nustatomas netinkamai. Ar sutinkate su tokia išvada?

*Planavimas viena – reali situacija kita.*

4. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad šeimos gydytojai, funkcijoms, nereikalaujančioms gydytojo kompetencijos, išnaudoja 22 proc. darbo dienos laiko. Kaip patartumėte spręsti šią problemą?

*Vokietijoje šeimos gydytojai turi 2 padėjėjas slaugytojas – kopijuokime šį modelį.*

5. Ar reikėtų gydymo metodikų, tvarkos aprašų, kurie aiškiau atskirtų šeimos gydytojo ir gydytojo specialisto kompetencijų ribas?

*Kuo daugiau aprašų, tuo daugiau problemų.*

6. Ar Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas turi įtakos šeimos gydytojo kompetencijų vykdymui, bendravimui su pacientu? Ar reikėtų keisti įstatymo nuostatas? Ar tai prisidėtų prie geresnio šeimos gydytų kompetencijų vykdymo?

*Turėtų būti keičiamas, nes jame nėra nustatyta paciento atsakomybė už jo sveikatą, o tik gydytojo atsakomybė.*

7. Ar finansinis paskatinimas, už gerus darbo rezultatus ir atliktas skatinamąsias paslaugas, motyvuotų teikti daugiau skatinamųjų paslaugų?

*Taip, skatinimas yra, bet didesnis atlyginimas motyvuotų labiau.*

8. Ar esate skatinami aktyviau vykdyti neinfekcinių ligų profilaktiką?

*Taip, yra apmokama už paslaugas.*

9. Ar reikėtų plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas? Ar naudojotės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje esama informacija apie laisvas gydytojų darbo vietas?

*Man to nereikia.*

10. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad ne visai tinkamai organizuojamas šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimas. Ar sutiktumėte, kad būtų įdiegtas savanoriškas Jūsų kompetencijų vertinimas?

*Tikrinamės savarankiškai.*

11. Ar esate patenkinti šeimos gydytojų kvalifikacijos tobulinimo programomis?

*Kursai vyksta – dauguma mokami.*

11.1. Ar reikėtų inicijuoti tikslinių ir praktinių kvalifikacijos tobulinimo programų šeimos gydytojams rengimą ir atnaujinimą pagal šeimos gydytojų nustatytas tobulintinas sritis?

*Pirmiausia sutvarkyti sąlygas tobulinimuisi.*

11.2. Ar reikėtų sudaryti galimybes kvalifikaciją tobulinti ne tik universitetų bazėse, bet ir rajonų gydymo įstaigose?

*Taip.*

11.3. Ar reikėtų numatyti, kurią profesinės kvalifikacijos tobulinimosi dalį turėtų sudaryti praktiniai mokymai? Ar tai pagerintų šeimos gydytojų profesinės kvalifikacijos tobulinimą?

*Gal ir reikėtų*

*Šeimos gydytojai pavargę nuo darbo!!!*

## ŠIAULIŲ MIESTO SAVIVALDYBĖS ATSTOVO, RESPONDENTO S.1, INTERVIU PROTOKOLAS

*Šis interviu atliekamas mokymosi tikslais, jo rezultatai bus panaudoti magistrantūros studijų baigiamajame darbe. Tema: „Valstybės kontrolės veiklos audito poveikis šeimos gydytojo veiklos reglamentavimui (Šiaulių regiono atvejis)“. Interviu anoniminis, respondentų pavardės nebus minimos.*

1. 2012 m. vasario 28 d. – 2013 m. vasario 28 d. Valstybinių auditorių grupė atliko veiklos auditą „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, audituojamas laikotarpis – 2010- 2011 m. Veiklos audito ataskaita pateikta 2013 m. vasario 28 d. Ar Jums žinoma ši veiklos audito ataskaita? Jei taip, tai koku būdu apie ją sužinojote ir ar esate gerai su ja susipažinęs/ usi ? *Tik iš dalies esu susipažinusi su audito veiklos ataskaita. Sužinojau atsitiktinai, ieškodama informacijos internete.*

2. Ar savivaldybė vykdo šeimos gydytojų poreikio planavimą? *Šiuo metu nevykdo.*

2.1. Jei taip, tai kaip tai daroma?

2.2. Jei ne, tai kodėl ir ar būtų tikslinga tai daryti? *Žmoniškųjų išteklių stoka Savivaldybės administracijoje.*

3. 2007 m. rugsėjo 26 d. įsakymu Nr. V-777 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija patvirtino Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų poreikio planavimo metodiką. Metodika yra rekomendacinio pobūdžio. Ar savivaldybė naudojasi šia metodika, nustatant šeimos gydytojų poreikį? *Šiuo metu nesinaudoja.*

3.1. Kaip manote, ar reikėtų, kad metodika būtų privaloma, kaip teigiama veiklos audito ataskaitoje? *Norint turėti vieningą sistemą, reikėtų.*

4. Ar 2013 – 2015 m. laikotarpiu iš Sveikatos apsaugos ministerijos gavote nurodymų (ir) ar pakeitimų, susijusių su šeimos gydytojų poreikio planavimu savivaldybėje? *Negavome.*

5. Šiuo metu Lietuvoje šeimos gydytojų apylinkės formuojamos tik pagal vieną kriterijų – pagal amžių. Kaip manote, ar tikslinga ir ar įmanoma nustatyti kitus apylinkių formavimo kriterijus? *Pvz.: Danijoje vieno šeimos gydytojo apylinkė negali turėti daugiau nei 2066 pacientus. Jeigu teritorijoje esanti šeimos gydytojo apylinkė turi ne daugiau kaip 1306 pacientus, gaunančius nemokamą sveikatos priežiūrą, toje teritorijoje nebus leista praktikuoti kitam šeimos gydytojui, kol esanti apylinkė neturės nustatyto pacientų skaičiaus. Gal Lietuvoje būtų galima daryti kažką panašaus? Nemanau, kad tikslinga būtų nustatyti kitus apylinkių formavimo kriterijus. Įvedus papildomų kriterijų, gali sumažėti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.*



6. Lietuvoje nėra pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimų, nors iki 2007 m. galiojo Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo nuostata, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms (ir) ar jų filialams steigti būtinas savivaldybės valdybos išduotas leidimas. Kaip manote, ar reikalingi pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo reikalavimai? *Reikalingi, kad būtų racionaliai naudojamos PSDF biudžeto lėšos.*

6.1. Jei taip, tai ar savivaldybė turėtų spręsti dėl naujos įstaigos steigimo, ar Sveikatos apsaugos ministerija? *Pagal galiojančias teisės aktų nuostatas už pirminės sveikatos priežiūros organizavimą savivaldybėje atsakinga Savivaldybė, tai ji ir turėtų priimti sprendimą dėl naujos įstaigos įsteigimo.*

7. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo plane nurodyta parengti teisės aktų pakeitimus, numatančius savivaldybių teisę planuoti pirminės sveikatos priežiūros tinklą. Kaip manote, ar savivaldybei reikia tokių teisės aktų pakeitimų? *Iš klausymo neaišku kam buvo pateikta rekomendacija. Mano nuomone, reikėtų.*

7.1. Ar savivaldybė pajėgi planuoti šį tinklą? *Būtų ieškoma galimybių.*

7.2. Ar rekomendacija buvo įgyvendinta?

7.2.1. Jei ne, kaip manote, kodėl?

8. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo plane numatyta, kad Sveikatos apsaugos atstovai turėtų kartą per pusmetį organizuoti susitikimus su Lietuvos savivaldybių asociacija, siekiant aptarti šeimos gydytojų apylinkių formavimo galimybes. Gal žinote, ar 2013 – 2015 m. laikotarpiu tokie susitikimai vyko? *Savivaldybė nėra gavusi tokios informacijos.*

9. Veiklos audito rekomendacijų įgyvendinimo plane numatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerija turėtų organizuoti susitikimus su Lietuvos savivaldybių asociacija, savivaldybėmis ir gydymo įstaigų vadovais, siekiant aptarti priemones, galinčias numatyti gydymo įstaigas dalį lėšų, gautų iš PSDF už gerus darbo rezultatus, skatinamąsias paslaugas, skirti finansiškai skatinti tas paslaugas suteikusius įstaigų darbuotojus. Ar tokie susitikimai buvo 2013 – 2015 m. laikotarpyje? *Savivaldybė nėra gavusi tokios informacijos. ASPĮ vadovų patvirtintos darbuotojų darbo užmokesčio tvarkos numato tokias galimybes.*

10. Veiklos audito ataskaitoje teigiama, kad valstybės ir savivaldybės lygiu būtina taikyti priemones, kurios pritrauktų jaunos gydytojus (šiuo atveju, šeimos gydytojus) dirbti tos savivaldybės įstaigose. Ar Jūsų savivaldybė taiko kokias nors skatinamąsias priemones? *Taip.*

10.1. Jei taip, tai kokias? *Yra galimybė suteikti tarnybinį butą.*

10.2. Jei ne, tai kodėl?

11. Kaip manote, ar tokie veiklos auditai, kaip šis, ir audito rekomendacijos įtakoja pasikeitimus teisės aktų kūrimo? *Iš dalies, jei rekomendacijos yra pagrįstos ir tinkamai parengtos.*

12. Ar tokia veiklos auditai atlieka pagrindinę savo funkciją, ar skatina veiklos efektyvumą, ekonomiškumą ir veiksmingumą? *Iš dalies, jei rekomendacijos yra pagrįstos ir tinkamai parengtos.*

13. Ar dažnai tenka vykdyti tokias (ir) ar panašias veiklos audito rekomendacijas? *Planuojant veiklą atsižvelgiama į pateiktas rekomendacijas kompetencijos ribose.*

13.1. Jei taip, ar tai daroma tik formaliai (tik tam, kad būtų padaryta), ar dėl to, jog manote, kad tai veiksminga? *Daroma siekiant geresnių veiklos rezultatų.*

14. Kaip vyksta informavimas apie tokius (ir) ar panašius Valstybės kontrolės vykdytus veiklos auditus ir audito ataskaitų rekomendacijas? *Per įvairias viešinio priemonės (spauda, televizija, internetas)*