



LIETUVOS RESPUBLIKOS VALSTYBĖS KONTROLĖ

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA STACIONARINIŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ ORGANIZAVIMAS

2010 m. rugpjūčio 31 d. Nr. VA-P-10-16-12

Vilnius

Auditas atliktas, vykdant
Valstybės kontrolės 1-ojo audito departamento
direktorės Vitos Jurkevičienės
2009-10-23 pavedimą Nr. P-10-16

Auditą atliko valstybinių auditorių grupė:
Rasa Baušienė (grupės vadovė)
Virginija Paunksnienė
Jolita Pašukonienė

Auditas pradėtas 2009-10-23
Auditas baigtas 2010-08-31

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

TURINYS

Santrauka	3
Ižanga	4
Audito apimtis ir procesas	5
Audito rezultatai	8
1. Stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų planavimas	8
2. Sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros finansavimas	15
2.1. Finansavimo šaltiniai	15
2.2. Didelės vertės medicininės įrangos įsigijimas	17
2.3. Investicijų finansavimas	19
3. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimas	23
Išvados ir rekomendacijos	28
Priedai	30

SANTRAUKA

Lietuvos ir užsienio ekspertai kritikuoja esamą sveikatos apsaugos sistemą dėl per plataus ligoninių tinklo, didelės gydymo įstaigų koncentracijos didžiuosiuose miestuose, pernelyg didelio gydytojų skaičiaus. Pastaruoju metu stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų optimizavimas buvo vienas svarbiausių sveikatos sistemos pertvarkos uždavinių.

Valstybinio veiklos audito tikslas – įvertinti 2006–2009 m. teiktų stacionariųjų paslaugų organizavimo rezultatyvumą. Audito metu nustatyta, kad stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos audituojamu laikotarpiu buvo netinkamai planuojamos, o siektini rezultatai pagal stacionariųjų paslaugų profilius nenumatyti. Taip pat nepasiekti planuoti stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų, išskyrus dienos stacionaro ir dienos chirurgijos, organizavimo rezultatai, nustatyti restruktūrizavimo pirmojo ir antrojo etapo dokumentuose. Neužtikrintas rezultatyvus gydymo įstaigų infrastruktūrai plėtoti skirtų lėšų panaudojimas: šalies mastu nenuosekliai planuota stacionarinės sveikatos priežiūros plėtra, todėl lėšos infrastruktūrai plėtoti buvo siejamos su nustatytais investavimo kryptimis, o ne su asmens sveikatos priežiūros įstaigų veikla.

Nesukurta asmens sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sistema, todėl stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas orientuotas tik į kiekybinius sveikatos priežiūros paslaugų pokyčius – stacionariųjų paslaugų mažinimą. Siekiant optimizuoti stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir jose teikiamas paslaugas, rekomendavome parengti ir patvirtinti stacionariųjų gydymo įstaigų išdėstymo ir paslaugų planavimo priemones, gydymo įstaigų veiklos vertinimo metodiką, kurioje būtų nustatyti ne tik kiekybiniai, bet ir kokybiniai įstaigų veiklos vertinimo rodikliai. Pasiūlėme parengti taikomų hospitalizacijos rodiklių skaičiavimo metodikas.

Sveikatos apsaugos ministerija, remdamasi gerąja praktika, turėtų inicijuoti valstybės kapitalo investicijoms skirtų valstybės lėšų planavimą reglamentuojančių teisės aktų pakeitimus. Tai leistų valstybės investicijų į sveikatos apsaugą paskirstymą susieti su sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatais ir valstybės sveikatos priežiūros politikos nuostatų ir uždavinių įgyvendinimu.

Siekiant, kad gydymo įstaigų infrastruktūrai skirtos lėšos būtų naudojamos tikslingai, Sveikatos apsaugos ministerija turėtų inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kurie padėtų užtikrinti, kad didelės vertės medicininės įrangos įsigijimas iš įvairių finansavimo šaltinių būtų koordinuojamas šalies mastu.

Įskaičiavus į stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas apmokėjimą už brangius tyrimus ir procedūras, atliekamas stacionarinėse gydymo įstaigose, racionaliau bus naudojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos.

IŽANGA

Pastaraisiais metais Lietuvoje, kaip ir daugelyje Europos šalių, ypač daug dėmesio skiriama pirminės sveikatos priežiūros, kaip pirmojo kontakto su gydytojais žmogui susirgus, sistemos plėtrai. Ligoninės lieka vienu reikšmingiausiu sveikatos sistemos elementu, o išlaidos jų teikiamoms paslaugoms sudaro didžiausią dalį – 2009 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos stacionarinėms paslaugoms sudarė 50,9 proc. visų išlaidų asmens sveikatos priežiūrai. Organizuojant sveikatos priežiūrą tikimasi ir siekiama, kad ligoninėse gydomų pacientų sveikatos būklei bus daromas didžiausias poveikis – šios paslaugos bus veiksmingiausios, lyginant jas su kitomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis. Todėl sveikatos sistema turėtų būti organizuota taip, kad į ligonines pacientai patektų tik tada, kai bus išnaudotos visos tyrimo ir gydymo galimybės ne ligoninėje. Būtent dėl to ligoninės tampa pagrindiniu daugumos šalių sveikatos reformos taikiniu, siekiant pagerinti visos sveikatos sistemos efektyvumą ir sumažinti išlaidas, taip pat maksimaliai patenkinti gyventojų sveikatos poreikius teikiant aukštos kokybės ir saugias sveikatos priežiūros paslaugas.

Užsienio šalys įvairiai sprendžia ligoninių sektoriaus pertvarkos problemas. Nepaisant taikomų priemonių įvairovės, dažniausiai sutariama, kad reikalingas toks sveikatos priežiūros paslaugų planavimo mechanizmas, kuris leistų pertvarkyti ligonines taip, kad jos pasiektų joms keliamus tikslus ir prisidėtų prie bendrų sveikatos sistemos tikslų, t. y. geresnės gyventojų sveikatos būklės ir gyvenimo kokybės, ilgesnės gyvenimo trukmės. Panaši nuostata įtvirtinta ir Lietuvos sveikatos programoje¹: „Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos reforma suplanuota remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos Liublianos chartija dėl sveikatos apsaugos reformos. Jos pagrindiniai principai: siekti pagerinti žmonių sveikatą, o ne tik pertvarkyti sveikatos apsaugos sektorių“.

Lietuvoje įgyvendinamos įvairios sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimo strategijos, kuriomis siekiama pertvarkyti ligoninių tinklą ir pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Ligoninių tinklo pertvarką visuomenė ir medikai vertina prieštaringai. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo įgyvendinimui per 2006–2009 metus iš viso skirta apie 203,6 mln. Lt Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Tad šio audito metu vertinome stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, analizavome, ar sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo strategijų įgyvendinamos priemonės yra efektyvios siekiant numatytų pertvarkos rezultatų.

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

AUDITO APIMTIS IR PROCESAS

Audito objektas – stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas.

Audito subjektas – Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Audito tikslas – įvertinti 2006–2009 m. teiktų stacionariųjų paslaugų organizavimo rezultatyvumą.

Vertinimo kriterijai: sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo strategijos antrojo etapo planuoti ir pasiekti rezultatai:

- stacionariųjų paslaugų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse apimties sumažėjimas 3–5 procentais;
- dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų apimties padidėjimas ne mažiau kaip 10 procentų;
- plačiai paplitusių ligų gydymas arčiau gyventojų esančiose sveikatos priežiūros įstaigose, naujausių technologijų sutelkimas universitetinėse ligoninėse.

Audito procesas

Audituojamas laikotarpis 2006–2009 m. Tendencijų ir pokyčių analizei papildomai naudojome 2005 metų duomenis.

Šio audito metu vertinome stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimą, atsižvelgdami į sveikatos politiką ir jos įgyvendinimo strategiją, sveikatos priežiūros paslaugų masto ir planavimo teisinį reglamentavimą ir pasiektus rezultatus, asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines paslaugas, infrastruktūros finansavimą.

Siekdami įvertinti stacionaro paslaugų pokyčius, išskyrėme terapinio ir chirurginio profilio paslaugų grupes. Atrinkdami stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas, atsižvelgėme į sergamumo ir mirtingumo rodiklius (širdies ir kraujagyslių susirgimai užima pirmąją vietą), teiktų paslaugų skaičių ir pokytį analizuotu laikotarpiu. Audito metu duomenis apie asmens sveikatos priežiūros įstaigų suteiktų nagrinėjamų stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų skaičių ir joms apmokėti skirtas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas pateikė Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Buvo analizuojami paslaugų skaičiaus ir joms skirtų lėšų pokyčiai ir jų tendencijos.

Audito metu duomenys rinkti nagrinėjant metines Sveikatos apsaugos ministerijos parengtas sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimo ataskaitas, teritorinių ligonių kasų ir gydymo įstaigų sutartis ir kitus su stacionariųjų paslaugų teikimu susijusius dokumentus. Papildomai duomenys rinkti Vilniaus teritorinėje ligonių kasoje, Valstybinėje akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyboje prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Domėjomės

stacionariųjų paslaugų organizavimo patirtimi užsienio šalyse, pavyzdžių pateikėme audito ataskaitoje.

Audito ataskaitos antroje dalyje vertinama stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra ir jos plėtra. Informacija šiais klausimais rinkta Sveikatos apsaugos ministerijoje, Valstybinėje ligonių kasoje ir gydymo įstaigose.

Audito metu raštu apklaustos 63 valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros viešosios įstaigos, teikiančios mūsų pasirinktas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, siekiant sužinoti, kaip buvo užtikrinama ir plečiama jų infrastruktūra. Įstaigų sąrašas pateiktas ataskaitos pirmame priede.

Audito įrodymai gauti taikant tikrinimo (dokumentų nagrinėjimo), apklausos (pokalbių) metodus ir skaičiavimo, palyginamosios rodiklių analizės ir analitinės procedūras.

Atlikdami šį auditą darėme prielaidą, kad visi auditoriams pateikti dokumentai yra teisingi, išsamūs ir galutiniai, o jų kopijos atitinka originalus. Valstybinis auditas atliktas vadovaujantis Valstybinio audito reikalavimais.

Ataskaitoje vartojamos sąvokos

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos steigėjas – Sveikatos apsaugos ministerija; apskričių viršininkai²; savivaldybių tarybos; valstybės aukštosios mokyklos kartu su Sveikatos apsaugos ministerija, gavusios Vyriausybės leidimą; valstybinės švietimo ir mokslo įstaigos kartu su Sveikatos apsaugos ministerija, gavusios Vyriausybės leidimą.

Stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos (toliau – stacionarinės paslaugos) – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios pagal nustatytus reikalavimus teikiamos ligoniui gydantis stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ligoninėse), kuriose ligoniai stebimi ir gydomi ištisą parą ir ilgiau.

Sveikatos priežiūros paslaugų lygiai – sąlyginis paslaugų skirstymas pagal sudėtingumą. Sveikatos priežiūros lygiai yra trys³: pirminis (pirminė sveikatos priežiūra), antrinis (antrinė sveikatos priežiūra), tretinis (tretinė sveikatos priežiūra). Paslaugas pagal lygius skirsto Sveikatos apsaugos ministerija, nustatydamą bendruosius ir specialiuosius paslaugų teikimo reikalavimus, kuriuos turi atitikti gydymo įstaiga, norinti teikti atitinkamo lygio paslaugas. Tretinio lygio paslaugos sudėtingesnės už antrinio. Detalizuoti paslaugų reikalavimai ir apmokėjimas siejami su paslaugos lygiu.

² Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1998-11-24 Nr. VIII-940, 27 str. (galiojo iki 2010-07-01).

³ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552, 12 str.

Specializuotos paslaugos – paslaugos, kurias teikia atitinkamos siauros medicinos praktikos profesinę kvalifikaciją įgiję medicinos specialistai. Specializuotos paslaugos, pavyzdžiui: kardiologija, neurochirurgija ir kt., gali būti ambulatorinės ir stacionarinės.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimas – gydymo įstaigų ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pertvarka, kurios tikslai, uždaviniai, priemonės ir siekiami rezultatai patvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais: „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ (2003 m. kovo 18 d. Nr. 335), „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“ (2006 m. birželio 29 d. Nr. 647) ir „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“ (2009 m. gruodžio 7 d. Nr. 1654).

Bazinė kaina – asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, kaina. Bazinės kainos atitinka sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas normatyvus⁴. Jos išreiškiamos balais, vieno balo vertę litais tvirtina sveikatos apsaugos ministras.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos infrastruktūra – tarpusavyje susijusių struktūrinių elementų visuma, sudaranti ar palaikanti visą struktūrą ir jos funkcionavimą, sudaranti sąlygas teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Investicijos į ASPI infrastruktūrą – investicijoms (pastatų/patalpų remontui, rekonstrukcijai, renovavimui, medicininės įrangos įsigijimui) panaudotos lėšos.

Santrumpos

ASPI	– asmens sveikatos priežiūros įstaiga
LNSS	– Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
PSDF	– Privalomojo sveikatos draudimo fondas
SAM	– Sveikatos apsaugos ministerija
VLK	– Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos
TLK	– teritorinė ligonių kasa
HISIC	– Higienos instituto Sveikatos informacijos centras
VASPVT	– Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM
KMUK	– VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos
ES	– Europos Sąjunga
VIP	– Valstybės investicijų programa
PF	– Privatizavimo fondas

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997-06-30 įsakymas Nr. 363.

AUDITO REZULTATAI

1. Stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų planavimas

Sveikatinimo veiklos planavimo pagrindiniai principai nustatyti Sveikatos sistemos įstatyme⁵. Jis numato, kad Vyriausybės teikimu Seimas tvirtina Lietuvos sveikatos programą⁶, kurioje išdėstyti pagrindiniai sveikatos politikos tikslai: gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas, gyvenimo kokybės gerinimas. Programoje pateikti specialieji tikslai ir siekiamo gyventojų sveikatos lygio rodikliai iki 2010 m., pavyzdžiui, 15 proc. sumažinti jaunesnių nei 65 metų žmonių mirtingumą nuo išeminės širdies ligos ir insulto.

Lietuvos sveikatos programoje nustatytiems uždaviniams įgyvendinti Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos, apskričių viršininkai ir savivaldybės organizuoja valstybės, apskričių (regionų) ir savivaldybių sveikatos programų ir įstatymų nustatytų planavimo dokumentų rengimą ir jų įgyvendinimą arba numato šių uždavinių įgyvendinimo priemones kitose socialinio ir ekonominio plėtojimo programose.

Sveikatos apsaugos ministerija išskyrė ligoninių tinklo optimizavimą – vieną ilgalaikių sveikatos reformos tikslų, kurio siekiama įgyvendinant sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimą. Tokių priemonių Lietuva ir kitos ES valstybės priverstos imtis dėl ribotų išteklių, ypač dabar, mažėjant PSDF biudžeto pajamoms: 2009 m., lyginant su 2008 m., jos sumažėjo 3 proc., o 2010 m. planuojamos 10 proc. mažesnės, lyginant su 2009 m. Stacionarinių paslaugų finansavimui tenka ir didžioji asmens sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų dalis. 2009 metais PSDF išlaidos stacionarinėms paslaugoms sudarė 50,9 proc. visų PSDF biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms.

Siekdamos stacionarinei sveikatos priežiūrai skiriamas lėšas naudoti efektyviau, užsienio šalys rengia sveikatos priežiūros paslaugų teikimo planus, kuriuose nustato siekiamą sveikatos priežiūros paslaugų poreikį – kokių ir kokios apimties paslaugų reikės, kokios įstaigos šias paslaugas teiks.

Pavyzdys

Užsienio šalys planuoja sveikatos priežiūros paslaugas, daugiau dėmesio skirdamos ligoninėms ir jų teikiamoms paslaugoms. Planų apimtys gali skirtis pagal tai, ar įtraukti privatus paslaugų teikėjai (į bendruosius planus įtraukiami, jei jų teikiamos paslaugos apmokamos valstybės lėšomis). Kanados, Prancūzijos, Vokietijos, Italijos planai apima valstybines ir privačias ligonines. Danijos, Anglijos, Suomijos planuose dėmesys skiriamas tik valstybinėms gydymo įstaigoms, tačiau ne tik ligoninėms, bet ir teikiančioms ambulatorines paslaugas. Nyderlanduose planuojamos stacionarinės aktyvaus gydymo paslaugos. Šį darbą atlieka ne valdžios institucijos, o regiono sveikatos paslaugų teikėjų organizacijos, tačiau planus turi patvirtinti centrinė valdžia.

Šaltinis – B. Rechel and others. *Investing in Hospitals of the Future. European Observatory Studies Series No 16. Prieiga per internetą http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf*

⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552, 46 str.

⁶ Lietuvos Respublikos Seimo 1998-07-02 nutarimas Nr. VIII-833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“.

Tokie planai padeda ne tik racionaliai paskirstyti sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir tikslingiau nukreipti investicijas į gydymo įstaigų infrastruktūrą, kurios daugelyje ES šalių, kaip ir Lietuvoje, finansuojamos atskirai nuo sveikatos priežiūros paslaugų.

Sveikatos sistemos įstatyme buvo įtvirtinti trys – valstybės, apskričių ir savivaldybių (aktualioje redakcijoje⁷ du: savivaldybių ir valstybės) LNSS veiklos organizavimo lygiai. Sveikatos priežiūros įstaigos buvo priskiriamos atitinkamam lygiui pagal tai, kas yra jų steigėjas: Sveikatos apsaugos ministerija, apskrities viršininko administracija ar savivaldybių tarybos. Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas nustato, kad LNSS įstaigų minimalius išdėstymo, jų struktūros reikalavimus ir paslaugų poreikį nustato ministerija kartu su VLK⁸. LNSS įstaigų steigėjai ir įstaigos privalo užtikrinti, kad būtų įgyvendinti minimalūs LNSS įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai⁹.

Valstybės kontrolė, 2002 metais atlikdama veiklos auditą¹⁰, atkreipė dėmesį, kad nevykdomos Sveikatos sistemos įstatymo nuostatos. Rekomenduota Sveikatos apsaugos ministerijai nustatyti LNSS įstaigų minimalius išdėstymo ir struktūros reikalavimus; kokio masto ir kokių profilių antrinę sveikatos priežiūrą įgyvendina savivaldybių vykdomosios institucijos ir privalo organizuoti apskričių viršinių administracijos. Rekomendacija neįgyvendinta.

Didžiuosiuose šalies miestuose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje) sutelktos didelės stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Juose yra SAM, apskritims, savivaldybėms pavaldžios ASPĮ, neretai teikiančios analogiškas paslaugas.

Pavyzdžiai

Vilniuje:

- VšĮ VU ligoninės Santariškių klinikos (steigėjas SAM), VšĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė ir VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė (steigėjas Vilniaus miesto savivaldybė) teikia kraujagyslių chirurgijos paslaugas;
- VšĮ VU ligoninės Santariškių klinikos (steigėjas SAM), VšĮ Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė ir VšĮ Sapiegos ligoninė (steigėjas Vilniaus apskrities viršininkas), VšĮ Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė, VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė ir VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė (steigėjas Vilniaus miesto savivaldybė) teikia neurologijos paslaugas.

Kaune:

- VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos (steigėjas SAM), VšĮ Kauno 2-oji ir VšĮ Kauno Raudonojo Kryžiaus klinikinės ligoninės (steigėjas Kauno miesto savivaldybė) teikia kraujagyslių chirurgijos paslaugas, infektologijos ir tuberkuliozės gydymo paslaugas.

Klaipėdoje:

- VšĮ Klaipėdos apskrities ligoninė (steigėjas Klaipėdos apskrities viršininkas) ir VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė (steigėjas Klaipėdos miesto savivaldybė) teikia plastinės rekonstrukcinės chirurgijos ir neurochirurgijos paslaugas;
- VšĮ Klaipėdos jūrinių ligoninė (steigėjas SAM) ir VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė teikia angiochirurgijos paslaugas.

Šaltinis – TLK ir ASPĮ interneto svetainėse skelbiama informacija

⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 9, 12, 13, 32, 41, 46, 64, 68 straipsnių pakeitimo ir 66 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymas, 2010-04-20 Nr. XI-766.

⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996-06-06 Nr. I-1367, 11 str.

⁹ Ten pat, 11 str. 2 d.

¹⁰ Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės audito ataskaita „Dėl sveikatos apsaugos reformos vertinimo“ (2002-10-31 Nr. 210-1).

Audituojamu laikotarpiu bendro profilio ligoninių, kurių steigėjai buvo SAM, apskritis ir savivaldybės, skaičius¹¹ atitinkamai buvo 5, 11 ir 47.

Pastebėjimas

Higienos instituto sveikatos informacijos centras teikia informaciją apie bendrojo pobūdžio ligonines, klasifikuodamas jas į miestų, rajonų ir apskričių. Auditorių nuomone, tokia klasifikacija neinformatyvi, nes niekur kitur nenaudojama.

Savivaldybės vykdomosios institucijos (savivaldybės administracijos direktorius) įgyvendina įstatymo deleguotą valstybės funkciją – organizuoja antrinę asmens sveikatos priežiūrą, kurios mastą ir profilius nustato SAM.¹² Neparengti teisės aktai, detalizuojantys antrinės asmens sveikatos priežiūros mastą ir profilius, kuriuos turi organizuoti savivaldybės institucija. Savivaldybės vykdomosios institucijos turėjo teisę vertinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikį ir pagal tai organizuoti savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą. Aktualioje Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo redakcijoje ši nuostata panaikinta.

Įstatyme¹³ numatyta, kad savivaldybių vykdomosioms institucijoms gali būti deleguota valstybės funkcija organizuoti tretinę asmens sveikatos priežiūrą. Atkreipėme dėmesį, kad šiuo įstatymo pakeitimu įteisinama nusistovėjusi praktika, nes yra savivaldybėms pavaldžių ASPĮ, teikiančių tretinio lygio paslaugas, pavyzdžiui: 2006–2009 m. Kauno 2-oji klinikinė ligoninė įgijo teisę teikti tretinio lygio stacionarines suaugusiųjų abdominalinės chirurgijos paslaugas,¹⁴ Klaipėdos universitetinė ligoninė – tretinio lygio vaikų neurochirurgijos paslaugas. Išduodant licenciją paslaugai, jos poreikis nebuvo vertinamas, gydymo įstaigos savarankiškai sprendavo, kokias paslaugas teikti.

Pavyzdys

Belgijoje ligoninės gali gauti licencijas teikti paslaugas, jeigu yra įtrauktos į federalinį programavimo dokumentą. Jame nustatytas ligoninių skaičius, leistinas skyrių ir lovų skaičius. Programavimo tikslai nustatyti skaitine išraiška, pvz.: 2,9 lovos 100 gyventojų bendrojo profilio stacionarinėms paslaugoms, 32 lovos 1000-iiui gimdymų ir t. t. Programavimo dokumentas tampa svarbus, jei ligoninės skyrius ar pati ligoninė nori gauti licenciją. Jeigu naujos ligoninės ar skyriaus atidarymas padidins lovų skaičių, ji turės gauti licenciją, įrodančią, kad lovų skaičiaus padidėjimas naujame skyriuje bus kompensuojamas lovų skaičiaus mažėjimu kitame skyriuje. Ligoninės plėtra turi atitikti nacionalinio programavimo nuostatas.

Šaltinis – *Liberalization, privatization and regulation in the Belgian healthcare sector/hospitals*. Assist. Prof. Dr. Koen Verhoest. Public Management Institute. Prieiga per internetą http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_CountryReports_Health_Belgium_November2006.pdf

Pagal aktualią Sveikatos sistemos įstatymo redakciją sprendimą dėl tretinės asmens sveikatos priežiūros organizavimo priima SAM, įvertinusi tretinės asmens sveikatos priežiūros poreikį tame regione. Tretinės asmens sveikatos priežiūros mastą ir profilius nustatys SAM.

¹¹ Gydymo įstaigų skaičius pateiktas kaip juridinių vienetų skaičius.

¹² Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552, 12 str. 4 d.

¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 9, 12, 13, 32, 41, 46, 64, 68 straipsnių pakeitimo ir 66 straipsnio pripažinimo netekusiu galios įstatymas, 2010-04-20 Nr. XI-766.

¹⁴ Duomenis pateikė Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie SAM.

Sveikatos apsaugos ministerija audituojamu laikotarpiu nebuvo nustačiusi minimalių LNSS įstaigų išdėstymo, jų struktūros reikalavimų, nebuvo nustatytas antrinės asmens sveikatos priežiūros, kurią turi organizuoti savivaldybės, mastas ir profiliai, taigi nebuvo sudarytos teisinės prielaidos savivaldybėms stacionarinę asmens sveikatos priežiūrą plėtoti planingai, savivaldybės poreikius derinant su šalies sveikatinimo veiklos tikslais.

Viena iš būtinų sąlygų pradėti teikti stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas – licencija. Teisė pradėti teikti stacionarines kardiologijos, neurologijos, neurochirurgijos, abdominalinės chirurgijos ir dienos chirurgijos paslaugas 2006–2009 m. buvo suteikta 31 ASPĮ. Daugiausia licencijų išduota teikti dienos chirurgijos (akušerijos ir ginekologijos, chirurgijos, ortopedijos ir traumatologijos, otorinolaringologijos, urologijos ir kt.) paslaugas. Gydytojai įgijo teisę už šias paslaugas gauti apmokėjimą PSDF biudžeto lėšomis.

SAM nustato bendruosius ir specialiuosius paslaugų teikimo reikalavimus, kuriuose nurodomi reikalingi medicinos specialistai, medicinos įranga, diagnostikos metodai, laboratorinių ir instrumentinių tyrimų apimtis. Jei ASPĮ atitinka nustatytus reikalavimus, VASPVT, tai patikrinusi, turi išduoti stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų licenciją, nurodančią, kokio lygio ir kokios specializacijos stacionarines paslaugas ASPĮ turi teisę teikti. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios licenciją sveikatos priežiūros veiklai ir pageidaujančios, kad teikiamos paslaugos būtų apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, sudaro sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. Audituojamu laikotarpiu teisės aktuose nebuvo numatyta galimybė teritorinėms ligonių kasoms nesudaryti sutarčių su ASPĮ dėl atitinkamų paslaugų, jei toms paslaugoms teikti gydymo įstaiga buvo įgijusi licenciją. ASPĮ, pasirašiusi sutartį su TLK, turi laisvę pati planuoti ir organizuoti sveikatos priežiūros paslaugas. TLK įsipareigojo sumokėti už suteiktas paslaugas, neviršijant sutartyje patvirtinto PSDF biudžeto skirtų asignavimų.

Audituojamu laikotarpiu galiojusioje asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkoje¹⁵ nurodoma, kad stacionarinių paslaugų kiekis, numatomas TLK ir ASPĮ sutartyje, nustatomas vadovaujantis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos strategija ir antrojo restruktūrizavimo etapo strategijoje nustatytais kriterijais: paslaugų poreikiu, gyventojų sveikatos būklės rodikliais, gyventojų skaičiumi ir amžiumi, įvažiuojančių ir išvažiuojančių kitur gydytis pacientų srautais, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumu, esamais materialiaisiais ir žmogiškaisiais ištekliais ir įvertinus apskrities (regiono) specifiką, apskričių administracijų ir savivaldybių nuomonę, akademinės visuomenės, specialistų ir visuomeninių organizacijų pasiūlymus. Analogiškai kriterijai nustatyti ir

¹⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-12-22 įsakymas Nr. V-1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.

audito metu patvirtintoje Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkoje¹⁶.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo ir sutarčių sudarymo tarp TLK ir ASPĮ tvarkose nustatyti kriterijai yra bendro pobūdžio ir stokoja konkretumo, todėl negalima įvertinti, ar jie leidžia objektyviai planuoti stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį.

Lietuvoje nuo 2003 m. įgyvendinamas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas,¹⁷ kurio pirmas etapas vykdytas 2003–2005 m., antrasis – 2006–2008 m.¹⁸ Viena iš antrojo restruktūrizavimo etapo krypčių numatė optimizuoti stacionariųjų paslaugų apimtį ir struktūrą, derinti tai su pacientų poreikiais, intensyvinti gydymo procesą, plėtoti dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas ir kita. Restruktūrizavimas buvo įgyvendinamas apskrityse ir savivaldybėse, jis nukreiptas į stacionariųjų paslaugų apimčių redukavimą bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse, gerinant stacionariųjų ASPĮ veiklos rodiklius. Stacionarinės paslaugos nebuvo kryptingai planuojamos šalies mastu – neįvertinta, kokių paslaugų ir kokios apimties jų reikės šalies gyventojams apskritai, kurios gydymo įstaigos ir koku mastu tas paslaugas teiks, kad ištekliai būtų naudojami taupiausiai ir efektyviausiai. SAM buvo įpareigota patvirtinti apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus ir kontroliuoti jų įgyvendinimą. 2003–2004 m. patvirtinti restruktūrizavimo pirmojo, 2007 m. – antrojo etapo planai. Planuose sveikatos priežiūros paslaugų poreikio paskirstymas pagal savivaldybes yra abstraktus - nurodytos tik siektinos stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų apimtys (ligonių ir lovdienių skaičius). Trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapas įgyvendinamas 2009–2011 metais¹⁹.

Pastebėjimas

Trečiojo restruktūrizavimo etapo programa buvo patvirtinta 2009 m. gruodžio 7 d., todėl realiai programos priemonės pradėtos įgyvendinti nuo 2010 metų.

Trečiojo etapo numatyti tikslai – optimizuoti stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir restruktūrizuoti teikiamų paslaugų struktūrą, sumažinti sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimo sąnaudas. Keliami uždaviniai – stiprinti rajono lygmens ligoninių infrastruktūrą, skirtą plačiai paplitusioms ligoms gydyti, o sudėtingų ligų diagnostikos ir gydymo technologijas sutelkti regiono ir

¹⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009-12-18 įsakymas Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Audituojamu laikotarpiu pagal naujai patvirtintą tvarką sutartys tarp TLK ir ASPĮ nebuvo pasirašomos.

¹⁷ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-03-18 nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“.

¹⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-06-29 nutarimas Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“.

¹⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009-12-07 nutarimas Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“.

respublikos ligoninėse; sumažinti sveikatos priežiūros įstaigų juridinių asmenų skaičių – sujungti įstaigas į stambesnius juridinius vienetus. Trečiojo etapo programoje patvirtinti kriterijai ir sąlygos atitinkamiems paslaugų profiliams. Pagal juos visos ligoninės suskirstytos į tris lygmenis: rajono, regiono ir respublikos. Ligoninių skirstymą ir jose teikiamų paslaugų struktūrą numatoma tikslinti 2010 ir 2011 metais.

Trečiojo etapo programoje teigiama, kad paslaugų, teikiamų kai kuriose rajonų ligoninėse, apimtis nepakankama, kad būtų užtikrintas sveikatos priežiūros paslaugų saugumas, turimų gydytojų specialistų ir medicininės įrangos efektyvus naudojimas. Nustačius minimalų stacionariųjų chirurgijos paslaugų apimtį kriterijų („didžiųjų“ chirurginių operacijų per metus – 660 ir daugiau) daroma prielaida, kad gydymo įstaigos, netenkinančios nustatyto kriterijaus, negali suteikti saugių sveikatos priežiūros paslaugų, todėl jos nebus apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų. Atkreipėme dėmesį, kad pasirinkti kriterijai, atsisakant sudaryti sutartis su ASPĮ dėl stacionariųjų chirurginių paslaugų apmokėjimo, gydymo įstaigoms buvo taikomi nevienodai (1 lentelė).

1 lentelė. Stacionariųjų chirurgijos paslaugų teikimo kriterijaus taikymas rajono ligoninėms

Ligoninė	Didžiųjų chirurginių operacijų skaičius (2008 metų duomenys)	Sprendimas dėl chirurginių paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų
VšĮ Elektrėnų ligoninė	656	Bus apmokamos
VšĮ Biržų ligoninė	655	Bus apmokamos
VšĮ Šilalės rajono ligoninė	648	Nebus apmokamos
VšĮ Trakų ligoninė	630	Bus apmokamos
VšĮ Lazdijų ligoninė	623	Bus apmokamos
VšĮ Šakių ligoninė	582	Bus apmokamos
VšĮ Gargždų ligoninė	563	Nebus apmokamos
VšĮ Kaišiadorių ligoninė	560	Nebus apmokamos
VšĮ Šalčininkų rajono ligoninė	383	Bus apmokamos

Šaltinis – Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa

Be to, atkreipėme dėmesį, kad nėra informacijos apie stacionariųjų paslaugų kokybės vertinimo kriterijus, analizės apibendrinimų ir/ar išvadų, kuriomis remiantis būtų galima pagrįsti tam tikrų paslaugų kokybinius skirtumus skirtingose ASPĮ. Užsienio šalių ekspertai atsargiai vertina chirurgijos paslaugų skaičiaus, kaip paslaugų kokybės dedamosios, pagrįstumą, tačiau pripažįsta, kad sudėtingų chirurginių procedūrų skaičius turi įtakos jų kokybei. Minimalūs paslaugų skaičiaus reikalavimai nustatomi ne paslaugų grupei – chirurgijai, bet kiekvienai procedūrai.

Pavyzdys: Vokietijos patirtis

Vokietijos socialiniame įstatyme (137 SGB V) 2004 m. buvo patvirtinti minimalūs keturių chirurginių procedūrų skaičiaus reikalavimai:

Procedūra	Minimalus skaičius (vnt.)
Kepenų transplantacija	N=10
Inkstų transplantacija	N=20

Kamieninių ląstelių transplantacija	N=12
Kasos rezekcija	N=5

Šaltinis – *Relations between Volume, Efficiency, and Quality in Surgery – A Delicate Balance from Managerial Perspectives. World Journal of Surgery. 2005 m. rugsėjo 15 d.*

Tose gydymo įstaigose, kuriose atsisakoma pirkti chirurgijos paslaugas, bus atsisakoma pirkti ir kitas sveikatos priežiūros paslaugas, pavyzdžiui, reanimacijos. Jei šios paslaugos nebus perkamos, rajonų ligoninės negalės saugiai suteikti ir dienos chirurgijos I–II grupės paslaugų, ir tinkamos skubios institucinės pagalbos ūmių būklių atvejais, pavyzdžiui: ištikus miokardo infarktui, šokui, nelaimingų atsitikimų (traumų, apsinuodijimų) atvejais, kai pagalba turi būti suteikta nedelsiant (paslaugos neatitiks SAM nustatytų paslaugų teikimo reikalavimų).²⁰ Trečiojo restruktūrizavimo etapo programoje, kurią rengiant savivaldybės, atsakingos už sveikatos priežiūros organizavimą savo teritorijoje, nedalyvavo,²¹ nepateikta analizė, kokiose kitose gydymo įstaigose gyventojai galėtų tikėtis gauti sveikatos priežiūros paslaugas, kurių neteiks atitinkamos įstaigos.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2009-12-07 nutarimu Nr. 1654 įpareigojo Sveikatos apsaugos ministeriją iki 2009 m. gruodžio 31 d. parengti ir patvirtinti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo priemonių planą. Šis planas buvo patvirtintas²², tačiau „Valstybės žiniuose“ neskelbtas. Minėtą planą Sveikatos apsaugos ministerija 2009 m. gruodžio 31 d. pateikė²³ Lietuvos Respublikos Vyriausybei.

Stacionarinėms chirurgijos paslaugoms nustatyti kriterijai nepagrįsti situacijos analize įstaigose, iš kurių atsisakoma jas pirkti. Todėl, atsisakius jas pirkti iš ASPĮ, mažės ir kitų ASPĮ teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Tai prieštarauja restruktūrizavimo nuostatai stiprinti rajono lygmens ligoninių infrastruktūrą, skirtą plačiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti.

Trečiojo restruktūrizavimo etapo programoje pateikti kriterijai, pagal kuriuos stacionarinės gydymo įstaigos suskirstytos pagal išsidėstymo lygmenis, ir nustatyti struktūros reikalavimai, tačiau jie nepakankami siekiant kryptingai planuoti stacionarinės asmens sveikatos priežiūros plėtrą, nes nėra ilgalaikės perspektyvos, t. y. kokio įstaigų išsidėstymo ir jų teikiamų paslaugų masto siekiama.

²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai: 2009-08-21 Nr. V-668 „Dėl dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir 2007-12-29 Nr. V-1085 „Dėl vidaus ligų profilio paslaugų teikimo specialiųjų reikalavimų patvirtinimo“.

²¹ Trečiojo restruktūrizavimo etapo programa parengta dalyvaujant SAM, VLK, VU ligoninės Santariškių klinikų, KMUK, Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos atstovams (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009-05-13 įsakymas Nr. V-344 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008–2013 metų programos įgyvendinimo priemonių 1290 punkto įgyvendinimo“.

²² Sveikatos apsaugos ministro 2009-12-30 įsakymas Nr. V-1114 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo priemonių plano patvirtinimo“.

²³ Sveikatos apsaugos ministro 2009-12-31 raštas Nr.10-(18.1.35)-7603 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečio etapo programos įgyvendinimo priemonių plano“.

2. Sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros finansavimas

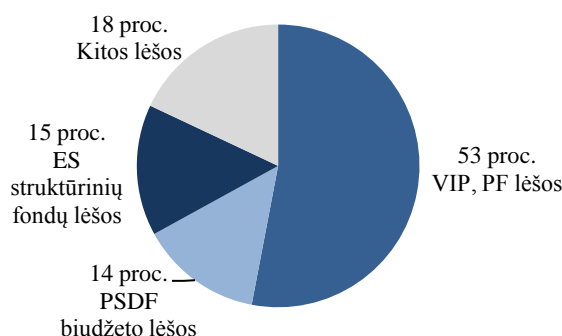
2.1. Finansavimo šaltiniai

Audito metu analizavome 63-jų stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų infrastruktūros plėtrai 2006–2009 m. naudotas lėšas. ASPĮ infrastruktūros plėtros finansavimo šaltiniai:

- Valstybės investicijų programoje numatytos lėšos ASPĮ investicijų projektams ir sveikatos programoms;
- Privatizavimo fondo lėšos, skirtos Sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo programos²⁴ įgyvendinimo priemonėms;
- PSDF biudžeto lėšos, skirtos Restruktūrizavimo programai²⁵;
- ES struktūrinių fondų lėšos;
- steigėjų, įstaigos, rėmėjų ir iš kitų finansavimo šaltinių gautos lėšos.

63-jų stacionariųjų ASPĮ infrastruktūros plėtrai 2006–2009 m. skirta 1 109 mln. Lt. Šių lėšų pasiskirstymo duomenys pagal finansavimo šaltinius pateikti 1 pav.

1 pav. 63 stacionariųjų ASPĮ infrastruktūros plėtrai 2006–2009 m. skirtų lėšų pasiskirstymas pagal finansavimo šaltinius (procentais)



Šaltinis – Valstybės kontrolė, pagal SAM, VLK, ASPĮ duomenis

Keturių penktadalių (82 proc.) lėšų, skirtų 63-jų stacionariųjų ASPĮ infrastruktūrai finansuoti, panaudojimo paskirtis priklausė nuo Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimų. Nuo steigėjų ar pačių gydymo įstaigų sprendimo priklausė mažiau nei penktadalis (18 proc.) atvejų.

²⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008-07-09 nutarimas Nr. 676 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimo programos patvirtinimo“.

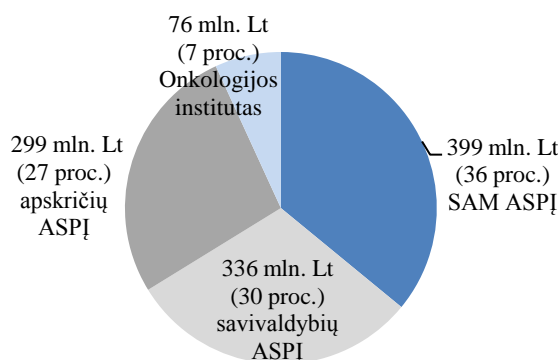
²⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2005-03-08 įsakymas Nr. V-163 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų Restruktūrizavimo programoms finansuoti, skyrimo naudojimo apskaitos ir atskaitomybės tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Audito metu surinkome duomenis apie 63-jų stacionariųjų ASPĮ steigėjų, pačių įstaigų ir rėmėjų 2006–2009 m. skirtas ir panaudotas ligoninių infrastruktūrai (remontui, medicininei įrangai įsigyti) lėšas. ASPĮ suskirstėme į grupes pagal steigėjus (žr. pirmą priedą):

- pavaldžios SAM – 4 ASPĮ;
- apskritims – 11 ASPĮ;
- savivaldybėms – 47 ASPĮ;
- grupei „Kitos“ priskyrėme Vilniaus universiteto Onkologijos institutą (steigėjas – Lietuvos Respublikos Vyriausybė).

63-jų stacionariųjų ASPĮ infrastruktūrai 2006–2009 m. panaudotų lėšų pasiskirstymas pateiktas 2 pav.

2 pav. 63-jų stacionariųjų ASPĮ infrastruktūros plėtrai 2006–2009 m. panaudotos lėšos pagal ASPĮ steigėjų grupes (mln. Lt ir proc.)



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal SAM, VLK ir ASPĮ duomenis

SAM pavaldžiai vienai ASPĮ per 2006–2009 m. laikotarpį infrastruktūrai teko vidutiniškai 99,8 mln. Lt, apskritims pavaldžiai vienai ASPĮ – 27,18 mln. Lt, savivaldybėms pavaldžiai vienai ASPĮ – 7,1 mln. Lt. Įstaigos, kurių steigėjas SAM, daugiausiai lėšų skyrė širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir gydymo infrastruktūrai, chirurgijos (kardiochirurgijos, angiochirurgijos, abdominalinės, vaikų chirurgijos) infrastruktūrai. Apskričių ligoninės daugiau investavo į operacinių modernizavimą, skyrė lėšų su reanimacijos ir chirurgijos paslaugų teikimu susijusiai infrastruktūrai. Savivaldybėms priklausančios ligoninės daugiausia lėšų skyrė dienos chirurgijos, priėmimo-skubios pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų infrastruktūrai.

63-jų stacionariųjų ASPĮ infrastruktūros plėtrai 2006–2009 m. gautų lėšų panaudojimas (proc.)

- Iš valstybės investicijų programos lėšų medicininei įrangai iš viso panaudota 50,6 proc.
 - SAM pavaldžios ASPĮ medicininei įrangai įsigyti panaudojo 64,5 proc. šių lėšų,
 - apskritims pavaldžios ASPĮ – 38,4 proc.,
 - savivaldybėms pavaldžios ASPĮ – 44,6 proc.
- Iš PSDF Restruktūrizavimo programos lėšų įrangai įsigyti panaudota 28 proc. lėšų.

- Iš apskritims ir savivaldybėms pavaldžių ligoninių steigėjų lėšų medicininei įrangai įsigyti panaudota 32 proc. lėšų.
- ASPI infrastruktūros plėtrai iš savo išteklių²⁶ medicinos įrangai įsigyti panaudojo 71 proc. lėšų.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal ASPI duomenis

ASPI infrastruktūra buvo finansuojama pagal sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapuose numatytas investavimo kryptis, naujausias technologijas telkiant SAM pavaldžiose (universitetinėse) ligoninėse, kaip ir buvo numatyta antrajame sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etape.

2.2. Didelės vertės medicininės įrangos įsigijimas

ASPI, 2006–2009 m. įgyvendindamos investicijų projektus, iš įvairių finansavimo šaltinių įsigijo medicininės įrangos už 561,5 mln. Lt (įskaitant ir gautą pagal panaudą). Didelės vertės (per 1 mln. Lt) medicininei įrangai įsigyti skirta 32 proc. lėšų (183,3 mln. Lt). 2006–2009 m. didelės vertės medicininės įrangos įsigijo arba gavo pagal panaudą 20 (iš 63-jų) ASPI. Didžiausia dalis didelės vertės medicininei įrangai panaudotų lėšų skirta įsigyti spindulinės terapijos sistemų ir jų sudėtinių dalių. Be to, gydymo įstaigos įsigijo kompiuterinių tomografų, radiologinės diagnostikos įrangos (angiografų, rentgeno aparatų ir kt.), branduolinio magnetinio rezonanso aparatų (2 lentelė).

2 lentelė. Duomenys apie didelės vertės medicininės įrangos įsigijimą 2006–2009 m. (20 ASPI)

	ASPI skaičius	Įranga vnt.	Iš viso lėšų (tūkst. Lt)
Spindulinės terapijos sistemos ir jų sudėtinės dalys:			57 269
Linijiniai greitintuvai	4	8	51 895
Rentgenoterapijos įranga	3	3	4 174
Brachiterapijos įranga	1	1	1 200
Radiologinės diagnostikos įranga:			38 509
Rentgeno aparatai, diagnostikos sistemos	9	11	15 078
Vaizdų perdavimo sistemos	2	2	2 629
Mamografai	1	1	1 817
Angiografai	2	4	17 670
Gama kamera	1	1	1 315
Branduolinio magnetinio rezonanso aparatai	4	5	21 212
Kompiuteriniai tomografai	15	19	51 091
Ultragarsinės diagnostikos aparatai	3	5	7 531
Kita didelės vertės medicininė įranga	4	5	7645
Iš viso			183 257

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal SAM ir ASPI duomenis

Palyginimui pateikiame skaičius, kurie parodo kaip Lietuvos ir Skandinavijos šalys apsirūpinusios didelės vertės medicinine įranga (3 lentelė).

²⁶ ASPI infrastruktūros plėtrai iš savo lėšų 2006–2009 m. skyrė 115 767 tūkst. Lt.

3 lentelė. Didelės vertės medicininės įrangos skaičius, tenkantis 1 milijonui šalies gyventojų

	Lietuva	Danija	Švedija	Suomija
Kompiuteriniai tomografai	17,4	17,4	14,2	16,4
Branduolinio magnetinio rezonanso aparatai	5,4	10,2	15,3	15,3
Pozitronų emisijos tomografai	-	3,7	-	-

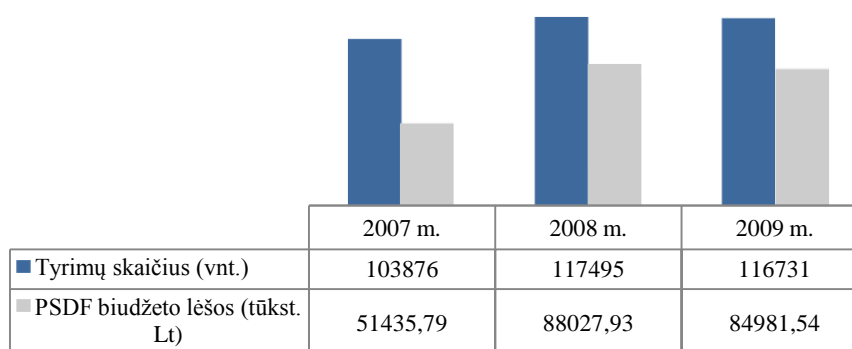
Šaltinis – *International benchmarking of the Danish hospital sector – a summary, February 2010.*
Prieiga per internetą www.sum.dk

Lietuvos gydymo įstaigos turimais kompiuteriniais tomografais nedaug lenkia Švediją ir Suomiją, pagal šį kriterijų prilygsta Danijos gydymo įstaigoms. Turimais branduolinio magnetinio rezonanso ir pozitronų emisijos tomografais atsiliekama nuo Skandinavijos valstybių.

Šalies stacionarių ASPĮ 2006–2009 m. gautos lėšos infrastruktūrai plėsti padėjo apsirūpinti didelės vertės medicinine įranga ir taikyti pažangesnes diagnostikos ir gydymo technologijas.

Gydymo įstaigoms apsirūpinant didelės vertės medicinine įranga, didėjo atitinkamų paslaugų prieinamumas rajonų gyventojams.²⁷ Brangių tyrimų ir procedūrų, atliktų stacionare besigydantiems ligoniams, ir PSDF biudžeto lėšų, skirtų sumokėti už šiuos tyrimus, dinamika 2007–2009 metų laikotarpiu pateikta 3 pav.

3 pav. Brangių tyrimų ir procedūrų*, atliktų ir iš PSDF biudžeto lėšų apmokėtų stacionare besigydantiems ligoniams 2007–2009 m., skaičius (vnt.) ir PSDF biudžeto lėšos, skirtos sumokėti už šiuos tyrimus (tūkst. Lt)



* kompiuterinės tomografijos tyrimų, kompiuterinės tomografijos angiografijos procedūrų, magnetinio rezonanso tomografijos (stacionaro sąlygomis, iki 2007-03-31), magnetinio rezonanso tomografijos (iki 1 teslos magnetinio lauko stiprumo) tyrimų (nuo 2007-03-31), magnetinio rezonanso tomografijos (1 teslos ir daugiau magnetinio lauko stiprumo) tyrimų (nuo 2007-03-31) magnetinio rezonanso angiografijos procedūrų ir diagnostinės ir gydomosios intervencinės radiologijos procedūrų

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal VLK duomenis

Stacionare gydomiems ligoniams atliekama apie pusė visų kompiuterinės tomografijos ir penktadalis magnetinio rezonanso tyrimų (VLK duomenys), kita dalis atliekama ambulatorinės

²⁷ Kompiuterinės tomografijos tyrimai 2007–2009 m. pradėti atlikti VšĮ Anykščių rajono savivaldybės, Raseinių, Joniškio ligoninėse.
Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė

pagalbos besikreipiantiems asmenims. SAM ir VLK taikytos priemonės – iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų paslaugų – brangių tyrimų ir procedūrų apmokėjimo tvarka 2009 m. padėjo subalansuoti PSDF biudžetą,²⁸ sumažėjo vidutinė vieno tyrimo kaina (4 lentelė).

4 lentelė. Stacionaro sąlygomis atliktų brangių tyrimų ir procedūrų, apmokėtų iš PSDF biudžeto lėšų, vieno atvejo vidutinės kainos 2008 ir 2009 m. palyginimas

Brangūs tyrimai ir procedūros	Vieno tyrimo, apmokėto iš PSDF biudžeto lėšų, vidutinė kaina (Lt)	
	2008 m.	2009 m.
Kompiuterinė tomografija	211,53	186,37
Kompiuterinės tomografijos angiografija	570,93	490,49
Magnetinio rezonanso tomografija (iki 1 teslos)	331,09	232,07
Magnetinio rezonanso tomografija (1 teslos ir daugiau)	398,52	329,78
Magnetinio rezonanso angiografija	683,68	426,61
Diagnostinė ir gydomoji intervencinė radiologija	2060,00	1937,38

Šaltinis – Valstybės kontrolė

Už atliktus brangius tyrimus ir procedūras sumokama pagal nustatytą atskirą bazinę paslaugos kainą. Šie tyrimai neįskaičiuoti į stacionarinio gydymo paslaugos bazinę kainą, kaip kiti diagnostikos ir gydymo metodai. Tai, ASPĮ siekiant gauti daugiau pajamų, sudaro prielaidas didinti atliekamų brangių tyrimų skaičių.

Jei brangūs tyrimai nebūtų apmokami atskirai, o jiems skirtos lėšos būtų įskaičiuotos į paslaugų bazinę kainą, kaip ir kraujo preparatai, vaistai ir kt., racionaliau būtų naudojamos PSDF biudžeto lėšos.

2.3. Investicijų finansavimas

Informacija apie galimybę rengti investicinius projektus, finansuojamus iš ES struktūrinių fondų, ES lėšomis finansuojamų projektų priemonių aprašymai ir kita informacija skelbiama tinklalapyje www.esparama.lt, tačiau duomenys apie sveikatos priežiūros įstaigų investicinius projektus ir galimybes dalyvauti investicijų projektų įgyvendinimo programose, finansuojamose iš valstybės biudžeto, 2006–2009 metais nebuvo viešai skelbiami.

²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997-12-31 įsakymas Nr. 721 „Dėl brangiųjų tyrimų ir procedūrų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų taikymo tvarkos bei ligų ir indikacijų sąrašų patvirtinimo“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai: „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1997 m. gruodžio 31 d. įsakymo Nr. 721 „Dėl brangiųjų tyrimų ir procedūrų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų taikymo tvarkos bei ligų ir indikacijų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“, 2008-01-11 Nr. V-15; „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. gruodžio 31 d. įsakymo Nr. 721 „Dėl brangiųjų tyrimų ir procedūrų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų taikymo tvarkos bei ligų ir indikacijų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“, 2009-05-15 Nr. V-371; „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“, 2009-05-15 Nr. V-375.

Pagal Sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarką²⁹ sveikatos programas rengia komisijos, darbo grupės, juridiniai ir fiziniai asmenys. Remiantis audito metu SAM pateikta informacija, ASPĮ pateikti investiciniai projektai vertinami vadovaujantis teisės aktais, reglamentuojančiais valstybės kapitalo investicijų planavimą.³⁰ Nepatvirtinta ASPĮ parengtų investicijų projektų vertinimo tvarka.

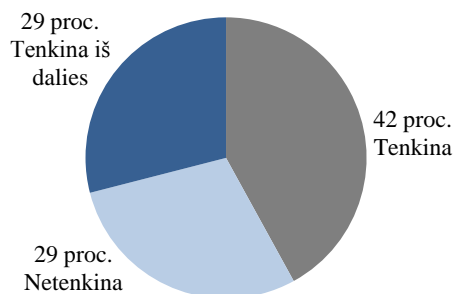
Gerosios praktikos pavyzdys

Įgyvendinant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos pirmąjį etapą, dalis gydymo įstaigų restruktūrizavimo projektų buvo finansuojama PSDF biudžeto lėšomis. Šių lėšų skyrimo pagrįstumui įvertinti VLK direktoriaus 2005-04-19 įsakymu Nr. 1K-50 buvo patvirtinta restruktūrizavimo projektų vertinimo metodika ir sukurta asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų restruktūrizavimo programos įvertinimo forma. Nustatyti konkretūs vertinimo kriterijai leido objektyviau įvertinti gydymo įstaigų pateiktus projektus ir priimti sprendimą dėl jų finansavimo.

Audito metu atlikome 63-jų stacionariųjų ASPĮ apklausą dėl sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros finansavimo. Į klausimus atsakė 48 įstaigos (76,2 proc.).

Į klausimą „Ar tenkina esama kapitalo investicijų finansavimo tvarka?“ atsakė 38 (iš 48) ASPĮ (79,2 proc. atsakiusių). Nuomonių pasiskirstymas pateiktas 4 pav.

4 pav. Atsakymų į klausimą „Ar tenkina esama kapitalo investicijų finansavimo tvarka?“ pasiskirstymas



Šaltinis – Valstybės kontrolė

34 stacionariųjų ASPĮ (70,8 proc.) nurodė esamos kapitalo investicijų finansavimo tvarkos trūkumus. Pagrindinis (55,9 proc. ASPĮ nuomone) – neužtikrinamas projektų tęstinumas, nėra ilgalaikės VIP politikos. ASPĮ netenkino nepakankamas projektų finansavimas ir kad kasmet tam pačiam projektui vykdyti lėšų skiriama iš naujo arba skiriama nepakankamai lėšų, nekoreguojama pradinė projekto vertė.

²⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002-02-21 įsakymas Nr. 91 „Dėl sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarkos patvirtinimo“.

³⁰ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-04-26 nutarimas Nr. 478 „Dėl Valstybės lėšų, skirtų valstybės kapitalo investicijoms, planavimo, tikslinio naudojimo, apskaitos ir kontrolės taisyklių patvirtinimo“ ir Lietuvos Respublikos finansų ministro 2001-07-04 įsakymas Nr. 201 „Dėl Valstybės kapitalo investicijų planavimo metodikos patvirtinimo“.

Pavyzdžiai

- Projektas „VšĮ Radviliškio liginės energijos efektyvaus panaudojimo plėtra“ vykdomas 2004–2010 m. Jo sąmata – 5 862,8 tūkst. Lt. Iki 2010 m. atlikta tik stogo renovacija, langų ir durų keitimo darbai. Projektas nėra neįpusėtas, dėl lėšų trūkumo nepasiekti projekto pagrindiniai tikslai.
- Neurochirurginės ir neuroonkologinės pagalbos vaikams ir suaugusiesiems kokybės gerinimo Lietuvoje 2006–2010 m. programai įgyvendinti 2006–2009 metų laikotarpiui planuota 15 390 tūkst. Lt, o skirta 4 000 tūkst. Lt (25 proc.).
- Neurochirurginės pagalbos gerinimo Lietuvoje 2008–2010 metų programos sąmata 22 080 tūkst. Lt. Įgyvendinimui skirta 2 587 tūkst. Lt (11,7 proc.).
- Galvos smegenų insulto profilaktikos ir kontrolės 2006–2008 metų programos įgyvendinimui apskaičiuotas 5 948 tūkst. Lt kapitalo investicijų poreikis. Skirta 1 675 tūkst. Lt (28,17 proc.).
- Intensyviausiai funkcionuojančių operacinių renovacijos programos 2003–2007 m. sąmata 100 098 tūkst. Lt. Įgyvendinimui skirta 3 600,4 tūkst. Lt (3,6 proc.).

Audito metu atkreipėme dėmesį, kad yra projektų, kuriems vykdyti skirta didžioji lėšų dalis, pavyzdžiui, VU liginės Santariškių klinikų Širdies chirurgijos reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriaus rekonstravimui ir išplėtimui 2006–2008 m. planuota skirti 6 000 tūkst. Lt, skirta 99 proc. (5 997 tūkst. Lt) lėšų, Širdies chirurgijos operacinėms ir reanimacijos aparatūrai atnaujinti 2006–2009 m. planuota skirti 13 812 tūkst. Lt, skirta 81 proc. (11 312 tūkst. Lt).

ASPI (35,3 proc.) nuomone, kapitalo investicijų finansavimo trūkumai yra šie: sudėtingos investicinių projektų rengimo procedūros, ilgai priimami sprendimai, aiškių investicinių projektų atrankos ir vertinimo kriterijų stoka.

Įstaigos (29,4 proc.) nurodė, kad investicijos skiriamos neatsižvelgiant į paslaugų poreikį savivaldybėje, regione. ASPI pačios planuoja investicijas. Vėliau, atsiradus bendresniems strateginio planavimo dokumentams, juose pateiktos nuostatos neatitinka ASPI pradėtų investicijų tikslų.

Pavyzdžiai

- Lietuvoje iki 2006 metų neurochirurgijos paslaugas teikė 5 ASPI: KMUK, Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė, Panevėžio apskrities, Šiaulių apskrities ir Klaipėdos universitetinė liginės. Audituojamu laikotarpiu padalinio, teikiančio neurochirurgijos paslaugas VU liginės Santariškių klinikose nebuvo, tačiau įgyvendinant Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 m. programą numatyta įsigyti neurochirurgijos paslaugoms teikti reikalingą įrangą ir VU liginės Santariškių klinikose. Vertindami neurochirurgijos paslaugų skaičių audituojamu laikotarpiu nustatėme, kad jis gana pastovus – iki 6 tūkst. paslaugų per metus (žr. antrą priedą). Auditorių nuomone, didinant skaičių ASPI, kuriose teikiamos paslaugos traumuotiems pacientams, dėl srauto išskaidymo paslaugų skaičius kiekvienoje įstaigoje mažės, o investicijos į infrastruktūrą didės. Infrastruktūros plėtimas, kai nedidėja paslaugų poreikis, lems neefektyvų kapitalo investicijoms skirtų lėšų panaudojimą.
- Alytaus apskrities S. Kudirkos liginė nuo 2006 m. inicijavo onkologinių ligų diagnostikos gerinimo programą. Buvo parengti du projektai (Onkologinių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos gerinimas ir Ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos gerinimas Alytaus apskrities S. Kudirkos liginėje). Jų uždaviniuose numatyta įsigyti kompiuterinį tomografą ir magnetinio rezonanso aparatą. Kreiptasi dėl projektų finansavimo iš VIP, SAM, ES fondų, tačiau lėšų neskirta. Alytaus miesto ir Alytaus rajono savivaldybių tarybos, apsvarsčiusios tęstinius (7 metų) projektus, 2008 m. pritarė jų finansavimui. Įsipareigojimus, susijusius su brangios medicininės įrangos įsigijimu pagal lizingo sutartis, liginė 2008 ir 2009 m. dengė tikslinėmis lėšomis, gautomis iš Alytaus miesto ir Alytaus rajono savivaldybių biudžetų. 2009 m., sumažėjus liginės pajamų už paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, ir tikslinių asignavimų, prisiimti įsipareigojimai iš dalies lėmė nuostolingą liginės veiklą 2009 m. (sąnaudos viršijo pajamas).

Lietuvos ir užsienio šalių kapitalo investicijų politikoje panašu tai, kad gydymo įstaigų infrastruktūros finansavimas atskirtas nuo gydymo įstaigų veiklos. Lėšos sveikatos priežiūros paslaugoms ir infrastruktūrai finansuoti skiriamos iš skirtingų biudžetų. Danijoje, Suomijoje, Vokietijoje ir Italijoje pagrindiniai restruktūrizavimo projektai finansuojami ir planuojami regioniniu lygiu. Prancūzijoje ligoninių vystymosi planai rengiami regioniniu lygiu, bet derinant su subjektais, atsakingais už bendrą nacionalinę sveikatos sistemą.

Pavyzdys

Prancūzija, plėtodama regionų ligonines, rengia regionų sveikatos apsaugos vystymosi planus, kurie yra pagrindinė ligoninių veiklos planavimo priemonė. Juose nurodomas veiklos objektų skaičius kiekvieno regiono teritorijoje, pavyzdžiui: bendrosios medicinos, chirurgijos, akušerijos, intensyvi ir pirmoji medicinos pagalba, daugelis kitų. Taip pat nustatomas brangios techninės įrangos skaičius, pavyzdžiui, magnetinio rezonanso aparatai, apibrėžiama tam tikrų sveikatos paslaugų rūšių veiklos apimtis, kuri turi būti užtikrinta tame regione.

Šaltinis – B. Rechel and others. *Investing in Hospitals of the Future. European Observatory Studies Series No 16.* Prieiga per internetą http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf

Išimtis – Nyderlandai, kur ligoninių teikiamų paslaugų planavimas perduotas regionų paslaugų teikėjams, paliekant prievolę tuos planus suderinti su vyriausybe. Kita šios šalies įgyvendinama naujovė – gydymo įstaigų kapitalo investicijų sąnaudos įtrauktos į paslaugų kainą, o pačios gydymo įstaigos bus atsakingos už infrastruktūros palaikymui reikalingų lėšų planavimą.

Per stacionarinių ASPI apklausą klausėme, ką, jų nuomone, reikėtų keisti esamoje kapitalo investicijų finansavimo tvarkoje. Pasiūlymus pateikė 27 stacionarinės ASPI (56,3 proc.). ASPI pateikti siūlymai dėl kapitalo investicijų tvarkos:

- supaprastinti paraiškas, VIP lėšų skirstymo procesas turi būti skaidrus, sąžiningas, viešinamas;
- vertinti paslaugų poreikį regione, įvertinti kiekvienos ligoninės perspektyvas;
- ilgalaikio turto nusidėvėjimo sąnaudas įtraukti į paslaugų kainą;
- užtikrinti pradėtų projektų įgyvendinimo tęstinumą;
- didelės vertės medicinos įrangą pirkti centralizuotai.

Dėl sveikatos priežiūros įstaigų kapitalo investicijų poreikio finansavimo tvarkos trūkumų (neužtikrinamas projektų tęstinumas, nėra ilgalaikės valstybės investicijų į ASPI politikos, investicijos skiriamos neatsižvelgiant į paslaugų poreikį savivaldybėje, regione, nėra aiškių investicinių projektų atrankos ir vertinimo kriterijų) neužtikrinamas rezultatyvus lėšų, skiriamų ASPI infrastruktūrai, panaudojimas.

3. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimas

Šalyje sveikatos priežiūros paslaugų organizavimui įtakos turi įgyvendinamas sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimas. Vertindami stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo rezultatyvumą, analizavome, kokių tikslų siekiama įgyvendinant sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimą ir ar tikslai tam tikrais etapais buvo pasiekti. Audito metu analizavome, ar atitinka strateginiuose sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo dokumentuose pateikta situacijos analizė ir keliami tikslai, ar nustatyti tikslų pasiekiamumo įvertinimo rodikliai.

Lygindami sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo etapus ir jų įgyvendinimo vertinimui nustatytus kriterijus atkreipėme dėmesį, kad kiekviename etape parenkami skirtingi rodikliai (6 lentelė).

5 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapai ir jų įgyvendinimo vertinimui nustatyti rodikliai

Rodiklio pavadinimas	Restruktūrizacijos etapai ir jų įgyvendinimo vertinimo rodikliai		
	I etapas	II etapas	III etapas
	2003–2005	2006–2008	2009–2011
Hospitalizacijos rodiklis 100 savivaldybės gyventojų	√		√
Vidutinė gulėjimo trukmė Lietuvos mastu	√		
Vidutinė gulėjimo trukmė (terapija)	√		
Vidutinė gulėjimo trukmė (chirurgija)	√		
Lovos užimtumas (terapija)	√		
Lovos užimtumas (chirurgija)	√		
Maksimali gulėjimo trukmė iki operacijos (dienomis)	√		
Minimalus sudėtingų operacijų skaičius per metus	√		
Vidutinės gyvenimo trukmės pailgėjimas		√	
Ambulatorinių paslaugų apimtys padidėjimas ne mažiau kaip 5 proc.		√	
Dienos stacionaro ir dienos chirurgijos apimtys didėjimas		√	√
Stacionariųjų paslaugų apimtys bendro pobūdžio ir specializuotuose ligoninėse sumažėjimas		√	√
Gyventojų, pacientų ir med. personalo pasitenkinimo sveikatos paslaugų kokybe, sauga ir prieinamumu pokytis			√
Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtra ir finansavimo didėjimas			√

Šaltinis – Valstybės kontrolė

Analizavome, ar nustatyti tikslai buvo pasiekti. Visų trijų sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapų įgyvendinimo siekiami ir faktiniai vertinimo rodikliai pateikti 7 lentelėje.

6 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapai ir nustatyti jų įgyvendinimo vertinimo rodikliai

Restruktūrizavimo strategijose ir programose nustatyti siekiami kai kurie sveikatos sektoriaus veiklos rodikliai		2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
		I etapo pabaiga	II etapas		III etapo pradžia	
Hospitalizacijos rodiklis 100-ai savivaldybės gyventojų (be reanimacijos, slaugos ir palaikomojo gydymo)	Tikslas	18	18			18
	Faktas	21,33	20,71	21,16	21,33	22,04
Vidutinė gulėjimo trukmė Lietuvos mastu (dienomis)	Tikslas	8	nenustatyta		nenustatyta	
	Faktas	10,2	10	9,9	9,6	9,2
Vidutinė gulėjimo trukmė (terapija) (dienomis)	Tikslas	7	nenustatyta		nenustatyta	
	Faktas	8,7	8,4	8,2	8,0	7,7
Vidutinė gulėjimo trukmė (chirurgija) (dienomis)	Tikslas	7	nenustatyta		nenustatyta	
	Faktas	6,9	6,7	6,2	5,6	5,3
Lovos užimtumas (terapija) (dienomis)	Tikslas	300–320	nenustatyta		nenustatyta	
	Faktas	314,5	305,0	302,4	289,1	290,3
Lovos užimtumas (chirurgija) (dienomis)	Tikslas	300–320	nenustatyta		nenustatyta	
	Faktas	276,7	272,9	268,8	257,7	251,5
Maksimali gulėjimo trukmė iki operacijos (dienomis)	Tikslas	3	nenustatyta		nenustatyta	
	Faktas	nėra duomenų				
Minimalus sudėtingų operacijų skaičius per metus	Tikslas	turėjo nustatyti įsakyme	nebuvo nustatytas		1100 regioninėms ir 660 rajoninėms	
	Faktas					
Dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų skaičiaus didėjimas ³¹	Tikslas	nenustatyta	ne mažiau kaip 10 proc.		Dienos stacionaro ne mažiau kaip 8 proc.	
	Faktas	28064	30176	46557	28064	30176
Stacionarinių paslaugų skaičiaus bendro pobūdžio ir specializuotose ligoninėse sumažėjimas	Tikslas	nenustatyta	sumažėjimas 3–5 proc.		nenustatyta	
	Faktas			922 584	920 558	926 758

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal VLK ir Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenis

Nepasiektas planuojamas hospitalizacijos rodiklis – 18 hospitalizuotų ligonių 100 gyventojų per metus šalies mastu. Po pirmojo restruktūrizavimo etapo, 2006 m. šis rodiklis buvo 20,71, antrajame etape pamažu augo, 2009 metais pasiekė 22,04 hospitalizuotų ligonių 100 gyventojų.³²

Pastebėjimas

Hospitalizacijos rodiklio dydis, nurodytas antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijoje, kaip pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatas, skyrėsi nuo HISIC leidiniuose nurodytojo, atitinkamai 20,2 (ataskaitoje³³, 2005 metų duomenys). Aiškindamiesi tokio reikšmingo neatitikimo priežastis nustatėme, kad ataskaitoje buvo pateiktas Valstybinės ligonių kasos apskaičiuotas rodiklis, kurio apskaičiavimo metodika skiriasi nuo HISIC taikomos: HISIC skaičiuoja hospitalizacijos rodiklį pagal atvykusių į stacionarą pacientų skaičių, o VLK – pagal išvykusių iš stacionaro asmenų skaičių, papildomai vertindami suteiktų paslaugų kodą.

³¹ Dienos ligonis – diagnostikai, gydymui, procedūroms ir / arba operacijai hospitalizuotas ligonis, planuojant jį išrašyti į namus tą pačią dieną. Duomenys apie dienos ligonius (ligoniai hospitalizuoti ir išrašyti į namus tą pačią dieną) suskaičiuoti iš Privalomojo sveikatos draudimo informacinės duomenų sistemos SVEIDRA.

³² Priežasčių analizė, kodėl šis rodiklis blogėjo antrojo restruktūrizacijos etapo laikotarpiu, rengiant trečiojo programą nepateikta.

³³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006-06-29 nutarimas Nr. 647 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“.

VLK pateikė savivaldybių 2009 metų hospitalizacijos rodiklius. Jie skyrėsi, pavyzdžiui: Alytaus r. savivaldybėje 100 gyventojų buvo 16,0, Druskininkų savivaldybėje – 17,59, Kaišiadorių r. savivaldybėje – 26,63, Akmenės r. savivaldybėje – 28,09. Rodikliai skiriasi iki 40 proc.

Pirmajame restruktūrizavimo etape numatytas vidutinės gulėjimo trukmės (dienomis) rodiklis (8 dienos Lietuvos mastu) nepasiektas ir į trečiojo etapo įgyvendinimo vertinimo rodiklių sąrašą neįtrauktas (2006 m. vidutinė gulėjimo trukmė buvo 10 dienų, 2009 metais – 9,2 dienos). Nustatyti rodikliai: „vidutinė gulėjimo trukmė (terapija)“ ir „vidutinė gulėjimo trukmė (chirurgija)“ – 7 dienos. Chirurginio profilio grupėje 2005–2009 metais rodiklis sumažėjo – iki 5,3 dienos. Terapinio profilio grupėje jis mažėjo lėtai ir tik 2009 metais priartėjo prie 7,7 dienos.

Pirmajame restruktūrizavimo etape nustatytas lovos užimtumo rodiklis paskesniuose etapuose nevertintas, buvo nustatyta, kad minimali gulėjimo ligoninėje trukmė iki operacijos turi būti 3 dienos, tačiau HISIC duomenų suvestinėje šis rodiklis nenurodomas.

Įgyvendinant restruktūrizavimo etapus buvo keičiami kai kurie numatyti pasiekti sveikatos sektoriaus veiklos rodikliai (restruktūrizavimo vertinimo kriterijai), o kai kurie planuoti rodikliai nebuvo pasiekti. Nenuoseklūs vertinimo kriterijai sudaro prielaidas skirtingai interpretuoti ir vertinti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo rezultatus.

Dienos chirurgijos paslaugų apimtis. Viena prioritetinių Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos krypčių – stacionariųjų paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtra, kurią įgyvendinant gydymo įstaigos buvo skatinamos mažinti stacionariųjų paslaugų apimtį, intensyvinti gydymo procesą, keisti paslaugų struktūrą plėtojant dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas. Antrajame restruktūrizavimo etape buvo plėtojamoms dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugoms³⁴. Siekta, kad jų apimtys išaugtų ne mažiau negu 10 proc. Audito metu analizavome dienos chirurgijos ir bendrosios chirurgijos paslaugų pokyčius (žr. antrą priedą). Bendrosios chirurgijos stacionariųjų paslaugų 2009 m., palyginti su 2006 m., sumažėjo 42,2 proc. Dienos chirurgijos paslaugų apimtys 2009 m., palyginti su 2006 m., išaugo iki 68,76 proc.

Tokių paslaugų pokytį lėmė du veiksniai: išplėstas dienos chirurgijos sąrašas ir patikslintos paslaugų bazinės kainos³⁵. Pirma, sąrašas papildytas ne tik nesudėtingomis paslaugomis, bet ir sudėtingesnėmis, daugiau sąnaudų reikalaujančiomis operacijomis ir diagnostinėmis procedūromis (sąrašas išplėstas nuo 86 iki 139 pavadinimų). Antra, patvirtinta nauja asmens sveikatos priežiūros

³⁴ SAM pateikta Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo ataskaita.

³⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008-01-17 įsakymas Nr. V-45 „Dėl sveikatos apsaugos ministro 2003 m. birželio 24 d. įsakymo Nr. V-371 „Dėl dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų, sąrašo, bazinių kainų ir apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“.

paslaugų apmokėjimo tvarka³⁶: „kai gydant pacientą stacionare diagnozė ir taikyta operacija ar diagnostinė procedūra atitinka dienos chirurgijos sąrašo reikalavimus, paslauga apmokama dienos chirurgijos paslaugos bazine kaina“. Tokiu atveju stacionarinės chirurgijos paslaugos ir apskaitomos kaip dienos chirurgijos paslaugos.

Stacionariųjų paslaugų bendrojo pobūdžio ligoninėse apimtys pokyčiai. Stacionariųjų paslaugų apimtys (žr. antrą priedą) 2005–2006 m. mažėjo (3,4 proc.), o nuo 2007 m. pradėjo augti. 2009 metais šis rodiklis buvo 3,8 proc. didesnis negu po pirmojo restruktūrizavimo etapo. Restruktūrizavimo antrojo etapo įgyvendinimo ataskaitoje ir trečiojo etapo programoje nėra paaiškinimo, kodėl šis rodiklis kito priešinga linkme, negu planuota.

Bendros tendencijos pagal HISIC teikiamą informaciją buvo priešingos siekiamoms, t. y. stacionariųjų paslaugų bendras skaičius augo, bet tam tikrų paslaugų grupėse vyko ir siekiami pokyčiai – stacionariųjų paslaugų skaičius mažėjo. Ypač mažėjo antrinio lygio stacionariųjų bendrosios chirurgijos paslaugų: 2006–2009 m. 44 proc. Tretinio lygio bendros chirurgijos paslaugų skaičius 2006–2008 m. mažėjo 53 proc. (žr. antrą priedą). Mažėjo ir bendras stacionariųjų kardiologijos, abdominalinės chirurgijos, neurochirurgijos paslaugų skaičius. Minėtu laikotarpiu stacionariųjų neurologijos paslaugų apimtys išaugo 28 proc. (žr. antrą priedą).

Vienas iš sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo siekių – mažinti išlaidas stacionarinėms sveikatos priežiūros paslaugoms. Per analizuojamą laikotarpį PSDF biudžeto lėšų stacionarinėms paslaugoms dalis asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupėje mažėjo nuo 55,6 proc. 2007 m. iki 50,9 proc. 2009 m., nors PSDF biudžeto išlaidos stacionarinėms sveikatos priežiūros paslaugoms 2006–2008 m. dėl bazinės paslaugų kainos indeksavimo didėjo.³⁷ Išlaidos sumažėjo tik stacionarinėms bendrosios chirurgijos paslaugoms – daugiau stacionariųjų paslaugų buvo priskiriama dienos chirurgijos paslaugų grupei. Išsamesnė informacija pateikta antrame priede.

Planuoti sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo rodikliai pasiekti tik organizuojant dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas, kurių apimtys 2007–2009 m. išaugo 22,6 proc., lyginant su planuotu ne mažesniu negu 10 proc. augimu.

Nepavyko pasiekti planuoto stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus šalies mastu mažėjimo 3–5 proc.: 2007–2009 m. laikotarpiu stacionariųjų paslaugų apimtys išaugo 3,8 proc.

³⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-12-22 įsakymas Nr. V-1113 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.

³⁷ Vykdamas 2005-05-03 trišalį susitarimą dėl medikų darbo užmokesčio didinimo, kurį pasirašė Seimas, Sveikatos apsaugos ministerija ir profesinių medicinos darbuotojų sąjungos, 2004–2008 m. asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų darbo užmokesčio didinimui skirta 1,4 mlrd. litų. Darbo užmokesčio didinimas vykdytas etapais, skiriant papildomus asignavimus PSDF biudžetui, didinant išlaidas asmens sveikatos priežiūrai ir indeksuojant (didinant) bazines paslaugų kainas. Pavyzdžiui, 2008 m. V darbo užmokesčio didinimo etapo metu, asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų indeksavimui iš viso skirta 276 800 tūkst. litų.

Tam tikrose stacionariųjų paslaugų grupėse vyko ir siekiami pokyčiai – stacionariųjų paslaugų skaičius mažėjo: antrinio lygio stacionariųjų bendrosios chirurgijos paslaugų skaičius 2006–2009 m. sumažėjo 44 proc., tretinio lygio bendrosios chirurgijos paslaugų skaičius 2006–2008 m. sumažėjo 53 proc. Mažėjo ir bendras stacionariųjų kardiologijos, abdominalinės chirurgijos, neurochirurgijos paslaugų skaičius.

Hospitalizacijos rodiklis, kurį siekta sumažinti iki 18 atvejų šimtui savivaldybės gyventojų, audituojamu laikotarpiu nuosekliai augo ir 2009 m. siekė 22,04.

Kokybiniai stacionariųjų veiklos vertinimo kriterijai. Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijoje nurodyta, kad efektyviam sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių valdymui, jų įgyvendinimo vertinimui būtina numatyti gyventojų sveikatos būklės rodiklių ir įgyvendinimo proceso vertinimo rodiklių sistemą. Šioje strategijoje siūloma pradėti analizuoti ir kokybinius vertinimo rodiklius.³⁸ Be to, nustatyti asmens sveikatos priežiūros kokybės rodiklius pagal visas kokybės dimensijas, vykdyti kokybės užtikrinimo stebėseną Valstybės kontrolė rekomendavo SAM 2007 m., atlikusi valstybinį auditą „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“. Kokybės rodikliai į sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo dokumentus, kaip siekiamos geresnės paslaugų kokybės matas, neįtraukti.

Pavyzdys

Danija tinklalapyje www.sundhedskvalitet.dk skelbia duomenis apie ligoninių reitingus. Ligoninės reitinguojamos panašiai kaip viešbučiai nuo * iki ***** pagal teikiamų paslaugų lygį ir rezultatus, įskaitant mirties atvejus pagal tam tikras diagnozes. Vokietijoje paslaugų kokybės vertinimą atlieka valstybinė institucija Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGmbH, www.bqs-online.de Rezultatai skelbiami viešai. Labai išsami informacija apie stacionariųjų paslaugų kokybės vertinimą pateikta *The Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures*, kurį skelbia Joint Commission savo tinklalapyje www.jointcommission.org

Šalies mastu nėra asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo sistemos, todėl sveikatos priežiūros paslaugų organizatoriai neturi galimybės pagrįstai vertinti, ar numatyti sveikatos priežiūros reformos tikslai pasiekti – ar sveikatos priežiūrai skirti išteklių naudojami efektyviausiai.

³⁸ Vienas siūlomų kokybinių rodiklių: mirtingumo tyrimų dėl pasirinktų būklių, pvz.: apendicito, išvaržos, chirurginių žaizdų infekcijų dažnumo, diabeto komplikacijų skaičiaus, rezultatų vertinimas.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Išvados

1. Stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos audituojamu laikotarpiu nebuvo planuojamos, siektini rezultatai pagal stacionariųjų paslaugų profilius nenustatyti. (1 dalis, 9–14 psl.)
2. Nepasiekti stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų, išskyrus dienos stacionaro ir dienos chirurgijos, organizavimo planuoti rezultatai, nustatyti restruktūrizavimo pirmojo ir antrojo etapo dokumentuose. (3 dalis, 25, 26, 27 psl.)
3. Neužtikrintas rezultatyvus gydymo įstaigų infrastruktūrai plėtoti skirtų lėšų panaudojimas: šalies mastu nenuosekliai planuota stacionarinės sveikatos priežiūros plėtra, todėl lėšos infrastruktūrai plėtoti buvo siejamos su nustatytais investavimo kryptimis, o ne su ASPĮ veikla. (2 dalis, 16, 17, 21, 22 psl.)
4. Nesukurta asmens sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sistema, todėl stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas orientuotas tik į kiekybinius sveikatos priežiūros paslaugų pokyčius – stacionariųjų paslaugų mažinimą. (3 dalis, 27 psl.)

Rekomendacijos

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

1. Parengti ir patvirtinti stacionariųjų gydymo įstaigų išdėstymo ir paslaugų planavimo priemones.
2. Parengti ir patvirtinti:
 - 2.1. ASPĮ veiklos vertinimo metodiką, kurioje būtų nustatyti ne tik kiekybiniai, bet ir kokybiniai įstaigų veiklos vertinimo rodikliai;
 - 2.2. taikomų hospitalizacijos rodiklių skaičiavimo metodikas.
3. Siekiant efektyviai panaudoti ASPĮ infrastruktūrai skirtas lėšas:
 - 3.1. remiantis gera praktika inicijuoti valstybės kapitalo investicijoms skirtų valstybės lėšų planavimą reglamentuojančių teisės aktų pakeitimus, kurie leistų valstybės investicijų į sveikatos apsaugą paskirstymą susieti su sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatais ir valstybės politikos sveikatos priežiūros srityje nuostatų ir užduočių įgyvendinimu sveikatos priežiūros įstaigų ir savivaldybių lygiu;
 - 3.2. inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kurie padėtų užtikrinti, kad didelės vertės medicininės įrangos įsigijimas iš įvairių finansavimo šaltinių būtų koordinuojamas šalies mastu.

4. Apmokėjimą už brangius tyrimus ir procedūras, atliekamas stacionarinėse ASPĮ, įskaičiuoti į stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas.

1-ojo audito departamento direktorė

Vita Jurkevičienė

1-ojo audito departamento direktoriaus pavaduotoja

Raimonda Janonienė

Vyresnioji valstybinė auditorė

Rasa Baušienė

Valstybinio audito ataskaitos kopijos pateiktos:

Lietuvos Respublikos Seimo Audito komitetui,

Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetui.

PRIEDAI

Valstybinio audito ataskaitos
„Stacionarinių sveikatos priežiūros
paslaugų organizavimas“ 1 priedas

Stacionarines sveikatos paslaugas teikusios asmens sveikatos priežiūros įstaigos

Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurių steigėjas SAM:

- | | |
|--|---|
| 1. VšĮ Vilniaus univ.lig. Santariškių klinikos | 3. VšĮ Vilniaus universiteto vaikų ligoninė |
| 2. VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos | 4. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė |

Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurių steigėjas apskričių viršininkai:

- | | |
|---|---|
| 5. VšĮ Kauno apskrities ligoninė | 11. VšĮ Marijampolės ligoninė |
| 6. VšĮ Klaipėdos apskrities ligoninė | 12. VšĮ Tauragės apskrities ligoninė |
| 7. VšĮ Šiaulių apskrities ligoninė | 13. VšĮ Telšių apskrities ligoninė |
| 8. VšĮ Panevėžio apskrities ligoninė | 14. VšĮ Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė |
| 9. VšĮ Utenos apskrities ligoninė | 15. VšĮ Sapiegos ligoninė |
| 10. VšĮ Alytaus apskrities V. Kudirkos ligoninė | |

Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurių steigėjas savivaldybės:

- | | |
|---|------------------------------|
| 16. VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė | 40. VšĮ Molėtų ligoninė |
| 17. VšĮ Vilniaus greitosios pagalbos ligoninė | 41. VšĮ Gargždų ligoninė |
| 18. VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė | 42. VšĮ Kretingos ligoninė |
| 19. VšĮ Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė | 43. VšĮ Kėdainių ligoninė |
| 20. VšĮ Kauno Raudonojo Kryžiaus klinikinė ligoninė | 44. VšĮ Širvintų ligoninė |
| 21. VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė | 45. VšĮ Lazdijų ligoninė |
| 22. VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė | 46. VšĮ Trakų ligoninė |
| 23. VšĮ Šalčininkų rajono savivaldybės ligoninė | 47. VšĮ Joniškio ligoninė |
| 24. VšĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninė | 48. VšĮ Pakruojo ligoninė |
| 25. VšĮ Zarasų rajono savivaldybės ligoninė | 49. VšĮ Varėnos ligoninė |
| 26. VšĮ Ignalinos savivaldybės ligoninė | 50. VšĮ Šakių ligoninė |
| 27. VšĮ Plungės savivaldybės ligoninė | 51. VšĮ Radviliškio ligoninė |
| 28. VšĮ Naujosios Akmenės ligoninė | 52. VšĮ Šilutės ligoninė |
| 29. VšĮ Švenčionių rajono ligoninė | 53. VšĮ Ukmergės ligoninė |
| 30. VšĮ Raseinių ligoninė | 54. VšĮ Jonavos ligoninė |
| 31. VšĮ Visagino ligoninė | 55. VšĮ Kaišiadorių ligoninė |
| 32. VšĮ Šilalės ligoninė | 56. VšĮ Kuršėnų ligoninė |
| 33. VšĮ Mažeikių ligoninė | 57. VšĮ Elektrėnų ligoninė |
| 34. VšĮ Vilkaviškio ligoninė | 58. VšĮ Kupiškio ligoninė |
| 35. VšĮ Pasvalio ligoninė | 59. VšĮ Prienų ligoninė |
| 36. VšĮ Druskininkų ligoninė | 60. VšĮ Kazlų Rūdos ligoninė |
| 37. VšĮ Šilalės ligoninė | 61. VšĮ Kelmės ligoninė |
| 38. VšĮ Biržų ligoninė | 62. VšĮ Kalvarijos ligoninė |
| 39. VšĮ Jurbarko ligoninė | |

Kita:

63. Vilniaus universiteto Onkologijos institutas

Valstybinio audito ataskaitos
„Stacionarių sveikatos priežiūros
paslaugų organizavimas“ 2 priedas

Pasirinkto profilio stacionarinės paslaugos ir joms skirtos PSDF biudžeto lėšos (Lt)

Stacionaro paslaugų profilis	2006 m.			2007 m.			2008 m.			2009 m.		
	Paslaugų skaičius	Paslaugos vidutinė kaina (Lt)	Vidutinės lėšos (Lt)	Paslaugų skaičius	Paslaugos vidutinė kaina (Lt)	Vidutinės lėšos (Lt)	Paslaugų skaičius	Paslaugos vidutinė kaina (Lt)	Vidutinės lėšos (Lt)	Paslaugų skaičius	Paslaugos vidutinė kaina (Lt)	Vidutinės lėšos (Lt)
Terapijos profilio paslaugų grupė												
Kardiologijos paslaugos, iš jų:	28234		31696507	27182		33507618	26701		38140577	24922		34077474
antrinio lygio paslaugos	24189	1083		22200	1187		21247	1358		19567	1303	
tretinio lygio paslaugos	4045	1357		4982	1435		5454	1701		5355	1602	
Neurologijos paslaugos, iš jų:	45865		49313466	53455		62633897	54384		72091594	54003		68677225
antrinio lygio paslaugos	44023	1054		51236	1155		51885	1308		51489	1255	
tretinio lygio paslaugos	1842	1593		2219	1157		2499	1682		2514	1608	
Chirurginio profilio paslaugų grupė												
Bendrosios chirurginės paslaugos, iš jų:	39103		49670393	25415		39647272	22887		41115938	21814		36957637
antrinio lygio paslaugos	37374	1238		24131	1532		22068	1778		20854	1675	
tretinio lygio paslaugos	1729	1959		1284	2087		819	2291		960	2121	
Abdominalinės chirurgijos paslaugos, iš jų:	30892		58059565	28277		60060229	27321		68085911	26621		65568265
antrinio lygio paslaugos	27479	1592		24159	1749		22800	2050		21833	2013	
tretinio lygio paslaugos	3413	4198		4118	4325		4521	4722		4788	4515	
Neurochirurginės paslaugos, iš jų:	5851		16858958	5579		22472905	5498		24718122	5681		25373264
antrinio lygio paslaugos	2228	1592		2130	1935		2029	2155		1826	2070	
tretinio lygio paslaugos	3623	3674		3449	5321		3469	5865		3855	5601	
Dienos chirurgijos paslaugos	27791	782	21742561	56197	1007	56569784	76330	936	71414008	84440	868	73291803

Rekomendacijų įgyvendinimo planas

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
1.	Parengti ir patvirtinti stacionariųjų gydymo įstaigų išdėstymo ir paslaugų planavimo priemonės.	SAM, VLK	Siekiant tobulinti teikiamų stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų planavimą, parengti TLK ir ASPĮ sutartyse nustatomos sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos aprašą.	2012 m. II ketv.
2.	Parengti ir patvirtinti:			
2. 1.	ASPĮ veiklos vertinimo metodiką, kurioje būtų nustatyti ne tik kiekybiniai, bet ir kokybiniai įstaigų veiklos vertinimo rodikliai.	SAM	Parengti ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kiekybinius ir kokybinius vertinimo rodiklius.	2012 m. IV ketv.
2. 2.	taikomų hospitalizacijos rodiklių skaičiavimo metodikas.	SAM, VLK	Parengti taikomų hospitalizacijos rodiklių skaičiavimo metodiką	2011 m. IV ketv.
3.	Siekiant efektyviai panaudoti ASPĮ infrastruktūrai skirtas lėšas:			
3. 1.	remiantis gerąja praktika inicijuoti valstybės lėšų, skirtų valstybės kapitalo investicijoms, planavimą reglamentuojančių teisės aktų pakeitimus, kurie leistų valstybės investicijų į sveikatos apsaugą paskirstymą susieti su sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatais ir valstybės politikos sveikatos priežiūros srityje nuostatų ir užduočių įgyvendinimu sveikatos priežiūros įstaigų ir savivaldybių lygiu.	SAM	Parengti sveikatos srities investicijų projektų (programų) planavimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarkos aprašą.	2011 m. I ketv.
3. 2.	inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kurie padėtų užtikrinti, kad didelės vertės medicinos įrangos įsigijimas iš įvairių finansavimo šaltinių būtų koordinuojamas šalies mastu.	SAM	Parengti reikiamų teisės aktų pakeitimų projektus, numatant brangios medicinos įrangos įsigijimo iš įvairių finansavimo šaltinių koordinavimą šalies mastu.	2011 m. IV ketv.

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)
4.	Apmokėjimą už brangius tyrimus ir procedūras, atliekamas stacionarinėse ASPĮ, įskaičiuoti į stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas.	SAM, VLK	Įdiegiant DRG sistemą, įtraukti brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidas į stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas.	2012 m. II ketv.
Rekomendacijų įgyvendinimo planą Sveikatos apsaugos ministerija pateikė 2010-08-10 raštu Nr. 10-(10.6-221)-5134.				