



AUKŠČIAUSIOJI
AUDITO INSTITUCIJA
NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽĪSTAMI

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖ: SAUGUMAS IR VEIKSMINGUMAS

2018 m. rugsėjo 28 d.

Nr. VA-2018-P-9-3-9



Valstybės kontrolės – aukščiausiosios valstybinio audito institucijos – pagrindinė funkcija – prižiūrėti, ar teisėtai ir efektyviai valdomi ir naudojami valstybės finansai ir kitas turtas bei kaip vykdomas valstybės biudžetas. Aukščiausioji audito institucija, teikdama audito pastebėjimus ir rekomendacijas, siekia didinti viešojo sektoriaus efektyvumą ir jo kuriamą naudą visuomenei, o savo darbui keldama aukščiausius kokybės reikalavimus – būti pavyzdžiu visam viešajam sektoriui.

Auditą atliko: R. Obcarskienė (grupės vadovė), J. Juzonienė, I. Norušaitienė, R. Marcikonytė, V. Žukas, G. Voitkevičienė.

Valstybinio audito ataskaita pateikta: Lietuvos Respublikos Prezidentūrai, Lietuvos Respublikos Seimo Audito komitetui, Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetui, Lietuvos Respublikos Vyriausybei, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai, Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

TURINYS

PAGRINDINIAI FAKTAI	4
SANTRAUKA	5
ĮŽANGA	10
AUDITO REZULTATAI	13
1. TIK PENKTADALIS LIGŲ IR BŪKLIŲ GYDOMA PAGAL ŠALIES MASTU STANDARTIZUOTUS METODUS	13
2. LICENCIJŲ SĄLYGŲ LAIKYMO SI PRIEŽIŪRA FORMALI	17
2.1. Specialistų licencijų sąlygų laikymosi priežiūra nesiejama su jų kompetencijos patvirtinimu	17
2.2. Kvalifikacijos tobulinimas nesiejamas su turima specialistų kompetencija ir šalies poreikiais	21
3. NEPAGEIDAUJAMŲ ĮVYKIŲ VALDYMAS NEIŠNAUDOJAMAS PACIENTŲ SAUGAI GERINTI	24
3.1. Neskatinama registruoti nepageidaujamus įvykius	25
3.2. Nepageidaujamų įvykių valdymo procesas šalyje tobulintinas	31
4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VEIKSMINGUMAS NESTEBIMAS IR NEVERTINAMAS	32
4.1. Trūksta rodiklių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pamatuoti	32
4.2. Gydomo įstaigų veiklos priežiūra valstybės mastu apsiriboja atitikties teisės aktams vertinimu	35
4.3. Tobulintinas medicininio audito organizavimas gydymo įstaigose	37
REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS	39
PRIEDAI	44
1 priedas. Santrumpos ir sąvokos	44
2 priedas. Audito apimtis ir metodai	47
3 priedas. Teisės aktai, reglamentuojantys nepageidaujamų įvykių registravimą	51
4 priedas. Pacientų skundų dėl pažeistų jų teisių / žalos jų sveikatai nagrinėjimo seka	53
5 priedas. Nepageidaujamų įvykių registravimas ir duomenų perdavimas atsakingoms institucijoms	54
6 priedas. Lietuvos ir EBPO skelbiamų kai kurių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių palyginimas, 2015 m.	55

PAGRINDINIAI FAKTAI

43

– tiek gydytojų rūpinosi 10 tūkst. gyventojų sveikata Lietuvoje, o ES – 36 gydytojai.

8,6

– tiek kartų vienas gyventojas per metus apsilanko gydymo įstaigose Lietuvoje, o ES – 6,5 karto.

431

– tiek mirčių 100 tūkst. gyventojų galima buvo išvengti sveikatos priežiūros priemonėmis Lietuvoje, o ES – 204 atvejai.

1/5

– tiek ligų ir būklių gydoma pagal nustatytus diagnostikos ir gydymo standartus šalies mastu.

5 proc.

– tiek biudžeto lėšų sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijai tobulinti skirta pagal valstybės prioritetus.

54 proc.

– tiek gydymo įstaigų nėra nusimačiusios registruoti kitus nei privalomus nepageidaujamus įvykius.

1/3

– tiek gydymo įstaigų yra nustačiusios papildomus paslaugų kokybės rodiklius.

SANTRAUKA

Audito svarba

Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje¹ įvardytas siekis gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą, pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir pailgėtų jų gyvenimo trukmė, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai tarp regionų.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė – tai saugios, veiksmingos, prieinamos, į pacientą orientuotos paslaugos. Saugios – tai pacientams žalos nesukeliančios paslaugos, veiksmingos – duodančios tikėtiną geriausią gydymo rezultatą, prieinamos – teikiamos laiku, geografiškai pagrįstu atstumu ir ten, kur yra pakankamai įgūdžių ir išteklių, orientuotos į pacientą – teikiamos atsižvelgiant ir į individualius lūkesčius ir prioritetus, ir į bendruomenės kultūrą.

Pagrindiniai subjektai, užtikrinantys sveikatos paslaugų kokybę, yra Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Valstybinė ligonių kasa ir apie 1,2 tūkst. gydymo įstaigų. Asmens sveikatos priežiūra 2017 m. finansuota PSDF (1,55 mlrd. Eur) ir asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos lėšomis (19 mln. Eur).

Šalies gyventojų sveikatos rodikliai palyginti su ES šalimis nėra geri: Lietuvos piliečiai gyvena šešeriais metais trumpiau už vidutinį statistinį europietį, mirčių, kurių galima buvo išvengti po kreipimosi į gydymo įstaigą, skaičius Lietuvoje du kartus viršija ES vidurkį (Lietuvoje 431 atvejų 100 tūkst. gyventojų, ES – 204), bet turime daugiau gydytojų (1 tūkst. gyventojų Lietuvoje 4,3, o ES vidurkis – 3,6) ir gyventojai dažniau lankosi gydymo įstaigose (Lietuvoje 1 gyventojas vidutiniškai 8,6 karto per metus, ES vidurkis – 6,5 karto).

Vartotojų tyrimas² parodė, kad Lietuvos gyventojai nepatenkinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Lietuva iš 34 Europos vertintų valstybių yra 31.

EBPO pažymi, kad Lietuvoje daugiau turi būti daroma gerinant gyventojų sveikatą ir mažinant sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės netolygumus, gyventojams turi būti prieinamos kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos³.

Siekdama įvertinti, ar formuojama ir įgyvendinama sveikatos priežiūros politika padeda užtikrinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, aukščiausioji audito institucija atliko sisteminį asmens sveikatos priežiūros kokybės auditą: vertino, kaip užtikrinamas paslaugų saugumas, veiksmingumas, prieinamumas ir orientacija į pacientą.

Šioje audito ataskaitoje pateikiame asmens sveikatos priežiūros paslaugų saugumo ir veiksmingumo vertinimo rezultatus, o paslaugų prieinamumo ir orientacijos į pacientą audito rezultatai bus pateikti 2018 m. II pusmetį.

¹ Patvirtinta Seimo 2014-06-26 nutarimu Nr. XII-964, 95 d. Bendras strategijos tikslas pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai.

² *EuroHealth Consumer Index 2017*, prieiga per internetą: <https://healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2017>.

³ EBPO rekomendacijos Lietuvai, 2017.

Audito tikslas ir apimtis

Audito tikslas – įvertinti, ar užtikrinama, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų saugios ir veiksmingos.

Pagrindiniai audito klausimai:

- ar asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pakankamai standartizuotas užtikrinant, kad paslaugos būtų teikiamos vadovaujantis efektyviais gydymo metodais ir procedūromis;
- ar užtikrinama, kad sveikatos priežiūros paslaugas teiktų kvalifikuoti specialistai;
- ar tinkamai nustatyti ir valdomi procesai, kad veiksniai, didinantys riziką pakenkti paciento sveikatai, būtų maksimaliai suvaldyti;
- ar asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė šalyje stebima ir vertinama.

Audituojami subjektai:

Sveikatos apsaugos ministerija, kuri nustato sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) reikalavimus, organizuoja asmens sveikatos priežiūros licencijavimą, specialistų poreikio planavimą ir kvalifikacijos tobulinimą.

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, kuri licencijuoja asmenis sveikatos priežiūros veiklai; atlieka asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valstybinę priežiūrą; prižiūri, kaip fiziniai ir juridiniai asmenys laikosi standartų ir kitų norminių dokumentų reikalavimų sveikatos priežiūros kokybės klausimais.

Valstybinė ligonių kasa, kuri atlieka asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekio ir kokybės kontrolę.

Duomenis ir informaciją rinkome iš: gydymo įstaigų (apklausėme 671 įstaigą, gavome atsakymus iš 262 valstybės ir savivaldybių bei privačių asmenų įsteigtų gydymo įstaigų, bendravome su 47 įstaigų atstovais); sveikatos priežiūros specialistų profesinių organizacijų (draugijų, asociacijų), pacientų organizacijų, mokslo įstaigų, vykdėme savivaldybių apklausą. Duomenis teikė Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras, Higienos institutas, Radiacinės saugos centras.

Aukščiausiosios audito institucijos užsakymu, visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centras „Vilmorus“ atliko respondentų apklausą, vykdydamas Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimą.

Be to, analizavome Pasaulio sveikatos organizacijos, Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Europos Komisijos rekomendacijas, ataskaitas, kitų šalių skelbiamas tyrimus ir kitas publikacijas sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo klausimais.

Audituojamas laikotarpis – 2014–2016 m., o 2017 ir 2018 m. duomenis nagrinėjome tiek, kiek jie susiję su vykusiais pokyčiais.

Atlikdami auditą nevertinome odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų, nes didžioji dalis šias paslaugas teikiančių įstaigų (1 231 iš 1 233⁴) yra įsteigtos privačių juridinių asmenų, jų licencijavimą, paslaugų kokybės priežiūrą vykdo Lietuvos odontologų rūmai.

Auditas atliktas pagal Valstybinio audito reikalavimus ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus. Audito apimtis ir taikyti metodai išsamiau aprašyti 2 priede „Audito apimtis ir metodai“ (47 psl.).

Pagrindiniai audito rezultatai

Sveikatos apsaugos ministerija, formuodama ir įgyvendindama sveikatos politiką, numato ir vykdo priemones asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti, bet dar nesudarytos prielaidos, kad būtų užtikrintas jų saugumas ir veiksmingumas. Tai lemia šie trūkumai:

1. Tik penktadalis ligų ir būklių gydoma pagal standartizuotus metodus

Šalies mastu parengti diagnostikos ir gydymo standartai (metodikos) apima tik penktadalį ligų ir sveikatos būklių, todėl neužtikrinama vienodai gera paslaugų kokybė visose įstaigose, o 53 proc. gydymo įstaigų nerengė privalomų pačioms rengti diagnostiką ir gydymą standartizuojančių dokumentų (protokolų). Gydytojų profesinių draugijų įsitraukimas nėra nuoseklus ir rezultatyvus (1 skyrius, 13–17 psl.).

2. Nesudarytos sąlygos, kad licencijų patvirtinimas užtikrintų specialistų kompetencijų palaikymą ir kvalifikacijos tobulinimą

Patvirtinant specialistų licencijų galiojimą, neįsitikinama jų profesinės veiklos ir kvalifikacijos tobulinimo atitiktimi medicinos normose nustatytoms kompetencijoms.

Medicinos normos periodiškai neperžiūrimos ir neatnaujinamos. Per pastaruosius 5 metus ministerija neperžiūrėjo 51 proc. galiojančių gydytojų medicinos normų, be to, nėra parengusi ir patvirtinusi trijų gydytojų specialybių medicinos normų.

Gydymo įstaigos nevertina specialistų kompetencijų (262 teikusios duomenis), tad specialistai kompetencijas tobulina, objektyviai neįvertinus ir nenustačius tobulintinių profesinės veiklos sričių. Sveikatos apsaugos ministerija valstybės biudžeto lėšas (2017 m. – 45,4 tūkst. Eur) specialistų kvalifikacijai tobulinti skiria neįvertinus svarbiausių šalies poreikių, susijusių su demografinėmis ir sergamumo tendencijomis (išskyrus iki 5 proc. kvalifikacijai tobulinti pagal tris programas skirtų lėšų). Neaiški ministerijos, steigėjo, gydymo įstaigos atsakomybė už specialistų kvalifikacijos tobulinimo finansavimą (2 skyrius, 17–24 psl.).

3. Neturint duomenų apie nepageidaujamus įvykius, sunku imtis prevencinių veiksmų, didinančių pacientų saugą

Lietuvoje privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių (nepageidaujamų rezultatų pacientui) sąrašas per siauras (6 grupės) ir tik 13 (iš 28 vertintų) gydymo įstaigų nusistatė papildomai registruoti nesąrašinius įvykius. Taigi, gydymo įstaigos vengia juos registruoti. Pacientų skundai nevertinami kaip informacijos apie nepageidaujamus įvykius šaltinis. Pacientų apklausos duomenys parodė, kad jie nelinkę skųstis dėl padarytos žalos (30 proc.

⁴ Gydymo įstaigos, kurios yra atskiri juridiniai vienetai, žr. Higienos institutas, *Lietuvos sveikatos statistika*, 2016, 49 psl.

respondentų nesikreiptų į institucijas patyrę žalą; kreipėsi tik 7 proc. iš 20 proc., nurodžiusių, kad patyrė žalą). Skundai ir nepageidaujami įvykiai šalies mastu neanalizuojami ir nesiimama prevencinių priemonių (3 skyrius, 24–32 psl.).

4. Nevertinamas sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas – nežinoma, ar pacientas gavo geriausią gydymo rezultatą

Trūksta rodiklių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei matuoti. Paslaugų apmokėjimas nesiejamas su jų kokybe, todėl gydymo įstaigos neturi finansinių paskatų šią kokybę gerinti.

Nesant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės matavimo rodiklių, nenustatytas sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumo (kokį poveikį paslauga turėjo pacientui) vertinimas. Apsiribojama paslaugų vertinimu tik pagal nustatytas teisės aktuose sąlygas paslaugoms teikti (pavyzdžiui: licencijos, medicininės įrangos turėjimas).

Nėra institucijos, kuri metodiškai vadovautų vidaus medicininio audito veiklai, nėra nustatyta, kokiomis metodikomis, standartais turi vadovautis auditoriai (4 skyrius, 32–38 psl.).

Rekomendacijos

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Siekiant užtikrinti nuolatinį specialistų tobulėjimą ir pagalbą jiems teikiant saugias ir veiksmingas paslaugas:
 - 1.1. tobulinti diagnostikos ir gydymo metodikų rengimą ir atnaujinimą, kad šalyje būtų parengtos trūkstamos ir atnaujinamos diagnostikos ir gydymo metodikos (1-asis pagrindinis audito rezultatas);
 - 1.2. nustatyti ir pagal klinikinės praktikos raidą atnaujinti visų medicinos praktikos kvalifikacijos rūšių specialistų medicinos normas (2-asis pagrindinis audito rezultatas);
 - 1.3. peržiūrėti ir pakeisti specialistų kvalifikacijos tobulinimo sistemą, kad ji būtų paremta kompetencijų vertinimu ir užtikrintų, kad specialistai tobulintų savo profesinę kvalifikaciją pagal jų medicinos normose nustatytas kompetencijas ir tam būtų sukurtos bei pritaikytos specialistų tobulinimo programos, kad būtų vertinama, atliekant licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi priežiūrą (2-asis pagrindinis audito rezultatas);
 - 1.4. nustatyti aiškų kvalifikacijos tobulinimo finansavimo mechanizmą, kad teisės aktuose būtų numatyti lėšų šaltiniai ir atsakomybės, įvertinus finansavimo valstybės biudžeto lėšomis tikslingumą (2-asis pagrindinis audito rezultatas).
2. Siekiant didinti pacientų saugą ir mažinti diagnostikos ir gydymo komplikacijas, nepageidaujamas pasekmes pacientų sveikatai:
 - 2.1. išplėsti šalyje privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašus ir šių įvykių identifikavimo šaltinius (3-asis pagrindinis audito rezultatas);

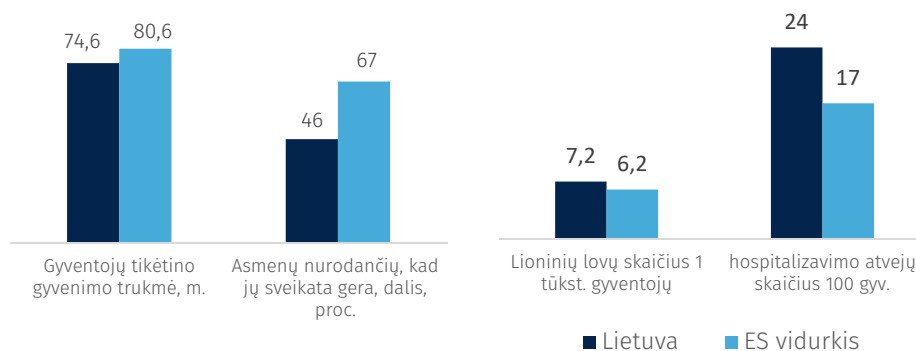
- 2.2. periodiškai atlikti surinktų duomenų apie nepageidaujamus įvykius analizę, kad būtų galima nustatyti prevencines priemones (3-asis pagrindinis audito rezultatas);
- 2.3. nustatyti ir taikyti priemones, skatinančias gydymo įstaigas nuolat tobulinti nepageidaujamų įvykių valdymą (3-asis pagrindinis audito rezultatas).
3. Siekiant užtikrinti pacientų teisės į kokybišką sveikatos priežiūrą ir teisės rinktis gydymo įstaigą remiantis patikima informacija įgyvendinimą:
 - 3.1. nustatyti paslaugų veiksmingumą matuojančių rodiklių sistemą, kurios pagrindu gydymo įstaigų paslaugų kokybė būtų vertinama, palyginama ir viešinama regionuose ir šalyje (4-asis pagrindinis audito rezultatas);
 - 3.2. sukurti išorinio gydymo įstaigų veiklos ir paslaugų veiksmingumo vertinimo mechanizmą (pavyzdžiui, plečiant įstaigų akreditaciją) (4-asis pagrindinis audito rezultatas);
 - 3.3. plėsti paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų susiejimą su teikiamų paslaugų kokybe (4-asis pagrindinis audito rezultatas);
 - 3.4. paskirti instituciją, kuri metodiškai vadovautų gydymo įstaigų vidaus medicininio audito tarnyboms ir parengtų medicininį auditą reglamentuojančius dokumentus (4-asis pagrindinis audito rezultatas).
4. Vykdyti priemones, kurios skatintų aktyvesnį specialistų draugijų dalyvavimą ir stiprintų specialistų vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje (1-asis pagrindinis audito rezultatas).

Rekomendacijų įgyvendinimo priemonės ir terminai pateikti ataskaitos dalyje „Rekomendacijų įgyvendinimo planas“ (39 psl.).

JŪŽANGA

Lietuvos gyventojų sveikatos būklė per pastaruosius 10 metų pagerėjo ir tikėtina gyvenimo trukmė pailgėjo 7 metais (2010 m. buvo 73,3 m., 2015 m. – 80,6 m.), bet vis dar atsilieka nuo ES šalių rodiklio vidurkio. Lietuvoje yra vienas didžiausių ES ligoninių lovų skaičius ir ligoninėse šalies gyventojai gydomi dažniau nei kitose ES valstybėse (1 pav.), o sveikatos priežiūros išlaidos (1 406 Eur) vienam gyventojui Lietuvoje yra du kartus mažesnės nei ES vidurkis (2 797 Eur)⁵.

1 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros rodiklių palyginimas su ES valstybių vidurkiu, 2015 m.



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal EBPO duomenis

Tinkamai suteikus ambulatorinę pagalbą, būtų galima išvengti 20 proc. aktyvaus gydymo ligoninėje atvejų (ES vidurkis – 8 proc.)⁶, o sutaupytas lėšas skirti kokybei gerinti.

Lietuvoje įgyvendinami sveikatos priežiūros struktūriniai pokyčiai⁷, bet EBPO pažymi, kad šios priežiūros išlaidų efektyvumas ir teikiamų paslaugų kokybės didinimas turi būti spartesni⁸.

Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų apibrėžimas⁹

Prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias 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.

Pagrindinės kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų dimensijos yra prieinamumas, sauga ir veiksmingumas bei priimtinumas / orientacija į pacientą (2pav.).

⁵ *State of Health in the EU, Lietuva. Šalies sveikatos profilis 2017, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, Akcentai:1.*

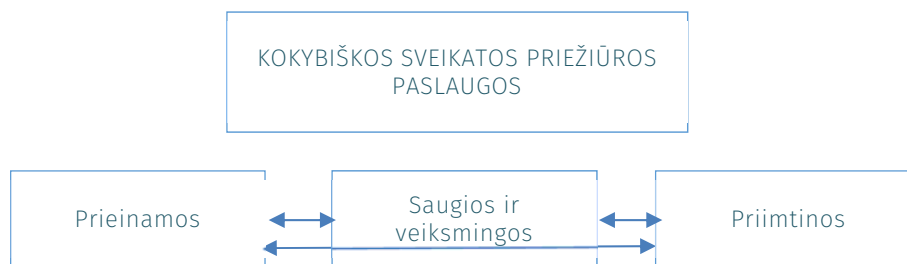
⁶ Higienos institutas, *Visuomenės sveikatos netolygumai*, 2017 m., Nr. 2 (21), 7 psl.

⁷ Vyriausybės 2015-12-09 nutarimas Nr. 1290 „Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“.

⁸ *OECD reviews of health systems: Lithuania 2018*, 10 psl.

⁹ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2 str. 8 d.

2 pav. Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų sandara



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą

Septynioliktosios Vyriausybės programoje pažymima, kad ne fizinis gydymo įstaigos artumas, o tik veiksminga medicinos pagalba lemia sveikatos apsaugos sistemos kokybę¹⁰. Gyventojų sveikatos geresniems rezultatams svarbus ne tik paslaugų prieinamumas, bet ir kitos sveikatos priežiūros kokybės dimensijos: kad teikiamos paslaugos būtų saugios ir veiksmingos.

Saugių ir veiksmingų sveikatos priežiūros paslaugų apibrėžimas ir užtikrinimo sąlygos

Saugios paslaugos	pacientams žalos nesukeliančios paslaugos
Veiksmingos paslaugos	duodančios geriausią tikėtą gydymo / sveikatos rezultatą
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Esminės saugių ir veiksmingų paslaugų užtikrinimo sąlygos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● teikiamos kvalifikuotų sveikatos priežiūros specialistų; ● teikiamos pagal standartizuotus diagnostikos ir gydymo metodus; ● teikiamos siekiant išvengti nepageidaujamų įvykių; ● paslaugų teikimo rezultatai stebimi ir vertinami. </div>

Asmens sveikatos priežiūros sistemos pagrindiniai proceso dalyviai yra:

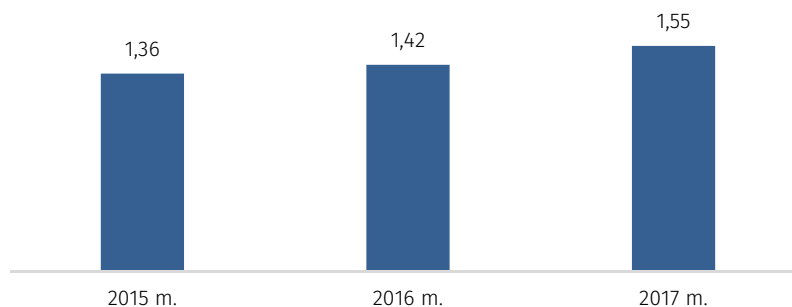
- Sveikatos apsaugos ministerija, atsakinga už sveikatos apsaugos politikos formavimą, nustatanti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) reikalavimus, organizuoja asmens sveikatos priežiūros licencijavimą, specialistų poreikio planavimą ir kvalifikacijos tobulinimą;
- Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, atsakinga už įstaigų ir specialistų licencijavimą, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo planinę ir neplaninę valstybinę priežiūrą;
- Valstybinė ligonių kasa, atsakinga už asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekio ir kokybės kontrolę;
- 60 savivaldybių, atsakingų už pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą;
- apie 1 200 asmens sveikatos priežiūros įstaigų, atsakingų už kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą;

¹⁰ Patvirtinta Seimo 2016-12-13 nutarimu Nr. XIII-82, 32 d.

- 43 sveikatos priežiūros specialistų profesinės draugijos ir organizacijos, atstovaujančios specialistų ir gydymo įstaigų interesams;
- 92 pacientų organizacijos, atstovaujančios pacientų interesams.

Sveikatos priežiūros organizavimo tvarką ir paslaugų mastą nustato Sveikatos apsaugos ministerija ¹¹. Sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje iš esmės finansuojama per privalomąjį sveikatos draudimą, apimantį visus šalies gyventojus. Audituojamu laikotarpiu PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūrai didėjo (3 pav.).

3 pav. PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūrai 2015–2017 m., mlrd. Eur



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos duomenis

Sveikatos apsaugos ministerija asmens sveikatos priežiūros paslaugų politiką formuoja ir įgyvendina per asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programą, kuriai kasmet skiriama apie 19 mln. Eur valstybės biudžeto lėšų.

¹¹ Sveikatos sistemos įstatymas, 12 str. 9 d.

AUDITO REZULTATAI

1. TIK PENKTADALIS LIGŲ IR BŪKLIŲ GYDOMA PAGAL ŠALIES MASTU STANDARTIZUOTUS METODUS

1. Siekiant užtikrinti saugias ir veiksmingas sveikatos priežiūros paslaugas ligų diagnostikos ir gydymo procesai yra maksimaliai standartizuojami¹². Ligų diagnostikos ir gydymo standartai: diagnostikos ir gydymo metodikos, tvarkų aprašai ir kt., yra nuolat vystomos klinikinės gairės, padedančios sveikatos priežiūros specialistams ir pacientams parinkti ir taikyti specifinėmis klinikinėmis aplinkybėmis tinkamą gydymą. Ligų diagnostikos ir gydymo standartus turi dauguma Europos ekonominės erdvės valstybių (Austrija, Belgija, Bulgarija, Čekija, Estija, Lenkija, Norvegija, Vengrija ir kitos)¹³.
2. Laikėmės nuomonės, kad sudarytos prielaidos sveikatos priežiūros paslaugas teikti taikant saugius ir veiksmingus gydymo metodus, kai šalies mastu yra parengti ligų diagnostiką ir gydymą standartizuojantys dokumentai¹⁴.

Trūksta šalies mastu parengtų diagnostikos ir gydymo standartizavimo dokumentų

3. Ligų diagnostikos ir gydymo standartizavimas įtvirtintas teisės aktuose: reglamentuota, kad sveikatos priežiūros įstaigų veiklą nustato sveikatos priežiūros metodikos, patvirtintos sveikatos apsaugos ministro įsakymais¹⁵. Įstaiga, diagnozuodama ir gydymą ligas, vadovaujasi sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka parengtomis diagnostikos ir gydymo metodikomis¹⁶, o, nesant jų, pasirengia rizikingiausių pacientų saugai toje įstaigoje taikomus diagnostikos ir gydymo ar slaugos protokolus¹⁷. Šiuo metu Lietuvoje gydymo įstaigose taikomi skirtingo lygmens institucijų parengti diagnostiką ir gydymą standartizuojantys dokumentai (standartai) (4 pav.).

¹² World Health Organization, *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*, 2006, 14 psl.

¹³ Helena Legido-Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos, *Assuring the quality of health care in the European Union*, 2008, 35 psl.

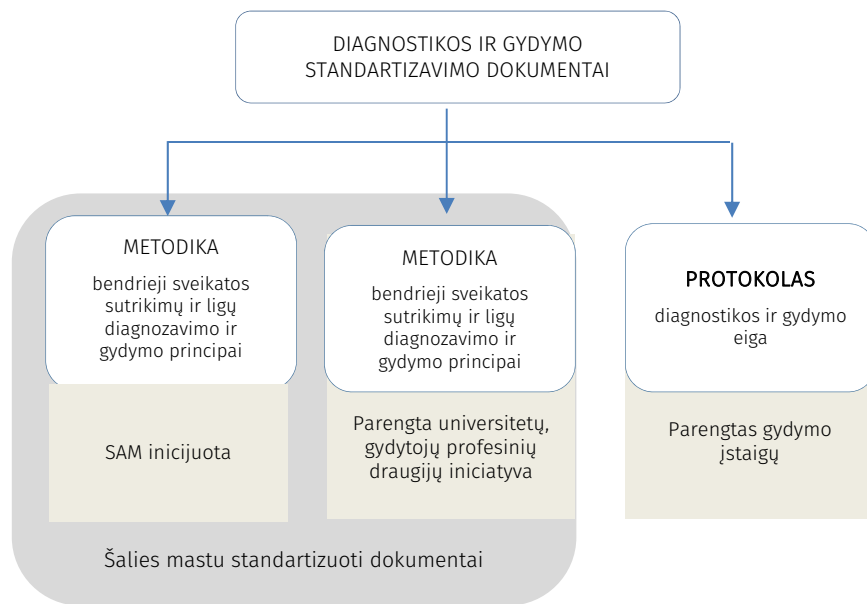
¹⁴ World Health Organization, *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*, 2006, 14 psl.; Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 9 str. 1 d. 3 ir 5 p.

¹⁵ Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 9 str. 1 d. 5 p.

¹⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2008-04-29 įsakymu Nr. V-338 patvirtintas Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašas, 10 p.

¹⁷ Ten pat, 2016-05-30 redakcija Nr. V-680, 11 p.

4 pav. Diagnostikos ir gydymo standartizavimo dokumentų ir rengėjų schema



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Sveikatos apsaugos ministerijos duomenis

4. Metodikų ir protokolų paskirtis – standartizuoti gydymo procesą, kad pacientas respublikos, regiono ar rajono lygmens gydymo įstaigoje būtų gydomas vienodai saugiai ir veiksmingai.
5. 85 proc. gydymo įstaigų (196 iš 262) teigiamai vertina gydytojų profesinių draugijų parengtas ir ministerijos rekomenduojamas taikyti metodikas; 96 proc. gydymo įstaigų (251 iš 262) nurodo jas taikančios. Mūsų skaičiavimu¹⁸ parengti tik penktadalio ligų ir sveikatos būklių diagnostikos ir gydymo standartizavimo dokumentai.

Sveikatos apsaugos ministerijos nuomonė dėl šalies mastu parengtų ir rekomenduotų taikyti ligų diagnostikos ir gydymo metodikų kiekio

Minėtas 1/5 ligų lemia 85 proc. mirčių atvejų. Atsižvelgiant į minėtų būklių svarbą ir įtaką mirtingumui bei esant ribotiems valstybės ištekliams (žmogiškiesiems, finansiniams, laiko ir kt.) standartizuoti 85 proc. mirčių lemiančias ligas yra pakankamai geras rezultatas ir netikslinga esant ribotiems ištekliams standartizuoti nereikšmingas mirtingumui ligas. Tokių ligų protokolus, priklausomai nuo gydymo įstaigos teikiamų paslaugų struktūros, gali parengti gydytojų profesinės draugijos ar pačios įstaigos, kaip nustatyta teisės aktuose.

6. Nesant parengtų ir patvirtintų diagnostikos ir gydymo metodikų, gydymo įstaigos turi pačios rengti taikomų rizikingiausių pacientų saugai tose įstaigose atliekamų tyrimų, diagnostikos ir gydymo metodų protokolus¹⁹. Nustatėme, kad 53 proc. gydymo įstaigų (139 iš 262 apklaustų) protokolų neturi, o tų protokolų, kuriuos gydymo įstaigos pasirengė, kokybės niekas nevertina. Gydytojų profesinės draugijos (23 iš 27) pažymėjo, kad rajonų gydymo įstaigos nėra pajėgios pasirengti tinkamus ir kokybiškus diagnostikos ir gydymo protokolus.

¹⁸ Lyginta pagal tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos TLK-10-AM sisteminį ligų sąrašą, neįtraukėme Lietuvoje retai pasitaikančių ligų, taip pat simptomų, būklių, priežasčių, žymimų kodais R-Z.

¹⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2008-04-29 įsakymu Nr. V-338 patvirtintas Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašas, 11 p.

7. Ir gydymo įstaigų, ir gydytojų profesinių draugijų nuomone, diagnostikos ir gydymo metodikos yra svarbios užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir pacientų saugą.

Gydymo įstaigų ir gydytojų draugijų nuomonės dėl diagnostikos ir gydymo metodikų rengimo svarbos

Reikėtų siekti vieningų protokolų ir metodikų visai šaliai. Skirtingų gydymo įstaigų parengtos metodikos neužtikrina tapačios ir aukštos kokybės sveikatos priežiūros.

Diagnostikos ir gydymo protokolų rengimas ir tvirtinimas turi būti vykdomas ir koordinuojamas ministerijos, o ne deleguotas kiekvienai sveikatos priežiūros įstaigai.

Metodikų rengimo ir atnaujinimo procesas turi vykti nuolatos, tai svarbu pacientų saugos ir paslaugų kokybės prasme.

Diagnostikos ir gydymo metodikų parengimas leistų standartizuoti paciento tyrimo ir gydymo procesus. Tai sumažintų laiko sąnaudas tai daryti atskirai kiekvienoje ligoninėje.

8. Šalies mastu diagnostikos ir gydymo metodikos turėtų būti parengtos aktualiausioms ligoms, atsižvelgiant ne tik į mirtingumo nuo tų ligų rodiklius, bet ir į socialinius ekonominius ligų padarinius (įtaką gyvenimo kokybei, darbingumui, neįgalumui, išlaidas lėtinių ligų gydymui ir kt.). Metodikos turėtų būti rengiamos ir atnaujinamos nuolat.

Gydytojų profesinių draugijų ir universitetų įsitraukimas rengiant metodikas nenuoseklus

9. ES valstybėse taikoma įvairi ligų diagnostikos ir gydymo standartų rengimo praktika: yra atskira institucija ar organizacija, rengianti ar adaptuojanti metodikas (Čekija), standartus rengia gydytojų asociacijos ar draugijos (Suomija, Ispanija) arba gydytojų savivaldos organizacijos (Vokietija), akademinės įstaigos ar jų padaliniai (Olandija, Anglija ir Velsas). Taigi daugelyje šalių gydymo standartus rengti priskirta specialistų organizacijoms.
10. Lietuvos gydytojų profesinių draugijų (17 iš 23) nuomone, už ligų diagnostikos ir gydymo metodikų, protokolų rengimą ir peržiūrą turėtų būti atsakingos sveikatos priežiūros specialistų organizacijos, universitetų klinikos ir Sveikatos apsaugos ministerija.
11. Esantis ministerijos, gydytojų profesinių draugijų ir universitetų įsitraukimas nėra nuoseklus ir rezultatyvus:
- Du trečdaliai draugijų (15 iš 23) 2014–2017 m. laikotarpiu nedalyvavo Sveikatos apsaugos ministerijos ar kitų organizacijų inicijuotų diagnostikos ir gydymo metodikų ar protokolų rengimo procese (Lietuvos neurologų draugija, Lietuvos Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos draugija, Lietuvos hematologų draugija ir kitos).
 - Tik trečdalis gydytojų profesinių draugijų (7 iš 23 teikusių informaciją) 2014–2017 m. parengtos ligų diagnostikos ir gydymo metodikos ar kiti dokumentai paskelbti ministerijos interneto svetainėje, nors ministerija yra įsipareigojusi skelbti atitinkamą informaciją²⁰. Draugijos nurodė nežinančios, kad gali teikti ligų diagnostikos ir gydymo metodikas skelbti ministerijos interneto svetainėje. Trūksta informacijos, kur ir kokias draugijų parengtas diagnostikos ir gydymo metodikas ar rekomendacijas gauti.
12. Sveikatos apsaugos ministerija, gydytojų draugijos, Lietuvos medikų sąjūdžio atstovai pažymėjo komunikavimo stoką lemiančius veiksniai (1 lentelė).

²⁰ Valstybinio audito ataskaita „Aprūpinimas vaistais ligoninėse“, 2012-02-28 Nr. VA-P-10-10-3.

1 lentelė. Komunikacijos tarp Sveikatos apsaugos ministerijos ir sveikatos priežiūros specialistų organizacijų trikdžiai

Gydytojų profesinės draugijos	Lietuvos medikų sąjūdis	Sveikatos apsaugos ministerija
Kokybiško diagnostikos ir gydymo protokolo paruošimas yra sudėtingas ir labai kvalifikuotas darbas, užimantis daug laiko. Metodikų ruošimas dažniausiai nėra finansuojamas, o specialistai šį darbą dirba altruistiniais pagrindais. Dėl to naujos metodikos ar rekomendacijos atsiranda vangiai, dažnai nepatenkina esančio poreikio.	Dalyvavimas darbo grupėse yra papildoma, neapmokama veikla, o rengiant siūlymus reikia daug gilintis, ypač į naujoves.	Esant dideliame projektus rengiančiųjų ir derinančiųjų bei pasiūlymus teikiančiųjų skaičiui sunku dalyvius sukviesti į bendrus posėdžius, daugiau prieštarų nuomonių ir ilgiau trunka jas suderinti, priimti bendrą sprendimą.
Dalyvavimas rengiant diagnostikos ir gydymo metodikas svarbus, bet draugijoms ne visada sudaromos galimybės dalyvauti juos rengiant.	Negaunama informacijos apie planuojamas rengti ir rengiamas metodikas, kitus dokumentus. Gavus pavėluotai informaciją, nelieka laiko įsigilinti į dokumentus, juos aptarti su ministerijos darbuotojais.	Ministerija teisės aktus rengia pagal nustatytus planus, o draugijos ne visuomet atsižvelgia į terminus, kartais ministerijai tenka sprendimus priimti neturint gydytojų draugijų nuomonės.
Trūksta bendradarbiavimo su Sveikatos apsaugos ministerija, neatsižvelgiama į draugijų nuomonę ir teikiamas pastabas. Siūlymų derinimas su ministerija užtrunka metus ir ilgiau.	Universitetų taikomos ar rekomenduojamos gydymo metodikos gali nesutapti, tuomet ilgai trunka svarstymai ir derinimai rengiant vieną dokumentą.	Rengiant metodikas gaunama perteklinių siūlymų, draugijų, gydytojų specialistų lūkesčiai būna pakelti, todėl ilgai trunka priimtinių sprendimų paieška.
Metodikos ir rekomendacijos rengiamos neatsižvelgiant į poreikį, neturima informacijos iš ministerijos, kokių metodikų reikia, nėra skiriama lėšų joms rengti, neaišku, kaip parenkami autoriai ir rengėjai.		Dalis draugijų yra pasyvios, ilgai tenka raginti, kad pateiktų siūlymus.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal apklausų duomenis ir pokalbių protokolų duomenis

13. Ligų diagnostikos ir gydymo standartizavimo procesas – viena sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sudedamųjų dalių. Siekiant užtikrinti saugias ir veiksmingas šios priežiūros paslaugas visuose paslaugų teikimo etapuose, ligų diagnostiką ir gydymą nustatantys dokumentai turėtų būti rengiami bendrai visoms gydymo įstaigoms. Ministerija turėtų užtikrinti gydytojų profesinių draugijų ir mokymo mokslo įstaigų įtraukimą ir dalyvavimą, kad, remiantis įrodymais grįstos medicinos principais, būtų rengiamos trūkstamos metodikos, o jau parengtos ir taikomos būtų periodiškai peržiūrimos ir atnaujinamos.

Stebima pažanga ir pokyčiai audito metu

- Aukščiausioji audito institucija, nuo 2012 m., atlikusi valstybinius veiklos auditus, ministerijai teikė rekomendacijas²¹: rengti ar koordinuoti diagnostikos ir gydymo metodikų rengimą siekiant visuose sveikatos priežiūros paslaugų teikimo grandyse ir etapuose pacientams užtikrinti vienodai saugią ir veiksmingą sveikatos priežiūrą.

²¹ Valstybinio audito ataskaitos: „Aprūpinimas vaistais ligoninėse“, 2012-02-28 Nr. VA-P-10-10-3; „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, 2013-02-28 Nr. VA-P-10-2-4; „Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra“, 2014-03-14 Nr. VA-P-10-4-3.

- Po atliktų auditų ministerija koordinavo ir įgyvendino du projektus: parengta 40 akušerijos ir 30 neonatologijos diagnostikos ir gydymo metodikų²², 123 kardiologijos, onkologijos, galvos smegenų kraujagyslių (neurologijos), traumatologijos ir vaikų ligų diagnostikos ir gydymo sričių protokolai²³. Dalis protokolų parengta įgyvendinant mūsų teiktas rekomendacijas.
- Patvirtinus Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programą²⁴ suplanuota iki 2020 m. įgyvendinti projektą „Gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, reglamentuojant chirurgijos, endokrinologijos, onkologijos, radiologijos, psichiatrijos ir priklausomybių ligų diagnostikos, gydymo ir slaugos metodikas (protokolus)“²⁵.

2. LICENCIJŲ SĄLYGŲ LAIKYMOSI PRIEŽIŪRA FORMALI

14. Kvalifikuoti specialistai – viena iš sąlygų teikti saugias ir veiksmingas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Profesionalų medicinos personalą vienu svarbiausių sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų laiko 52 proc. šalies gyventojų²⁶. Kad asmens sveikatos priežiūros paslaugas teiktų tik kvalifikuoti specialistai, jų veikla reguliuojama²⁷, vykdoma specialistų registracija ir licencijavimas.
15. Sveikatos priežiūra keičiasi labai sparčiai, nuolat taikomos naujos gydymo technologijos ir metodai, diegiama geroji praktika. Todėl sveikatos specialistų įgytų žinių ir gebėjimų po tam tikro laiko nepakanka užtikrinti aukštos kokybės, saugią ir veiksmingą sveikatos priežiūrą²⁸. EBPO pažymi, kad, be medicinos praktikos licencijavimo, efektyvūs būdai skatinti sveikatos priežiūros specialistus teikti kokybiškas paslaugas yra tęstinis medicininis ir nuolatinis profesinis tobulėjimas²⁹.

2.1. Specialistų licencijų sąlygų laikymosi priežiūra nesiejama su jų kompetencijos patvirtinimu

16. Specialistų licencijavimas yra priemonė, kuria siekiama užtikrinti, kad jie atitiktų nustatytus kompetencijų reikalavimus ar standartus (profesinio išsilavinimo, registravimo, sertifikavimo, pakartotinio įvertinimo ir pan.) ir teiktų saugias paslaugas³⁰.

²² Lietuvos Respublikos ir Šveicarijos Konfederacijos bendradarbiavimo programos projektas „Nėščiąjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros gerinimas Lietuvoje“.

²³ 2007–2013 m. žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos 4 prioriteto „Administracinių gebėjimų stiprinimas ir viešojo administravimo efektyvumo didinimas“ įgyvendinimo priemonė VP1-4.3-VRM-02-V „Viešųjų politikų reformų skatinimas“; projektas „Asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimas reglamentuojant rizikingiausius pacientų saugai diagnostikos ir gydymo protokolus“.

²⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2017-11-15 įsakymas Nr. V-1292.

²⁵ Vidaus reikalų ministro 2016-04-29 įsakyму Nr. 1V-329 patvirtintas Viešojo valdymo tobulinimo 2012–2020 m. programos įgyvendinimo 2016–2018 m. veiksmų planas, galimas finansavimo šaltinis: 2014–2020 m. ES fondų investicijų veiksmų programos prioriteto „Visuomenės poreikius atitinkantis ir pažangus viešasis valdymas“ priemonei Nr. 10.1.4.-ESFA-V-921 „Geresnio reglamentavimo diegimas ir verslo priežiūros sistemos tobulinimas“ skirtos lėšos.

²⁶ Valstybės kontrolė, Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, 2017 m.

²⁷ Sveikatos sistemos įstatymas, 15, 16, 50 str.

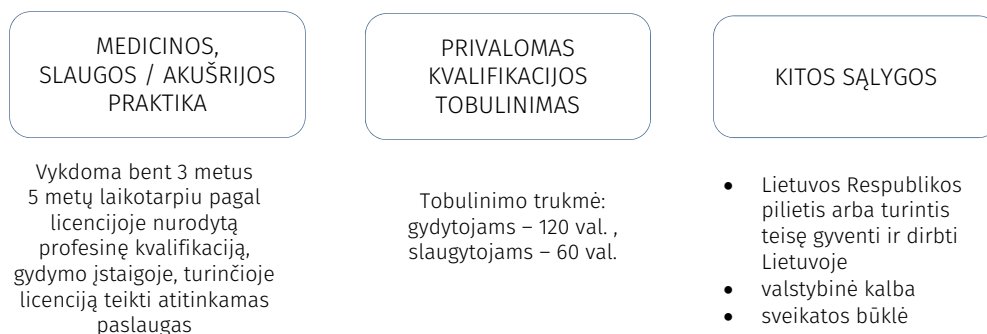
²⁸ OECD, *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality*, 2017, 39 psl.

²⁹ Ten pat.

³⁰ Helena Legido-Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos, *Assuring the quality of health care in the European Union*, 2008, 26 psl.

17. Laikėmės nuomonės, kad licencijų sąlygų laikymosi priežiūra organizuojama tinkamai, kai:
- yra parengti ir periodiškai peržiūrimi ar atnaujinami dokumentai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros specialistų profesinę praktiką ir jų kompetencijas (medicinos normos)³¹;
 - Akreditavimo tarnyba pagal teisės aktuose nustatytas detalias sąlygas³² patvirtina sveikatos priežiūros specialistų vykdytos medicinos praktikos (veiklos), kompetencijų ir įgūdžių atitiktį medicinos normoje nustatytiems reikalavimams.
18. Verstis medicinos ar slaugos praktika Lietuvoje turi teisę sveikatos priežiūros specialistas, turintis išduotą licenciją. Ji išduodama neterminuotai pagal dokumentus, patvirtinančius, kad asmuo yra įgijęs profesinę kvalifikaciją Medicinos praktikos įstatymo 3 str. nustatyta tvarka. Vėliau licencija patvirtinama esant nustatytoms sąlygoms (5 pav.). Jų laikymosi priežiūrą vykdo ir sprendimus dėl patvirtinimo priima Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba³³. 2017 m. licencijos buvo patvirtintos 1 980 gydytojų, 7 871 slaugytojui ir 401 akušeriui.

5 pav. Licencijuojamos veiklos sąlygos



Šaltinis – Medicinos praktikos įstatymas, Slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymas, Medicinos praktikos licencijavimo taisyklės

19. Nuolat vystantis klinikinei praktikai ir diegiant naujas gydymo technologijas, kurių taikymui reikalingi papildomi įgūdžiai, svarbu peržiūrėti, papildyti ar keisti medicinos normas, kurios nustato specialistų profesinės kompetencijos ir kvalifikacijos reikalavimus.

Periodiškai neperžiūrimos ir neatnaujinamos medicinos normos

20. Medicinos normos turi būti peržiūrimos kas 5 metai³⁴. 51 proc. (28 iš 55) jų nebuvo peržiūrėtos per pastaruosius 5 metus (iki 2018 m. birželio mėn.), dar neparengtos trijų specialybių medicinos normos (plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydyto, vaikų infekcinių ligų gydytojo, gydytojo vaikų reumatologo)³⁵.

Ilgiausiai neperžiūrėtų medicinos normų pavyzdžiai

Vaikų ligų gydytojo medicinos norma (sveikatos apsaugos ministro 1999-02-26 įsakymas Nr. 96.) neperžiūrėta 19 metų.

Gydytojo neurochirurgo medicinos norma (sveikatos apsaugos ministro 2001-02-01 įsakymas Nr. 58) neperžiūrėta 17 metų.

³¹ World Health Organization, *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*, 2006, 14 psl.; Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 9 str. 1 d. 3 ir 5 p.

³² Teisėkūros pagrindų įstatymas, 3 str. 6 d. (aiškumo principas).

³³ Sveikatos apsaugos ministro 2004-05-27 įsakymu Nr. V-396 patvirtintos Medicinos praktikos licencijavimo taisyklės.

³⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2000-11-09 įsakymu Nr. 634 patvirtinto Medicinos normų rengimo reikalavimų aprašo, 4 p.

³⁵ 2017 metais Lietuvoje buvo pripažintos 59 medicinos praktikos profesinių kvalifikacijų rūšys.

21. Įvertinti medicinos normų rengimo ar keitimo poreikį pavesta Akreditavimo tarnybai bendradarbiaujant su Sveikatos apsaugos ministerija³⁶. Medicinos normų rengimas ar peržiūrėjimas trunka apie 1 metus ar ilgiau. Atsakingos institucijos ir gydytojai nesutaria ir nurodo priežastis, kodėl medicinos normų rengimas, peržiūrėjimas ar keitimas trunka ilgai (2 lentelė).

2 lentelė. Priežastys ir nuomonės, kodėl užtrunka medicinos normų rengimas ar keitimas

Sveikatos apsaugos ministerija	Medikų sąjūdis	Gydytojų draugijos
Dėl turinio, kokias kompetencijas būtina įtraukti, skirtingas nuomonės turi akademiniai įstaigų atstovai	Dėl kompetencijų, kurios turėtų būti įtrauktos į medicinos normas, ne visuomet sutaria universitetai, ypač keičiant medicinos normas.	Į teikiamus siūlymus neatsižvelgiama.
Gydytojų draugijos neapsisprendžia, kurios kompetencijos / įgūdžiai būtini (juos reikia traukti į medicinos normas), kurie ne tiek svarbūs	Dalyvavimas darbo grupėse yra papildoma, neapmokama veikla, o rengiant siūlymus reikia daug gilintis, ypač į naujoves.	Dalyvavimas darbo grupėse yra kita, papildoma veikla, kuri vykdoma laisvu laiku.
Prieštaringos specialistų nuomonės, kurias sudėtinga suderinti	Į teikiamus siūlymus neatsižvelgiama. Gydytojų draugijos yra nusivylusios bendravimu su ministerija	Ne į visų aktualių darbo grupių veiklą įtraukiami suinteresuotų draugijų atstovai.
Ilgai derinami kai kurie punktai su universitetais, gydytojų draugijomis	Laiku neinformuojama apie ministerijos rengiamus dokumentus	Laiku neinformuojama apie ministerijos rengiamus dokumentus, skubotai prašoma pritarti jau parengtiems projektams, nepaliekant laiko juos aptarti draugijose.
Dalis draugijų yra pasyvios, ilgai tenka raginti, kad teiktų siūlymus.	Ne visos gydytojų draugijos yra vienodai aktyvios, trūksta brandos ir paskatų.	Ministerija nemotyvuoja tokių veiklų, nes ji nėra apmokama

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal apklausų duomenis ir pokalbių protokolų duomenis

22. Auditorių nuomone, labai svarbu, kad gydytojų draugijos dalyvautų medicinos normų peržiūros, papildymo ar keitimo procese, nes gydytojai turi daugiausiai žinių, kaip ar kiek klinikinės raidos praktika ir diegiamos naujos technologijos praplečia jų kompetencijas ir įgūdžius.

Patvirtinant licencijas neįsitikinama specialistų profesinės veiklos ir kvalifikacijos tobulinimo atitiktimi medicinos normoms

23. EBPO teigia, kad sveikatos priežiūros specialistų praktika ar patirtis, t. y. atliekamų procedūrų (pavyzdžiui: chirurgo atliktų apendektomijų, traumatologo-ortopedo atliktų klubo sąnario operacijų ir kt.) skaičius turi įtakos teikiamų paslaugų kokybei: saugumui ir veiksmingumui.³⁷
24. Pagal teisės aktų reikalavimus Akreditavimo tarnyba praktiką pripažįsta pagal darbdavio išduotus dokumentus apie specialisto užimamas pareigas, o ne apie jo vykdytą veiklą³⁸. Nėra nustatytų reikalavimų pagrįsti, kad specialistas dirbo pagal jo medicinos normoje nustatytas kompetencijas bei kokiu mastu (suteiktų paslaugų, atliktų diagnostinių tyrimų, operacijų, manipuliacijų skaičius ir kt.). Peržiūrėję medicinos praktikos vertinimo dokumentus taip pat įsitikinome, kad ši tarnyba nevertina licencijuojamojo profesinės patirties.

Medicinos praktikos vertinimo pavyzdžiai

Patikrinus gydytojų licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi dokumentus, pagrindžiančius medicinos praktiką per praėjusį 5 metų laikotarpį (20 bylų), nė vienu atveju nebuvo teikta ir Akreditavimo tarnyba

³⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2000-11-09 įsakymu Nr. 634 patvirtinto Medicinos normų rengimo reikalavimų aprašo 6 p.

³⁷ *OECD Reviews of Health Systems: Lithuania, 2018, 89 psl.*

³⁸ Sveikatos apsaugos ministro 2004-05-27 įsakymu Nr. V-396 patvirtintos Medicinos praktikos licencijavimo taisyklės.

nevertino informacijos, patvirtinančios licencijuojamojo detalią veiklą, pvz.: kiek ir kokių paslaugų suteikęs, atlikęs tyrimų ar operacijų pagal įgytą profesinę kvalifikaciją. Medicinos praktikai per praėjusį 5 m. laikotarpį pagrįsti buvo pateiktos darbdavių išduotos pažymos, kuriose nurodyta tik nuo kada iki kada, pagal kokią profesinę kvalifikaciją dirbo ar dirba licencijos turėtojai:

- „VŠĮ „A“ pirminės sveikatos priežiūros centre šeimos gydytoja dirba nuo 2002-03-01 1,0 etato krūviu (sutartis neterminuota).“
- „VŠĮ „B“ ligoninėje dirba gydytojo kardiologo pareigose nuo 2007-11-15 iki dabar“.
- „VŠĮ „C“ ligoninėje dirba gydytoju ortopedu traumatologu nuo 2012-07-10 iki šiol ir VŠĮ „D“ ligoninėje gydytoju ortopedo traumatologo (budėjimams) pareigose pagal neterminuotą antraeilių pareigų sutartį dirba nuo 2016-03-16“.

25. Akreditavimo tarnyba, atlikdama specialistų licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi priežiūrą, taip pat nevertina, ar privalomo kvalifikacijos kėlimo mokymai (120/60 val. per 5 metus) atitiko jų tobulinimosi poreikį (įtvirtinti trūkstamus įgūdžius ar kompetencijas ar įgyti naujų). Patikrinus sveikatos priežiūros specialistų licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi dokumentus, pagrindžiančius profesinės kvalifikacijos tobulinimą (20 bylų), nė vienu atveju nebuvo informacijos, kurias konkrečias kompetencijas ar įgūdžius specialistams reikia tobulinti ir kad Akreditavimo tarnyba vertino, ar kvalifikacijos kėlimo mokymai atitinka jų tobulinimosi poreikį.
26. Atsakingų institucijų ir gydymo įstaigų nuomone toks licencijų patvirtinimo procesas yra tinkamas. Auditorių vertinimu, ši nuomonė rodo formalų įstaigų požiūrį ir į licencijavimo procesą, ir į kvalifikacijos kėlimą bei teikiamų paslaugų kokybės gerinimą.

Akreditavimo tarnybos nuomonė

Spręsti ir vertinti kokias kompetencijas ar gebėjimus gali įgyvendinti gydytojas (diagnozuoti ir gydyti ligas, atlikti tyrimus, operacijas ir kt.), ar turi jų pakankamai pagal išduotą licenciją ir atitinkamas medicinos normos reikalavimus turi gydymo įstaiga (darbdavys).

Gydymo įstaigų apklausos duomenys

86 proc. gydymo įstaigų (226 iš 262): sveikatos priežiūros specialistų licencijos pratęsimo tvarka užtikrina, kad specialisto kvalifikacija būtų pakankama

27. Kalbinti sveikatos priežiūros specialistai išsakė kritišką nuomonę apie licencijavimo ir kvalifikacijos tobulinimo procesą.

Sveikatos priežiūros įstaigų atstovų pasisakymai apie licencijavimo ir kvalifikacijos tobulinimo procesą

Gydymo įstaigų atstovai (14 įstaigų), Lietuvos medikų sąjūdžio atstovai: esamas licencijavimo procesas yra formalus, nemotyvuoja gydytojų paslaugas teikti vykdant visas nustatytas kompetencijas. Pavyzdžiui, šeimos gydytojai pacientus siunčia gydytojų specialistų konsultacijų dėl tų ligų ar būklių, kurias diagnozuoti ir gydyti pagal kompetenciją nustatyta šeimos gydytojams (kai kurios ligoninės nurodė apie 50 proc. tokių siuntimų). Tuomet šeimos gydytojai neįvertina savo įgūdžių, be to, didėja gydytojų specialistų paslaugų laukimo eilės, blogėja paslaugų prieinamumas, neefektyviai naudojami sveikatos priežiūros išteklių. Vienodos medicinos praktikos licencijos patvirtinamos tos pačios profesinės kvalifikacijos gydytojams nepriklausomai nuo jų tikrosios kvalifikacijos, įgūdžių, kompetencijų.

28. Audito metu tarnyba raštu pažymėjo, kad: „Akreditavimo tarnybos patvirtinimas, kad licencijos turėtojas laikėsi licencijuojamos veiklos sąlygų, nereiškia, kad licencijos turėtojo profesinis pasirengimas teikti tam tikras paslaugas, kurioms yra numatyti specialieji reikalavimai, yra pakankamas“.

29. Auditorių nuomone, tikslinga būtų sukurti sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų vertinimo sistemą, apimančią ir turimos kompetencijos bei profesinės veiklos praktikos vertinimą. Jo pagrindu turėtų būti vykdoma licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi priežiūra.

2.2. Kvalifikacijos tobulinimas nesiejamas su turima specialistų kompetencija ir šalies poreikiais

30. Atsižvelgiant į PSO sprendimų priėmimo ir įgyvendinimo rekomendacijas, sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimas, jį planuojant ir koordinuojant, turėtų būti susietas su paslaugų kokybės – saugumo ir veiksmingumo – didinimu. PSO rekomenduoja organizuojant priemones įvertinti situaciją ir nustatyti veiklos tikslus, prioritetus³⁹.
31. Specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimu rūpinasi patys specialistai, gydymo įstaigos, jų steigėjai, specialybės draugijos bei specialistų profesinės organizacijos⁴⁰. Specialistų tobulinimo užsakovė yra Sveikatos apsaugos ministerija⁴¹.
32. Laikėmės nuomonės, kad sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacija tobulinama siekiant užtikrinti jų kompetenciją ir saugių bei veiksmingų paslaugų teikimą, kai:
- Sveikatos apsaugos ministerija, kaip sveikatos priežiūros specialistų tobulinimo užsakovė, planuoja, koordinuoja kvalifikacijos tobulinimo procesą⁴²;
 - gydymo įstaigose nustatyta sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimo ir kompetencijų vertinimo tvarka, specialistai kvalifikaciją tobulina, įvertinus jų profesinei veiklai reikalingas žinias, gebėjimus ir praktinius įgūdžius (medicinos normose nustatytas kompetencijas)⁴³;
 - atsižvelgusios į kvalifikacijos tobulinimo poreikį atsakingos institucijos derina specialistų kvalifikacijos tobulinimo programas ir vertina jų turinį⁴⁴.

Specialistų kvalifikacija tobulinama neįvertinus jų kompetencijų

33. Europos medicinos specialistų sąjungos (angl. *UEMS – European Union of Medical Specialists*) patvirtintoje UEMS Bazelio deklaracijoje nurodoma, kad periodišką medicinos specialistų kompetencijų vertinimas yra svarbus kaip kvalifikacijos tobulinimo dalis, nes įvertinama, kad gydytojai dirba pagal turimą kvalifikaciją ir naudoja įgytas žinias, leidžia tikslingai pasirinkti tobulinimosi formą ir apimtį, įvertinamas atliktas darbas ir kaip pasikeitė jo rezultatai patobulinus kvalifikaciją, didėja gydytojo atsakingumas, gydymo efektyvumas ir saugumas.
34. Lietuvoje sveikatos priežiūros specialisto profesinę kompetenciją patikrinti (įvertinti) nustatyta tik tais atvejais, kai jo veikla sukėlė pavojų ar padarė žalą paciento sveikatai. Mūsų nuomone, tai yra postvencinė priemonė. Siekiant išvengti profesinių klaidų, paslaugas teikti saugiai ir veiksmingai

³⁹ World Health Organization, *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*, 2006, 14 psl.

⁴⁰ Sveikatos apsaugos ministro 2002-03-18 įsakymu Nr. 132 patvirtinta Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarka, 14 p.

⁴¹ Ten pat.

⁴² Ten pat, 15 p.; World Health Organization, *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*, 2006, 14 psl.; World Health Organization, *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*, 2008, 27–28 psl.

⁴³ World Health Organization, *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*, 2006, 14 psl.

⁴⁴ Sveikatos apsaugos ministro 2011-06-28 įsakymu Nr. V-645 patvirtintos Sveikatos specialistų tobulinimo programų derinimo taisyklės.

svarbu periodiškai vertinti, ar gydytojų kompetencijos, jų profesinė veikla atitinka medicinos normose nustatytus ir kitus reikalavimus, tačiau tai Lietuvoje nėra numatyta ir nedaroma.

35. Nesant sukurtos ar teisės aktais nustatytos sistemos, gydymo įstaigos savo iniciatyva pačios gydytojų kompetencijų nevertina: nustatėme, kad 80 proc. gydymo įstaigų (211 iš 262) neturi sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų vertinimo tvarkos ar sistemos, tad neįsitikina, ar specialistų kompetencija pakankama paslaugas teikti saugiai ir veiksmingai, nevertina ir nenustato tobulintinių sričių. Tuo tarpu 85 proc. gydymo įstaigų (222 iš 262) specialistų kompetenciją nurodo svarbiausiu kriterijumi užtikrinant teikiamų paslaugų kokybę.
36. Įvertinome penktadalį (10 iš 51) gydymo įstaigų turimų sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimo tvarkų ir nustatėme, kad jose nenumatyta vertinti specialistų kvalifikaciją, todėl planuojant ir organizuojant mokymus ar kvalifikacijos kėlimą neatsižvelgiama, kokių žinių ir įgūdžių specialistams trūksta, ar kurios yra tobulintinos. Tad ir šiose gydymo įstaigose sveikatos priežiūros specialistų mokymo poreikis nenustatomas remiantis kompetencijų vertinimo rezultatais (pagrįstai).

Kvalifikacijos kėlimo tvarkų pavyzdžiai

- „A“ ligoninės Mokymų ir kvalifikacijos kėlimo tvarkos apraše nustatytas įstaigoje dirbančių specialistų kvalifikacijos tobulinimo planavimas ir organizavimas.
- „B“ pirminės sveikatos priežiūros centro Personalo mokymų ir kvalifikacijos vertinimo tvarkoje gydytojų kvalifikacijos vertinimas numatytas tik dėl profesinės klaidos.
- „C“ ligoninės Kvalifikacijos vertinimo ir kėlimo tvarkoje nurodyta, kad specialistų kvalifikacijos vertinimas atliekamas identifikavus neatitiktį, kuriai atsirasti galėjo turėti įtakos darbuotojo kvalifikacija.

37. Tik 2 (iš 23) gydymo įstaigos, kuriose atlikome procedūras, turi nusistačiusios ir vykdo gydytojų atestaciją, kurios metu įvertinama profesinė veikla, bet ir jų vykdoma atestacija siejama tik su karjera tose įstaigose, o ne su gydytojų kvalifikacijos kėlimo poreikių nustatymu.
38. Sveikatos priežiūros specialistų profesinių draugijų nuomone, esama praktika, kai gydytojų kvalifikacija, profesinė veikla ar rezultatai periodiškai nevertinami, neskatina gydytojų tobulėti, atnaujinti ir gilinti žinias, nemotyvuoja kvalifikaciją tobulinti tikslingai.
39. Sveikatos priežiūros specialistų kompetencijų vertinimas padėtų identifikuoti tobulintinas sritis siekiant užtikrinti tikslingą kvalifikacijos tobulinimą, o ne vien tik reikiamų mokymų valandų surinkimą, siekiant patvirtinti licencijos galiojimą.

Ministerija nevaldo specialistų kvalifikacijos tobulinimo proceso

40. EBPO pažymi, kad valstybėse narėse ir esant tvirtiems sveikatos priežiūros specialistų parengimo ir licencijavimo metodams, daugiau turi būti daroma užtikrinant sveikatos priežiūros specialistų žinias ir įgūdžius, būtinus teikti šiuolaikines sparčiai besiplečiančias sveikatos priežiūros paslaugas⁴⁵.
41. Ministerija, būdama specialistų profesinio tobulinimosi užsakovė, turi žinoti šalies svarbiausias prioritėtines sritis, specialistų kvalifikacijos tobulinimo poreikius ir įvertinusi tai teikti siūlymus rengti programas, pagal kurias būtų keliama kvalifikacija, jas derinti ir priimti sprendimą dėl įtraukimo į Tobulinimo programų sąvadą. Ji turi skirti dalį lėšų specialistų kvalifikacijos tobulinimui finansuoti (iki 60 proc. privalomojo kvalifikacijos tobulinimo valandų)⁴⁶.

⁴⁵ *Caring for quality in health, lesson learnt from 15 reviews of health care quality*, 39 psl.

⁴⁶ Sveikatos sistemos įstatymas, 51 str. 3 d.; sveikatos apsaugos ministro 2002-03-18 įsakymu Nr. 132 patvirtinta Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarka, 27 p.

42. Nei Sveikatos apsaugos ministerija, nei Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras (sveikatos tobulinimo programų derinimo organizatorius) nerenka ir neanalizuoja sveikatos priežiūros specialistų tobulinimosi poreikių (pavyzdžiui, kokiose srityse, kurių gydymo įstaigų ir kokiems specialistams reikia mokymų).
43. Ministerija, derindama ar vertindama programas, nenustato tobulinimo poreikių ir tikslų. Nekeliami reikalavimai programos turinį susieti su vienos ar kitos sveikatos specialistų grupės profesinei kvalifikacijai reikalingų žinių ir įgūdžių gilinimu bei atnaujinimu.
44. 41 proc. gydymo įstaigų (iš 79 pasisakiusių apie kvalifikacijos tobulinimo procesą) netenkina siūlomų programų turinys: jis yra pasenęs, neatitinka poreikių, o gydytojai mokymuose dalyvauja tik todėl, kad galėtų be trukdžių pratęsti licenciją.

Gydymo įstaigų nuomonių apie kvalifikacijos tobulinimo kursus pavyzdžiai

„Kvalifikacijos kursai dažnai apžvelgia tik jau nagrinėtas temas, kursų kaina didelė, o lūkesčių patenkinimas menkas. Tobulintis vykstama dėl pažymėjimo ir valandų skaičiaus. Geriau būtų mažiau, bet efektyvesnių valandų su praktika, o ne tik teorijos skaitymu iš skaidrių“.

„Sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimo procesas yra formalus, neatitinka laikmečio reikalavimų, palankesnis institucijoms, teikiančioms kvalifikacijos tobulinimo paslaugas, o ne gydymo įstaigoms“.

„Kursuose pateikiami tik sausi teoriniai duomenys, reikėtų daugiau praktikos ir mažesnių grupių“.

45. Neturėdama informacijos apie specialistų poreikius ir neįvertinusi šalies poreikių ir prioritetų, Sveikatos apsaugos ministerija specialistų kvalifikacijos kėlimo išlaidoms padengti 2015 m. skyrė 85,6 tūkst. Eur, 2016 m. – 74,5 tūkst. Eur, 2017 m. – 45,4 tūkst. Eur. Mūsų skaičiavimais, šiomis lėšomis kvalifikacija tobulinta apie 11 proc. specialistų⁴⁷. Be to, nesudarius vienodų kvalifikacijos kėlimo sąlygų visiems sveikatos priežiūros specialistams, dirbantiems LNSS⁴⁸ įstaigose, apmokėtos išlaidos tik tų, kurie tobulinimo laikotarpiu dirbo valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose, pirmenybę teikiant tiems, kurių licencijos galiojimas baigiasi anksčiausiai⁴⁹.
46. Sveikatos apsaugos ministerija specialistų tobulinimui lėšų skyrė nežinodama nei specialistų poreikių, nei pagal šalies prioritetines kryptis, susijusias su demografinėmis tendencijomis ir sergamumu, išskyrus iki 5 proc. lėšų 3 atvejams⁵⁰, kai kvalifikaciją specialistai tobulino pagal tris išskirtas prioritetines sritis, susijusias su restruktūrizavimo programose nustatytais tikslais ir kt. (3 lentelė).

⁴⁷ Kvalifikacijos tobulinimas iš dalies finansuotas 788 specialistams, iš jų 241 gydytojui ir 547 slaugytojams ir akušeriams. Iš viso yra 13 tūkst. gydytojų ir 23 tūkst. slaugytojų ir akušerių, o kasmet licencija patvirtinama vidutiniškai penktadaliui jų.

⁴⁸ Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos, t. y. įstaigos, sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl teikiamų paslaugų apmokėjimo iš PSDF lėšų.

⁴⁹ Sveikatos apsaugos ministro 2015–2017 m. įsakymai dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų, kuriems profesinės kvalifikacijos tobulinimo išlaidos gali būti kompensuojamos valstybės biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo, 3 p.

⁵⁰ Įgyvendinant sveikatos apsaugos ministro 2011-02-10 įsakymą Nr. V-117 „Dėl Geriatrijos profilio teikimo specialiųjų reikalavimų ir bazinės kainos patvirtinimo“, buvo organizuoti 72 val. trukmės geriatrijos profesinės kvalifikacijos tobulinimo kursai; įgyvendinant Vyriausybės 2014-05-28 nutarimu Nr. 485 patvirtintos Valstybinės smurto artimoje aplinkoje prevencijos ir pagalbos teikimo nukentėjusiems asmenims 2014–2020 m. programos 1.2 priemonę „Tobulinti valstybės ir savivaldybių institucijų darbuotojų, kitų asmenų, dirbančių smurto artimoje aplinkoje prevencijos ir pagalbos teikimo smurtą patyrusiems asmenims srityse, profesinę kompetenciją, mokyti sveikatos priežiūros specialistai; įgyvendinant sveikatos apsaugos ministro 2015-11-24 įsakymą Nr. V-1330 „Dėl gydytojo kardiologo ir slaugytojo konsultacijos, į kurią įeina ir paciento mokymas, teikimo asmenims, sergantiems širdies nepakankamumu, reikalavimų aprašo patvirtinimo“ organizuoti mokymai slaugytojams.

3 lentelė. Sveikatos apsaugos ministerijos organizuotas specialistų tobulinimas 2015–2017 m.

Tobulinimo tema	kvalifikaciją kėlusiu specialistų skaičius		
	2015 m.	2016 m.	2017 m.
Geriatrijos profesinės kvalifikacijos tobulinimo kursai	10		
Specialistų, dirbančių smurto artimoje aplinkoje prevencijos ir pagalbos teikimo smurtą patyrusiems asmenims srityse, mokymai	49	75	48
Specialistų, kurie teikia konsultavimo paslaugas pacientams sergantiems širdies nepakankamumu, mokymai			10
iš viso	59	75	58
Skirta lėšų iš valstybės biudžeto, tūkst. Eur	3,7	1,7	3,8

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Sveikatos apsaugos ministerijos duomenis

47. Teisės aktuose⁵¹ nustatyta, kad kvalifikacijos tobulinimo finansavimo šaltiniai yra valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšos, gydymo įstaigų, kitų juridinių ar fizinių asmenų ir pačių specialistų lėšos. Nustatėme, kad tik 2 savivaldybės (Anykščių r. ir Mažeikių r.), būdamos sveikatos priežiūros įstaigų steigėjos ir organizuodamos sveikatos priežiūrą savivaldybės teritorijose, audituojamu laikotarpiu skyrė lėšų specialistų kvalifikacijai kelti. 16 proc. gydymo įstaigų nefinansavo kvalifikacijos tobulinimo.
48. Profesinės kvalifikacijos tobulinimu rūpinasi patys specialistai, gydymo įstaigos, o išlaidas apmoka gydymo įstaigos, patys specialistai ir kiti juridiniai asmenys (gydytojų draugijos, farmacijos kompanijos ir kt.). Auditorių nuomone, turėtų būti apsvaistytas finansavimo valstybės biudžeto lėšomis tikslingumas, atsižvelgiant į kvalifikacijos kėlimo sąnaudų įskaičiavimą į paslaugos kainą, ir nustatytas aiškus kvalifikacijos tobulinimo finansavimo mechanizmas teisės aktuose: numatyti lėšų šaltiniai ir atsakomybės.

3. NEPAGEIDAJAMŲ ĮVYKIŲ VALDYMAS NEIŠNAUDOJAMAS PACIENTŲ SAUGAI GERINTI

49. Vienas svarbiausių sveikatos priežiūros aspektų yra pacientų rizikos nukentėti ne tik dėl ligos, bet patirti nepageidaujamas diagnostikos ir gydymo pasekmes, valdymas. Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, klaidų ir nepageidajamų pasekmių išvengti neįmanoma, tačiau taikant atitinkamas rizikos valdymo priemones tokių pasekmių ar įvykių galima sumažinti ar juos pašalinti⁵². Užsienio valstybėse atliktų skaičiavimų duomenimis, nepageidajami įvykiai, sukeltys žalą pacientams, Jungtinėje Karalystėje įvyksta apie 10 proc. visų hospitalizacijos atvejų, Australijoje – 16,6 proc.^{53,54}. Įvairių studijų duomenimis maždaug pusės nepageidajamų įvykių sveikatos sistemoje galima būtų išvengti, todėl ES valstybėse diegiamos nepageidajamų

⁵¹ Sveikatos sistemos įstatymas, 51 str. 3 d., Sveikatos apsaugos ministro 2002-03-18 įsakymu Nr. 132 patvirtintos Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos 27 p.

⁵² *Caqliano A.C., Grimaldi S., Rafele C., A systemic methodology for risk management in healthcare sector*, 2011, prieiga per internetą: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/22251/a-systemic-methodology-for-risk-management-in-healthcare-sector>.

⁵³ *An organization with a memory. Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer*. London. The Stationary Office, 2000.

⁵⁴ *Patient safety: towards sustainable improvement. Fourth report to the Australian Health Ministers' Conference*. Australian council for safety and quality in health care. Commonwealth of Australia, 2003.

įvykių valdymo sistemos⁵⁵: įvardijami nepageidaujami įvykiai (jų grupės), jie registruojami, analizuojami, nustatomos priežastys ir imamasi veiksmų, kad ateityje jų būtų išvengiama.

3.1. Neskatinama registruoti nepageidaujamus įvykius

50. Atlikdami auditą laikėmės nuomonės, kad nepageidaujamų įvykių valdymo procesas tinkamas (leidžia pacientų saugą užtikrinti maksimaliai), kai:

- nepageidaujamų įvykių nustatymo ir registravimo tvarka sudaro prielaidas registruoti visus įvykius, reakcijas, reiškinius, aplinkybes, atsiradusius dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išėitį (rezultatą) pacientui⁵⁶;
- privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašas atnaujintas įvertinus ir atsižvelgus į tarptautinę praktiką, šalies (ir gydymo įstaigų) patirtį⁵⁷;
- gydymo įstaigose atliekamas nepageidaujamų įvykių valdymas⁵⁸: įstaigos pasitvirtinusios nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkas, nustačiusios registruoti ir kitus nei privalomi nepageidaujamus įvykius, registruoja nepageidaujamus įvykius;
- pacientų skundai apibendrinami ir įvertinami kaip informacijos apie nepageidaujamus įvykius šaltinis.

Siauras privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašas

51. Nepageidaujami įvykiai⁵⁹ registruojami vadovaujantis nustatyta tvarka⁶⁰, kuri įpareigoja gydymo įstaigas nusistatyti vadovo patvirtintas nepageidaujamų įvykių registravimo įstaigoje vidaus tvarkas, privalomai registruoti 6 nepageidaujamų įvykių grupes (4 lentelė). Toks reglamentavimas nesudaro prielaidų registruoti visus nepageidaujamus įvykius, nes:

- nustatytas privalomai registruojamų nepageidaujamų įvykių sąrašas yra siauras ir jį patvirtinus (2010 m.) nebuvo atnaujintas ar papildytas – į jį įtrauktos tik tos nepageidaujamų įvykių grupės, kurias privalu registruoti pagal Europos Parlamento ir Tarybos direktyvas arba rekomendacijas (3 priedas);
- nustatyta tik galimybė, bet nėra įpareigojimo gydymo įstaigoms papildomai nusistatyti ir registruoti kitus nei nurodyti privalomi registruoti nepageidaujami įvykiai⁶¹.

52. Lietuvoje privalomai registruojami nepageidaujami įvykiai, kurių priežastys susijusios su fizine aplinka, medicininiais produktais ar įranga ir taisyklėmis, tvarkomis, procedūromis. Remiantis ES valstybių ir JAV patirtimi nepageidaujamų įvykių grupių yra daugiau, jos apima daug platesnį veiklos sveikatos priežiūroje spektrą pagal nepageidaujamus įvykius sukėlusių priežasčių grupes (6 pav.).

⁵⁵ Helena Legido-Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos, *Assuring the quality of health care in the European Union*, 2008, 25–26 psl.

⁵⁶ OECD, *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality*, 2017, 55 psl.; Sveikatos apsaugos ministro 2010-05-06 įsakymas Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁵⁷ OECD, *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. 2017, 55 psl..

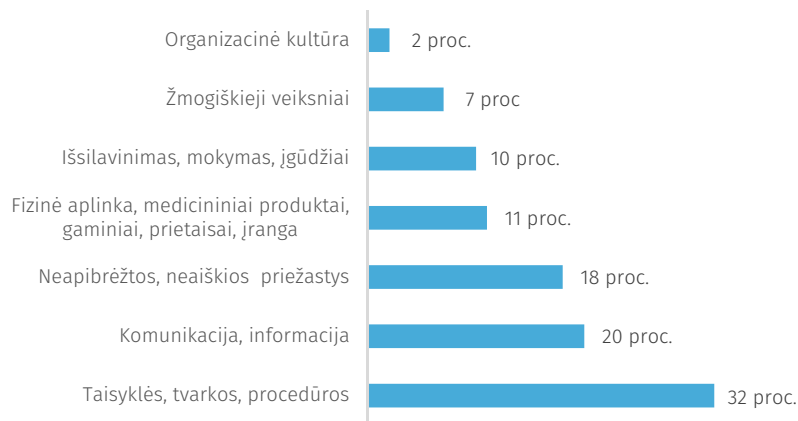
⁵⁸ World Health Organization, *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*, 2006, 14 psl.

⁵⁹ Įvykiai, reakcijos, reiškiniai, aplinkybės, atsiradę dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išėitį (rezultatą) pacientui.

⁶⁰ Sveikatos apsaugos ministro 2010-05-06 įsakymas Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁶¹ Sveikatos apsaugos ministro 2010-05-06 įsakymu Nr. V-401 patvirtintas Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos aprašas, 11 p.

6 pav. Užsienio praktikos pavyzdys dėl nepageidaujamų įvykių registravimo, 2017 m.



Šaltinis – Adverse health events in Minnesota, 14th annual public report. February 2018

53. Atsižvelgiant į nepageidaujamų įvykių registravimo pagal juos sukėlusias priežastis dažnį, per 60 proc. potencialių nepageidaujamų įvykių grupių Lietuvoje nėra numatyta registruoti ir vertinti. Be to, ir registruojamose grupėse vis dar neįrašyti pacientų saugai svarbiausi įvykiai: kai kurios žinomos ligų diagnostikos ir gydymo, pacientų slaugos komplikacijos, klaidos, kiti įvykiai, pavyzdžiui, susiję su chirurginėmis, diagnostinėmis ir gydomosiomis invazinėmis procedūromis.

Neprivalomų registruoti nepageidaujamų įvykių, susijusių su chirurginėmis, diagnostinėmis bei gydomosiomis invazinėmis procedūromis, pavyzdžiai

- Svetimkūnio palikimas paciento kūno viduje
- Staigi paciento mirtis planinės operacijos metu ar praėjus iki 24 val. po operacijos esant I klasės rizikai (pagal ASA klasifikaciją)
- Mechaniniai organų pažeidimai chirurginių operacijų, intervencinių ir invazinių procedūrų metu (perforacijos, plėštinės žaizdos, pjūviai ne toje vietoje; išskyrus akušerinio profilio pacientams)
- Nervo pažeidimas po injekcijos ar kitos intervencinės ar invazinės gydomosios procedūros
- Oro embolija po infuzijos, transfuzijos ar kitos gydomosios procedūros
- Tromboembolija po infuzijos, transfuzijos ar kitos gydomosios procedūros
- Plaučių embolija, įvykusi po operacijos

Šaltinis – Nepageidaujamų įvykių sąrašas ir apibrėžimai, projektas „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“ (VP1-4.3-VRM-02-V-05-012), veikla 2.2.1. Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos išbandymas, 2014 m.

54. Gydymo įstaigos, atsižvelgdamos į teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų spektrą, jų specifiškumą, gali papildomai nusistatyti ir registruoti kitus nepageidaujamus įvykius, kurie neįtraukti į minėtą sąrašą⁶². Tik pusė gydymo įstaigų (13 iš 28), kuriose atlikome audito procedūras, nusistatė registruoti kitus, t. y. neprivalomus registruoti, įvykius.

Neįrašytų į Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašą, įvykių, kuriuos nustatė registruoti gydymo įstaigos, pavyzdžiai

- Nepageidaujami įvykiai ambulatorinės operacijos ar procedūros metu ir po jų; staigios mirtys gydymo įstaigos patalpose.
- Nepageidaujami įvykiai operacijos ar procedūros metu ir po jų; neprognozuotos, staigios mirtys; paciento grąžinimas į intensyvios terapijos skyrių per pirmą parą

⁶² Sveikatos apsaugos ministro 2010-05-06 įsakymu Nr. V-401 patvirtintas Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos aprašas, 11 p.

po perkėlimo į kitą skyrių; atsiradusios pragulos; paciento traumos gydymo stacionare metu.

- Pacientas nesilaiko gydytojo paskirto režimo; pacientas neatsisako žalingų įpročių (užfiksuojama ligoninės teritorijoje); tyrimo ėminių klaidos (hemolizė, temperatūrinio režimo nesilaikymas, tyrimo ėminio dingimas ir pan.).
- Nepageidaujami įvykiai, susiję su pacientų sauga; susiję su diagnostinėmis bei gydomosiomis invazinėmis procedūromis; susiję su įstaigos aplinka.

55. Nepageidaujamas išėjis (rezultatus) pacientams sukeltas įvykiai tikėtini ir kitose paslaugas teikiančiose gydymo įstaigose, bet, nesant nustatytos prievolės registruoti kitus, o ne tik nustatytus privalomus, įstaigos jų neregistruoja.

Daugiaprofilines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios gydymo įstaigos, kurioje nepakankamai valdomi nepageidaujami įvykiai, pavyzdys

Įstaigoje teikiamos šeimos gydytojo paslaugos (prisirašę per 130 tūkst. pacientų), per metus suteikiama per 300 tūkst. gydytojų specialistų konsultacijų, atliekami laboratorinės diagnostikos, radiologijos, magnetinio rezonanso tomografijos, endoskopijos tyrimai, teikiamos ir stacionarinės (dienos stacionaro, dienos chirurgijos, reanimacijos kartu su dienos chirurgija) paslaugos. Šioje įstaigoje neatsižvelgta į teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų spektrą, jų specifiškumą (be to, ir į jau buvusį rezonansinį nepageidaujamą įvykį) ir papildomai nenusistatyti ir neregistruojami kiti nepageidaujami įvykiai, be įtrauktų į sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintą sąrašą.

56. Neužregistravus nepageidaujamų įvykių, auditorių nuomone, sunku imtis prevencinių veiksmų, kad būtų šių įvykių išvengta ir gerėtų paslaugų kokybė.

Nedidelis užregistruotų nepageidaujamų įvykių mastas

57. Lietuvoje registruojant privalomus registruoti nepageidaujamus įvykius daugiausia informacijos sukaupta apie hospitalines infekcijas ir su vaistinių preparatų naudojimu susijusius įvykius. Jų registravimo didėjimo tendencija matoma 2014–2016 m. (4 lentelė), o kitų privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių užregistruojama iki 10 atvejų per metus.

4 lentelė. Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių, fiksuotų Lietuvoje 2014–2016 m., skaičius

Nepageidaujamų įvykių grupė	2014 m.	2015 m.	2016 m.
Susiję su medicinos prietaisų naudojimu	5	5	9
Hospitalinės infekcijos (nustatytos Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo metu)	679	693	718
Hospitalinės infekcijos (operacinių žaizdų infekcijos chirurgijos skyriuose)	86	103	132
Hospitalinės infekcijos (reanimacijos intensyvios terapijos skyriuose)	441	637	788
Susiję su kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija	10	7	2
Susiję su vaistinių preparatų naudojimu	453	584	705
Susiję su pacientų, darbuotojų, gyventojų radiacine sauga bei radiologinėmis avarijomis	3	4	2
Susiję su audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos procesu bei pagalbinio apvaisinimu	0	0	0

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal atsakingų institucijų ir įstaigų duomenis.

58. Įvertinę nepageidaujamų įvykių registravimo statistiką Lietuvoje ir šių įvykių registravimo gydymo įstaigose praktiką, matome, kad nepageidaujamų įvykių valdymas nėra įstaigoms

svarbus. 19 proc. mūsų apklaustų gydymo įstaigų (50 iš 262) nesilaikė nustatytų įpareigojimų dėl šių įvykių valdymo (51 pastraipa) ir nurodė neturinčios vadovo patvirtintos jų registravimo įstaigoje vidaus tvarkos. 15 iš 28 (54 proc.) detaliau analizuotų gydymo įstaigų privalomi registruoti nepageidaujami įvykiai audituojamuoju laikotarpiu nebuvo registruoti (dažniau rajonų gydymo įstaigose), viena iš šių įstaigų nurodė, kad šių įvykių įstaigoje nebuvo per paskutiniuosius 12 metų. Nustatėme gerosios praktikos pavyzdžių (Klaipėdos universitetinė ligoninė, VU Santaros klinikos), kai gydymo įstaigose nustatyta ir registruojama daugiau nepageidaujamų įvykių grupių, nei reglamentuota registruoti.

59. Kad registruojami ne visi privalomi registruoti nepageidaujami įvykiai atskleidė ir audito metu analizuotos Akreditavimo tarnybos dokumentai (patikrinimo ataskaitos).

Nepageidaujamų įvykių neįregistravimo pavyzdžiai

- Akreditavimo tarnyba 2015 m. pareiškė skundo pagrindu atliko jam gydymo įstaigoje teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolę. Nustatė, kad įstaiga Nepageidaujamų įvykių informacinėje sistemoje neregistravo nepageidaujamos reakcijos į vaistus *Diklofenak (Diclac)* ir *Dolobene*.
- Akreditavimo tarnyba 2017 m. konsoliduotų planinių tikrinimų metu (29 gydymo įstaigos) nustatė 2 įstaigas, kurios nevykdė nepageidaujamų įvykių registravimo.

60. Higienos instituto, apibendrinančio visos šalies informaciją apie užregistruotus nepageidaujamus įvykius, duomenys atskleidė, kad 2014–2016 m. iki 24 proc. bendrojo pobūdžio ligoninių ir iki 45 proc. palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninių nepageidaujamų įvykių neįregistravo. Pagal teikiamų paslaugų pobūdį šiose ligoninėse hospitalinės infekcijos praktiškai neišvengiamos. Mūsų nuomone, ligoninėse, kuriose neįregistruota nepageidaujamų įvykių, juos kruopščiai nustatyti ir registruoti vengiama.

61. Mokslinio tyrimo⁶³ duomenimis ligoninės nepraneša apie nepageidaujamus įvykius daugiau nei pusę atvejų.

Mokslinio tyrimo metu atliktos ligoninių apklausos apie nepageidaujamų įvykių registravimą duomenys

„Nepranešama apie 59,5 proc. įvykių, „kurie taip dažnai nutinka, kad tapo įprastu, kasdieniu dalyku“; nepranešama apie 52,3 proc. įvykių, „kurie turėjo blogų pasekmių, bet tos pasekmės buvo nuslėptos (neįformintos medicininėje dokumentacijoje, apie jas nebuvo informuoti kiti gydytojai, slaugytojai, įstaigos administracija)“.

62. Apklaustos gydymo įstaigos įvardija priežastis, kodėl nepageidaujami įvykiai neregistruojami arba registruojami vangiai.

Gydymo įstaigų nurodytos vengimo registruoti nepageidaujamus įvykius priežastys

- Darbuotojų sąmoningumo ir atsakomybės stoka, sunku pripažinti savo darbo trūkumus ir apie juos pranešti;
- Įstaigos vadovų požiūris („užglaištomai“ pacientų skundai, nepageidautini įvykiai);
- Viešumo, tikrinimų, nuobaudų ar atsakomybės baimė;
- Baimė, kad nepageidaujamas įvykis pacientų bus įvertintas kaip žala sveikatai, bus pateikti kaltinimai ar ieškiny s atlyginti žalą;
- Baimė prarasti reputaciją, licenciją;
- Nenoras skųsti kolegų.

63. Gydymo įstaigų, profesinių gydytojų draugijų atstovų nuomone, dabartinė teisinė aplinka verčia sveikatos priežiūros specialistus slėpti klaidas ir nepageidaujamus įvykius. Siekiant,

⁶³ „L. Paškevičius, Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse“, mokslo daktaro disertacija, Mykolo Romerio universitetas, 2017 m.

kad nepageidaujami įvykiai būtų atskleidžiami, registruojami ir iš jų būtų mokomasi, turėtų būti pakeisti įstatymai: įteisintas žalos, padarytos pacientų sveikatai, atlyginimo be kaltės modelis.

64. Aukščiausioji audito institucija 2013 m. Sveikatos apsaugos ministerijai teikė rekomendaciją inicijuoti Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nuostatų peržiūrėjimą (pakeitimą ir (ar) papildymą)⁶⁴, bet pakeitimų iki šiol neatlikta. Šiuo metu klausimus dėl žalos pacientų sveikatai atlyginimo be kaltės modelio svarsto atsakingos institucijos⁶⁵.

Pacientų skundai neapibendrinami ir nevertinami kaip informacijos apie nepageidaujamus įvykius šaltinis

65. Pacientų pareiškimus, skundus dėl sveikatos priežiūros paslaugų gauna gydymo įstaigos ir įvairios valstybės institucijos, nustatyta pacientų skundų pateikimo ir nagrinėjimo tvarka⁶⁶ (4 priedas). Jos nagrinėja kiekvieną gautą paciento pareiškimą ar skundą atskirai, bet gautų skundų (5 lentelė) apibendrinta analizė neatliekama, skundai nevertinami kaip duomenų apie nepageidaujamus įvykius sveikatos priežiūroje šaltinis.

5 lentelė. Institucijų gautų pacientų skundų, pareiškimų, prašymų skaičius 2015–2017 m.

	2015 m.	2016 m.	2017 m.
Sveikatos apsaugos ministerija*	4 586	3 252	3 339
Akreditavimo tarnyba	333	394	352
Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija	221	257	131
Valstybinė ligonių kasa	125	102	72

* visi ministerijos gauti pareiškimai, prašymai, neskirstyti pagal turinį

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal įstaigų pateiktus duomenis

66. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisija kasmet apie 120 gautų pareiškimų pripažįsta pacientų sveikatai padaryta žala, bet šie ir kiti komisijos nagrinėti atvejai neįvertinami kaip nepageidaujami įvykiai; taigi nesudarytos prielaidos imtis prevencinių veiksmų, kad šalies gydymo įstaigose tokių atvejų ateityje būtų išvengta⁶⁷ (7 pav.).

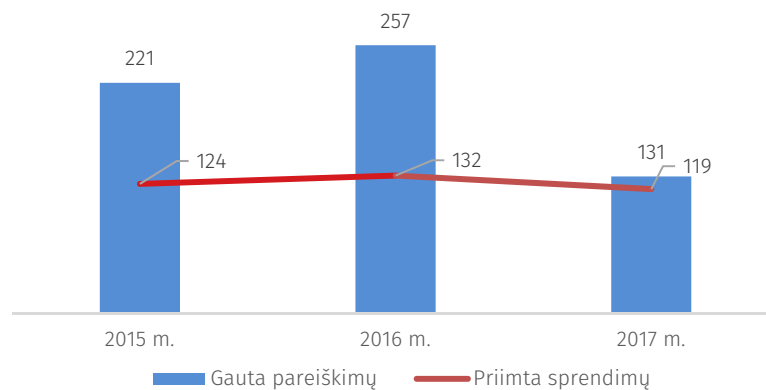
⁶⁴ Valstybinio audito ataskaita „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, 2013-02-28 Nr. VA-P-10-2-4.

⁶⁵ Seimo Sveikatos reikalų komiteto 2018-04-25 posėdis šiais klausimais.

⁶⁶ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 23 ir 24 str.

⁶⁷ Ministerija nurodė nerenkanti ir neanalizuojanti duomenų apie Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos nagrinėtus pareiškimus ir priimtus sprendimus.

7 pav. Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos gautų pacientų pareiškimų ir priimtų sprendimų skaičius (pripažinta žala sveikatai) 2015–2017 m.



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos duomenis

67. Informacijos apie nepageidaujamus įvykius šaltiniai yra medicininė dokumentacija, gydymo įstaigų darbuotojų ar pacientų apklausos, pacientų pareiškimai ar skundai (dėl netinkamo paslaugų suteikimo, nesuteikimo, kreipimaisi dėl žalos jų sveikatai, dėl įvairių konfliktinių situacijų, informacijos ir kt.). EBPO teigia⁶⁸, kad siekiant užtikrinti pacientų saugą, parinkti pakankamas ir tinkamas nepageidaujamų įvykių prevencijos priemones, svarbu turėti išsamius ir pagrįstus duomenis.
68. Gauti pacientų skundai nesuteikia visos galimos informacijos apie jų nuomonę dėl netinkamai suteiktų paslaugų, nes ne visi pacientai kreipiasi (neturi pakankamos, informacijos kaip elgtis ar į ką kreiptis) esant nepatenkintiems lūkesčiams dėl sveikatos priežiūros. Valstybinio audito rezultatai⁶⁹ parodė, kad mažiausiai trečdalis pacientų (respondentų) nesikreiptų į institucijas patyrę žalą (6 lentelė).

6 lentelė. Ar pacientai kreiptųsi dėl žalos sveikatai

	Respondentų dalis
Patyrę žalą sveikatai, to neskųstų	30 proc.
iš jų: neskųstų, nes „beprasmiška, negalima įrodyti savo tiesą“	61 proc.
Mano žinantys į ką kreiptis, patyrus žalą sveikatai	17 proc.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo 2017 m. duomenis

69. Bet kurie pacientų kreipimaisi, nebūtinai skundai dėl žalos sveikatai, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (gydymo įstaigoms), užsakovams ir organizatoriams (ministerijai ir įstaigoms) yra svarbus informacijos šaltinis paslaugų kokybės gerinimo / pacientų saugos didinimo klausimais. Todėl pacientų skundų duomenys turėtų būti analizuojami, sisteminami, vertinami kaip sudėtinė nepageidaujamų įvykių sistemos valdymo dalis.
70. Auditorių nuomone, pacientų pareiškimų, skundų duomenų fiksavimas vienoje vietoje (pavyzdžiui, viename registre), suteiktų daugiau informacijos apie nepageidaujamus įvykius, padėtų juos vertinti tiek platesniu mastu, tiek prevencinių veikslių imtis lokaliai.

⁶⁸ OECD, *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. 2017, 55 psl.

⁶⁹ „Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas“, 2017 m.

3.2. Nepageidaujamų įvykių valdymo procesas šalyje tobulintinas

71. Atlikdami auditą laikėmės nuomonės, kad nepageidaujamų įvykių valdymo procesas tinkamas ir pasiekia savo tikslą (leidžia pacientų saugą užtikrinti maksimaliai), kai:
- atsakingos institucijos ir įstaigos vykdo nepageidaujamų įvykių stebėseną, analizę;
 - periodiškai skelbia rezultatus;
 - stebėsenos ar analizės pagrindu imamasi prevencinių priemonių, siekiant užtikrinti ir didinti pacientų saugą ir teikiamų paslaugų kokybę⁷⁰.
72. Gydomo įstaigos informaciją apie užregistruotus nepageidaujamus įvykius pagal nustatytas privalomas registruoti 6 šių įvykių grupes teikia nustatytoms atsakingoms institucijoms (5 priedas)⁷¹, kurios vykdo nepageidaujamų įvykių registravimą (statistinę stebėseną), kaip nustatyta tvarkos apraše, ir nustatytus duomenis perduoda Higienos institutui, kitoms kompetentingoms ES institucijoms (pavyzdžiui, Europos ligų kontrolės centrui teikia duomenis apie registruotas hospitalines infekcijas). Tik kai kuriais atvejais atsakingos institucijos turimus duomenis apie nepageidaujamus įvykius panaudoja atliekant subjektų veiklos tikrinimą (Radiacinės saugos centras) ar duomenų pagrindu rengia metodines rekomendacijas (Higienos institutas dėl hospitalinių infekcijų).
73. Esama nepageidaujamų įvykių registravimo tvarka – tik tokių įvykių registravimas – nepakankama priemonė vykdyti stebėseną, nes neatliekamos apibendrintos analizės, nepageidaujamų įvykių rizikos ir kiti vertinimai. Procesas nepasiekia tikslo: taikant prevencines priemones mažinti nepageidaujamų įvykių skaičių. Pavyzdžiui, Akreditavimo tarnyba, kuriai institucijos 2013–2016 m. teikė apibendrintą informaciją apie registruotus nepageidaujamus įvykius, apibendrintų analizių, vertinimų neatliko, nerengė ir neskelbė ataskaitų, nes tokių priemonių vykdyti neįpareigojo teisės aktai⁷². Nuo 2016 m. Higienos institutui, perėmusiam nepageidaujamų įvykių duomenų apibendrinimo funkciją, pavesta tik rengti apibendrintą metinę ataskaitą ir skelbti ją instituto tinklalapyje.
74. Gydomo įstaigos pripažįsta nepageidaujamų įvykių registravimo ir prevencinių priemonių taikymo svarbą užtikrinant asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugą, tačiau pabrėžia, kad Lietuvoje procesas vis dar yra formalus ir vienpusis (įvykis registruojamas ir apie jį pranešama atsakingai institucijai): gydymo įstaigos, asmens sveikatos priežiūros specialistai negauna grįžtamojo ryšio iš šių įvykių registravimo, nesidalijama informacija tarp gydymo įstaigų, jų sukaupta patirtimi. Įstaigos yra tos nuomonės, kad nepageidaujami įvykiai turėtų būti kaupiami vienos institucijos ar įstaigos, kurioje turėtų būti analizuojami ir vertinami visi įvykiai, užtikrinama atitinkamos informacijos sklaida ar grįžtamasis ryšys įstaigoms.

Gydymo įstaigų nuomonė dėl nepageidaujamų įvykių registravimo

- Galiojanti privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių nustatymo ir registravimo tvarka sudaro formalias prielaidas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms registruoti privalomus nepageidaujamus įvykius. Ši tvarka iš esmės nepadedą įstaigoms aiškintis nepageidaujamų įvykių kilimo priežasčių nacionaliniu lygmeniu, nes nėra grįžtamojo ryšio iš informaciją

⁷⁰ World Health Organization, *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*, 2006, 14 psl.

⁷¹ Sveikatos apsaugos ministro 2010-05-06 įsakymu Nr. V-401 patvirtintas Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos aprašas; 2008-05-29 įsakymu Nr. V-338 patvirtintas Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašas.

⁷² Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos aprašas.

sisteminančių institucijų (nėra apibendrintos išsamios analizės ir siūlymų, kaip išvengti nepageidaujamų įvykių).

- Turėtų būti įdiegta vieninga nepageidaujamų įvykių nagrinėjimo sistema ir kriterijai šalyje.
- Nepageidaujamų įvykių registras turi būti bendras ir vienodas visoje šalyje, apimantis ne tik jau nustatytus, bet ir susijusius su klinikiniais atvejais.
- Įsteigti atskirą instituciją, kuri neatliktų sveikatos priežiūros paslaugų kontrolės, bet užtikrintų pacientų saugą, nagrinėtų nepageidaujamų įvykių duomenis iš visų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų, analizuotų juos ir teiktų metodines rekomendacijas sveikatos priežiūros įstaigoms kaip išvengti nepageidaujamų įvykių ir kitais pacientų saugos klausimais. Taip pat ši institucija galėtų bendradarbiauti su pacientų organizacijomis.

75. Mūsų vertinimu, apibendrintų nepageidaujamų įvykių ir jų priežasčių ir pasekmių vertinimai būtini tinkamam nepageidaujamų įvykių valdymui. Suteikiamas objektyvus grįžtamasis ryšys iš šių įvykių registravimo ir šalies mastu taikytinų prevencinių priemonių sklaida skatintų gydymo įstaigas registruoti juos ir nebūtų abejojama pridėtine šio registravimo verte.

Pokyčiai audito metu

76. Nuo 2019 m. sausio 1 d. įsigalios Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo pakeitimai⁷³: platesnis nepageidaujamų įvykių sąrašas, stebėsenos elementai, tačiau dar nesukurtos visos prielaidos, kad koordinuojanti įstaiga užtikrintų išsamią nepageidaujamų įvykių priežasčių ir pasekmių analizę, būtų užtikrinamas viešinimas ir grįžtamasis ryšys nacionaliniu ir vietos lygiu. Praplėstasis sąrašas neapima tokių įvykių, kurie susiję su sveikatos priežiūros specialistų žmogiškaisiais veiksniais, gydymo įstaigų organizacine kultūra, komunikacija ir pan.

4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VEIKSMINGUMAS NESTEBIMAS IR NEVERTINAMAS

77. Užtikrinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir ją gerinti, EBPO rekomenduoja atliekant išorinį gydymo įstaigų vertinimą, kaip nenutrūkstamą procesą. Tai gali būti, pavyzdžiui, valstybės vykdoma priežiūra, ISO sertifikavimas ar akreditavimas. Išorinis vertinimas būna paremtas gydymo įstaigų auditu ar vertinimu. Gerai veikiančiose sveikatos priežiūros sistemose kokybės gerinimas susietas su efektyviu informacijos valdymu. Yra kaupiama informacija apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas ir ligų statistiką, bet, ką pažymi ir EBPO, lieka esminių informacijos spragų apie teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę: veiksmingumą (paslaugų teikimo rezultatus) ir saugą⁷⁴.

4.1. Trūksta rodiklių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pamatuoti

78. Audito metu laikėmės nuomonės, kad sveikatos priežiūros kokybė gydymo įstaigose ir šalyje yra analizuojama ir vertinama tinkamai, kai:

⁷³ Patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2018-09-11 įsakymu Nr. V-1001.

⁷⁴ OECD, *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality*, 2017, 51, 44–45 psl.

- gydymo įstaigoje yra patvirtinta sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politika, nustatyti organizaciniai ir klinikiniai kokybės rodikliai pagal įstaigos prioritetus sveikatos priežiūros paslaugų procesui ar rezultatams vertinti⁷⁵;
 - šalies mastu nustatyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodikliai⁷⁶ (jie detalizuoti, pavyzdžiui, pagal rodiklių grupes, asmens sveikatos priežiūros paslaugų rūšis, pobūdį ir kt.), pagal juos analizuojama ir vertinama tiek gydymo įstaigų veikla (teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas ir saugumas), tiek analizuojama ir vertinama sveikatos priežiūros kokybė šalies mastu⁷⁷;
 - rodikliai atitinka EBPO valstybių taikomus rodiklius ir Lietuvos rodikliai palyginami su kitų valstybių rodikliais⁷⁸.
79. Kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų rodiklius ir jų turinio reikalavimus nustato sveikatos apsaugos ministras⁷⁹, bet nustatyti rodikliai neapima visų paslaugų kokybės vertinimo:
- Nustatyti viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybiniai ir kokybiniai rodikliai⁸⁰, skirti įstaigų vadovų darbo užmokesčio kintamajai daliai nustatyti, tačiau jie nukreipti vertinti procesą, o ne paslaugų kokybę (rezultatą).
 - Patvirtinti Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašai⁸¹, tačiau rodiklių ambulatorinių paslaugų kokybei pamatuoti nėra.
80. Beveik ketvirtadalis gydymo įstaigų (59 iš 260 atsakiusių į klausimą) nėra pasitvirtinusios įstaigos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politikos. Tik trečdalis (iš 260 apklaustų) yra nustačiusios papildomus asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklius. Tokie rodikliai (pavyzdžiui, medicininių dokumentų pildymo tvarka, vidaus audito patikrintų asmens sveikatos istorijų skaičius, dienos stacionaro skyriaus užimtumas, apsilankymų skaičiaus dinamika) skirti procesui, o ne veiksmingumui vertinti. Tik keletas nustatytų kokybės rodiklių, pavyzdžiui, būklė baigus gydymo kursą – funkcijų išlaikymo ar atsistatymo lygis, rodo suteiktų paslaugų veiksmingumą (rezultatą).
81. Nenustatytos gydymo įstaigų siektinų rodiklių reikšmės, jų veikla pagal nustatytus veiklos kokybės vertinimo rodiklius⁸² neanalizuojama, nelyginama ir negalima stebėti pokyčių.
82. EBPO statistikos duomenų bazėje išskiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklių grupės (6 priedas). Lietuvoje nestebimi, nevertinami ar stebimi ir vertinami ne visi (neišsamiai) EBPO valstybių taikomi sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodikliai (7 lentelė).

⁷⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2008-05-29 įsakymu Nr. V-338 patvirtintas Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašas, 18.1, 18.2 p.

⁷⁶ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 3 str. 2 d.

⁷⁷ OECD, Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality. 2017 (46 psl.).

⁷⁸ EK ir EBPO leidiniai *Health at Glance: Europe 2016 (state of health in the EU cycle) ir Health at Glance: Europe 2017 (OECD indicators)*.

⁷⁹ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 3 str. 2d.

⁸⁰ Patvirtinti Sveikatos apsaugos ministro 2011-12-01 įsakymu Nr. V-1019, nuo 2018-05-30 Sveikatos apsaugos ministro 2018-05-09 įsakymu Nr. V-554.

⁸¹ Patvirtinti sveikatos apsaugos ministro 2012-11-29 įsakymu Nr. V-1073 (2015-08-10 įsakymo Nr. V-929 redakcija).

⁸² Ten pat.

7 lentelė. EBPO skelbiamų sveikatos priežiūros kokybės rodiklių pavyzdžiai

Rodiklių grupė	Rodiklių pavyzdžiai
Vaistų skyrimas pirminėje sveikatos priežiūroje	Antibiotikų skyrimas (bendras); Antros eilės pasirinkimo antibiotikų skyrimas (bendras); Antibiotikų skyrimas pagal amžiaus grupes: asmenų grupės 0–9 m., 10–19 metų, per 65 m.; Ilgalaikis benzodiazepinų vartojimas: vyresni nei 65 m. amžiaus asmenys.
Pacientų sauga	Svetimkūnis paliktas per procedūrą; Chirurginės komplikacijos: plaučių tromboembolija, venų trombozė, sepsis; Komplikacijos chirurginių procedūrų, operacijų metu: kraujavimai, kitų organų pažeidimai; Gimdymo traumos
Pacientų patyrimas ir paslaugų prieinamumas	Paslaugų laukimo laikas (specialisto konsultacijos); Atsisakymas konsultacijų, tyrimų, gydymo, paskirtų vaistų dėl aukštų jų kainų; Pacientų atsiliepimai: ar gydytojas per konsultacijas skiria pakankamai laiko; ar gydytojas pateikia lengvai suprantamus paaiškinimus; ar suteikia galimybę užduoti klausimus; ar gydytojas įtraukia pacientus sprendžiant apie paciento ištyrimą, gydymą.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal EBPO.

83. EBPO pažymi, kad paciento patirties įvertinimas ir stebėjimas gali parodyti, kokie pakeitimai reikalingi kokybei gerinti. Lietuvoje nustatytas rodiklis ir gydymo įstaigos vertina pacientų pasitenkinimo gydymo įstaigos teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygį, tačiau nėra vertinami EBPO stebimi pacientų patirties rodikliai: ar gydytojas per konsultacijas praleidžia pakankamai laiko su pacientais, pateikia lengvai suprantamus paaiškinimus, suteikia galimybę užduoti klausimus ir išreikšti susirūpinimą, ar įtraukia pacientus į sprendimus, turinčius įtakos pacientų priežiūrai ir gydymui.
84. Auditorių nuomone, asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, jų veiksmingumas ir saugumas yra svarbiausi vertinant gydymo įstaigų veiklos rezultatus. Todėl įstatyme nustatyto gydymo įstaigų veiklos rezultatų vertinimo neatsiejama dalis turėtų būti gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybės vertinimas: nustatomi detalūs rodikliai, siektinos jų reikšmės, rezultatai stebimi, vertinami, lyginami ir viešinami.

Pokyčiai audito metu

- Sveikatos apsaugos ministras įpareigojo Akreditavimo tarnybą kasmet ministerijai teikti gydymo įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių duomenų suvestinę. Mūsų nuomone, nenustačius prievolės rodiklius analizuoti ir vertinti bei nepaskyrus įgaliotos institucijos, gali būti neįgyvendinta 17-osios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos⁸³ nuostata, numatanti tobulinti Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų kokybės rodiklių stebėsenos sistemą, kad „jie <...> vertintų sveikatos paslaugų kokybę“.
- Sveikatos apsaugos ministras 2017-11-15 patvirtino Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programą, kurioje suplanavo priemonę sukurti asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pagrindinių veiklos rodiklių sistemą. Terminas numatytas 2020 metai. Planuojama, kad įgyvendinus priemonę, būtų sudarytos sąlygos atlikti periodinį gydymo įstaigų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimą.
- Nuo 2018-01-01 įsigaliojo Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15² str., kuriame įvardyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų ir biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimo rodikliai⁸⁴. Asmens

⁸³ Patvirtinta Seimo 2016-12-13 nutarimu Nr. XIII-82, 35,5 d.

⁸⁴ Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 15² str. 2 d.

sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodikliai įstatyme nenumatyti, tik numatyta galimybė ministrui nustatyti papildomus įstaigos veiklos rezultatų vertinimo rodiklius.

- Ministras nustatė Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašą⁸⁵. Pažymėtina, kad daugiau nei puse rodiklių (8 iš 13) vertinamas procesas (paslaugų teikimo intensyvumas)⁸⁶, veiksmingumą vertinti nustatyti 5 rodikliai. Be to, rodiklių reikšmės, kurių turėtų siekti gydymo įstaigos, nenumatytos.

4.2. Gydymo įstaigų veiklos priežiūra valstybės mastu apsiriboja atitikties teisės aktams vertinimu

85. Siekiant užtikrinti pacientų teisės į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimą yra svarbi kokybės priežiūra. Pacientams realizuojant teisę pasirinkti gydymo įstaigą svarbu turėti patikimą informaciją apie gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybę: saugumą ir veiksmingumą.
86. Laikėme, kad gydymo įstaigų priežiūros mechanizmai užtikrina kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, kai šalies mastu vertinama asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: jų saugumas bei veiksmingumas⁸⁷.
87. Pagrindinė institucija, vykdanči įstaigų teikiamų paslaugų kokybės valstybinę priežiūrą, yra Akreditavimo tarnyba, atliekanti planinius ir neplaninius ūkio subjektų (gydymo įstaigų) veiklos patikrinimus. Nustatėme, kad didžiausias dėmesys skiriamas tikrinimams pagal gautus skundus, o planinių tikrinimų metu per 3 metus įvertinta 4,6 proc. gydymo įstaigų. Neplaninės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolės, vykdomos gautų pavedimų, prašymų, kitos informacijos pagrindu⁸⁸, mastas 5 kartus didesnis nei planinės.
88. Planiniai konsoliduoti tikrinimai pradėti vykdyti 2015 metais ir Akreditavimo tarnybos teigimu vykdomi atsižvelgiant į turimus finansinius ir žmogiškuosius išteklius (8 lentelė).

8 lentelė. Akreditavimo tarnybos atliktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolių / kontroliuotų gydymo įstaigų skaičius (vnt.) 2014–2017 m.

	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.
Atliktų neplaninių kokybės kontrolių / patikrintų įstaigų skaičius (vnt.)	121	134	141	162
Atliktų konsoliduotų planinių kokybės kontrolių / patikrintų įstaigų skaičius (vnt.)	–	18	26	29

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Akreditavimo tarnybos pateiktus duomenis

89. Planiniams tikrinimams gydymo įstaigų atranka remiasi ministerijos nurodytomis prioritetinėmis sritimis. Akreditavimo tarnyba sudarydama planinių patikrinimų planus vadovaujasi kriterijais⁸⁹ ir

⁸⁵ Patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2018-04-16 įsakymu Nr. V-419.

⁸⁶ Ten pat.

⁸⁷ Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 52 str., *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality. OECD, 2017* (51 psl.).

⁸⁸ Neplaninės kontrolės atliekamos pagal pavedimus, prašymus, kitą informaciją gautą iš Sveikatos apsaugos ministerijos, ikiteisminio tyrimo institucijų, teismų, LR Seimo kontrolieriaus, Vaikų teisių apsaugos kontrolieriaus, Valstybinės vartotojų teisių apsaugos tarnybos ir kitų institucijų.

⁸⁹ Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2011-05-03 direktoriaus įsakymu Nr. T1-390 patvirtintos Atliekamų patikrinimų taisyklės, 12–15 p.

nustato rizikos balus atsižvelgdama į tai, ar ankstesnių patikrinimų metu įstaigoje buvo nustatyta pažeidimų, ar dėl veiklos gauta skundų ir ar įstaiga nebuvo tikrinta paskutinius 3 metus. Planuodama tikrinimus, tarnyba neįvertina gydymo įstaigų veiklos rizikų pagal gydymo įstaigų rūšis, jų teikiamų paslaugų pobūdį, taikomus gydymo metodus ir kt.⁹⁰ Todėl didžiausias veiklos rizikas turinčios įstaigos gali nepapulti į planuojamų patikrinti įstaigų sąrašą.

90. Tiek planinės, tiek neplaninės kontrolės metu tikrinama, ar gydymo įstaigos sveikatos priežiūros paslaugas teikė nepažeisdamos teisės aktų reikalavimų, ar jų veikla atitiko licencijuojamos veiklos sąlygas, bet nevertinamas paslaugų veiksmingumas. Paslaugų turinys – ar sveikatos priežiūros specialistai pacientui atliko visus nustatytus tyrimus sveikatos būklei įvertinti ir ligoms diagnozuoti, ar pacientui buvo parinkta tinkama gydymo taktika ir kt. įvertinama tik tuomet, kai jos objektas yra klinikiniai atvejai (tokius vertinimus atlieka medicinos specialistai konsultantai).
91. EBPO pažymi išorinio vertinimo ir kontrolės vykdant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės priežiūrą svarbą. Vienas iš būdų – gydymo įstaigų ar tam tikrų jų padalinių akreditavimas⁹¹. Lietuvoje 2016 m. Akreditavimo tarnyba pradėjo pirminės sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimą: pripažįstama, kad įstaigos įvykdė reikalavimus kokybei tobulinti ir imasi nuolatinio kokybės gerinimo⁹².
92. Valstybinei ir teritorinei ligonių kasoms teisės aktais pavesta vykdyti: sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, kiekio ir kokybės kontrolę, atlikti PSDF biudžeto lėšų naudojimo finansinę bei ekonominę analizę įstaigose, kurios sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl paslaugų teikimo ir kompensavimo⁹³. Pažymėtina, kad šios institucijos vertiną tik kiekį, o kokybės – ne. Mūsų nuomone, joms ir neturėtų būti pavesta ją vertinti, siekiant išvengti dubliavimo su Akreditavimo tarnybai pavestomis funkcijomis.
93. Suteiktos paslaugos iš PSDF apmokamos teisės aktų nustatyta tvarka⁹⁴, bet nei sutarčių su teritorinėmis ligonių kasomis sudarymas, nei paslaugų apmokėjimas nėra siejamas su gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybės reikalavimais: paslaugų veiksmingumu ir gydymo rezultatais.
94. Šalyje vykdoma asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės priežiūra labiau orientuota į paslaugų saugumo užtikrinimą, bet dar nėra praktikos vertinti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą analizuojant gydymo įstaigų veiklą ir teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų rezultatus, juos palyginti.

Pokyčiai audito metu

95. Sveikatos apsaugos ministras patvirtino Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo programą⁹⁵ ir vieną jos uždavinių: „gerinti gyventojams teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų saugą, stebėseną, kontrolę ir vertinimą“. Numatyta įgyvendinti priemonė – didinti sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose Akreditavimo tarnyba vykdys konsoliduotus planinius asmens sveikatos priežiūros paslaugų patikrinimus, skaičių. Mūsų nuomone, svarbu ne tik didinti skaičių, bet ir vystyti jų turinį.

⁹⁰ ES valstybėse (Danijoje, Italijoje, Norvegijoje, Švedijoje) didžiausias dėmesys išoriniam vertinimui skiriamas sudėtingiausias paslaugas teikiantiems padaliniais (pavyzdžiui, reanimacijos intensyvios terapijos), žr. *OECD Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality*, 2017, 51–52 psl.

⁹¹ Ten pat, 51–52 psl.

⁹² Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos informacija, prieiga per internetą: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/1080>.

⁹³ Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 52 str. 1 d. 3 p.

⁹⁴ Sveikatos draudimo įstatymas, 25 ir 26 str.

⁹⁵ Patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2017-11-15 įsakymu Nr. V-1292.

4.3. Tobulintinas medicininio audito organizavimas gydymo įstaigose

96. Gydymo įstaigos administracija privalo organizuoti vidaus medicininį auditą Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka⁹⁶. Šiuo auditu siekiama, kad gydymo įstaigose būtų užtikrinama asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.
97. Vidaus medicininį auditą gydymo įstaigose organizuojamu tinkamai laikėme, kai gydymo įstaigų vidaus medicininio audito darbuotojų kvalifikacija atitinka nustatytus reikalavimus, darbuotojai vykdo jiems pavestas funkcijas.
98. Sveikatos priežiūros veiksmingumas, paslaugų teikimo rezultatai gydymo įstaigose nevertinami. Išanalizavę 20 gydymo įstaigų atliktų vidaus medicininį auditų ataskaitas įsitikinome, kad atliekamų vidaus medicininį auditų tikslas – įvertinti suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų atitiktį teisės aktų reikalavimams ir medicininį įrašų kokybę, o to neužtenka pasisakyti apie paslaugų kokybę.

Atliktų vidaus medicininį auditų tikslų pavyzdžiai

- Nustatyti, ar stacionare gydomi pacientai pagrįstai siunčiami brangiems tyrimams, ar jų skyrimas atitinka galiojančius teisės aktus. Vertinta: stacionare gydytų pacientų siuntimų kompiuterinės tomografijos (KT) tyrimui pagrįstumas, atitiktis teisės aktų reikalavimams.
- Patikrinti mamografinės patikros dėl krūties vėžio programos vykdymo atitikimą galiojantiems išorės teisės aktams.
- Įvertinti: 1) gydytojų specialistų medicininės dokumentacijos įrašų dėl pacientų atrankos ir siuntimo MRT tyrimo paslaugai, kurią teikiant naudojamos teleradiologijos priemonės, bei paslaugos teikimo atitikimą nustatytiems teisės aktų reikalavimams. 2) MRT tyrimo procedūros privalomų sąlygų laikymąsi. Tyrimo apimtis: 1) Tikrinta medicininį dokumentų įrašų kokybę. 2) MRT tyrimo procedūros skyrimo ir atlikimo atitikimas nustatytiems teisės aktų reikalavimams (gydytojų išduotų medicininį dokumentų išrašų / siuntimų pildymo kokybę).
- Įvertinti: 1) šeimos gydytojų ir gydytojų specialistų įrašų Pacientų medicininuose dokumentuose atitikimą nustatytiems teisės aktų reikalavimams dėl paciento epidemiologinės anamnezės nurodymo ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje, statistinėje kortelėje, pranešimo apie susirgimą suformavimo įstaigos informacinėje sistemoje. 2) Klinikinės laboratorijos darbuotojų įrašų medicininuose dokumentuose atitikimą teisės aktų reikalavimams dėl skubių pranešimų apie užkrečiamųjų ligų sukėlėją pildymo kokybės ir pan.

99. Ne visose gydymo įstaigose vidaus medicininis auditas organizuotas laikantis sveikatos apsaugos ministro nustatytų reikalavimų. 41 įstaigoje nustatėme netinkamo vidaus medicininio audito grupių formavimo atvejų, kai nėra įsteigto audito padalinio arba auditoriai neturi tinkamo išsilavinimo.

41-oje įstaigoje nustatytų neatitiktį pavyzdžiai:

- 5 gydymo įstaigose, kuriose dirba daugiau kaip 300 sveikatos priežiūros specialistų ir turėtų būti įsteigtas vidaus medicininio audito padalinys, tokio padalinio nėra;
- 2 įstaigose, kuriose dirba daugiau kaip 50 sveikatos priežiūros specialistų ir turėtų būti sudaryta vidaus medicininio audito grupė, tokios nėra;
- 1 gydymo įstaigoje nėra paskirto vidaus medicininio audito grupės vadovo
- Iš 36 vidaus medicininio audito grupės (padalinio) vadovų 1 neturi tinkamo išsilavinimo, 4 neturi reikiamo ne mažesnio kaip dvejų metų darbo stažo sveikatos priežiūros srityje ir 6 nėra baigę 48 val. trukmės vidaus medicininio audito žinių ir įgūdžių įgijimo kursą pagal tobulinimosi programą, suderintą su Sveikatos apsaugos ministerija.

⁹⁶ Sveikatos sistemos įstatymas, 53 str. 1 d.

- Iš 136 medicinos auditorių (vidaus medicininio audito grupės arba padalinio narių) 18 neturi reikiamo išsilavinimo, 7 neturi reikiamo vienu metų stažo sveikatos priežiūros srityje ir 58 (arba 43 proc.) nėra baigę 24 val. trukmės vidaus medicininio audito žinių ir įgūdžių įgijimo kursą pagal tobulinimosi programą, suderintą su Sveikatos apsaugos ministerija

100. 37 proc. medicinos auditorių nėra baigę privalomų audito žinių ir įgūdžių įgijimo kursų. Apklausę gydymo įstaigas nustatėme, kad trūksta mokymų, kuriuose auditoriai įgytų rizikos vertinimo, vidaus medicininio audito planavimo, audito tikslų nustatymo, audito atlikimo, dokumentų rengimo, audito ataskaitų rašymo ir pan. gebėjimų. Vidaus medicinos auditoriai pateikė kritinę nuomonę apie organizuojamus jiems skirtus mokymus.

Vidaus medicinos auditorių nuomonių apie organizuojamus tikslinius mokymus pavyzdžiai

- Kursų metu suteiktos teorinės žinios nėra lengvai pritaikomos praktikoje: trūko jų pritaikymo atitinkamo lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigose pavyzdžių, galbūt tai lėmė, kad šie kursai vienu metu dėstomi tiek mažoms, tiek ir didelėms įstaigoms.
- Trūksta praktinių užduočių: vidaus audito planavimo, atlikimo ir kt.; kokybės rodiklių nustatymo, atsižvelgiant į gydymo įstaigos lygmenį, teikiamas paslaugas ir t.t.
- Kasmet tobulinimosi kursus auditoriams organizuoja tos pačios mokymo įstaigos / organizacijos. Pavyzdžiui, 2013 m. kursų medžiaga ne daug kuo skiriasi nuo 2017 metų kursuose pateikiamos medžiagos, nors yra nemažai pokyčių ir naujovių. Kursų metu per mažai praktinių užduočių, diskusijų kaip vadybos žinias pritaikyti kasdieninėje veikloje, pavyzdžių iš praktikos ir pan. Kursuose labai daug teorijos, kuri aktualiai bendram išprusimui, bet ne dirbančiam auditoriui.
- Šiuo metu kursuose didžiausias dėmesys skiriamas kokybės vadybos sistemų, teisės aktų išaiškinimui, tačiau pasigendame tikslinių žinių apie medicininio audito atlikimo metodikas, rizikos valdymą, pacientų saugą. Tikslinga į mokymo programas įtraukti DRG (giminingų diagnozių grupių) kodavimą, medicininio audito atlikimą, sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį vertinimą, gydymo atvejo kaštų analizę ir kt. Be to, SAM rengiamose metodikose taip pat pasigendame audito klausimynų ir rizikos vertinimo protokolų.

101. Akreditavimo tarnyba teikia konsultacijas vidaus medicinos auditoriams, tačiau tai nėra nuoseklus ir reglamentuotas procesas. Be to, šiuo metu nėra nustatyta, kokiomis metodikomis ar standartais turi vadovautis medicinos auditoriai, atlikdami vidaus medicininis auditus. Šalyje nėra institucijos, kuri metodiškai vadovautų vidaus medicininio audito veiklai.

102. Atliekant vidaus medicininis auditus vadovaujamosi asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančiais teisės aktais ir įstaigų vadovų įsakymais patvirtintais vidaus dokumentais (organizacinėmis tvarkomis, darbo instrukcijomis, protokolais, diagnostikos ir gydymo metodikomis ir kt. dokumentais). Šių dokumentų kokybė priklauso nuo įstaigų darbuotojų kompetencijos, o ji labai skiriasi. Siekiant, kad šalies gydymo įstaigose vidaus medicininis auditas būtų nepriklausomas, objektyvus ir padėtų gerinti gydymo įstaigos veiklą, šis procesas turėtų būti standartizuotas ir atliekamas pagal vienodus reikalavimus.

REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
1.	Siekiant užtikrinti nuolatinį specialistų tobulėjimą ir pagalbą jiems teikiant saugias ir veiksmingas paslaugas:	Sveikatos apsaugos ministerija		
1.1.	tobulinti diagnostikos ir gydymo metodikų rengimo ir atnaujinimo mechanizmą, kad šalyje būtų parengtos trūkstamos ir atnaujinamos diagnostikos ir gydymo metodikos;	Sveikatos apsaugos ministerija	Peržiūrėti ir pakeisti teisės aktus, reglamentuojančius diagnostikos ir gydymo metodikų rengimą ir atnaujinimą. Įsivertinti rizikingiausias ligų gydymo ir diagnostikos sritis atsižvelgiant ne tik į mirtingumo rodiklius, tačiau ir į kitus faktorius ir nustatyti diagnostikos ir gydymo metodikų rengimo planą. Apsibrėžti kiek, kokių ir kas (įtraukiant gydytojų draugijas) rengs minėtas metodikas ir įpareigoti jas parengti. Sukurti pavyzdinius metodinių dokumentų rengimo, taikymo bei atnaujinimo standartus (iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšų bendrai finansuojamas projektas Nr. 10.1.3-ESFA-V-918-01-0009 „Paslaugų kokybės gerinimas, parengiant pagrindines mirties priežastis lemiančių ligų, sveikatos sutrikimų integruotos sveikatos priežiūros standartus“).	2019-11-30 2019-11-30 2021-12-21
1.2.	visų medicinos praktikos kvalifikacijos rūšių specialistams nustatyti ir pagal klinikinės praktikos raidą atnaujinti medicinos normas;	Sveikatos apsaugos ministerija	Parengti medicinos normų rengimo ir atnaujinimo planą. Patvirtinti trūkstamas medicinos normas.	2018-12-01 2020-06-30
1.3.	Peržiūrėti ir pakeisti specialistų kvalifikacijos tobulinimo sistemą: kad ji būtų paremta kompetencijų vertinimu; užtikrintų, kad specialistai tobulintų savo profesinę kvalifikaciją pagal jų medicinos normose nustatytas kompetencijas;	Sveikatos apsaugos ministerija	Stiprinti profesinės kvalifikacijos tobulinimo programų kokybinį vertinimą. Peržiūrėti ir pakeisti sveikatos apsaugos ministro 2011-06-28 įsakymą Nr. V-645 „Dėl sveikatos specialistų tobulinimo programų derinimo taisyklių ir tobulinimo programų vertinimo komisijos nuostatų patvirtinimo“ įtvirtinant kokybinius reikalavimus profesinės kvalifikacijos tobulinimo programoms ir nuostatas, užtikrinančias kokybinių reikalavimų laikymąsi ir kolegialų profesinės kvalifikacijos tobulinimo programų derinimą ir vertinimą.	2020-12-01

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
	kad tam būtų sukurtos ir pritaikytos specialistų tobulinimo programos; kad būtų prižiūrima licencijų sąlygų laikymosi priežiūros metu;		Sudaryti darbo grupę, kuri, išanalizavusi šalies ir užsienio gerąją praktiką apsvaistytų ir pasiūlytų optimaliausių kompetencijų vertinimo ir kvalifikacijos tobulinimo modelį įgalinant gydytojų profesines draugijas ir nustatant jų vaidmenį šiuose procesuose.	2019-12-01
			Atsižvelgiant į parengtą modelį peržiūrėti ir pakeisti teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo tvarką, mastą, kvalifikacijos tobulinimo programų rengimą, numatant, kad sveikatos priežiūros specialistai profesinę kvalifikaciją tobulintų pagal jų kompetencijos vertinimo rezultatus ir medicinos normose nustatytas konkrečias sritis bei pagal tam adaptuotas specialistų tobulinimo programas.	2020-12-01
1.4.	nustatyti specialistų kvalifikacijos tobulinimo finansavimo mechanizmą, kad teisės aktuose būtų aiškiai numatyta lėšų šaltiniai ir atsakomybės dėl kvalifikacijos tobulinimo finansavimo įvertinus finansavimo valstybės biudžeto lėšomis tikslumą.	Sveikatos apsaugos ministerija	Atsižvelgiant į parengtą kompetencijų vertinimo ir kvalifikacijos tobulinimo modelį peržiūrėti ir patbulinti sveikatos apsaugos ministro 2002-03-18 įsakymą Nr. 132 „Dėl Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos“ ir kitus teisės aktus.	2020-12-01
2.	Siekiant didinti pacientų saugą ir mažinti diagnostikos ir gydymo komplikacijas, nepageidaujamas pasekmes pacientų sveikatai:	Sveikatos apsaugos ministerija		
2.1.	išplėsti šalyje privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašus ir šių įvykių identifikavimo šaltinius;	Sveikatos apsaugos ministerija	Papildyti teisės aktą, reglamentuojantį nepageidaujamų įvykių stebėseną (sveikatos apsaugos ministro 2010-05-06 įsakymą Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“), įtraukiant nepageidaujamus įvykius, identifikuotus gavus pacientų skundus.	2019-11-30
2.2.	periodiškai atlikti surinktų duomenų apie nepageidaujamus įvykius analizę kad būtų galima nustatyti prevencines priemones;	Sveikatos apsaugos ministerija	Papildyti sveikatos apsaugos ministro 2010-05-06 įsakymą Nr. V-401, nustatant detalią stebėsenos tvarką, kuri nacionaliniu lygiu apimtų nepageidaujamų įvykių, jų priežasčių analizę, prevencinių priemonių numatymą, viešinimo tvarką.	2020-06-30

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
			Įpareigoti Higienos institutą kompiuterizuoti nepageidaujamų įvykių stebėseną, kuri sudarys sąlygas analizuoti įvykius bet koku norimu periodiškumu. Priemonė bus įgyvendinta baigus ES paramos projektą „Sveikatos sektoriaus procesų valdymo tobulinimas, plėtojant visuomenės sveikatos stebėseną“ (2017–2020 m.). Iki 2021 m. nepageidaujami įvykiai bus analizuojami kartą per metus.	2020-10-01
2.3.	nustatyti ir taikyti priemones, skatinančias gydymo įstaigas nuolat tobulinti nepageidaujamų įvykių valdymą.	Sveikatos apsaugos ministerija	Peržiūrėti ir pakeisti teisės aktus, reglamentuojančius nepageidaujamų įvykių valdymą. Išanalizavus kitų Europos Sąjungos valstybių narių patirtį, parengti efektyvų nepageidaujamų įvykių valdymo modelį. Parengti įstatymų pakeitimo projektus, kuriais būtų siūloma įteisinti žalos be kaltės modelį. Suderinti juos su suinteresuotomis šalimis ir pateikti LR Vyriausybei. Prireikus (gavus pastabų po pateikimo LR Vyriausybei) tikslinti įstatymų, įteisinančių žalos be kaltės modelį, pakeitimo projektus.	2020-03-01 2019-01-15
3.	Siekiant užtikrinti pacientų teisės į kokybišką sveikatos priežiūrą ir teisės rinktis gydymo įstaigą remiantis patikima informacija įgyvendinimą:	Sveikatos apsaugos ministerija		
3.1.	nustatyti paslaugų veiksmingumą matuojančių rodiklių sistemą, kurios pagrindu gydymo įstaigų paslaugų kokybė būtų vertinama, palyginama ir viešinama regionų ir šalies mastu;	Sveikatos apsaugos ministerija	Peržiūrėti ir pakeisti teisės aktus, praplečiant asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės rodiklius nustatant, kad jie būtų analizuojami, vertinami, palyginami ir viešinami.	2020-06-30
3.2.	plėsti paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto lėšų susiejimą su teikiamų paslaugų kokybe;	Sveikatos apsaugos ministerija	Įdiegti ir pradėti naujo gerų darbo rezultatų rodiklio – antimikrobinų vaistinių preparatų skyrimas, teikiant vaikams pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, stebėseną siektinoms šio rodiklio reikšmėms nustatyti. Pradėti finansinį skatinimą už naujo gerų darbo rezultatų rodiklio – antimikrobinų vaistinių preparatų skyrimas, teikiant vaikams pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vykdymą.	2019-01-01 2020-01-01

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
			Sudaryti darbo grupę, kuriai pavesti išanalizuoti ir pateikti siūlymus dėl visų paslaugų rūšių apmokėjimo susiejimo su paslaugų kokybe (nustatytais kokybiniais rodikliais) galimų sąlygų ar būdų. Parengti teisės aktų projektus.	2020-11-30
			Peržiūrėti ir pakeisti teisės aktus nustatant teisinius pagrindus teritorinėms ligonių kasoms atsižvelgiant į asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų kokybės vertinimo rezultatus priimti sprendimus dėl iš PSDF biudžeto kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sutarčių (ne)sudarymo.	2020-11-30
3.3.	paskirti instituciją, kuri metodiškai vadovautų gydymo įstaigų vidaus medicininio audito tarnyboms ir parengtų medicininį auditą reglamentuojančius dokumentus;	Sveikatos apsaugos ministerija	Paskirti Valstybinę akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybą metodiškai vadovauti gydymo įstaigų vidaus medicininio audito tarnyboms ir įpareigoti parengti medicininį auditą reglamentuojančius dokumentus.	2018-12-01
			Peržiūrėti ir pakeisti sveikatos apsaugos ministro 2008-04-29 įsakymą Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo patvirtinimo“.	2019-10-31
3.4.	Sukurti išorinio gydymo įstaigų veiklos ir paslaugų veiksmingumo vertinimo mechanizmą (pavyzdžiui, plečiant įstaigų akreditaciją)	Sveikatos apsaugos ministerija	Peržiūrėti ir atnaujinant teisės aktų, reglamentuojančių įstaigų akreditavimą asmens sveikatos priežiūros veiklai, nuostatas: peržiūrėti Akreditavimo tarnybos funkcijas siekiant, kad tais pačiais ištekliais daugiau dėmesio būtų skirta išoriniam paslaugų veiksmingumo vertinimui; įpareigoti Akreditavimo tarnybą įvertinti galimybę ir pasiūlyti būdus dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų vidaus medicininio audito tarnybų pasitelkimo atliekant išorinį įstaigų teikiamų paslaugų veiksmingumo vertinimą.	2020-03-01
4.	Nustatyti ir vykdyti priemones, kurios skatintų aktyvesnį specialistų draugijų dalyvavimą paslaugų standartizavimo, specialistų kompetencijų vertinimo		Suorganizuoti renginį, pakviečiant visų sveikatos priežiūros specialistų draugijų atstovus ir išsiaiškinti jų poreikius. Inicijuoti bendradarbiavimo sutarčių tarp Sveikatos apsaugos ministerijos ir sveikatos priežiūros specialistų draugijų sudarymą.	2019-06-01 2019-06-01

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
	sistemos kūrimo, nepageidaujamų įvykių valdymo ir prevencijos, paslaugų kokybės rodiklių nustatymo ir vertinimo procesuose ir stiprintų specialistų vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje.		Nustatyti procesus, kuriuose turi dalyvauti gydytojų draugijos ir numatyti priemones, kurios sudarytų sąlygas į sprendimų priėmimą įtraukti platesnį ratą specialistų.	2019-11-30

* – priemonės ir terminus rekomendacijoms įgyvendinti pateikė LR sveikatos apsaugos ministerija.

Atstovas ryšiams, atsakingas už Valstybės kontrolės informavimą apie rekomendacijų įgyvendinimą plane nustatytais terminais:
Sveikatos apsaugos ministerijos Pirminio lygio koordinavimo skyriaus vyriausioji specialistė Alvyda Naujokaitė (tel. 266 1470, el. p. alvyda.naujokaite@sam.lt)

Visuomenės gerovės audito departamento l. e. p. direktorė

Rasa Kudžmienė

Visuomenės gerovės audito departamento vyriausioji valstybinė auditorė

Rūta Obcarskienė

PRIEDAI

Valstybinio audito ataskaitos
„Sveikatos priežiūros paslaugų
kokybė: saugumas ir
veiksmingumas“
1 priedas

Santrumpos ir sąvokos

Ministerija – Sveikatos apsaugos ministerija

Akreditavimo tarnyba – Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

EK – Europos Komisija

LNSS (Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema) – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema⁹⁷.

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Asmens sveikatos priežiūra – valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą⁹⁸.

Gydymo įstaiga (asmens sveikatos priežiūros įstaiga) – juridinis asmuo, organizacija ar jų filialas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas.

Sveikatos priežiūros paslaugos – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti LNSS veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys⁹⁹.

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis¹⁰⁰.

Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos – prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio

⁹⁷ Sveikatos sistemos įstatymas, 2 str. 6 d.

⁹⁸ Ten pat, 2 str. 1 d.

⁹⁹ Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2 str. 6 d.

¹⁰⁰ Ten pat, 2 str. 9 d.

medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami¹⁰¹.

Diagnostikos ir gydymo metodika – universitetų, mokslo tiriamųjų įstaigų, gydytojų profesinių draugijų parengtas, medicinos mokslo ir praktikos įrodymais pagrįstas dokumentas, kuriuo nustatomi bendrieji sveikatos sutrikimų ir ligų diagnozavimo ir gydymo principai¹⁰².

Diagnostikos ir gydymo protokolas – sveikatos priežiūros įstaigos vadovo patvirtintas dokumentas, kuriuo nuosekliai nustatoma diagnostikos ir gydymo eiga¹⁰³.

Gydytojas specialistas – medicinos gydytojas, įgijęs gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją¹⁰⁴.

Licencijas išduodanti institucija – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija ar jos įgaliota valstybės institucija ar įstaiga¹⁰⁵.

Medicinos praktika – gydytojo pagal įgytą profesinę kvalifikaciją ir nustatytą kompetenciją atliekama sveikatos priežiūra, apimanti asmens sveikatos būklės tikrinimą, ligų profilaktiką, diagnozavimą ir ligonių gydymą¹⁰⁶.

Medicinos praktikos licencija (toliau – licencija) – dokumentas, patvirtinantis gydytojo teisę verstis atitinkama medicinos praktika¹⁰⁷.

Medicinos norma – teisės aktas, apibrėžiantis asmens sveikatos priežiūros specialisto teises, pareigas, profesinės kompetencijos reikalavimus ir nustatantis privalomus tam tikros profesinės kvalifikacijos asmens sveikatos priežiūros specialisto veiklos reikalavimus.

Profesinės kvalifikacijos tobulinimas – neformalusis švietimas, kuriuo siekiama pagilinti ar atnaujinti profesinei veiklai reikalingas žinias, gebėjimus bei praktinius įgūdžius¹⁰⁸.

Profesinės kvalifikacijos tobulinimo kursas – profesinės kvalifikacijos teorinis ir praktinis tobulinimas, kuriuo siekiama pagilinti įgytos kvalifikacijos (specialybės) (toliau – kvalifikacijos) žinias, gebėjimus ir praktinius įgūdžius¹⁰⁹.

Privalomojo profesinės kvalifikacijos tobulinimo trukmė – privalomo tobulinimosi valandų skaičius specialisto praktikos licencijai, leidimui ar kitam specialisto veiklos dokumentui gauti/perregistruoti ir licencijuojamos veiklos sąlygų laikymuisi patvirtinti¹¹⁰.

¹⁰¹ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2 str. 8 d.

¹⁰² Ten pat, 2 str. 4 d.

¹⁰³ Ten pat, 2 str. 5 d.

¹⁰⁴ Medicinos praktikos įstatymas, 2 str. 4 d.

¹⁰⁵ Ten pat, 2 str. 6 d.

¹⁰⁶ Ten pat, 2 str. 9 d.

¹⁰⁷ Ten pat, 2 str. 11 d.

¹⁰⁸ Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarka, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2002-03-18 sakymu Nr. 132, 2.3 p.

¹⁰⁹ Ten pat, 2.5 p.

¹¹⁰ Ten pat, 2.4 p.

Paciento prašymas – asmens rašytinis kreipimasis į sveikatos priežiūros įstaigą, kuriame prašoma paaiškinti, suteikti informaciją ar gauti pageidaujamus dokumentus¹¹¹.

Paciento skundas – asmens rašytinis kreipimasis į sveikatos priežiūros įstaigą ar kompetentingą valstybės instituciją, kuriame nurodomos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pažeistos jo teisės ar teisėti interesai¹¹².

¹¹¹ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2 str. 12 d.

¹¹² Ten pat, 13 d.

Audito apimtis ir metodai

Audito apimtis

Audito tikslas – įvertinti, ar užtikrinama, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų saugios ir veiksmingos.

Pagrindiniai audito klausimai – ar užtikrinama, kad sveikatos priežiūros paslaugas teiktų kvalifikuoti specialistai; ar asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pakankamai standartizuotas užtikrinant, kad paslaugos būtų teikiamos vadovaujantis efektyviais gydymo metodais ir procedūromis; ar tinkamai nustatyti ir valdomi procesai, kad veiksniai, didinantys riziką pakenkti paciento sveikatai, būtų maksimaliai suvaldyti; ar asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė šalyje stebima ir vertinama.

Audituojami subjektai – Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Valstybinė ligonių kasa.

Audituojamas laikotarpis – 2014–2016 m., o 2017 ir 2018 m. duomenis nagrinėjome tiek, kiek jie susiję su vykusiais pokyčiais.

Apribojimai – atlikdami auditą nevertinome odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų, nes didžioji dalis paslaugas teikiančių įstaigų (1 231 iš 1 233¹¹³) yra įsteigtos privačių juridinių asmenų, jų licencijavimą, paslaugų kokybės priežiūrą vykdo Lietuvos odontologų rūmai.

Auditas atliktas pagal Valstybinio audito reikalavimus¹¹⁴ ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus¹¹⁵.

Audito duomenų rinkimo ir vertinimo metodai

Audito ataskaitos skyrius / poskyrius	Taikyti duomenų rinkimo ir vertinimo metodai	Tikslas
1. Tik penktadalis ligų ir būklių gydymas pagal standartizuotus metodus	Dokumentų peržiūra – nagrinėjome: teisės aktus, reglamentuojančius diagnostikos ir gydymo metodikų, protokolų, tvarkų ir kt. sveikatos priežiūros paslaugų ir jų kokybę reguliuojančių dokumentų rengimą; Akreditavimo tarnybos patikrinimų dokumentus, kai vertinta gydymo įstaigų teikiamų paslaugų kokybė (diagnostikos ir gydymo protokolai); įgyvendinant Lietuvos Respublikos ir Šveicarijos Konfederacijos bendradarbiavimo programos projektą „Nėščiujų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros gerinimas Lietuvoje“ ir parengtas 70 mokslo įrodymais pagrįstų diagnostikos ir gydymo metodikas: 40 akušerijos ir 30 neonatologijos; įgyvendinant projektą „Asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimas reglamentuojant rizikingiausius pacientų saugai diagnostikos ir gydymo protokolus“ parengtus 123 diagnostikos ir	Įvertinti, ar asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pakankamai standartizuotas užtikrinant, kad paslaugos būtų teikiamos vadovaujantis efektyviais gydymo metodais ir procedūromis.

¹¹³ Gydymo įstaigos, kurios yra atskiri juridiniai vienetai, Lietuvos sveikatos statistika, 2016, Higienos instituto leidinys, 49 psl.

¹¹⁴ Valstybės kontrolieriaus 2002-02-21 įsakymas Nr. V-26 „Dėl Valstybinio audito reikalavimų patvirtinimo“.

¹¹⁵ 3000-asis TAAIS „Veiklos audito standartas“ (<http://www.vkontrole.lt/page.aspx?id=350>).

Audito ataskaitos skyrius / poskyris	Taikyti duomenų rinkimo ir vertinimo metodai	Tikslas
	<p>gydymo protokolus (kardiologijos, onkologijos, galvos smegenų kraujagyslių (neurologijos), traumatologijos ir vaikų ligų srityse; Sveikatos apsaugos ministerijos, Akreditavimo tarnybos, VLK ir TLK, gydytojų profesinių draugijų ir asociacijų interneto svetainėse skelbiamą informaciją apie metodikas, protokolus, tvarkos aprašus, nustatančius ligų diagnostiką ir gydymą.</p> <p>Dokumentų analizė – analizavome:</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos informaciją apie ligų diagnostikos ir gydymo metodikų, protokolų rengimo procesą;</p> <p>PSO rekomendacijas „Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. World Health Organization”, 2006;</p> <p>19 gydymo įstaigų dokumentus apie rizikingiausių pacientų saugai atvejų nustatymą ir diagnostikos ir gydymo protokolų rengimą.</p> <p>Apklausa – atlikome apklausas ir analizavome atsakymus į klausimynus:</p> <p>262 gydymo įstaigų;</p> <p>27 sveikatos priežiūros specialistų draugijų.</p> <p>Pokalbiai su:</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais;</p> <p>Akreditavimo tarnybos atstovais;</p> <p>VLK atstovais;</p> <p>6 gydytojų profesinių draugijų ir asociacijų atstovais;</p> <p>22 gydymo įstaigų atstovais;</p> <p>Lietuvos medikų sąjūdžio atstovais.</p> <p>Literatūros analizė – analizavome:</p> <p>EBPO publikaciją <i>Helena Legido – Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos, „Assuring the quality of health care in the European Union”, 2008.</i></p>	
2.1 Specialistų licencijų sąlygų laikymosi priežiūra nesiejama su jų kompetencijų patvirtinimu	<p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome teisės aktus, reglamentuojančius: sveikatos priežiūros specialistų licencijavimo tvarką ir licencijuojamos veiklos priežiūrą; sveikatos priežiūros specialistų profesines kvalifikacijas, medicinos normų rengimą ir 55 medicinos normas.</p> <p>Dokumentų analizė – analizavome:</p> <p>20 asmens sveikatos priežiūros specialistų licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi dokumentus (bylas);</p> <p>medicinos normų rengimo planus ir kitus susijusius medicinos normų rengimo dokumentus.</p> <p>Pokalbiai su:</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais;</p> <p>Akreditavimo tarnybos atstovais;</p> <p>23 gydymo įstaigų, 6 gydytojų profesinių draugijų ir asociacijų atstovais Lietuvos medikų sąjūdžio atstovais.</p>	Įvertinti, ar specialistų licencijų sąlygų laikymosi priežiūra organizuojama taip, kad specialistų kompetencija būtų pakankama teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.
2.2. Kvalifikacijos tobulinimas nesiejamas su turima specialistų kompetencija ir šalies poreikiais	<p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome:</p> <p>teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimo tvarką ir finansavimą;</p> <p>Valstybės kontrolės teiktų valstybinio audito rekomendacijų įgyvendinimo rezultatus (Audito ataskaita „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla“ (2013-02-28 Nr. VA-P-10-2-4));</p> <p>Dokumentų analizė – analizavome:</p> <p>PSO rekomendacijas „Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. World Health Organization”, 2006;</p> <p>25 tobulinimo programų derinimo dokumentus, tobulinimo programų vertinimo komisijos posėdžių protokolus;</p> <p>59 gydymo įstaigų informaciją ir vidaus dokumentus apie profesinės kvalifikacijos tobulinimą ir jo finansavimą;</p> <p>10 gydymo įstaigų kvalifikacijos tobulinimo ir kompetencijų vertinimo tvarkas;</p> <p>20 asmens sveikatos priežiūros specialistų licencijuojamos veiklos sąlygų laikymosi dokumentus (bylas);</p>	Įvertinti, ar sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimo procesas vykdomas taip, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugas teiktų kvalifikuoti

Audito ataskaitos skyrius / poskyris	Taikyti duomenų rinkimo ir vertinimo metodai	Tikslas
	<p>Sveikatos apsaugos ministerijos 2015–2017 m. duomenis apie specialistų skaičius, kuriems kvalifikacijos tobulinimui buvo skirtos valstybės biudžeto lėšos;</p> <p>Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centro 2015–2017 m. duomenis apie tobulinimo programas, jų derinimo procedūras;</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos ir Švietimo ir mokslo ministerijos informaciją apie sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimo organizavimą.</p> <p>Apklausos – atlikome apklausas ir analizavome atsakymus į klausimynus:</p> <p>262 gydymo įstaigų</p> <p>27 gydytojų profesinių draugijų ir asociacijų;</p> <p>60 savivaldybių.</p> <p>Pokalbiai su:</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais;</p> <p>Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centro atstovais;</p> <p>Švietimo ir mokslo ministerijos atstovais;</p> <p>Akreditavimo tarnybos atstovais;</p> <p>6 gydytojų profesinių draugijų ir asociacijų atstovais;</p> <p>23 gydymo įstaigų atstovais;</p> <p>Lietuvos medikų sąjūdžio atstovais.</p> <p>Literatūros analizė – analizavome:</p> <p>Anglijos Nacionalinės sveikatos sistemos (angl. NHS) gerąją praktiką;</p> <p><i>Basel declaration UEMS Policy on continuing professional development.</i></p>	
<p>3. Nepageidaujamų įvykių valdymas neišnaudojamas pacientų saugai gerinti</p>	<p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome:</p> <p>teisės aktus, reglamentuojančius nepageidaujamų įvykių nustatymo ir registravimo tvarką;</p> <p>strateginiuose planuose numatytas priemones dėl nepageidaujamų įvykių stebėsenos tobulinimo;</p> <p>Dokumentų analizė – analizavome:</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos, Akreditavimo tarnybos, Higienos instituto, Radiacinės saugos centro, Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos informaciją ir dokumentus apie registruotus nepageidaujamus įvykius, jų stebėseną;</p> <p>PSO dokumentus ir rekomendacijas, prieiga per internetą http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/100CoreHealthIndicators_2015_infographic.pdf?ua=1</p> <p>EBPO ataskaitas ir rekomendacijas „<i>Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality</i>“. OECD, 2017.</p> <p>27 gydymo įstaigų vidaus dokumentus ir duomenis apie nepageidaujamų įvykių nustatymą, registravimą ir pateiktą atsakingoms institucijoms, nustatytų nepageidaujamų įvykių ir skundų analizę ir taikomas priemones valdant nepageidaujamus įvykius.</p> <p>Apklausos – analizavome atsakymus į klausimynus: 262 gydymo įstaigų;</p> <p>Pokalbiai su:</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais;</p> <p>Akreditavimo tarnybos atstovais;</p> <p>Higienos instituto atstovais;</p> <p>Pacientų sveikatai padarytos žalos nustatymo komisijos atstovais;</p> <p>Pacientų organizacijų atstovais;</p> <p>22 gydymo įstaigų atstovais.</p> <p>Literatūros / mokslinių darbų analizė – analizavome:</p> <p>Nepageidaujamų įvykių sąrašą ir apibūtinimus, projektas „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“;</p>	<p>Įvertinti, ar šalies mastu ir gydymo įstaigose valdomi procesai, kad veiksniai, didinantys riziką pakenkti paciento sveikatai, būtų maksimaliai suvaldyti.</p>

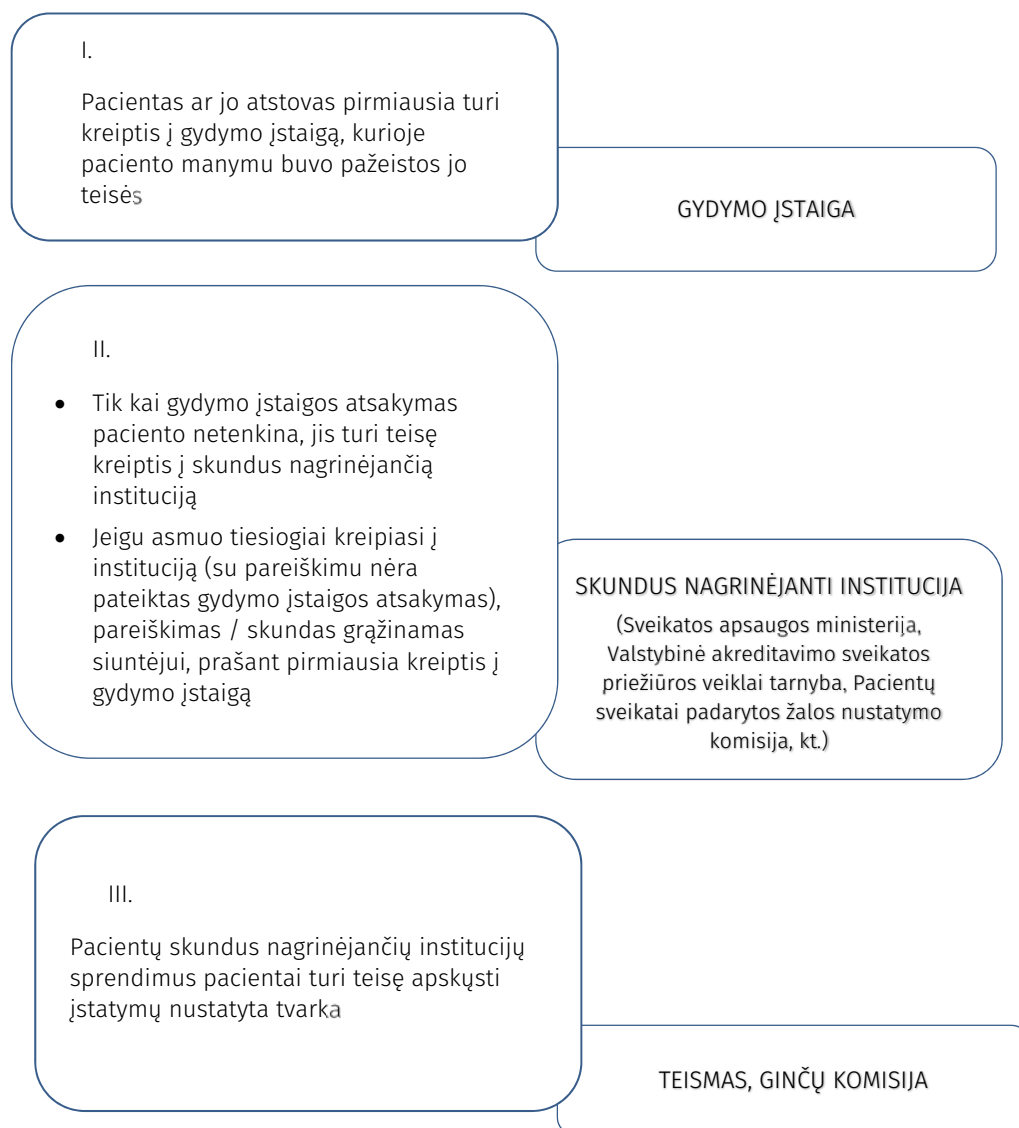
Audito ataskaitos skyrius / poskyris	Taikyti duomenų rinkimo ir vertinimo metodai	Tikslas
	<p>„Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse“, L. Paškevičius, mokslo daktaro disertaciją, Mykolo Romerio universitetas, 2017 m.</p> <p>„Adverse health events in Minnesota, 14th annual public report“, February 2018</p> <p>Cagliano A.C., Grimaldi S., Rafele C., „A systemic methodology for risk management in healthcare sector“, 2011;</p> <p>Helena Legido – Quigley, Martin McKee, Ellen Nolte, Irene A Glinos, „Assuring the quality of health care in the European Union“, 2008;</p> <p>„An organization with a memory. Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS.“ Chaired by the Chief Medical Officer. London. The Stationary Office, 2000.</p>	
4.1. Trūksta rodiklių sveikatos priežiūros paslaugų kokybei pamatuoti	<p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome:</p> <p>teisės aktus, reglamentuojančius asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklius;</p> <p>Akreditavimo tarnybos, Higienos instituto informaciją ir interneto svetainėse skelbiamus duomenis apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklius;</p> <p>šalies strateginiuose planavimo dokumentuose nustatytus asmens sveikatos priežiūros paslaugų rodiklius;</p> <p>EK ir EBPO leidinius „State of Health in the EU. Lietuva. Šalies sveikatos profilis 2017“; „Health at Glance: Europe“ 2016 (state of health in the EU cycle) ir „Health at Glance: Europe 2017 (OECD indicators).</p> <p>Dokumentų analizė – analizavome:</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos informaciją apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklius;</p> <p>EBPO statistikos duomenų bazėje skelbiamus sveikatos priežiūros ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklius, prieiga per internetą http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm;</p> <p>PSO interneto svetainėje skelbiamus duomenis, prieiga per internetą http://www.who.int/gho/en/;</p> <p>35 gydymo įstaigų interneto svetainėse skelbiamas veiklos ataskaitas ir duomenis apie nustatytus asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės rodiklius.</p> <p>Apklausa – analizavome 262 gydymo įstaigų atsakymus.</p> <p>Pokalbiai su:</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais;</p> <p>Akreditavimo tarnybos atstovais;</p> <p>Higienos instituto atstovais;</p> <p>VLK atstovais;</p> <p>22 gydymo įstaigų atstovais.</p> <p>Tarptautinės patirties analizė – analizavome Anglijos Nacionalinės sveikatos sistemos (angl. NHS) gerąją praktiką.</p>	Įvertinti, ar gydymo įstaigose ir šalyje yra analizuojama ir vertinama sveikatos priežiūros kokybė
4.2. Gydymo įstaigų veiklos priežiūra valstybės mastu apsiriboja teisės aktų atitikties vertinimu	<p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome:</p> <p>teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros paslaugų kokybės valstybinę priežiūrą;</p> <p>teisės aktus, reglamentuojančius Akreditavimo tarnybos ir VLK / TLK funkcijas;</p> <p>Akreditavimo tarnybos, VLK dokumentus, reglamentuojančius atliekamų patikrinimų tvarką;</p> <p>Dokumentų analizė – analizavome:</p> <p>Akreditavimo tarnybos strateginius veiklos planus ir veiklos ataskaitas;</p> <p>Akreditavimo tarnybos 2015–2017 m. atliktų kokybės kontrolės / patikrinimų ataskaitas, kitus susijusius dokumentus;</p> <p>VLK informaciją apie 2015–2017 m. TLK atliktų kontrolės procedūrų apimtį, kitus susijusius dokumentus;</p> <p>Pacientų žalos atlyginimo komisijos informaciją ir duomenis.</p> <p>Pokalbiai su:</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais;</p> <p>Akreditavimo tarnybos atstovais;</p> <p>VLK ir TLK atstovais.</p>	Įvertinti ar asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė vertinama šalies mastu: vertinamas paslaugų saugumas bei veiksmingumas

Valstybinio audito ataskaitos
„Sveikatos priežiūros paslaugų
kokybė: saugumas ir
veiksmingumas“
3 priedas

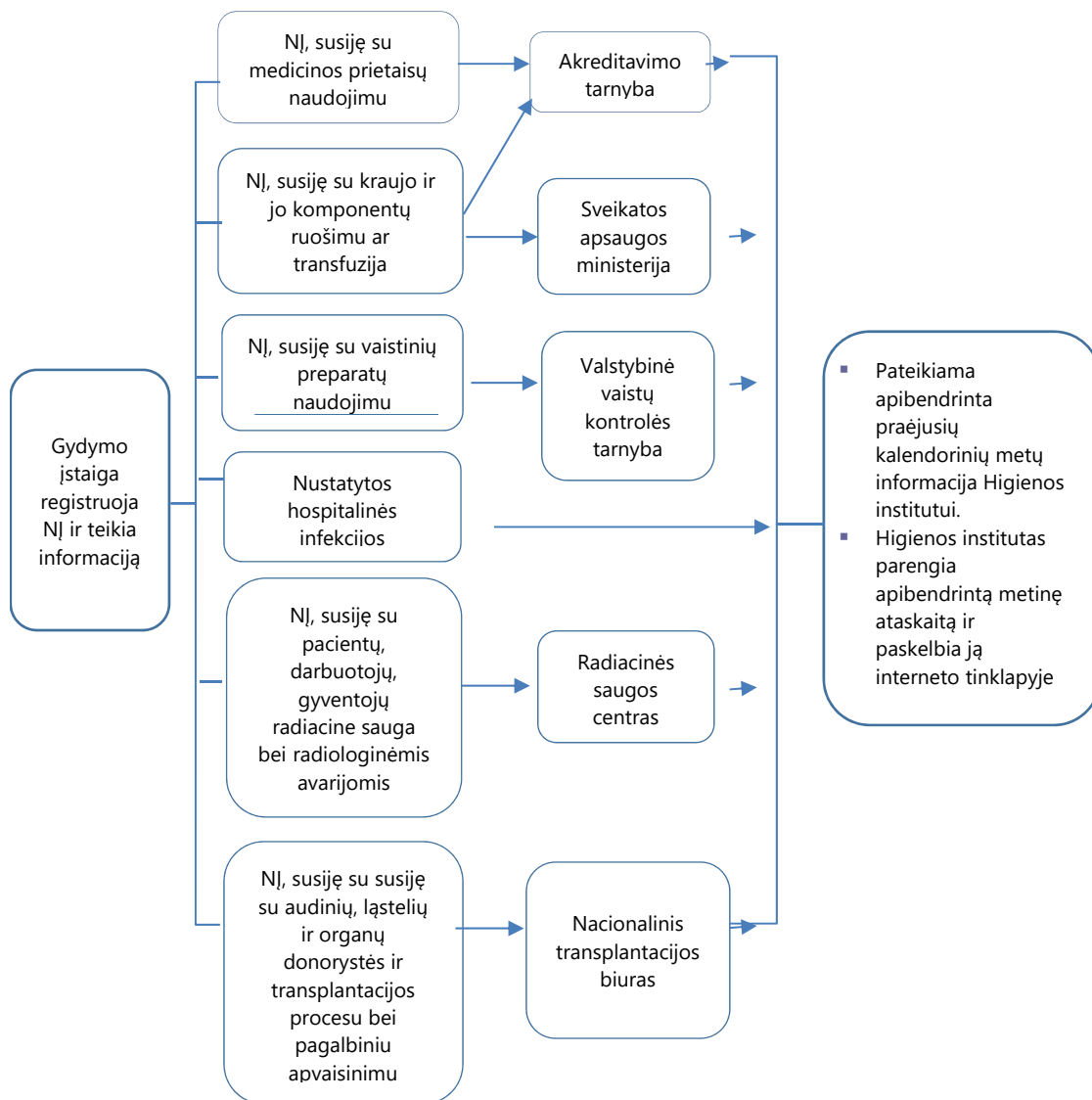
Teisės aktai, reglamentuojantys nepageidaujamų įvykių registravimą

Europos Tarybos direktyva	Lietuvos Respublikos teisės aktas
1990 m. birželio 20 d. Tarybos direktyva 90/385/EEB dėl valstybių narių įstatymų, reglamentuojančių aktyviuosius implantuojamuosius medicinos prietaisus, suderinimo; 1993 m. birželio 14 d. Tarybos direktyva 93/42/EEB dėl medicinos prietaisų; 1998 m. spalio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 98/79/EB dėl in vitro diagnostikos medicinos prietaisų	Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos generalinio direktoriaus 2004-12-05 įsakymas Nr. T1-136 „Dėl pranešimų apie neatitinkančius reikalavimų medicinos prietaisus (budra) pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“
2001 m. balandžio 4 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2001/20/EB dėl valstybių narių įstatymų ir kitų teisės aktų, susijusių su geros klinikinės praktikos įgyvendinimu atliekant žmonėms skirtų vaistinių preparatų klininius tyrimus, suderinimo bei 2005 m. balandžio 8 d. Komisijos direktyva 2005/28/EB, nustatanti gerą klinikinę praktiką, susijusią su tiriamaisiais žmonėms skirtais vaistais, principus bei išsamias gaires ir leidimui gaminti ir importuoti tokius vaistus keliamus reikalavimus	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-12-31 įsakymas Nr. V-435 „Dėl pritarimo atlikti klinikinį vaistinio preparato tyrimą liudijimų ir leidimų atlikti klinikinį vaistinio preparato tyrimą išdavimo, tyrimų atlikimo ir kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“
2001 m. lapkričio 6 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2001/83/EB dėl Bendrijos kodekso, reglamentuojančio žmonėms skirtus vaistus	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-02-20 įsakymas Nr. V-185 „Dėl Sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (JNR) pateikimo tvarkos aprašo, sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (JNR), formos ir paciento pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (JNR) formos patvirtinimo“
Europos Tarybos direktyvos: 96/29/EURATOM „Pagrindinis darbuotojų ir gyventojų sveikatos apsaugos nuo jonizuojančiosios spinduliuotės standartas“ ir 97/43/EURATOM „Žmonių sveikatos apsauga nuo jonizuojančiosios spinduliuotės medicininės apšvitos atveju“, Tarptautinės atominės energijos agentūros Saugumo serijų Nr. 120 „Radiacinė sauga ir jonizuojančiosios spinduliuotės šaltinių saugumas“ bei Nr. 115 „Tarptautinės pagrindinės apsaugos nuo jonizuojančiosios spinduliuotės ir jonizuojančiosios spinduliuotės šaltinių saugumo normos“ reikalavimai	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001-12-21 įsakymas Nr. 663 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 73:2001 „Pagrindinės radiacinės saugos normos“ patvirtinimo“
2003 m. sausio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2002/98/EB, nustatanti žmogaus kraujo ir kraujo komponentų surinkimo, ištyrimo, perdirbimo, laikymo bei paskirstymo kokybės ir saugos standartus, bei 2005 m. rugsėjo 30 d. Europos Komisijos direktyva 2005/61/EB, įgyvendinanti Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2002/98/EB dėl susekamumo reikalavimų ir pranešimo apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir reiškinius	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006-08-11 įsakymas Nr. V-687 „Dėl Susekamumo ir pranešimų Sveikatos apsaugos ministerijai apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir pavojingus nepageidaujamus reiškinius, susijusius su kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija tvarkos aprašo patvirtinimo“

Europos Tarybos direktyva	Lietuvos Respublikos teisės aktas
<p>2004 m. kovo 31 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2004/23/EB, nustatanti žmogaus audinių ir ląstelių donorystės, įsigijimo, ištyrimo, apdorojimo, konservavimo, laikymo bei paskirstymo kokybės ir saugos standartus, 2006 m. spalio 24 d. Komisijos direktyva 2006/86/EB, įgyvendinanti Europos Parlamento ir Tarybos direktyvą 2004/23/EB dėl atsekamumo reikalavimų, pranešimo apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir reiškinius bei žmogaus audinių ir ląstelių kodavimo, apdorojimo, konservavimo, laikymo ir paskirstymo tam tikrų techninių reikalavimų, 2010 m. liepos 7 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2010/53/ES dėl transplantacijai skirtų žmogaus organų kokybės ir saugos standartų nustatymo ir 2012 m. spalio 9 d. Komisijos įgyvendinimo direktyva 2012/25/ES, kuria nustatomos informavimo procedūros, susijusios su transplantacijai skirtų žmonių organų mainais tarp valstybių narių</p>	<p>Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007-05-22 įsakymas Nr. V-401 „Dėl pranešimo apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir (ar) pavojingus nepageidaujamus reiškinius, susijusius su audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos procesu ir pagalbiniu apvaisinimu, tvarkos aprašo patvirtinimo“</p>
<p>2012 m. rugpjūčio 8 d. Komisijos įgyvendinimo sprendimas 2012/506/ES, kuriuo iš dalies keičiamas Sprendimas 2002/253/EB, nustatantis atvejų (ligų) apibrėžimus, naudotinus pateikiant duomenis apie užkrečiamąsias ligas į Bendrijos tinklą pagal Europos Parlamento ir Tarybos sprendimą Nr. 2119/98/EB</p>	<p>Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymas Nr. V-1110 „Dėl hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros ir valdymo“</p>
<p>Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal ET ir LR teisės aktus.</p>	

Pacientų skundų dėl pažeistų jų teisių / žalos jų sveikatai
nagrinėjimo seka

Nepageidaujamų įvykių registravimas ir duomenų perdavimas atsakingoms institucijoms



NĮ – nepageidaujamas įvykis

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių registravimo tvarkos aprašą

Valstybinio audito ataskaitos
„Asmens sveikatos priežiūros
paslaugų kokybė: saugumas ir
veiksmingumas“
6 priedas

Lietuvos ir EBPO skelbiamų kai kurių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių palyginimas, 2015 m.

Rodiklio pavadinimas	Lietuvos rodiklio reikšmė	EBPO valstybių narių vidurkis
Pirminė sveikatos priežiūra		
Sergančiųjų astma hospitalizavimas (standartizuotas rodiklis 100 tūkst. gyventojų)	54,4	47,1
Sergančiųjų diabetu hospitalizavimas (standartizuotas rodiklis 100 tūkst. gyventojų)	224,5 (2014 m.)	141,1
Sergančiųjų lėtine obstrukcine plaučių liga hospitalizavimas (standartizuotas 100 tūkst. gyventojų)	227,3	184,7
Sergančiųjų širdies nepakankamumu ir hipertenzija hospitalizavimas (standartizuotas 100 tūkst. gyventojų)	768,8	323,0
Diabeto komplikacijos: apatinės galūnės amputacija (standartizuotas 100 tūkst. gyventojų)	6,7	7,4
Vaistų skyrimas pirminėje sveikatos priežiūroje		
Antibiotikų skyrimas (DDD 1 tūkst. gyventojų per dieną)	Duomenys neskelbiam	18
Ilgalaikis benzodiazepinų vartojimas (1 tūkst. pacientų, vyresnių nei 65 m. amžiaus)	Duomenys neskelbiam	59,08
Neatidėliotina pagalba		
Mirtingumas dėl miokardo infarkto 30 d. po hospitalizacijos (standartizuotas 100 pacientų)	11,8	7,6
Mirtingumas dėl hemoraginio insulto 30 d. po hospitalizacijos (standartizuotas 100 pacientų)	32,5	23,2
Mirtingumas dėl išeminio insulto 30 d. po hospitalizacijos (standartizuotas 100 pacientų)	15,3	8,7
Pacientų sauga		
Svetimkūnis paliktas per procedūrą (100 tūkst. išleistų iš ligoninės)	Duomenys neskelbiami	5,2
Plaučių embolija po klubo ar kelio sąnario pakeitimo operacijos (100 tūkst. išleistų iš ligoninės)	Duomenys neskelbiami	290,7
Venų trombozė po klubo ar kelio sąnario pakeitimo operacijos (100 tūkst. išleistų iš ligoninės)	Duomenys neskelbiami	317,7
Sepsis po pilvo chirurginės operacijos (100 tūkst. išleistų iš ligoninės)	Duomenys neskelbiami	2 102,9
Akušerijos traumos (100 atvejų)	Duomenys neskelbiami	1,5
Pacientų patirtis		
Gydantis gydytojas per konsultaciją praleido pakankamai laiko su pacientu (standartizuotas 100 pacientų)	Duomenys neskelbiami	84 (2016 m.)
Gydantis gydytojas pateikė lengvai suprantamus paaiškinimus (standartizuotas 100 pacientų)	Duomenys neskelbiami	88,5 (2016 m.)
Gydytojas, suteikė galimybę užduoti klausimus ir išreikšti susirūpinimą (standartizuotas 100 pacientų)	Duomenys neskelbiami	87,5 (3 valstybių)
Pacientai buvo įtraukti, priimant sprendimus dėl jų nuolatinio gydytojo priežiūros ir gydymo (standartizuotas 100 pacientų)	Duomenys neskelbiami	84,1 (2016 m.)

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal EBPO statistikos duomenų bazę, prieiga per internetą:
https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT

NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽŪSTAMI

