



AUKŠČIAUSIOJI
AUDITO INSTITUCIJA
NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽIŠTAMI

VALSTYBINIO AUDITO ATASKAITA

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS IR ORIENTACIJA Į PACIENTĄ

2018 m. lapkričio 16 d.

Nr. VA-2018-P-10-1-10



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: Rūta Obcarskienė (grupės vadovė), Jolanta Ašmegienė, Ona Butėnaitė, Rasa Cickevičiūtė-Rutkauskienė, Jovita Juzonienė, Ramunė Marcikonytė, Ieva Norušaitienė, Gražina Voitkevičienė, Vytenis Žukas.

Valstybinio audito ataskaita pateikta: 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

SANTRAUKA.....	5
ĮŽANGA	9
AUDITO REZULTATAI.....	11
1. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS – AKTUALI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PROBLEMA.....	11
1.1. Paslaugų laukimo eilėms valdyti reikia efektyvesnių priemonių.....	11
1.2. Sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimas tobulintinas.....	18
2. BRANGŪS MEDICINOS PRIETAISAI NEIŠNAUDOJAMI, O NAUJŲ TECHNOLOGIJŲ VERTINIMUI TRŪKSTA PASKATŲ.....	21
2.1. Brangūs medicinos prietaisai šalyje naudojami neefektyviai.....	21
2.2. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo procesas neefektyvus.....	25
3. PACIENTŲ LŪKESČIAI TURI BŪTI IŠGIRSTI	28
3.1. Pacientų apklausos neišnaudojamos vertinti jų lūkesčius	28
3.2. Nenuoseklus pacientų informavimas ir atstovavimas jų interesams.....	31
REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS	34
PRIEDAI	37
1 priedas. Santrumpos ir sąvokos.....	37
2 priedas. Audito apimtis ir metodai.....	38
3 priedas. Gydomo įstaigų eilių mažinimo planuose nustatytų ir taikomų pacientų eilių mažinimo priemonių pavyzdžiai.....	42
4 priedas. Ambulatorinių paslaugų apimties pokyčio apskrityse 2015 ir 2017 m. palyginimas.....	43
5 priedas. Sveikatos priežiūros specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo proceso eiga.....	44
6 priedas. Valstybinio užsakymo rengti gydytojus specialistus formavimas.....	45
7 priedas. Aprūpinimas brangiais medicinos prietaisais, Lietuvos ir ES rodiklių palyginimas, 2016 m.....	46
8 priedas. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komiteto aprobuotos technologijos (2012–2017 m.).....	47
9 priedas. Sveikatos apsaugos ministerijos atliekamų visuomenės nuomonės tyrimų ir jų rezultatų pavyzdžiai.....	48

PAGRINDINIAI FAKTAI

608
stacionaro
lovos

100 tūkst. gyventojų Lietuvoje,
ES vidurkis – 418

77 slaugytojai

10 tūkst. gyventojų Lietuvoje,
ES vidurkis – 84

43 gydytojai

10 tūkst. gyventojų Lietuvoje,
ES vidurkis – 36

8,6 karto

per metus Lietuvoje 1 gyventojas vidutiniškai
lankosi gydymo įstaigose,
ES vidurkis – 6,5

55 proc.

gyventojų pagrindine problema sveikatos
prižiūros sistemoje laiko dideles eiles

15 proc.

specializuotų ambulatorinių paslaugų
galima gauti greičiau nei per 31 dieną

59 proc.

iš 1 428 vnt. brangių medicinos prietaisų
naudojama mažu intensyvumu¹

60 proc.

darbo grupių pacientams rūpimais
klausimais vyko neįtraukus jų atstovų

¹ Vertinant pagal brangių sveikatos priežiūros technologijų naudojimo intensyvumo vertinimo rodiklius, patvirtintus Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2017-02-24 įsakymu Nr. T1-283 (1.1.).

SANTRAUKA

Audito svarba

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 paslaugos².

Paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą yra svarbūs sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektai kaip ir paslaugų saugumas ir veiksmingumas³, kurių vertinimą pateikėme 2018 m. rugsėjį⁴. Prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos yra tokios, kurios teikiamos laiku, geografiškai pagrįstu atstumu ir ten, kur yra pakankamai įgūdžių ir išteklių. Orientuotos į pacientą – paslaugos teikiamos atsižvelgiant į individualius ir visuomenės lūkesčius ir prioritetus.

Pagrindiniai subjektai, užtikrinantys prieinamas ir į pacientą orientuotas sveikatos priežiūros paslaugas, yra Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, Valstybinė ligonių kasa ir apie 1,2 tūkst. gydymo įstaigų. Asmens sveikatos priežiūra 2017 metais finansuota PSDF (1,55 mlrd. Eur) ir asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos lėšomis (19 mln. Eur), tačiau nėra aišku, kiek iš viso kainuoja sveikatos priežiūra valstybei, nes gydymo įstaigoms neatlygintinai suteikiami pastatai, perkama įranga, o paslaugų kaina nepagrįsta objektyviomis sąnaudomis⁵.

Paslaugų prieinamumo problema dėl didelių eilių išlieka aktuali: ją įvardija 55 proc. apklaustų gyventojų. Nuo 2010 m. padaugėjo (nuo 23 iki 37 proc.) gyventojų, kurie ligos atveju nesikreipia į gydymo įstaigas, penktadalis jų nesikreipia dėl per didelių eilių⁶. Lyginant su ankstesniais metais Lietuvoje pablogėjo gyventojų nuomonė apie gydytojų specialistų ir šeimos gydytojų paslaugų prieinamumą. Pacientai vis dar neįtraukiami į sprendimų priėmimo procesus ir nėra aktyvūs sveikatos priežiūros dalyviai.

Siekdama įvertinti, ar formuojama ir įgyvendinama sveikatos priežiūros politika sprendžia paslaugų prieinamumo ir orientacijos į pacientą problemas, aukščiausioji audito institucija atliko sisteminį veiklos auditą.

Audito tikslas ir apimtis

Audito tikslas – įvertinti, ar užtikrinama, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų prieinamos ir orientuotos į pacientą.

² EBPO rekomendacijos Lietuvai, 2017.

³ World Health Organization, *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*, 2006, 9–10 psl.

⁴ 2018-09-28 valstybinio audito ataskaita Nr. VA-2018-P-9-3-9 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas“.

⁵ 2018-10-01 valstybinio audito ataskaita Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

⁶ Valstybės kontrolės užsakyму Socialinės informacijos centro ir „Vilmorus“ atliktas Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, 2017 m.

Pagrindiniai audito klausimai:

- ar valdomos asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės;
- ar tinkamai planuojamas sveikatos priežiūros specialistų skaičius;
- ar gydymo įstaigų turima brangi medicinos įranga naudojama efektyviai;
- ar sudaromos sąlygos, kad naujos sveikatos priežiūros technologijos būtų prieinamos, o taikomos būtų peržiūrimos;
- ar identifikuojami, vertinami ir valdomi pacientų lūkesčiai.

Audituojami subjektai:

Sveikatos apsaugos ministerija, kuri organizuoja asmens sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą, nustato sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo reikalavimus ir užtikrina informacijos pacientams sklaidą ir jų įtraukimą į sprendimų priėmimo procesus.

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, kuri atlieka asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo valstybinę priežiūrą, vertina brangių medicinos priemonių (prietaisų) naudojimą ir valdymą bei sveikatos priežiūros technologijas, susijusias su medicinos priemonėmis (prietaisais).

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, savivaldybių.

Aukščiausiosios audito institucijos užsakytu visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centru „Vilmorus“ atliko respondentų apklausą, vykdant Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimą.

Analizavome Pasaulio sveikatos organizacijos, Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Europos Komisijos rekomendacijas, ataskaitas, kitų šalių skelbiamus tyrimus ir kitas publikacijas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo 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 233⁷) yra įsteigtos privačių juridinių asmenų ir daugiausiai teikia privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas paslaugas, o viešosiose įstaigose Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis neapmokama paslaugos dalis (už medžiagas). Plačiau apie šių paslaugų apmokėjimą pateikta valstybinio audito ataskaitoje dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo⁸.

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“ (37 psl.).

⁷ Gydymo įstaigos, kurios yra atskiri juridiniai vienetai, žr. Higienos institutas, *Lietuvos sveikatos statistika*, 2016, 49 psl.

⁸ 2017-09-29 valstybinio audito ataskaita Nr. FA-2017-P-10-10-4-1.

Pagrindiniai audito rezultatai

Sveikatos apsaugos ministerija, formuodama sveikatos priežiūros politiką ir organizuodama jos įgyvendinimą, imasi priemonių gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir orientaciją į pacientą, tačiau išlieka šie trūkumai:

1. Paslaugų laukimo eilių mažinimo priemonės neveiksmingos

Ministerija neturi objektyvios informacijos apie eiles ir jų tendencijas, susidarymo priežastis, taigi negali suplanuoti veiksmingų priemonių, kaip jas mažinti, be to, neanalizuoja priimtų priemonių įtakos eilių kitimui. Eilių mažinimo priemonės norimų rezultatų nepasiekia, nes nesprenžiamos esminės pacientų srautų, e. sveikatos veikimo, sveikatos priežiūros specialistų struktūros disbalanso ir kt. problemos. Spręsdami paslaugų prieinamumo problemą 17 proc. pacientų naudojami mokamomis paslaugomis (pusė iš jų tai daro dėl didelių eilių), 19 proc. – gydos patys (1 skyrius, 11–18 psl.).

2. Sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimas tobulintinas

Ministerija, formuodama sveikatos priežiūros specialistų rengimo užsakymą mokslo ir studijų įstaigoms, nevertina paslaugų struktūros pokyčių, jų poreikio regionuose, specialistų krūvių, gydytojų pasitraukimo iš profesijos, emigracijos prognozių. Siekiama tik pakeisti išeinančius į pensiją gydytojus, o slaugytojų poreikis neplanuojamas. Šalies gydytojų vidurkis viršija ES, tačiau trūksta tam tikrų specialistų, pvz.: kardiologų, oftalmologų, neurologų, slaugytojų, tai turi įtakos paslaugų prieinamumui (1 skyrius, 18–20 psl.).

3. Brangūs medicinos prietaisai gydymo įstaigose naudojami neefektyviai, o naujų technologijų vertinimui trūksta paskatų

Daugiau nei pusės (59 proc.) brangių medicinos prietaisų (per 29 tūkst. Eur) panaudojimo intensyvumas mažas (pagal nustatytus tų prietaisų rodiklius), o 7 proc. jų visiškai nenaudojami. Audituojamu laikotarpiu ministerija ėmėsi reguliuoti naujų prietaisų įsigijimą, tačiau neinicijavo brangių prietaisų persikirstymo. Todėl turimų prietaisų neefektyvaus naudojimo problema lieka spręstina (2 skyrius, 21–24 psl.).

Naujų technologijų vertinimo inicijavimas vangus (per ketverius metus gydymo įstaigos ir privatūs tiekėjai pateikė vertinti 11 technologijų), nes aprobuotų naujų sveikatos priežiūros technologijų naudojimas nėra finansuojamas. Atsiradus naujų, nesiimama vertinti jau taikomų technologijų. Taigi neužtikrinama, kad visiems pacientams būtų prieinamas gydymas naujausiomis technologijomis (2 skyrius, 24–28 psl.).

4. Pacientai neįtraukiami į jų lūkesčius atitinkančios sveikatos priežiūros kūrimą

Ministerija ir gydymo įstaigos neišnaudoja pacientų apklausų jų lūkesčiams nustatyti ir valdyti. Savivaldybės nesidomi pacientų lūkesčiais, nors pusė jų ir renka gydymo įstaigų duomenis, tačiau jų nenaudoja priimdamos sprendimus dėl paslaugų organizavimo. Pacientams atstovaujama fragmentiškai: pacientų atstovai neįtraukti į 60 proc. darbo grupių jiems rūpimais klausimais. Pacientų informavimas apie teises ir pareigas neišsamus, nesudaro prielaidų sveikatos raštingumui didinti ir nemotyvuoja pacientų laikytis pareigų, todėl jų nesilaikoma (apie 20 proc. pacientų neatvyksta į priėmimą), o tai turi įtakos eilių susidarymui (3 skyrius, 28–33 psl.).

Rekomendacijos

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kad mažėtų paslaugų laukimo eilės, o turimi ištekliai būtų panaudojami efektyviai:
 - 1.1. nustatyti periodiškumą ir vykdyti paslaugų prieinamumo, vartojimo ir pacientų srautų bei priemonių eilėms mažinti taikymo poveikio stebėseną ir analizę ir jų pagrindu taikyti priemones, pašalinančias eilių susidarymo priežastis (1-asis pagrindinis audito rezultatas);
 - 1.2. sukurti visų sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimo sistemą, pagrįstą duomenų analize (2-asis pagrindinis audito rezultatas);
 - 1.3. įstaigų veiklos metinį vertinimą praplėsti brangių medicinos prietaisų efektyvaus naudojimo rodikliais (3-iasis pagrindinis audito rezultatas);
 - 1.4. nustatyti tvarką, pagal kurią būtų finansuojamos įvertintos naujos technologijos, o taikomos sveikatos priežiūros technologijos būtų peržiūrimos ir pervertinamos (3-iasis pagrindinis audito rezultatas).
2. Siekiant sveikatos priežiūros sistemą kuo daugiau orientuoti į pacientus:
 - 2.1. Praplėsti ir (ar) patikslinti ministerijos ir gydymo įstaigų vykdomų pacientų nuomonės tyrimų, apklausų turinį dėl pacientų lūkesčių identifikavimo, kuriais remiantis būtų tobulinamas sveikatos priežiūros organizavimas (4-asis pagrindinis audito rezultatas);
 - 2.2. išplėsti visuomenės informavimo turinį ir būdus, kuriais pacientai būtų skatinami laikytis pareigų ir įgyvendinti teises (4-asis pagrindinis audito rezultatas);
 - 2.3. nustatyti kriterijus, pagal kuriuos pacientų organizacijos būtų įtraukiamos į komisijų ar darbo grupių veiklą priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros tobulinimo (4-asis pagrindinis audito rezultatas).

Rekomendacijos įgyvendinimo priemonės ir terminai pateikti ataskaitos dalyje „Rekomendacijų įgyvendinimo planas“ (34 psl.).

ĮŽANGA

Vienas šalies sveikatinimo veiklos tikslų yra užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius⁹. Vienas svarbiausių veiksnių yra šių paslaugų prieinamumas¹⁰.

Higienos instituto duomenimis apsilankymų šalies gydymo įstaigose skaičius 2015–2017 m. didėjo 6 proc. (nuo 21 mln. 2015 m. iki 22,3 mln. 2017 m.). Didėjant vartojimui svarbu gyventojams užtikrinti sveikatos priežiūros prieinamumą (1 pav.).

1 pav. Sveikatos priežiūros prieinamumo dimensijos ir jas užtikrinančios sąlygos

ASMENIUI IR VISUOMENEI UŽTIKRINAMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ:	
EKONOMINIS PRIEINAMUMAS	↔ valstybė užtikrina sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimą.
KOMUNIKACINIS PRIEINAMUMAS	↔ tinkamas sveikatos priežiūros įstaigų tinklas, pasiekiamas geografiniu požiūriu.
ORGANIZACINIS PRIEINAMUMAS	↔ tinkamos ir (ar) reikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, suteikiamos / gaunamos laiku, teikia tinkami specialistai.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Sveikatos sistemos įstatymo 2 str.

EBPO teigia, kad Lietuvoje ekonominis sveikatos priežiūros prieinamumas užtikrinamas įgyvendinus privalomąjį sveikatos draudimą, kuris aprėpia platų paslaugų paketą. Sveikatos priežiūros paslaugų, ypač ligoninių pasiekiamumas geografiniu požiūriu yra labai geras¹¹. Gyventojai¹² (85 proc.) taip pat yra tos nuomonės, kad gydymo įstaigos jiems yra gerai pasiekiamos (komunikacinis prieinamumas tinkamas).

Nuo 2003 metų įgyvendinamos sveikatos priežiūros reformos, kurių tikslas, restruktūrizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir optimizavus paslaugas, pagerinti paslaugų prieinamumą, sveikatos priežiūros kokybę. Restruktūrizacija (keturi etapai)¹³, įgyvendinama trimis prioritetinėmis kryptimis: ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtra; stacionarių paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtra; medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra, daugiausia dėmesio skiriant vyresniojo amžiaus žmonių sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui. Visų etapų įgyvendinimas vėlavo. Buvo laikomasi nustatytų prioritetinių krypčių, tačiau sveikatos priežiūros organizacinio prieinamumo, kaip vieno iš kokybiškos paslaugos aspektų, problemos neišspręstos.

Gerinti paslaugų prieinamumą įvardyta Vyriausybės programoje¹⁴: ketinama pirmenybę teikti ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai ir didinti jų prieinamumą. Siektina, kad visi pacientai planinės pagalbos pas šeimos gydytoją patektų per 7

⁹ Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa, patvirtinta Seimo 2014-06-26 nutarimu Nr. XII-964.

¹⁰ Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2 str. 8 d.

¹¹ *State of Health in the EU, Lietuva. Šalies sveikatos profilis, 2017.*

¹² Valstybės kontrolė, Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, 2017 m.

¹³ Vyriausybės nutarimai: 2003-03-18 Nr. 335, 2006-06-29 Nr. 647, 2009-12-07 Nr. 1654, 2015-12-09 Nr. 1290.

¹⁴ 17-osios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa, patvirtinta Seimo 2016-12-13 nutarimu Nr. XIII-82.

kalendorines dienas, o antrinės ir tretinės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų suteikiamos ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų¹⁵.

Orientuotos į pacientą paslaugos – teikiamos atsižvelgiant į individualius ir visuomenės lūkesčius ir prioritetus. Paciento suvokiama kokybė apima jo lūkesčius, kokių jis tikisi medicininių paslaugų ir kokias jis galėtų gauti. Vartotojų tyrimas¹⁶ parodė, kad Lietuvos gyventojai nepatenkinti šių paslaugų kokybe. Lietuva iš vertintų 34-ių Europos valstybių yra 31-oje vietoje.

Asmens sveikatos priežiūros sistemos pagrindiniai dalyviai yra:

- Sveikatos apsaugos ministerija, atsakinga už sveikatos apsaugos politikos formavimą; ji nustato sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) reikalavimus, prognozuoja sveikatos priežiūros specialistų poreikį ir formuoja valstybės užsakymą rengti šiuos specialistus; kartu su Valstybine ligonių kasa nustato minimalius LNSS įstaigų išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį;
- Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba, atliekanti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo valstybinę priežiūrą, brangių medicinos priemonių naudojimo ir valdymo bei sveikatos priežiūros technologijų susijusių su medicinos priemonėmis, vertinimą.
- Valstybinė ligonių kasa, atsakinga už Privalomojo sveikatos draudimo fondo vykdymą, asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš šio 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.

Sveikatos priežiūros organizavimo tvarką ir paslaugų mastą nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos priežiūros paslaugos draudžiamiesiems šalies gyventojams apmokamos iš PSDF lėšų. Šio fondo išlaidos asmens sveikatos priežiūrai 2017 m. siekė 1,55 mlrd. Eur.

¹⁵ 17-osios Vyriausybės programos įgyvendinimo planas, patvirtintas Vyriausybės 2017-03-13 nutarimu Nr. 167.

¹⁶ *EuroHealth Consumer Index 2017*, prieiga per internetą: <https://healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2017>.

AUDITO REZULTATAI

1. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMAS – AKTUALI SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PROBLEMA

1. Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti prieinamos laiku, kai pacientams jos reikalingos ligos atveju ar sutrikus sveikatai. Laiku suteiktos paslaugos patenkina pacientų lūkesčius dėl sveikatos priežiūros, gerina jų sveikatos būklę ir mažina komplikacijų, nedarbingumo, neįgalumo apimtis.
2. Konstitucinis teismas yra pažymėjęs, kad žmonėms turi būti užtikrinta laiku gauti veiksmingą medicinos pagalbą ir kitas sveikatos priežiūros paslaugas¹⁷. Operatyvus pateikimas pas gydytoją – vienas kokybiškos sveikatos priežiūros sistemos požymių, kuris šiuo metu Lietuvoje mūsų inicijuoto tyrimo¹⁸ ir kitų tyrimų duomenimis įvardijamas kaip didžiausia sveikatos sistemos problema.

1.1. Paslaugų laukimo eilėms valdyti reikia efektyvesnių priemonių

3. Audito metu vertinome, ar valdomos asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės. Laikėmės nuomonės, kad eilės valdomos, kai:
 - paslaugų laukimo laikas (eilės) šalies gydymo įstaigose trumpėja;
 - gydymo įstaigos ir ministerija taiko priemones, šalinančias eilių susidarymo priežastis ir gerinančias paslaugų prieinamumą;
 - pasiekti sveikatos sistemos plėtros (2015–2017 m. etapo) tikslai, gerinantys paslaugų prieinamumą.

Sveikatos priežiūros paslaugų laukimo laikas netrumpėja

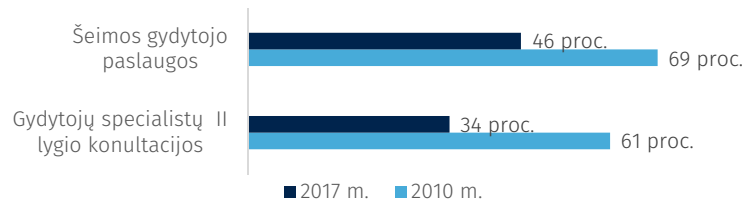
4. Lietuvos gyventojų nuomone¹⁹ (55 proc. respondentų), pagrindinė asmens sveikatos priežiūros problema yra didelės eilės. Iš tyrimo metu vertintų šeimos gydytojo, II lygio specialistų, stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų, daugiau nei 60 proc. gyventojų dienos chirurgijos ir stacionaro paslaugų laukimo laiką vertina gerai arba labai gerai. Blogiausiai gyventojai įvertino gydytojų specialistų II lygio konsultacinių paslaugų prieinamumą. Daugiau nei pusė (54 proc.) gyventojų patenkinamai arba blogai vertina ir galimybę norimu laiku patekti pas šeimos gydytoją. Lyginant su 2010 metais jų prieinamumo vertinimas blogėjo (2 pav.).

¹⁷ Konstitucinio Teismo 2014-02-26 nutarimas Nr. 47/2009-131/2010.

¹⁸ Valstybės kontrolės užsakymu vykdant Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimą 2017 m. 1000 respondentų apklausą atliko visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centras „Vilmorus“.

¹⁹ Valstybės kontrolė, Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, 2017 m.

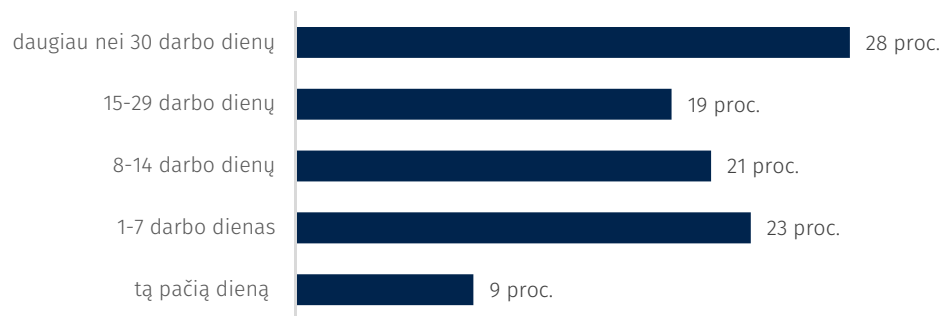
2 pav. Gyventojų dalis (proc.) „gerai arba labai gerai“ vertinusi šeimos gydytojų ir gydytojų specialistų II lygio konsultacijų prieinamumą (laukimo laiką nuo siuntimo išdavimo iki patekimo pas gydytoją), 2010 ir 2017 m.



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

5. Siekiant spręsti laukimo eilių problemas, įstatymu²⁰ nuo 2019-01-01 nustatomi maksimalūs asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminai: ne ilgiau kaip 7 kalendorinės dienos – šeimos gydytojo paslaugoms, ne ilgiau kaip 30 kalendorinių dienų – specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms. Atlikto tyrimo duomenimis beveik penktadalis (18 proc.) gyventojų nurodė, kad patekimo pas šeimos gydytoją laukė ilgiau nei 2 savaites (10 darbo dienų). Beveik trečdaliui (28 proc.) patekimo pas gydytoją specialistą dėl II lygio konsultacinių paslaugų teko laukti ilgiau nei 30 darbo dienų (3 pav.).

3 pav. Ambulatorinių specializuotų paslaugų laukimo laikas, 2017 m.



Šaltinis – Valstybės kontrolė, Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, gyventojų apklausos duomenys, 2017 m..

6. Tik 15 proc. (11 iš 71 VLK stebimų) specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų rūšių gyventojams suteikiama greičiau nei per 31 kalendorinę dieną²¹. VLK eilių stebėsenos duomenimis greičiausiai suteikiamos gydytojo širdies chirurgo, neonatologo²², vaikų hematologo²³, ftiziato²⁴ ir vaikų ftiziato bei kitos paslaugos, ilgiausiai gyventojams tenka laukti gydytojo genetiko, hematologo, kardiologo, endokrinologo paslaugų. Mūsų audito rezultatai, įvertinus paslaugų prieinamumą apibrėžtose 13-oje iš visų 85 specializuotose ambulatorinėse paslaugose šalyje teikiančių valstybės ir savivaldybių įstaigų, taip pat patvirtina ilgą paslaugų laukimo eilę pas gydytojus kardiologus, endokrinologus, be to, rodo, kad ilgiau nei 30 kalendorinių dienų tenka laukti oftalmologo, neurologo paslaugų (1 lentelė).

²⁰ Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 15³ str.

²¹ VLK ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėsenos duomenys“, 2018 m. vasario mėn., be brangiųjų tyrimų ir procedūrų paslaugų.

²² Naujagimių gydytojas.

²³ Kraujodaros organų ir kraujo ligų gydytojas.

²⁴ Tuberkulioze sergančių asmenų gydytojas.

1 lentelė. Gydytojų specialistų (5 rūšių) ambulatorinių paslaugų laukimo laikas

	Paslaugos laukimo laikas			Vertintų įstaigų skaičius
	iki 4 sav.	ilgiau nei 4 sav.	Ilgiausias laikas	
Gydytojas specialistas	įstaigų skaičius			
Kardiologas	4	8	4 mėn.	12
Endokrinologas	5	6	4 mėn.	11
Oftalmologas	2	7	4 mėn.	11
Neurologas	7	6	2 mėn.	13

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal stebėsenos gydymo įstaigose duomenis, 2018 m.

7. Poreikis patekti pas gydytojus ar tyrimus atlikti greičiau nei tai įmanoma valstybės ar savivaldybių gydymo įstaigose gyventojus verčia rinktis mokamas paslaugas privačiose gydymo įstaigose. Tyrimo duomenimis jų paslaugomis naudojosi 17 proc. gyventojų, iš jų pusė (51 proc.) priešastimi nurodė ilgą paslaugų laukimo laiką valstybės ir savivaldybių gydymo įstaigose²⁵.
8. Gyventojai, žinodami apie dideles eiles norint patekti pas gydytojus, nusprendžia „gydytis patys“. Atlikto tyrimo duomenimis reikšmingai auga gyventojų, kurie ligos atveju nesikreipia į gydymo įstaigas, dalis: nuo 23 proc. 2010 m. iki 37 proc. 2017 m.²⁶ Pagrindine priežastimi nurodomas ilgas paslaugų laukimo laikas ir tai, kad nėra galimybės užsiregistruoti konsultacijai.
9. Kiti pacientai, siekdami gauti paslaugas greičiau, kreipiasi į ligoninių priėmimo skubios pagalbos skyrius nesant skubios pagalbos poreikio ir todėl ilgėja priėmimo laikas tiems, kuriems ši pagalba objektyviai reikalinga. Pavyzdžiui, gydymo įstaigos nurodo, kad nuo 20 iki 50 proc. besikreipiančių dėl skubios pagalbos pacientų tas paslaugas galėtų gauti kreipdamiesi į šeimos gydytojus jų darbo metu.
10. Didelių eilių problemą pacientai linkę spręsti korupcinio pobūdžio veiksmais, t. y. neoficialiai susimokėdami už galimybę gauti paslaugas. Pasaulinio korupcijos barometro duomenimis 2016 m. už medicinos paslaugas valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose yra neoficialiai mokėję 24 proc. respondentų²⁷. 2017 m. atliktas tyrimas²⁸ rodo, kad neoficialiai už sveikatos priežiūros paslaugas mokėjo 27 proc. respondentų, iš jų didžiausia dalis (49 proc.) tai darė už gydytojų specialistų konsultacines paslaugas, t. y. tas, kurių laukimo laikas yra ilgiausias.

Pacientų eilių mažinimo priemonės neduoda tikėtino rezultato

11. Siekiant užtikrinti tolygų paslaugų prieinamumą ir jį gerinti būtina nuolat vertinti teikiamas paslaugas ir jų poreikį. Konstitucinis Teismas taip pat nurodo, kad nuolat turėtų būti vertinama, ar valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklas yra optimalus ir ar jų teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos atitinka prieinamumo, kokybės kriterijus²⁹.
12. Šalies mastu nuo 2015 m. vykdoma sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo stebėseną: Valstybinė ligonių kasa iš gydymo įstaigų periodiškai renka ir apibendrina duomenis apie nustatytą stebėti paslaugų laukimo laiką įstaigose. Tačiau informacija apie paslaugų prieinamumą nesiremia teisingais duomenimis (14 pastraipa), nes gydymo įstaigos ne

²⁵ Valstybės kontrolė, Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, 2017 m.

²⁶ Ten pat.

²⁷ Prieiga per internetą: <https://www.transparency.lt/pasaulinis-korupcijos-barometras-naujienos/>.

²⁸ Valstybės kontrolė, Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimas, 2017 m.

²⁹ Konstitucinio Teismo 2014-02-26 nutarimas Nr. 47/2009-131/2010.

visuomet pacientus registruoja jų pirmojo kreipimosi metu. Pagal netikslius duomenis atliktas paslaugų laukimo eilių apibendrinimas tikrojo paslaugų masto ir poreikio neatskleidžia, o neteisinga informacija neleidžia ministerijai parinkti veiksmingiausių priemonių.

13. Ministerija ambulatorinių paslaugų prieinamumo ir pacientų srautų analizės šalies mastu neatliko. Gydomo įstaigų vadovams tik buvo pateiktos rekomendacijos peržiūrėti ir patvirtinti pacientų laukimo eilių mažinimo priemonių planus³⁰, tačiau kokį poveikį gydymo įstaigų taikomos priemonės daro ministerija neanalizuoja, nevertina, ar tos priemonės veiksmingos. Priemonės gerinti paslaugų prieinamumą buvo numatytos tik šioms paslaugų grupėms: ūminio miokardo infarkto gydymo, onkologijos, neurochirurgijos, teleradiologijos telemedicinos paslaugoms.
14. Gydomo įstaigos vykdo paslaugų laukimo eilių stebėseną ir analizę, tačiau daugumoje vertintų įstaigų (13 iš 16) ji nepagrįsta objektyviais duomenimis: ne visi pacientai kreipimosi į įstaigą atveju įregistruojami į paslaugų laukimo eiles (pvz., gydymo įstaigose eilė sudaroma 1 mėn. laikotarpiui ir, ją užpildžius, pacientai neregistruojami vėlesniam laikotarpiui, jiems nurodoma kreiptis ar skambinti kito mėnesio pradžioje). Todėl tikrosios paslaugų laukimo eilės ar mastas nežinomas ir gali būti didesnis.
15. Gydomo įstaigos, susiduriančios su eilių problema, imasi priemonių ją spręsti: 70 proc. įstaigų (184 iš 262) taiko priemones gerinti paslaugų prieinamumą ir valdyti pacientų srautus, t. y. rengia ir įgyvendina pacientų laukimo eilių mažinimo priemonių planus³¹, pacientus registruoja į paslaugų laukimo eiles ir vykdo šių eilių stebėseną³², vykdo trūkstamų specialistų paiešką ir kt. (3 priedas). Šiomis priemonėmis gydymo įstaigos sprendžia tik viduje kylančias darbo organizavimo problemas ir taip didina pacientų priėmimo galimybes. Jos nepajėgios išspręsti išorinių šalies mastu ilgą paslaugų laukimo laiką lemiančių priežasčių, pavyzdžiui: gydytojų specialistų trūkumo šalyje, pernelyg didelių, palyginti su įstaigos pajėgumais, pacientų srautų dėl jų teisės rinktis gydymo įstaigą ir gydytoją, dėl netikslingo siuntimo pas gydytojus specialistus, dėl riboto PSDF finansavimo ir pan.

Audito metu vertintų gydymo įstaigų (30) nurodytos priežastys, lemiančios ilgą paslaugų laukimo eiles

- Gydytojų specialistų trūkumas. Kad tai viena iš didelių eilių problemų, patvirtino visos audito metu atrinktos gydymo įstaigos. Labiausiai Lietuvoje trūksta pulmonologų, neurologų, kardiologų, hematologų, gastroenterologų, oftalmologų.
- Gydytojai specialistai ambulatoriniame padalinyje dirba mažesniu nei 1,0 etato darbo krūviu.
- Pacientų pageidavimas rinktis gydytojus specialistus. Kai pacientas renkasi konkretų gydytoją, pas tokį specialistą eilė išauga, o pas tos pačios specialybės kitą gydytoją eilių nėra.
- Pacientų neatvykimas. VšĮ „A“, VšĮ „B“, VšĮ „C“ duomenimis, iki 20 proc. iš anksto užsiregistravusių pacientų neatvyksta.
- Netikslingas siuntimų pacientams išrašymas. Pacientai kreipiasi į II lygio gydytojus specialistus, kai paslauga gali būti suteikta šeimos gydytojo. Pavyzdžiui, VšĮ „B“ nurodė, kad 40–50 proc. iš pirminės sveikatos priežiūros centrų siųstų pacientų atvyksta ne pagal indikacijas, paslaugas turėtų suteikti šeimos gydytojai. Neretai siuntime būna prierašas „ligoniui reikalaujant“.
- Sveikatos sistemos trikdžiai. Visos gydymo įstaigos nurodė, kad sveikatos sistemos trikdžiai labai apsunkina darbą, užtrunka el. dokumentų pildymas ir paciento vizitas pas gydytoją, nusitęsia kito paciento priėmimas.
- Finansavimo iš PSDF trūkumai: gydymo įstaigos su TLK pasirašo sutartis, kuriose nustatoma iš PSDF finansuojama suma. Gydymo įstaiga, gavusi „kvotą“, atitinkamai paskirsto pacientų

³⁰ Sveikatos apsaugos ministro 2014-01-27 įsakymas Nr. V-108.

³¹ Vadovaujamosi sveikatos apsaugos ministro 2014-01-27 įsakymu Nr. V-108 „Dėl pacientų laukimo eilių mažinimo“, įsakymas nepaskelbtas Teisės aktų registre, viešosioms savivaldybių įstaigoms tik rekomenduota juo vadovautis, priemonių planus pagal šį įsakymą rengia ne visos vertintos viešosios gydymo įstaigos.

³² Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2014-10-28 įsakymas Nr. 1K-287.

vizitus pas gydytoją. Išnaudojus nemokamų paslaugų skaičių, paciento eilė keliasi į kitą mėn., taigi laukimo laikas ilgėja. Gydytojų įstaigos suteikia daugiau paslaugų, negu numatyta sutartyse su TLK, bet už jas ligonių kasos sumoka ne visada. Dalis paslaugų lieka neapmokėta. Pavyzdžiui, VŠĮ „A“ nurodė, kad 2018 m. I pusm. suteikė daugiau paslaugų, negu numatyta sutartyse, daugiau kaip už 500 tūkst. Eur, VŠĮ „D“ 2017 m. – už 200 tūkst. Eur.

16. Pažymime, kad Valstybės kontrolė atlikty auditų³³ metu ministerijai yra teikusi rekomendacijas, kurių įgyvendinimas būtų padėjęs spręsti eilių problemas, tačiau jos neįgyvendintos. Įvertinus šeimos gydytojų veiklos efektyvumą, siūlyta, pirma – dalį gydytojo funkcijų perleisti slaugytojui, antra – aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų kompetencijos ribas, o tai būtų padėję spręsti netikslingų siuntimų pacientams išrašymo ir iš dalies finansavimo iš PSDF trūkumo problemas. Kita gydymo įstaigų nurodoma eilių susidarymo priežastis – e. sveikatos sistemos trikdžiai. Manome, kad efektyvus jos veikimas pašalintų šią problemą, o platesnis jos naudojimas būtų svarbus siekiant mažinti eiles. Turėtų būti aktyviau naudojamos e. sveikatos, telemedicinos ir nuotolinio paslaugų teikimo galimybės. EBPO yra rekomendavusi³⁴ didinti sveikatos politikos efektyvumą plečiant e. sveikatos infrastruktūrą. Valstybės kontrolės pateiktų rekomendacijų dėl e. sveikatos esminių priemonių įgyvendinimas vėluoja³⁵.
17. Ministerija turėtų kompleksiskai vertinti paslaugų prieinamumo gerinimo ir laukimo eilių mažinimo priemonių įgyvendinimo rezultatus, vertinti prieinamumą trikdančias priežastis. Sprendimus būtina priimti tokius, kurie apimtų visas pacientų ir paslaugų grupes bei gydymo įstaigas. Tokie sprendimai padėtų sparčiau mažinti paslaugų netolygumus, paslaugas gyventojams teikti efektyviau. Eilių problemos sprendimas prisidėtų prie korupcijos prielaidų sveikatos priežiūros sistemoje mažinimo.

Pokyčiai audito metu

- Siekiant gerinti sunkių traumų atvejais teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas ir jų prieinamumą, 2018 m. liepos mėn. įsigaliojo ministro patvirtintas sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašas³⁶.
- Nuo 2018 m. rugsėjo 1 d. įsigaliojo sveikatos apsaugos ministro įsakymas³⁷, kuriuo šeimos medicinos paslaugas teikiančioms gydymo įstaigoms leidžiama nuotoliniu būdu pratęsti receptus naudojamiems vaistams ar medicinos pagalbos priemonėms, esant stabiliai paciento būklei, gydytojai taip pat gali skirti ir pakartotinius tyrimus bei pagal juos pakoreguoti gydymą. Priemonės leis greičiau gauti dalį šeimos gydytojų paslaugų.
- Nuo 2018 m. lapkričio 1 d. vienas iš gydymo įstaigų veiklos rezultatų vertinimo rodiklių bus vidutinis laikas nuo paciento kreipimosi į įstaigą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo momento iki paskirto paslaugos gavimo laiko pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes. Siekiant, kad veikla būtų įvertinta gerai, gydymo įstaigos bus suinteresuotos įvykdyti šį rodiklį.
- Nuo 2019 m. sausio 1 d. įsigaliojus Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15² str. redakcijai, visi besikreipiantys pacientai turės būti užregistruoti nuo kreipimosi momento. Bus pradėta naudoti išankstinės pacientų registracijos sistema, kurioje bus galima vykdyti realių eilių stebėseną, daryti analizes ir imtis rezultatą duodančių veiksmų. Registruodamasis

³³ Valstybinio audito ataskaitos: „Ar efektyvi šeimos gydytojų veikla?“, 2013-02-28 Nr. VA-2017-P-900-3-4; „Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas“, 2017-04-26, Nr. VA-2017-P-900-3-12.

³⁴ *OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018. Assessment and Recommendations*, 55–56 psl.

³⁵ Rekomendacijų įgyvendinimo ataskaita, 2018-09-10 Nr. Y-9

³⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2018-07-19 įsakymas Nr. V-824.

³⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2018-07-19 įsakymas Nr. V-826.

konsultacijai, pacientas turės nurodyti priežastį, dėl kurios kreipiasi, tad gydytojams bus lengviau iš anksto įvertinti konsultacijos trukmę, geriau jai pasiruošti. Be to, pacientui nebus leidžiama dėl tos pačios priežasties tuo pat metu registruotis keliose įstaigose.

Vykdoma sveikatos sistemos plėtra nepasiekia numatytų rezultatų

18. 2015–2017 m. šalyje vyko gydymo įstaigų ir paslaugų struktūros konsolidavimas, buvo siekiama racionaliai naudojant LNSS finansinius, žmogiškuosius ir infrastruktūros išteklius padidinti ambulatorinių paslaugų apimtį, vykdyti stacionarinių slaugos ir palaikomojo gydymo bei geriatrijos paslaugų plėtrą.³⁸
19. 2017 m. ambulatorinių paslaugų suteikta daugiau nei 2015 m., vis tik numatytas 2 proc. paslaugų apimtį didėjimas nepasiektas – augimas buvo 1,76 proc. (2 lentelė).

2 lentelė. Ambulatorinių paslaugų skaičiaus pokytis 2015–2017 m. Lietuvoje, vnt.

2015 m.	2017 m.	Skirtumas	Didėjimas
9 495 tūkst.	9 663 tūkst.	168 tūkst.	1,76 proc.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos duomenis

20. Ambulatorinių paslaugų skaičius netolygiai didėjo apskrityse: didžiausias augimas buvo Utenos apskrityje (7,12 proc.), o Alytaus ir Marijampolės apskrityse 2017 m. paslaugų apimtys, palyginti su 2015 m., sumažėjo (4 priedas).
21. Vykdam stacionarinių slaugos paslaugų plėtrą buvo numatyta slaugos lovų skaičių padidinti iki 3 lovų 1 tūkst. gyventojų³⁹. Šis rodiklis pasiektas tik Utenos apskrityje, o šalies rodiklis 2017 m. buvo 2,19, mažiausias – Kauno ir Klaipėdos apskrityse (3 lentelė), tad stacionarinių slaugos paslaugų prieinamumas gyventojams, išskyrus Utenos apskritį, negerėjo kiek planuota.

3 lentelė. Stacionarinių slaugos lovų skaičiaus pokytis apskrityse 2015–2017 m.

Apskritis	Lovų skaičius, iš viso			Lovų skaičius tenkantis 1 tūkst. gyv.		
	2015 m.	2016 m.	2017 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.
Lietuva	5149	5562	6004	1,783	1,953	2,194
Vilniaus	1258	1321	1532	1,562	1,641	2,103
Kauno	897	973	996	1,554	1,707	1,768
Klaipėdos	572	625	654	1,762	1,95	2,06
Šiaulių	587	606	643	2,124	2,24	2,421
Panevėžio	449	508	540	1,943	2,257	2,467
Alytaus	293	331	336	2,019	2,337	2,432
Marijampolės	261	306	306	1,75	2,105	2,164
Tauragės	239	239	255	2,361	2,424	2,66
Telšių	298	309	333	2,108	2,243	2,481
Utenos	295	344	409	2,149	2,577	3,153

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos duomenis

22. 65,5 proc. (19 iš 29) stacionarines slaugos paslaugas teikiančių gydymo įstaigų ir 61,5 proc. (8 iš 13) savivaldybių nurodė, kad šių paslaugų poreikis nėra patenkinamas, nes: trūksta tinkamų patalpų,

³⁸ Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligonių tinklo konsolidavimo etapo planas, patvirtintas Vyriausybės 2015-12-09 nutarimu Nr. 1290.

³⁹ Ten pat.

neišvystytos socialinės ir ambulatorinės slaugos paslaugos, ypač kaimiškose vietovėse, netolygūs pacientų srautai metų eigoje, visuomenė senėja, netobula paslaugų finansavimo sistema.

23. Nustatėme, kad 28 proc. (30 iš 106⁴⁰) gydymo įstaigų, teikiančių stacionarines slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas veikla 2016 m. nebuvo efektyvi: lovos funkcionavimo rodiklis⁴¹ įstaigose nesiekė 300⁴² (siektinas rodiklis 330⁴³).
24. Mūsų nuomone, slaugos paslaugų prieinamumas galėjo būti didinamas efektyviau išnaudojant turimą infrastruktūrą, bendradarbiaujant savivaldybėms ir gydymo įstaigoms teikiant stacionarines slaugos paslaugas kitų savivaldybių gyventojams. Paslaugas kitų savivaldybių gyventojams nurodė teikusios 19 gydymo įstaigų iš 29 apklaustų, tačiau tokių pacientų dalis daugumoje (17 iš 19) įstaigų buvo nedidelė: nuo 2 iki 9 proc. visų hospitalizuotų asmenų.

Gerosios praktikos pavyzdys

Turimą infrastruktūrą teikiant stacionarines slaugos paslaugas efektyviai išnaudoja VšĮ Prienų ligoninė, kurioje 2017 m. 30 proc. slaugos padalinyje hospitalizuotų pacientų buvo kitų savivaldybių gyventojai. Padalinio lovos funkcionavimo rodiklis 2016 m. buvo 335, t. y. didesnis nei šalies vidurkis (331).

25. Audituojamu laikotarpiu nebuvo įsteigta numatytų 30 geriatrijos paslaugas teikiančių padalinių⁴⁴, paslaugas teikė 25 padaliniai. Jas teikiančios įstaigos nurodė (atitinkamai 80 proc. ir 40 proc.), kad neužtikrinamas ambulatorinių ir stacionarinių geriatrijos paslaugų prieinamumas.

Gydymo įstaigų nurodytos pagrindinės geriatrijos paslaugų organizavimo ir teikimo problemos:

- nėra ilgalaikės geriatrijos paslaugų plėtros strategijos;
 - trūksta visuomenės, neretai ir medicininio personalo supratimo apie geriatrijos paslaugas, geriatrų veiklą, kada reikalinga geriatro konsultacija;
 - trūksta licencijuotų gydytojų geriatrų;
 - geriatrijos paslaugos sunkiau prieinamos mažesnių rajonų gyventojams, neišspręsta ligonių transportavimo problema.
-

26. Kad įstaigose trūksta geriatrijos gydytojų, nurodė 60 proc. (15 iš 25) gydymo įstaigų. Didžiosios Britanijos geriatrijos draugijos rekomendacijose įvardytas 35–40 gydytojų geriatrų skaičius 1 mln. gyventojų.⁴⁵ Lietuvoje atitinkamai šioms paslaugoms teikti reikėtų apie 100 gydytojų geriatrų⁴⁶. Akreditavimo tarnybos duomenimis, 2017 m. galiojančias gydytojų geriatrų licencijas Lietuvoje turėjo 29 gydytojai.
27. Įgyvendinus numatytus sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapus gyventojams vis dar lieka netolygiai teikiamos ar prieinamos ambulatorinės bei stacionarinės slaugos paslaugos. Priežastis, mūsų vertinimu, yra ta, kad savivaldybės, kurios yra ligoninių savininkės, nepriima reikiamų sprendimų. Tai pažymi ir EBPO:

⁴⁰ Gydymo įstaigos ir jų filialai.

⁴¹ Parodo, kiek dienų per metus lova yra užimta.

⁴² Higienos instituto duomenys.

⁴³ Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, slaugos paslaugų namuose ir sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti planavimo tvarkos aprašas, patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2013-10-31 įsakymu Nr. V-1020.

⁴⁴ Vyriausybės 2015-12-09 nutarimas Nr. 1290.

⁴⁵ Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planas, patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2014-07-16 įsakymu Nr. V-825.

⁴⁶ Ten pat, 5 priedas.

specializuotų ir stacionarių paslaugų teikimo organizavimas turėtų būti sprendžiamas aukštesniu nei municipaliniu lygiu.⁴⁷

28. Siekiant rezultatyviau spręsti šias problemas savivaldybėse, planuojant veiksmus turėtų būti ne tik konstatuojama esama padėtis, bet įvardijamos ir priežastys, turinčios įtakos sveikatos priežiūros trūkumams. Be to, vertinant rezultatus turėtų būti atskleidžiami veiksniai, dėl kurių planuoti rezultatai laiku nepasiekti. Tai padėtų įvertinti nesėkmių priežastis, jas šalinti arba jų išvengti įgyvendinant kitus sveikatos priežiūros pokyčius.

1.2. Sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimas tobulintinas

29. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui užtikrinti visų pirma turi būti reikiamas sveikatos priežiūros specialistų skaičius, o jų poreikis planuojamas ir prognozuojamas.
30. Audito metu laikėmės nuomonės, kad planuojamas pakankamas sveikatos priežiūros specialistų skaičius, kai:
- mokslo ir studijų įstaigoms formuojamas valstybinis užsakymas rengti visų sveikatos priežiūros specialistų grupių (gydytojų, slaugytojų ir akušerių) specialistus;
 - ministerijos teikiamas sveikatos priežiūros specialistų valstybinis užsakymas yra pagrįstas realiu šalies poreikiu, kuris nustatomas vertinant paslaugų struktūrą ir jos pokyčius.
31. Formuodama sveikatos priežiūros specialistų rengimo valstybinį užsakymą, ministerija nevertina ir neplanuoja slaugos specialistų poreikio, o jų trūksta. Iki ES vidurkio reikia dar apie 2 tūkst. slaugytojų⁴⁸; o gydymo įstaigos įvairiose apskrityse ieško 54 slaugos specialistų⁴⁹.
32. Pagal EBPO Lietuvoje bendras gydytojų skaičius (4,3 gydytojo 1 tūkst. gyventojų) yra didesnis nei ES vidurkis (3,6), bet trūksta tam tikrų specialybių gydytojų. Visos vertintos gydymo įstaigos vieną iš paslaugų laukimo eilių priežasčių nurodo gydytojų trūkumą (12 pastraipa). Kai kurios gydymo įstaigos specialistų trūkumo problemą imasi spręsti pačios – finansuoja tam tikros specialybės gydytojo rengimą. Mūsų surinktų duomenų palyginimas rodo, kad įstaigose esant mažesniai ambulatorines paslaugas teikiančių gydytojų skaičiui, šių paslaugų tenka laukti ilgiau, be to, gydytojų darbo krūviai netolygūs (4 lentelė).

4 lentelė. Gydytojų kardiologų ambulatorinės veiklos skirtingose įstaigose palyginimas

Gydymo įstaigos	Gydytojų etatų skaičius 2017 m.	Suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius 2017 m.	Vidutinis gydytojo priimtų pacientų skaičius per dieną 2017 m.	Trumpiausias laukimo laikas (lankantis gydymo įstaigoje 2018 m.)
Respublikinės ligoninės				
„A“	3,75	22 tūkst.	27	15–30 d.
„B“	5,9	22 tūkst.	17	1 d.
„C“	2,5	18 tūkst.	33	3 mėn.
„D“	1,75	9 tūkst.	23	1,5 mėn.
„E“	2,5	2,7 tūkst.	5	1,5 sav.
Regioninės ligoninės				

⁴⁷ EBPO Review of health systems - Lithuania, 2018 m., 22 psl.

⁴⁸ Pagal EBPO duomenis Lietuvoje 1 tūkst. gyventojų tenka 7,7 slaugytojų, o ES vidurkis – 8,4. Pagal 2018 m. sausio mėn. Lietuvos gyventojų skaičių (2,81 mln.) Lietuvai trūktų apie 1 967 slaugytojų, kad būtų pasiektas ES vidurkis.

⁴⁹ Ministerijos tinklalapyje skelbiamų darbo pasiūlymų 2018 m. rugpjūčio mėn. duomenys.

Gydymo įstaigos	Gydytojų etatų skaičius 2017 m.	Suteiktų ambulatorinių paslaugų skaičius 2017 m.	Vidutinis gydytojo priimtų pacientų skaičius per dieną 2017 m.	Trumpiausias laukimo laikas (lankantis gydymo įstaigoje 2018 m.)
„F“	4	19 tūkst.	21	31 d. ir daugiau
„G“	1,3	5 tūkst.	18	31 d. ir daugiau
Rajonų ligoninės				
„K“	0,3	1,3 tūkst.	20	15–30 d.
„L“	0,5	1,2 tūkst.	11	15–30 d.
Miesto poliklinikos				
„M“	3,4	12 tūkst.	16	2 mėn.
„N“	1,3	5,3 tūkst.	18	1 mėn.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal gydymo įstaigų ir Higienos instituto duomenis.

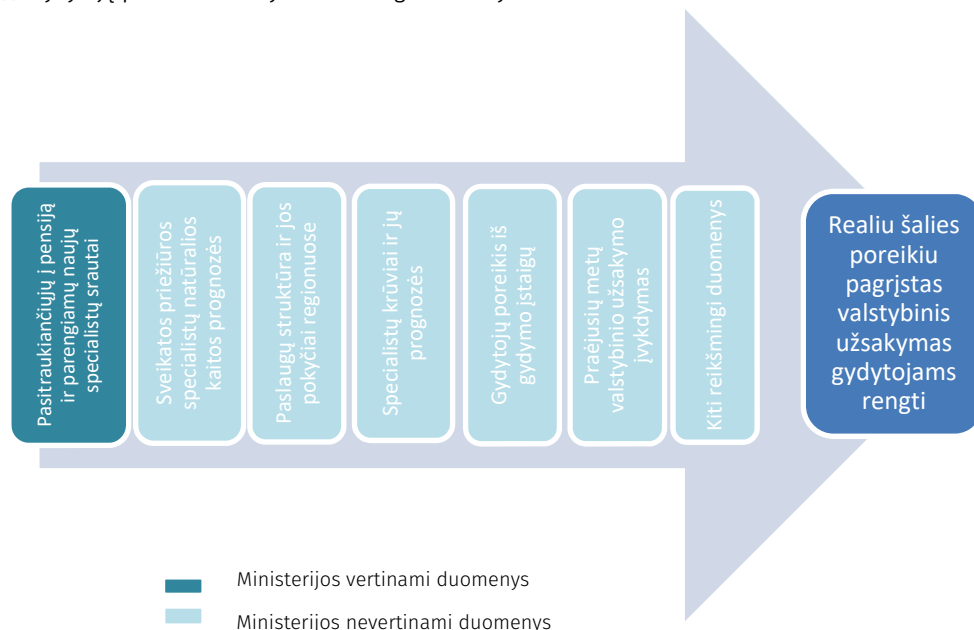
33. Pagal gydymo įstaigų informaciją apie ilgiausią paslaugų laukimo laiką ir darbo pasiūlymus gydytojams⁵⁰ didžiausias poreikis yra kardiologų, neurologų, oftalmologų, taip pat šeimos gydytojų ir psichiatrų, bet realus tam tikrų specialistų poreikis šalyje nėra apskaičiuotas.
34. Išanalizavę sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimo procesą⁵¹ (5 priedas), nustatėme, kad nėra nustatyta, kaip apskaičiuoti jų poreikį, siekiant sudaryti pagrįstą valstybinį užsakymą.
35. Sveikatos apsaugos ministerija formuoja valstybės užsakymą rengti sveikatos priežiūros specialistus, tačiau nerenka ir nevertina mokslinių darbų duomenimis⁵² pagrįstam specialistų poreikiui apskaičiuoti reikalingos informacijos (4 pav.) apie:
 - sveikatos priežiūros specialistų natūralią kaitą – pasitraukimo iš studijų prognozes, gydytojų pasitraukimą iš profesijos (emigracija, profesijos keitimas, mirtis);
 - paslaugų struktūrą, jos pokyčius regionuose ar savivaldybėse, atsižvelgiant į gyventojų skaičiaus kitimą, sergamumą dažniausiomis ligomis, mirtingumo rodiklius;
 - specialistų krūvius ir jų prognozes, atsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą ir jos pokyčius;
 - gydytojų poreikį pagal gydymo įstaigų informaciją;
 - praėjusių metų valstybinio užsakymo įvykdymą.

⁵⁰ Ministerijos interneto svetainėje 2018 m. rugsėjo mėn. skelbiamų darbo pasiūlymų duomenimis, gydymo įstaigos šalyje ieškojo šeimos gydytojų (72), kardiologų (27), neurologų (25), psichiatrų (16) ir oftalmologų (14).

⁵¹ Sveikatos apsaugos ministro 2007-09-26 įsakymas Nr. V-777.

⁵² Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu LSMU tyrimas „Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė“, 2011 m., 188 psl.; L. Starkienė „Gydytojų skaičiaus planavimas: nuo mokslinių tyrimų iki sveikatos politikos“, 2012 m.; sveikatos apsaugos ministro 2003-12-31 įsakymu Nr. V-802 patvirtinta Strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003–2020 m. programa.

4 pav. Gydytojų poreikio nustatymui reikalingi duomenys ir vertinimai



Šaltinis – Valstybės kontrolė

36. Planuodama gydytojų poreikį, Sveikatos apsaugos ministerija vertina tik numatomų iš profesijos pasitraukti dėl pensijos gydytojų pakeitimą baigusiais studijas gydytojais. Formuodama valstybinį užsakymą ji neatsižvelgia ir į tuos duomenis ir užsakymą tvirtina tik pagal pateiktas universitetų galimybes rengti gydytojus (6 priedas).
37. Siekiant užtikrinti, kad ateityje šalyje būtų reikiamas sveikatos priežiūros specialistų skaičius, ministerija turėtų sukurti šių specialistų (įskaitant slaugytojus ir akušerius) poreikio planavimo sistemą, pagrįstą reikalingų duomenų analize. Remiantis ja turėtų būti nuolat atliekami specialistų poreikio tyrimai, kurie leistų numatyti, kiek ir kokių specialistų reikės ir pagrįstai formuoti jų parengimo užsakymą, nukreipiant finansinius ir žmogiškuosius išteklius reikalingiems specialistams rengti, pritraukti ir juos išlaikyti.

Pokyčiai audito metu

Ministerija šiuo metu ES lėšomis įgyvendina priemonę „Gydytojų rezidentų pakopinių kompetencijų modelio kūrimas ir diegimas“. Jos tikslas – finansuoti rezidentūros studijas, įpareigojant gydytojus rezidentus dirbti ne trumpiau nei dvejus metus iš anksto suderintoje gydymo įstaigoje, esančioje tikslinėje teritorijoje, kurioje trūksta atitinkamos srities gydytojų. Taip pat sukurti ir įdiegti gydytojų rezidentų pakopinių kompetencijų modelį. Ši priemonė padės papildyti trūkstamus žmogiškuosius išteklius sveikatos srityje ir mažinti sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymo netolygumus ir jų trūkumą rajonuose. Medicinos praktikos įstatymo pakeitimus, susijusius su pakopinės gydytojų rezidentų įgūdžių vertinimo sistemos įdiegimu, Seimas priėmė 2018 m. birželio 30 d.

2. BRANGŪS MEDICINOS PRIETAISAI NEIŠNAUDOJAMI, O NAUJŲ TECHNOLOGIJŲ VERTINIMUI TRŪKSTA PASKATŲ

38. Sveikatos priežiūros technologijos būtinos sveikatos priežiūros veiklai, o medicinos prietaisai labai svarbūs užtikrinant ligų diagnostikos ir gydymo kokybę. PSO asamblėjoje⁵³ įvardyta, kad sveikatos technologijos, ypač medicinos prietaisai, yra daugelio valstybių sveikatos sistemų ekonominiai ir techniniai iššūkiai, išreikštas susirūpinimas dėl išteklių švaistymo, nesant nustatytų prioritetinių poreikių, netinkamų investicijų į medicinos prietaisus, nesuderinus su esama infrastruktūra, kuri būna netinkamai naudojama.

2.1. Brangūs medicinos prietaisai šalyje naudojami neefektyviai

39. Naujausių sveikatos priežiūros technologijų pažanga gerina daugelio ligų diagnozę ir gydymą, bet patiriama didelių sąnaudų, įsigyjant įrangą ir ją naudojant⁵⁴. Auditorių nuomone, siekiant užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų prieinamos, labai svarbu imtis priemonių, kad brangius medicinos prietaisus įstaigos naudotų efektyviai.
40. Laikėmės nuomonės, kad turimi brangūs medicinos prietaisai naudojami efektyviai, kai:
- visi jie yra naudojami dideliu ar vidutiniu intensyvumu⁵⁵.
 - ministerija vertina gydymo įstaigų turimų brangių medicinos prietaisų naudojimo intensyvumą ir esant poreikiui, perskirsto juos.

Neintensyviai naudojama daugiau nei pusė brangių medicinos prietaisų

41. Lietuvoje 2017 m. iš viso buvo 1 428 brangūs medicinos prietaisai. Angiografų, kompiuterinių ir magnetinio rezonanso tomografų, linijinių greitintuvų skaičius artimas ES vidurkiui. Mažiau turima mamografų, gama kamerų ir pozitroninės emisijos tomografų (7 priedas). Turimi prietaisai naudojami neefektyviai: 59 proc. (811 iš 1 373) jų 2017 m. buvo naudojami mažu intensyvumu, 24 proc. (326 prietaisai) – vidutiniu ir tik 17 proc. (236) – dideliu intensyvumu (5 lentelė).

5 lentelė. Brangių medicinos prietaisų naudojimo intensyvumas, 2017 m.

Prietaisų rūšys	Naudojimo intensyvumas: dalis (proc.) ir skaičius			Bendras skaičius*
	Mažas	Vidutinis	Intensyvus	
Kompiuteriniai tomografai	83 proc. (57)	14 proc. (10)	3 proc. (2)	69
Mamografai	31 proc. (11)	26 proc. (9)	43 proc. (15)	35
Magnetinio rezonanso tomografai	66 proc. (25)	24 proc. (9)	10 proc. (4)	38
Angiografai	62 proc. (18)	31 proc. (9)	7 proc. (2)	29
Gama kameros	63 proc. (5)	25 proc. (2)	12 proc. (1)	8
Diagnostiniai rentgeno prietaisai	66 proc. (235)	21 proc. (75)	13 proc. (45)	355
Pozitronų emisijos tomografai	100 proc. (2)			2
Ultragarsiniai prietaisai	55 proc. (458)	25 proc. (212)	20 proc. (167)	837
Visų prietaisų	59 proc. (811)	24 proc. (326)	17 proc. (236)	1 373

* neskačiuoti prietaisai, kuriems netaikomi naudojimo intensyvumo vertinimo rodikliai

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos pateiktus duomenis

⁵³ 60-oji pasaulio sveikatos asamblėja, rezoliucija WHA60.29. Prieiga per internetą: http://www.who.int/medical_devices/policies/who_resolutions/en/.

⁵⁴ OECD, *Health at a Glance: Europe* 2016, 164 psl.

⁵⁵ Brangių sveikatos priežiūros technologijų naudojimo intensyvumo vertinimo rodikliai patvirtinti Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2017-02-24 įsakymu Nr. T1-283 (1.1).

42. Iš 8 brangių medicinos prietaisų rūšių, kuriems taikomi brangių sveikatos priežiūros technologijų naudojimo intensyvumo vertinimo rodikliai, tik mamografai didžiąja dalimi (43 proc.) 2017 m. buvo naudoti intensyviai. 13-oje (iš 24-ių) gydymo įstaigų jų darbo intensyvumas nesiekė Lietuvos vidurkio (11,2 procedūrų vienu aparatu per darbo dieną). Gydymo įstaigų nurodyta mažo mamografų naudojimo intensyvumo pagrindinė priežastis – nebuvo poreikio paslaugoms. Mūsų vertinimu, gydymo įstaigos nepakankamai skatina moteris pasitikrinti ir imtis prevencinių priemonių⁵⁶. Atkreiptinas dėmesys, kad Lietuvos 50–69 m. amžiaus moterų mamografinė patikra 2015 m. apėmė 44,8 proc., 2016 m. – 46,2 proc. moterų, palyginti ES rodiklis – 62,8 proc. nurodyto amžiaus moterų.⁵⁷

Gerosios praktikos pavyzdys

VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje mamografo naudojimo intensyvumas 2017 m. buvo beveik 4 kartus didesnis nei Lietuvos vidurkis ir siekė 40,3 procedūrų per 1 darbo dieną 1 aparatu. Ligoninėje prietaisai naudojami intensyviai visus metus – 2017 m. atlikta 47 295 procedūrų (mamografas naudojamas intensyviai, kai atliekama daugiau nei 7 000 procedūrų per metus).

43. Gydymo įstaigos 7 proc. (100 vnt.) turimų brangių medicinos prietaisų 2017 m. nenaudojo. Iš jų 18 vnt. nebuvo naudoti per 2014–2017 m., o 13 vnt. nebuvo panaudoti nuo įsigijimo.

Brangių medicinos prietaisų, kurie nenaudojami nuo įsigijimo, pavyzdžiai

Vienos įstaigos, įsigijusios 31,9 tūkst. Eur vertės diagnostinį rentgeno prietaisą 2016 m. balandžio mėn., skyriuje buvo atliekamas kapitalinis remontas, prietaisas neišpakuotas, saugomas sandėlyje daugiau kaip 2 m. Skyrius pradėjo darbą 2018 m. rugpjūčio mėn., aparatas paruoštas darbui, bet iki šiol nebuvo pacientų, kuriems būtų atliktas tyrimas šiuo aparatu. Pažymėtina, kad įstaiga be šio turėjo dar 13 diagnostinių rentgeno prietaisų, iš kurių 3 visiškai nenaudojo.

Kita įstaiga 2017 m. spalio mėn. įsigijo 58,3 tūkst. Eur vertės diagnostinę ultragarsinę medicinos priemonę, bet ji nenaudojama iki šiol. Buvo nurodyta, kad ji bus pradėta naudoti baigus patalpų remonto darbus. 2017 m. įstaiga turėjo šį ir dar 5 tokius prietaisus, iš kurių 4 buvo naudoti mažai.

44. Audito metu nustatėme pagrindines neintensyvaus prietaisų naudojimo ar nenaudojimo priežastis:
- nesusidarė pakankami pacientų srautai;
 - trūksta specialistų;
 - prietaisai neveikė dėl gedimų, nusidėvėjimo;
 - atliekamos sudėtingos, ilgai trunkančios procedūros, todėl bendras tyrimų skaičius mažesnis;
 - brangiais prietaisais atliekamų tyrimų, apmokamų iš PSDF lėšų, indikacijos yra siauros, ypač pozitroninės emisijos tomografijos tyrimų.
45. Mažas prietaisų naudojimo intensyvumas yra viena iš paslaugų laukimo eilių susidarymo priežasčių, ypač magnetinio rezonanso tyrimų. VLK eilių stebėsenos duomenimis⁵⁸ pacientams ilgiau nei 30 kalendorinių dienų magnetinio rezonanso angiografijos tyrimo teko laukti pusėje (50 proc.) visų šias paslaugas teikiančių gydymo įstaigų, magnetinio rezonanso tomografijos – beveik ketvirtadalyje (23 proc.) įstaigų.

⁵⁶ Krūties vėžio prevencinė programa.

⁵⁷ Prieiga per internetą: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health-care-utilisation_data-00542-en.

⁵⁸ 2018 m. vasario mėn. duomenys.

Ministerijos veiksmai dėl efektyvesnio brangių prietaisų naudojimo nerezultatyvūs

46. Šalyje duomenis apie brangius medicinos prietaisus ir jų naudojimą renka, sistemina ir tvarko Akreditavimo tarnyba^{59,60}. Ministerijai ataskaitos pateikiamos tik kitų metų pabaigoje (2017 m. duomenys bus pateikti 2018 m. pabaigoje), todėl duomenų apibendrinimai gali būti neaktualūs ministerijos komisijai priimant sprendimus dėl leidimų gydymo įstaigoms įsigyti šiuos prietaisus išdavimo.

Sprendimo pagal neaktualius brangių prietaisų naudojimo duomenis pavyzdys

2017 m. komisija, įvertinusi turimus 2015 m. prietaisų naudojimo duomenis, priėmė sprendimą pritarti gydymo įstaigos ketinimui įsigyti MRT 3 T prietaisą, nors pagal 2016 m. duomenis šio prietaiso įsigijimas būtų neatitkęs vieno iš nustatytų Brangių medicinos prietaisų įsigijimo tikslingumo vertinimo kriterijų (Sveikatos priežiūros įstaigos turimo ir (ar) planuojamo įsigyti tos pačios rūšies brangaus medicinos prietaiso apkrova ne mažesnė kaip Lietuvos vidurkis).

47. Ministerija, norėdama priimti aktuali ir objektyvia informacija pagrįstus sprendimus dėl prietaisų įsigijimo, pati iš gydymo įstaigų renka panašią, tik naujesnę ir papildančią informaciją apie brangių medicinos prietaisų panaudojimą. Ministerijos aiškinimu, Akreditavimo tarnybos informacijos nepakanka, kai sprendžiami investicijų klausimai.
48. Renkant ir sisteminant duomenis apie brangius medicinos prietaisus vertinamas jų naudojimo intensyvumas, tačiau audituojamu laikotarpiu nebuvo analizuotos neintensyvaus prietaisų naudojimo priežastys.
49. Ministerija audituojamu laikotarpiu neinicijavo nenaudojamų brangių medicinos prietaisų persikirstymo tarp gydymo įstaigų. Tik pavieniais atvejais įstaigos pačios nurodė, kad turi nereikalingų ir nenaudojamų prietaisų, kurie galėtų būti perduoti naudoti kitoms.

Galimo brangių prietaisų persikirstymo pavyzdys

Ligoninė nurodė⁶¹: „0,2 T galingumo prietaisas (magnetinio rezonanso tomografas) yra per silpnų parametru, ligoninėje nereikalingas. Dažnai neaiškiai diagnozei patikslinti pacientai atvyksta su tokiais aparatais jau atliktais tyrimais ir jų kartoti nebereikia. Galėtų būti naudojamas rajoninėje ligoninėje“.

50. Neužtikrinamas dar 2014 m. ministro patvirtinto brangios medicinos įrangos naudojimo efektyvinimo priemonių plano⁶² įgyvendinimas. Planas nebuvo koreguojamas.

Neįgyvendintų priemonių pavyzdžiai

Iki šiol nėra įgyvendintos nustatytos priemonės ir siektini rezultatai, pavyzdžiui: „įsigyti mažos energijos bendros paskirties kolimatorių komplektą ir atnaujinti gama kameros Siemens E-CAM eksploatavimą“; „įsigyti mažos energijos bendros paskirties kolimatorių komplektą bei gama kamerą Siemens E-CAM renovuoti ir instaliuoti (siektini rezultatai: „geresnis gama kamerų panaudojimas, gama kameros Siemens E-CAM eksploatacijos atnaujinimas“; „gama kameromis atliekamų tyrimų skaičiaus padidėjimas“ (priemonių įgyvendinimo terminas – 2015 m.)). T. y., gama kameros Siemens E-CAM eksploatavimas nebuvo atnaujintas, o jomis atliekamų tyrimų

⁵⁹ Sveikatos sistemos įstatymas, 75 str. 2 d., 13 p. ir 14 p.

⁶⁰ Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų, patvirtintų sveikatos apsaugos ministro 2011-09-07 įsakymu Nr. V-839, 11.32 ir 11.35 p.

⁶¹ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VŠĮ Kauno klinikų 2018-08-02 atsakymas el. paštu.

⁶² Sveikatos apsaugos ministro 2014-02-07 įsakymas Nr. V-208 „Dėl efektyvesnio brangių įrangos panaudojimo“.

skaičius ne tik nedidėja, bet net sumažėjo. Per 2014–2017 m. laikotarpį vienas iš 4 turimų gydymo įstaigos prietaisų nebuvo naudotas, 2 prietaisai buvo naudoti mažai. Ministerija paaiškino, kad 2017 m. šis prietaisas pateiktas nurašyti.

51. Ministerija paaiškino⁶³, kad priemonės tuometinė vadovybė planavo įgyvendinti 2014–2016 m. Jos neįgyvendintos, šis planas šiuo metu neaktualus ir planuojama jį naikinti. Ministerijos teigimu, brangių prietaisų naudojimo efektyvumo didinimo priemonės turėtų būti planuojamos ir siejamos su vykstančiais sveikatos priežiūros paslaugų struktūros pokyčiais.
52. Ministerija audituojamu laikotarpiu ėmėsi priemonės, kad brangūs medicinos prietaisai būtų panaudojami efektyviau: jos sudaryta Koordinavimo komisija⁶⁴ pritaria arba nepitaria gydymo įstaigų ketinimui įsigyti šių prietaisų⁶⁵. Šios priemonės vykdymas nesiejamas su paslaugų prieinamumo gerinimu, komisija tik pavieniais atvejais vertina duomenis apie laukimo eiles gauti tam tikras paslaugas. Be to, komisijos naudojami vertinimo kriterijai, pvz. „brangaus medicinos prietaiso įsigijimo poreikis atitinka sveikatos srities strateginių dokumentų nuostatas“, nėra konkretūs, todėl tikslinga juos peržiūrėti.
53. Mūsų nuomone, vykdoma brangių medicinos prietaisų naudojimo intensyvumo analizė, vertinant priežastis ir pasekmes, leistų išvengti nepagrįstų sprendimų įsigyjant naują įrangą, užtikrintų efektyvų sveikatos priežiūros išteklių naudojimą ir padėtų gerinti paslaugų prieinamumą.

Pokyčiai audito metu

- 2018 m. nustatyti gydymo įstaigų veiklos vertinimo rodikliai, susiję su brangaus prietaiso (kompiuterinio tomografo) naudojimo vertinimu⁶⁶. Skatinant gydymo įstaigas efektyviau naudoti turimus prietaisus, turėtų būti vertinamas ir kitų brangių prietaisų naudojimas.
- 2018 m. pakeistas Brangių medicinos prietaisų įsigijimo iš įvairių finansavimo šaltinių koordinavimo šalies mastu tvarkos aprašas⁶⁷. Teikdami prašymus pareiškėjai turi pažymėti prietaiso įsigijimo poreikio pagrindimą ir įstaigos turimo tos pačios rūšies prietaiso dvejų pastarųjų metų naudojimo intensyvumą, laukimo eilę (kalendorinėmis dienomis), kitą informaciją, susijusią su prietaiso naudojimu.
- 2018 m. birželio mėn. ministerija apklausė gydymo įstaigas dėl jų saugomų ir nenaudojamų brangių prietaisų, atlikusi analizę paragino gydymo įstaigas nenaudojamus prietaisus nurašyti arba taisyti (toliau naudoti), arba perduoti naudotis kitoms įstaigoms.

⁶³ Sveikatos apsaugos ministerijos 2018-11-07 raštas Nr. (1.1.20-422)-10-7853.

⁶⁴ Patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2013-01-04 įsakymu Nr. V-9 „Dėl koordinavimo komisijos sudarymo“. Valstybės investicijų programos, Europos Sąjungos struktūrinės ir kitos tarptautinės paramos lėšų paskirstymo bei išvadų parengimo ir pateikimo sveikatos apsaugos ministrui dėl pritarimo ar nepritarimo įsigyti brangių medicinos prietaisų koordinavimo komisijos darbo reglamente, patvirtintame sveikatos apsaugos ministro 2012-04-29 įsakymu Nr. V-434, nustatyta užduotis – koordinuoti brangių medicinos prietaisų įsigijimą įvairių finansavimo šaltinių lėšomis šalies mastu.

⁶⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2018-06-29 įsakymu Nr. V-748 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 22 d. įsakymo Nr. V-947 „Dėl Brangių medicinos priemonių (prietaisų) įsigijimo iš įvairių finansavimo šaltinių koordinavimo šalies mastu tvarkos aprašo ir Prašymo dėl pritarimo įsigyti brangių medicinos prietaisų formos patvirtinimo“ ir minėtos tvarkos apraše patvirtintais kriterijais.

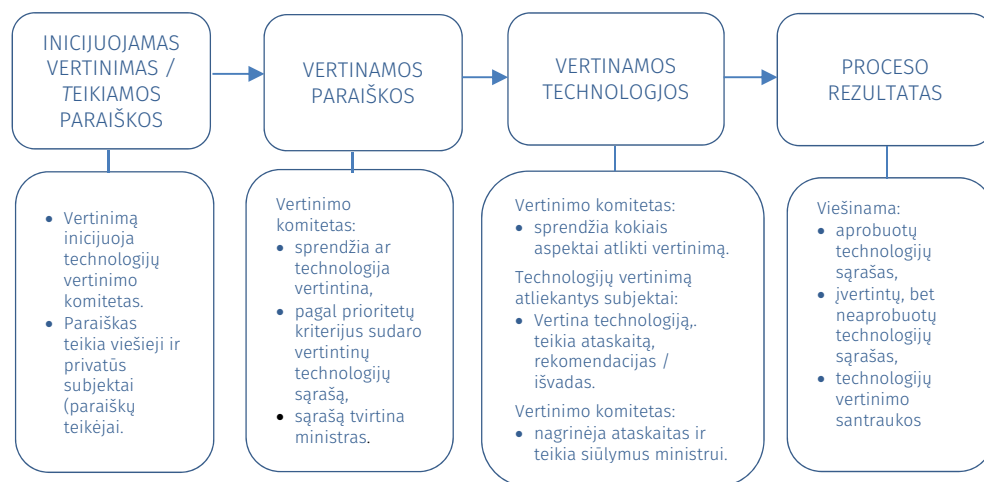
⁶⁶ Sveikatos apsaugos ministro 2018-05-09 įsakymas Nr. V-554, rodiklių siektinų reikšmių 14 p. „ne mažiau kaip 30 kompiuterinės tomografijos tyrimų per vieną darbo dieną vienu kompiuterinės tomografijos aparatu“.

⁶⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2018-06-27 įsakymas Nr. V-748

2.2. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo procesas neefektyvus

54. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimas – daugiadisciplinis procesas, teikiantis metodinę, skaidrią ir objektyvią informaciją apie sveikatos priežiūros technologijų naudojimo medicininį, socialinį, ekonominį ir etinį aspektus⁶⁸. Naujų technologijų vertinimas leidžia objektyviai išanalizuoti informaciją, kiek naujos priemonės (prietaisai), terapijos ar chirurgijos procedūros, diagnostikos ir gydymo priemonės bei būdai yra geresnis už esančius, ir palyginti jų kaštų ir naudos (sukuriamos naudos ir papildomų išlaidų) santykį.
55. Sveikatos technologijų vertinimo lyderėmis Europoje laikomos Švedijos, Prancūzijos, Didžiosios Britanijos ir Vokietijos agentūros. Sveikatos technologijų vertinimo sistema iš kitų šalių išsiskiria Švedija, kurioje jau 1987 m. įkurta didžiausią patirtį Europoje turinti nepriklausoma sveikatos technologijų vertinimo agentūra⁶⁹.
56. Lietuvoje sveikatos priežiūros technologijų vertinimas įtvirtintas įstatyme⁷⁰. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo organizavimo schema pateikta 5 pav.

5 pav. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo organizavimo schema



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal teisės aktus

57. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo procesą efektyviu laikėme, kai:
- naujos aprobuotos technologijos įtraukiamos į sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo iš PSDF lėšų sistemą pagal nustatytus prioritetus ir kriterijus⁷¹;
 - atsiradus naujai informacijai apie naudojamų sveikatos priežiūros technologijų saugumą, efektyvumą ir kt., taikomos technologijos iš naujo įvertinamos⁷².

⁶⁸ Europos sveikatos technologijų vertinimo tinklas, *EUnetHTA*, 2006.

⁶⁹ G. Petronytė, V. Jurkuvėnas. Sveikatos technologijos ir jų vertinimas.

⁷⁰ Sveikatos sistemos įstatymas, 54 str.

⁷¹ Sveikatos draudimo įstatymas, 9 str.

⁷² *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. OECD, 2017, (54-55 psl.).

Naujų sveikatos priežiūros technologijų vertinimas nesiejamas su jų finansavimu

58. Medicinos priemonių (prietaisų) arba terapijos ar chirurgijos procedūrų, diagnostikos arba gydymo priemonių vertinimą atlieka Akreditavimo tarnyba⁷³. Ji sveikatos priežiūros technologijas vertina klinikinio saugumo ir efektyvumo bei įtakos PSDF biudžetui aspektu. Siekiant geresnio naujų gydymo metodų prieinamumo bei PSDF ir VSDF išteklių naudojimo sinergijos, mūsų nuomone, vykdant įstatyme⁷⁴ nustatytą ekonominį vertinimą, turėtų būti atliekama kaštų ir naudos analizė, atskleista ir naujų technologijų taikymo įtaka pacientų gyvenimo trukmei, kokybei, darbingumui ir kt.
59. Gydymo įstaigos, teikiančios specializuotas tretinio lygio paslaugas ir praktikoje taikančios naujas diagnostikos bei gydymo technologijas, neturi paskatų kreiptis dėl technologijų vertinimo, nes aprobuotos technologijos nėra finansuojamos, be to, jos gali taikyti ir vertinimo komiteto neaprobuotas technologijas. Audituojamu laikotarpiu Akreditavimo tarnyba gavo tik 11 paraiškų vertinti naujas sveikatos priežiūros technologijas (6 lentelė).

6 lentelė. Pateiktų vertinti naujų technologijų skaičius 2014–2017 m.

	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.
Pateiktos vertinti kitų teikėjų: gydymo įstaigų ir privačių juridinių asmenų	4	3	3	1

Šaltinis – Valstybės kontrolė

60. Didesnė dalis mūsų lankytojų gydymo įstaigų (6 iš 9) nežino apie vykdomą technologijų vertinimą. Kitos gydymo įstaigos pateikė savo nuomonę apie technologijų vertinimą.

Gydymo įstaigų nuomonė apie vykdomą sveikatos priežiūros technologijų vertinimą

- Dabartinė sveikatos priežiūros technologijų vertinimo sistema nėra pakankamai išbaigta ir aiški, atliekant vertinimus dažnai apsiribojama tik mokslinių įrodymų (technologijos efektyvumo) apžvalgomis, tačiau tik retais atvejais atliekami tikrieji technologijų ekonominiai vertinimai.
- Palyginti ilgai užtrunka valstybinėse institucijose atliekami vertinimai. Kol priimami sprendimai technologijos pasensta ir atsiranda naujos.
- Naujų technologijų aprobavimas nelemia jų finansavimo iš PSDF.

61. Iš visų 17 komiteto aprobuotų naujų sveikatos priežiūros technologijų (8 priedas) nė vienos jų taikymo išlaidos nėra apmokamos PSDF lėšomis (įtraukiant į paslaugos kainą ar kt. būdais). Todėl jų vertinimą gydymo įstaigos ir privatūs tiekėjai vangiai inicijuoja, o jų taikymas yra ribotas ir neužtikrina pacientų teisės į gydymą naujomis ir pažangiomis technologijomis. Pastebėjimai dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF lėšomis, kainos nustatymo, apskaičiavimo pateikti valstybinio audito ataskaitoje „Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2017 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas“⁷⁵.

⁷³ Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo prioritetų nustatymo ir vertinimo organizavimo tvarkos aprašas, patvirtintas Sveikatos apsaugos ministro 2016-01-08 įsakymu Nr. V-24, 2.1.3 p.

⁷⁴ Sveikatos sistemos įstatymas, 54 str. 2 d..

⁷⁵ Valstybinio audito ataskaita, 2018-10-01 Nr. FA-2018-P-6-3-7-1.

Pokyčiai audito metu

Ministerija informavo, kad rengia naują tvarką, pagal kurią bus nustatoma, kokios sveikatos priežiūros paslaugos gali būti apmokamos iš PSDF lėšų. Ministerijos siekis vertinant paslaugas atsižvelgti, ar jos yra pagrįstos sveikatos priežiūros technologijų vertinimu, ar jos yra apmokamos bent trečdalyje Europos ekonominės erdvės šalių, ar yra šių paslaugų poreikis.

Taikomų sveikatos priežiūros technologijų pervertinimas nevykdomas

62. EBPO teigia⁷⁶, kad, norint sumažinti nepageidaujamų įvykių skaičių ir pagerinti pacientų saugą, turėtų būtų pervertintas patvirtintų ar taikomų technologijų saugumas ir veiksmingumas, atsižvelgiant į naują informaciją, pvz., susijusią su naujais klinikinių tyrimų saugumo įrodymais ir esamų technologijų efektyvumu.
63. Lietuvoje audituojamu laikotarpiu nebuvo atliekamas pakartotinis taikomų sveikatos priežiūros technologijų vertinimas. Dėl technologijų vertinimo nesikreipė nei gydymo įstaigos, nei kiti subjektai. Pakartotinai vertinti taikomas technologijas nesiėmė ir Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komitetas. Taikomų technologijų pakartotinį vertinimą atlikti būtų tikslinga, atsiradus naujai informacijai apie jų efektyvumą. Tai leistų ne tik didinti pacientų saugą ir pasitenkinimą, bet ir racionaliau naudoti sveikatos priežiūrai skiriamas lėšas.

Taikomų technologijų pakartotinio vertinimo tikslingumo pavyzdys

Europos medicininės onkologijos draugija (angl. *European society of medical oncology* – ESMO) nerekomenduoja vykdyti atrankinės prostatos vėžio patikros atliekant PSA testą, nes šio tyrimo naudos įrodymų kiekis nepakankamas⁷⁷. Tokie tyrimai Lietuvoje atliekami. Kasmet Lietuvoje prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai išleidžiama daugiau nei 1,5 mln. Eur (2015 m. – 1 835 tūkst. Eur, 2016 m. – 1 906 tūkst. Eur, 2017 m. – 1 594 tūkst. Eur).

Prostatos vėžio patikros programos atveju nauda yra matuojama sumažėjusiu mirtingumu nuo ligos populiacijoje. Atliekant PSA testą, kuris yra vėžiui nespecifinis, tyrimų duomenimis, mirtingumo sumažėjimo nėra arba jis labai nedidelis (1–7 proc.), per 10 proc. yra klaidingai teigiamų tyrimo rezultatų, o patiriama žala – žmonių sveikatos praradimai, nes pacientai patiria baimę, skausmą dėl kitų atliekamų tyrimų, komplikacijas (kraujavimą, infekcijas), taikomas chirurginis ir spindulinis gydymas apie 20 proc. atvejų sukelia įvairių kitų komplikacijų ir organų funkcijų sutrikimų⁷⁸.

64. Gydymo įstaigų nuomone, sveikatos priežiūros technologijas pakartotinai vertinti tikslinga.

Apklaustų gydymo įstaigų argumentai dėl taikomų sveikatos priežiūros technologijų pakartotinio vertinimo:

- Turėtų būti įtvirtintas periodinis peržiūrėjimas, siekiant užtikrinti, kad pacientai gautų pažangiausias, saugiausias, tiksliausias technologijas.
- Taikomų sveikatos priežiūros technologijų vertinimas svarbus, kai ši technologija yra labai brangi, prieštaringai vertinama. Atsiradus naujų mokslinių įrodymų konkrečioje srityje ar pažangesnių diagnostikos ir gydymo metodikų, jų taikymas įstaigoms neša finansinius nuostolius, nes PSDF lėšomis apmokama iki tol taikytų senesnių technologijų pagrindu. Tai stabdo progresą ir riboja inovatyvių diagnostikos ir gydymo metodų plėtrą.
- Tikslinga pakartotinai vertinti naudojamą technologijas, nes medicinoje greitai tobulėja įranga, atsiranda naujos technologijos, vaistai, diagnostiniai metodai, kiti pasensta, tampa ne tokie efektyvūs, ekonomiškai ir pan. Nuolat atliekami moksliniai tyrimai patvirtina vienu ar kitu patikimumą / neefektyvumą.

⁷⁶ OECD, *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. 2017, 54–55 psl.

⁷⁷ Prieiga per internetą: <https://www.esmo.org/Guidelines/Genitourinary-Cancers/Cancer-of-the-Prostate>.

⁷⁸ Ten pat.

65. Mūsų nuomone, taikomos sveikatos priežiūros technologijos galėtų būti pakartotinai vertinamos atliekant naujų technologijų vertinimą, lyginant naujas ir jau taikomas technologijas per jų ekonominį vertinimą (kaštų ir naudos analizę). Kai kurios valstybės (Belgija, Danija, Suomija, Čekija) pagal gerąją praktiką pradėjo pakartotinai vertinti taikomas sveikatos priežiūros technologijas gavusios naujų duomenų dėl jų klinikinio saugumo ir efektyvumo (kaštų ir naudos analizės duomenų).

3. PACIENTŲ LŪKESČIAI TURI BŪTI IŠGIRSTI

66. Pacientų nuomonė apie jų patirtį naudojantis sveikatos priežiūros paslaugomis yra svarbus šių paslaugų kokybės ir prieinamumo stebėsenos ir tobulinimo įrankis. Vartotojų tyrimai⁷⁹ rodo, kad Lietuvos gyventojai nepatenkinti šių paslaugų kokybe. Pagal 2017 metais atlikto tyrimo rezultatus Lietuva iš 34 Europos vertintų valstybių yra 31.
67. Vystant gyventojų sveikatos priežiūrą ją organizuojančios ir paslaugas teikiančios institucijos bei įstaigos turi turėti grįžtamąjį ryšį, kad galėtų pagrįstai vertinti, ar vykdoma veikla tenkina vartotojus. Pacientų pasitenkinimo paslaugų kokybe matavimai yra svarbi sveikatos apsaugos sistemos vertinimo dalis bei pagrindas formuoti nacionalinę sveikatos politiką⁸⁰.

3.1. Pacientų apklausos neišnaudojamos vertinti jų lūkesčius

68. PSO nurodo, kad vienas iš metodų gerinti paslaugų kokybę – pacientų apklausos: kas juos tenkina ar netenkina teikiant šias paslaugas, nustatant tolesnius sveikatos priežiūros prioritetus ir renkantis problemų sprendimo būdus paslaugų kokybei pacientams gerinti⁸¹.
69. Laikėmės nuomonės, kad priimant sveikatos priežiūros organizavimo ir paslaugų teikimo sprendimus pacientų lūkesčiai identifikuojami, vertinami ir valdomi, kai:
- ministerija, vykdydama apklausas ar nuomonės tyrimus, vertina pacientų lūkesčius, kuriais remdamasi galėtų priimti asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo sprendimus⁸²;
 - visos savivaldybės ir gydymo įstaigos periodiškai renka informaciją ir identifikuoja pacientų lūkesčius ir poreikius, kuriais remdamasi galėtų gerinti sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą.
70. Ministerija periodiškai (kartą per metus) atlieka visuomenės nuomonės tyrimus⁸³. Klausimai nesiejami su pacientų konkrečių asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikių ar lūkesčių identifikavimu: respondentų klausama apie bendrą pasitikėjimą sveikatos priežiūra, nepasitikėjimą lemiančias kai kurias priežastis ir sunkumus, siekiant gauti šias paslaugas (9 priedas).
71. Apklausoje teikiamas klausimas, ar sveikatos paslaugų kokybė atitinka pacientų lūkesčius, bet galimi atsakymų variantai „taip“ arba „ne“ nesudaro prielaidų nustatyti vartotojų lūkesčių. Ministerijos vykdomos apklausos leidžia apibendrintai vertinti visuomenės nuomonės

⁷⁹ Health power consumer index.

⁸⁰ D. Jankauskienė. *Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse.*

⁸¹ World Health Organization, *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach.* 2008, 21 psl.

⁸² World Health Organization, *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems,* 2006, 14 psl; *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach,* 2008, 7 psl; *Health at a Glance: Europe 2016. State of health in the EU cycle,* 42–44, 154 psl.

⁸³ 2014 ir 2015 m. atlikta Lietuvos gyventojų apklausa apie sveikatos apsaugą (sveikatos apsaugos sistemos ir gydymo įtaigų vertinimas), 2016 ir 2017 m. – Lietuvos gyventojų nuomonės tyrimas dėl sveikatos apsaugos, Sveikatos apsaugos ministerijos pateikta informacija.

pokyčius (7 lentelė), tačiau iš pateikiamų klausimų ir gautų atsakymų nėra aišku, kokiais kriterijais remdamiesi pacientai turėtų paslaugas laikyti kokybiškomis, negalima įvertinti, kokie konkrečiai kriterijai jiems yra svarbiausi vertinant šių paslaugų kokybę, kokie paciento lūkesčiai ir kaip pacientas kiekvieną jų vertina.

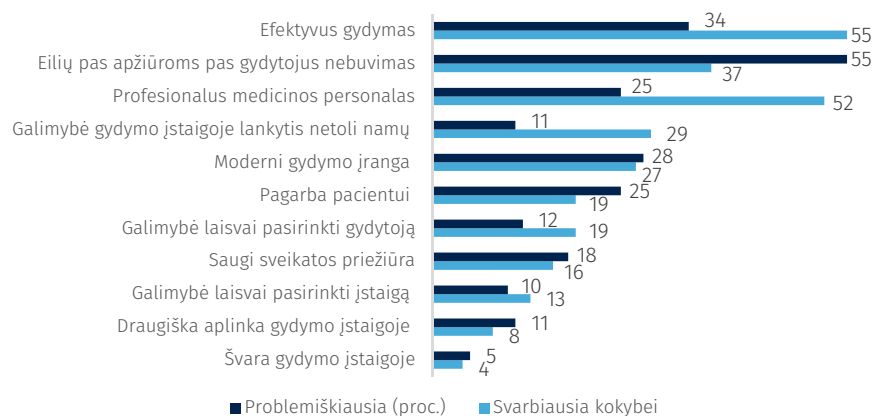
7 lentelė. Sveikatos apsaugos ministerijos 2014–2017 m. atliktų gyventojų nuomonės tyrimų duomenys, rodiklis „Pasitikėjimas sveikatos priežiūros organizatoriais, paslaugų teikėjais“

Vertinimo aspektas	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.
Pasitiki sveikatos apsaugos sistema apskritai	44 proc.	49 proc.	3,5 balo iš 5	3,5 balo iš 5
Pasitiki Sveikatos apsaugos ministerija	21 proc.	36 proc.	37 proc.	33 proc.
Pasitiki šeimos gydytoju	73 proc.	75 proc.	78 proc.	72 proc.
Sveikatos paslaugų kokybė atitinka lūkesčius	43 proc.	45 proc.	–	3,5 balo iš 5

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Sveikatos apsaugos ministerijos duomenis

72. Mūsų užsakymu atlikto tyrimo metu gyventojų prašyta nurodyti svarbiausius sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemiančius kriterijus ir išskirti problemiškesnius. Gyventojai šių paslaugų kokybę labiausiai sieja su medicinos personalo profesionalumu (52 proc. respondentų) ir veiksmingu gydymu (55 proc.), o pagrindine problema laiko dideles eiles pas gydytojus (55 proc.) ir specialistų profesionalumo ir efektyviai parinkto gydymo aspektus (6 pav.).

6 pav. Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos aspektų ir jų įgyvendinimo vertinimo atotrūkiai, proc. respondentų



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal užsakyto tyrimo duomenis

73. Savivaldybės⁸⁴ pacientų lūkesčių ir poreikių neidentifikavo: pačios gyventojų apklausų apie jų teritorijose teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas nevykdė; 31 (iš 57) savivaldybių informaciją apie pacientų atsiliepimus / lūkesčius rinko iš gydymo įstaigų, tačiau apsiribojo pavaldžiose gydymo įstaigose atliktų pacientų apklausų informacija (tik 3 iš šių savivaldybių informaciją rinko iš visų savivaldybės teritorijoje veiklą vykdančių, taip pat ir privačių gydymo įstaigų⁸⁵). Neturėdamos informacijos apie pacientų patirtį, lūkesčius, savivaldybės negauna pagrįstos

⁸⁴ Pagal Vietos savivaldos įstatymo 6 str. savivaldybių savarankiškosioms funkcijoms priskirta pirminė asmens sveikatos priežiūra.

⁸⁵ Privačių juridinių asmenų įsteigtos gydymo įstaigos veikia 56 savivaldybėse, pavyzdžiui, Mažeikių r. sav. tokių įstaigų yra 21, Tauragės r. – 19, Marijampolės – 15, Kauno r. – 11, Kupiškio r. – 7, savivaldybių apklausos duomenys.

informacijos, kuria remiantis planuotų ir organizuotų asmens sveikatos priežiūrą taip, kad ši būtų kuo labiau orientuota tenkinti pacientų poreikius.

74. Valstybės ir savivaldybių gydymo įstaigos turi prievolę⁸⁶ rinkti ir analizuoti informaciją apie pacientų pasitenkinimą gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis, tačiau 17 proc. įstaigų (44 iš 262, teikusių duomenis aukščiausiai audito institucijai) nurodė, kad tokios informacijos nerenka, t. y. pacientų apklausų nevykdo. Kitos įstaigos (27 įstaigos, kurių vykdomų pacientų apklausas vertinome) dažniausiai atlieka patvirtintos formos apklausas⁸⁷, vertindamos pacientų patirtį apie suteiktas paslaugas (pasitenkinimą) ir jų aplinką (žr. pavyzdį), o pacientų lūkesčiai ir nekokybiškas paslaugas, pacientų nuomone, lėmę priežastys nėra išsiaiškinamos.

Patvirtintos stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketos klausimų pavyzdžiai

- Ar Jūs patenkinti ligoninės gydytojų darbu?
- Ar Jus gydę gydytojai suprantamai suteikė Jums svarbią informaciją?
- Ar jautėte personalo pagarbą gydymo ligoninėje metu?
- Ar Jus tenkino ligoninės maisto kokybė?
- Ar, Jūsų nuomone, ligoninės patalpos pakankamai švarios, jaukios?

75. Tik kai kurių gydymo įstaigų atliekamas pacientų nuomonės vertinimas laikytinas gerąja praktika, kuomet apklausų metu vertinami konkretūs pacientų patirties atskiruose gydymo įstaigos padaliniuose aspektai ir lūkesčiai, nepasitenkinimo priežastys.

Gerosios praktikos, atliekant pacientų apklausus ir vertinant jų patirtį bei lūkesčius gydymo įstaigose, pavyzdžiai

VŠĮ Molėtų PSPC vertina: kiek laiko pacientai sugaišta gydymo įstaigos registratūroje; ar pacientai patenkinti registratūros, laboratorijos, kitų tarnybų darbu, jeigu nepatenkinti – dėl kokių priežasčių; ar šeimos gydytojai supažindina su vykdomomis prevencinėmis programomis.

VŠĮ Kauno poliklinikos Panemunės sveikatos priežiūros centras detaliau vertina registratūros darbą: po kelių telefono skambučių signalų atsiliepia registratūros darbuotojai, ar pacientų asmens sveikatos istorijos būna pateiktos gydytojams iš anksto ir pacientai nepatiria nepatogumų ieškant dokumentų; taip pat šeimos gydytojų darbą: kiek laiko reikia laukti apsilankymo pas gydytoją, kokia yra įprastinė priėmimo pas šeimos gydytoją trukmė, ar, paciento nuomone, šeimos gydytojas įsigilina į paciento sveikatos būklę, paskiria visus reikiamus tyrimus.

VŠĮ Antakalnio poliklinika vertina: kiek dienų pacientams tenka laukti konkrečių gydytojų specialistų konsultacijų, ar pacientams yra tekę kreiptis į poliklinikos administraciją dėl problemų, kilusių bendraujant su paslaugas teikiančiais darbuotojais, ar administracija padėjo išspręsti rūpinimą problemą.

76. Ministerijai, savivaldybėms ir gydymo įstaigoms neatliekant detalesnių pacientų patirties ir lūkesčių vertinimų, neturima objektyvaus grįžtamojo ryšio iš pacientų apie jiems suteiktų paslaugų kokybę, nežinomi pacientų lūkesčiai, kad j juos galima būtų atsižvelgti priimančiam sprendimus, išspręsti kylančias problemas ir tobulinti paslaugų teikimą. Tai, mūsų nuomone, lemia mažėjančių pacientų pasitenkinimą teikiamų paslaugų kokybę.

Gyventojų nuomonės apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas pavyzdžiai pagal Valstybės kontrolės užsakyto Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo (2017 m.) duomenis

⁸⁶ Pagal Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašą, sveikatos apsaugos ministro 2008-05-29 įsakymo Nr. V-338, 16.8 p.

⁸⁷ Sveikatos apsaugos ministro 2012-11-29 įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“. Stacionarines paslaugas teikiančios įstaigos įpareigos atlikti baigiančių gydymą pacientų apklausus pateikiant jiems užpildyti patvirtintą Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketos formą. Ambulatorines paslaugas teikiančioms įstaigoms ši forma neprivaloma, tačiau daugelis jų ją naudoja, atlikdamos pacientų apklausus.

Paslaugų kokybė visuose sveikatos priežiūros paslaugų lygiuose (šeimoms gydytojo, II lygio specialistų, dienos chirurgijos, stacionaro, GMP paslaugų) 2017 m., lyginant su 2010 m., vertinama gerokai prasčiau. Labiausiai „krito“ šeimos gydytojų ir II lygio gydytojų specialistų paslaugų kokybės vertinimas. Per pastaruosius 7 metus labiausiai suprastėjo aspektų, susijusių su šeimos gydytojo pacientui skiriamu laiku, vertinimai: dėmesys ir pagarba bei įsigilinimas į konkretaus paciento problemą.

Blogiausiai gyventojai vertina šeimos gydytojo ir II lygio gydytojų specialistų paslaugų kokybę (atitinkamai 33 ir 31 proc. respondentų šių paslaugų kokybę vertina patenkinamai ir blogai).

Du trečdaliai (66 proc.) gyventojų pritarė tam, kad gydytojų specialistų ar ligoninių paslaugos būtų teikiamos toliau nuo namų, tačiau kokybiškesnės ir operatyvesnės.

Pusė (49 proc.) gyventojų, esant reikalui, būtų linkę ieškoti galimybių gydytis didesnėse ligoninėse; mažesnių ligoninių paslaugų kokybe patenkėtų trečdalis (30 proc.) gyventojų.

77. Ministerija, savivaldybės ir gydymo įstaigos turėtų daugiau dėmesio skirti (t. y. praplėsti vykdomų apklausų ar tyrimų turinį) vertinant pacientų lūkesčius, juos atliepiančią ir (ar) formuojančią, jei lūkesčių neįmanoma patenkinti dėl objektyvių priežasčių, kai jie yra pernelyg užaukštinti ir neatitinka šalies galimybių. Taip būtų didinamas pacientų pasitikėjimas gydymo įstaigomis, gydytojais, visa sveikatos priežiūros sistema.

3.2. Nenuoseklus pacientų informavimas ir atstovavimas jų interesams

78. Teisės aktai⁸⁸ nustato pacientų teises ir pareigas, o jų įgyvendinimas ir pareigų laikymasis daro pacientą svarbia sveikatos priežiūros sistemos dalimi. Pacientams svarbu žinoti savo teises ir pareigas, kad jie būtų aktyviais sveikatos priežiūros sistemos dalyviais, gaunančiais jiems reikalingą suprantamai pateikiamą informaciją ir turinčiais galimybes pareikšti savo nuomonę. Vienas iš įtvirtintų Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sudarymo pagrindų⁸⁹ yra visuomenės dalyvavimo formuojant sveikatos politiką užtikrinimas.
79. Laikėmės nuomonės, kad pacientų lūkesčiai identifikuojami, vertinami ir valdomi, kai:
- teisės aktuose apibrėžtas informacijos apie teises ir pareigas teikimas ir pacientams suteikiama visa reikalinga informacija;
 - ministerija užtikrina, kad, priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros, būtų nuosekliai atstovaujami visų pacientų ar jų grupių interesai ir, atsižvelgiant į nagrinėjamų klausimų turinį, kviečia pacientų atstovų grupes dalyvauti visuose jiems aktualiuose svarstymuose.
80. Teisės aktuose nustatyta paciento teisė gauti informaciją ir gydymo įstaigų pareiga informuoti pacientą apie jį teikiamas paslaugas, paciento sveikatos būklę ir pan., bet bendros informacijos apie sveikatos priežiūros sistemą, pacientų teises ir pareigas teikimas nėra numatytas. 25 proc. gyventojų⁹⁰ nurodo, kad vienas sunkumų siekiant gauti šias paslaugas yra bendros informacijos stoka, 7–8 proc. gyventojų nepasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema lemia informacijos, skaidrumo, aiškumo trūkumas⁹¹.
81. Gydymo įstaigos skelbia teisės aktuose numatytą informaciją vidaus tvarkos taisyklėse, supažindina su ja pacientus (jie pasirašo gydymo istorijose), bet toks informavimas formalu ir nepatrauklus pacientams, kad jie suprastų savo teises ir pareigas, būtų motyvuojami jų laikytis ir būtų formuojami pagrįsti pacientų lūkesčiai sveikatos priežiūrai.

⁸⁸ Konstitucija, Sveikatos sistemos, Sveikatos priežiūros įstaigų, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymai.

⁸⁹ Sveikatos sistemos įstatymas.

⁹⁰ Sveikatos apsaugos ministerijos atliktas 2017 m. gyventojų nuomonės tyrimas.

⁹¹ Sveikatos apsaugos ministerijos atlikti 2014 ir 2015 m. gyventojų nuomonės tyrimai.

82. Gydomo įstaigos ir valstybinės įstaigos (ministerija, Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos, Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba ir kt.) savo interneto svetainėse skelbia informaciją susijusią su jų veiklos aspektais. Išanalizavę minėtus puslapius, nustatėme, kad pacientams nuolatos aktuali informacija skelbiama tik epizodiškai, naujienų skiltyje ir pacientams būna lengvai pasiekama tik tam tikrą laiką.
83. Trūksta apibendrintos, susistemintos informacijos, kuri pacientui būtų nuolat lengvai prieinama, nes jiems sudėtinga susiorientuoti įstaigų ir interneto svetainių gausoje, rasti ir suprasti skirtingai teikiamą informaciją. Netinkamai pacientus informuojant, nesuteikiant visos reikalingos informacijos, nesudaroma prielaidų pacientų savimonei ugdyti ir sveikatos raštingumui didinti. Tyrimo⁹² duomenimis, 56,4 proc. gyventojų bendrasis sveikatos raštingumas ir 49,1 proc. gyventojų sveikatos priežiūros raštingumas yra nepakankamas (ribotas). Užsienio šalių patirtis rodo, kad yra atskiros interneto svetainės, kuriose pacientai gali rasti visą informaciją jiems rūpimais sveikatos priežiūros klausimais.

Užsienio šalių patirtis apie pacientų informavimą

Anglijoje įsteigtas NICE (angl. *National Institute for Health and Care Excellence* – Sveikatos ir sveikatos priežiūros kompetencijos institutas), kurio interneto svetainė be sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, vyriausybinių institucijų, yra skirta paslaugų vartotojams, pacientams, pacientų organizacijoms siekiant juos įtraukti į visas sveikatos priežiūros politikos formavimo ir įgyvendinimo grandis, paslaugų gerinimą. Pacientams ir jų organizacijoms yra prieinama sveikatos sistemos valdymo informacija, naujausia politika, paslaugų kokybės standartai, ligų diagnostikos ir gydymo standartai, paslaugų teikimo procedūros ir tvarkos, įvairūs leidiniai ir kt. (<https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/public-involvement>). Pacientai skatinami dalyvauti visuose sveikatos priežiūros procesuose, reikšti savo nuomonę, lūkesčius.

NHS (angl. *National Health System* – Nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų tinklas) interneto svetainėje pacientams pateikiama išsami informacija, kaip kreiptis ar skųstis kai netenkinami jų lūkesčiai (<https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/how-to-complain-to-the-nhs/>), ko pacientai gali tikėtis kreipdamiesi į institucijas ir įstaigas.

84. Nepakankamas pacientų informavimas apie jų pareigas, taip pat nenumatyta atsakomybė už jų nesilaikymą gali lemti tai, kad šių pareigų nesilaikoma. Apklaustos gydymo įstaigos (20 iš 26) nurodė, kad joms yra aktuali pacientų pareigų nesilaikymo problema. Dažniausiai pacientai nesilaiko jiems numatytos pareigos pranešti apie neatvykimą užsiregistravus iš anksto (į konsultacijas neatvyksta apie 10–20 proc. užsiregistravusių pacientų). Tai turi įtakos eilėms bei gydymo įstaigų suplanuotų operacijų atveju patiriamai žalai.
85. Nepakankamą pacientų informuotumą apie jų teises rodo ir pacientų apklausos duomenys: 13 proc. pacientų nežino, kurios organizacijos, įstaigos ar asmenys Lietuvoje rūpinasi pacientų teisėmis, 49 proc. gyventojų mano, kad pacientų teisėmis rūpinasi Sveikatos apsaugos ministerija ir tik 25 proc. gyventojų nurodo, kad pacientų teisėmis rūpinasi pacientų ar kitos susijusios nevyriausybinių organizacijos, kurios ir yra pagrindiniai pacientų teisių ir interesų atstovai formuojant sveikatos priežiūros politiką.
86. Lietuvoje yra 91 pacientų organizacija⁹³, ginanti pacientų interesus. Veikia dvi vienijančios organizacijos, kurių paskirtis yra bendradarbiauti, keistis informacija, atstovauti ir užtikrinti pacientų dalyvavimą sveikatos politikos sprendimų priėmimo procese – Pacientų forumas ir Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba (LPOAT). Tačiau pacientų teisių atstovavimas formuojant sveikatos apsaugos politiką fragmentiškas – pacientų atstovai 2016 – 2017 m. buvo

⁹² Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas, *Gyventojų sveikatos raštingumo vertinimas*, 2017.

⁹³ Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainės informacija.

įtraukti tik į 28 proc. darbo grupių veiklas, nors, jų nuomone, turėjo dalyvauti 80 proc. darbo grupių veiklose.

87. Ministerijoje nėra aiškios sistemos, kuria būtų vadovujamasi siekiant į sprendimus dėl sveikatos priežiūros įtraukti pacientus, t. y. nėra aišku, kokiais principais / kriterijais vadovaujantis ir kokiais atvejais yra siūloma ar nesiūloma pacientų atstovams dalyvauti ir kaip pacientų grupių atstovai buvo pasirinkti bei kodėl į darbo grupes ir komisijas yra kviečiami vienos ar kitos organizacijos atstovai.
88. Ministerija viešai neskelbia informacijos apie sudaromas darbo grupes, komisijas ar komitetus, todėl tuo klausimu suinteresuoti pacientai ar pacientų interesus atstovaujanti organizacijos, jei joms nėra pasiūloma dalyvauti, neturi galimybės išsakyti savo nuomonės.
89. Siekiant didinti pacientų pasitikėjimą sveikatos priežiūros sistema, ugdyti jų savimonę ir sveikatos raštingumą, formuoti pagrįstus lūkesčius, svarbu patraukliais būdais pateikti jiems reikalingą informaciją ir motyvuoti laikytis nustatytų pareigų. Taip pat turi būti nustatyti kriterijai dėl pacientų organizacijų įtraukimo į sprendimų priėmimą.

REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
1.	Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kad mažėtų paslaugų laukimo eilės, o turimi ištekliai panaudojami efektyviai:	Sveikatos apsaugos ministerija		
1.1.	atlikti paslaugų prieinamumo, vartojimo ir pacientų srautų bei priemonių eilėms mažinti taikymo poveikio stebėseną ir analizę ir jų pagrindu vykdyti priemones, pašalinančias eilių susidarymo priežastis;	Sveikatos apsaugos ministerija	<p>1. Sukurti Išankstinės pacientų registracijos informacinės sistemos (IPR IS) integraciją su ESPBI IS.</p> <p>2. Formuoti ataskaitas objektyviai informacijai apie eiles ir jų tendencijas iš Išankstinės pacientų registracijos informacinės sistemos (IPR IS) gauti.</p> <p>3. Įvertinus ataskaitų rezultatus, identifikavus eilių susidarymo priežastis, parengti ir įgyvendinti eilių mažinimo priemonių planą.</p> <p>4. Parengti ir patvirtinti eilių mažinimo priemonių įgyvendinimo rezultatų vertinimo aprašą, numatant priemonių stebėseną, jos rodiklius ir galimas priemonių korekcijas bei rezultatų skelbimą.</p>	<p>2019 m. I ketv.</p> <p>2020 m. I ketv.</p> <p>2020 m. IV ketv.</p> <p>2020 m. IV ketv.</p>
1.2.	sukurti visų sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimo sistemą, pagrįstą duomenų analize;	Sveikatos apsaugos ministerija	Patvirtinti Asmens sveikatos priežiūros specialistų planavimo modelio aprašą.	2019 m. I ketv.
1.3.	įstaigų veiklos metinį vertinimą praplėsti brangių medicinos prietaisų efektyvaus naudojimo rodikliais;	Sveikatos apsaugos ministerija	<p>Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų ir biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimo rodiklių 2019 metų siektinų reikšmių patvirtinimo“, papildomai įtraukti veiklos rezultatų vertinimo rodiklį, vertinantį magnetinio rezonanso tomografo panaudojimo efektyvumą.</p> <p>Parengti kompleksinių priemonių, skatinančių įstaigas efektyviau naudoti brangius prietaisus, planą.</p>	<p>2019 m. II ketv.;</p> <p>2020 m. IV ketv.</p> <p>2020 m. IV ketv.</p>

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
1.4.	nustatyti tvarką, pagal kurią naujos technologijos būtų finansuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, o taikomos sveikatos priežiūros technologijos būtų peržiūrimos ir pervaldinamos.	Sveikatos apsaugos ministerija	Parengti ir patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymą, reglamentuojantį sprendimų priėmimo procesą, apimantį naujų technologijų įtraukimą ir taikomų pervaldinimą, įtraukiant ir išbraukiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas į (iš) kompensuojamųjų PSDF lėšomis.	2019 m. IV ketv.
2.	Siekiant sveikatos priežiūros sistemą kuo daugiau orientuoti į pacientą ir ugdyti pacientų savimonę ir sveikatos raštingumą:	Sveikatos apsaugos ministerija		
2.1.	praplėsti ir (ar) patikslinti ministerijos ir gydymo įstaigų vykdomų pacientų nuomonės tyrimų, apklausų turinį dėl pacientų lūkesčių identifikavimo, kuriais remiantis būtų tobulinamas sveikatos priežiūros organizavimas;	Sveikatos apsaugos ministerija	2019 m. prieš vykdant kasmetinį šalies gyventojų nuomonės tyrimą dėl sveikatos apsaugos, klausimus papildyti, atnaujinti, pakoreguoti konsultuojantis su sociologais ir pacientų bei gydytojų organizacijomis. Įtraukti į atsakingų skyrių Kokybės vadybos sistemos procesus nuostatą, kad veiklos planuojamos ir vykdomos atsižvelgiant į visuomenės nuomonės apklausų rezultatus.	2019 m. II ketv.
2.2.	išplėsti visuomenės informavimo turinį ir būdus, kuriais pacientai būtų skatinami laikytis pareigų ir įgyvendinti teises;	Sveikatos apsaugos ministerija	<ol style="list-style-type: none"> Siekiant užtikrinti operatyvų, išsamų ir aiškų informacijos pateikimą visuomenei ir žiniasklaidai, reguliarių informacijos atnaujinimą, pakeisti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. spalio 6 d. įsakymą Nr. V-1165 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainės administravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Pasitelkus pacientų organizacijas identifikuoti pacientams trūkstamą informaciją ir numatyti patraukliausius būdus tokios informacijos sklaidai. Išplėsti ministerijos naujienų gavėjų sąrašą į jį įtraukiant pacientų organizacijas ir taip užtikrinti savalaikį aktualios informacijos perdavimą tikslinėms grupėms. Nuolat dalintis nauja vaizdo informacija (socialinė reklama, informaciniai vaizdo klipai) su ministerijai ir savivaldybėms pavaldžiomis sveikatos priežiūros įstaigomis, kad ši informacija būtų transliuojama gydymo įstaigų ekranuose. Parengti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymą, įgaliojantį LNSS dalyvius, teikiančius pacientams paslaugas, atnaujinti, papildyti informaciją pacientams ar jų įgaliojantiems asmenims, skelbiamą įstaigų viešose vietose (skelbimų lentose, skirtose pacientams), 	2019 m. I ketv. 2019 m. II ketv. 2019 m. I ketv. 2019 m. I ketv. 2019 m. I ketv.

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo ir informavimo apie įgyvendinimą data*
			internetinėse svetainėse, socialinių tinklų paskirose apie pacientų teises, prievoles, priimtų sveikatos priežiūros įstaigos sprendimų pacientų atžvilgiu apskundimo tvarką. Įsakyme pavesti Sveikatos apsaugos ministerijos Vidaus audito skyriui audito metu vertinti pavaldžiose ministerijai įstaigose šio įsakymo realizavimą.	
2.3.	nustatyti kriterijus, pagal kuriuos pacientų organizacijos būtų įtraukiamos į komisijų / darbo grupių veiklą priimant sprendimus dėl sveikatos priežiūros tobulinimo.	Sveikatos apsaugos ministerija	Siekiant skatinti nevyriausybinės organizacijas, asociacijas, nepriskiriamas nevyriausybiniams organizacijoms, profesines sąjungas, darbdavių organizacijas, kitus juridinius ir fizinius asmenis (toliau – NVOD) dalyvauti formuojant Sveikatos apsaugos ministrui pavestų valdymo sričių politiką ir organizuojant jos įgyvendinimą, užtikrinti dialogą tarp valstybinio ir nevyriausybinių sektorių ir taip skatinti pilietinės visuomenės vystymąsi bei stiprinti NVOD institucinius gebėjimus, parengti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymą „Dėl sveikatos apsaugos ministerijos bendradarbiavimo su nevyriausybiniomis organizacijomis ir kitais privataus sektoriaus dalyviais tvarkos aprašo patvirtinimo“.	2019 m. IV ketv.

* – priemonės ir terminus rekomendacijoms įgyvendinti pateikė Sveikatos apsaugos ministerija.

Atstovas ryšiams, atsakingas už Valstybės kontrolės informavimą apie rekomendacijų įgyvendinimą plane nustatytais terminais:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos
Asmens sveikatos departemento
Specializuotos sveikatos priežiūros skyriaus
vyriausiasis specialistas A. Gabrilavičius
el. p. arvydas.gabrilavicius@sam.lt , tel. (8 5) 260 4714

L. e. p. Visuomenės gerovės audito departamento direktorė

Rasa Kudžmienė

Visuomenės gerovės audito departamento vyriausioji valstybinė auditorė

Rūta Obcarskienė

PRIEDAI

Valstybinio audito ataskaitos
„Asmens sveikatos priežiūros
paslaugų prieinamumas ir
orientacija į pacientą“
1 priedas

Santrumpos ir sąvokos

Ministerija – Sveikatos apsaugos ministerija

EBPO – Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

EK – Europos Komisija

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

VLK – Valstybinė ligonių kasa.

Asmens sveikatos priežiūra, sveikatos priežiūra – valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas – laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą⁹⁴.

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

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis⁹⁵.

Brangūs medicinos prietaisai – Brangių sveikatos priežiūros technologijų sąrašė nustatyti prietaisai⁹⁶.

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 asmenys⁹⁷.

Sveikatos priežiūros technologijos – vaistai, medicinos priemonės arba terapijos ir chirurgijos procedūros, taip pat ligų profilaktikos, diagnostikos arba gydymo priemonės, naudojamos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas⁹⁸.

⁹⁴ Sveikatos sistemos įstatymas, 2 str. 1 d.

⁹⁵ Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2 str. 9 d.

⁹⁶ Prietaisai, nustatyti Brangių sveikatos priežiūros technologijų sąrašą, Sveikatos apsaugos ministro 2010-05-03 įsakymo Nr. V-383 1 priedas, 9 prietaisų rūšys.

⁹⁷ Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2 str. 6 d.

⁹⁸ Sveikatos sistemos įstatymas, 2 str. 33 d.

Audito apimtis ir metodai

Audito apimtis

Audito tikslas – įvertinti, ar užtikrinama, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų prieinamos ir orientuotos į pacientą.

Pagrindiniai audito klausimai:

- ar valdomos asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės;
- ar tinkamai planuojamas sveikatos priežiūros specialistų skaičius;
- ar gydymo įstaigų turima brangi medicinos įranga naudojama efektyviai;
- ar sudaromos sąlygos, kad naujos sveikatos priežiūros technologijos būtų prieinamos, o taikomos būtų peržiūrimos;
- ar identifikuojami, vertinami ir valdomi pacientų lūkesčiai.

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

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

Apribojimai (jeigu yra) – atlikdami auditą nevertinome odontologinės sveikatos priežiūros paslaugų, nes didžioji dalis šias paslaugas teikiančių įstaigų (1 231 iš 1 233⁹⁹) yra įsteigtos privačių juridinių asmenų ir daugiausiai teikia privalomojo sveikatos draudimo nekompensuojamas paslaugas, o paslaugos dalis (už medžiagas) privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nėra apmokama ir viešosiose įstaigose. Plačiau apie šių paslaugų apmokėjimą pateikta valstybinio audito ataskaitoje dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo¹⁰⁰.

Auditas atliktas pagal Valstybinio audito reikalavimus¹⁰¹ ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus¹⁰².

⁹⁹ Gydytojų įstaigos, kurios yra atskiri juridiniai vienetai, žr. Higienos institutas, *Lietuvos sveikatos statistika*, 2016, 49 psl.

¹⁰⁰ 2017-09-29 Nr. FA-2017-P-10-10-4-1

¹⁰¹ Valstybės kontrolieriaus 2002-02-21 įsakymas Nr. V-26 „Dėl Valstybinio audito reikalavimų patvirtinimo“.

¹⁰² 3000-asis TAAIS „Veiklos audito standartas“, prieiga per internetą: <http://www.vkontrolė.lt/page.aspx?id=350>.

Audito duomenų rinkimo ir vertinimo metodai

Audito ataskaitos skyrius / poskyris	Taikyti duomenų rinkimo ir vertinimo metodai	Tikslas
1.1. Paslaugų laukimo eilėms valdyti reikia efektyvesnių priemonių	<p>Teisės aktus, reglamentuojančius asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles ir jų stebėseną;</p> <p>asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkas;</p> <p>pacientų laukimo eilių mažinimo ir brangios medicinos įrangos naudojimo efektyvinimo priemonių planus;</p> <p>Vyriausybės nutarimus dėl Sveikatos priežiūros restruktūrizavimo strategijos įgyvendinimo;</p> <p>Ministerijos patvirtintus Sveikatos priežiūros restruktūrizavimo strategijos įgyvendinimo I – IV etapų priemonių planus.</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos, VLK, Higienos instituto, gydymo įstaigų interneto svetainėse skelbiamą informaciją.</p> <p>Dokumentų analizė – analizavome:</p> <p>Gydymo įstaigų pateiktus ir Sveikatos apsaugos ministerijai pateiktus pacientų laukimo eilių mažinimo priemonių planus ir kaip jie vykdomi;</p> <p>Gydymo įstaigų vidaus tvarkos dėl pacientų registravimo pas gydytojus specialistus, metines veiklos ataskaitas;</p> <p>Kokie priimti sprendimai dėl eilių mažinimo;</p> <p>VLK pateiktus dokumentus apie paslaugų laukimo eiles gydymo įstaigose;</p> <p>Ministerijos pateiktus dokumentus apie Sveikatos priežiūros restruktūrizavimo strategijos I – IV etapų įgyvendinimo rezultatus;</p> <p>Duomenų analizė – analizavome:</p> <p>VLK pateiktus duomenis apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo mastus;</p> <p>Higienos instituto skelbiamus statistinius duomenis apie šalies gyventojų apsilankymus įstaigose, gydymo įstaigų veiklą;</p> <p>EBPO, PSO duomenų bazėse skelbiamus sveikatos statistikos duomenis;</p> <p>VLK pateiktus duomenis apie Sveikatos priežiūros restruktūrizavimo strategijos IV etapo įgyvendinimo rezultatus;</p> <p>Gydymo įstaigų į Valstybės kontrolės klausimyną pateiktą informaciją dėl pacientų srautų valdymo;</p> <p>30 gydymo įstaigų pateiktus duomenis ir informaciją apie pacientų paslaugų laukimo eiles;</p> <p>29 gydymo įstaigų pateiktus duomenis ir informaciją apie stacionarinių slaugos paslaugų teikimą;</p> <p>28 gydymo įstaigų pateiktus duomenis ir informaciją apie geriatrijos paslaugų teikimą.</p> <p>Apklausa:</p> <p>Atlikome Gyventojų nuomonės tyrimą dėl Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo (respondentų apklausą atliko visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų centras „Vilmorus“).</p> <p>262 gydymo įstaigų,</p> <p>57 savivaldybių apklausas, analizavome atsakymus į klausimynus.</p> <p>Pokalbiai su:</p> <p>Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais;</p> <p>Valstybinės ligonių kasos atstovais;</p> <p>Lietuvos medikų sąjūdžio atstovais,</p> <p>29 gydymo įstaigų atstovais.</p>	<p>Įvertinti ar asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo priemonės efektyvios</p>

Audito ataskaitos skyrius / poskyris	Taikyti duomenų rinkimo ir vertinimo metodai	Tikslas
<p><i>1.2. Sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimas tobulintinas</i></p>	<p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome: Sveikatos sistemos įstatymą; Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą; Strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003–2020 m. programą. Dokumentų analizė – analizavome: Nacionalinės sveikatos sistemos specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo komiteto (toliau – VUK) sudarymo (pakeitimo) įsakymus; VUK protokolus; SAM pateiktą informaciją; ŠMM pateiktą informaciją; universitetų pateiktus duomenis apie tam tikrą minimalų bei maksimalų galimų parengti rezidentų skaičių pagal rezidentūros studijų programas; Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų poreikio planavimo metodiką.</p> <p>Pokalbiai su: Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais, Lietuvos medikų sąjūdžio atstovais, gydymo įstaigų atstovais.</p>	<p>Įvertinti, ar Sveikatos apsaugos ministerija, planuodama specialistų poreikį, vertina sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, analizuoja jos pokyčius, ir specialistų poreikį nustato, atsižvelgiant į atliktus vertinimus.</p>
<p><i>2.1. Brangūs medicinos prietaisai šalyje naudojami neefektyviai</i></p>	<p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome: Teisės aktus reglamentuojančius brangios įrangos panaudojimą. Dokumentų analizė – analizavome: Brangių sveikatos priežiūros technologijų naudojimo intensyvumo vertinimo rodiklius; Europos Sąjungos fondų investicijų ir kitos tarptautinės paramos lėšų paskirstymo bei brangių medicinos prietaisų įsigijimo iš įvairių finansavimo šaltinių koordinavimo šalies mastu komisijos posėdžių protokolus; Gydymo įstaigų pateiktus dokumentus; VASPVT ataskaitas apie brangios įrangos naudojimą.</p> <p>Apklauso – analizavome atsakymus į klausimynus: 42 gydymo įstaigų.</p> <p>Pokalbiai su: SAM atstovais; Koordinavimo komisijos nariais. 24 gydymo įstaigų atstovais.</p> <p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome: Teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros technologijų vertinimo procesą; Lietuvos sveikatos technologijų vertinimo strategiją.</p>	<p>Įvertinti, ar ministerija imasi veiksmų, kad gydymo įstaigų turimi brangūs medicinos prietaisai būtų panaudojami?</p>
<p><i>2.2. Sveikatos priežiūros technologijų vertinimas neefektyvus</i></p>	<p>Dokumentų analizė – analizavome: Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komiteto posėdžio protokolus; EBPO ataskaitas; Sveikatos priežiūros technologijų, susijusių su medicinos prietaisais, valdymo informacinės sistemos nuostatus ir techninę specifikaciją; SAM, VLK, VASPVT, Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komiteto pateiktą informaciją; SAM, VLK, VASPVT internetiniuose tinklapiuose skelbiamą informaciją.</p> <p>Apklauso – analizavome atsakymus į klausimynus: 14 gydymo įstaigų;</p> <p>Pokalbiai su: SAM atstovais; VASPVT atstovais; VLK atstovais;</p>	<p>Ar sudaromos sąlygos, kad šalyje taikomos sveikatos priežiūros technologijos būtų atnaujinamos ir peržiūrimas jų taikymas?</p>

Audito ataskaitos skyrius / poskyris	Taikyti duomenų rinkimo ir vertinimo metodai	Tikslas
	<p>Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komiteto atstovais; Gastroenterologų draugijos ir Lietuvos pediatrų draugijos atstovais; 4 Pacientų organizacijų ir organizacijų asociacijų atstovais; Nacionalinis vėžio instituto atstovais; Sveikatos inovacijų vystymo centro atstove; 9 gydymo įstaigų atstovais.</p>	
<p>3.1 Pacientų apklausos neišnaudojamos vertinti jų lūkesčius</p>	<p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome: Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymą; Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo; Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą; Vietos savivaldos įstatymą.</p> <p>Dokumentų analizė – analizavome: Gydymo įstaigų vidaus tvarkos taisykles; gydymo įstaigų pateiktą informaciją; informaciją gydymo įstaigų internetiniuose tinklapiuose.</p> <p>Apklausos – analizavome atsakymus į klausimynus: 262 gydymo įstaigų; Savivaldybių.</p> <p>Pokalbiai su: SAM atstovais; 4 Pacientų organizacijų ir organizacijų asociacijų atstovais; VLK atstovais; 12 savivaldybių atstovais; 28 gydymo įstaigų atstovais.</p>	<p>Įvertinti ar sveikatos priežiūrą organizuojančios institucijos ir įstaigos vertina pacientų lūkesčius?</p>
<p>3.2 Nenuoseklus pacientų informavimas ir atstovavimas jų interesams</p>	<p>Dokumentų peržiūra – nagrinėjome: Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą.</p> <p>Dokumentų analizė – analizavome: gydymo įstaigų vidaus dokumentus; informaciją skelbiamą institucijų ir įstaigų interneto tinklalapiuose; EUROBAROMETER ir EHCI duomenis.</p> <p>Apklausos – analizavome atsakymus į klausimynus: 57 savivaldybių; 262 gydymo įstaigų.</p> <p>Pokalbiai su: ministerijos atstovais; Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos atstovais; 4 Pacientų organizacijų ir organizacijų asociacijų atstovais; VLK atstovais; Lietuvos medikų sąjūdžio atstovais; 28 gydymo įstaigų atstovais.</p>	<p>Įvertinti ar pacientai pakankamai ir išsamiai informuojami apie jų teises ir pareigas formuojant pagrįstus, teisėtus jų lūkesčius. Ar ministerija užtikrina, kad, priimanč sprendimus dėl sveikatos priežiūros, būtų atstovaujami visų pacientų ar suinteresuotų pacientų grupių interesai.</p>

Gydymo įstaigų eilių mažinimo planuose nustatytų ir taikomų pacientų eilių mažinimo priemonių pavyzdžiai

- Pacientų registravimo, patekimo į įstaigą tvarkos tobulinimas:
 - Išankstinės elektroninės pacientų registracijos sistemos operatyvumo tobulinimas;**
 - Sveikatos priežiūros specialistų darbo valandų skaičiaus kontrolė;
 - Priminimų pacientams apie vizitą pas gydytoją siuntimas SMS žinute;
 - Paciento informavimas apie pasikeitusi vizito laiką telefonu arba SMS žinute;
 - Paciento informavimas/konsultavimas telefonu ar SMS žinute apie galimybę dalyvauti ligų prevencijos programose;
 - Internetinėje svetainėje pateikiama informacija apie galimybę registruotis gydytojo konsultacijoms telefonu, internetu, esant reikalui, atšaukti vizitą;
 - Suderinti galimybes pacientams gauti kelias konsultacijas tą pačią dieną;
 - Analizuoti eilių susidarymo priežastis bei sveikatos priežiūros specialistų krūvius.
- Sveikatos priežiūros personalo trūkumo (jam esant) problemų sprendimas:
 - Personalo poreikio vertinimas ir naujų specialistų paieška;
 - Aprūpinti gyvenamuju plotu jaunos specialistus (tokią priemonę taiko Lietuvos regionų gydymo įstaigos;
 - Sudaryti sąlygas papildomai įdarbinti specialistus.
- Sveikatos priežiūros personalo darbo organizavimo tobulinimas:
 - Pritaikyti infrastruktūrą (kabinetus, medicinos įrangą, pagalbinio personalo išteklius) lankstesniam (dažniau besikeičiančiam) specialistų darbo organizavimui;
 - Siekti kompensuojamus vaistus išrašyti maksimaliai leistinam laikotarpiui;
 - Sudaryti darbuotojams sąlygas kelti kvalifikaciją, organizuoti tikslinius mokymus, plėtojant specialistų konfliktų valdymo, bendravimo įgūdžius ir dalykinę kompetenciją;
 - Užtikrinti ūmiai susirgusių pacientų ir gydytojų užsakytų ambulatorinių ligos istorijų pristatymą į gydytojo kabinetą per 30 min.;
 - Atnaujinti informacines technologijas: (procedūrų paskyrimo, eilių valdymo, ir kt.);
 - Koreguoti pagal poreikį gydytojų specialistų darbo laiką.
- Medicinos prietaisų naudojimo gerinimas ar trūkstamų prietaisų įsigijimas:
 - Užtikrinti tinkamą medicinos prietaisų techninę priežiūrą bei efektyvų panaudojimą;
 - Vertinti medicinos prietaisų bei įrangos poreikį ir planuoti jų atnaujinimą;
 - Atsižvelgiant į tyrimų poreikį, derinti specialistų ir brangios aparatūros darbo trukmę;
 - Racionaliai naudoti medicininę įrangą, pasiekti, kad visi medicininiai prietaisai būtų užimti visą darbo dieną.
- Keistis informacija apie laukimo eiles įstaigos viduje ir su kitomis įstaigomis:
 - Vykdyti pacientų laukimo eilių įstaigoje stebėseną bei analizę;
 - Gydymo įstaigos internetinėje svetainėje reguliariai skelbti informaciją apie pacientų laukimo eiles;
 - Gydymo įstaigos internetinėje svetainėje skelbti aktualią informaciją apie galimybę gauti gydytojų darbo grafikus;
 - Vadovybei reguliariai teikti informaciją apie pacientų laukimo eiles.
 - Skatinti darbuotojus, registruojant pacientus į kitas ASPJ, naudotis elektronine išankstinės registracijos sistema.
- Informacijos apie laukimo eiles ir jų mažinimo priemonės viešinimas pacientams:
 - Skelbti informacija pacientams poliklinikoje, interneto svetainėje, poliklinikos TV ekranuose.

Valstybinio audito ataskaitos
 „Asmens sveikatos priežiūros
 paslaugų prieinamumas ir
 orientacija į pacientą“
 4 priedas

Ambulatorinių paslaugų apimtys pokyčio apskrityse 2015 ir 2017 m. palyginimas

Apskritis	Paslaugų skaičius 2015 m.	Paslaugų skaičius 2017 m.	Skaičiaus pokytis, vnt.	Pokytis, proc.
Alytaus	368 814,0	368 098,0	-716,0	-0,19
Kauno	2 250 275,0	2 311 055,0	60 780,0	+2,70
Klaipėdos	1 123 940,0	1 126 329,0	2 389,0	+0,21
Marijampolės	340 549,0	332 611,0	-7 938,0	-2,33
Panevėžio	703 883,0	725 822,0	21 939,0	+3,12
Šiaulių	833 220,0	864 026,0	30 806,0	+3,70
Tauragės	255 346,0	261 234,0	5 888,0	+2,31
Telšių	409 920,0	410 529,0	609,0	+0,15
Utenos	314 464,0	336 851,0	22 387,0	+7,12
Vilniaus	2 895 180,0	2 926 138,0	30 958,0	+1,07

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Valstybinės ligonių kasos duomenis

Sveikatos priežiūros specialistų rengimo valstybinio užsakymo formavimo proceso eiga



Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Sveikatos apsaugos ministerijos duomenis

Valstybinio audito ataskaitos
„Asmens sveikatos priežiūros
paslaugų prieinamumas ir
orientacija į pacientą“
6 priedas

Valstybinio užsakymo rengti gydytojus specialistus formavimas

Profesinė kvalifikacija	Ministerijos apskaičiuotas vyresnių kaip 70 m. specialistų padengimas baigusiais 2017 metais	Universitetų pateikti duomenys apie tam tikrą minimalų bei maksimalų galimų parengti rezidentų skaičių		VUK pritartas priėmimo į valstybės finansuojamą rezidentūrą vietų skaičius (pateikiamas Švietimo ir mokslo ministerijai)		Švietimo ir mokslo ministro įsakymu patvirtintas valstybės finansuojamų rezidentūros studijų vietų skaičius, į kurias 2017 m. priimti studentai ir paskirstymas universitetams	
		VU	LSMU	VU	LSMU	VU	LSMU
Dermatovenerologija	- 29	3	3	2	2	3	2
Kardiologija	- 38	4-7	4-9	6	8	6	11
Neurologija	- 41	4-8	3-5	5	6	5	6
Pulmonologija	- 30	2-6	3-6	2	3	2	3
Chirurgija	- 28	2-5	5-7	5	7	5	6
Urologija	- 19	1-3	1-2	2	2	2	2
Akušerija ir ginekologija	- 63	4-7	4-7	6	7	7	7
Oftalmologija	- 32	2-4	5	4	6	5	6
Psichiatrija	- 48	6-9	9-11	8	10	9	10
Otorinolaringologija	- 41	1-3	4-6	2	5	2	6
Radiologija	- 25	5-8	8-12	6	9	7	9
Anesteziologija ir reanimatologija	19	10-13	10-14	9	10	9	11

VU – Vilniaus universitetas

LSMU – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Sveikatos apsaugos ministerijos duomenis

Valstybinio audito ataskaitos
 „Asmens sveikatos priežiūros
 paslaugų prieinamumas ir
 orientacija į pacientą“
 7 priedas

Aprūpinimas brangiais medicinos prietaisais, Lietuvos ir ES rodiklių palyginimas, 2016 m.

Prietaisų rūšys ir gyventojų skaičius, kuriam skaičiuojamas rodiklis	Lietuvos rodiklis	ES rodiklis
Angiografai, 100 tūkst. Gyventojų	0,9	1,1
Gama kameros, 1 mln. Gyventojų	2,8	7,1
Mamografai, 1 mln. Gyventojų	13,3	21,4
Kompiuteriniai tomografai, 100 tūkst. gyventojų	2,5	2,3
Magnetinio rezonanso tomografai, 1 mln. gyventojų	15,1	15,3
Linijiniai greitintuvai, 1 mln. gyventojų	4,2	4,5
Pozitronų emisijos tomografai, 1 mln. gyventojų	0,7	1,8

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal EBPO, PSO ir Eurostato duomenis

Valstybinio audito ataskaitos
 „Asmens sveikatos priežiūros
 paslaugų prieinamumas ir
 orientacija į pacientą“
 8 priedas

Sveikatos priežiūros technologijų vertinimo komiteto aprobuotos technologijos (2014–2017 m.)

Technologijos pavadinimas	
1.	Dėvimas kardioverteris-defibriliatorius staigaus širdies sustojimo pirminei ir antrinei prevencijai
2.	Besirezorbuojantys kraujagyslių stentai širdies išeminių ligų gydymui
3.	Krūties vėžio diagnostika naudojant vakuuminę krūties biopsiją
4.	Antibakterine medžiaga padengti besirezorbuojantys chirurginiai siūlai, paviršinių ir giliųjų abdominalinių operacinių žaizdų infekcijų prevencijai
5.	Pilvaplėvės karcinomatozės gydymas, taikant citoredukcinę operaciją, kombinuotą su hipertermine intraperitonine chemoterapija
6.	Neplyšusios intrakranijinės aneurizmos endovaskulinė embolizacija implantuojant kraujo srovės nukreipiklius
7.	Ūminio išeminio insulto endovaskulinis gydymas taikant mechaninę trombektomiją
8.	Dešiniajame skilvelyje implantuojamas belaidis širdies stimulatorius
9.	Magnetinis stemplės sfinkterio implantas pacientams, sergantiems gastroezofaginio reflukso liga
10.	Intrastrominiai ragenos implantai ektazinių ragenos pakitimų korekcijai
11.	Transkateterinių implantuojamųjų priemonių taikymas mitralinio vožtuvo korekcijai suaugusiems pacientams, kuriems diagnozuota lėtinė mitralinio vožtuvo regurgitacija
12.	Prostatos ir inkstų vėžio gydymas taikant krioabliaciją
13.	Prostatos vėžio gydymas taikant aukšto intensyvumo fokusuoto ultragarso (HIFU) abliaciją
14.	Kapsulinės endoskopijos efektyvumas diagnozuojant kraujavimą iš plonųjų žarnų ir plonųjų žarnų krono ligą
15.	Chirurginis inkontinencijos gydymas: dirbtinio vyriško šlaplės sfinkterio implantacijos operacijos vertinimas
16.	Chirurginis 2 tipo cukrinio diabeto gydymas: pakraštinės skrandžio rezekcijos operacija (vertikaloji gastrektomija)
17.	Chirurginis 2 tipo cukrinio diabeto gydymas: skrandžio apylankos operacijos ir skrandžio žiedo operacijos vertinimas

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Sveikatos apsaugos ministerijos duomenis

Valstybinio audito ataskaitos
„Asmens sveikatos priežiūros
paslaugų kokybė: paslaugų
prieinamumas“
9 priedas

Sveikatos apsaugos ministerijos atliekamų visuomenės nuomonės tyrimų ir jų rezultatų pavyzdžiai

Vertinimo aspektas	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.
Pasitiki sveikatos apsaugos sistema apskritai	44 %	49 %	3,5 balo iš 5	3,5 balo iš 5
Nepasitikėjimą sveikatos apsaugos sistema sąlygojančios priežastys:				
dėl gydytojų nesąžiningumo, korumpuotumo, visoje sistemoje klestinčios korupcijos	27 %	32 %	kyšiai, korupcija - 25 %;	kyšiai, korupcija - 28 %
gydytojų abejingumo, nepakankamo dėmesio pacientams	19 %	19 %	gydo atmetinai, blogai - 16 %;	gydo atmetinai, blogai - 17 %
blogo gydymo, gydytojų kompetencijos stokos, nekokybiškų paslaugų	14 %	16 %	eilės - 14 %;	eilės - 20 %
niekas nesikeičia - situacija tik blogėja, per dažnai viskas kaitaliojama	12 %	5 %	mokami tyrimai, paslaugos - 10 %;	brangūs vaistai - 14 %
ligoninėse reikia už viską mokėti	11 %	8 %	brangu - 9 %;	mokama vis daugiau PSD,
didelės eilės poliklinikose, sunku patekti pas specialistus	8 %	9 %	sunku pakliūti pas gydytojus, ilgai užtrunka - 8 %;	reikia primokėti už paslaugas - 12 %;
informacijos, skaidrumo, aiškumo trūkumas - neaišku, kas ir kodėl daroma	8 %	7 %	betvarkė - 7 %;	betvarkė, nesusikalbėjimas - 10 %;
			negali pasitikėti gydytojais - 4 %.	brangu - 10 %;
			ir kt. priežastys	emigruoja gydytojai - 10 %;
				trūksta pagarbos pacientui - 9 %
				ir kt. priežastys
Pasitikėjimas atskiromis sveikatos apsaugos sistemos grandimis:				
šėimos gydytoju	pasitiki 73 % nepasitiki 6 %	pasitiki 75 % nepasitiki 5 %	pasitiki 78 %	pasitiki 72 %
kitais juos gydančiais gydytojais	pasitiki 62 % nepasitiki 7 %	pasitiki 64 % nepasitiki 6 %	pasitiki 68 %	pasitiki 65 %
gydymo įstaiga, kurioje prisiregistravę (poliklinika, šeimos centras)	pasitiki 61 %, nepasitiki 8 %	pasitiki 63 %, nepasitiki 7 %	-	pasitiki 61 %
Valstybinė ligonių kasa	pasitiki 36 %, nepasitiki 23 %	pasitiki 41 %, nepasitiki 16 %	pasitiki 41 %	pasitiki 36 %
Sveikatos apsaugos ministerija	pasitiki 21 %, nepasitiki 32 %	pasitiki 36 %, nepasitiki 18 %	pasitiki 37 %	pasitiki 33 %
Sveikatos paslaugų kokybė atitinka jų lūkesčius	atitinka 43 %, nei atitinka, nei neatitinka 30 %, neatitinka 20 % neatsakė 6 %	atitinka 45 % nei atitinka, nei neatitinka 28 % neatitinka 17 % neatsakė 10 %	-	3,5 balo iš 5
Sunkumai, siekiant gauti sveikatos paslaugas				
ilgos eilės pas gydytojus specialistus	62 %	56 %	63 %	65 %
ilgos eilės atlikti medicininius tyrimus	35 %	24 %	30 %	38 %

Vertinimo aspektas	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.
tenka vaikščioti į skirtingas gydymo įstaigas	32 %	28 %	28 %	32 %
atsainus gydymo įstaigų darbuotojų požiūris į pacientą	27 %	23 %	–	23 %
sunku prisiskambinti į registratūrą ar gydytojui	22 %	17 %	37 %	34 %
didelės oficialios priemokos gydymo įstaigai už tyrimus	20 %	15 %	28 %	21 %
bendros informacijos stoka	17 %	15 %	20 %	25 %
sudėtinga pacientų registracijos sistema	12 %	9 %	22 %	24 %
gydymo įstaigos personalo kvalifikacijos stoka	10 %	11 %	20 %	18 %
neteisėtomis priemokomis, mokamomis ne į gydymo įstaigos kasą	8 %	5 %	18 %	13 %

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal Sveikatos apsaugos ministerijos duomenis

NAUDINGI • VERTINAMI • ATPAŽŪSTAMI

