



LIETUVOS RESPUBLIKOS VALSTYBĖS KONTROLĖ

A T A S K A I T A

DĖL SVEIKATOS APSAUGOS REFORMOS VERTINIMO

2002 m. spalio mėn. 31 d. Nr. 210-1
Vilnius

IŽANGA

Auditas atliktas vadovaujantis Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės Kontrolės ir veiklos audito skyriaus viršininko K. Širvaičio 2002-01-11 pavedimu Nr. 210-1.

Audito laikotarpis – 1998 – 2001 metai.

Sveikatos apsaugos reformos vertinimo auditą 2002 m. sausio 11 d. – 2002 m. spalio 31 d. atliko Veiklos audito 1-ojo departamento valstybinės auditorės: sveikatinimo veiklos valdymo problemas auditavo vyresnioji valstybinė auditorė J. Korzunienė, sveikatos priežiūros finansavimo – vyriausioji valstybinė auditorė V. Paunksnienė, stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir jų teikiamų paslaugų optimizavimo proceso – valstybinė auditorė M. Masteikaitė. Auditas atliktas žinant sveikatos apsaugos ministrui K. R. Dobrovolskiui.

Sveikatos apsaugos reformos eigos vertinimo auditus atliko:

- Vilniaus Universiteto ligoninėje Santariškių klinikoje - vyresnioji valstybinė auditorė B.Rudienė ir valstybinė auditorė M. Masteikaitė (2002 m. balandžio 12 d. – birželio 14 d., 2002-06-14 ataskaita Nr.2010-1).

- Kauno Raudonojo kryžiaus slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėje - valstybinis auditorius J. Izokaitis (2002 m. birželio 3 d. – liepos 10 d., 2002-07-10 ataskaita Nr.2010-9).

- Viešojoje įstaigoje „Sveikatos teisės ir ekonomikos centras“ – vyresnioji valstybinė auditorė J.Korzunienė (2002 m. birželio 10 d. – birželio 21 d., 2002-06-21 ataskaita Nr.210-1-1 ”Dėl viešosios įstaigos “Sveikatos teisės ir ekonomikos centras veiklos vertinimo rezultatų”).

- Vilniaus apskrities viršininko administracijoje - vyresnioji valstybinė auditorė J.Korzunienė ir valstybinė auditorė M. Masteikaitė (2002 m. rugpjūčio 13 d. – rugpjūčio 30 d., 2002-08-30 ataskaita Nr.210-1-2).

- Klaipėdos apskrities viršininko administracijoje - vyresnioji valstybinė auditorė B.Rudienė (2002 m. birželio 21 d. - rugsėjo 19 d., 2002-09-19 ataskaita Nr.2010-11).

- Šiaulių apskrities viršininko administracijoje - vyresnysis valstybinis auditorius B.Čekanauskas (2002 m. liepos 10 d. – rugsėjo 16 d., 2002-09-18 ataskaita Nr.2010-12).

- Valstybinėje vaistų kontrolės tarnyboje prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos - valstybinis auditorius J.Izokaitis (2002 m. rugsėjo 20 d. – spalio 7 d., 2002-10-07 ataskaita Nr.2010-1-3). Atlikus auditą priimtas 2002-10-21 sprendimas Nr.SP-17.

Sveikatos apsaugos ministerijos 2001 metų finansinę atskaitomybę ir asignavimų naudojimą vykdant programas vertino Valstybės kontrolės Finansinio audito 4-asis departamentas (2002 m. birželio 21 d. ataskaita Nr.1040-5 “Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2001 metų finansinės atskaitomybės ir asignavimų naudojimo programoms vykdyti vertinimo rezultatų”).

Valstybės kontrolė 2001 metais atliko Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo, finansinės atskaitomybės ir valstybinės ligonių kasos tikrinimą, kuris atskleidė Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansavimo trūkumus.

Šio audito metu nagrinėtos sveikatos apsaugos sistemos valdymo, finansavimo, asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir teikiamų paslaugų kiekio optimizavimo procesas 1998 – 2001 metais:

1. Sveikatinimo veiklos valdymo srityje. Buvo nustatytos šios užduotys: atlikti sveikatos apsaugos reformos eigos ir tikslų įgyvendinimo, sveikatos apsaugos reformą valdančių ir koordinuojančių subjektų veiklos, valstybės investicijų paskirstymo analizę, dalinai įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistemą.

2. Sveikatos priežiūros finansavimo srityje. Viena iš užduočių buvo atlikti sveikatos priežiūrai valstybės skiriamo finansavimo analizę, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti bei vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti 2000-2001 metais analizę, išnagrinėti įsiskolinimų už kompensuojamus vaistus didėjimo priežastis ir planuojamas priemones išlaidų optimizavimui.

3. Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir jo teikiamų paslaugų kiekio optimizavimo srityje. Audito metu vertintas stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų (*toliau tekste – ligoninių*) tinklo ir jų teikiamų paslaugų kiekio optimizavimo procesas, nes išankstinio tyrimo metu buvo nustatyta, kad ligoninių tinklas pakito mažiausiai, o išlaidos stacionarijoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti sudaro didžiausią Privalomojo sveikatos draudimo fondo dalį.

Audito procesas

Auditas atliktas vadovaujantis Valstybinio audito reikalavimais. Audito išvados parengtos ir įrodymai surinkti taikant stebėjimo, apklausos ir analitines procedūras.

Audito metu buvo nagrinėjami teisės aktai, reglamentuojantys sveikatos priežiūros sistemos veiklą, Sveikatos apsaugos ministerijos, Lietuvos sveikatos informacijos centro, Farmacijos departamento, Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos, Valstybinės ligonių kasos, asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau - ASPI) pateikti duomenys ir informacija, Lietuvos sveikatos projekto įgyvendinimo eiga, anksčiau atliktų Valstybės kontrolės tikrinimų Sveikatos apsaugos ministerijoje ir kitose įstaigose (Valstybinėje ligonių kasoje) rezultatai. Atlikta statistinių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos duomenų analizė. Organizuoti pokalbiai su Sveikatos ministerijos vadovais, ministerijai pavaldžių įstaigų vadovais, su Nacionalinės sveikatos tarybos, farmacijos firmų ir sveikatos priežiūros įstaigų atstovais, kurių metu aptartos pagrindinės sveikatos apsaugos reformos problemos ir galimi jų sprendimo būdai.

Konsultacijas audito metu teikė nepriklausomas PHARE konsultantas Didžiosios Britanijos Nacionalinės audito įstaigos techninio bendradarbiavimo vadovas B. Burnett bei Švedijos Nacionalinės audito įstaigos ekspertas A. Lund.

Siekiant įvertinti vykdomos sveikatos apsaugos reformos poveikį asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatus, buvo apklausta 112 stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Klausimyną sudarė šios dalys: bendroji informacija, pajamų ir sąnaudų struktūra, finansinės atskaitomybės duomenys, suteiktų paslaugų ir apmokėjimo 1998 – 2001 m. duomenys, stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų bazinių kainų ir faktinių sąnaudų 2001 m. palyginimas, 1998 – 2001 m. įsigyta medicininė įranga brangiesiems tyrimams ir procedūroms, 2001 m. vidaus kokybės sistemos vertinimas. Gauti duomenys buvo apibendrinti, palygintos panašių stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansinių ir veiklos rodiklių kitimo tendencijos.

Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos analizės metu buvo suskirstytos į bendrojo pobūdžio, specializuotas, slaugos ir reabilitacijos ligonines, vadovaujantis Lietuvos sveikatos informacijos centro prie Sveikatos apsaugos ministerijos naudojama klasifikacija.

Audito objektas

Lietuvos Aukščiausioji Taryba 1991 metais patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, kurioje nustatė pagrindines sveikatos sistemos plėtojimo kryptis.

Nacionalinės sveikatos koncepcijos tikslams įgyvendinti 1998 metais Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino Lietuvos sveikatos programą.

Sveikatos priežiūros reformos srityje Lietuvos sveikatos programoje numatyti artimiausi uždaviniai (iki 2005 metų):

1. Užbaigti pagrindinių sveikatos sistemą reglamentuojančių įstatymų rengimą, tobulinti sveikatos priežiūros valdymo struktūrą;
2. Decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigų valdymą;
3. Racionalizuoti išteklius ir optimizuoti išlaidas sveikatos priežiūrai;
4. Rengti ir perkvalifikuoti sveikatos priežiūros specialistus;
5. Vykdyti visuomenės sveikatos priežiūros reformą;
6. Tobulinti vaistų registracijos, kainodaros ir įsigijimo išlaidų kompensavimo sistemą;
7. Gerinti vaistų kokybės kontrolės sistemą;
8. Remti Lietuvos farmacijos pramonės plėtrą;
9. Sudaryti sąlygas privačių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtrai, užtikrinant valstybinių jų veiklos kontrolę;
10. Siekti glaudesnio sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos sistemų bendradarbiavimo;
11. Sukurti efektyvią reabilitacijos bei antirecidyvinių gydymo sistemą;
12. Sudaryti adekvačią traumai ir susirgimo sunkumui paciento nukreipimo reabilitacijai tvarką.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994-07-19 Nr. I-552) nustato sveikatos sistemos organizacinę struktūrą, sveikatingumo veiklos valdymo, koordinavimo bei specialiuosius valdymo ir kontrolės subjektus.

Pagrindinis sveikatingumo veiklos valdymo subjektas - Sveikatos apsaugos ministerija, kurios funkcijos - steigti, reorganizuoti, likviduoti jos pavaldumui priskirtas įstaigas ir valdymo institucijas, analizuoti gyventojų sveikatos būklę ir jos raidos prognozę, analizuoti sveikatos priežiūros išteklius ir valstybės lygmeniu planuoti sveikatinimo veiklą, rengti valstybines sveikatos programas, Vyriausybės pavedimu kartu su savivaldybėmis nustatyti pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo pagrindines kryptis, organizuoti akreditavimą sveikatos priežiūrai ir jos licencijavimą bei prižiūrėti visų nuosavybės rūšių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros subjektų veiklą, vykdyti farmacinės veiklos licencijavimą, išskyrus farmacinės veiklos licencijavimą veterinarijoje, rengti ir priimti pagal kompetenciją teisės aktus, tvarkyti kitus sveikatinimo veiklos reikalus.

Sveikatos apsaugos ministrų pareigas 1998-2001 metais vykdė: J. Galdikas (1996-12-04 - 1998-03-25), M. Stankevičius (1998-03-25 - 1999-06-01) R. Alekna (1999-06-01 - 2000-11-19), V. Janušonis (2000-10-27 - 2001-05-15), K. R. Dobrovolskis (nuo 2001-05-15).

Už sveikatingumo veiklos koordinavimą atsakingos Nacionalinė sveikatos taryba, Valstybinė psichikos sveikatos komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

Teisinė bazė, leidžianti vykdyti mišrų biudžetinį – draudiminį finansavimą, buvo sukurta 1994 – 1996 metais. Priimti sveikatos priežiūros finansavimą reglamentuojantys teisės aktai bei norminiai

dokumentai. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. rugsėjo 16 d. nutarimu Nr.1068 “Dėl Valstybinės ligonių kasos įsteigimo” įsteigta Valstybinė ligonių kasa, vykdanči sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau tekste – PSDF).

PSDF biudžetas planuojamas vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996-11-29 nutarimu Nr.1426 patvirtintomis Lietuvos Respublikos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėmis. PSDF biudžetą iki 2001 metų tvirtino Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Lietuvos Respublikos Seimui 2000-12-19 priėmus Lietuvos sveikatos draudimo įstatymo 13, 21, 28, 30 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymą, PSDF biudžetas tvirtinamas įstatymu.

Privalomojo sveikatos draudimo paslaugas ir jų išlaidų kompensavimą reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Sveikatos priežiūros paslaugų suteikimą ir apmokėjimą, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimą reglamentuojančius norminius dokumentus tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą iš PSDF biudžeto, vadovaudamasi Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymais ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimais, vykdo Valstybinė ligonių kasa.

Vienas iš Lietuvos sveikatos programoje numatytų sveikatos apsaugos reformos uždavinių - racionalizuoti išteklius ir optimizuoti išlaidas sveikatos priežiūrai, siekiant efektyviau naudoti lėšas bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Siekiant įgyvendinti minėtą uždavinį, iki 2005 metų numatyta optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų ir jų teikiamų paslaugų kiekį bei sutrumpinti vidutinę gydymosi stacionaruose trukmę.

SANTRAUKA

Ataskaitoje pateikiami pastebėjimai, išvados ir pasiūlymai dėl 1998 – 2001 metų sveikatos apsaugos sistemos valdymo, sveikatos priežiūros finansavimo ir sveikatos priežiūros įstaigų tinklo bei jų teikiamų paslaugų kiekio optimizavimo, atsižvelgiant į 2002 metais vykdomas priemones.

Sveikatinimo veiklos valdymas

Sveikatos apsaugos reformos tikslai išdėstyti Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintose Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje bei Lietuvos Sveikatos programoje. Atskiros priemonės, būtinos sveikatos priežiūros reformai vykdyti, buvo patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-02-09 nutarimu Nr.149 “Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 – 2004 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo”. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-10-04 nutarimu Nr.1196 buvo patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programos įgyvendinimo priemonės. Nors sveikatos apsaugos srityje išliko vienuolika 2000-2004 metų programos įgyvendinimo priemonių, jų terminai buvo nukelti nuo 3 mėnesių iki 2,5 metų. Ne visas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programos įgyvendinimo priemones 2002 metais Sveikatos apsaugos ministerija įvykdė nustatytu laiku.

Sveikatos apsaugos ministerija vykdo Lietuvos Sveikatos projektą, kuriam įgyvendinti iki 2004 metų numatyta skirti 33 958,5 tūkst. JAV dolerių Pasaulio banko paskolos, Švedijos valstybės paramos lėšų ir Lietuvos valstybės biudžeto asignavimų. Lietuvos sveikatos projekto tikslas - tobulinti Lietuvos sveikatos sistemos efektyvumą. Lietuvos sveikatos projekto vertinimo ataskaitoje konstatuojama, kad projekto įgyvendinimas 2001 metais vyko nepakankamai sparčiai, nebuvo užtikrintas koordinavimas ir bendradarbiavimas tarp Lietuvos sveikatos projekte dalyvaujančių konsultantų ir Sveikatos apsaugos ministerijos bei Valstybinės ligonių kasos.

Vykstant valstybės valdymo reformai, mažėja centrinių valstybės valdymo institucijų galimybė koordinuoti ir daryti įtaką sprendžiant sveikatos priežiūros organizavimo klausimus, priskirtus savivaldos kompetencijai, todėl ypač svarbus sveikatos politikos įgyvendinimo koordinavimas ministerijos – apskrities – savivaldybių lygyje. Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės bei Sveikatos apsaugos ministerija nereikalavo, o tikrintos apskričių gydytojų tarnybos neteikė komisijai apibendrintos medžiagos apie sveikatos santykių valstybinio reguliavimo priemonių taikymą apskrityse. Galiojanti sveikatos politikos įgyvendinimo ataskaitų apskrityse ir savivaldybėse pateikimo tvarka neužtikrina savalaikės ir kokybiškos informacijos pateikimo Sveikatos apsaugos ministru. Apskričių gydytojų tarnybos Sveikatos apsaugos ministerijai nepateikė 2001 metų sveikatos politikos įgyvendinimo apskrityse ataskaitų arba pateikė pavėluotai. Atskirose savivaldybėse (Švenčionių rajono, Vilniaus rajono) savivaldybės gydytojo funkcijas vykdo laikinai arba visuomeniniais pagrindais dirbantys gydytojai.

Sveikatos apsaugos ministerija dalį savo funkcijų (rengti teisės aktų projektus, vykdyti teisės aktų harmonizavimo ir kitą veiklą, susijusią su integracija į Europos Sąjungą, koordinuoti sveikatos programų įgyvendinimą perdavė VšĮ “Sveikatos teisės ir ekonomikos centras” (toliau – Sveikatos teisės ir ekonomikos centras). Už teisės aktų projektų rengimą ir kitų Sveikatos apsaugos ministerijos pavedimų vykdymą Sveikatos apsaugos ministerija Sveikatos teisės ir ekonomikos centrui 2001 metais pervedė 438,9 tūkst.Lt, už mokslinių praktinių programų vadybą – 230,0 tūkst.Lt valstybės biudžeto asignavimų. Sveikatos apsaugos ministerija mokslinių – praktinių programų įgyvendinimui 2000 metais išleido 1 647,2 tūkst.Lt, 2001 metais – 2 099,0 tūkst. Lt. Daugumos mokslinių – praktinių programų rengėjai – Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios įstaigos, šių programų vykdymo vadyba yra organizacinio pobūdžio ir ją galėtų vykdyti Sveikatos apsaugos ministerija. Visų sveikatos programų vykdymą organizuoti Sveikatos apsaugos ministerijoje buvo pasiūlyta dar 1999 metais, Sveikatos apsaugos ministro R.Alekno 1999-07-20 įsakymu Nr.337 sudarytai komisijai atlikus sveikatos programų atitikties sveikatos apsaugos reformai analizę.

Sveikatos apsaugos ministerija turi kaupti ir sisteminti informaciją, kurios reikia Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai tinkamai reguliuoti. Valstybinio sveikatos informacinio aprūpinimo funkcija pavesta Lietuvos sveikatos informacijos centrui, tačiau ministerija sudarė sutartį su Sveikatos teisės ir ekonomikos centru dėl Nacionalinės sveikatos sąskaitos rengimo ir 2001 metais pervedė 31,4 tūkst.Lt, o 2002 metams skyrė tam tikslui 115,8 tūkst.Lt valstybės biudžeto asignavimų.

Sveikatos apsaugos ministerija 2000 ir 2001 metais netikrino valstybės biudžeto asignavimų panaudojimo Sveikatos teisės ir ekonomikos centre.

Valstybės investicijų planavimas ir paskirstymas

Valstybės investicijos sveikatos apsaugai 2001 metais sudarė 3,47 proc. nuo valstybinio sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai. Sveikatos apsaugos ministerija 1998 – 2001 metų laikotarpyje sveikatos programoms vykdyti panaudojo iš viso 277 307,8 tūkst.Lt valstybės investicijų.

Daugiausiai lėšų iš valstybės investicijų programos 1998–2001 metų laikotarpyje Sveikatos apsaugos ministerija panaudojo vykdant Kauno medicinos universiteto klinikų medicinos technikos ir technologijų atnaujinimo, įvairios medicinos įrangos įsigijimo, Radiologinės pagalbos Lietuvoje optimizavimo, Širdies chirurgijos, Sveikatos priežiūros įstaigų pastatų renovacijos ir energetinių resursų taupymo programas. Nacionalinis asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planas iki 2002 m. rugsėjo mėn. nepatvirtintas, neaišku, kuriose stacionarinėse ASPĮ bus koncentruojama moderni medicininė įranga, kurias ligonines numatoma uždaryti ar keisti jų tipą. Yra rizika, kad dalis iš valstybės investicijų programos skirtų lėšų stacionarinių asmens sveikatos

priežiūros įstaigų medicininei įrangai įsigyti, patalpoms rekonstruoti bus panaudotos neefektyviai. Planuojant valstybės investicijas sveikatos apsaugos srityje, turėtų būti kaupiama informacija apie respublikos stacionariųjų ASPĮ įrangą, atliekama jos panaudojimo analizė.

Savivaldybių bendrojo pobūdžio ligoninėms, kurios aptarnauja iki 35 tūkst. gyventojų, Sveikatos apsaugos ministerija 2001 metais skyrė naujos rentgenodiagnostinės įrangos už 4 598,69 tūkst.Lt, dalis iš šių ligoninių yra nuostolingos arba nemokios. Lietuvos sveikatos projekte dirbančių konsultantų nuomone, optimalus bendrojo pobūdžio ligoninės aptarnaujamų gyventojų skaičius – ne mažiau 50 tūkst. gyventojų.

Už pirminės sveikatos priežiūros valdymą tiesiogiai atsakingos savivaldybės. Tačiau šių įstaigų kapitaliniam remontui, rekonstrukcijai, medicinos įrangai ir aparatūrai įsigyti daugiausiai lėšų skiria Sveikatos apsaugos ministerija. Planuojant valstybės investicijas pirminei sveikatos priežiūrai, nebuvo atliekami išsamūs tyrimai dėl įrangos reikalingumo, ne visos savivaldybės pateikė pirminės sveikatos priežiūros plėtros planus, nebuvo įvertintas 1999 metais skirtos įrangos panaudojimo efektyvumas.

Ligoninių, kurioms buvo skirtos lėšos pagal Sveikatos priežiūros pastatų renovacijos ir energijos taupymo programą, metinės šildymo sąnaudos mažėjo. Norint sumažinti pastatų eksploatacijos išlaidas, tikslinga atlikti pastatų renovaciją ir kitose ligoninėse.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų kokybės sistema

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistema turi trūkumų. Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino ne visus nacionalinius įstaigos veiklos organizavimo ir profesinius standartus. Apskrities viršinių administracijos nepadavė ir nepatvirtino savo regiono įstaigoms organizacinių standartų, įstaigos nepritaikė jų savo veiklai. Valstybės kontrolei atlikus 112 stacionariųjų ASPĮ apklausą, nustatyta, kad 2001 metais 6,3% apklaustų įstaigų neturi patvirtinto lokalus medicininio audito reglamento, 4,5% apklaustų įstaigų nėra paskirtas medicininio audito grupės vadovas, 17,9% apklaustų įstaigų nebuvo atliktas planinis lokalus auditas, 19,6% apklaustų įstaigų nebuvo atliktos pacientų apklausos dėl įstaigos teikiamų paslaugų kokybės, 22,3% apklaustų įstaigų nėra patvirtintas kokybės vadovas, 9,8% apklaustų įstaigų nepatvirtintos kokybės sistemos procedūros.

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos rengėjai laiku neatliko programos taisymų, o Sveikatos apsaugos ministerija nepatvirtino ir neorganizavo jos vykdymo, todėl ministerija 1998 – 1999 metais neefektyviai panaudojo Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos rengimui skirtus 208,6 tūkst.Lt.

Sveikatos priežiūros finansavimas

Įvedus privalomąjį sveikatos draudimą, valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai 1997-2001 metais didėjo netolygiai. Didžiausias finansavimas sveikatos priežiūrai 2077,9 mln.Lt arba 4,83 proc. BVP buvo skirtas 1998 metais. 2001 metais sveikatos priežiūrai skirtas 2027, 8 mln. Lt finansavimas sudarė 4,23 proc. BVP.

Įvedus privalomąjį sveikatos draudimą, pasikeitė sveikatos priežiūrai valstybės skiriamo finansavimo struktūra. Sumažėjo savivaldybių sveikatos priežiūrai skiriamas finansavimas. Savivaldybių biudžetų lėšos 1997 metais sudarė 8,7 proc., 2001 metais – 0,63 proc. valstybės sveikatos priežiūrai skirto bazinio finansavimo. Nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenimis didėja sveikatos priežiūros finansavimas iš privačių šaltinių. 2000 metais privačių šaltinių lėšos sveikatos priežiūrai, lyginant su 1999 metais, padidėjo 1,4 karto.

Pagrindinę valstybės išlaidų sveikatos priežiūrai dalį (91,03 proc.) sudaro PSDF biudžeto lėšos. PSDF biudžeto pajamos priklauso nuo privalomojo sveikatos draudimo įmokų, fizinių asmenų pajamų mokesčio surinkimo, valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, dydžio. Didėjant apdraustųjų valstybės lėšomis skaičiui, patvirtinta valstybės įmoka į Privalomojo sveikatos draudimo fondą už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį 1998-2002 metais sumažėjo nuo 242,5 Lt iki 187,2 Lt. Vidutiniškai vienam šalies gyventojui tenkančios PSDF biudžeto išlaidos sveikatos priežiūrai 2001 metais sudarė 530,1 Lt. Iki 2002 metų nebuvo patvirtinta valstybės įmokos į Privalomojo sveikatos draudimo fondą už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis dydžio nustatymo metodika. 2002 m. liepos 3 d. priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9,15,32 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymas (Nr.IX-1022) nustatė minėtos įmokos minimalų dydį (nemažesnis kaip 35 procentai vidutinių mėnesinių draudžiamųjų pajamų), tačiau Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymo projekte (Nr.IXP-597A) 2002-08-22 pateiktame Seimui šios nuostatos nebėra.

Mažėjant PSDF biudžeto pajamoms, PSDF biudžeto išlaidos sveikatos priežiūrai, lyginant su 1998 metų išlaidomis, sudarė: 1999 metais - 96,8 proc., 2000 metais – 95,8 proc., 2001 metais – 98,8 proc. Planuojamos 1794695 tūkst.Lt PSDF biudžeto išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms 2002 metais, lyginant su 1998 metų išlaidomis, sudaro 96,9 proc. Lyginant VLK apskaičiuotą 2298537 tūkst.Lt lėšų poreikį 2002 metų PSDF biudžeto išlaidoms su planuojamomis 1831585 tūkst.Lt PSDF biudžeto pajamomis, lėšų trūkumas – 466952 tūkst.Lt arba 25 proc. planuojamų pajamų.

Didėjant išlaidoms vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti, mažėja finansavimas ASPĮ paslaugoms apmokėti ir medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti. PSDF biudžeto 2002 metais planuojamos 1324980 tūkst.Lt išlaidos ASPĮ

paslaugoms apmokėti, lyginant su 1998 metų išlaidomis, sudaro 94,6 proc., 77160 tūkst.Lt išlaidos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo kompensavimui – 82,3 proc.

Privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimo tvarka negarantuoja planuojamų PSDF biudžeto pajamų gavimo. PSDF biudžeto pajamų planas 1999 metais įvykdytas 89,5 proc., 2000 metais – 97,3 proc., 2001 metais – 96,6 proc.(neįskaičius SODROS gražintos skolos). PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymas trikdo atsiskaitymus už atliktas sveikatos priežiūros paslaugas. Valstybinė ligonių kasa pagal apmokėjimui priimtas sąskaitas 1999 metais apmokėjo 90,4 proc., 2000 metais – 97,4 proc., 2001 metais – 95,2 proc. atliktų paslaugų. PSDF kreditorinis įsiskolinimas už sveikatos priežiūros paslaugas didėja ir 2001-12-31 sudarė 362859 tūkst.Lt arba 20,2 proc. PSDF biudžeto 2002 metais planuojamų 1794695 tūkst.Lt išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti.

Vykdydamos PSDF biudžetą, teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su ASPĮ dėl paslaugų teikimo neviršydamos planuojamų išlaidų. ASPĮ teritorinėms ligonių kasoms pateikia sąskaitas už atliktas paslaugas, neviršydamos sutartyse numatytų limitų. Tačiau asmens sveikatos įstaigų faktiškai suteiktos paslaugos viršija sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis numatytus limitus asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Viršplaninės asmens sveikatos priežiūros paslaugos 2000 metais sudarė 50634 tūkst.Lt arba 3,7 proc. planuotų paslaugų, 2001 metais – 60514 tūkst.Lt arba 4,4 proc. planuotų paslaugų. Dėl PSDF biudžeto ribotų finansinių išteklių sveikatos priežiūros įstaigų suteiktos viršplaninės asmens sveikatos priežiūros paslaugos lieka neapmokėtos.

Ataskaitoje pateikta PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti 2000-2001 metais analizė.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugos

PSDF biudžeto faktinių išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms struktūra 2000-2001 metais nekito. Išlaidos pirminio lygio ASP paslaugoms sudaro 29 proc. antrinio ir tretinio lygio paslaugoms –71 proc. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugų.

Pagal vieningus kriterijus atskiriems regionams paskirstomos lėšos pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, užtikrina tolygų minėtų paslaugų prieinamumą visoms regioninėms gyventojų grupėms. Lėšų paskirstymas pagal formulę, įvertinant gyventojų skaičių ir patvirtintas bazines kainas, negarantuoja sveikatos priežiūros įstaigoms apskaičiuoto finansavimo už pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Galiojančios bazinės kainos tikslinamos, priklausomai nuo patvirtinto PSDF biudžeto. Sveikatos apsaugos ministro 1999-10-28 įsakymu laikotarpyje nuo 1999-11-01 iki 2000-07-01 visų iš PSDF biudžeto apmokamų paslaugų (išskyrus slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas) bazinių kainų 1 balas buvo prilygintas 0,95 lito. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2001-12-27 nutarimu Nr.7/2 pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos apmokėjimo koeficientas nustatytas lygus 0,94.

Iš PSDF biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas pagal bazines kainas to paties lygio sveikatos priežiūros įstaigoms garantuoja vienodą apmokėjimą už faktiškai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau dalis Sveikatos apsaugos ministro 1998-06-18 įsakymu Nr.329 patvirtintų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų iki 2002 metų nebuvo peržiūrėtos ir neatitinka ASPĮ faktinių gydymo sąnaudų.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigose stebimos problemos:

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš PSDF biudžeto apmokama už atliktas paslaugas bazinėmis kainomis neviršijant TLK ir gydymo įstaigos sutartyje numatytų lėšų limitų. Faktiškai suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos viršija sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis numatytus limitus. Daugiausia viršyti stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų limitai (2000 metais - 5,1 proc., 2001 metais - 5,6 proc.). Viršplaninės paslaugos lieka neapmokėtos.

2. Siekiant neviršyti sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis numatytų išpareigojimų, buvo ribojamas gydomų ligonių skaičius, ligoninės dirbo nepilnu pajėgumu. Suteikiamų paslaugų struktūroje 2000-2001 metais mažėjo planinės pagalbos dalis.

3. Nuo 1998 metų, mažėjant PSDF biudžeto išlaidoms medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti, mažėjo suteiktų paslaugų ir ligonių, kuriems suteiktos reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugos, skaičius. Per 2001 metus aptarnautų ligonių skaičius, lyginant su 2000 metais, sumažėjo 18 proc.

Palyginus VLK paskaičiuotą 104900 tūkst. Lt lėšų poreikį su planuojamomis 77160 tūkst.Lt išlaidomis, 2002 metais lėšų trūkumas medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti – 27740 tūkst.Lt.

4. Stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose netaikoma Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. 6 d. įteisinta tvarka, pagal kurią apdraustasis, savo iniciatyva pasirinkęs brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, privalo sveikatos priežiūros įstaigai į kasą apmokėti pagal taikomas gydymo metodikas gydytojo skiriamų ir pasirinktų vaistų kainų skirtumą.

Pajamos už mokamas paslaugas gydymo įstaigose sudaro labai mažą pajamų dalį (audito metu nagrinėtoje bendro pobūdžio 45 ligoninių grupėje - vidutiniškai 2,5 proc.).

5. Pagal audito metu surinktus bendro pobūdžio ligoninių duomenis, 70 proc. duomenis pateikusių ligoninių neveda sąnaudų pagal gydymo profilius apskaitos.

6. Ne visose gydymo įstaigose apskaitomi pacientų lėšomis įsigyti medikamentai.

7. Dažnai pacientai savo lėšomis įsigyja medikamentus ir medicinos pagalbos priemones, nepriklausomai nuo to, ar ligos gydymo profilis įstaigai yra nuostolingas ar pelningas.

Esant ribotom PSDF biudžeto finansinėms galimybėms, tobulinama asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarka. Sveikatos apsaugos ministro 2001-12-29 įsakymu Nr.696 patvirtinta Stacionarinių paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo bei stacionarinių

paslaugų apmokėjimo tvarka įteisino diferencijuotą stacionariųjų paslaugų apmokėjimą, priklausomai nuo paslaugos teikimo stacionare tikslingumo. Teritorinėse ligonių kasose pagal naują Stacionariųjų paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarką gydymo įstaigoms apskaičiuotos lėšos stacionarinėms paslaugoms 2002 metams, lyginant su 2001 metais, mažėtų nuo 4,5 iki 13,8 proc. (priklausomai nuo teiktų paslaugų struktūros ir teikiamų paslaugų sudėtingumo). Lėšos stacionarinėms paslaugoms mažinamos ne per vienerius metus (gydymo įstaigoms lėšos stacionarinėms paslaugoms 2002 metais, lyginant su 2001 metais, mažinamos ne daugiau 10 proc.).

Nauja stacionariųjų paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo bei stacionariųjų paslaugų apmokėjimo tvarka turėtų skatinti daugiau paslaugų teikti ambulatoriškai, plėtoti dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas. Pagal naują stacionariųjų paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarką perskirsčius III grupės stacionarinėms paslaugoms skiriamas lėšas, 8 mln. Lt skirti ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Minėta tvarka numato dalinį gydymo įstaigų suteiktų viršplaninių paslaugų apmokėjimą.

PSDF išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti

Faktinės išlaidos vaistų kompensavimui 2001 metais sudarė 410943 tūkst.Lt ir, lyginant su 317155 tūkst.Lt išlaidomis 2000 metais, išaugo 93788 tūkst.Lt arba 29,6 proc. Faktinės išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti didėja dėl objektyvių ir subjektyvių priežasčių:

1.Lietuvos sveikatos informacijos centro pateiktais duomenimis 2001 metais padidėjo užregistruotų susirgimų skaičius hipertenzinėmis ligomis, cukriniu diabetu, astma, šizofrenija, afektiniais susirgimais, epilepsija, glaukoma.

2.Žmonės daugiau reikšmės teikia savo sveikatai.

3.Atsiranda naujų vaistų. Patentiniai vaistai yra brangesni. 2001 metais kompensavimo suma tenkanti vienam receptui padidėjo nuo 31,22 Lt iki 38,42 Lt (arba 23 proc.). Šis pabrangimas, skaičiuojant 2000 metų lygyje, padidino 2001 metų PSDF išlaidas vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti 73,1 mln. Lt.

4.2001 metais, lyginant su 2000 metais, 5,3 proc. padidėjo išrašytų receptų kompensuojamiems vaistams skaičius ir padidino PSDF išlaidas 20,7mln. Lt.

5.Kompensuojamų vaistų išrašymas nebuvo reglamentuotas ligų, kurios gydomos kompensuojamais vaistais, diagnostikos ir gydymo metodikomis. Tikrinant nustatyta, kad kompensuojami vaistai ne visada išrašomi pagrįstai.

6.Nustatyti vaistinių neteisėtai TLK pateiktų apmokėjimų už kompensuojamus vaistus atvejai.

Sveikatos apsaugos ministerijos 2000-01-28 įsakymu Nr.49 (ministras R.Alekna) patvirtinus naują Ligų ir kompensuojamų vaistų sąrašą, iš kurio buvo išbraukta 11 vaistų (įtraukti 75 vaistai), bei Kompensuojamų vaistų sąrašą, iš kurio buvo išbraukti 74 vaistai (įtraukti 4 vaistai), PSDF išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimui pradėjo mažėti ir 2000 metų gale sudarė 317155 tūkst.Lt arba 91,7 proc. 1999 metų išlaidų. Minėtas Ligų ir kompensuojamų vaistų sąrašas 2000 metais Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymais (ministras R.Alekna) buvo papildytas, įtraukiant 17 naujų vaistų, kurių kompensavimo išlaidos 2000 metais sudarė 15035 tūkst.Lt, 2001 metais – 41145 tūkst.Lt. Į kompensuojamų vaistų sąrašus įtraukiant naujus vaistus, papildomos lėšos išlaidoms PSDF biudžete nenumatomos.

Sveikatos apsaugos ministerijos 1998-05-28 įsakymu Nr.281 patvirtinta Vaistų, kurių išlaidos ar jų dalis ambulatorinio gydymo metu, medicinos pagalbos priemonių bei ligų, kurių ambulatorinio gydymo išvardintais vaistais išlaidos 100 proc. kompensuojamos iš PSDF lėšų, sąrašų keitimo tvarka, galiojusi iki 2002-04-13, neužtikrino viešumo ir nenumatė Kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos narių ir Privalomo sveikatos draudimo tarybos narių asmeninės atsakomybės už priimtus sprendimus.

Nėra patvirtintos metodikos planuojamų išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti apskaičiavimui. PSDF biudžeto planuojamos išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti neatitinka realaus poreikio. PSDF biudžeto faktinės išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti kiekvienais metais viršija planuojamas PSDF išlaidas (2001 metais faktinės išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti 38,6 proc. viršijo PSDF planuotas išlaidas). VLK skaičiavimais PSDF biudžeto išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti poreikis 2002 metais – 408450 tūkst.Lt. PSDF biudžeto 2002 metais planuojamos 326369 tūkst.Lt išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti sudaro 79,9 proc. paskaičiuoto lėšų poreikio. Lyginant planuojamas išlaidas su VLK apskaičiuotu poreikiu, galimas lėšų trūkumas vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti – 82081 tūkst.Lt.

Dėl PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymo ir planuojamų išlaidų viršijimo 1997-2001 metais didėjo PSDF išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti kreditorinis įsiskolinimas ir 2002-01-01 sudarė 184,9 mln.Lt arba 56,6 proc. 2002 metams planuojamų 326,4 mln.Lt išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti. Pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996-11-29 nutarimu Nr.1426 patvirtintas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisykles, rengiant PSDF biudžeto projektus, nenumatomos išlaidos praėjusių metų kreditoriniam įsiskolinimui padengti.

2000-2001 metais nebuvo siekiama galimais administraciniais švertais ekonomiškai naudoti PSDF biudžeto lėšas:

1. Nebuvo sukurta priemonių sistema, leidžianti derinti išrašomų vaistų kompensavimo išlaidas su skirtais ištekliais. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms sutartyse su TLK numatyti limitai kompensuojamų vaistų išrašymui iki 2002 metų buvo rekomendacinio pobūdžio;

2. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000-01-24 nutarimu Nr.84 patvirtinta Ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų, kompensuojamų iš PSDF biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarka riboja farmacijos įmonių teisę mažinti kompensuojamųjų vaistų mažmenines kainas ir buvo ekonomiškai nenaudinga PSDF biudžetui bei apdraustiesiems;

3. Nesilaikant Sveikatos apsaugos ministro 2000-08-12 įsakymu Nr. 459 patvirtintos Vaistų, vaistinių medžiagų ir vaistinės asortimento prekių kainų nustatymo ir taikymo tvarkos nuostatų, Sveikatos apsaugos ministerijos 1995-06-30 įsakymu Nr.343 patvirtinti prekybiniai antkainiai kompensuojamiems vaistams iki 2002 metų nebuvo peržiūrėti.

2002 metais Sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa pradėjo vykdyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-12-22 nutarimu Nr.1595 patvirtintas Priemones, leisiančias subalansuoti PSDF biudžeto išlaidas kompensuojamiems vaistams.

Naujoje Ligų ir kompensuojamų vaistų joms gydyti, kompensuojamų vaistų ir kompensuojamų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarkoje nustatyta daugiapakopė sprendimų priėmimo tvarka, įteisinus asmeninę komisijos ir pakomisijų narių atsakomybę už priimtus sprendimus, turėtų užtikrinti priimamų sprendimų objektyvumą. Viešos informacijos apie priimtą sprendimą ir tokio sprendimo priežastis paskelbimo tvarka turėtų šį procesą padaryti skaidresniu. Minėtoje kompensuojamų vaistų sąrašų keitimo tvarkoje numatyta teisė Komisijai įvardintais atvejais siūlyti išbraukti iš sąrašų kompensuojamą vaistą leis operatyviau koreguoti sąrašą.

Sveikatos apsaugos ministro 2002-02-14 įsakymu Nr.85 patvirtinta Sutarčių dėl lėšų kompensuojamiems vaistams apimčių, nustatomų ASPĮ, sudarymo ir vykdymo tvarka. Minėtu įsakymu įteisinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir teritorinių ligonių kasų prie sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pasirašomi susitarimai dėl ambulatoriniam gydymui išrašomų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimui skirtų lėšų racionalaus panaudojimo. ASPĮ 2002 metams skirti limitai išrašomiems kompensuojamiems vaistams, lyginant su 2001 metų faktinėmis išlaidomis vaistų kompensavimui, yra mažesni: II ketvirtyje - 33,7 proc., III ketvirtyje – 37,4 proc., IV ketvirtyje – 46,5 proc. Bendra ASPĮ 2002 metams skirta 290859tūkst.Lt suma išrašomiems kompensuojamiems vaistams, lyginant su 2001 metais faktiškai išrašytų vaistų kompensavimo 398890 tūkst.Lt suma, yra mažesnė 27,1 proc.

Patvirtintos 10 ligų, kurių gydymo kompensuojamais vaistais išlaidos yra didžiausios, diagnostikos ir gydymo metodikos. 2002 metų kovo – gegužės mėn. prarastos derybos dėl vaistų

kainų sumažinimo. Sveikatos draudimo įstatymo 9,15,32 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymu (2002-07-03 Nr. IX-1022) 9str. 4 dalis papildyta įvedant 90 proc. vaistų kompensavimo lygmenį.

Išvardintos priemonės turi padėti derinti PSDF biudžeto išlaidas kompensuojamiems vaistams su finansiniais ištekliais. Tačiau:

1. Pagal Ligų ir kompensuojamų vaistų joms gydyti, kompensuojamų vaistų ir kompensuojamų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarkos 53 punktą vaistų, kurie šios tvarkos įsigaliojimo dieną jau yra įrašyti į kompensuojamųjų vaistų sąrašą, 3 metų kompensavimo terminas skaičiuojamas nuo šios tvarkos įsigaliojimo dienos (2002-04-13). Kompensuojamųjų vaistų sąrašai 2002 metais nebuvo koreguoti.

2. SAM 2002-04-05 įsakymu Nr.159 patvirtinta Ligų ir kompensuojamų vaistų joms gydyti, kompensuojamų vaistų ir kompensuojamų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarka įsigaliojo 2002-04-13, bet dar netaikoma, nes nepatvirtinta vaisto farmakoeconominių analizės metodika.

3. Koreguojant Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą, kuris buvo patvirtintas Sveikatos apsaugos ministro 2002-02-14 įsakymu Nr.84, sumažintas ligų, kurių gydymas kompensuojamas 100 proc. skaičius. Didėja pacientų apmokamos kompensuojamų vaistų kainos dalis. Yra rizika, kad pacientų finansinės galimybės ribos kompensuojamų vaistų įsigijimą.

4. Vaistų receptų rašymo ir išdavimo (pardavimo) gyventojams taisyklėse nenumatyta gydytojo ir farmacijos specialisto atsakomybė už taisyklių pažeidimą.

5. Sveikatos apsaugos ministro 2002-02-14 įsakymu Nr.85 patvirtinta Sutarčių dėl lėšų kompensuojamiems vaistams apimčių, nustatomų ASPĮ, sudarymo ir vykdymo tvarka, įteisinusi limitų išrašomiems kompensuojamiems vaistams nustatymą, buvo viena iš priemonių padėsianti derinti PSDF biudžeto išlaidas kompensuojamiems vaistams su finansiniais ištekliais. Sutarčių dėl lėšų kompensuojamiems vaistams apimčių, nustatomų ASPĮ, sudarymo ir vykdymo tvarkos IV dalies 12 punkte numatyta konkreti tvarka, pagal kurią už išlaidų ASPĮ išrašomiems kompensuojamiems vaistams viršijimą įstaigos įpareigotos mažinti lėšas už pagal sutartis su TLK suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pablogins ne pelno siekiančių ASPĮ finansinę padėtį. Limitų ASPĮ išrašomiems kompensuojamiems vaistams įvedimas, numatant nuoskaitas už jų viršijimą, padidina riziką, kad pablogės medikamentinio ambulatorinio gydymo kokybė. Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2002-10-15 sprendimu panaikinti minėtos tvarkos 7, 8, 9, 12, 12-1, 12-2 punktai.

Stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo bei jų teikiamų paslaugų kiekio optimizavimas

Audito metu atlikus stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir jo teikiamų paslaugų kiekio optimizavimo proceso 1998 – 2001 metų laikotarpiu analizę, nustatyta, kad proceso valdymas ir koordinavimas šalies mastu buvo neefektyvus. Sveikatos apsaugos ministerijos pradėti optimizavimo proceso strateginiai planavimo darbai, pasikeitus Lietuvos Respublikos Vyriausybei ar sveikatos apsaugos ministrams, nebuvo baigiami.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos bei jų steigėjai nuo 2000 metų iki 2002 metų vidurio rengė (o dalis įgyvendino) restruktūrizavimo planus, tačiau Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa nenustatė Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimų, nors tai nuo 1998 metų yra numatyta Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme. Sveikatos apsaugos ministerija nenustatė kokių profilių antrinę asmens sveikatos priežiūrą įgyvendina savivaldybių vykdomosios institucijos ir kokių profilių privalo organizuoti apskričių viršinių administracijos, nors tai nuo 1998 metų yra numatyta Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme.

Optimaliai išdėstyti antrinio lygio paslaugas bei jas teikiančių ligoninių tinklą apskrityse buvo sudėtinga ir dėl skirtingo antrinio lygio ligoninių pavaldumo. Apskričių viršinių administracijos negalėjo efektyviai koordinuoti ir pertvarkyti joms nepavaldžių ligoninių tinklo ar jų teikiamų paslaugų profilių, nes SAM nepatvirtino siektino optimalaus asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo kriterijų ir jų teikiamų paslaugų kiekio. Savivaldybėms pavaldžių antrinio lygio ligoninių steigėjo funkcijos nebuvo palaipsniui perduodamos apskričių viršinių administracijoms, nors šios nuostatos įgyvendinimas buvo numatytas Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programų įgyvendinimo priemonėse ir Sveikatos apsaugos ministerijos 2001 metų strateginiame plane.

Siekiant optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą bei įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 – 2004 metų veiklos programą, Sveikatos apsaugos ministerija 2001 metų IV ketvirtyje buvo įpareigota parengti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo priemonių planą. Tai buvo numatyta ir Sveikatos apsaugos ministerijos 2001 metų strateginiame plane. Apskričių parengti ir ministerijai 2001 metais pateikti apskričių asmens sveikatos priežiūros restruktūrizavimo projektai nebuvo apibendrinti, o sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo priemonių planas neparengtas.

2002 metų pradžioje įsigaliojo antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrieji ir specialieji reikalavimai. Sveikatos apsaugos ministras K. R. Dobrovolskis 2002-06-12 įsakymu sudarė Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisiją, kuriai pavedė parengti asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo principus, kriterijus ir prioritetus bei

pateikti juos tvirtinti sveikatos apsaugos ministrui, vertinti apskričių ir savivaldybių parengtus asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektus bei iki 2003-05-01 parengti Nacionalinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektą ir pateikti jį tvirtinti sveikatos apsaugos ministrui. Sveikatos apsaugos ministro įsakymais 2002-07-01 patvirtinta Greitosios medicinos pagalbos koncepcija ir jos įgyvendinimo priemonės, 2002-07-30 patvirtinti Asmens sveikatos priežiūros įstaigų plėtros principinės nuostatos ir kriterijai.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms 2000-2001 metais iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto buvo skirta apie 10 mln. Lt paslaugų restruktūrizavimo programoms finansuoti. Daugiau nei pusė šių lėšų skirta stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Sveikatos priežiūros įstaigos, siekdamos gauti lėšas, turėjo parengti restruktūrizacijos projektus, kurie buvo vertinami pagal patvirtintus kriterijus, neapibrėžtus konkrečiu dydžiu. Apie 10 proc. programos lėšų 2000-2001 metais gavo dvi 1999 – 2000 metų pabaigoje buvusios nemokios ir nuostolingos ligoninės, kurios 2001 metais jau dirbo pelningai, tačiau jų mokumo rodikliai 2001 metais nepagerėjo. Paslaugų restruktūrizavimo programos lėšas gavusios ligoninės per 2000 – 2001 metus atsiskė iš viso apie 330 lovų, tačiau daugiau kaip pusės programos lėšas gavusių ligoninių lovų užimtumas nepadidėjo.

Ligoninių restruktūrizacijos planai buvo parengti anksčiau nei Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino Asmens sveikatos priežiūros įstaigų plėtros principines nuostatas ir kriterijus bei Greitosios medicinos pagalbos koncepciją ir jos įgyvendinimo priemones. Dauguma savivaldybėms pavaldžių antrinio lygio ligoninių, 2002 metais parengusių restruktūrizacijos planus, prieš teikdamos juos Valstybinei ligonių kasai, nederino jų su apskričių gydytojais. Apskričių ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos planai 2001 metais buvo rengiami pagal kiekvieno jų rengusio subjekto individualų požiūrį. Sveikatos apsaugos ministerija nekoordinavo parengtų planų įgyvendinimo šalies mastu. Egzistuoja dideli skirtumai tarp apskričių turimų sveikatos priežiūros išteklių.

Sveikatos apsaugos ministerija 1998 – 2001 metais rengtuose asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo nuostatų ir kriterijų projektuose planavo ir 2002 metais patvirtino, kad ligoninių lovų užimtumas turi būti 320 dienų per metus. Nors lovų skaičius ligoninėse nuo 1998 metų mažėjo, tačiau lovų užimtumas taip pat kasmet mažėjo (2001 metais buvo tik 278 dienų per metus). Didžiausią poveikį ligoninių lovų ir personalo skaičiaus sumažėjimui 2000 - 2001 metais turėjo teritorinių ligonių kasų sutartyse numatyti apribojimai ligoninių teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui.

Faktinis lovų skaičius bendrojo pobūdžio ligoninėse 1998 – 1999 metais buvo 13 proc. didesnis, o 2001 metais jau 16 proc. didesnis nei audito metu apskaičiuotas atitinkamų metų optimalus lovų skaičius (t.y. jei lovų užimtumas būtų 320 dienų per metus).

Sveikatos apsaugos ministerija nuo 1998 metų planavo didinti teikiamų ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir mažinti hospitalizacijos apimtį, tačiau 1998 – 2000 metais mažėjant stacionaruose gydytų pacientų skaičiui ambulatorinės pagalbos apimtys (apsilankymai pas gydytojus) taip pat mažėjo. Pacientų, apsilankusių bendrojo pobūdžio ligoninių konsultacinėse poliklinikose, skaičius 1998 – 2001 metais mažėjo beveik dvigubai sparčiau nei hospitalizuotų pacientų skaičius. Mažėjančias hospitalizacijos ir ambulatorinės pagalbos apimtį sąlygojo teritorinių ligoninių kasų sutartyse numatyti apribojimai asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui. Numatyti apribojimai sumažino sveikatos priežiūros prieinamumą bendrojo pobūdžio ligoninėse, nes didėjant būtinosios sveikatos priežiūros pagalbos apimtims, ligoninės apribojo planinės sveikatos priežiūros pagalbos teikimą.

Sveikatos apsaugos ministerija nuo 1998 metų rengtuose projektuose planavo mažinti vidutinę gulėjimo ligoninėse trukmę, o 2002 metais patvirtino, kad vidutinė gulėjimo trukmė turi būti 8 dienos. Vidutinė gulėjimo trukmė trumpėjo tik bendrojo pobūdžio ligoninėse, o specializuotose, slaugos ir reabilitacijos ligoninėse – ilgėjo. Vidutinė gulėjimo trukmė skirtingų tipų ligoninėse žymiai skiriasi, todėl pavirtintą vidutinės gulėjimo trukmės rodiklį būtina diferencijuoti pagal sveikatos priežiūros paslaugų profilius.

Sveikatos apsaugos ministerija 2002 metais patvirtino, kad chirurginis aktyvumas turi būti ne mažesnis nei 80 proc. Tik 15 proc. bendrojo pobūdžio ligoninių chirurginis aktyvumas 2001 metais viršijo 80 proc., todėl yra rizika, kad chirurginio aktyvumo rodiklis 2002 – 2003 metais nebus pasiektas.

Sveikatos apsaugos ministerija iki 2001 metų rengtuose restruktūrizavimo nuostatų ir kriterijų projektuose numatydavo, kad lovų skaičius ligoninėje turi būti ne mažesnis nei 150 – 200 lovų, o savivaldybių ligonines planavo išlaikyti ne mažesnėje nei 35 – 40 tūkst. gyventojų teritorijoje, tačiau šių nuostatų nepatvirtino. Iš 73 bendrojo pobūdžio ligoninių 2001 metais veikė 20 (arba 27 proc.) ligoninių, kurių aptarnaujamoje teritorijoje gyveno mažiau kaip 35 tūkst. gyventojų. Pusė iš jų turėjo rimtų mokumo problemų arba buvo nuostolingos. Penktadalyje (15 iš 73) bendrojo pobūdžio ligoninių 2001 metais buvo mažiau nei 150 lovų. Vienuolikos ligoninių, turėjusių mažiau nei 150 lovų, aptarnaujamoje teritorijoje gyveno mažiau nei 35 tūkst. gyventojų, o devynios ligoninės, turėjusios mažiau nei 150 lovų, 2001 metais buvo nemokios arba nuostolingos.

APIBENDRINTOS AUDITO IŠVADOS IR SIŪLYMAI

Lietuvos sveikatos programoje 1998 metais buvo įvardintos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemos problemos:

1. Išteklių, skirtų sveikatos priežiūrai, stygius;
 2. Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo orientacija į ligoninių ir specializuotą grandį.
- Vykstanti sveikatos apsaugos reforma iki 2002 metų šių problemų neišsprendė.

Dėl sveikatinimo veiklos valdymo

Išvados

1. Lietuvos sveikatos programoje numatytų sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimui nėra aiškiai reglamentuotos, Lietuvos Respublikos Seimo ar Vyriausybės patvirtintos strategijos, etapų ir kriterijų. Vyriausybės programų įgyvendinimo priemonių nukėlimas turi neigiamą įtaką sveikatos priežiūros reformos eigai.

2. Nacionalinė sveikatos taryba turi vertinti Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimą. Iki 2002 m. rugpjūčio mėn. nėra patvirtinta programos įgyvendinimo monitoringo tvarka.

3. Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės bei Sveikatos apsaugos ministerija 2001 metais nerinko duomenų apie sveikatinimo politikos įgyvendinimą apskrityse. Galiojanti sveikatos politikos įgyvendinimo ataskaitų apskrityse ir savivaldybėse pateikimo tvarka neužtikrina savalaikės ir kokybiškos informacijos pateikimo sveikatos apsaugos ministrui. Sveikatos apsaugos ministerija sveikatinimo veiklą planavo išsamiai neišnagrinėjusi sveikatos politikos įgyvendinimo respublikoje, nes 2001 metais neturėjo ataskaitų apie sveikatos politikos įgyvendinimą apskrityse ir savivaldybėse.

4. Kai kurie savivaldybių gydytojai dirba visuomeniniais pagrindais, prie Vilniaus, Klaipėdos apskričių gydytojo tarnybų nebuvo sudarytos visuomeninės konsultacinės tarybos, kurių paskirtis – racionalizuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą apskrityse.

5. Dalį Sveikatos apsaugos ministerijos funkcijų - teisės aktų projektų rengimą, sveikatos programų mokslinės – taikomosios dalies vadybą, Nacionalinės sveikatos sąskaitos rengimą - vykdo Sveikatos teisės ir ekonomikos centras, kuriam už šią veiklą ministerija 2001 metais sumokėjo 668,9 tūkst.Lt. Sveikatos apsaugos ministerija apmokėdavo Sveikatos teisės ir ekonomikos centrui už teisės aktų projektų parengimą. Iš 2001 metais parengtų 312 teisės aktų projektų iki 2002 metų spalio mėnesio buvo patvirtinti 202 teisės aktai. Mokslinių praktinių programų įgyvendinimo efektyvumas 2001 metais nebuvo vertinamas, nors tai buvo numatyta sutartyje tarp ministerijos ir Sveikatos teisės ir ekonomikos centro. Nenustatyti kriterijai sveikatos programų mokslinei – taikomajai daliai.

Siūlymai

Nacionalinei sveikatos tarybai ir Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Inicijuoti dokumento, nustatančio sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategiją, etapus ir kriterijus, parengimą ir patvirtinimą.
2. Patvirtinti Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių vertinimo (monitoringo) tvarką, numatant atsiskaitomybę už sveikatos reformos uždavinių ir priemonių įgyvendinimą nacionaliniu, apskričių ir savivaldybių lygiu.
3. Peržiūrėti Lietuvos sveikatos programoje numatytų uždavinių įgyvendinimo galimybes ir jei reikalinga, inicijuoti Lietuvos sveikatos programos pakeitimus.

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Inicijuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1995-12-11 nutarimu Nr.1552 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000-10-17 nutarimo Nr.1552 redakcija) patvirtintų Apskritis gydytojo pavyzdinių nuostatų 13 p. ir Savivaldybės gydytojo pavyzdinių nuostatų 11 p. pakeitimą, kad savivaldybės gydytojas apskrities gydytojui ataskaitą privalėtų teikti anksčiau, nei apskrities gydytojas – Sveikatos apsaugos ministerijai.
2. Nustatyti Sveikatos politikos įgyvendinimo apskrityse veiklos ataskaitų struktūrą, siekiant kad jose būtų duomenys būtini sveikatinimo veiklos planavimui, informacija apie Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimą. Užtikrinti, kad metinės sveikatos politikos įgyvendinimo apskrityje ataskaitos sveikatos apsaugos ministrui būtų pateikiamos laiku.
3. Atlikus lėšų poreikio skaičiavimus, spręsti klausimą dėl viešosios įstaigos “Sveikatos teisės ir ekonomikos centras” funkcijų atlikimo tikslingumo Sveikatos apsaugos ministerijoje.
4. Sveikatos apsaugos ministerijos vidaus audito tarnybai 2003 metų metiniuose vidaus audito planuose numatyti Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžių įstaigų, veiklos efektyvumo ir rezultatyvumo auditus.
5. Siekti bendradarbiavimo tarp Sveikatos apsaugos ministerijos ir Lietuvos sveikatos projekte dalyvaujančių konsultantų.

Dėl valstybės investicijų sveikatos apsaugos srityje planavimo

Išvados

1. Valstybės investicijų programos lėšos sveikatos apsaugai buvo skirstomos nesant nacionalinio stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo plano.
2. Daugiausia valstybės investicijų skiriama universitetinių ligoninių medicininei įrangai ir technologijoms atnaujinti. Už pirminės sveikatos priežiūros valdymą tiesiogiai atsakingos savivaldybės, tačiau šių įstaigų kapitaliniam remontui, rekonstrukcijai, medicinos įrangai ir aparatūrai įsigyti lėšas skiria Sveikatos apsaugos ministerija. Ne visada atsižvelgiama į konkrečius

įstaigų poreikius, ne visos savivaldybės pateikė ministerijai pirminės sveikatos priežiūros plėtros planus.

3. Ligoninių, kurioms buvo skirtos lėšos pagal Sveikatos priežiūros pastatų renovacijos ir energijos taupymo programą, metinės šildymo sąnaudos mažėjo.

5. Audito metu nustatytos šios valstybės investicijų sveikatos apsaugos srityje planavimo problemos:

a) nors sveikatos priežiūros įstaigų valdymas decentralizuotas, valstybės investicijų planavimas vykdomas Sveikatos apsaugos ministerijos lygyje;

b) nėra patvirtinti strateginiai valstybės investicijų planavimo sveikatos apsaugos srityje prioritetai;

c) nėra duomenų bazės, kurioje būtų kaupiama informacija apie respublikos stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų medicininę įrangą, atliekama jos panaudojimo analizė.

Siūlymai

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Patvirtinti nacionalinį sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planą bei ilgalaikę valstybės investicijų planavimo sveikatos apsaugos sistemoje strategiją.

2. Numatyti brangiai kainuojančios aparatūros poreikį regionuose atsižvelgiant į sveikatingumo rodiklius ir stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lovų skaičių. Kaupti ir nagrinėti informaciją apie medicininės įrangos išdėstymą respublikos regionuose.

3. Spręsti klausimą dėl turto, kurį asmens sveikatos priežiūros įstaigos valdo panaudos teise, perdavimo įstaigoms valdyti patikėjimo teise tikslingumo bei inicijuoti esamų teisės aktų pakeitimus.

4. Ieškoti galimybių, kad valstybės ir savivaldybių biudžetų asignavimų valdytojais daugiau lėšų skirtų pastatų ir įrangos išlaikymui, renovacijai ir atnaujinimui.

Dėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistemos

Išvados

1. Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino ne visus nacionalinius įstaigos veiklos organizavimo ir profesinius standartus. Apskritis viršininčių administracijos neadaptavo ir nepatvirtino savo regiono įstaigoms organizacinių standartų, įstaigos jų nepritaikė savo veiklai.

2. Dalis stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų neparengė ir nepatvirtino būtinų paslaugų kokybės sistemos dokumentų.

3. Sveikatos apsaugos ministerija nevykdė Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1994 m. balandžio 19 d. nutarimo Nr. 291 "Dėl priemonių sveikatos priežiūrai gerinti Lietuvos

Respublikoje”, t.y. nepatvirtino Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos ir neorganizavo jos vykdymo, todėl 1998 – 1999 metais Sveikatos apsaugos ministerija neefektyviai panaudojo Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos rengimui skirtas lėšas - 208,6 tūkst.Lt.

4. Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, tinkamumo (kokybės) bei efektyvumo vertinimui nėra nustatyti paslaugų kokybės vertinimo kriterijai ir metodika.

Siūlymai

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Patvirtinti nacionalinę sveikatos priežiūros kokybės politiką ir strategiją, numatyti vieningų ir visoje Lietuvoje taikomų tipinių įstaigų veiklos organizavimo ir profesinių standartų patvirtinimo tvarką.

2. Daugiau dėmesio skirti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistemai stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

3. Siekiant sumažinti valdymo išlaidas ir užtikrinti efektyvią sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, tinkamumo (kokybės) bei efektyvumo kontrolę ir ekspertizę, spręsti klausimą dėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir efektyvumo kontrolės ir ekspertizės funkcijų priskyrimo vienai institucijai – Valstybinei ligonių kasai arba Valstybinio medicininio audito inspekcijai.

4. Patvirtinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir efektyvumo vertinimo metodiką.

Dėl sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo

Išvados

1. Valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai 1997-2001 metais neatitiko Sveikatos sistemos įstatyme numatyto bazinio nacionalinės sveikatos sistemos finansavimo dydžio. Sveikatos priežiūrai skirtas valstybės 2027,8 mln. Lt finansavimas 2001 metais sudarė 4,23 proc. BVP.

2. Privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimo tvarka negarantuoja planuojamų PSDF biudžeto pajamų gavimo. PSDF biudžeto pajamų planas 1999 metais įvykdytas 89,5 proc., 2000 metais – 97,3 proc., 2001 metais – 96,6 proc. (neįskaičius SODROS gražintos skolos). PSDF biudžeto pajamos priklauso nuo privalomojo sveikatos draudimo įmokų, fizinių asmenų pajamų mokesčio surinkimo, valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, dydžio.

3. Patvirtinta valstybės įmoka į Privalomojo sveikatos draudimo fondą už valstybės lėšomis draudžiamą asmenį 1998-2002 metais sumažėjo nuo 242,5 Lt iki 187,2 Lt. ir neatitiko vidutiniškai vienam šalies gyventojui tenkančių PSDF biudžeto išlaidų sveikatos priežiūrai, kurios 2001 metais sudarė 530,1 Lt. Iki 2002 metų nebuvo patvirtinta valstybės įmoka į Privalomojo sveikatos draudimo fondą už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis dydžio nustatymo metodika. 2002 m.

liepos 3 d. priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9,15,32 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymas (Nr.IX-1022) nustatė minėtos įmokos minimalų dydį (nemažesnis kaip 35 procentai vidutinių mėnesinių draudžiamųjų pajamų), tačiau Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymo projekte (Nr.IXP-597A) 2002-08-22 pateiktame Seimui šios nuostatos nebėra.

4. Dėl PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymo ir planuojamų PSDF biudžeto išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti viršijimo didėja PSDF kreditorinis įsiskolinimas už sveikatos priežiūros paslaugas. PSDF kreditorinis įsiskolinimas už paslaugas 2001-12-31 sudarė 362859 tūkst.Lt arba 20,2 proc. 2002 metais planuojamų 1794695 tūkst. Lt PSDF biudžeto išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti.

5. Pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996-11-29 nutarimu Nr.1426 patvirtintas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės, planuojant PSDF biudžetą, lėšos praėjusių metų kreditoriniams įsiskolinimams už atliktas sveikatos priežiūros paslaugas nėra numatomos.

6. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis nustatytos sveikatos priežiūros paslaugų apimtys yra mažesnės negu realus paslaugų poreikis. Asmens sveikatos įstaigų faktiškai suteiktos paslaugos viršija sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis numatytus limitus asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Viršplaninės asmens sveikatos priežiūros paslaugos 2000 metais sudarė 50634 tūkst.Lt arba 3,7 proc.planuotų paslaugų, 2001 metais – 60514 tūkst.Lt arba 4,4 proc. planuotų paslaugų.

7. Nėra patvirtinta planuojamų išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti apskaičiavimo metodika.

8. Planuojant PSDF biudžetą, išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti numatomos, neatsižvelgiant į faktines praėjusių metų išlaidas bei jų didėjimo tendencijas, ir neatitinka realaus poreikio. PSDF biudžeto išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti kreditorinis įsiskolinimas 2002-01-01 sudarė 184,9 mln.Lt arba 56,6 proc. 2002 metams planuojamų išlaidų minėtoms kompensacijoms.

9. Išlaidos kompensuojamiems vaistams didėja dėl objektyvių ir subjektyvių priežasčių, tačiau 2000-2001 metais nebuvo siekiama galimais administraciniais svertais ekonomiškai naudoti PSDF biudžeto lėšas:

a) nebuvo sukurta priemonių sistema, leidžianti derinti išrašomų vaistų kompensavimo išlaidas su skirtais ištekliais;

b) ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų, kompensuojamų iš PSDF biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarka riboja farmacijos įmonių teisę mažinti kompensuojamųjų vaistų mažmenines kainas ir buvo ekonomiškai nenaudinga PSDF biudžetui bei apdraustiesiems;

c) Sveikatos apsaugos ministerijos 1995-06-30 įsakymu Nr.343 patvirtinti prekybiniai antkainiai kompensuojamiems vaistams iki 2002 metų nebuvo peržiūrėti.

10. Iki 2002 metų galiojusi Kompensuojamų vaistų sąrašų sudarymo tvarka neužtikrino viešumo ir nenumatė Kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos narių ir PSD tarybos narių asmeninės atsakomybės už priimtus sprendimus.

11. Stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose netaikoma paciento savo iniciatyva pasirinkto gydymo brangesniais medikamentais išlaidų apmokėjimo tvarka, įteisinta Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. 6 dalyje.

12. Dalis Sveikatos apsaugos ministro 1998-06-18 įsakymu Nr.329 patvirtintų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų 1998-2001 metais nebuvo peržiūrėtos ir neatitinka asmens sveikatos priežiūros įstaigų faktinių gydymo išlaidų.

13. Mažėjant PSDF biudžeto pajamoms, administracinėmis priemonėmis siekiama suderinti perkamų sveikatos priežiūros paslaugų kiekį su PSDF biudžeto finansinėmis galimybėmis:

a) priklausomai nuo patvirtinto PSDF biudžeto, mažinama sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos balo vertė;

b) neapmokamos sveikatos priežiūros įstaigų 2000-2001 metais suteiktos viršplaninės asmens sveikatos priežiūros paslaugos;

c) asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis nustatomos sveikatos priežiūros paslaugų apimtys;

d) Sveikatos apsaugos ministro 2002-02-14 įsakymu Nr.85 patvirtinta Sutarčių dėl lėšų kompensuojamiems vaistams apimčių, nustatomų ASPĮ, sudarymo ir vykdymo tvarka, įteisino limitų išrašomiems kompensuojamiems vaistams nustatymą (Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2002-10-15 sprendimu panaikinti minėtos tvarkos 7, 8, 9, 12, 12-1, 12-2 punktai).

e) Sveikatos apsaugos ministro 2001-12-29 įsakymu Nr.696 patvirtinta Stacionariųjų paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo bei stacionariųjų paslaugų apmokėjimo tvarka įteisino diferencijuotą stacionariųjų paslaugų apmokėjimą, priklausomai nuo paslaugos teikimo stacionare tikslingumo ir teikiamos paslaugos sudėtingumo.

14. Sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos balo sumažinimas, neapmokėtos viršplaninės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apyvartinių lėšų trūkumas, ilgėjanti debitorinio įsiskolinimo trukmė neigiamai įtakoja asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansinę būklę.

15. Stebimos problemos asmens sveikatos priežiūros įstaigose:

a) apribojimai paslaugų teikimui sumažina asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, neužtikrina pacientui galimybės laiku gauti pilnavertę medicininę pagalbą;

b) mažėjant finansavimui blogėja medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų prieinamumas;

c) asmens sveikatos priežiūros įstaigoms neapmokant už 2000-2001 metais suteiktas viršplanines sveikatos priežiūros paslaugas, buvo ribojamas gydomų ligonių skaičius, ligoninės darbo nepilnu pajėgumu;

d) pacientai priversti savo lėšomis įsigyti vaistus ir medicinos pagalbos priemones;

e) suteikiamų paslaugų struktūroje 2000-2001 metais mažėjo planinės pagalbos dalis.

16. Sveikatos priežiūrai skiriamas valstybės finansavimas yra nepakankamas esamam sveikatos priežiūros paslaugų poreikiui patenkinti. Valstybinės ligonių kasos paskaičiavimais PSDF biudžeto išlaidoms 2002 metais lėšų poreikis – 2298537 tūkst.Lt. Lyginant VLK apskaičiuotą lėšų poreikį 2002 metų PSDF biudžeto išlaidoms su planuojamomis 1831585 tūkst. Lt PSDF biudžeto pajamomis, lėšų trūkumas – 466952 tūkst.Lt (25 proc. planuojamų pajamų).

Siūlymai

Lietuvos Respublikos Vyriausybei:

1. Užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų stabilų finansavimą, mažėjant PSDF biudžeto pajamoms, iš papildomų finansavimo šaltinių kompensuoti lėšų trūkumą pagal paslaugų poreikį apskaičiuotom PSDF išlaidom.

2. Planuojant PSDF biudžetą, iš papildomų finansavimo šaltinių numatyti lėšas susikaupusiems PSDF biudžeto įsiskolinimams už sveikatos priežiūros paslaugas padengti, sveikatos priežiūros įstaigų 2000-2001 metais suteiktoms viršplaninėms paslaugoms apmokėti.

3. Planuojant 2003 metų PSDF biudžetą užtikrinti valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis apskaičiavimą pagal Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9,15,32 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymu (2002-07-03 Nr.IX-1022) nustatytą įmokos minimalų dydį.

4. Patvirtinti valstybės biudžeto įmokos už valstybės draudžiamus asmenis apskaičiavimo tvarką, kuri užtikrintų minėtos įmokos dydį, atitinkantį vidutiniškai šalies gyventojui tenkančias PSDF biudžeto išlaidas už sveikatos priežiūros paslaugas.

5. Kadangi privalomojo sveikatos draudimo sistema neužtikrina esamo sveikatos priežiūros paslaugų poreikio finansavimo, skatinti papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo paslaugas.

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos turėtų būti periodiškai peržiūrimos, atlikus asmens sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų analizę. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina turi atitikti sveikatos priežiūros įstaigų suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų faktines išlaidas.

2. Siekti, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos vestų sąnaudų pagal ligos gydymo profilius apskaitą. Sveikatos priežiūros įstaigų vedama sąnaudų apskaita pagal gydymo profilius leistų tiksliau nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų kainas.

3. Apsvarstyti galimybes pereiti prie apmokėjimo už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal kiekvienam pacientui išrašytas sąskaitas. Tai leistų optimaliau naudoti PSDF biudžeto lėšas.

4. Parengti Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. numatyto paciento savo iniciatyva pasirinkto brangesnio gydymo stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apmokėjimo tvarką.

5. Svarstyti galimybę palaiapsniui atsisakyti kompensuojamųjų vaistų sąrašo ir pereiti prie ligos gydymo išlaidų kompensavimo.

6. Tobulinti lėšų kompensuojamiems vaistams apimčių apskaičiavimą ASPĮ. Planuojant PSDF išlaidas vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti turėtų būti atsižvelgta: a) į pacientų, kuriems išrašomi kompensuojami vaistai, skaičių; b) jiems diagnozuotas ligas; c) ligos gydymo kainą; d) į naujus ligų, įtrauktų į A sąrašą, diagnozavimo atvejus.

7. Kitos siūlomos priemonės:

a) asmens sveikatos priežiūros įstaigose stiprinti racionalios farmakoterapijos auditą.

b) papildyti Vaistų rašymo ir išdavimo (pardavimo) gyventojams taisykles, numatant gydytojo ir farmacijos specialisto atsakomybę už taisyklių pažeidimus. Numatyti gydytojo asmeninę atsakomybę už nepagrįstą ir neracionalų kompensuojamųjų vaistų išrašymą.

c) užtikrinant vaistinių apmokėjimui pateikiamų duomenų teisingumą, siekti, kad VLK patikrinimai vaistinėse būtų atliekami už kiekvienus finansinius metus.

d) 2002 metais patvirtinus ligų, kurios gydomos kompensuojamais vaistais, diagnostikos ir gydymo metodikas, peržiūrėti galiojantį kompensuojamųjų vaistų sąrašą.

8. Norint užtikrinti stabilias PSDF biudžeto pajamas ir įsipareigojimų vykdymą, pakeisti Seimui pateiktą Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymo projektą (2002-08-22 Nr.IXP-597A), numatant:

a) į PSDF biudžetą pervedamos įmokos vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis, minimalų dydį, nustatytą Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9,15,32 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymu (2002-07-03 Nr.IX-1022).

b) papildomą PSDF biudžeto finansavimą, negavus planuotų pajamų.

Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir jų teikiamų paslaugų kiekio optimizavimo proceso

Išvados

1. Ligoninių tinklo ir jų teikiamų paslaugų kiekio optimizavimo procesas 1998 – 2001 metais šalies mastu buvo valdomas ir koordinuojamas neefektyviai, nes Sveikatos apsaugos ministerija:

a) nuo 1998 metų vidurio rengė nuostatų ir kriterijų, apibūdinančių siekiamą optimalų ligoninių ir jų teikiamų paslaugų kiekį, projektus, tačiau iki 2002 metų vidurio sveikatos apsaugos ministro įsakymu nei vienas projektas nebuvo patvirtintas. Parengtiems projektams pritarė tik Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija, todėl nei sveikatos priežiūros įstaigos nei jų steigėjai neturėjo juridinio pagrindo jais vadovautis ar siekti užtikrinti jų įgyvendinimą. Tai sudarė prielaidas neefektyviam optimizavimo proceso koordinavimui apskrityse.

b) nuo 1998 metų pabaigos neužtikrino Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 str. vykdymo – kartu su Valstybine ligonių kasa nenustatė Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimų.

c) nuo 1998 metų pabaigos neužtikrino Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12 str. vykdymo – nenustatė kokio masto ir kokių profilių antrinę asmens sveikatos priežiūrą įgyvendina savivaldybių vykdomosios institucijos ir privalo organizuoti apskričių viršininkų administracijos.

d) neapibendrino 2001 metais apskričių viršininkų administracijų parengtų ir ministerijai pateiktų apskričių asmens sveikatos priežiūros restruktūrizavimo 2001-2003 metų projektų ir neparengė sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo priemonių plano.

e) Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatas ir kriterijus patvirtino keturiais mėnesiais vėliau nei buvo numatyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų veiklos programos įgyvendinimo priemonėse bei mėnesiu vėliau nei stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos parengė ir pateikė Valstybinei ligonių kasai restruktūrizacijos projektus.

2. Sveikatos apsaugos ministerijai nenustačius pagrindinių restruktūrizavimo nuostatų, kriterijų ir principų bei esant skirtingam antrinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų pavaldumui, apskričių viršininkų administracijoms buvo sudėtinga racionaliai suplanuoti optimalų antrinės sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir jas teikiančių įstaigų tinklą apskrityse. Apskričių ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos planai buvo parengti pagal kiekvieno jų rengusio subjekto individualų požiūrį, o parengtų planų įgyvendinimo šalies mastu Sveikatos apsaugos ministerija nekoordinavo. Egzistuoja dideli skirtumai tarp apskričių turimų sveikatos priežiūros išteklių.

3. Yra rizika, kad iki 2002 metų vidurio parengtų asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos projektų įgyvendinimas neužtikrins optimalaus sveikatos priežiūros paslaugų išdėstymo apskrityse, o parengtus planus gali tekti koreguoti, nes jie buvo parengti anksčiau nei Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatas ir kriterijus bei Greitosios medicinos pagalbos koncepciją ir jos įgyvendinimo priemones. Dauguma savivaldybėms pavaldžių stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų Valstybinei ligonių kasai pateiktų restruktūrizacijos projektų, nederino su apskričių gydytojais.

4. Patvirtinti Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatos ir kriterijai nekonkretūs, nes stacionarinės asmens sveikatos priežiūros kriterijai nustatyti bendri visiems sveikatos priežiūros profiliams. Neatsižvelgta į Scandinavian Care Consultant Services AB ekspertų, rengusių Nacionalinę ligoninių pertvarkymo strategiją, rekomendacijas dėl ligoninių tinklo išdėstymo.

5. Optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir jų teikiamų paslaugų kiekį Lietuvos sveikatos programoje buvo numatyta iki 2005 metų, tačiau dėl užsitęsusio planavimo proceso yra didelė rizika, kad stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklas ir jų teikiamų paslaugų kiekis bus optimizuotas vėliau nei buvo numatyta Lietuvos sveikatos programoje.

6. Sveikatos apsaugos ministerija nuo 1998 metų iki 2001 metų pabaigos rengė, tačiau nepatvirtino siektino optimalaus ligoninių tinklo kriterijų ir jų teikiamų paslaugų kiekio, todėl buvo sudėtinga efektyviai kontroliuoti ir vertinti optimizavimo proceso rezultatus šalies mastu.

7. Ligoninių tinklo ir jų teikiamų paslaugų kiekio optimizavimo proceso rezultatai nepatenkinami, nes dauguma Sveikatos apsaugos ministerijos 1998 – 2001 metais rengtuose projektuose numatyti restruktūrizavimo kriterijai ir nuostatos, kurių dalis buvo patvirtinti 2002 metais, nepasiekti. Dalis jų kito priešinga linkme, nei buvo numatoma rengiamuose projektuose:

a) Nuo 1998 metų rengiamuose restruktūrizavimo kriterijų ir nuostatų projektuose buvo numatoma ir 2002 metais patvirtinta, kad lovų užimtumo rodiklis - 320 dienų per metus. Nors lovų skaičius ligoninėse nuo 1998 metų mažėjo, tačiau lovų užimtumas taip pat kasmet mažėjo (2001 metais lovos buvo užimtos tik 278 dienų per metus).

b) Nuo 1998 metų rengtuose projektuose planuojama mažinti vidutinę gulėjimo trukmę ligoninėse, tačiau ji trumpėjo tik bendrojo pobūdžio ligoninėse. Vidutinė gulėjimo trukmė skirtingų tipų ligoninėse žymiai skiriasi, todėl 2002 metais pavirtintą 8 dienų vidutinės gulėjimo trukmės rodiklį būtina diferencijuoti pagal sveikatos priežiūros paslaugų profilius.

c) Sveikatos apsaugos reformos užduotyse buvo numatyta mažinti hospitalizacijos apimtis ir didinti ambulatorinių paslaugų apimtis, tačiau 1998 – 2000 metais ambulatorinės pagalbos apimtys (apsilankymai pas gydytojus) mažėjo sparčiau nei stacionaruose gydytų pacientų skaičius.

8. Bendrojo pobūdžio ir specializuotų ligoninių skaičius nuo 1998 metų beveik nepakito. Tik keletas ligoninių buvo sujungtos. Daugiausia lovų ir darbuotojų ligoninės sumažino 2000 - 2001 metais, tai paskatino teritorinių ligoninių kasų sutartyse numatyti apribojimai įstaigų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui.

9. Faktinis lovų skaičius bendrojo pobūdžio ligoninėse 1998 – 1999 metais buvo 13 proc. didesnis, o 2001 metais jau 16 proc. didesnis nei audito metu apskaičiuotas atitinkamų metų optimalus lovų skaičius (t.y. jei lovų užimtumas būtų 320 dienų per metus). Faktinis lovų skaičius 2001 metų pabaigoje beveik prilygo audito metu apskaičiuotam 1998 metų optimaliam lovų

skaičiaus poreikiui. Tačiau bendrojo pobūdžio ligoninėms kasmet mažinant lovų skaičių, trumpėjant vidutinei gulėjimo juse trukmei, mažėjant faktiniam apmokėjimui už suteiktas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir hospitalizuotų pacientų skaičiui, faktinis kiekvienų metų lovų skaičius vis labiau skiriasi nuo optimalaus jų skaičiaus.

Siūlymai

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Užtikrinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos ir sveikatos priežiūros įstaigų įstatymų vykdymą:

a) kartu su Valstybine ligonių kasa nustatyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimus. *(Tai inicijuoti buvo siūlyta Valstybinei ligonių kasai Valstybės kontrolės 2001-10-12 ataskaitoje Nr. 210-15 “Del Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo, finansinės atskaitomybės tikrinimo rezultatų ir Valstybinės ligonių kasos veiklos vertinimo”).*

b) nustatyti antrinės stacionarinės asmens sveikatos priežiūros mastą ir profilius pagal sveikatos priežiūros organizavimo lygius, kaip numatyta Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme.

2. Patikslinti 2002-07-30 patvirtintas Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatas ir kriterijus - nustatyti skirtingų sveikatos priežiūros paslaugų profilių ir hospitalizacijos apimčių juose poreikį 100 gyventojų bei vidutinę gulėjimo trukmę. Apibrėžti ligoninių išdėstymo kriterijus ir jų pasiekimo etapus, atsižvelgiant į ligoninių aptarnaujamos teritorijos dydį ir tankumą, planuojamą greitosios medicinos pagalbos stočių ir jų padalinių išdėstymą ir į Greitosios medicinos pagalbos koncepcijos įgyvendinimo priemonių planą.

3. Nustatyti Paslaugų restruktūrizavimo komisijos rengiamų restruktūrizavimo principų, kriterijų ir prioritetų parengimo ir patvirtinimo datą.

4. Rengiamam Nacionaliniam asmens sveikatos priežiūros restruktūrizavimo projekto įgyvendinimui numatyti reikalingas lėšas ir jų šaltinius. Finansavimą skirti tik patvirtinus detalų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir jų teikiamų paslaugų optimizavimo planą ir jo įgyvendinimo priemones. Skiriamų lėšų kitimą numatyti per kelis metus, kad įstaigos turėtų galimybę persitvarkyti bei racionaliau panaudoti skiriamas lėšas.

5. Numatyti atsakomybę už Nacionalinio asmens sveikatos priežiūros restruktūrizavimo projekto priemonių įgyvendinimą ir kontrolę.

1. SVEIKATINIMO VEIKLOS VALDYMAS IR KOORDINAVIMAS

1.1. SVEIKATOS APSAUGOS REFORMOS TIKSLAI, UŽDAVINIAI IR PRIEMONĖS

Lietuvos Aukščiausioji Taryba 1991 metais patvirtino Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją, kurioje nustatė pagrindines sveikatos sistemos plėtojimo kryptis.

Nacionalinės sveikatos koncepcijos tikslams įgyvendinti 1998 metais Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino Lietuvos sveikatos programą – pagrindinį dokumentą sveikatos politikai formuoti, numatantį sveikatos priežiūros reformos kryptis, prioritетines sveikatos sistemos plėtojimo programas, jų artimuosius (iki 2005 metų) ir tolimuosius (iki 2010 metų) uždavinius.

Atskiros priemonės, būtinos sveikatos apsaugos reformai vykdyti buvo patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. vasario 9 d. nutarimu Nr. 149 “Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000-2004 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo” buvo numatyta parengti naują sutarčių sudarymo tarp teritorinių ligonių kasų ir privačių bei viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų tvarką, greitosios medicinos pagalbos koncepciją ir jos įgyvendinimo priemonių planą, Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programą; parengti ir įgyvendinti Nacionalinę sveikatos sąskaitos programą, patobulinti esamą vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo tvarką, vykdyti kitas priemones, būtinas sveikatos priežiūros reformai.

Pasikeitus Lietuvos Respublikos Vyriausybės sudėčiai, buvo patvirtinta nauja Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programa ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. spalio 4 d. nutarimu Nr.1196 Vyriausybės 2001-2004 metų programos įgyvendinimo priemonės.

Pastebėjimai.

1. Sveikatos priežiūros reformos uždaviniai, numatyti Lietuvos sveikatos programoje, nėra išreikšti konkrečiais dydžiais, nėra teisės akto, kuris apjungtų visas sveikatos reformai įgyvendinti būtinas priemones, jų vertinimo kriterijus ir terminus.

2. Daugumos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000-2004 metų programos įgyvendinimo priemonių sveikatos apsaugos srityje terminai po Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 – 2004 metų programos patvirtinimo buvo nukelti nuo 3 mėnesių iki 2,5 metų (1 priedas).

3. Sveikatos apsaugos ministerija 2002 metais ne visas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programos įgyvendinimo priemones įvykdė nustatytu laiku.

Lietuvos sveikatos sistemos įstatymas numato, kad Nacionalinė sveikatos taryba teikia išvadas dėl valstybės siekiamo sveikatos lygio rodiklių, sveikatinimo veiklos tikslų, Lietuvos

sveikatos programos, pagal kompetenciją koordinuoja Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimą, rengia ir kasmet teikia Seimui pranešimą apie gyventojų sveikatos ir sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo būklę. Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinį vertinimą Nacionalinė sveikatos taryba turi atlikti 2005 metais, t.y. kai turi būti įgyvendinti programoje numatyti artimiausi uždaviniai.

Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. birželio 6 d. nutarimu Nr.IX-936 “Dėl Nacionalinės sveikatos tarybos 2001 metų ataskaitos” Nacionalinei sveikatos tarybai kartu su Sveikatos apsaugos ministerija iki 2002 m. gruodžio 1 d. buvo siūloma parengti Lietuvos sveikatos programos stebėsenos (monitoringo) metodiką, išnagrinėti Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo problemas bei teikti siūlymus Seimui ir Vyriausybei.

Pastebėjimai.

1.Lietuvos sveikatos programoje numatyta, kad sveikatos reformos žingsniai turi būti nuolat vertinami mokliškai pagrįstais metodais, taip pat kainų efektyvumo, paslaugų kokybės bei bendrosios medicinos praktikos vertinimo prasme.

2.Iki 2002 m. rugsėjo mėn. nepatvirtinta tvarka, kurioje būtų nustatyta, kaip bus atliekamas Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo vertinimas.

3. Jau dabar matyti, kad atskiri Lietuvos sveikatos programoje numatyti tikslai bus sunkiai įgyvendinami, kai kurių uždavinių tikslingumą būtina peržiūrėti.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. vasario 9 d. nutarimu Nr. 149 Sveikatos apsaugos ministerijai kartu su Vidaus reikalų ministerija buvo pavesta suformuoti apskričių ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų tinklo koncepciją, siejamą su naująja regioninio valdymo reforma, parengti Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo priemonių planą. Sveikatos apsaugos ministerija 2001 m. birželio 6 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komitetui pateikė projektą “Dėl sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros principinių nuostatų”.

Pastebėjimas.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė sprendimo dėl parengtų ir pateiktų sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros principinių nuostatų nepriėmė.

Lietuvos sveikatos sistemos pertvarkai didelę reikšmę turi Sveikatos apsaugos ministerijos 2000 metais pradėtas vykdyti Lietuvos sveikatos projektas, kuriam planuojama skirti 21 020,5 tūkst. JAV dolerių Pasaulio banko paskola, 2 397,4 tūkst.JAV dolerių Švedijos valstybės parama, 9 219,3 tūkst. JAV dolerių valstybės biudžeto asignavimų, 1 321,3 tūkst. JAV dolerių lėšų iš kitų

finansavimo šaltinių. Lietuvos sveikatos projektas bus įgyvendinamas 4 metus, iki 2004 m. iš viso numatyta skirti 33 958,5 tūkst. JAV dolerių. Lietuvos Sveikatos projektas labiausiai susijęs su vykdoma sveikatos reforma, jį sudaro trys komponentai: A. Parama Sveikatos apsaugos reformai, B. Sveikatos paslaugų restruktūrizavimas, C. Projekto valdymas.

Lietuvos sveikatos projekto strateginis tikslas - tobulinti Lietuvos sveikatos sistemos efektyvumą, nešališkumą ir prieinamumą, užduotys: tobulinti sveikatos sistemos išteklių valdymą regioniniu požiūriu, tobulinti atsiskaitymo tvarką tarp Valstybinės ligonių kasos ir sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, tuo būdu mažinant išlaidas sveikatos sistemoje, restruktūrizuoti ligoninių tinklą bei gerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą keturiose Lietuvos apskrityse (Vilniaus, Kauno, Utenos, Alytaus).

Lietuvos Sveikatos projekto vykdymo vertinimą 2002 m. birželio 3-14 d. atliko Pasaulio banko ekspertų grupė. Išnagrinėję auditų Sveikatos apsaugos ministerijoje, Vilniaus, Šiaulių, Klaipėdos apskrityse, atskirose sveikatos priežiūros įstaigose metu surinktus duomenis ir įrodymus, mes sutinkame su Pasaulio banko ekspertų grupės pateikta išvada dėl bendros sveikatos priežiūros reformos įgyvendinimo pažangos: sveikatos reformos įgyvendinimas reikalauja didelių pastangų, kadangi nesikeičia valstybės išlaidų sveikatos apsaugai dalis. Mažai pažengta į priekį vystant ir įgyvendinant svarbiausias sveikatos priežiūros reformos dalis, kurios yra reikalingos sprendžiant sveikatos paslaugų neefektyvumo, prastos kokybės ir išlaidų, kurias pacientai patiria išgydami sveikatos priežiūros paslaugas, problemas. Būtina visuomenei pateikti daugiau informacijos iš patikimų nepriklausomų šaltinių apie sveikatos sistemos funkcionavimą ir valstybės lėšų sveikatos apsaugai panaudojimą, kad visuomenė suprastų, kad šią sistemą reikia keisti.

Pastebėjimas.

Lietuvos Sveikatos projekte dirbančių konsultantų nuomone, dėl nepakankamo bendradarbiavimo tarp konsultantų ir ministerijos, Lietuvos sveikatos projekto lėšos nebuvo panaudotos taip efektyviai, kaip buvo galima. Pažanga atskirose reformos srityse buvo nepakankama, nebuvo vykdomi numatyti išipareigojimai atlikti strateginį vadovavimą, prižiūrėti ir skatinti sveikatos apsaugos reformas ir regioninius restruktūrizavimo planus, daugeliui sveikatos apsaugos reformos ir sveikatos apsaugos sektoriaus restruktūrizavimo darbų būtinas ryžtingesnis vadovavimas ir koordinavimas.

IŠVADOS:

1. Lietuvos sveikatos programoje nurodytų sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimui nėra aiškiai reglamentuotos, Lietuvos Respublikos Seimo ar Vyriausybės patvirtintos strategijos, etapų, kriterijų.

2. Vyriausybės programų įgyvendinimo priemonių nukėlimas turi neigiamą įtaką sveikatos priežiūros reformos eigai.

3. Lietuvos sveikatos programa, apibūdinanti sveikatos priežiūros reformos uždavinius, patvirtinta 1998 metais, Nacionalinė sveikatos taryba turi vertinti programos įgyvendinimą, tačiau iki 2002 m. rugpjūčio mėn. nėra patvirtinta programos įgyvendinimo monitoringo tvarka.

SIŪLYMAI

Nacionalinei sveikatos tarybai ir sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Inicijuoti dokumento, nustatančio sveikatos priežiūros reformos strategiją, kriterijus ir etapus, parengimą ir patvirtinimą.

2. Patvirtinti Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių vertinimo (monitoringo) tvarką, numatant atsiskaitomybę už sveikatos reformos uždavinių ir priemonių įgyvendinimą nacionaliniu, apskričių ir savivaldybių lygiu.

3. Peržiūrėti Lietuvos sveikatos programoje numatytų uždavinių įgyvendinimo galimybes ir jei reikalinga, inicijuoti Lietuvos sveikatos programos pakeitimus.

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Kad Pasaulio banko paskola būtų panaudojama efektyviai, siekti bendradarbiavimo tarp Sveikatos apsaugos ministerijos ir Lietuvos sveikatos projekte dalyvaujančių konsultantų.

1.2.SVEIKATOS PRIEŽIŪROS REFORMĄ VALDANČIŲ IR KOORDINUOJANČIŲ SUBJEKTŲ VEIKLA

1.2.1. Sveikatinimo veiklos valdymas ir koordinavimas

Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija numatė, kad Lietuvos sveikatos sistema valdoma trimis pagrindiniais svertais: administravimu, informacija ir finansais. Sveikatos sistemos valdymas realizuojamas per Lietuvos Respublikos Seimo sprendimus, kurių vykdymas visų pirma koordinuojamas Vyriausybėje, o vykdymo kontrolė pavedama Sveikatos apsaugos ministerijai. Visos medicinos įstaigos, funkcionuojančios nacionalinėje sveikatos sistemoje pavedamos sveikatos apsaugos ministerijos kontrolei ir savo veiklą plėtoja valstybinės ar municipalinės medicinos įstaigų principais.

Vadovaujantis Lietuvos sveikatos programa, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu bei Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintais Apskritis gydytojo pavyzdiniais nuostatais:

- pagrindiniai sveikatinimo veiklos koordinavimo, Nacionalinės sveikatos koncepcijos ir Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo subjektai yra Nacionalinė sveikatos taryba, Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Savivaldybės bendruomenės sveikatos taryba,
- Sveikatos apsaugos ministerija privalo organizuoti tarpžinybinės sveikatinimo veiklos koordinavimą per Lietuvos Respublikos Vyriausybės sudarytas komisijas.
- Apskritis gydytojas turi apibendrinti sveikatos santykių valstybinio reguliavimo taikymo praktiką apskrityje, teikti Valstybinei sveikatos reikalų komisijai pasiūlymus dėl šių priemonių rengimo ir tobulinimo.

Valstybinės sveikatos reikalų komisijos sudėtis patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2001-10-24 įsakymu Nr.565, komisijos pirmininkas – sveikatos apsaugos ministras.

Pastebėjimas

1. Lietuvos Respublikos Seimui pateiktoje Nacionalinės sveikatos tarybos 2001-2002 metų veiklos ataskaitoje nėra duomenų apie bendradarbiavimą sveikatos politikos koordinavimo srityje su Valstybine sveikatos reikalų komisija ir Valstybine psichikos sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

2. Valstybinio lygio sveikatinimo veiklos koordinavimo subjektų (Nacionalinės sveikatos tarybos, Valstybinės sveikatos reikalų komisijos ir Valstybinės psichikos sveikatos reikalų komisijos prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės) posėdžiai pagal nuostatus organizuojami 1 kartą per 3 mėn.

2. Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės nepareikalavo, o tikrintos Vilniaus, Šiaulių, Klaipėdos apskričių gydytojo tarnybos neteikė komisijai apibendrintos medžiagos apie sveikatos santykių valstybinio reguliavimo taikymo praktiką apskrityje ir pasiūlymų dėl valstybinio reguliavimo priemonių rengimo apskrityse.

3. Siekiant efektyviau koordinuoti sveikatos politiką, Lietuvos Respublikos Seimo 2001-06-12 nutarimo Nr. IX-377 4 straipsniu Vyriausybei pasiūlyta apsvarstyti Valstybinės sveikatos reikalų komisijos ir Valstybinės psichikos sveikatos komisijos tolesnės veiklos tikslingumą ir jų veiklos kryptių teisinio reglamentavimo patikslinimo galimybes, prireikus teikti Seimui įstatymų pataisas. Teisės aktai, kuriuose numatytos minėtų komisijų funkcijos, nuo 2001 m. liepos mėn. iki 2002 m. rugsėjo mėn. nebuvo tikslinami. Pakeista tik Valstybinės sveikatos reikalų komisijos prie Vyriausybės sudėtis.

Sveikatinimo veiklos koordinavimo subjektų pagrindiniai uždaviniai ir darbo organizavimo principai, sveikatos priežiūros veiklos valdymo ir koordinavimo schema pateikiami 2, 3 prieduose.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija turi vykdyti įstatymų ir kitų teisės aktų jai pavestas sveikatos apsaugos srities valstybės valdymo funkcijas ir įgyvendinti šioje srityje valstybės politiką, t.y.:

- analizuoti gyventojų sveikatinimo veiklos poreikius, sveikatos būklę ir jos prognozę, sveikatos priežiūros išteklius, sveikatos priežiūros priimtinumą, prieinamumą bei tinkamumą ir valstybės lygmeniu planuoti sveikatinimo veiklą;
- nustatyti pagrindines Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo kryptis ir prioritetus;
- formuoti ir vykdyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės politiką Lietuvos gyventojų sveikatinimo srityje.

Vadovaujantis Apskritis gydytojo pavyzdiniais nuostatais ir Savivaldybės gydytojo pavyzdiniais nuostatais 13 p. ir 10 p. apskrities gydytojas kasmet iki kovo 1 d. turi pateikti sveikatos apsaugos ministrui ataskaitą apie sveikatos politikos įgyvendinimą ir planus, patvirtintus apskrities viršininko, o savivaldybės gydytojas kasmet iki kovo 1 d. turi pateikti apskrities gydytojui sveikatos politikos įgyvendinimo savivaldybės teritorijoje ataskaitą ir planus, patvirtintus savivaldybės mero.

Pastebėjimai

1. Apskritis gydytojas neturi teisinių įgaliojimų įpareigoti savivaldybių gydytojus sveikatos politikos įgyvendinimo savivaldybėse ataskaitas pateikti anksčiau, nei kovo 1 d.

2. Sveikatos apsaugos ministerija nenustatė reikalavimų sveikatos politikos įgyvendinimo apskrityse 2001 metais ataskaitų formai ir turiniui. Audito metu nagrinėtos sveikatos politikos įgyvendinimo apskrityse ataskaitos yra formalaus pobūdžio.

3. *Ministerijos pateiktais duomenimis, apskričių gydytojo tarnybos Sveikatos apsaugos ministerijai sveikatos politikos įgyvendinimo 2001 metais ataskaitų nepateikė arba pateikė pavėluotai.*

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 66 straipsniu ir Sveikatos apsaugos ministerijos 1998-10-06 įsakymu Nr.571 patvirtintais Kokybės sistemos diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarka ir lokalaus medicininio audito nuostatais, apskrities gydytojas:

- prižiūri sveikatinimo veiklos teisės aktų, Lietuvos sveikatos programos ir valstybinių sveikatos programų įgyvendinimą ir remia savivaldybių sveikatos programų įgyvendinimą apskrityje;

- vykdo antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos priežiūrą; organizuoja pacientų teisių įgyvendinimo priežiūrą antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose, vykdo kitas įstatymo numatytas funkcijas;

- organizuoja pavaldžiose įstaigose medicininį auditą ir skundų tyrimus pagal minėtu įsakymu patvirtintų lokalaus audito nuostatus bei numato veiksmingas prevencines priemones, kad būtų išvengta neatitikčių (klaidų);

- savo funkcijoms įgyvendinti turi specialistų ir pagalbinį personalą, kurių etatų struktūrą ir skaičių nustato apskrities viršininkas, neviršydamas nustatyto darbo užmokesčio fondo.

- Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 66 str. ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1995-12-11 nutarimu Nr. 1552 patvirtinti Apskrities gydytojo pavyzdiniai nuostatai numato, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikimui apskrityje racionalizuoti prie apskrities gydytojo tarnybos sudaroma visuomeninė konsultacinė taryba. Visuomeninė konsultacinė taryba turi teikti apskrities viršininkui tvirtinti regionines sveikatos politikos kryptis, nagrinėti apskrities sveikatos programų projektus, vykdyti kitas nuostatuose numatytas funkcijas.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000-10-17 nutarimu Nr.1552 patvirtintų Savivaldybės gydytojo pavyzdiniai nuostatai numato, kad savivaldybės gydytojo uždaviniai yra:

- Įgyvendinti savivaldybėje sveikatos politiką;
- Derinti savivaldybės įmonių, įstaigų ir organizacijų veiklą įgyvendinant sveikatos problemas;

- Organizuoti įmonių, įstaigų ir organizacijų, esančių savivaldybės teritorijoje, sanitarinę priežiūrą.

Apibendrinus sveikatos reformos eigos auditų Vilniaus, Šiaulių ir Klaipėdos apskrityse medžiagą, nustatytos šios pagrindinės problemos:

1. Darbuotojų skaičius apskrities gydytojų tarnybose yra nepakankamas, kad būtų įvykdytos visos funkcijos, kurios numatytos minėtuose teisės aktuose. Pavyzdžiui, Vilniaus apskrities gydytojo tarnyboje dirba apskrities gydytojas ir apskrities gydytojo tarnybos vyriausias specialistas.

2. Pagrindinė savivaldybės gydytojo funkcija – įgyvendinti savivaldybės teritorijoje sveikatos politiką. Atskirose savivaldybėse savivaldybės gydytojai dirba visuomeniniais pagrindais arba ne pagrindinėje darbovietėje: iš 8 Vilniaus apskrities teritorijoje esančių savivaldybių, vienoje - Vilniaus rajono savivaldybėje - savivaldybės gydytojo funkcijas laikinai nuo 1997 m. rugsėjo mėn. vykdo Vilniaus rajono centrinės poliklinikos vyr. gydytoja, kitoje - Švenčionių rajono savivaldybėje - savivaldybės gydytojo funkcijos deleguotos pirminės sveikatos priežiūros centro vyriausiajam gydytojui, kuris dirba visuomeniniais pagrindais.

3. Vilniaus, Klaipėdos apskrityse nesudarytos visuomeninės konsultacinės tarybos.

IŠVADOS:

1. Esant skirtingam stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumui ypač svarbus sveikatos politikos įgyvendinimo koordinavimas ministerijos – apskrities – savivaldybių lygyje. Sveikatos apsaugos ministerija sveikatinimo veiklą planavo išsamiai neišnagrinėjusi sveikatos politikos įgyvendinimo respublikoje, nes 2001 metais neturėjo ataskaitų apie sveikatos politikos įgyvendinimą apskrityse ir savivaldybėse.

2. Galiojanti sveikatos politikos įgyvendinimo ataskaitų apskrityse ir savivaldybėse pateikimo tvarka neužtikrina savalaikės ir kokybiškos informacijos sveikatos apsaugos ministrui. Sveikatos politikos įgyvendinimo apskrityje ataskaita turi būti rengiama išnagrinėjus ir apibendrinus sveikatos politikos įgyvendinimo apskrities teritorijoje esančiose savivaldybėse ataskaitų duomenis.

3. Kai kurie savivaldybių gydytojai dirba visuomeniniais pagrindais, prie Vilniaus, Klaipėdos apskričių gydytojo tarnybų nebuvo sudarytos visuomeninės konsultacinės tarybos, kurių paskirtis – racionalizuoti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą apskrityje.

SIŪLYMAI

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Inicijuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1995-12-11 nutarimu Nr.1552 (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000-10-17 nutarimo Nr.1552 redakcija) patvirtintų Apskrities gydytojo pavyzdinių nuostatų 13 p. ir Savivaldybės gydytojo pavyzdinių nuostatų 11 p. pakeitimą, kad savivaldybės gydytojas apskrities gydytojui ataskaitą privalėtų teikti anksčiau, nei apskrities gydytojas – Sveikatos apsaugos ministerijai.

2. Nustatyti Sveikatos politikos įgyvendinimo apskrityse veiklos ataskaitų struktūrą, užtikrinti, kad metinės sveikatos politikos įgyvendinimo apskrityje ataskaitos sveikatos apsaugos ministrui būtų pateikiamos laiku.

1.2.2. Teisės aktų rengimas, sveikatos sistemos informacinis aprūpinimas ir sveikatos programų rengimas bei koordinavimas

Sveikatos apsaugos ministerija pagal savo kompetenciją turi:

- rengti Lietuvos Respublikos įstatymų, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimų ir kitų teisės aktų projektus;
- vykdyti teisės aktų harmonizavimo ir kitą veiklą, susijusią su integracija į Europos Sąjungą.

Sveikatos sistemos plėtojimo uždaviniams spręsti buvusio sveikatos apsaugos ministro J.Brėdikio 1993-09-14 įsakymu Nr.382 buvo įkurtas Sveikatos apsaugos reformų biuras.. Sveikatos apsaugos reformų biuro pagrindinė funkcija buvo organizuoti sveikatos sistemos teisės aktų rengimą. Buvusio sveikatos apsaugos ministro J.Galdiko 1997-11-14 įsakymu Nr.618 Sveikatos apsaugos reformų biuras sujungtas su Valstybiniu sveikatos programų koordinavimo centru ir reorganizuoti į Sveikatos teisės ir ekonomikos centrą, kurio įsteigimo tikslas – pagerinti sveikatos teisės aktų rengimą, jų įgyvendinimą bei sveikatos reformos ekonominį vertinimą.

Pastebėjimai

1.Sveikatos apsaugos reformų biuro finansavimui 1994 m. – 1998 m. faktiškai panaudota 2 024,7 tūkst.Lt valstybės biudžeto asignavimų.

2.Sveikatos reformų biuro 1993 – 1997 metų veiklos dokumentai į archyvą neperduoti, todėl negalime įvertinti, Sveikatos reformų biuras įvykdė jam nustatytus uždavinius.

Sveikatos apsaugos ministerija 2001 m. balandžio 6 d. pasirašė sutartį Nr.23 su Sveikatos teisės ir ekonomikos centru, pagal kurią centras įsipareigojo sudaryti teisės akto rengimo planus, suformuoti darbo grupes, sudaryti sutartis su darbo grupių vadovais ir koordinuoti darbo grupių veiklą, vykdyti kitas ministerijos pavestas užduotis, o ministerija 2001 metais įsipareigojo apmokėti 538,0 tūkst.Lt. Faktiškai Sveikatos apsaugos ministerija pervedė 438,9 tūkst.Lt. Sveikatos teisės ir ekonomikos centro sąnaudos teisės aktus rengusių specialistų darbo užmokesčiui sudarė 68,5 tūkst.Lt kartu su socialinio draudimo įmokomis. Didžiausią sąnaudų dalį (516,8 tūkst.Lt arba 59,17 %) sudarė centro darbuotojų darbo užmokestis su socialinio draudimo įmokomis.

Pastebėjimai

1.Sveikatos apsaugos ministerija pervedė Sveikatos teisės ir ekonomikos centrui lėšas už teisės aktų rengimą, o ne už patvirtintus teisės aktus. Pagal sutarties 2 priedą, 2001 metais Sveikatos teisės ir ekonomikos centras planavo parengti 108 teisės aktus. Iš jų Sveikatos teisės ir ekonomikos centras parengė 95 teisės aktus. Papildomai Sveikatos teisės ir ekonomikos centras parengė 217

teisės aktų, neištrauktų į sutarties 2 priedą. Iš 312 teisės aktų projektų parengtų 2001 metais, iki 2002 m. spalio mėn. buvo patvirtinti 202 teisės aktai.

3.Sveikatos apsaugos ministerijoje yra Teisės skyrius, kurio viena iš funkcijų – rengti įstatymų ir kitų teisės aktų projektus bei teikti išvadas dėl kitų ministerijų bei tarnybų norminių teisės aktų projektų. Sveikatos apsaugos ministerijos Teisės skyriuje 2002 m. sausio 1 d. dirbo 5 darbuotojai, Sveikatos teisės ir ekonomikos centro Teisės skyriuje - 4 darbuotojai.

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo 46 straipsnio 3 dalis nustato, kad sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos apsaugos ministro 1998 m. gruodžio 7 d. įsakymu Nr.712 patvirtinti Sveikatos programų rengimo, tvirtinimo, finansavimo įgyvendinimo ir kontrolės nuostatai, kurie galiojo iki 2002 m. kovo 10 d., numatė, kad programų investicinių išlaidų finansavimą vykdo Sveikatos apsaugos ministerija, paprastųjų – Sveikatos apsaugos ministerijos įgaliota institucija.

Sveikatos apsaugos ministerijoje programos skiriamos į atskiras dalis: mokslo – taikomoji dalis (2000 – 2001 metais buvo vadinamos kaip atskiros mokslinės – praktinės programos) ir praktinę – investicinę (2000 – 2001 metais – valstybės investicinės programos).

Sveikatos apsaugos ministro R.Alekno 1999-07-20 įsakymu Nr.337 sudaryta komisija atliko Sveikatos apsaugos ministerijos administracinių padalinių, departamentų, tarnybų ir inspekcijų prie ministerijos veiklos ir atliekamų funkcijų atitikties sveikatos apsaugos uždaviniams spręsti įvertinimą ir sveikatos programų atitikties sveikatos apsaugos reformai analizę. Atlikus auditą, buvo pateiktas siūlymas Sveikatos apsaugos ministerijai, kad Sveikatos programų valdymą vykdytų atsakingi Sveikatos apsaugos ministerijos asmens ir visuomenės sveikatos departamentų darbuotojai.

Sveikatos programų vykdymą 2000 – 2001 m. koordinavo :

- Sveikatos apsaugos ministerijos Programų skyrius;
- Sveikatos teisės ir ekonomikos centras;
- Sveikatos programų koordinavimo tarybos.

Pagrindinis Sveikatos apsaugos ministerijos Programų skyriaus uždavinys – plėtoti nustatytas sveikatos apsaugos reformos strategines kryptis, metodiškai vadovauti darbo grupėms, komisijoms ir koordinuoti įvairių sveikatos programų rengimą ir vykdymą. Sveikatos programų skyriuje 2002 m. birželio mėn. dirbo 5 žmonės.

Sveikatos apsaugos ministro patvirtintos programos įgyvendinimui Sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudaroma programos koordinavimo taryba. Sveikatos programų koordinavimo tarybos dirba visuomeniniais pagrindais.

Sveikatos apsaugos ministerija 2000 m. kovo 8 d. sutartimi Nr.15/40 ir 2001 m. balandžio 6 d. sutartimi Nr.23 pavedė Sveikatos teisės ir ekonomikos centrui rengti ar dalyvauti rengiant ir įgyvendinant Sveikatos apsaugos ministerijos deleguotas mokslines – praktines programas, t.y.:

- organizuoti bei koordinuoti sveikatos apsaugos mokslinių-praktinių programų rengimo ir įgyvendinimo darbo grupių veiklą;
- atlikti pateiktų paraiškų sveikatos apsaugos mokslinėms-praktinėms programoms rengti ir įgyvendinti analizę ir ekspertizę, teikti pasiūlymus dėl jų finansavimo;
- sudaryti sutartis dėl sveikatos apsaugos mokslinių-praktinių programų rengimo ar įgyvendinimo ir nustatyta tvarka bei neviršijant tam tikslui skirtų lėšų finansuoti šituos darbus;
- vykdyti kitas sutartyje numatytas funkcijas.
- Lietuvos universitetuose, institutuose, centruose ir medicinos įstaigose 2001 metais buvo vykdomos 35 mokslinės praktinės sveikatos programos ¹.

Dauguma mokslinių-praktinių programų vykdytojų yra Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios įstaigos, pavyzdžiui programos: “Sveikatos priežiūros veiklos analizė” (vykdytojas – Lietuvos sveikatos informacijos centras, vadovė A.Gaižauskienė), “Darbo medicinos” (vykdytojas – Higienos institutas, vadovas – R.Jankauskas); “Aplinkos sveikatos” (vykdytojas – Valstybinis visuomenės sveikatos centras, vadovas R.Sabalaiuskas); “Valstybinė AIDS profilaktikos (vykdytojas – Lietuvos AIDS centras, vadovas – S.Čaplinskas) ir kitos.

Audito metu buvo atliktas dalinis Sveikatos teisės ir ekonomikos centro 2000 – 2001 metų veiklos vertinimas.

Pastebėjimai

1. Sveikatos apsaugos ministerija, kuriai pavesta nustatyti sveikatos programų rengimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarką, sveikatos programas išskyrė į atskiras dalis: mokslo – taikomąją ir praktinę – investicinę. Sveikatos apsaugos ministro 1998-12-07 įsakymu Nr. 712 pavirtintuose Sveikatos programų rengimo, tvirtinimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės nuostatuose ir 2002-02-21 įsakymu Nr.91 patvirtintoje Sveikatos programų rengimo, finansavimo, įgyvendinimo ir kontrolės tvarkoje nenustatyti reikalavimai programų mokslo – taikomajai daliai.

2. Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos programų skyrius nerengė, nevadovavo rengiant ir įgyvendinant sveikatinimo programų mokslinės – praktinės dalies. Šias funkcijas Sveikatos apsaugos ministerija pagal sutartis pavedė Sveikatos teisės ir ekonomikos centrui.

¹ Valstybinės tabako kontrolės programos mokslinės taikomosios dalies vykdymui 2001 metais išleista 27 tūkst.Lt. Už šias lėšas buvo organizuotas seminaras ir išleista metodinė medžiaga.

Ryšų su visuomene programos vykdymui 2001 metais Sveikatos apsaugos ministerija pervedė Sveikatos teisės ir ekonomikos centrui 157,4 tūkst.Lt. Šiuos pinigus programos vykdytojai – Visuomenės sveikatos ugdymo centras, UAB “Žurnalas sveikata”, UAB “Valstiečių laikraštis”, UAB “Gydytojų žinios”, Lietuvos telegramų agentūra ELTA panaudojo lankstinukams leisti, katalogui apie Lietuvoje dirbančius gydytojus sudaryti, informaciniams lapeliams, spaudiniams ir straipsniams sveikatos tema leisti, kitiems darbams vykdyti. Informuoti visuomenę sveikatinimo veiklos klausimais – Sveikatos apsaugos ministerijos funkcija. Tai organizacinio pobūdžio veikla, kurią galėtų vykdyti tiesiogiai pati Sveikatos apsaugos ministerija.

3. Sveikatos teisės ir ekonomikos centras nevertino daugumos mokslinių-praktinių programų įgyvendinimo ekonominio efektyvumo, nors tai buvo numatyta 2000 m. kovo 8 d. sutartyje su Sveikatos apsaugos ministerija.

4. 2000 metais mokslinių praktinių programų įgyvendinimui buvo išleista 1647,2 tūkst.Lt, 2001 metais – 2099,0 tūkst.Lt. Už mokslinių – praktinių programų vadybą Sveikatos apsaugos ministerija centrui pervėdė 2000 m. - 226,3 tūkst.Lt, t, 2001 m. - 230,0 tūkst.Lt.

5. Kadangi daugumos mokslinių – praktinių programų vykdytojai yra Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios įstaigos, Sveikatos teisės ir ekonomikos centro funkcijos programų koordinavimo srityje yra organizacinio pobūdžio. Sveikatos programų koordinavimą turėtų vykdyti Sveikatos apsaugos ministerija.

6. Sveikatos apsaugos ministerija neatsižvelgė į Sveikatos apsaugos ministro R. Alekno 1999-07-20 įsakymu Nr.337 sudarytos komisijos siūlymą sveikatos programų vykdymą organizuoti Sveikatos apsaugos ministerijoje.

7. Valstybės biudžeto lėšų naudojimo finansinė kontrolė Sveikatos teisės ir ekonomikos centre nepakankama. Sveikatos apsaugos ministerija netikrina valstybės biudžeto lėšų naudojimo centre, nepaskyrė revizoriaus, nenustatė revizoriaus darbo reglamento.

Vadovaujantis nuostatais, Sveikatos apsaugos ministerija turi kaupti ir sisteminti informaciją, kurios reikia Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai tinkamai reguliuoti. Lietuvos sveikatos informacijos centras atsakingas už valstybinio sveikatos informacinio aprūpinimo organizavimą ir vykdymą įgyvendinant sveikatos politiką. Lietuvos sveikatos informacijos centrui išlaikyti 2001 metais buvo panaudota 393,3 tūkst.Lt, iš jų 271,0 tūkst.Lt darbo užmokesčiui.

Pastebėjimai

1. Valstybinio sveikatos informacinio aprūpinimo funkcija pavesta Lietuvos sveikatos informacijos centrui, atskirą duomenų bazę turi Valstybinė ligonių kasa. Sveikatos apsaugos ministerija 2002 m. vasario 15 d. pasirašė sutartį su Sveikatos teisės ir ekonomikos centru, pagal kurią ministerija pavedė centrui parengti ir įgyvendinti Nacionalinę sveikatos sąskaitą ir skyrė tam tikslui 115,8 tūkst.Lt.

2. Nėra sveikatos registrų sistemos, kurioje būtų kaupiama informacija apie brangiai kainuojančią medicinos įrangą, jos pasiskirstymą, panaudojimą. Planuojant sveikatinimo veiklą šie duomenys yra būtini, kad sveikatos priežiūros įstaigų apsirūpinimas įranga būtų vykdomas optimaliai.

Teigiami poslinkiai šioje srityje - vykdant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-10-04 nutarimą Nr. 1196 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos

įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“ Sveikatos apsaugos ministras patvirtino Informacinės sveikatos sistemos plėtros programą, kurioje numatyta įvertinti turimas informacines sistemas ir technologijas, parengti ilgalaikę E-sveikatos strategiją, užtikrinti kuriamos Informacinės sveikatos sistemos integralumą, sukurti medicininės informacijos mainų sistemą tarp sveikatos priežiūros įstaigų, sukurti integruotą sveikatos registrų sistemą, sukurti visuomenės sveikatos informacinę sistemą.

IŠVADOS:

1. Dalį Sveikatos apsaugos ministerijos funkcijų - rengti Lietuvos Respublikos įstatymų, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimų ir kitų teisės aktų projektus, vykdyti teisės aktų harmonizavimo ir kitą veiklą, susijusią su integracija į Europos Sąjungą, koordinuoti sveikatos programas (mokslinę – taikomąją dalį), rengti Nacionalinę sveikatos sąskaitą – vykdo Sveikatos teisės ir ekonomikos centras, kuriam už šią veiklą ministerija 2001 metais sumokėjo 668,9 tūkst.Lt. Mūsų nuomone, šias funkcijas turėtų vykdyti Sveikatos apsaugos ministerijos Teisės bei Programų skyriai, Lietuvos sveikatos informacijos centras.

2. Sveikatos apsaugos ministerija apmokėdavo Sveikatos teisės ir ekonomikos centrui už teisės aktų projektų parengimą. Iš 2001 metais parengtų 312 teisės aktų projektų iki 2002 metų spalio mėn. buvo patvirtinti 202 teisės aktai.

3. Mokslinių praktinių programų įgyvendinimo efektyvumas nevertinamas, nors tai numatyta sutartyje su ministerija. Nenustatyti kriterijai sveikatos programų mokslinei – taikomajai daliai.

SIŪLYMAI

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Atlikus lėšų poreikio skaičiavimus, spręsti klausimą dėl viešosios įstaigos “Sveikatos teisės ir ekonomikos centras” funkcijų atlikimo tikslingumo Sveikatos apsaugos ministerijoje.

1.2.3. Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžių įstaigų darbuotojų skaičius ir išlaidos įstaigų išlaikymui

Sveikatos apsaugos ministerijos faktiškai užimtų etatų skaičius sumažėjo nuo 86,75 (2000 m. gruodžio 31 d.) iki 84,5 (2001 m. gruodžio 31 d.) (4 priedas).

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-04-10 nutarimu Nr.398 buvo nustatyti Lietuvos Respublikos ministerijų etatų skaičiai, Sveikatos apsaugos ministerija yra antroji mažiausiai etatų turinti ministerija Lietuvoje. Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos darbuotojų skaičius 1 mln.valstybės gyventojų sudarė 24,6, t.y. kelis kartus mažesnis, nei kitų Europos valstybių (Airija – 64,7, Olandija 149,7, Ispanija – 150,7).

Pastebėjimai

1. Sveikatos apsaugos ministerija pažymi, kad ministerijos darbuotojų skaičius yra nepakankamas, tai iš dalies patvirtina ir palyginamoji Europos valstybių sveikatos ministerijų darbuotojų skaičiaus vienam milijonui gyventojų bei kitų Lietuvos Respublikos gyventojų ministerijų, etatų palyginamosios analizės. Ar sveikatos sistemos valdymo darbuotojų skaičius yra pakankamas galima spręsti tik atlikus kompleksinį visų Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių įstaigų valdymo auditą.

2. 2001-12-31 Sveikatos apsaugos ministerijos 6,5 darbuotojų etatų buvo neužimti.

Audito metu išnagrinėjus Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių įstaigų darbuotojų skaičiaus ir išlaidų išlaikymui 1999 - 2001 metais kitimą, matyti, kad daugumoje įstaigų darbuotojų skaičius, valstybės biudžeto išlaidos įstaigoms išlaikyti, išlaidos darbo užmokesčiui mažėjo (duomenys pateikiami 4 priede).

Sveikatos apsaugos ministerija 2002 metų I pusmetį gavo 958 gyventojų skundus, prašymus, pareiškimus. Lyginant su 2001 m. I pusmečiu, gauta 27 laiškais daugiau. Sveikatos apsaugos ministerija išnagrinėjo 488 laiškus (51 %). Asmens sveikatos skyrius, kurio funkcijos - koordinuoti sveikatinimo veiklą respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir kuriame dirba 10 žmonių, per 6 mėnesius išnagrinėjo 378 laiškus.

Sveikatos apsaugos ministerijos darbuotojai buvo įtraukti į įvairių darbo grupių veiklą: 2002 m. sausio – vasario mėn. Sveikatos apsaugos ministerijoje buvo sudarytos 11 darbo grupių.

Sveikatos apsaugos ministerijos struktūra 2000 – 2002 metais buvo keičiama 5 kartus, tačiau struktūros pakeitimai, Sveikatos apsaugos ministerijos nuomone, neturėjo esminės įtakos sveikatos reformos uždavinių sprendimo eigai ir buvo susiję su pakeitimus inicijavusių ministrų valdymo stiliumi, tačiau neigiamą įtaką sveikatos reformos uždavinių įgyvendinimo eigai (ministerijos veiklos efektyvumui ir kokybei) turėjo dažna sveikatos apsaugos ministrų bei ministerijos vadovybės kaita.

IŠVADOS:

1. Sveikatos apsaugos ministerijos darbuotojai įtraukti į piliečių skundų nagrinėjimą ir dalyvavimą darbo grupėse sveikatos sistemos uždaviniams spręsti, teisės aktams rengti.

2. Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžių įstaigų darbuotojų skaičius ir paprastosios išlaidos mažėjo. Apie Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžių įstaigų darbuotojų skaičius optimalumą galima spręsti tik atlikus sveikatos sistemos valdymo institucijų valdymo auditą.

SIŪLYMAI

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Sveikatos apsaugos ministerijos vidaus audito tarnybai 2003 metų metiniame vidaus audito plane numatyti Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžių įstaigų veiklos efektyvumo ir rezultatyvumo tikrinimus.

1.3. VALSTYBĖS INVESTICIJŲ PLANAVIMAS IR PASKIRSTYMAS

1.3.1. Sveikatos apsaugos ministerijai 1998 – 2001 metais skirtų valstybės investicijų struktūra ir dinamika. Valstybės investicijų sveikatos apsaugos srityje planavimo problemos.

Sveikatos apsaugos ministerija 1998 – 2001 metų laikotarpyje iš valstybės investicijų programai skirtų lėšų sveikatos programoms vykdyti panaudojo 277 307,8 tūkst.Lt (5 priedas). Daugiausiai lėšų iš valstybės investicijų programos skirtų lėšų 1998 – 2001 metų laikotarpyje Sveikatos apsaugos ministerija panaudojo vykdant šias programas: Kauno medicinos universiteto klinikų medicinos technikos ir technologijų atnaujinimo – 43 982,7 tūkst.Lt; Įvairios medicinos įrangos įsigijimo (iš firmos "Medco medical") – 36 469,7 tūkst.Lt, Radiologinės pagalbos Lietuvoje optimizavimo – 29 122 tūkst.Lt, Širdies chirurgijos – 25 472,1 tūkst.Lt, Sveikatos priežiūros įstaigų pastatų renovacijos ir energetinių resursų taupymo – 22 635,1 tūkst.Lt.

Pagal Lietuvos Respublikos 2001-03-30 nutarimu Nr.359 patvirtintą valstybės investicijų 2001-2003 metų programą Sveikatos apsaugos ministerijai 2001 metams buvo numatyta skirti 79 346,0 tūkst.Lt, faktiškai panaudota 70 357,8 tūkst.Lt, t.y. liko nepanaudota 8 988,2 tūkst.Lt (6 priedas).

Sveikatos apsaugos ministerija 2000 metais, lyginant su 1999 metais, lėšų pagal valstybės investicijų programą gavo 23,3 mln.Lt arba 39,3% mažiau. 2001 metais, lyginant su 1999 metais 11,2 mln.Lt arba 18,9% daugiau (7 priedas).

Audito metu buvo nagrinėtos programos "Pirminės sveikatos priežiūros įgyvendinimo 2000-2010 metų programa", "Radiologinės pagalbos optimizavimo Lietuvoje", "Sveikatos priežiūros pastatų renovacijos ir energijos taupymo programa".

Radiologinės pagalbos optimizavimo Lietuvoje programa patvirtinta 2001 m. gegužės mėn., programos tikslas – optimizuoti Lietuvos radiologinę pagalbą siekiant organizuoti savalaikę bei šiuolaikinę įvairių ligų diagnostiką ir gydymą, sukurti valstybinę radiacinės saugos priežiūros ir kontrolės, gyventojų savalaikės ekspertizės ir monitoringo sistemą, garantuojančią jonizuojančios spinduliuotės šaltinių saugumą bei gyventojų apsaugą nuo galimo jonizuojančios spinduliuotės poveikio.

Sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000-02-22 nutarimą Nr.196 bei protokolinį 2000-02-17 posėdžio sprendimą, organizavo viešąjį tarptautinį konkursą rentgeno įrangai įsigyti. Šio konkurso nugalėtoja buvo pripažinta AB "Limeta", pasiūlusi 5 rūšių 112 aparatų rentgeno įrangos už 26 675,4 tūkst. Lt, kartu su eksploatacijos išlaidomis bei papildomomis išlaidomis iš viso už 31 438,7 tūkst.Lt.

Sveikatos apsaugos ministerija 2001 metais rentgeno įrangai įsigyti, vykdant “Radiologinės pagalbos optimizavimo Lietuvoje programą” panaudojo 29 122 tūkst.Lt (41,39% visų 2001 m. Sveikatos apsaugos ministerijos panaudotų valstybės investicijų programos lėšų), 69 respublikos ligoninėms ir 8 poliklinikoms iš viso buvo skirta 112 vnt. rentgenodiagnostinės įrangos.

Pastebėjimai

1. Į rentgenodiagnostinės įrangos paskirstymo sveikatos priežiūros įstaigoms sąrašą, patvirtintą Sveikatos apsaugos ministro 2002-05-28 įsakymu Nr.240, buvo įtraukta 17 bendrojo pobūdžio ligoninių, kurių steigėjai yra savivaldybės, aptarnaujančios iki 35 tūkst. gyventojų. 8 iš šių 17 ligoninių yra nuostolingos ar nemokios. Iš viso ligoninėms, aptarnaujančioms iki 35 tūkst. gyventojų, yra skirta rentgenodiagnostinės aparatūros už 4 598,69 tūkst.Lt (8 priedas).

2. Yra rizika, kad nauja radiologinė aparatūra nebus panaudojama efektyviai. Vieno ligonio tyrimas rentgeno aparatūra rajoninėje ligoninėje gali kainuoti iki 1000 Lt, rentgeno aparatūros pastatymas – nuo 250 tūkst.Lt iki 700 tūkst.Lt. Scandinavian Care Consultant Services AB specialistų, rengusių “Nacionalinę ligoninių pertvarkymo strategiją” nuomone, optimalu, jei ligoninė aptarnauja ne mažiau kaip 50 tūkst. gyventojų.

Pirminės sveikatos priežiūros įgyvendinimo 2000 –2010 metų programa. Lietuvos sveikatos programoje pirminės sveikatos priežiūros plėtra numatyta kaip prioritetinga sritis. Pagrindinis programos tikslas – tobulinti pirminės sveikatos priežiūros sistemą.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstatymo 11 ir 39 str., Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa turi nustatyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį. Įstaigas savivaldybių teritorijoje pagal nustatytus minimalius Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį organizuoja ir tvarko savivaldos vykdomoji institucija.

Vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministerijos nuostatais, Sveikatos apsaugos ministerija kartu su savivaldybės institucijomis privalo nustatyti pirminės sveikatinimo veiklos plėtojimo kryptis.

Pirminei sveikatos priežiūros programai įgyvendinti Sveikatos apsaugos ministerija 1998 - 2001 metais nepaprastosioms išlaidoms panaudojo 11 473,2 tūkst.Lt.

Vykdant Pirminės sveikatos priežiūros plėtos programą, sveikatos apsaugos ministras R.K.Dobrovolskis ir UAB “SK IMPEX SERVICE CENTER” direktorius V.Tamulionis 2001 birželio mėn. pasirašė sutartį medicininės įrangos ir transporto įsigijimui už 23 847,1 tūkst.Lt. 2001 metais už pristatytą įrangą Sveikatos apsaugos ministerija sumokėjo 8 490,0 tūkst.Lt , t.y. 12,07% visų 2001 m. Sveikatos apsaugos ministerijos panaudotų valstybės investicijų programos lėšų. Buvo įsigyti 69 lengvieji automobiliai bei medicininė įranga, kurie paskirstyti 65 pirminės

sveikatos priežiūros centrams, poliklinikoms ir ambulatorijoms, o 6 reanimobiliai buvo skirti ligoninėms.

Programos koordinavimo taryba 2001 m. kovo 16 d nusprendė prieš sudarant remtinų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų įrangos sąrašą bei kiekius įvertinti 1999 metais skirtos įrangos naudojimo efektyvumą, 2000 metais PHARE skirtos paramos privačioms bendrosios praktikos gydytojo klinikoms įrangos reikalingumą, kokybę bei gydytojų nuomonę apie būtinausius poreikius, savivaldybių pasirengimą vykdyti pirminę sveikatos priežiūrą, tačiau šis sprendimas nebuvo vykdomas.

Pastebėjimai

1. Pirminės sveikatos priežiūros įgyvendinimo 2000 – 2010 metų programa patvirtinta 2000 m. liepos mėn. Dar nesant patvirtintos programos 1998 – 1999 metais, pirminėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms Sveikatos apsaugos ministerija nupirko ir perdavė naudoti panaudos būdu įrangos už 3 243,9 tūkst.Lt.

2. Remtinų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų sąrašai buvo sudaromi neatlikus išsamaus tyrimo dėl įrangos reikalingumo, nevertintas įrangos panaudojimo ekonominis efektas.

3. Neatsižvelgiant į tai, kad atskiros savivaldybės (Klaipėdos rajono, Radviliškio rajono, Kelmės rajono, Alytaus miesto, Lazdijų rajono bei Telšių apskrities) 2002 m. kovo mėn. Sveikatos apsaugos ministerijai nepateikė patvirtintų pirminės sveikatos priežiūros plėtros planų ir nebuvo nustatyti konkretūs ambulatorines paslaugas teikiančių įstaigų išdėstymo, jų struktūros reikalavimai bei paslaugų poreikis, Sveikatos apsaugos ministerija paskirstė iš programai skirtų lėšų pirktus automobilius ir medicinos įrangą pirminės sveikatos priežiūros centrams ir bendrosios praktikos gydytojų kabinetams.

4. Už pirminės sveikatos priežiūros valdymą tiesiogiai atsakingos savivaldybės. Tačiau daugiausiai lėšų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų kapitaliniam remontui, rekonstrukcijai, medicinos įrangai ir aparatūrai įsigyti skiria Sveikatos apsaugos ministerija.

Programa “Sveikatos priežiūros pastatų renovacijos ir energijos taupymas”.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996 m. liepos 25 d. nutarimu Nr. 882 patvirtinta Rytų Lietuvos rajonų socialinio plėtojimo 1996-2003 metų programa, pagal kurią Sveikatos priežiūros įstaigų pastatų renovacijos ir energijos taupymo programai ir jos vykdymui skirta 39 190 tūkst.Lt. Sveikatos apsaugos ministerijai buvo skirta 24 000 tūkst.Lt (Vilniaus universiteto ligoninei Santariškių klinikos 12000 tūkst.Lt arba 30,62 %, Kauno medicinos universiteto klinikoms – 10800 tūkst.Lt arba 27,56 % visų Sveikatos apsaugos ministerijai programos vykdymui skirtų lėšų).

Pagrindiniai programos tikslai buvo pagerinti statinių techninę būklę, statinių naudojimo savybes, diegti pažangias technologijas, mažinti pastatų eksploatacijos faktines išlaidas. Programos

tikslai numatė, kad įgyvendinus programą būtų sutaupoma 15-25% šildymui suvartojamos energijos, vėdinimo energijos nuostoliai sumažėtų iki 30 – 50%.

VšĮ Vilniaus universitetinėje ligoninėje “Santariškių klinikos” 1998 - 2001 m. buvo panaudota 11999,6 tūkst.Lt programai skirtų lėšų. 1 kv.m. metinės šildymo sąnaudos 1999 m. sudarė 25,99 Lt, 2000 m. – 22,24 Lt, 2001 m. – 21,85 Lt.

VšĮ Klaipėdos Raudonojo Kryžiaus ligoninėje 1998 – 2000 m. pastatų renovacijai panaudota 2049,7 tūkst.Lt, 1 kv.m. metinės šildymo sąnaudos 1998 m. sudarė 25,67 Lt, 1999 m. – 24,85 Lt, 2000 m. – 18,70 Lt.

VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos 1998 – 2001 m. pastatų renovacijai panaudota 9835,5 tūkst.Lt, 1 kv.m. metinės šildymo sąnaudos 1998 m. sudarė 17,2 Lt, 1999 m. – 15,45 Lt, 2000 m. – 9,2 Lt.

Vilniaus apskrities teritorijoje esančių ligoninių 1 kv.m. metinės šildymo sąnaudos 2001 m. svyravo nuo 7,2 Lt iki 62,8 Lt. Vidutinės 1 kv.m. metinės šildymo sąnaudos sudarė 25,3 Lt (9 priedas).

Pastebėjimai

1. Iš viso Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžioms dviems pagrindinėms šalies gydymo įstaigoms buvo skirta 58,18% visų programai skirtų lėšų.

2. Šildymo sąnaudos ligoninėse, kurios buvo rekonstruotos naudojant Sveikatos priežiūros pastatų renovacijos ir energijos taupymo programai skirtas lėšas, mažėjo.

3. Norint sumažinti pastatų eksploatacijos išlaidas, tikslinga atlikti pastatų renovaciją ir kitose ligoninėse.

Audito metu nustatytos pagrindinės problemos valstybės investicijų planavimo ir turto valdymo srityje:

1. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo planas iki 2002 m. rugpjūčio pabaigos nebuvo patvirtintas. Tai trukdė optimaliai planuoti valstybės investicijas sveikatos apsaugos srityje. Didžiąją dalį sveikatos apsaugos srities valstybės investicijų planuoja Sveikatos apsaugos ministerija, tačiau investicijų planavimas turi būti vykdomas Sveikatos apsaugos ministerijos, apskričių ir savivaldybių lygiais. Valstybės investicijas pirminei sveikatos priežiūrai turėtų planuoti savivaldybės. Daugiausiai lėšų pagal valstybės investicijų programą buvo skiriama universitetinių ligoninių medicininei įrangai ir technologijoms atnaujinti.

2. Valstybės investicijos sveikatos apsaugai 2001 metais sudarė 3,47 proc. nuo išlaidų sveikatos priežiūrai.

3. Stacionarios asmens sveikatos priežiūros įstaigos yra viešosios įstaigos, Sveikatos apsaugos ministerijos perduota turto dalis naudojama pagal panaudos sutartis, įstaigų vadovai nejaučia atsakomybės už jo panaudojimą;

4. Investicijas pirminei sveikatos priežiūrai skirsto Sveikatos apsaugos ministerija, todėl ne visada atsižvelgiama į konkrečius įstaigų poreikius. Lėšas pirminės sveikatos priežiūros įstaiga turėtų planuoti savo nuožiūra, būtiniausioms reikmėms patenkinti.

5. Valstybės investicijų prioritetai keičiasi vykstant Sveikatos apsaugos ministerijos vadovybės kaitai.

Lietuvos sveikatos projekto sudedamoji dalis yra komponentas A 1.2. "Investicijų skyrimo principai". Projekte dalyvaujantys konsultantai nuo 2001 m. gruodžio mėn. iki 2002 m. gegužės mėn. Sveikatos apsaugos ministerijai pateikė tris ataskaitas: situacijų vertinimo ataskaitą, kurioje buvo nagrinėjamos sveikatos sektoriuje egzistuojančios investicijų paskirstymo problemos, ataskaitas "Tarptautiniai investicijų paskirstymo metodai" bei "Gairės ir rekomendacijos investicinių pasiūlymų vertinimui".

Sveikatos apsaugos ministerija 2002 m. gegužės mėn. suorganizavo konferenciją investicijų planavimo bei finansavimo problemoms Lietuvos sveikatos sektoriuje aptarti. Konferencijos metu buvo priimta rezoliucija, kurioje išdėstytos pagrindinės nuostatos investicijų planavimo srityje:

1. Pritarti trijų nuosavybės formų suderinamumo ir lygiateisiškumo sveikatos sektoriuje nuostatai ir skatinti privačią veiklą ypač pirminėje sveikatos priežiūroje;

2. Pritarti, kad turtas, kurį asmens sveikatos priežiūros įstaigos valdo panaudojimo teise, turi būti valdomas patikėjimo teise;

3. Pritarti, kad mažinant stacionarių paslaugų apimtį, būtina plėsti ir stiprinti pirminę sveikatos priežiūrą;

4. Pritarti, kad mažinant stacionarių paslaugų apimtį būtina didinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų įkainį, įtraukiant dalį nusidėvėjimo išlaidų.

Pastebėjimas

1. Pasaulio banko ekspertai rekomendavo, kad Sveikatos apsaugos ministerija patvirtintų rezoliucijos nuostatas ir inicijuotų įstatymų ir kitų teisės aktų dėl investicijų politikos ir ligoninių nuosavybės pakeitimus. Iki 2002 m. rugpjūčio mėn. Sveikatos apsaugos ministerija rezoliucijos nepatvirtino ir įstatymų pakeitimų neinicijavo.

1.3.2. Aparatūros brangiems tyrimams ir brangioms procedūroms vykdyti įsigijimas

1999 metais stacionarios asmens sveikatos priežiūros įstaigos įsigijo aparatūros brangiems tyrimams ir procedūroms atlikti už 12 055,2 tūkst.Lt, iš jų ligoninės, kurių steigėja yra Sveikatos apsaugos ministerija už 7254,1 tūkst. Lt, apskričių viršininkų administracijos – 2151,2 tūkst. Lt, savivaldybių tarybos – 2649,9 tūkst. Lt. 2000 metais įsigijo aparatūros brangiems tyrimams ir procedūroms atlikti už 15 546,1 tūkst.Lt, 2001 metais už 15 972,6 tūkst.Lt (duomenys pateikiami 10-12 prieduose).

Sveikatos apsaugos ministro 1998-05-01 įsakymu Nr. 224 patvirtintas asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose atliekami brangieji tyrimai ir procedūros, sąrašas.

Pastebėjimai

1. Vadovaujantis nuostatais, Sveikatos apsaugos ministerija turi kaupti ir sisteminti informaciją, kurios reikia Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai tinkamai reguliuoti, formuoti Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo medicinos technika strategiją. Atskira Sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo medicinos įranga strategija nėra patvirtinta, įstaigų aprūpinimas medicinos įranga vykdomas įgyvendinant Vyriausybės ar Sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas investicines sveikatos priežiūros programas, kuriose numatyti tikslai, įrangos poreikis bei prioritetai.

2. Apklauso duomenys rodo, kad medicininę įrangą brangioms procedūroms ir tyrimams atlikti įsigyja tiek ligoninės, kurių steigėjas yra Sveikatos apsaugos ministerija, tiek ligoninės, kurių steigėjai – apskričių viršininkų administracijos ir savivaldybių tarybos. Brangių procedūrų ir tyrimų atlikimas gerina paslaugų prieinamumą, tačiau neatitinka sveikatos reformos užduoties – sudėtingų technologijų reikalaujančias sveikatos priežiūros paslaugas koncentruoti universitetinėse klinikose.

3. Stacionarios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurių steigėjai – savivaldybių tarybos, suinteresuotos investuoti lėšas į šiuolaikiškas medicinos technologijas, nors valstybės mastu tai nėra ekonomiškai naudinga.

IŠVADOS:

1. Valstybės investicijų programos lėšos sveikatos apsaugai buvo skirstomos nesant nacionalinio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo plano.

2. Daugiausiai valstybės investicijų lėšų skiriama universitetinių ligoninių medicininei įrangai ir technologijoms atnaujinti. Už pirminės sveikatos priežiūros valdymą tiesiogiai atsakingos savivaldybės, tačiau šių įstaigų kapitaliniam remontui, rekonstrukcijai, medicinos įrangai ir aparatūrai įsigyti lėšas skiria Sveikatos apsaugos ministerija. Ne visada atsižvelgiama į konkrečius

įstaigų poreikius, ne visos savivaldybės pateikė ministerijai pirminės sveikatos priežiūros plėtros planus.

3. Ligoninių, kurioms buvo skirtos lėšos pagal Sveikatos priežiūros pastatų renovacijos ir energijos taupymo programą, metinės šildymo sąnaudos mažėjo.

4. Audito metu pastebėtos valstybės investicijų sveikatos apsaugos srityje planavimo problemos:

a) nors sveikatos priežiūros įstaigų valdymas decentralizuotas, valstybės investicijų planavimas vykdomas Sveikatos apsaugos ministerijos lygyje;

b) nėra patvirtinti strateginiai valstybės investicijų planavimo sveikatos apsaugos srityje prioritetai;

c) nėra duomenų bazės, kurioje būtų kaupiama informacija apie respublikos stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų medicininę įrangą, atliekama jos panaudojimo analizė.

SIŪLYMAI

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Patvirtinti nacionalinį sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planą bei ilgalaikę valstybės investicijų planavimo sveikatos apsaugos sistemoje strategiją.

2. Numatyti brangiai kainuojančios aparatūros poreikį regionuose atsižvelgiant į sveikatingumo rodiklius ir stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų lovų skaičių. Kaupti ir nagrinėti informaciją apie medicininės įrangos išdėstymą respublikos regionuose.

3. Spręsti klausimą dėl turto, kurį asmens sveikatos priežiūros įstaigos valdo panaudos teise, perdavimo įstaigoms valdyti patikėjimo teise tikslingumo bei inicijuoti esamų teisės aktų pakeitimus.

4. Ieškoti galimybių, kad valstybės ir savivaldybių biudžetų asignavimų valdytojais daugiau lėšų skirtų pastatų ir įrangos išlaikymui, renovacijai ir atnaujinimui.

1.4. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ KOKYBĖS SISTEMA

Kokybiška sveikatos priežiūra apibrėžiama šiais rodikliais: saugumas, kompetencija, tęstinumas, prieinamumas ir lygios galimybės, racionalus resursų panaudojimas, efektyvumas, tinkamumas, pasitenkinimas, sugebėjimas prisitaikyti ir tobulėti.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 75 str. ir Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 30 str. ir 33 str., sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) ir ekonominio efektyvumo kontrolę vykdo Valstybinė medicininio audito inspekcija prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Valstybinė medicininio audito inspekcija kontroliuoja, kaip fiziniai ir juridiniai asmenys laikosi standartizacijos norminių dokumentų reikalavimų sveikatos priežiūros kokybės klausimais. Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos kontroliuoja sveikatos priežiūra besiverčiančių įmonių, įstaigų ir organizacijų paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, kiekį ir kokybę.

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos vykdo įmonių ir įstaigų licencijavimą ir akreditavimą sveikatos priežiūros veiklai, sveikatos priežiūros įstaigų registravimą Valstybiniame sveikatos priežiūros įstaigų registre. Ji kartu su kitomis institucijomis turi rengti sveikatos priežiūros veiklą reglamentuojančius normatyvinius dokumentus.

Audito metu atliktos stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų apklausos rezultatai parodė, kad iš 112 apklausoje dalyvavusių stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2001 metais valstybinis medicininis auditas buvo atliktas 30 įstaigų arba 30,4 % įstaigų. Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų tikrinimai buvo atlikti 73 įstaigose, arba 69,6%. (13 priedas).

Audito metu apklaustos keturios Vilniaus miesto poliklinikos. Dviejų poliklinikų vadovai užtikrino, kad pacientų eilių pas gydytojus jų įstaigoje nėra. Kitų dviejų įstaigų vadovai nurodė, kad eilės egzistuoja pas antrinio lygio specialistus, prie registratūros. Pagrindinės priežastys, dėl kurių susidaro eilės – ligonių kasų nustatytos kvotos, duomenų sutikrinimas registratūroje.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 9 straipsnyje nustatytas įstaigų veiklą reglamentuojančių teisės aktų sąrašas bei nurodyta, kad jeigu Lietuvoje nėra galiojančių įstaigų veiklai reikalingų teisės aktų ar norminių dokumentų, įstaiga Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka turi parengti ir įstaigos vadovo įsakymu patvirtinti įstaigos vidaus standartus, sveikatos priežiūros metodikas.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 1994 m. balandžio 19 d. nutarimu Nr. 291 "Dėl priemonių sveikatos priežiūrai gerinti Lietuvoje" pavedė Sveikatos apsaugos ministerijai

patvirtinti sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programą bei organizuoti ir koordinuoti jos vykdymą.

Sveikatos apsaugos ministro 1997-12-08 įsakymu Nr.659 buvo sudaryta darbo grupė, kuri rengė Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos projektą. Darbo grupė pateikė 1998, 1999 metų darbo ataskaitas, kuriose nurodyta, kad buvo atlikta kokybės vadybos analizė Lietuvoje, nagrinėtas Europos ir Šiaurės šalių patyrimas sveikatos priežiūros kokybės srityje, parengtas Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos projektas, parengti atskiri teisės aktų projektai.

Pastebėjimai

1. Programos vykdymą koordinavo Sveikatos teisės ir ekonomikos centras, programos vadovė– Valstybinės medicininio audito inspekcijos prie Sveikatos apsaugos ministerijos vadovė V.Vinickienė.

2. Už asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos rengimą bei kitus darbus sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimo srityje Sveikatos apsaugos ministerija pervedė Sveikatos teisės ir ekonomikos centrui 1998 metais - 161,9 tūkst.Lt, 1999 metais - 46,7 tūkst.Lt., iš viso 208,6 tūkst.Lt.

3. Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija 1998 m. spalio 29 d. nutarimu Nr.7 iš esmės pritarė programos darbo grupės veiklai ir įpareigojo tęsti darbą. Sveikatos apsaugos ministerija 1999 metais nepatvirtino parengtos Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos bei priemonių plano 2000-2004 metams, kadangi nebuvo pateikti programos pataisymai.

4. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. spalio 4 d. nutarimu Nr. 1196 patvirtino naujas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programos įgyvendinimo priemonės, kuriose numatyta parengti sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepciją, tam, kad gerėtų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, būtų įdiegta bendra atitikties vertinimo sistema, išvengta funkcijų dubliavimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose, diegiamos naujos technologijos. Priemonės įvykdymo terminas – 2002 III ketvirtis.

Pagal Sveikatos apsaugos ministro 1999-06-03 įsakymu Nr. 272 patvirtintą Sveikatos priežiūros įstaigų vidaus standartų ir sveikatos priežiūros metodikų parengimo tvarką, sveikatos priežiūros standartai skirstomi į organizacinius ir profesinius. Kokybės vadybos standartai – įstaigoje teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūros, procesų ir rezultatų standartai. Profesiniai standartai – specialistų normos, diagnostikos ir gydymo arba sveikatos priežiūros metodikos. Pagal 1999-06-03 įsakymo Nr. 272 įsakymo priedą “Standartai”, Sveikatos apsaugos ministerija iki 2000-01-01 turėjo patvirtinti Valstybinės medicininio audito inspekcijos pateiktus įstaigų veiklos organizavimo (kokybės vadybos) standartus. Apskritims ir savivaldybėms buvo pavesta iki 2000-04-30 adaptuoti ir patvirtinti organizacinius vidaus standartus regiono sveikatos

priežiūros įstaigoms, įstaigos turėjo pritaikyti steigėjo patvirtintus standartus prie savo galimybių ir išteklių iki 2000-10-30 ir juos patvirtinti. Profesinius standartus turėjo rengti Vilniaus universiteto ir Kauno medicinos universiteto profilinės klinikos, specialistų mokslo draugijos, Sveikatos apsaugos ministerijos personalo skyrius ir neetatiniai vyriausieji specialistai. Diagnostikų ir gydymo metodikų parengimo ir tvirtinimo laikotarpis turėjo būti numatytas Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos darbo grupės grafikuose.

Pastebėjimas

Sveikatos apsaugos ministro 1999-06-03 įsakymas Nr. 272 nebuvo įgyvendintas, t.y. Sveikatos apsaugos ministerija nepatvirtino nacionalinio lygio organizacinių sveikatos priežiūros standartų, apskritys neadaptavo apskrities lygio kokybės vadybos (struktūros, proceso ir rezultato) standartų. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos iki 2002 m. balandžio mėn. įregistravo 68 parengtas medicinines normas. Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktais duomenimis iki 2002 m. rugsėjo mėn. ministerija yra patvirtinusi 40 medicinos normų, 10 ligų diagnostikos ir ambulatorinio gydymo metodikų (minėtos ligų diagnostikos ir ambulatorinio gydymo metodikos patvirtintos Sveikatos apsaugos ministro K.R. Dobrovolskis 2002-08-14 įsakymu Nr.422 “Dėl ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, metodikų patvirtinimo”). Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa, kurioje 2000, 2001 metais buvo numatyta parengti sveikatos priežiūros metodikas, nebuvo patvirtinta.

Sveikatos apsaugos ministro 1998-10-06 įsakymu Nr. 571 “Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų” patvirtinta kokybės sistemos diegimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarka. Sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų vadovai įpareigoti diegti kokybės sistemas ir vykdyti paslaugų kokybės kontrolę. Įstaigos steigėjas turi duoti nurodymus ir užtikrinti, kad kiekvienoje įstaigoje būtų tinkama kokybės sistema. Nuostatuose nurodyti būtini kokybės sistemos dokumentai (kokybės vadovas, kokybės sistemos procedūros, darbo instrukcijos, diagnostikos ir gydymo metodikos, kokybės duomenų įrašai- lokalaus medicininio audito veiklos dokumentai).

Pastebėjimai

1.1998 metais tik pusė asmens sveikatos priežiūros įstaigų teigė turinčios kokybės dokumentą, tik trečdalis įstaigų atsiuntė dokumento kopiją, apklausą vykdžiusiai Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos darbo grupei.

2.Valstybės kontrolei atlikus 112 asmens sveikatos priežiūros įstaigų apklausą nustatyta, kad 2001 metais 7 įstaigos (6,3% apklaustų įstaigų) neturi patvirtinto lokalaus medicininio audito reglamento, 5 įstaigose (4,5% apklaustų įstaigų) nėra paskirtas medicininio audito grupės vadovas, 20 įstaigų (17,9% apklaustų įstaigų) nebuvo atliktas planinis lokalus auditas, 22 įstaigose (19,6%

apklaustų įstaigų) nebuvo atliktos pacientų apklausos dėl įstaigos teikiamų paslaugų kokybės, 56 įstaigos (50% apklaustų įstaigų) nurodė, kad įstaigos steigėjas neduoda nurodymų kokybės sistemai užtikrinti. Kokybės vadovas nėra patvirtintas 25 įstaigose (22,3% apklaustų įstaigų), kokybės sistemos procedūros – 11 įstaigų (9,8% apklaustų įstaigų). Dauguma apklaustų stacionarios asmens sveikatos priežiūros įstaigų nurodė, kad yra parengtos įstaigos vadovo įsakymais patvirtintos darbo instrukcijos, diagnostikos, gydymo metodikos (13 priedas).

3. Norint įdiegti Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaigose sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistemą, pirmiausia reikėtų pateikti visoms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms patvirtintus kokybės vadybos ir kokybės užtikrinimo standartus bei metodinius nurodymus apie standartų pritaikymą sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistemoje. Vadovaujantis šiais dokumentais, asmens sveikatos priežiūros įstaigos turi suformuoti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės politiką ir įteisinti ją kokybės dokumentais. Įgyvendinus šį uždavinį, nuosekliai vystyti kitus vadybos kokybės elementus. Organizaciniai (įstaigų struktūros ir įstaigų veiklos) ir profesiniai standartai (diagnostikos ir gydymo metodikos) turi būti paruošti, patvirtinti ir įteisinti Lietuvos Respublikos mastu. Kiekviena įstaiga gali prisidėti prie standartų ar metodikų ruošimo, tačiau turi būti patvirtinti standartai vieningi visoje Lietuvoje. Lietuvos piliečiai, nepriklausomai nuo to į kokią įstaigą jie kreipėsi, turi teisę gauti kokybišką, pagal vieningus, visoje Lietuvoje taikomus standartus teikiamą medicinos pagalbą.

4. Teisės aktai nustato, kad tiek Valstybinio medicininio audito inspekcija prie Sveikatos apsaugos ministerijos, tiek Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos, vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Valstybinė medicininio audito inspekcija neatlieka Sveikatos sistemos įstatyme numatytos teikiamų paslaugų ekonominio efektyvumo kontrolės, kadangi nėra konkrečių vertinimo kriterijų ir metodikos, įstaigų veiklos vertinimo rodikliai nesusieti su paslaugų poveikiu sveikatai.

IŠVADOS:

1. Sveikatos apsaugos ministerija nevykdė Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1994 m. balandžio 19 d. nutarimo Nr. 291 “Dėl priemonių sveikatos priežiūrai gerinti Lietuvos Respublikoje”, t.y. nepatvirtino sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos ir neorganizavo jos vykdymo. Sveikatos apsaugos ministerija nepatvirtino vieningų ir visoje Lietuvoje taikomų tipinių įstaigos veiklos organizavimo (vadybinių, įskaitant ir struktūrinius) ir patvirtino tik dalį nacionalinių profesinių (specialistų normų, diagnostikų ir gydymo metodikų) standartų. Kadangi jie nebuvo patvirtinti, tipinių šalies vidaus standartų apskrities viršrinko administracijos nepatvirtino savo regiono įstaigoms, o įstaigos jų nepritaikė savo veiklai. Vyriausybės 2001-2004 metų programos įgyvendinimo priemonėse numatyta parengti naują sveikatos priežiūros kokybės

užtikrinimo koncepciją. Dėl šių priežasčių Sveikatos apsaugos ministerija neefektyviai panaudojo Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos rengimui 1998, 1999 metais skirtus 208,6 tūkst.Lt.

2. Dalis stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų neparengė ir nepatvirtino būtinų paslaugų kokybės sistemos dokumentų.

3. Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, tinkamumo (kokybės) bei efektyvumo vertinimui nėra nustatyti paslaugų kokybės vertinimo kriterijai ir metodika.

SIŪLYMAI

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Patvirtinti nacionalinę sveikatos kokybės politiką ir strategiją, numatyti vieningų ir visoje Lietuvoje taikomų tipinių įstaigų veiklos organizavimo ir profesinių standartų patvirtinimo tvarką.

2. Daugiau dėmesio skirti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės sistemai stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

3. Siekiant sumažinti valdymo išlaidas ir užtikrinti efektyvią sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, tinkamumo (kokybės) bei efektyvumo kontrolę ir ekspertizę, spręsti klausimą dėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir efektyvumo kontrolės ir ekspertizės funkcijų priskyrimo vienai institucijai – Valstybinei ligonių kasai arba Valstybinio medicininio audito inspekcijai.

4. Patvirtinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir efektyvumo vertinimo metodiką.

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS FINANSAVIMAS

2.1. SVEIKATOS PRIEŽIŪRAI VALSTYBĖS SKIRTO FINANSAVIMO 1997-2001 METAIS ANALIZĖ

Lietuvos sveikatos informacinio centro duomenys apie valstybės išlaidas sveikatos priežiūrai 1996-2001 metais pateikti 1 lentelėje.

1 lentelė

Valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai (mln. Lt)

Rodiklio pavadinimas	1996 m.	1997 m.	1998 m.	1999 m.	2000 m.	2001 m.
Valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai iš viso:	1325,1	1772,7	2077,9	1961,4	1975,2	2027,8
Valstybės biudžetas	427,7	152,5	164,8	135,2	170,8	169,1
Savivaldybių biudžetas	645,0	154,5	44,1	17,3	13,3	12,8
Socialinio draudimo fondas	252,4	263,1	-	-		
Privalomojo sveikatos draudimo fondas	-	1202,5	1869,0	1808,9	1791,1	1845,9
Bendrasis vidinis produktas (BVP)	31569	38340	42990	42655	45148	47968
Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (%)	4.20	4.62	4.83	4.60	4.37	4,23
Išlaidų sveikatos priežiūrai dalis Lt, tenkanti 1-am gyventojui	368,9	497,0	586,6	557,6	565,3	582,3

1997 metais įvedus privalomąjį sveikatos draudimą, valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai 1997-2001 metais didėjo, tačiau didėjo netolygiai. Didžiausias finansavimas sveikatos priežiūrai skirtas 1998 metais - 2077,9 mln. Lt arba 4,83 proc. BVP. 2001 metais sveikatos priežiūrai skirtas 2027,8 mln. Lt finansavimas sudarė 4,23 proc. BVP ir, lyginant su 1998 metais, sumažėjo 2,4 proc.

Įvedus privalomąjį sveikatos draudimą, pasikeitė sveikatos priežiūrai skiriamo valstybinio finansavimo šaltiniai ir skiriamų lėšų apimtys. Sveikatos priežiūrai valstybės skiriamo finansavimo struktūra pateikta 2 lentelėje.

2 lentelė

Sveikatos priežiūrai skiriamo valstybinio finansavimo šaltiniai ir apimtys procentais

Finansavimo šaltinis	Finansavimas procentais					
	1996 m.	1997 m.	1998 m.	1999 m.	2000 m.	2001 m.
Valstybės biudžetas*	32,3	8,6	8,0	6,9	8,6	8,34
Savivaldybių biudžetas	48,7	8,7	2,0	0,9	0,7	0,63
Socialinio draudimo fondas	19,0	14,9	0	0	0	0
Privalomojo sveikatos draudimo fondas		67,8	90,0	92,2	90,7	91,03

*valstybės biudžeto lėšos, neįskaičius įmokų į PSDF biudžetą už draudžiamus valstybės lėšomis asmenis

1996 metais 32,3 proc. sveikatos priežiūrai skirto finansavimo sudarė valstybės biudžeto lėšos, 48,7 proc. – savivaldybių biudžetų lėšos, 19,0 proc. – socialinio draudimo fondo lėšos. Įvedus privalomąjį sveikatos draudimą, pagrindinę valstybės išlaidų sveikatos priežiūrai dalį (2001 metais - 91,03 proc.) sudaro PSDF biudžeto lėšos. Valstybės biudžeto lėšos 2001 metais sudarė 8,34 proc., savivaldybių biudžetų lėšos – 0,63 proc. sveikatos priežiūrai skirto bazinio finansavimo.

Sveikatos teisės ir ekonomikos centro sudarytos Nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenimis didėja sveikatos priežiūros finansavimas iš privačių šaltinių. Lėšos sveikatos priežiūrai iš privačių šaltinių (namų ūkio ir privačių firmų lėšos, užsienio pagalba) 1999 metais sudarė 993 mln. Lt arba 33 proc., 2000 metais – 1424 mln. Lt arba 41 proc. bendro sveikatos sistemos finansavimo lėšų.

IŠVADOS:

1. Įvedus privalomąjį sveikatos draudimą, valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai 1997-2001 metais didėjo netolygiai. Didžiausias finansavimas sveikatos priežiūrai (4,83 proc. BVP) buvo skirtas 1998 metais. 2001 metais sveikatos priežiūrai skirtas 2027, 8 mln. Lt finansavimas sudarė 4,23 proc. BVP.

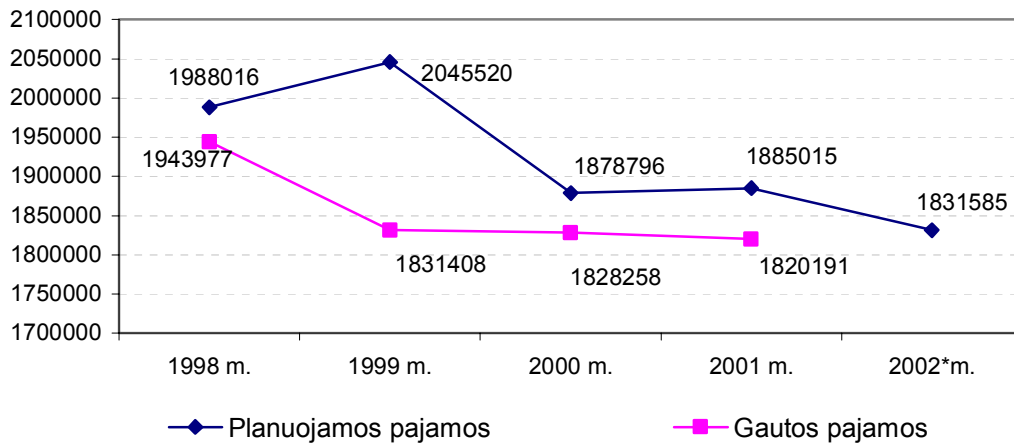
2. Valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai 1997-2001 metais neatitiko Sveikatos sistemos įstatyme numatyto bazinio nacionalinės sveikatos sistemos finansavimo dydžio.

3. Įvedus privalomąjį sveikatos draudimą, pasikeitė sveikatos priežiūrai valstybės skiriamo finansavimo struktūra. Pagrindinę valstybės išlaidų sveikatos priežiūrai dalį sudaro PSDF biudžeto lėšos. Valstybės biudžeto lėšos 2001 metais sudarė 8,34 proc., savivaldybių biudžetų lėšos – 0,63 proc. sveikatos priežiūrai skirto bazinio finansavimo.

4. Nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenimis didėja sveikatos priežiūros finansavimas iš privačių šaltinių. 2000 metais privačių šaltinių lėšos sveikatos priežiūrai, lyginant su 1999 metais, padidėjo 1,4 karto.

2.2.PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO PAJAMŲ IR IŠLAIDŲ 1999-2001 METAIS ANALIZĖ

Didžiausią sveikatos priežiūrai valstybės skiriamo finansavimo dalį sudaro Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos. PSDF biudžeto planuojamų pajamų ir realiai gautų pajamų duomenys pateikiami 1 paveiksle.



1 pav. PSDF biudžeto planuojamų ir gautų pajamų 1999-2001 m. dinamika tūkst.Lt

PSDF biudžeto pajamos nuo 1998 metų mažėjo. Planuojamos 2002 metų PSDF biudžeto pajamos sudaro tik 94,2 proc. 1998 metų PSDF biudžeto pajamų.

PSDF biudžeto pajamų planas 1999 metais įvykdytas 89,5 proc., 2000 metais – 97,3 proc., 2001 metais – 96,6 proc.(neįskaičius SODROS gražintos skolos). Gražinus 1999 metų SODROS skolą, PSDF biudžetas 2001 metais gavo 54,461 mln. Lt papildomų pajamų.

PSDF biudžeto pajamos priklauso nuo privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo, valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, dydžio. *(PSDF biudžeto planavimo problemos buvo nagrinėtos 2001 metais audito Valstybinėje ligonių kasoje metu. Valstybės kontrolės 2001-10-12 ataskaita Nr.210-15).*

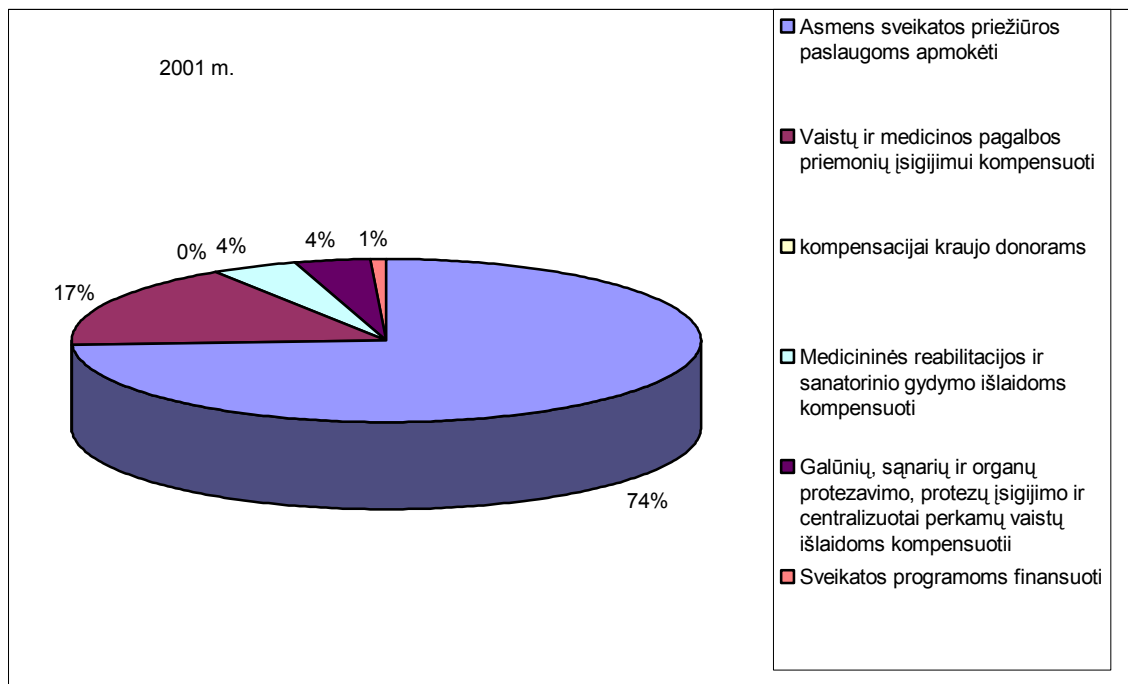
Didėjant apdraustųjų valstybės lėšomis skaičiui, patvirtinta valstybės įmoka į Privalomojo sveikatos draudimo fondą už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį 1998-2002 metais mažėjo, nors PSDF faktinės išlaidos sveikatos priežiūrai, tenkančios vienam šalies gyventojui didėjo. Patvirtinta valstybės biudžeto įmoka į Privalomojo sveikatos draudimo fondą už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį 1998-2002 metais sumažėjo nuo 242,5 Lt iki 187,2 Lt. PSDF išlaidos sveikatos priežiūrai, tenkančios vienam šalies gyventojui 2000 metais sudarė 512,6 Lt, 2001 metais – 530,1 Lt (14 priedas).

2002 m. liepos 3 d. priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9,15,32 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymas (Nr.IX-1022) nustatė į PSDF biudžetą pervedamos įmokos vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis, minimalų dydį, kuris negali būti

mažesnis kaip 35 procentai vidutinių mėnesinių draudžiamųjų pajamų. (Pastaba: Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymo projekte (Nr.IXP-597A) 2002-08-22 pateiktame Seimui šios nuostatos nėra.)

Mažėjant PSDF biudžeto pajamoms, nuo 1998 metų mažėja PSDF biudžeto išlaidos sveikatos priežiūrai (15 priedas). PSDF biudžeto išlaidos sveikatos priežiūrai, lyginant su 1998 metų išlaidomis, 1999 metais sudarė 96,8 proc., 2000 metais – 95,8 proc., 2001 metais – 98,8 proc. Planuojamos 2002 metų PSDF biudžeto išlaidos sveikatos priežiūrai, lyginant su 1998 metų išlaidomis, sudaro 96,9 proc.

Didžiausią PSDF išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti dalį sudaro išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti. PSDF biudžeto išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti struktūra 2001 metais grafiškai pateikiama 2 paveiksle.



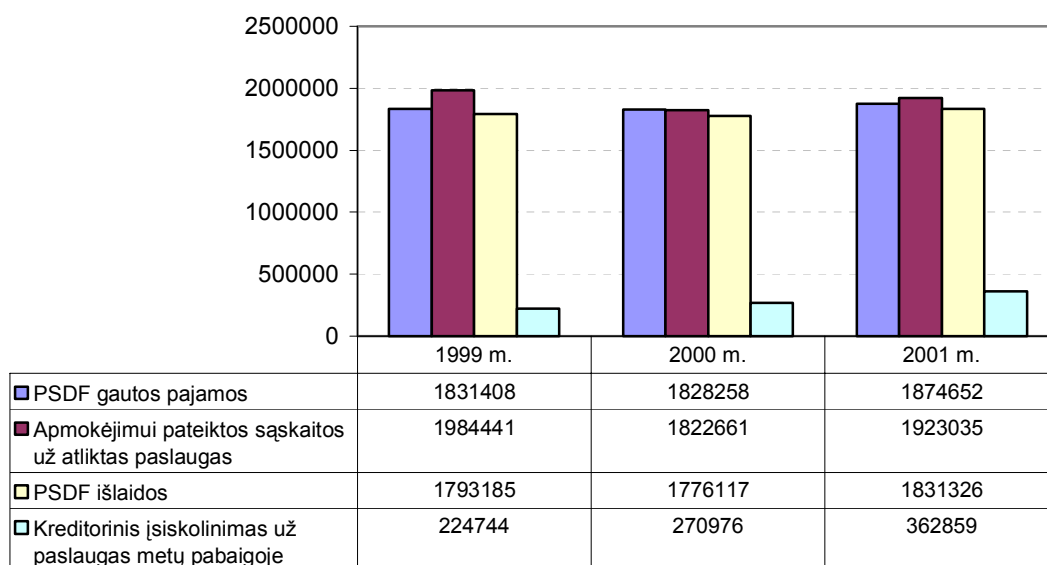
2 pav. PSDF biudžeto išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti struktūra 2001 metais

Mažėjant PSDF biudžeto pajamoms, 1998-2001 metais mažėjo PSDF biudžeto išlaidos visoms sveikatos priežiūros paslaugoms. PSDF biudžeto išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti 1998-2001 metais duomenys pateikiami 16 priede. Didėjant išlaidoms vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti, mažėjo finansavimas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti. PSDF biudžeto 2002 metais planuojamos išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti,

lyginant su 1998 metų išlaidomis, sudaro 94,6 proc., išlaidos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo kompensavimui – 82,3 proc.

Išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti dalis visų PSDF biudžeto išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms struktūroje 1998-2001 metais sumažėjo nuo 75,6 proc. iki 73,8 proc., išlaidos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo kompensavimui sumažėjo nuo 5,0 proc. iki 4,3 proc. (16 priedas).

PSDF biudžeto gautų pajamų ir išlaidų už atliktas sveikatos priežiūros paslaugas (pagal išlaidų str. 01-06) 1999-2001 metais duomenys grafiškai pateikti 3 paveiksle.



3 pav. PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų už sveikatos priežiūros paslaugas
1999-2001 m. duomenys tūkst. Lt

Pateikti PSDF biudžeto išlaidų duomenys rodo, kad Valstybinė ligonių kasa 1999 metais apmokėjo tik 90,4 proc. atliktų paslaugų pagal apmokėjimui pateiktas sąskaitas, 2000 metais – 97,4 proc., 2001 metais – 95,2 proc.

Didėja PSDF kreditorinis įsiskolinimas už atliktas paslaugas. PSDF kreditorinis įsiskolinimas už paslaugas 1999-12-31 sudarė 12,3 proc. 2000 metais PSDF biudžeto gautų pajamų, 2000-12-31 - 14,5 proc. 2001 metais PSDF biudžeto gautų pajamų, 2001-12-31 - 19,8 proc. 2002 metais PSDF biudžeto planuojamų 1831585 tūkst.Lt pajamų arba 20,2 proc. planuojamų 1794695 tūkst.Lt išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti.

2002 metais kreditoriniams įsiskolinimams farmacijos įmonėms padengti Valstybinė ligonių kasa gavo penkerių metų trukmės 72 mln.Lt paskolą. PSDF kreditoriniai įsiskolinimai už sveikatos priežiūros paslaugas (pagal išlaidų str. 01-06) 2002-04-01 sudarė 299458 tūkst.Lt, 2002-07-01 – 300722 tūkst.Lt.

Valstybinės ligonių kasos skaičiavimais, PSDF biudžeto išlaidoms 2002 metais lėšų poreikis – 2298537 tūkst.Lt. Įvertinus PSDF biudžeto planuojamas 1831585 tūkst. Lt pajamas, 2002 metais lėšų trūkumas – 466952 tūkst.Lt.

IŠVADOS:

1. Mažėjant PSDF biudžeto pajamoms, nuo 1998 metų mažėja PSDF biudžeto išlaidos sveikatos priežiūrai. Planuojamos 2002 metų PSDF biudžeto išlaidos sveikatos priežiūrai, lyginant su 1998 metų išlaidomis, sudaro 96,9 proc.

Didėjant išlaidoms vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti, mažėjo finansavimas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti. PSDF biudžeto 2002 metais planuojamos išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, lyginant su 1998 metų išlaidomis, sudaro 94,6 proc., išlaidos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo kompensavimui – 82,3 proc.

2. Privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimo tvarka negarantuoja planuojamų PSDF biudžeto pajamų gavimo. PSDF biudžeto pajamų planas 1999 metais įvykdytas 89,5 proc., 2000 metais – 97,3 proc., 2001 metais – 96,6 proc.(neįskaičius SODROS gražintos skolos).

3. PSDF biudžeto pajamos priklauso nuo privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo, valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, dydžio. (*Valstybės kontrolės 2001-10-12 ataskaita Nr.210-15*).

4. Didėjant apdraustųjų valstybės lėšomis skaičiui, patvirtinta valstybės įmoka į Privalomojo sveikatos draudimo fondą už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį 1998-2002 metais sumažėjo nuo 242,5 Lt iki 187,2 Lt. ir neatitinka vidutiniškai vienam šalies gyventojui tenkančių PSDF biudžeto išlaidų sveikatos priežiūrai, kurios 2001 metais sudarė 530,1 Lt.

5. PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymas trikdo atsiskaitymus už atliktas sveikatos priežiūros paslaugas. Valstybinė ligonių kasa pagal apmokėjimui priimtas sąskaitas 1999 metais apmokėjo 90,4 proc. atliktų paslaugų, 2000 metais – 97,4 proc., 2001 metais – 95,2 proc.

6. PSDF kreditorinis įsiskolinimas už sveikatos priežiūros paslaugas didėja ir 2001-12-31 sudarė 362859 tūkst.Lt arba 20,2 proc. 2002 metais PSDF biudžeto planuojamų išlaidų sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti.

7. Planuojant PSDF biudžetą, lėšos kreditoriniams įsiskolinimams nėra numatomos.

8. Lyginant VLK apskaičiuotą lėšų poreikį 2002 metų PSDF biudžeto išlaidoms su planuojamomis pajamomis, lėšų trūkumas – 466952 tūkst.Lt.

SIŪLYMAI:

1. Planuojant PSDF biudžetą, iš papildomų finansavimo šaltinių numatyti lėšas susikaupusiems PSDF biudžeto įsiskolinimams už sveikatos priežiūros paslaugas padengti.

2. Planuojant valstybės biudžetą, valstybės biudžeto įmoka į PSDF biudžetą už apdraustusius, draudžiamus valstybės lėšomis, turi būti apskaičiuota laikantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9,15,32 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymu (2002-07-03 Nr.IX-1022) nustatyto įmokos vienam apdraustajam minimalaus dydžio ir, esant galimybėms, palaipsniui didinama kol įmokos vienam apdraustajam dydis atitiks vidutiniškai vienam šalies gyventojui tenkančias PSDF biudžeto išlaidas sveikatos priežiūrai.

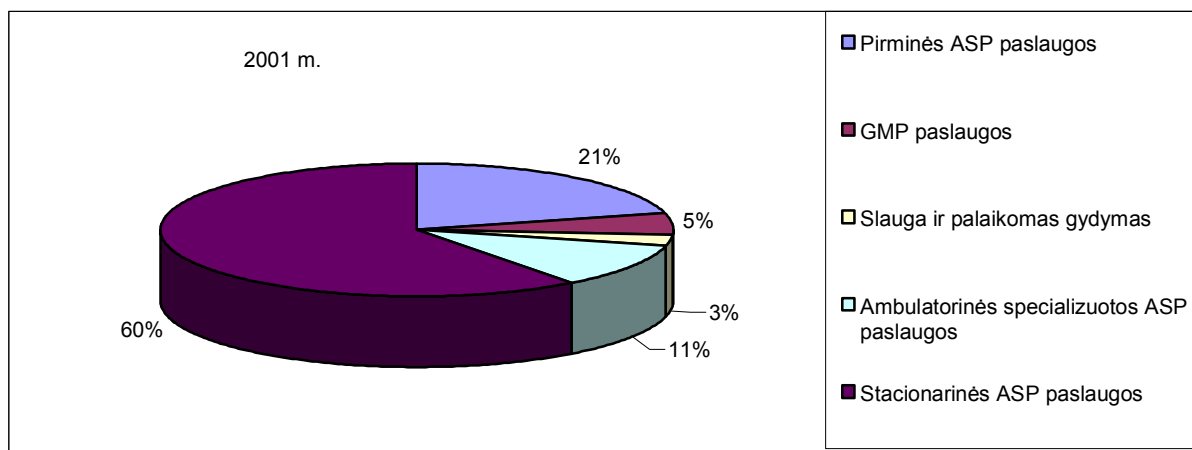
3. Norint užtikrinti stabilias PSDF biudžeto pajamas ir įsipareigojimų vykdymą, pakeisti Seimui pateiktą Sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo įstatymo projektą (2002-08-22 Nr.IXP-597A) numatant:

- a) į PSDF biudžetą pervedamos įmokos vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis, minimalų dydį, nustatytą Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9,15,32 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymu (2002-07-03 Nr.IX-1022);
- b) papildomą PSDF biudžeto finansavimą, negavus planuotų pajamų.

2.3. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS

2.3.1. PSDF biudžeto išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui 2000-2001 metais analizė

PSDF biudžeto išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti sudaro didžiausią PSDF biudžeto išlaidų dalį. Išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti struktūra 2001 metais pateikiama 4 paveiksle.



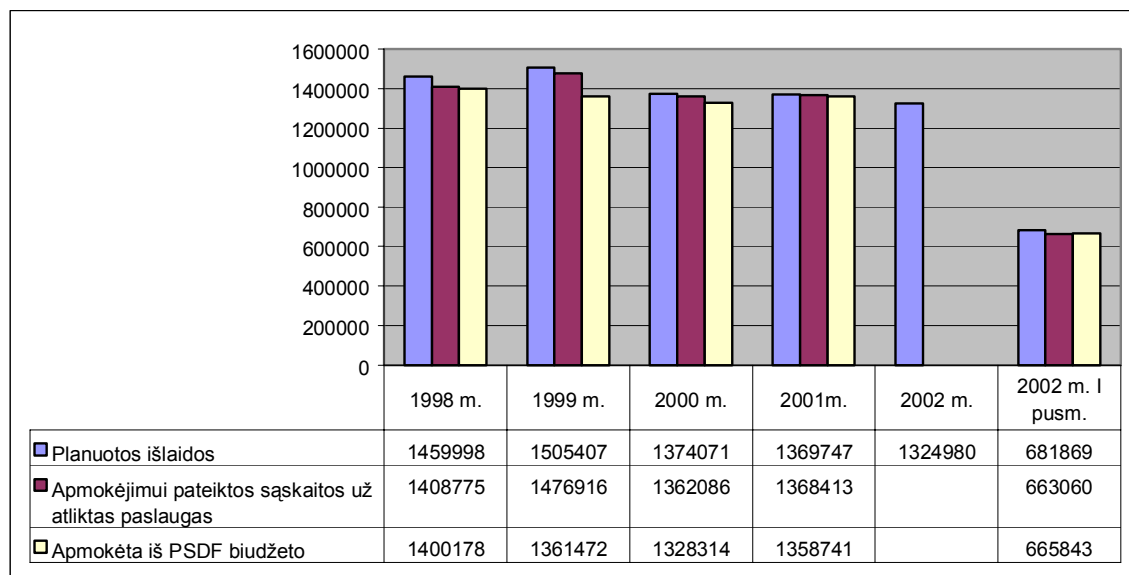
4 pav. PSDF biudžeto išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti struktūra

Didžiausią PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti dalį (60 proc.) sudaro išlaidos už stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Išlaidos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti sudaro 21 proc. visų PSDF biudžeto išlaidų už asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Mažėjant PSDF biudžeto pajamoms, mažėjo PSDF biudžeto planuojamos išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. 2001 metais PSDF biudžeto planuojamos išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, lyginant su 1998 metų planuojamomis išlaidomis, sudarė 93,8 proc., 2002 metais – 90,8 proc. PSDF biudžeto 2002 metams 1324980 tūkst. Lt planuojamos išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, lyginant su 2001 metais, sumažėjo 44767 tūkst.Lt arba 3,3 proc.

Vykdydamos PSDF biudžetą, teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl paslaugų teikimo neviršydamos planuojamų išlaidų. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pateikia teritorinėms ligonių kasoms sąskaitas už atliktas paslaugas neviršydamos sutartyse numatytų limitų. Dėl šių priežasčių PSDF biudžeto faktinės išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti niekada neviršija planuotų išlaidų.

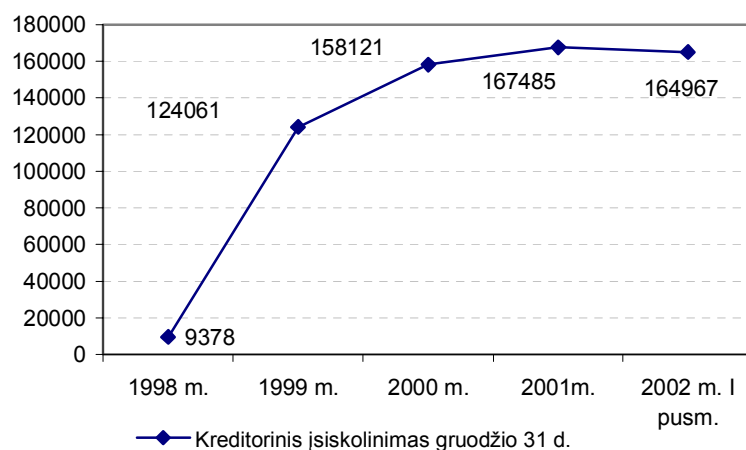
PSDF biudžeto išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti duomenys pateikiami 5 paveiksle.



5 pav. PSDF biudžeto išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti duomenys tūkst.Lt

Valstybinė ligonių kasa 1999 metais apmokėjo 92,2 proc. atliktų asmens sveikatos priežiūros planinių paslaugų, 2000 metais – 97,5 proc., 2001 metais - 99, 3 proc.

Dėl PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymo didėja kreditorinis įsiskolinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Kreditorinio įsiskolinimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas duomenys grafiškai pateikiami 6 paveiksle.

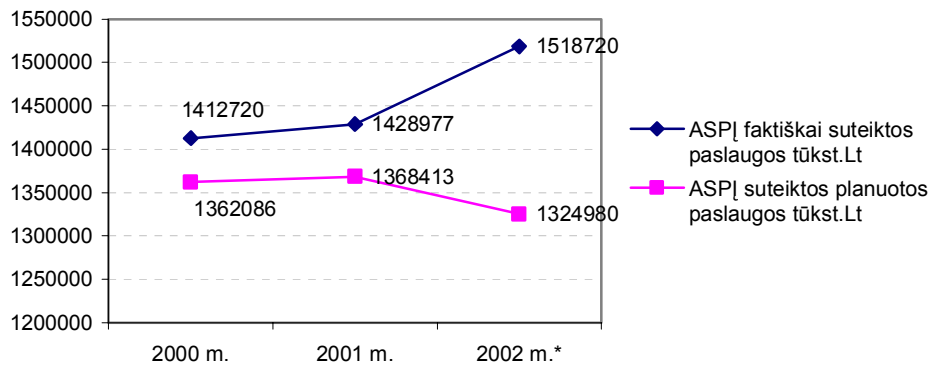


6 pav. PSDF biudžeto kreditorinio įsiskolinimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas duomenys tūkst. Lt

Kreditorinis įsiskolinimas už asmens sveikatos priežiūros paslaugas labai išaugo 1999 metais, kai PSDF biudžetas negavo 214 mln. planuotų pajamų, iš kurių 58,164 mln. Lt - valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų pateiktais duomenimis faktiškai suteiktų paslaugų apimtys viršija sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis numatytus limitus. Faktiškai suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų duomenys 2000 ir 2001 metais pateikiami grafiškai 7 paveiksle. VLK

skaičiavimais PSDF biudžeto išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti poreikis 2002 metais – 1518720 tūkst.Lt.



* planuojamos išlaidos ir lėšų poreikis

7 pav. ASPĮ faktiškai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir pagal sutartis priimtų apmokėjimui sąskaitų duomenys

Skirtumas tarp Valstybinei ligonių kasai pateiktų apmokėti sąskaitų už atliktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir ASPĮ faktiškai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų 2000-2001 metais didėjo. Viršplaninės asmens sveikatos priežiūros paslaugos 2000 metais sudarė 50634 tūkst.Lt arba 3,7 proc. planuotų paslaugų, 2001 metais – 60514 tūkst.Lt arba 4,4 proc. planuotų paslaugų. PSDF biudžeto 2002 metams planuojamos 1324980 tūkst.Lt išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti sudaro tik 87,2 proc. VLK paskaičiuoto lėšų poreikio.

IŠVADOS:

1. Mažėjant PSDF biudžeto pajamoms, mažėja planuojamos PSDF biudžeto išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. PSDF biudžeto 2002 metams 1324980 tūkst. Lt planuojamos išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, lyginant su 1998 metais planuotomis išlaidomis, sudaro 90,8 proc., lyginant su 2001 metais planuotomis išlaidomis – 96,7 proc.

2. 2002 metams planuojamos PSDF biudžeto išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti sudaro tik 87,2 proc. 2002 metams VLK paskaičiuoto lėšų poreikio asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Lėšų trūkumas asmens sveikatos priežiūros paslaugoms – 193740 tūkst.Lt.

3. Dėl PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymo Valstybinė ligonių kasa negali apmokėti už visas atliktas planines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Didėja kreditoriniai įsiskolinimai asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. PSDF 167485,4 tūkst. Lt. kreditorinis įsiskolinimas 2001-12-31 sudarė 12,6 proc. visų 2002 metams planuotų išlaidų asmens sveikatos priežiūros

paslaugoms apmokėti. Planuojant PSDF biudžetą, lėšos praėjusių biudžetinių metų skolų gražinimui nėra numatomos.

4. Asmens sveikatos įstaigų faktiškai suteiktos paslaugos viršija sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis numatytus limitus asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Viršplaninės asmens sveikatos priežiūros paslaugos 2000 metais sudarė 50634 tūkst.Lt arba 3,7 proc. planuotų paslaugų, 2001 metais – 60514 tūkst. Lt arba 4,4 proc. planuotų paslaugų.

5. Dėl PSDF biudžeto ribotų finansinių išteklių sveikatos priežiūros įstaigų 2000-2001 metais suteiktos viršplaninės asmens sveikatos priežiūros paslaugos lieka neapmokėtos. Neapmokėtos viršplaninės paslaugos neigiamai įtakoja sveikatos priežiūros įstaigų finansinę būklę.

2.3.2. Apmokėjimo už asmens sveikatos priežiūros paslaugas 2000 - 2001 metais analizė

Audito metu nagrinėti paslaugų apmokėjimą reglamentuojantys norminiai dokumentai ir PSDF išteklių paskirstymas asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui 2002 metais.

Pastebėjimai

1. *PSDF biudžeto faktinių išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms struktūra 2000-2001 metais nekito. Išlaidos pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugoms sudaro 29 proc. antrinio ir tretinio lygio paslaugoms – 71 proc. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (17 priedas).*

2. *PSDF lėšos pirminei sveikatos priežiūrai, greitosios medicinos pagalbos paslaugoms ir slaugai teritorinėms ligonių kasoms paskirstomos pagal lėšų paskirstymo formulę. Lėšų paskirstymas pagal formulę, įvertinant gyventojų skaičių, užtikrina tolygų paslaugų prieinamumą visoms regioninėms gyventojų grupėms.*

Pagal vieningus kriterijus atskiriems regionams paskirstomos lėšos pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugoms sudaro 29 proc. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugų.

Lėšų paskirstymo formulė ambulatorinėms specializuotoms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms nėra patvirtinta. VLK pateikti 2000 metų duomenys rodo, kad PSDF biudžeto lėšos stacionariniam gydymui pagal pacientų gyvenamąją vietą vienam apskrities gyventojui pasiskirsto netolygiai (18 priedas).

3. *Iš PSDF biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos pagal bazines kainas. To paties lygio sveikatos priežiūros įstaigoms už faktiškai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas apmokama pagal vienodas bazines kainas. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkas bei bazines kainas tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija.*

Už suteiktas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas mokama pagal įrašytą į sąrašą aptarnaujamų gyventojų skaičių patvirtintomis paslaugų bazinėmis kainomis.

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinės bazinės kainos gyventojui yra nustatytos išskiriant keturias amžiaus grupes. Kiekvieno aptarnaujamo kaimo gyventojų paslaugų metinė bazinė kaina didinama 20 balų.

Už suteiktas greitosios medicinos pagalbos paslaugas apmokama atsižvelgiant į GMP brigadų budėjimo valandų skaičių.

Gydytojų specialistų teikiamos paslaugos apmokamos pagal gydytojo specialisto konsultacijos bazines kainas.

Už gydymo stacionare paslaugas mokama vadovaujantis stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų pagal ligos gydymo profilį bazinėmis kainomis.

4. Sveikatos apsaugos ministro 1998-06-18 įsakymu Nr.329 patvirtintos gydytojų specialistų teikiamų kvalifikuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinė kaina, antrinio ir tretinio lygio stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus gydymo profilius: chirurgija III-3, reanimacija, akušerija, psichiatrija, tuberkuliozė) bazinės kainos iki 2002 metų nebuvo peržiūrėtos.

5. Pagal audito metu pateiktus bendro pobūdžio gydymo įstaigų duomenis nuostolingi šie gydymo profiliai: terapija I,II; chirurgija I,II; oftalmologija- otorinolaringologija I; ginekologija I,II; akušerija I,II; reanimacija I-I, I-II, II; dermatovenerologija I; vaikų oftalmologija- otorinolaringologija I.

6. Sveikatos apsaugos ministerijos 1997-06-30 įsakymu Nr.363 patvirtintoje Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodikoje numatyta, kad galiojančios bazinės kainos gali būti tikslinamos priklausomai nuo kiekvienais metais patvirtinto PSDF biudžeto.

Sveikatos apsaugos ministro 1999-10-28 įsakymu laikotarpyje nuo 1999-11-01 iki 2000-07-01 visų iš PSDF biudžeto apmokamų paslaugų (išskyrus slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas) bazinių kainų 1 balas buvo prilygintas 0,95 lito. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2001-12-27 nutarimu Nr.7/2 pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos apmokėjimo koeficientas nustatytas lygus 0,94.

IŠVADOS:

1. PSDF biudžeto faktinių išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms struktūra 2000-2001 metais nekito. Išlaidos pirminio lygio ASP paslaugoms sudarė 29 proc., antrinio ir tretinio lygio ASP paslaugoms –71 proc. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugų.

2. Pagal vieningus kriterijus atskiriems regionams paskirstomos lėšos pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, užtikrina tolygų minėtų paslaugų prieinamumą visoms regioninėms gyventojų grupėms.

3. Lėšų paskirstymas pagal formulę, įvertinant gyventojų skaičių ir patvirtintas bazines kainas, negarantuoja sveikatos priežiūros įstaigoms apskaičiuoto finansavimo už pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Galiojančios bazinės kainos tikslinamos, priklausomai nuo patvirtinto PSDF biudžeto.

4. Bazinės kainos balo mažinimas leidžia subalansuoti perkamas paslaugas ir PSDF biudžeto išlaidas, tačiau neigiamai įtakoja asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansinę būklę.

5. Iš PSDF biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas pagal bazines kainas to paties lygio sveikatos priežiūros įstaigoms garantuoja vienodą apmokėjimą už faktiškai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

6. Dalis Sveikatos apsaugos ministro 1998- 06-18 įsakymu Nr.329 patvirtintų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų iki 2002 metų nebuvo peržiūrėtos ir neatitinka asmens sveikatos priežiūros įstaigų faktinių gydymo sąnaudų.

SIŪLYMAI:

1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos turi būti periodiškai peržiūrimos, atlikus asmens sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų analizę.

2. Siekti kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos vestų sąnaudų pagal ligos gydymo profilius apskaitą. Sveikatos priežiūros įstaigų vedama sąnaudų apskaita leistų tiksliau nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų kainas.

3. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinė kaina turi atitikti sveikatos priežiūros įstaigų suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų faktines išlaidas.

2.3.3. Stebimos problemos sveikatos priežiūros įstaigose

Audito metu išnagrinėti atliktų tikrinimų asmens sveikatos priežiūros įstaigose dokumentai, sveikatos priežiūros įstaigų pateikti 2000 – 2001 metų duomenys bei informacija.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigose stebimos problemos:

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš PSDF biudžeto apmokama už atliktas paslaugas bazinėmis kainomis neviršijant TLK ir gydymo įstaigos sutartyje numatytų lėšų limitų.

2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos privalo teikti būtinąją medicinos pagalbą. Sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis numatyti limitai viršijami. Faktiškai suteiktų paslaugų duomenys 2000 ir 2001 metais pateikiami grafiškai 5 priede. Daugiausia viršyti stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų limitai. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos viršplaninių stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, lyginant su sutartyse numatytomis paslaugų apimtimis, 2000 metais suteikė 42395 tūkst.Lt arba 5,1 proc. daugiau, 2001 metais - 46051 tūkst. Lt arba 5,6 proc. daugiau. Viršplaninės paslaugos lieka neapmokėtos.

3. Siekiant neviršyti sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis numatytų išpareigojimų, buvo ribojamas gydomų ligonių skaičius, ligoninės dirbo nepilnu pajėgumu.

4. Suteikiamų paslaugų struktūroje 2000-2001 metais mažėjo planinės pagalbos dalis.

5. Nuo 1998 metų mažėjo PSDF biudžeto išlaidos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti. Mažėjant finansavimui, mažėjo suteiktų paslaugų ir ligonių, kuriems suteiktos reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugos, skaičius. Per 2001 metus aptarnautų ligonių skaičius, lyginant su 2000 metais, sumažėjo 18 proc.

Vaikų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidos 2000 metais sudarė 15,3 proc., 2001 metais – 14,4 proc. PSDF išlaidų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti.

Palyginus VLK paskaičiuotą 104900 tūkst. Lt lėšų poreikį su planuojamomis 77160 tūkst.Lt išlaidomis, 2002 metais lėšų trūkumas medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti – 27740 tūkst.Lt.

6. Stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose netaikoma Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. 6 d. įteisinta tvarka, pagal kurią apdraustasis, savo iniciatyva pasirinkęs brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, privalo sveikatos priežiūros įstaigai į kasą apmokėti pagal taikomas gydymo metodikas gydytojo skiriamų ir pasirinktų vaistų kainų skirtumą.

Mokamos paslaugos gydymo įstaigose sudaro labai mažą paslaugų dalį (audito metu nagrinėtoje bendro pobūdžio 45 ligoninių grupėje - vidutiniškai 2,5 proc.).

7. Audito metu surinkti bendro pobūdžio ligoninių duomenys rodo, kad 70 proc. duomenis pateikusių ligoninių neveda sąnaudų pagal gydymo profilius apskaitos.

8. Asmens sveikatos gydymo įstaigose išlaidos pagal ligos gydymo profilius apskaičiuotos vidutiniškai vienam ligoniui yra labai skirtingos.

9. Dažnai pacientai savo lėšomis įsigyja medikamentus ir medicinos pagalbos priemones, nepriklausomai nuo to, ar ligos gydymo profilis įstaigai yra nuostolingas ar pelningas.

10. Ne visose gydymo įstaigose apskaitomi pacientų lėšomis įsigyti medikamentai. Tokiu būdu audito metu gydymo įstaigų pateiktos apskaičiuotos sąnaudos pagal ligos gydymo profilius neatitinka visų gydymo išlaidų. Dėl audito metu pateiktų duomenų netikslumo detalesnė sąnaudų pagal ligos gydymo profilius duomenų analizė nebuvo atlikta.

IŠVADOS:

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis nustatytos sveikatos priežiūros paslaugų apimtys yra mažesnės negu realus paslaugų poreikis.

2. Apribojimai paslaugų teikimui sumažina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, neužtikrina pacientui galimybės laiku gauti pilnavertę medicininę pagalbą.

3. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms 2000-2001 metais neapmokant už suteiktas viršplanines sveikatos priežiūros paslaugas, buvo ribojamas gydomų ligonių skaičius, ligoninės dirbo nepilnu pajėgumu. Pacientai priversti savo lėšomis įsigyti vaistus ir medicinos pagalbos priemones.

4. Suteikiamų paslaugų struktūroje 2000-2001 metais mažėjo planinės pagalbos dalis.

5. Stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose neveikia paciento pasirinkto gydymo brangesniais medikamentais išlaidų apmokėjimo tvarka. Pajamos už mokamas sveikatos priežiūros paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaigose sudaro labai mažą pajamų už paslaugas dalį.

SIŪLYMAI:

1. Apsvarstyti galimybes pereiti prie apmokėjimo už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal kiekvienam pacientui išrašytas sąskaitas. Apmokėjimas pagal kiekvienam pacientui faktiškai suteiktas paslaugas leistų optimaliau naudoti PSDF biudžeto lėšas.

2. Parengti detalią Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. numatyto paciento savo iniciatyva pasirinkto gydymo brangesniais medikamentais stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apmokėjimo tvarką.

2.3.4. Priemonės PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti optimizavimui

Sveikatos apsaugos ministro 2001-12-29 įsakymu Nr.696 patvirtinta Stacionarinių paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo bei stacionarinių paslaugų apmokėjimo tvarka. Minėta tvarka, įsigaliojusi 2002 metais, reglamentuoja stacionarių paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimą. Visos stacionarinės paslaugos pagal jų teikimo stacionare pagrįstumą ir poreikio nustatymo kriterijus skirstomos į keturias grupes. Nauja stacionarinių paslaugų apmokėjimo tvarka įteisina diferencijuotą apmokėjimą už paslaugas:

- paslaugos, kurių teikimo stacionare pagrįstumas nekelia abejonių, jų poreikiui negali daryti įtakos paslaugų teikėjai (IA pogrupio paslaugos) apmokamos bazinėmis kainomis;

- paslaugos, kurių teikimo stacionare pagrįstumas nekelia abejonių, jų poreikiui paslaugų teikėjų įtaka yra ribota (IB pogrupio paslaugos) apmokamos indeksuotomis bazinėmis kainomis, tačiau balo vertė bus keičiama atsižvelgiant į suteiktų paslaugų kiekį ir skirtas lėšas;

- paslaugos, kurių poreikio tiksliai nustatyti negalima (II grupės paslaugos) apmokamos bazinėmis kainomis, tačiau viršijus sutartyje numatytą sumą, už operacijas mokama 25 proc. bazinės kainos, už kitas paslaugas – 15 proc. bazinės kainos;

- paslaugos, kurias teikti stacionare netikslinga (trečios grupės paslaugos) apmokamos 50 proc. bazinės kainos. Viršijus sutartyje numatytą sumą už operacijas mokama 25 proc. bazinės kainos, už kitas paslaugas – 15 proc. bazinės kainos.

Pastebėjimai

1. Nauja stacionarinių paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo bei stacionarinių paslaugų apmokėjimo tvarka turėtų skatinti daugiau paslaugų teikti ambulatoriškai, plėtoti dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas. Minėta tvarka turi pagerinti paslaugų prieinamumą sudėtinga patologija sergantiems pacientams.

2. Teritorinėse ligonių kasose pagal naują metinės sumos apskaičiavimo tvarką stacionarinėms paslaugoms skiriamų lėšų suma gydymo įstaigoms, lyginant su 2001 metais, mažėtų nuo 4,5 iki 13,8 proc. (priklausomai nuo teiktų paslaugų struktūros). Lėšos stacionarinėms paslaugoms mažinamos ne per vienerius metus. 2002 metais gydymo įstaigoms skiriamos lėšos stacionarinėms paslaugoms mažėja ne daugiau kaip 10 proc. (kai kurioms gydymo įstaigoms – didėja iki 3,4 proc.).

3. Pagal naują stacionarinių paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarką persikirsčius III grupės stacionarinėms paslaugoms skiriamas lėšas, 8 mln. Lt skirti ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms.

IŠVADOS:

1. Sveikatos apsaugos ministro 2001-12-29 įsakymu Nr.696 patvirtinta Stacionarinių paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo bei stacionarinių paslaugų apmokėjimo tvarka, įsigaliojusi 2002 metais, įteisino diferencijuotą stacionarinių paslaugų apmokėjimą, priklausomai nuo paslaugos teikimo stacionare tikslingumo.

2. Pagal naujai įsigaliojusią Stacionarinių paslaugų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarką gydymo įstaigoms apskaičiuotos lėšos stacionarinėms paslaugoms 2002 metams mažėja priklausomai nuo teiktų paslaugų struktūros ir teikiamų paslaugų sudėtingumo.

3. Nauja stacionarinių paslaugų apmokėjimo tvarka pablogins stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurių teikiamų paslaugų struktūroje vyrauja stacionarinės paslaugos, priskiriamos III grupei, finansinę būklę.

4. Nauja stacionarinių paslaugų apmokėjimo tvarka numato dalinį gydymo įstaigų suteiktų viršplaninių paslaugų apmokėjimą.

2.4. PSDF BIUDŽETO IŠLAIDOS VAISTŲ IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ ĮSIGIJIMUI KOMPENSUOTI

2.4.1. Teisinė bazė

Audito metu išnagrinėti kompensuojamų vaistų sąrašų sudarymą ir kainodarą reglamentuojantys norminiai dokumentai, galiojantys 2000 - 2001 metais, Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymai dėl kompensuojamų vaistų sąrašų tikslinimo, Kompensuojamų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos protokolai.

Pastebėjimai

1. *Ligų, įrašomų į sąrašą, kriterijai įvardinti Sveikatos apsaugos ministerijos 1998-05-28 įsakymu Nr.281 patvirtintoje Vaistų, kurių išlaidos ar jų dalis ambulatorinio gydymo metu, medicinos pagalbos priemonių bei ligų, kurių ambulatorinio gydymo išvardintais vaistais išlaidos 100 proc.kompensuojamos iš PSDF lėšų, sąrašų keitimo tvarkoje.*

2. *Pagrindiniai vaistų įrašymo į kompensuojamųjų vaistų sąrašus ir išbraukimo iš jų kriterijai patvirtinti Kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos (pirmininkas – G.Viskaitis) 1999-08-18 posėdyje.*

3. *2000-2001 metais galiojusius Ligų ir kompensuojamų vaistų sąrašus, patvirtintus 2000-01-28 Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr.49, rengė ir derino 1999-01-15 Sveikatos apsaugos ministerijos sekretorės (R.Baranauskienės) potvarkiu Nr.9P prie Vaistų politikos departamento sudaryta kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisija (pirmininkas G.Viskaitis) , Sveikatos apsaugos ministro ir VLK direktoriaus 1999-07-13 įsakymu Nr. 75/327 sudaryta darbo grupė (pirmininkė J.Garšvienė), Sveikatos apsaugos ministro ir VLK direktoriaus 1999-11-25 įsakymu Nr.511/110 sudaryta papildoma komisija ligų ir kompensuojamų vaistų sąrašų (A ir B sąrašų) parengtiems projektams apibendrinti (pirmininkas G.Barčys). Minėtus sąrašus, PSD tarybos teikimu, patvirtino Sveikatos apsaugos ministras R.Alekna.*

4. *Kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos sudėtis 2000-2001 metais buvo atnaujinama, pasikeitus Sveikatos apsaugos ministrui bei atsakingiems ministerijos pareigūnams. Ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos darbo reglamentas patvirtintas tik 2002-01-15 Sveikatos apsaugos ministro K.R.Dobrovolskio įsakymu Nr.22.*

5. *Kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisija nepriima galutinio sprendimo, o tik įvertinusi pateiktus duomenis, siūlymą apie vaisto ar ligos, kurių gydymui vartojami kompensuojamieji vaistai, įrašymą, apribojimą ar išbraukimą, pateikia svarstyti PSD tarybai.*

Pagal 1999- 2000 metų posėdžių protokolus Kompensuojamų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos sprendimai buvo priimami komisijos narių bendru susitarimu. Komisijos posėdžių

protokolus pasirašydavo kompensuojamų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos pirmininkas ir sekretorė.

6. Pagal iki 2002-04-13 galiojusią Vaistų, kurių išlaidos ar jų dalis ambulatorinio gydymo metu, medicinos pagalbos priemonių bei ligų, kurių ambulatorinio gydymo išvardintais vaistais išlaidos 100 proc. kompensuojamos iš PSDF lėšų, sąrašų keitimo tvarką informacija apie Kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos priimtus sprendimus dėl vaistų įtraukimo į kompensuojamų vaistų sąrašus nebuvo viešai skelbiama.

7. Lemiamą sprendimą kompensuojamų vaistų sąrašų keitimo procese priima PSD taryba. Nutarimai priimami balsų dauguma. Protokolus pasirašo PSD tarybos pirmininkas ir sekretorė.

8. Sveikatos apsaugos ministro 2000-08-12 įsakymu Nr. 459 patvirtintos Vaistų, vaistinių medžiagų ir vaistinės asortimento prekių kainų nustatymo ir taikymo tvarkos 10-12 punktuose numatyta, kad didmeninės ir mažmeninės vaistų prekybos antkainius nustato Farmacijos departamentas, atsižvelgdamas į vaistų didmeninės prekybos įmonių bei vaistinių atitinkamo laikotarpio ūkinės – finansinės veiklos rodiklius. Prekybinius antkainius tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija. Prekybiniai antkainiai peržiūrimi vieną kartą per metus. Farmacijos departamento pateiktomis duomenimis (2002-03-21 Nr.01-09-0176), Sveikatos apsaugos ministerijos 1995-06-30 įsakymu Nr.343 patvirtinti prekybiniai antkainiai kompensuojamiems vaistams iki 2002 metų nebuvo peržiūrėti.

9. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000-01-24 nutarimu Nr.84 patvirtintos Kompensuojamų vaistų bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos 8 p. buvo numatyta, kad vaistus, įrašytus Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintame Kompensuojamųjų vaistų bazinių kainų kainyne, galima parduoti tik kainyne nustatytais mažmeninėmis kainomis. Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2001-12-22 nutarimu Nr.1595 pakeitė minėtą 8 punktą sekančiais: “Kompensuojamuosius vaistus, įrašytus Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintame kompensuojamųjų vaistų bazinių kainų kainyne, galima parduoti vaistinėse ne didesnėmis už nustatytąsias kainyne mažmeninėmis kainomis. Nekompensuojamoji vaisto kainos dalis gali būti kompensuojama labdaros ir paramos teikėjų, vaistų gamintojų, tiekėjų, kitų įmonių ir organizacijų lėšomis”.

IŠVADOS:

1. Sveikatos apsaugos ministerijos 1998-05-28 įsakymu Nr.281 patvirtintoje Vaistų, kurių išlaidos ar jų dalis ambulatorinio gydymo metu, medicinos pagalbos priemonių bei ligų, kurių ambulatorinio gydymo išvardintais vaistais išlaidos 100 proc. kompensuojamos iš PSDF lėšų, sąrašų keitimo tvarkoje, galiojusioje iki 2002-04-13, nebuvo numatyta: a) Kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos narių ir PSD tarybos narių asmeninė atsakomybė už priimtus sprendimus,

b) Kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos priimtų sprendimų dėl vaistų įtraukimo į kompensuojamųjų vaistų sąrašus viešas skelbimas.

2.Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000-01-24 nutarimu Nr.84 patvirtinta Ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų, kompensuojamų iš PSDF biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos 8 punkto nuostata, galiojusi iki 2001-12-22, numatanti, kad kompensuojamus vaistus galima parduoti tik Kompensuojamųjų vaistų bazinių kainų kainyne nustatytais kainomis, riboja farmacijos įmonių teisę mažinti kompensuojamųjų vaistų mažmenines kainas ir buvo ekonomiškai nenaudinga PSDF biudžetui bei apdraustiesiems.

3.Nesilaikant Sveikatos apsaugos ministro 2000-08-12 įsakymu Nr.459 patvirtintos Vaistų, vaistinių medžiagų ir vaistinės asortimento prekių kainų nustatymo ir taikymo tvarkos nuostatų, kad prekybiniai antkainiai peržiūrimi vieną kartą per metus, Sveikatos apsaugos ministerijos 1995-06-30 įsakymu Nr.343 patvirtinti prekybiniai antkainiai kompensuojamiems vaistams iki 2002 metų nebuvo peržiūrėti. Taigi nebuvo siekiama galimais administraciniais svertais ekonomiškai naudoti PSDF biudžeto lėšas.

2.4.2. PSDF biudžeto išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti analizė

PSDF biudžeto išlaidų kompensuojamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti duomenys (išlaidų str. 02, neįskaitant centralizuotai perkamų vaistų) pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė

PSDF biudžeto išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti

mln. Lt

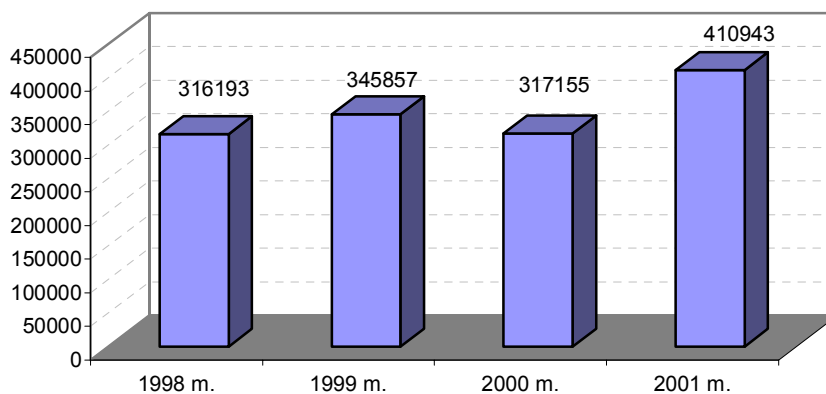
Duomenys	1997 m.	1998 m.	1999 m.	2000 m.	2001 m.	2002 m.
Planuotos išlaidos	98,8	322,5	320,0	309,2	259,2	326,4
Faktinės išlaidos	108,1	324,4	355,6	321,6	385,9	
Apmokėta iš PSDF biudžeto	86,2	318,2	296,6	307,4	307,4	

Už centralizuotai perkamus vaistus iš PSDF biudžeto apmokėta 2000 metais 7,824 mln. Lt, 2001 metais – 37,725 mln.Lt (2001 metais planuota – 48 mln.Lt, 2000 metais nebuvo planuota).

Išnagrinėjus VLK pateiktas PSDF biudžeto vykdymo apyskaitas, nustatyta, kad planuojamos PSDF biudžeto išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti (pagal išlaidų straipsnio kodą 02, neįskaitant centralizuotai perkamų vaistų) 1998 – 2001 metais mažėjo ir 2001 m. sudarė 259252 tūkst. Lt arba 80,4 proc. 1998 metais planuotos sumos. Faktinės PSDF biudžeto išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti (pagal išlaidų straipsnio kodą 02, neįskaitant centralizuotai perkamų vaistų) 1998 –2001 metais didėjo ir 2001 m.

sudarė 385933 tūkst. Lt arba 111,4 proc. 1998 metų faktinių išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti.

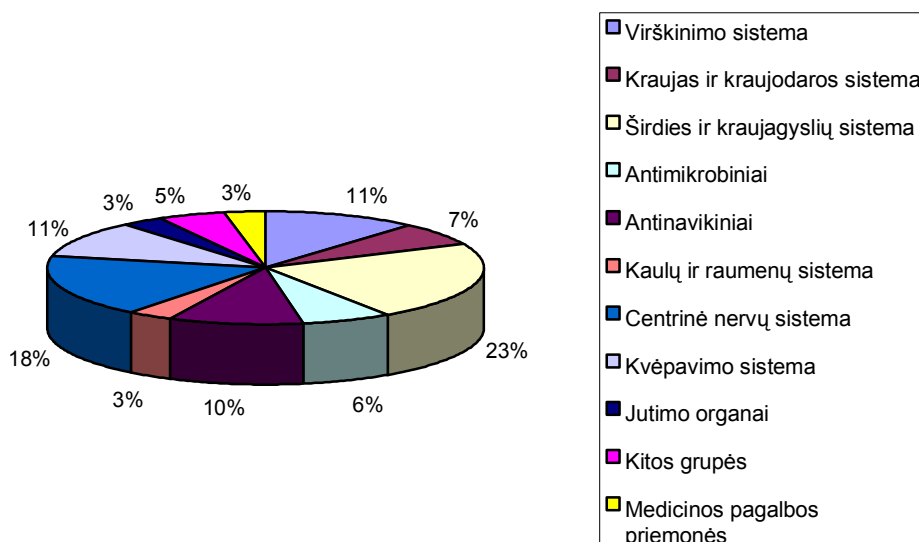
Audito metu buvo nagrinėti VLK pateikti vaistų ir medicinos pagalbos priemonių faktinių kompensavimo išlaidų 2000-2001 metais duomenys. Kompensacijų už apdraustiesiems išduotus vaistus ir medicinos pagalbos priemones faktinių išlaidų 1998-2001 metais duomenys, įvertinus centralizuotai pirktus vaistus ir neįskaičius išlaidų gydomajam diabetikų maitinimui kompensuoti, pateikti grafiškai 8 paveiksle.



8 pav. Kompensacijų už apdraustiesiems išduotus vaistus ir medicinos pagalbos priemones faktinės išlaidos tūkst.Lt

Faktinės išlaidos vaistų kompensavimui 2000 metais sudarė 317155 tūkst.Lt, 2001 metais – 410943 tūkst.Lt. 2001 metais faktinės išlaidos vaistų kompensavimui, lyginant su 2000 metais, padidėjo 93788 tūkst.Lt arba 29,6 proc.

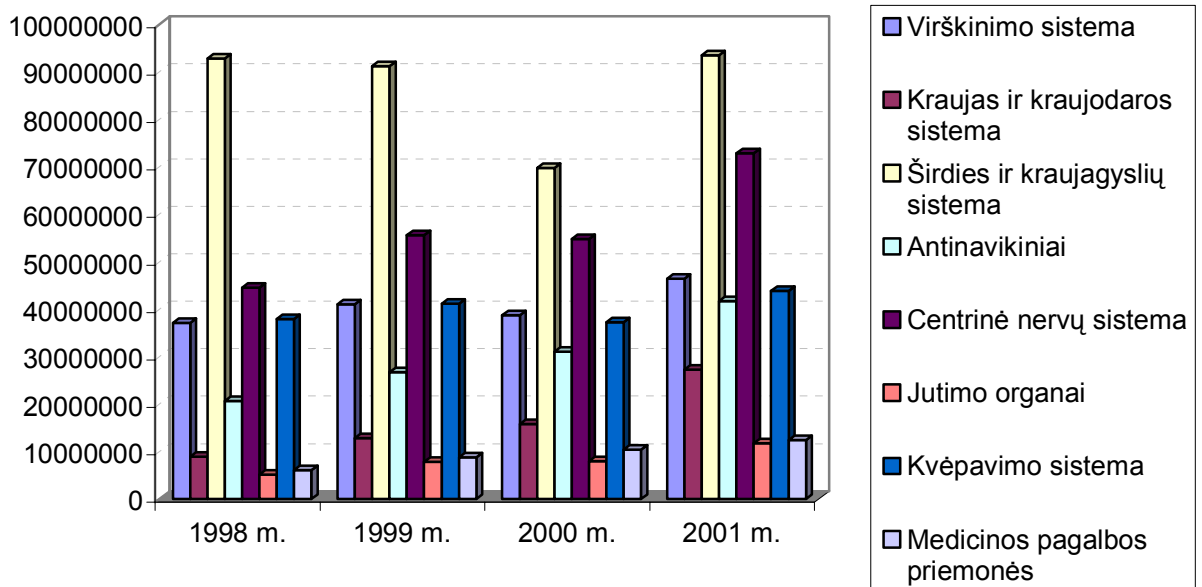
2001 metų PSDF biudžeto išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti paskirstymas pagal kompensuojamųjų vaistų grupes pateikiamas grafiškai 9 paveiksle.



9 pav. Išlaidų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti paskirstymas pagal kompensuojamųjų vaistų grupes

Didžiausią 2001 metų PSDF išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti dalį sudaro širdies ir kraujagyslių sistemą veikiančys vaistai (23 proc.), centrinę nervų sistemą veikiančys vaistai (18 proc.), virškinimo ir kvėpavimo sistemą veikiančys vaistai (po 11 proc.), antinavikiniai vaistai (10 proc.).

Didžiausių kompensuojamų vaistų grupių kompensavimo išlaidų pokyčiai 1998-2001 metais pateikiami grafiškai 10 paveiksle.

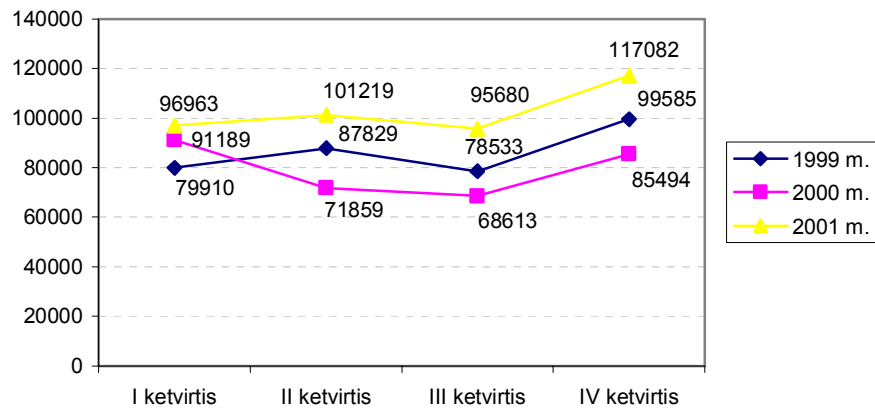


10 pav. Didžiausių kompensuojamų vaistų grupių kompensavimo išlaidos 1998-2001 metais.

Visų didžiausių kompensuojamų vaistų grupių kompensavimo išlaidos 2001 metais lyginant su 1998 metais didėjo. Kraują ir kraujodaros sistemą veikiančių vaistų kompensavimo išlaidos 2001 metais lyginant su 1998 metais padidėjo 3 kartus (1998 m. – 8,94 mln.Lt, 2001 m. – 27,29 mln.Lt), antinavikinių vaistų – 2 kartus (1998 m. - 20,63 mln. Lt, 2001 m. - 41,76 mln. Lt), centrinę nervų sistemą veikiančių vaistų - 1,6 karto (1998 m. – 44,47 mln. Lt, 2001 m. – 72,80 mln. Lt).

Audito metu išnagrinėti 2000 metų Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymai dėl 2000- 01-28 įsakymu Nr.49 patvirtinto Ligų ir kompensuojamų vaistų joms gydyti sąrašo papildymo, Kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisijos (pirmininkas G.Barčys) protokolai, į sąrašą naujai įtraukiamų vaistų išlaidų VLK pateikti skaičiavimai, faktinės išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimui. Atlikta VLK pateiktų PSDF išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti faktinių išlaidų 1999 - 2001 metais analizė.

Kompensacijų už apdraustiesiems išduotus vaistus ir medicinos pagalbos priemones faktinių išlaidų 1999-2001 metais duomenys, įvertinus centralizuotai pirktus vaistus ir neįskaičius išlaidų gydomajam diabetikų maitinimui kompensuoti, pateikti grafiškai 11 paveiksle.



11 pav. Kompensacijų už apdraustiesiems išduotus vaistus ir medicinos pagalbos priemones faktinės išlaidos tūkst.Lt

PSDF biudžeto išlaidos vaistų kompensavimui 2000 metų II-IV ketvirčiais, lyginant su 1999 metų tuo pačiu laikotarpiu, sumažėjo vidutiniškai 15 procentų. 2001 metais faktinės išlaidos vaistų kompensavimui pradėjo sparčiai didėti ir lyginant su 2000 metų tais pačiais laikotarpiais sudarė: I ketv. –106,3 proc., II ketv.- 140,9 proc., III ketv.- 139,4 proc., IV ketv.- 136,9 proc.

Pastebėjimai

1. Sveikatos apsaugos ministerijos 2000-01-28 įsakymu Nr.49 (ministras R.Alekna) patvirtinus naują Ligų ir kompensuojamų vaistų sąrašą, iš kurio buvo išbraukta 11 vaistų (įtraukti 75 vaistai), bei Kompensuojamų vaistų sąrašą, iš kurio buvo išbraukti 74 vaistai (įtraukti 4 vaistai), PSDF išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimui pradėjo mažėti ir 2000 metų gale sudarė 317155 tūkst.Lt arba 91,7 proc. 1999 metų išlaidų.

2. Minėtas Ligų ir kompensuojamų vaistų sąrašas 2000 metais Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymais (ministras R.Alekna) buvo papildytas, įtraukiant 17 naujų vaistų. Kompensuojamų vaistų tikslinimo komisijai, svarstant vaisto įtraukimo į sąrašus klausimą, VLK pateikdavo vaisto kompensavimo išlaidų skaičiavimus. Prognozuoti kokią rinkos dalį užims naujai į sąrašą įtraukiamas vaistas ir kokios bus jo kompensavimo išlaidos sudėtinga, nes kompensuojamų vaistų išrašymas yra individualus kiekvienam pacientui ir nebuvo reglamentuojamas patvirtintomis diagnostikos ir gydymo metodikomis.

3. Į ligų ir kompensuojamų vaistų sąrašą 2000 metais papildomai įtrauktų 17 vaistų kompensavimo išlaidos 2000 metais sudarė 15035 tūkst.Lt, 2001 metais – 41145 tūkst. Lt (19 priedas). Į kompensuojamų vaistų sąrašus įtraukiant naujus vaistus, papildomos lėšos PSDF biudžete nebuvo numatomos.

4. 2001 metais faktinės išlaidos vaistų kompensavimui pradėjo sparčiai didėti. PSDF biudžeto 2001 metų faktinės 410943 tūkst.Lt išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti viršijo 2000 metų faktines 317155 tūkst.Lt išlaidas 29,6 proc. Receptų kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms skaičius 2001 metais, lyginant su 2000 metais, padidėjo 5,3 proc., vidutinė kompensavimo suma tenkanti vienam receptui - padidėjo nuo 31,22 Lt iki 38,42 Lt arba 23,0 proc. (20 priedas).

5. 2002 metų I ketv. 115072 tūkst.Lt faktinės išlaidos, lyginant su 2001 metų I ketv. išaugo 18,7 proc. ir 32479 tūkst.Lt arba 39,3 proc. viršijo I ketvirčiui planuotas 82593 tūkst.Lt išlaidas vaistų kompensavimui.

6. VLK skaičiavimais PSDF biudžeto išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti poreikis 2002 metais – 408450 tūkst.Lt. PSDF biudžeto 2002 m. planuojamos 326369 tūkst.Lt išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti sudaro 79,9 proc. lėšų poreikio. Lyginant planuojamas išlaidas su VLK apskaičiuotu poreikiu, galimas lėšų trūkumas vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti – 82081 tūkst.Lt.

Išlaidų didėjimą sąlygoja objektyvūs ir subjektyvūs veiksniai. PSDF išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti didėjimo priežastys nagrinėjamos sekančiame skirsnyje.

IŠVADOS:

1. Nėra patvirtintos metodikos planuojamų išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti apskaičiavimui.

2. Tvirtinant 2001 ir 2002 metų PSDF biudžetą, išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti numatytos, neatsižvelgiant į faktines praėjusių metų išlaidas ir į išlaidų didėjimo tendencijas. PSDF biudžeto 2002 metams planuojamos 326369 tūkst.Lt išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti sudaro 79,9 proc. VLK apskaičiuoto lėšų poreikio.

3. 2001 metais didėjo išrašomų receptų kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms skaičius ir vidutinė kompensavimo suma, tenkanti vienam receptui. Papildant Ligų ir kompensuojamų vaistų sąrašą, PSDF biudžete papildomos lėšos išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti nebuvo numatytos.

SIŪLYMAI:

1. Papildant Ligų ir kompensuojamų vaistų sąrašą, PSDF biudžete turi būti numatomos papildomos lėšos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo išlaidoms. (Buvo siūlyta Valstybės kontrolės 2001-10-12 ataskaitoje Nr.210-15).

2. Svarstyti galimybę palaipsniui atsisakyti kompensuojamų vaistų sąrašo ir pradėti kompensuoti ligos gydymo išlaidas. Ligos gydymas gali būti kompensuojamas tam tikra konkrečia suma arba nustatant valstybės padengiamą tam tikrą dalį jos gydymui būtinų išlaidų.

3. Planuojant PSDF išlaidas vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuoti turėtų būti atsižvelgta: a) į pacientų, kuriems išrašomi kompensuojami vaistai, skaičių; b) jiems diagnozuotas ligas; c) ligos gydymo kainą; d) į naujus ligų, įtrauktų į A sąrašą, diagnozavimo atvejus.

2.4.3. PSDF įskolinimų už kompensuojamus vaistus 2001 metais didėjimas, jo priežastys

PSDF biudžeto išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti (str. kodas 02) kreditorinio įsiskolinimo duomenys pateikti 4 lentelėje.

4 lentelė

PSDF išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti kreditorinio įsiskolinimo 1997-2001 metais duomenys, mln.Lt

Duomenys	1997 m.	1998 m.	1999 m.	2000 m.	2001 m.
Įsiskolinimas dėl planuojamų išlaidų viršijimo	9,3	1,9	35,6	12,4	126,6
Įsiskolinimas dėl PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymo	12,6	4,3	23,4	1,8	-43,0
Einamųjų metų įsiskolinimas	21,9	6,2	59,0	14,2	83,6
Bendra įsiskolinimų suma metų gale	21,9	28,1	87,1	101,3	184,9

PSDF biudžeto faktinės išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti kiekvienais metais viršija planuojamas PSDF išlaidas. Didžiausios PSDF biudžeto išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti einamųjų metų kreditorinio įsiskolinimo sumos susidarė 1999 ir 2001 metais.

Pagrindinės įsiskolinimų susidarymo priežastys yra PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymas ir planuojamų išlaidų viršijimas. Įsiskolinimas dėl planuojamų išlaidų viršijimo 2001-01-01 sudarė 59,2 mln.Lt arba 58,4 proc. bendros 101,3 mln.Lt įsiskolinimo sumos. Įsiskolinimas dėl PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymo 2001-01-01 sudarė 42,1 mln. Lt arba 41,6 proc. bendros 101,3 mln.Lt įsiskolinimo sumos.

2001 metais faktinės išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti viršijo planuotas 126,6 mln. Lt. Į PSDF biudžetą sugrąžinus 1999 metų SODROS 54,461 mln. Lt skolą, einamųjų metų kreditorinis įsiskolinimas už kompensuojamus vaistus 2001 metais sumažintas iki 83,6 mln.Lt.

PSDF biudžeto išlaidų vaistų ir medicinos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimui (išlaidų str. 02) kreditorinis įsiskolinimas 2001-01-01 sudarė 101323,7 tūkst.Lt, 2001-12-31 - 184919,3 tūkst. Lt (iš jų išlaidų gydomajam diabetikų maitinimui kompensuoti kreditorinis įsiskolinimas – 118,4 tūkst. Lt).

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2002 m. kovo 15 d. nutarimu Nr.363 sutiko, kad VLK vykdytų viešąjį pirkimą iš vienintelio šaltinio – imtų iš banko “Norddeutsche Landesbank Girozentrale” Vilniaus skyriaus iki penkerių metų trukmės 72 mln. litų paskolą įsiskolinimams farmacijos įmonėms gražinti.

VLK pateiktais duomenimis, gavus minėtą paskolą, vaistinėms gražinta 71145,13 tūkst. Lt. Įvertinus kreditorinio įsiskolinimo pokyčius per 2002 metų pirmą pusmetį, PSDF biudžeto išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti kreditorinis įsiskolinimas 2002-07-01 sudarė 123827,7 tūkst. Lt (įskaičius išlaidų gydomajam diabetikų maitinimui kompensuoti kreditorinį įsiskolinimą – 124206,4 tūkst.Lt).

Audito metu buvo išnagrinėtos Sveikatos apsaugos ministro ir Valstybinės ligonių kasos direktoriaus 2001-11-26 įsakymu Nr.615/123 sudarytų 5 tarpžinybinių komisijų tikrinimų gydymo įstaigose dokumentai. Apibendrintai pateikiami pagrindiniai tikrinimo metu nustatyti kompensuojamų vaistų receptų išrašymo ir gydymo trūkumai:

1. Gydytojai asmens sveikatos istorijose nepakankamai motyvuoja konkretaus vaisto parinkimą;
2. Neužtikrinamas informacijos apie paciento gydymą perdavimas toje pačioje įstaigoje ir tarp skirtingų gydymo įstaigų;
3. Dubliuojamas kelių gydytojų tų pačių kompensuojamų vaistų išrašymas;
4. Vaistai išrašomi ne pagal indikacijas;
5. Vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymo 9 str. 3 punktu, 3formos receptai išrašomi pagal paciento socialinę grupę;
6. Viršijamas kompensuojamų vaistų išrašymo kiekis gydymo kursui;
7. Netinkamai parenkami vaistai farmakoterapinėje grupėje;
8. Skiriamos neracionalios dozavimo schemas, nemotyvuoti vaistų deriniai;
9. Gydytojai neseka anksčiau išrašytų ir nesuvaldytų vaistų likučių;
10. Vidinis racionalios farmakoterapijos auditas gydymo įstaigose yra nevykdomas arba nepakankamai efektyvus.

Kita stebima problema – vaistinių kompensacijų gavimo teisėtumo kontrolė. Sveikatos apsaugos ministerijos 1997-12-04 įsakymu Nr.650 patvirtintoje Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių išlaidos arba jų dalis ambulatorinio gydymo metu kompensuojamos iš PSDF

biudžeto lėšų, kompensavimo tvarkoje numatyta, kad vaistinės apskaito kompensuojamuosius vaistus bei medicinos pagalbos priemones ir sutartyje su TLK nustatytais terminais pateikia sąskaitas TLK. Kartu vaistinės pateikia detalizuotą ataskaitą apie išduotus draudžiamiesiems kompensuojamuosius vaistus bei medicinos pagalbos priemones. VLK ir TLK turi teisę kontroliuoti kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išdavimo vaistinėse tvarką, asortimentą bei kompensacijų gavimo teisėtumą.

Audito metu išnagrinėti VLK pateikti 1998 m. spalio- lapkričio mėnesiais atliktų vaistinių tikrinimų dokumentai. Pažeidimų pobūdis – vaistinės TLK pateikia apmokėjimui kompensuojamų vaistų už didesnes sumas, nei turi jų įsigijimą liudijančių dokumentų (sąskaitų – faktūrų). Pažeidimams pašalinti 1999 metais buvo įvesta privaloma kasos aparatų naudojimo vaistinėse tvarka.

1999-2001 metais atliktų tikrinimų rezultatai pateikiami lentelėje:

Duomenys	1999 m.	2000 m.	2001 m.
Vaistinių tikrinimų skaičius	382	195	246
Neteisėtai pateikta apmokėti tūkst.Lt	1061,6	163,7	50,6

2002 m. sausio 1 d. Lietuvoje veikė 1280 vaistinių ir jų filialų. VLK atliktų tikrinimų skaičius nėra didelis. 2001 metais tikrinimų metu nustatytos TLK apmokėjimui neteisėtai pateiktos sumos, lyginant su 1999 metais, sumažėjo 21 kartą.

Audito metu nagrinėtos PSDF įsiskolinimų už kompensuojamus vaistus 2001 metais didėjimo priežastys.

Pastebėjimai

1. PSDF išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti 101,3 mln. Lt kreditorinis įsiskolinimas 2001-01-01 sudarė 39 proc. 2001 metams planuojamų 259,252 mln. Lt išlaidų vaistų kompensavimui, 184,9 mln. Lt kreditorinis įsiskolinimas 2002-01-01 sudarė 56,6 proc. 2002 metams planuojamų 326,369 mln. Lt išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti.

2. Pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996-11-29 nutarimu Nr.1426 patvirtintą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisykles, rengiant PSDF biudžeto projektą, išlaidų straipsniuose atskirai nebuvo numatomos išlaidos kreditoriniam įsiskolinimui padengti. (PSDF biudžeto planavimo problemos buvo išnagrinėtos Valstybės kontrolės 2001-10-12 ataskaitoje Nr.210-15).

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2002 m. sausio 7 d. nutarimu Nr.5 patvirtino Kreditorinio įsiskolinimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir vaistinėms grąžinimo tvarką, kurioje numatyta, kad rengiant PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektą, išlaidų straipsniuose "Išlaidos

asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti” ir “Išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti” pagal atskirus kodus nurodomos išlaidos, numatytos kreditoriniam įsiskolinimui padengti.

3. Pagrindinės įsiskolinimų susidarymo priežastys yra PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymas ir planuojamų išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti viršijimas.

4. Faktinės išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti didėja dėl objektyvių ir subjektyvių priežasčių:

a) Lietuvos sveikatos informacijos centro pateiktais duomenimis 2001 metais padidėjo užregistruotų susirgimų skaičius hipertenzinėmis ligomis, cukriniu diabetu, astma, šizofrenija, afekciniais susirgimais, epilepsija, glaukoma.

b) Ekonominiai veiksniai verčia žmones daugiau reikšmės teikti savo sveikatai. Vaistų vartojimas, siekiant gyvenimo kokybės, yra teigiamas procesas;

c) Atsiranda naujų vaistų. Patentiniai vaistai yra brangesni. 2001 metais kompensavimo suma tenkanti vienam receptui padidėjo 7,2 Lt. Šis pabrangimas, skaičiuojant 2000 metų lygyje, padidino 2001 metų PSDF išlaidas vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti 73122 tūkst. Lt;

d) 2001 metais padidėjo išrašytų receptų kompensuojamiems vaistams skaičius, ko pasekoje išlaidos, lyginant su 2000 metais, padidėjo 20746 tūkst. Lt;

e) Į Kompensuojamų vaistų sąrašus įtraukiami nauji vaistai, PSDF biudžete nenumatant papildomų išlaidų jų kompensavimui. Kaip minėta ankstesniame skyriuje, naujai į sąrašus įtrauktų vaistų kompensavimo išlaidos 2001 metais sudarė 41145 tūkst.Lt;

f) Kompensuojamų vaistų išrašymas nebuvo reglamentuotas ligų, kurios gydomos kompensuojamais vaistais, diagnostikos ir gydymo metodikomis. Tikrinant nustatyta, kad kompensuojami vaistai ne visada išrašomi pagrįstai;

g) Iki 2002 metų asmens sveikatos priežiūros įstaigoms sutartyse su TLK numatyti limitai kompensuojamų vaistų išrašymui buvo rekomendacinio pobūdžio;

h) Vaistinės VLK pateikia detalizuotą ataskaitą apie išduotus vaistus ir medicinos pagalbos priemones magnetinėse laikmenose. Kadangi ASPĮ neteikia duomenų apie išrašytus kompensuojamus vaistus, patikrinti vaistinių pateiktų duomenų teisingumą galima tik atliekant tikrinimus. Tikrinant nustatyti vaistinių neteisėtai TLK pateiktų apmokėjimų už kompensuojamus vaistus atvejai.

IŠVADOS:

1. PSDF biudžeto planuojamos išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti neatitinka realaus poreikio. PSDF biudžeto faktinės išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti kiekvienais metais viršija planuojamas PSDF išlaidas.

2. PSDF išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti kreditorinis įsiskolinimas 1997-2001 metais didėjo ir 2002-01-01 sudarė 184,9 mln.Lt arba 56,6 proc. 2002 metams planuojamų išlaidų.

3. Pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996-11-29 nutarimu Nr.1426 patvirtintas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisykles, rengiant PSDF biudžeto projektus, nenumatomos išlaidos kreditoriniam įsiskolinimui.

4. Pagrindinės įsiskolinimų susidarymo priežastys yra PSDF biudžeto pajamų plano nevykdymas ir planuojamų išlaidų viršijimas.

5. PSDF biudžeto faktinės išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti didėja dėl objektyvių ir subjektyvių priežasčių.

6. Nebuvo sukurta priemonių sistema, leidžianti derinti išrašomų vaistų kompensavimo išlaidas su skirtais ištekliais. (Iki 2002 metų asmens sveikatos priežiūros įstaigoms sutartyse su TLK numatyti limitai kompensuojamų vaistų išrašymui buvo rekomendacinio pobūdžio).

SIŪLYMAI:

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose stiprinti racionalios farmakoterapijos audita.
2. Numatyti gydytojo asmeninę atsakomybę už nepagrįstą ir neracionalų kompensuojamųjų vaistų išrašymą.
3. Užtikrinant vaistinių apmokėjimui pateikiamų duomenų teisingumą, siekti, kad VLK patikrinimai vaistinėse būtų atliekami už kiekvienus finansinius metus.

2.4.4. Priemonės PSDF išlaidų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti optimizavimui

Siekiant efektyviau panaudoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšas skirtas vaistams kompensuoti Sveikatos apsaugos ministerijos 2000-07-26 įsakymu Nr.428 buvo patvirtinta centralizuotai perkamų vaistų kompensavimo tvarka ir centralizuotai perkamų vaistų sąrašas. Valstybinė ligonių kasa, centralizuotai pirkdama vaistus, 2001 metais sutaupė 12077 tūkst. Lt.

Valstybinės ligonių kasos teikimu 2001-10-10 Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr.532 iš kompensuojamųjų vaistų sąrašo buvo išbraukti nereceptiniai vaistai. Ekonomija –apie 5 mln. Lt.

2002 metais Sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa pradėjo vykdyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. gruodžio 22 d. nutarimu Nr.1595 patvirtintas Priemonės,

leisiančias subalansuoti PSDF biudžeto išlaidas kompensuojamiems vaistams. Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. sausio 25 d. įsakymu Nr.44 nustatyti minėtų priemonių įvykdymo terminai ir paskirti atsakingi asmenys už jų vykdymą.

Audito metu nagrinėti 2002 metais priimti nauji norminiai dokumentai, reglamentuojantys vaistų kompensavimą, Farmacijos departamento ir Valstybinės ligonių kasos pateikti duomenys.

Pastebėjimai

1. *Pagal Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2001 10 24 nutarimu Nr.5/2 patvirtintus naujus ligų įtraukimo į sąrašus kriterijus atkoreguotas Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašas patvirtintas Sveikatos apsaugos ministro 2002-02-14 įsakymu Nr.84. Iš sąrašo neišbraukta nei viena liga, tačiau dalis ligų, kurių gydymas buvo kompensuojamas 100 proc., perkeltos į 80 proc. kompensavimo lygį. Planuojama kad tai padės PSDF biudžetui sutaupyti apie 15 mln.Lt, tačiau neįvertinta, kad esant žemam pragyvenimo lygiui, pacientų galimybės primokėti už vaistus yra ribotos.*

2. *Sveikatos apsaugos ministro 2002-04-05 įsakymu Nr.159 patvirtintoje Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti, kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarkoje numatyta, kad dokumentus dėl naujų ligų ar vaistų įtraukimo sąrašus nagrinės Ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašų tikslinimo komisija, Medicinos pakomisija, Farmakoekonomikos pakomisija. Informaciją komisijai ir pakomisijoms turi teikti Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, Farmacijos departamentas, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba, Lietuvos sveikatos informacijos centras.*

Pareiškėjai, siūlydami įrašyti vaistą, privalės pateikti ligos, kuriai gydyti skirtas vaistas siūlomas kompensuoti, gydymo schemą (algoritimą), vaisto farmakoekonominę analizę, atliktą vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministro patvirtinta metodika. Siūlant įrašyti ligą – siūlomos įrašyti ligos diagnostikos ir gydymo metodikos projektą.

Vaistai į sąrašus bus įrašomi atsižvelgiant į vaisto teikiamą medicininę naudą, farmakoekonominius rodiklius, vaisto kompensavimo įtaką PSDF biudžetui. Vaisto įrašymo į kompensuojamųjų vaistų sąrašus klausimas gali būti svarstomas ne anksčiau kaip praėjus vieneriems metams nuo vaisto įregistravimo valstybiniame vaistų registre. Vaistai ir medicinos priemonės į sąrašus įrašomi 3 metams.

Naujoje sąrašų keitimo tvarkoje numatyta teisė Komisijai siūlyti išbraukti iš sąrašų kompensuojamą vaistą, detalios reglamentuota sprendimų priėmimo tvarka ir viešos informacijos apie priimtą sprendimą bei tokio sprendimo priežastis paskelbimo tvarka.

3. *Naujos Vaistų receptų rašymo ir išdavimo (pardavimo) gyventojams taisyklės patvirtintos Sveikatos apsaugos ministro 2002-03-08 įsakymu Nr.112 numatė, kad bus įvestas kompensuojamųjų*

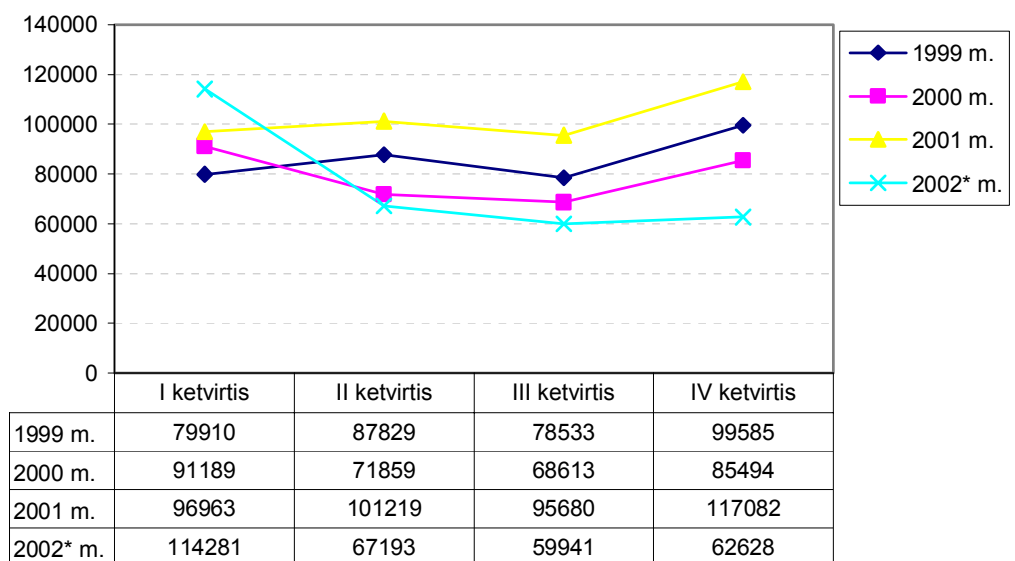
vaistų pasas. Valstybinė ligonių kasa planuoja, kad kompensuojamų vaistų paso įvedimas leis sutaupyti 25-30 mln.Lt.

4. Sveikatos apsaugos ministro 2002-04-11 įsakymu Nr.171 “Dėl sveikatos apsaugos ministro 2000 m. rugpjūčio 12 d. įsakymo Nr.459 “Dėl vaistų, vaistinių medžiagų ir vaistinės asortimento prekių kainų nustatymo ir taikymo” dalinio pakeitimo” pakeisti didmeninės ir mažmeninės prekybos įmonėse nustatomų maksimalių prekybinių atkainių kompensuojamiems vaistams dydžiai.

Bendras maksimalus prekybinis atkainis kompensuojamiems vaistams, nustatomas didmeninės ir mažmeninės vaistų prekybos įmonėse, vidutiniškai sumažėjo 30 procentų. Prognozuojama, kad prekybinių atkainių sumažinimas kompensuojamiems vaistams leis sumažinti PSDF biudžeto išlaidas vaistų kompensavimui 25 mln. Lt.

5. Sveikatos apsaugos ministro 2002-02-14 įsakymu Nr.85 patvirtinta Sutarčių dėl lėšų kompensuojamiems vaistams apimčių, nustatomų ASPĮ, sudarymo ir vykdymo tvarka. Minėta tvarka numato, kad jeigu išlaidos ASPĮ išrašomiems kompensuojamiems vaistams viršija nustatytą lėšų apimtį, ASPĮ teikdama TLK apmokėti kito mėnesio sąskaitas už suteiktas paslaugas, joje nurodytą sumą sumažina puse sumos, kuria buvo viršyta įstaigos lėšų kompensuojamiems vaistams apimtis. Kompensuojamų vaistų išrašymas vertinamas kiekvieną mėnesį pagal vaistinių pateiktas ataskaitas.

Minėtu įsakymu įteisinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir teritorinių ligonių kasų prie sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pasirašomi susitarimai dėl ambulatoriniam gydymui išrašomų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimui skirtų lėšų racionalaus panaudojimo.



12 pav. ASPĮ 2002 metais paskirstytų limitų išrašomiems kompensuojamiems vaistams palyginimas su PSDF biudžeto 1999-2001 m. faktinėmis išlaidomis vaistų kompensavimui tūkst.Lt

12 paveiksle pateikti asmens sveikatos priežiūros įstaigoms 2002 metais paskirstytų limitų išrašomiems kompensuojamiems vaistams duomenys palyginti su PSDF biudžeto 1999-2001 metų faktinėmis išlaidomis vaistų kompensavimui.

ASPI 2002 metams skirti limitai išrašomiems kompensuojamiems vaistams, lyginant su 2001 metais faktinėmis išlaidomis vaistų kompensavimui, yra mažesni II ketv. 33,7 proc., III ketv. – 37,4 proc., IV ketv. – 46,5 proc. Bendra ASPI 2002 metams skirta 290859 tūkst.Lt suma išrašomiems kompensuojamiems vaistams, lyginant su 2001 metais faktiškai išrašytų vaistų kompensavimo 398890 tūkst.Lt suma, yra mažesnė 27,1 proc.

6. Patvirtintos 10 ligų, kurių gydymo kompensuojamais vaistais išlaidos yra didžiausios, diagnostikos ir gydymo metodikos. Planuojamas ekonominis efektas – 5 mln. Lt.

7. Farmacijos departamento pateiktais duomenimis, 2002 m. kovo – gegužės mėn. pravedus derybas dėl vaistų kainų sumažinimo, 46 vaistų gamintojo kainos vidutiniškai sumažėjo 18 proc.

8. Sveikatos draudimo įstatymo 9,15,32 straipsnių pakeitimo ir papildymo įstatymu (2002-07-03 Nr. IX-1022) 9 str. 4 dalis papildyta įvedant 90 proc. vaistų kompensavimo lygmenį.

IŠVADOS:

1. Ligų ir kompensuojamų vaistų joms gydyti, kompensuojamų vaistų ir kompensuojamų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarkoje nustatyta daugiapakopė sprendimų priėmimo tvarka, įteisinus asmeninę komisijos ir pakomisijų narių atsakomybę už priimtus sprendimus, turėtų užtikrinti priimamų sprendimų objektyvumą. Viešos informacijos apie priimtą sprendimą ir tokio sprendimo priežastis paskelbimo tvarka leis šį procesą padaryti skaidresniu.

2. Naujoje sąrašų keitimo tvarkoje numatyta teisė Komisijai įvardintais atvejais siūlyti išbraukti iš sąrašų kompensuojamą vaistą leis operatyviau koreguoti sąrašą.

3. Pagal Ligų ir kompensuojamų vaistų joms gydyti, kompensuojamų vaistų ir kompensuojamų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarkos 53 punktą vaistų, kurie šios tvarkos įsigaliojimo dieną jau yra įrašyti į kompensuojamųjų vaistų sąrašą, 3 metų kompensavimo terminas skaičiuojamas nuo šios tvarkos įsigaliojimo dienos (2002-04-13), tačiau 2002 metais vaistų sąrašai nebuvo koreguoti.

4. SAM 2002-04-05 įsakymu Nr.159 patvirtinta Ligų ir kompensuojamų vaistų joms gydyti, kompensuojamų vaistų ir kompensuojamų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarka įsigaliojo 2002-04-13, bet dar netaikoma, nes nepatvirtinta vaisto farmakoekonominės analizės metodika.

5. Koreguojant Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą, kuris buvo patvirtintas Sveikatos apsaugos ministro 2002-02-14 įsakymu Nr.84, sumažintas ligų, kurių gydymas

kompensuojamas 100 proc. skaičius. Didėja pacientų apmokamos kompensuojamų vaistų kainos dalis. Yra rizika, kad pacientų finansinės galimybės ribos kompensuojamų vaistų įsigijimą.

6. Vaistų receptų rašymo ir išdavimo (pardavimo) gyventojams taisyklėse nenumatyta gydytojo ir farmacijos specialisto atsakomybė už taisyklių pažeidimą.

7. Sveikatos apsaugos ministro 2002-02-14 įsakymu Nr.85 patvirtinta Sutarčių dėl lėšų kompensuojamiems vaistams apimčių, nustatomų ASPI, sudarymo ir vykdymo tvarka, įteisinusi limitų išrašomiems kompensuojamiems vaistams nustatymą, buvo viena iš priemonių padėsianti derinti PSDF biudžeto išlaidas kompensuojamiems vaistams su finansiniais ištekliais.

8. Sveikatos apsaugos ministro 2002-02-14 įsakymu Nr.85 patvirtintos Sutarčių dėl lėšų kompensuojamiems vaistams apimčių, nustatomų ASPI, sudarymo ir vykdymo tvarkos IV dalies 12 punkte numatyta konkreti tvarka, pagal kurią už išlaidų ASPI išrašomiems kompensuojamiems vaistams viršijimą įstaigos įpareigotos mažinti lėšas už pagal sutartis su TLK suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pablogins ne pelno siekiančių ASPI finansinę padėtį.

Limitų ASPI išrašomiems kompensuojamiems vaistams įvedimas, numatant nuoskaitas už jų viršijimą, padidina riziką, kad pablogės medikamentinio ambulatorinio gydymo kokybė.

Lietuvos vyriausiojo administracinio teismo 2002-10-15 sprendimu panaikinti sveikatos apsaugos ministro 2002-02-14 įsakymu Nr. 85 patvirtintos Sutarčių dėl lėšų kompensuojamiems vaistams apimčių, nustatomų asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, sudarymo ir vykdymo tvarkos 7, 8, 9, 12, 12-1, 12-2 punktai.

9. 2002 metais pradėtos vykdyti priemonės turi padėti subalansuoti PSDF biudžeto išlaidas kompensuojamiems vaistams. Įvertinti šių priemonių įgyvendinimo pasekmes pacientams (kompensavimo lygių pasikeitimo arba savalaikio vaistų negavimo) bus galima tik po 2-3 metų.

SIŪLYMAI:

1. 2002 metais patvirtinus ligų, kurios gydomos kompensuojamais vaistais, diagnostikos ir gydymo metodikas, peržiūrėti galiojantį kompensuojamų vaistų sąrašą.

2. Papildyti Vaistų rašymo ir išdavimo (pardavimo) gyventojams taisykles, numatant gydytojo ir farmacijos specialisto atsakomybę už taisyklių pažeidimus.

3. Tobulinti lėšų kompensuojamiems vaistams apimčių apskaičiavimą ASPI.

3. STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IR JŲ TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KIEKIO OPTIMIZAVIMAS

3.1. STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ TINKLO IR JŲ TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KIEKIO OPTIMIZAVIMO PROCESO VALDYMAS IR KOORDINAVIMAS

3.1.1. Sveikatos apsaugos reformos užduotys, susijusios su asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo bei jų teikiamų paslaugų kiekio optimizavimu.

Lietuvos sveikatos programoje numatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo bei jų teikiamų paslaugų kiekio optimizavimas yra viena iš priemonių, siekiant įgyvendinti vieną iš sveikatos reformos uždavinių - iki 2005 metų racionalizuoti sveikatos priežiūros išteklius, optimizuoti išlaidas sveikatos priežiūrai bei gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę.

Pastebėjimas

Optimalus asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklas bei jų teikiamų paslaugų kiekis, kuri numatoma pasiekti iki 2005 metų, Lietuvos sveikatos programoje nebuvo apibrėžtas konkrečiu dydžiu ar kriterijais, nors siektini gyventojų sveikatos lygio rodikliai buvo apibrėžti konkrečiu dydžiu ir laikotarpiu.

Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija, kuriai vadovavo ministras M. Stankevičiaus, 1998-06-29 nutarimu Nr. 3 “Dėl artimiausių sveikatos apsaugos reformos užduočių” nustatė per dvejus metus numatomas pasiekti užduotis, kurių gyvendinimo rezultatai pateikti 5 lentelėje.

Pastebėjimai

Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos 1998-06-29 nutarimu nustatytos sveikatos apsaugos reformos užduotys, susijusios su sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir jų teikiamų paslaugų optimizavimu, nebuvo patvirtintos aukštesniame valdymo lygyje, todėl sveikatos priežiūros įstaigos ar jų steigėjai numatytų užduočių siekti neprivalejo.

Minėtame Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos nutarime 1998 metais numatytos užduotys kartojosi Sveikatos apsaugos ministerijos 1999-2001 metais rengtuose restruktūrizavimo kriterijų ir nuostatų projektuose, tačiau projektai nebuvo patvirtinami.

Dalis 1998 metais minėtame Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos nutarime numatytų kriterijų – lovos funkcionavimo rodiklis 320 dienų per metus, vidutinė gulėjimo trukmė 8 dienos, dienos chirurgijos paslaugų diegimas, ambulatorinio gydymo apimčių didinimas, ambulatorinės reabilitacijos paslaugų plėtojimas – tik 2002 metais buvo patvirtintos sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

Per dvejus metus numatytų pasiekti užduočių įgyvendinimo rezultatai

Per dvejus metus numatytos pasiekti užduotys	Rodiklio pokytis 2000 metų pabaigoje, lyginant su 1998 metų pabaiga
Stacionarinio gydymo lovų skaičių sumažinti 15-20 proc.	Lovų skaičius per dvejus metus sumažėjo 4,2 proc. (16 pav.)
10 proc. sumažinti hospitalizavimą ir padidinti ambulatorinio gydymo apimtį	Stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose gydytų ligonių skaičius sumažėjo beveik 4 proc. Ambulatorinio gydymo apimtys ne padidėjo, o sumažėjo: apsilankymų pas gydytojų skaičius sumažėjo 9 proc. (22 pav.)
Stacionarinio gydymo lovos funkcionavimą pailginti iki 320 dienų per metus	Lovų funkcionavimas sutrumpėjo nuo 294 iki 281 dienos (19 pav.)
Infekcinių ligų ir akušerijos profilių lovos funkcionavimą pailginti iki 280 – 300 dienų per metus	Akušerijos-ginekologijos profilių lovos funkcionavimas po dviejų metų buvo - 222,5 dienos per metus, o infekcinių profilių - 243,1 dienos per metus
Vidutinę gulėjimo trukmę sumažinti vidutiniškai 2 dienomis	Vidutinė gulėjimo trukmė stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose sutrumpėjo 0,6 dienos (20 pav.)
Ligonines steigti ir išlaikyti jei gyventojų skaičius teritorijoje ne mažiau kaip 35 - 40 tūkst.	Ligoninės buvo išlaikomos teritorijose, kuriose gyveno mažiau nei 35 tūkst. gyventojų (21A priedas).
Padidinti savivaldybių slaugos lovų skaičių skiriant 1 lovą 1000 gyventojų	Slaugos lovų 1000 gyventojų sumažėjo nuo 0,93 iki 0,88 lovos.

3.1.2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumas.

Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios tarybos 1991-10-30 nutarime Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“ buvo numatyta, kad SAM tiesiogiai kontroliuoti paliekamos tik respublikinės įstaigos, o miestų bei rajonų medicinos įstaigos funkcionuoja savarankiškai, atsiskaitydamos vietos savivaldos organams.

Siekiant decentralizuoti sveikatos priežiūros įstaigų valdymą, Lietuvos sveikatos programoje iki 2005 metų numatyta pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigas perduoti savivaldybių kompetencijai, o apskričių ligoninių ir specializuotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklą perduoti apskričių kompetencijai.

Decentralizavus sveikatos priežiūros įstaigų valdymą, dauguma antrinio lygio ligoninių buvo perduotos savivaldybių pavaldumui, o likusios – apskričių pavaldumui. Skirtingas antrinio lygio ligoninių pavaldumas sąlygojo steigėjų interesų nesuderinamą bei trukdė racionaliai suplanuoti optimalų antrinio lygio ligoninių tinklą ir jų teikiamų paslaugų kiekį (ypač didžiuosiuose miestuose).

Siekiant toliau reorganizuoti pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas, nuostatos dėl įstaigų pavaldumo pasikeitė:

- SAM kolegija 1999-01-21 nutarimu Nr. 2 “Dėl ligoninių, pavaldžių apskritims ir savivaldybėms, minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimų” pritarė savivaldybėms pavaldžių antrinio lygio ligoninių perdavimui apskričių pavaldumui;
- Lietuvos Respublikos Vyriausybė, siekdama antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas pamažu perduoti apskričių viršinių administracijos pavaldumui,

1999 – 2000 metų programos įgyvendinimo priemonėse įpareigojo Sveikatos apsaugos, Finansų ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijas iki 2000 metų IV ketvirčio parengti teisės aktų projektus, kurių reikia savivaldybių, apskričių ir valstybės sveikatos priežiūros įstaigoms reorganizuoti;

- SAM 2001 metų strateginiame plane antrines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas buvo numatyta palaipsniui perduoti apskričių viršininkų administracijų pavaldumui.

Pastebėjimas

Antrinio lygio savivaldybių ligoninės nebuvo perduodamos apskričių pavaldumui nors tai buvo numatyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 – 2000 metų veiklos programoje ir Sveikatos apsaugos ministerijos 2001 metų strateginiame plane.

3.1.3. Sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 ir 11 str. numatyta, kad sveikatos priežiūros įstaigų minimalius išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį nustato SAM kartu su Valstybine ligonių kasa, o reikalavimų įgyvendinimą privalo užtikrinti įstaigų steigėjai ir įstaigos.

Vadovaudamasi Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 10 ir 11 str. bei vykdydama Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1997 – 2000 metų veiklos programą, SAM kolegija, kuriai vadovavo ministras M. Stankevičius, 1999-01-21 nutarimu Nr. 2 “Dėl ligoninių, pavaldžių apskritims ir savivaldybėms, minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimų” pritarė ligoninių, pavaldžių apskritims ir savivaldybėms, minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimų projektui ir nusprendė:

- įpareigoti Sveikatos apsaugos projekto koordinavimo biurą pakviesti Pasaulio Banko ekspertus konsultuoti darbo grupes, rengsiančias sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo strategijos apskirtyse planus.
- įpareigoti Strategijos ir sveikatos draudimo skyrių koordinuoti apskričių ir savivaldybių veiklą rengiant sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo strategijos planus apskirtyse.
- pritarti nuostatai, kad antrinės sveikatos priežiūros savivaldybių ligoninės būtų perduotos apskričių pavaldumui.
- teikti projektą svarstyti Lietuvos Respublikos Vyriausybei, kad ši:
 1. patvirtintų pridėdamus ligoninių, pavaldžių apskritims ir savivaldybėms, minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimus, kuriuose buvo numatyta, kad savivaldybės pavaldumo ligoninė, teikianti antrinio organizavimo lygio paslaugas turi:

- a) aptarnauti ne mažiau kaip 35-40 tūkst. gyventojų,
 - b) lovų skaičius 70/10 000 gyventojų,
 - c) būti ne mažesnė kaip 150-200 lovų,
 - d) teikti visą parą antrinio lygio medicinos paslaugas ligoninėje pagal terapijos, chirurgijos ir traumatologijos, pediatrijos ir intensyvios terapijos profilius,
 - e) akušerijos-ginekologijos skyrius gali būti tik tada, kai yra ne mažiau kaip 300 gimdymų arba skyriaus veiklą dotuoja savivaldybė.
2. įpareigotų apskričių viršininkus atsižvelgiant į minimalius reikalavimus parengti sveikatos priežiūros įstaigų išdėstymo strategijos apskrityse iki 2005 metų planą, kurį pateiktų SAM iki 1999-05-01.
 3. pavestų SAM iki 1999-06-01 parengti Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimą "Dėl kai kurių Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos savivaldybių ligoninių perdavimo apskričių pavaldumui".

Pastebėjimai

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme numatyta, kad sveikatos priežiūros įstaigų minimalius išdėstymo ir jų struktūros reikalavimus nustato Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa, tačiau parengtas apskritims ir savivaldybėms pavaldžių ligoninių minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimų projektas sveikatos apsaugos ministro įsakymu nebuvo patvirtintas.

Apskritims ir savivaldybėms pavaldžių ligoninių minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimų projektą Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija nutarė teikti svarstyti ir tvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybei, tačiau projektas nebuvo pateiktas.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo nuostata, kad įstaigų minimalius išdėstymo ir jų struktūros reikalavimus nustato Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine ligonių kasa galioja nuo 1998 metų. Sveikatos apsaugos ministrų pareigas galiojant minėtai įstatymo nuostatai ėjo M. Stankevičius, R. Alekna, V. Janušonis, K. R. Dobrovolskis, tačiau įstaigų išdėstymo ir struktūros minimalūs reikalavimai iki šiol nepatvirtinti.

3.1.4. Sveikatos priežiūros mastas ir profiliai pagal sveikatos priežiūros organizavimo lygius.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12 str. nustatyti trys Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos organizavimo lygiai (savivaldybių, apskričių ir valstybės) bei trys sveikatos priežiūros lygiai (pirminis, antrinis ir tretinis). Numatyta, kad sveikatos priežiūros mastą ir profilius pagal sveikatos priežiūros organizavimo ir sveikatos priežiūros lygius nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Pastebėjimai

SAM iki 2002 metų vidurio nenustatė kokio masto ir kokių profilių antrinę asmens sveikatos priežiūrą įgyvendina savivaldybių vykdomosios institucijos bei privalo organizuoti apskričių viršininkų administracijos, nors ši įstatymo nuostata galioja nuo 1998 metų pabaigos.

Audito metu, sveikatos apsaugos ministro 2002-10-01 įsakymu Nr. 481 „Dėl ambulatorinės antrinės asmens sveikatos priežiūros“, patvirtintas minimalus gydytojų specialistų, teikiančių antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybių poliklinikose ir savivaldybių ligoninių konsultacinėse poliklinikose, sąrašas bei savivaldybių poliklinikų ir savivaldybių ligoninių konsultacinių poliklinikų padalinių ir tarnybų sąrašas.

Nenustačius kokių profilių antrinę asmens sveikatos priežiūrą įgyvendina savivaldybių vykdomosios institucijos bei privalo organizuoti apskričių viršininkų administracijos, sudaromos prielaidos neoptimaliam antrinio lygio stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išdėstymui. (Skiriasi antrines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių ligoninių pavaldumas – Sveikatos apsaugos ministerijai, apskritims, savivaldybėms).

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12 str. 3 - 5 p. numatyta, kad antrinę asmens sveikatos priežiūrą organizuoja savivaldos vykdomosios institucijos bei apskričių viršininkai. Audito metu nustatyta, kad Vilniaus miesto savivaldybės tarybai pavaldžios Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė, Misionierių ir Vilniaus miesto universitetinė ligoninės bei Klaipėdos miesto savivaldybei pavaldžios Klaipėdos miesto ir Klaipėdos vaikų ligoninės teikė ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas. Tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikė ir Vilniaus apskrities viršininko administracijai pavaldi Vilniaus centro universitetinė ligoninė bei Klaipėdos apskrities viršininko administracijai pavaldžios Klaipėdos jūrininkų ir Raudonojo kryžiaus ligoninės.

Dalis minėtų ligoninių įtrauktos į sveikatos apsaugos ministro 1997-06-30 įsakymu Nr. 359 “Dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų lygių ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo“ patvirtintą tretinio lygio ligoninių ir skyrių sąrašą. Misionierių, Klaipėdos miesto, Klaipėdos vaikų ir Klaipėdos Raudonojo kryžiaus ligoninės, teikusios tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas, į tretinio lygio ligoninių ir jų skyrių sąrašą neįtrauktos.

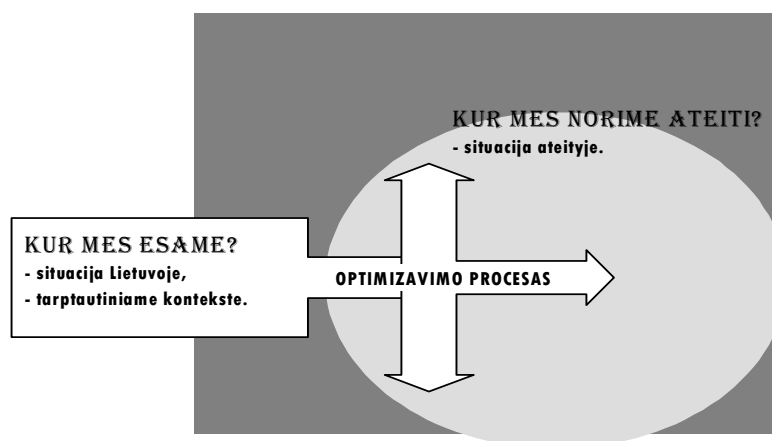
Pastebėjimai

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme apskritims ir savivaldos vykdomosioms institucijoms deleguota teisė organizuoti tik antrinio lygio sveikatos priežiūrą, tačiau sveikatos apsaugos ministro 1997-06-30 įsakymu Nr. 359 kai kurie savivaldybėms ir apskritims pavaldžių ligoninių skyriai priskirti tretiniam lygiui.

Audito metu, sveikatos apsaugos ministro M. R. Dobrovolskio 2002-06-18 įsakymu Nr. 285 buvo sudaryta darbo grupė Sveikatos sistemos, Sveikatos priežiūros įstaigų, Vietos savivaldos bei kitų įstatymų, susijusių su Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos organizavimo lygiu, peržiūrėjimui.

3.1.5. Sveikatos priežiūros išteklių poreikis.

Pradėjus planuoti sveikatos priežiūros įstaigų ir jų teikiamų paslaugų optimizavimo procesą, 1999-05-21 organizuotoje konferencijoje buvo pristatytas ligoninių restruktūrizavimo planavimo procesas, pagrindiniai metodai ir poreikių vertinimo esmė (13 paveikslas).



13 pav. Sveikatos priežiūros poreikių vertinimas.

Pastebėjimas

Lietuvos asmens sveikatos priežiūros išteklių analizė buvo atliekama, t.y. buvo nustatyta „Kur mes esame“, tačiau ligoninių optimizavimo procesas buvo vykdomas nepatvirtinus „Kur mes norime ateiti?“, t.y. neapibrėžus kriterijų, apibūdinančių optimalų asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir jų teikiamų paslaugų kiekį.

Konferencijoje buvo pateikta poreikių vertinimo formulė:

$$\text{Lovų skaičius (pagal profilius)} = \frac{\text{Hospitalizacijų skaičius} * \text{Vidutinė gulėjimo trukmė}}{\text{Lovų funkcionavimas}}$$

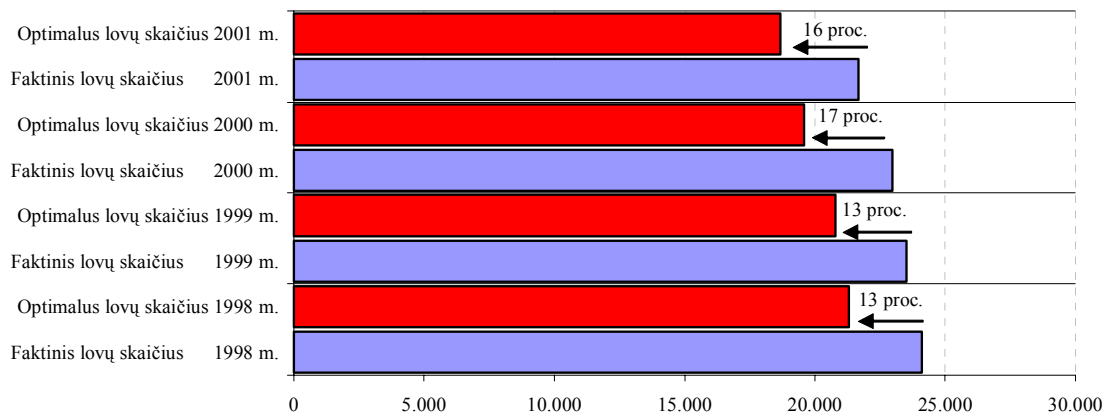
Vadovaujantis aukščiau pateikta poreikių vertinimo formule, audito metu apskaičiuotas optimalus bendrojo pobūdžio ligoninių lovų skaičius (remiantis prielaida, kad lovų užimtumas šio tipo ligoninėse būtų buvęs 320 dienų per metus). Skaičiuojant optimaliai užimtų lovų skaičių, buvo naudojami faktiniai lovų, hospitalizuotų pacientų ir vidutinės gulėjimo trukmės duomenys.

Palyginus bendrojo pobūdžio ligoninių faktinį lovų skaičių su apskaičiuotu optimaliu lovų skaičiumi, nustatyta, kad 1998 ir 1999 metais neefektyviai buvo naudojama 13 proc. lovų, 2000 metais – 17 proc., 2001 metais – 16 proc. (6 lentelė, 14 paveikslas).

6 lentelė
Bendrojo pobūdžio ligoninių faktinis ir optimalus (jei lovų užimtumas būtų 320 dienų per metus) lovų skaičius

		Lovų skaičius bendrojo pobūdžio ligoninėse					Neefektyviai naudotų lovų dalis, proc.				
		Bendrojo pobūdžio ligoninėse iš viso	iki 150 lovų	nuo 150 iki 300 lovų	nuo 300 iki 800 lovų	nuo 800 lovų	Bendrojo pobūdžio ligoninėse iš viso	iki 150 lovų	nuo 150 iki 300 lovų	nuo 300 iki 800 lovų	nuo 800 lovų
1998 m.	Faktinis lovų skaičius	24.123	2.612	7.833	7.576	6.102	13,2%	16,1%	19,3%	15,2%	3,1%
	Optimalus lovų skaičius	21.309	2.250	6.566	6.575	5.917					
1999 m.	Faktinis lovų skaičius	23.520	2.504	7.392	7.365	6.259	13,0%	16,5%	19,4%	13,4%	4,9%
	Optimalus lovų skaičius	20.805	2.150	6.192	6.496	5.967					
2000 m.	Faktinis lovų skaičius	22.970	2.337	7.143	7.286	6.204	17,2%	24,0%	27,1%	17,1%	5,6%
	Optimalus lovų skaičius	19.600	1.884	5.620	6.222	5.873					
2001m.	Faktinis lovų skaičius	21.689	2.312	6.369	6.893	6.115	16,2%	24,2%	21,7%	17,5%	7,2%
	Optimalus lovų skaičius	18.667	1.862	5.234	5.868	5.704					

Pastaba: Lentelė parengta vadovaujantis bendrojo pobūdžio ligoninių Valstybės kontrolei pateiktais duomenimis.



14 pav. Faktinio ir optimalaus (jei hospitalizuotų pacientų ir vidutinės gulėjimo trukmės rodikliai būtų faktiniai, o lovų užimtumas optimalus - 320 dienų) lovų skaičiaus palyginimas bendrojo pobūdžio ligoninėse.

Pastebėjimas

Faktinis lovų skaičius 2001 metais buvo beveik lygus apskaičiuotam 1998 metų optimaliam lovų skaičiui, t.y. jei lovų užimtumas būtų 320 dienų per metus. Tačiau, bendrojo pobūdžio ligoninėse kasmet mažėjantis lovų skaičius, trumpėjanti vidutinė gulėjimo trukmė, o ypač mažėjantis faktinis apmokėjimas už suteiktas stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas bei hospitalizuotų pacientų skaičius, sąlygojo padidėjusį skirtumą tarp 2001 metais faktinio ir optimalaus lovų skaičiaus.

Atsižvelgiant į gyventojų sergamumo rodiklius ir jų pokyčių tendenciją, nustačius realų stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų poreikį ir užtikrinus jų finansavimą, ligoninės galėtų planuoti ir optimizuoti turimus išteklius. Priešingu atveju, yra rizika, kad faktiniai ligoninių ištekliai vis labiau skirsis nuo jų optimalaus kiekio.

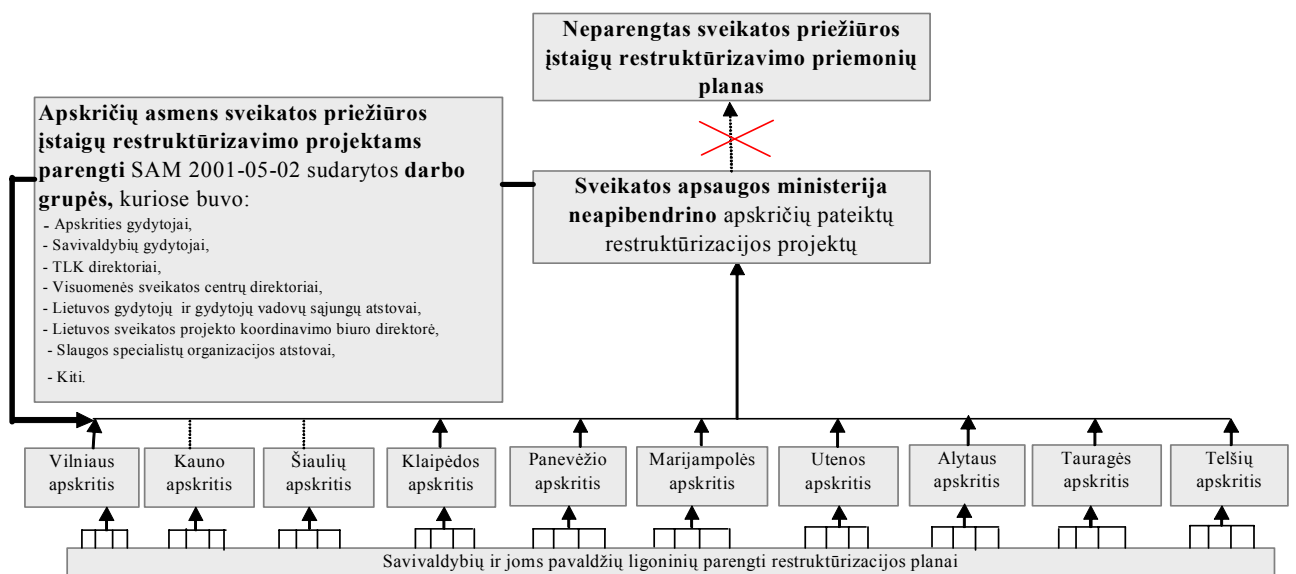
3.1.6. Apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planai.

Siekiant optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 – 2004 metų veiklos programos įgyvendinimo priemonėse SAM buvo įpareigota 2001 m. IV ketv. parengti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo priemonių planą. Vykdydama Vyriausybės programą, buvusio ministro V. Janušonio vadovaujama SAM kolegija 2001-02-22 nutarimu Nr. 2 “Dėl antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros reformos strategijos“ pritarė antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros reformos strategijos projektui ir jame numatytoms strategijos įgyvendinimo priemonėms bei siūlė:

- Sveikatos apsaugos ministru patvirtinti tipinės sudėties darbo grupes apskričių antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros restruktūrizavimo planų 2001 – 2003 metų projektams parengti ir pateikti SAM iki 2001-05-01.
- SAM apibendrinti apskričių antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros restruktūrizavimo planų 2001-2003 m. projektus iki 2001-06-01.

Sveikatos apsaugos ministro pareigas laikinai ėjusios V. Blinkevičiūtės 2001-05-02 įsakymu Nr. 278 „Dėl darbo grupių sudarymo apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektams parengti“ buvo sudaryta dešimt darbo grupių apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektams parengti ir juos pateikti iki 2001-05-30 (15 paveikslas).

SAM gavo aštuonių apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektus, dvi apskritys – Kauno ir Šiaulių – projektų nepateikė. Klaipėdos, Vilniaus, Marijampolės, Utenos ir Telšių apskričių parengti asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektai yra patvirtinti apskrities viršininko ar regiono plėtros tarybos. Vilniaus ir Telšių apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektai buvo patvirtinti prieš pateikiant juos SAM.



15 pav. Stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos projektų rengimas 2001 metais.

Pastebėjimai

Apskričių parengti asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planai 2001 metais buvo rengiami Sveikatos apsaugos ministerijai nepatvirtinus ligoninių tinklo ir jų teikiamų paslaugų optimizavimo kriterijų ir prioritetų, neįsigaliojus asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendriesiems ir specialiesiems reikalavimams.

Sveikatos apsaugos ministerija nenustatė vieningos apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos projektų rengimo metodikos ir reikalavimų, todėl apskričių parengti projektai skiriasi savo trukme, struktūra, detalumu ir pateiktos informacijos išsamumu. Vienuose planuose pateikiama tik antrinio ir tretinio lygio, o kituose ir pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos planai. Ne visuose planuose numatyti atsakingi vykdytojai. Nebuvo nustatyta vieninga parengtų apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektų tvirtinimo tvarka.

Sveikatos apsaugos ministerija neapibendrino apskričių pateiktų asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo 2001-2003 m. projektų ir neparengė sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo priemonių plano, nors Sveikatos apsaugos ministerijos 2001 metų strateginiame veiklos plane tai atlikti buvo numatyta 2001 metų IV ketvirtyje.

3.1.7. Vilniaus apskrities tuberkuliozės ir slaugos ligoninių restruktūrizavimas.

Vilniaus apskrities viršininko administracija 2000 metais parengė Vilniaus apskrityje esančių tuberkuliozės gydymo įstaigų reorganizavimo projektą, kuris apima keturių Vilniaus apskrityje esančių tuberkuliozės ligoninių reorganizavimą. Parengto reorganizavimo projekto nuostatomis 2001-01-17 posėdyje pritarė Lietuvos Respublikos Vyriausybė ir įpareigojo Vilniaus apskrities viršininką, suderinus su SAM, projektą patvirtinti iki 2001-02-15 ir jo įgyvendinimą pradėti 2001-07-01. Vilniaus apskrityje esančių tuberkuliozės gydymo įstaigų reorganizavimo projektas iki šiol nesuderintas, o SAM pavaldžios VšĮ Respublikinės tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninės steigėjo funkcijų perdavimas Vilniaus apskrities viršininko administracijos pavaldumui sveikatos apsaugos ministro K. R. Dobrovolskio 2002-06-19 įsakymu Nr. 293 atidėtas iki 2003-12-31. SAM nenurodė dėl kokių priežasčių atidėtas VšĮ Respublikinės tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninės perdavimas Vilniaus apskrities viršininko administracijos pavaldumui.

Vilniaus apskrities gydytojo teigimu, Vilniaus apskrityje esančių tuberkuliozės gydymo įstaigų reorganizavimo projektas nesuderintas su SAM, nes Vilniaus apskrities viršininko administracija, dėl lėšų stygiaus negali įgyvendinti SAM reikalavimo įvertinti planuojamos struktūros ligoninės ekonominės veiklos efektyvumą pagal pacientų srautus bei nustatytus ligonių gydymo įkainius.

Pastebėjimai

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2001-01-17 įpareigojo Vilniaus apskrities viršininką, suderinus su SAM, patvirtinti Vilniaus apskrityje esančių tuberkuliozės gydymo įstaigų reorganizavimo projektą. Audito metu, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002-10-10 nutarimu Nr. 1611 patvirtinta Valstybinė tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės 2003-2006 metų programa, kurioje numatyta, kad tuberkuliozės įstaigų restruktūrizavimo planą tvirtina sveikatos apsaugos ministras.

Lietuvos sveikatos programoje buvo numatyta iki 2005 metų optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir jų teikiamų paslaugų kiekį, tačiau yra rizika, kad Vilniaus mieste esančių ligoninių tinklas bus optimizuotas vėliau nei buvo numatyta Lietuvos sveikatos programoje.

Vilniaus apskrityje vykdomas Pirminės sveikatos priežiūros plėtros ir ligoninių restruktūrizacijos projektas, kurio vienas iš tikslų perprofiluoti kai kurias stacionarines sveikatos priežiūros įstaigas į slaugos ir palaikomojo gydymo. Projekte numatytas VšĮ Geležinkelininkų ligoninės, kuri pavaldi Vilniaus miesto savivaldybės tarybai, reorganizavimas. VšĮ Geležinkelininkų ligoninė 1999 – 2001 metais buvo nemoki. Jos trumpalaikio mokumo rodikliai buvo blogiausi iš visų nemokių Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninių. Ligoninės šildymo sąnaudos 2000 – 2001 metais buvo beveik tris kartus didesnės už kitų Vilniaus apskrityje esančių ligoninių šildymo sąnaudas. Vilniaus miesto savivaldybė prisiėmė dalį ligoninės įsiskolinimų, tačiau neišsprendė ligoninės atjungimo nuo centrinio šildymo sistemos ir perėjimo prie autonominio šildymo klausimo, nuo kurio priklauso restruktūrizacijos projekte numatytos investicijos į ligoninės renovaciją. Priešingai projekte numatytiems išipareigojimams, Vilniaus miesto valdybos 2002-03-21 sprendimu Nr. 608V ligoninę priskyrė centralizuoto šilumos tiekimo zonai.

Pastebėjimas

Vilniaus miesto valdybos sprendimas VšĮ Geležinkelininkų ligoninę priskirti centralizuoto šilumos tiekimo zonai, sudarė kliūtis Vilniaus apskrities Pirminės sveikatos priežiūros plėtros ir ligoninių restruktūrizacijos projekto įgyvendinimui.

3.1.8. Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšos paslaugų restruktūrizavimo programoms finansuoti ir ligoninių parengti restruktūrizavimo planai.

Iš Privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto 2000-2001 metais buvo skirta apie 10 mln. Lt asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų restruktūrizavimo programoms finansuoti. Daugiau nei pusė šių lėšų skirta stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms. Sveikatos priežiūros įstaigos, siekdamos gauti lėšas turėjo parengti restruktūrizacijos projektus, kurie buvo vertinami pagal patvirtintus kriterijus, tačiau kriterijai nebuvo apibrėžti konkrečiais dydžiais.

Per dvejus metus apie 12 proc. Privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų skirta ligoninėms (Šilalės rajono, Joniškio, Pasvalio, Skuodo, Palangos ir Druskininkų), kurių aptarnaujamose teritorijose gyveno mažiau nei 35 tūkst. gyventojų, nors Sveikatos apsaugos ministerija 1998-2001 metais rengtuose restruktūrizacijos kriterijų projektuose numatydamo, kad savivaldybės pavaldumo antrinio lygio paslaugas teikianti ligoninė turi aptarnauti ne mažiau kaip 35-40 tūkst. gyventojų. Daugumos minėtų ligoninių (išskyrus Druskininkų ir Joniškio) 10 000 aptarnaujamos teritorijos gyventojų 1999 – 2001 metais teko mažiau nei 70 lovų, t.y. atitiko minimalių įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimų projekte 1999 metais planuotą kriterijų. Vėl Druskininkų ir Joniškio ligoninių 10 000 aptarnaujamos teritorijos gyventojų 2001 metais jau teko mažiau nei 70 lovų.

Apie 10 proc. programos lėšų 2000-2001 metais gavo ir dvi 1999 – 2000 metų pabaigoje buvusios nemokios ir nuostolingos ligoninės: Druskininkų ligoninė 2000 metais gavo 362,5 tūkst. Lt (arba 16,5 proc. 2000 metais skirtų lėšų), o Palangos ligoninė 2001 metais gavo 600 tūkst. Lt (arba 5,6 proc. 2001 metais skirtų lėšų). Druskininkų bei Palangos ligoninės 2001 metais dirbo pelningai, tačiau jų mokumo rodikliai 2001 metais nepagerėjo.

Pastebėjimai

Paslaugų restruktūrizavimo programos lėšas gavusios ligoninės per 2000 – 2001 metus atsisakė iš viso apie 330 lovų, tačiau daugiau kaip pusės programos lėšas gavusių ligoninių lovų užimtumas nepadidėjo. Trečdalis Paslaugų restruktūrizacijos programos lėšų buvo skirtos darbuotojų išėtinėms pašalpoms.

Ligoninės, siekdamos gauti paslaugų restruktūrizacijos programos lėšas, 2000-2001 metais rengė restruktūrizacijos planus ir teikė juos Valstybinei ligonių kasai. Siekdamos pasirašyti naujas sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis ir išvengti staigių finansavimo pokyčių, 2002 metais ligoninės vėl rengė restruktūrizacijos planus ir teikė juos Valstybinei ligonių kasai.

Dauguma stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vadovaujantis Valstybinės ligonių kasos ir SAM 2002-03-20 raštu iki 2002-07-01 parengė ir teikė Valstybinei ligonių kasai ligoninių restruktūrizacijos projektus 2002 – 2005 metams.

Pastebėjimai

Dauguma savivaldybėms pavaldžių stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2002 metais parengtus ir Valstybinei ligonių kasai pateiktus restruktūrizacijos projektus nederino su apskričių gydytojais. Minėti projektai buvo rengiami SAM nepatvirtinus Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatų ir kriterijų bei Greitosios medicinos pagalbos koncepcijos ir jos įgyvendinimo priemonių plano.

3.1.9. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros principinių nuostatų rengimas.

Vykdydama Lietuvos Respublikos Vyriausybės sekretoriaus 2001-03-21 pavedimą, SAM parengė Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros principinių nuostatų projektą ir 2001-06-06 pateikė jį svarstyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komitetui. Projekte Lietuvos Respublikos Vyriausybei buvo siūloma:

- 1) pritarti Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros principinėms nuostatomis ir kriterijams;
- 2) pavesti apskričių viršininkams bei siūlyti savivaldybių merams restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą vadovaujantis šiomis nuostatomis ir kriterijais;
- 3) inicijuoti įstatymų bei įstatymų lydymųjų teisės aktų pakeitimus;
- 4) Sveikatos apsaugos ministerijai pavesti kontroliuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklo principinių nuostatų ir kriterijų įgyvendinimą.

Projekte buvo apibrėžti minimalūs stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo kriterijai:

- Chirurgijos profilis – chirurginis aktyvumas ne mažiau kaip 65 – 70 proc.
- Akušerijos-ginekologijos profilis – per metus ne mažiau kaip 300 gimdymų.
- Anestezijos-reanimacijos profilis – paros postas.
- Bendras lovų funkcionavimo rodiklis – 320 dienų per metus (II variantas–310 dienų).
- Vidutinė gulėjimo trukmė – 8 dienos (II variantas – 9 dienos).
- Juridinis vienetas ne mažiau kaip 150 lovų.
- Juridinis vienetas nuo 35 iki 40 tūkst. gyventojų.
- Lovų skaičius 60/ 10 000 gyventojų (II variantas – 65/ 10 000 gyventojų).

Lietuvos Respublikos Vyriausybė sprendimų dėl perengtų ir pateiktų asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros principinių nuostatų nepriėmė.

Pastebėjimai

1. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros principinių nuostatų projektas buvo parengtas vadovaujantis SAM specialistų atlikta sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ir jų teikiamų paslaugų poreikio ir struktūros analize bei pateiktais pasiūlymais. Didžioji dauguma minimalių stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo kriterijų (per metus ne mažiau kaip 300 gimdymų, bendras lovų funkcionavimo rodiklis 320 dienų per metus, vidutinė gulėjimo trukmė 8 dienos, juridinis vienetas nuo 35 iki 40 tūkst. gyventojų, juridinis vienetas ne mažiau kaip 150 lovų, lovų skaičius 10 000 gyventojų) Sveikatos apsaugos ministerija buvo nustatčiusi jau 1998 – 1999 metais, tačiau jiems buvo pritarusi tik Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija.

2. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros principinių nuostatų projektas nebuvo patvirtintas nei Sveikatos apsaugos ministro įsakymu nei Lietuvos Vyriausybės nutarimu, todėl

sveikatos priežiūros įstaigos ar jų steigėjai neturėjo juridinio pagrindo vadovautis jame nustatytais restruktūrizavimo kriterijais.

3.1.10. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatos ir kriterijai.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų programos įgyvendinimo priemonių plane, SAM buvo įpareigota 2002 metų I ketvirtyje patvirtinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų plėtros principines nuostatas, tačiau minėtas nuostatas SAM patvirtino pusmečiu vėliau, t.y. 2002 metų III ketvirtyje. Sveikatos apsaugos ministro 2002-07-30 įsakyme Nr. 1196 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatų ir kriterijų“ numatyta:

1. Ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros srityje - plėtoti ambulatorinę slaugą, diegti dienos chirurgijos paslaugas, didinti ambulatorinės konsultacinės pagalbos apimtį, teikti daugiau reabilitacijos paslaugų.
2. Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros srityje:
 - Hospitalizacijos rodiklis 100-ui savivaldybės gyventojų 2003 m. – 21, 2005 m. – 18 (2 pav.)
 - Lovos funkcionavimo rodiklis 320 dienų per metus,
 - Vidutinė gulėjimo trukmė – 8 dienos,
 - Chirurginis aktyvumas – 80 proc.,
 - 300 gimdymų per metus,
 - Ilgalaikio – palaikomojo gydymo diegimas.
3. Įgyvendinant sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatas ir kriterijus vadovautis sveikatos apsaugos ministro patvirtintais bendraisiais ir specialiaisiais asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimais.

Pastebėjimai

1. Stacionarių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatai ir kriterijai nustatyti bendri visiems asmens sveikatos priežiūros paslaugų profiliams ir visų tipų ligoninėms, neatsižvelgiant į tai, kad vidutinė gulėjimo trukmė ir hospitalizacijos apimtys iš esmės skiriasi bendrojo pobūdžio, specializuotose, slaugos ir reabilitacijos ligoninėse bei jų teikiamų paslaugų profiluose.

2. Stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros kriterijai - lovos funkcionavimo rodiklis ir vidutinė gulėjimo trukmė, 300 gimdymų per metus - buvo apibrėžti dar 1998 -2001 metų SAM parengtuose projektuose, tačiau nebuvo patvirtinami.

3. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatos ir kriterijai patvirtinti tik 2002-07-30, t.y. mėnesiu vėliau nei ligoninės parengė ir pateikė Valstybinei ligonių kasai 2002-2005 metų restruktūrizacijos projektus.

4. Patvirtinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros kriterijai tiesiogiai neapibūdina įstaigų tinklo išdėstymo ir dydžio, nors:

- Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros principinių nuostatų 2001-06-06 projekte šie kriterijai buvo apibrėžti, pvz.: juridinis vienetas ne mažiau kaip 150 lovų, juridinis vienetas nuo 35 iki 40 tūkst. gyventojų, lovų skaičius 60 arba 65 /10 000 gyventojų.

- Ligoninių restruktūrizavimo bendrųjų reikalavimų tezių 2002-03-28 projekte ligoninės buvo suskirstytos į 10 grupių. Kiekvienoje ligoninių grupėje apibrėžti teikiamų paslaugų profiliai, ligoninės lovų skaičius bei aptarnaujamos teritorijos gyventojų skaičius, tačiau projektas nebuvo patvirtintas.

- Scandinavian Care Consultant Services AB ekspertai, rengę Nacionalinę ligoninių pertvarkymo strategiją, remdamiesi Vakarų Europos pavyzdžiu, rekomendavo, kad bendrojo profilio ligoninės minimali aptarnaujama teritorija apimtų ne mažiau nei 50 tūkst. gyventojų. Tačiau į ekspertų rekomendacijas dėl ligoninių tinklo išdėstymo SAM neatsižvelgė.

SAM 2002-06-12 įsakymu Nr.274 "Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisijos sudarymo ir jos nuostatų patvirtinimo" sudarė komisiją, kuri turės parengti asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo principus, kriterijus ir prioritetus bei pateikti juos tvirtinti sveikatos apsaugos ministrui, o taip pat vertinti apskričių ir savivaldybių parengtus asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektus ir teikti išvadas bei pasiūlymus dėl jų atitikimo restruktūrizavimo principams, kriterijams, prioritetams. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisijai pavesta iki 2003-05-01 parengti Nacionalinį asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektą ir pateikti jį tvirtinti sveikatos apsaugos ministrui ir koordinuoti projekto priemonių įgyvendinimo eigą.

Pastebėjimas

Apskričių, savivaldybių ir stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos planai buvo rengti nesant SAM patvirtintų restruktūrizavimo principų, kriterijų, prioritetų. Didelė tikimybė, kad patvirtintus restruktūrizavimo principus, kriterijus ir prioritetus, jau parengti ir įgyvendinami restruktūrizacijos planai jų neatitiks.

IŠVADOS

Sveikatos apsaugos ministerija:

1. neefektyviai valdė ligoninių tinklo ir jų teikiamų paslaugų kiekio optimizavimo procesą šalies mastu, taip sudarydama prielaidas neefektyviam proceso koordinavimui apskrityse. Optimizavimo proceso strateginis planavimas 1998 – 2001 metais ministerijoje vyko lėtai, nes pradėti darbai, pasikeitus Lietuvos Respublikos Vyriausybei ar sveikatos apsaugos ministrui, nebuvo baigiami.
2. nuo 1998 metų pabaigos neužtikrino Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 str. vykdymo – kartu su Valstybine ligonių kasa nenustatė Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimų. *(Valstybinei ligonių kasai inicijuoti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimų nustatymą buvo siūlyta Valstybės kontrolės 2001-10-12 ataskaitoje Nr. 210-15 “Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo, finansinės atskaitomybės tikrinimo rezultatų ir Valstybinės ligonių kasos veiklos vertinimo”).*
3. nuo 1998 metų pabaigos neužtikrino Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12 str. vykdymo – nenustatė kokių profilių antrinę asmens sveikatos priežiūrą įgyvendina savivaldybių vykdomosios institucijos ir privalo organizuoti apskričių viršininkų administracijos.
4. nuo 1998 metų vidurio rengė pagrindinių kriterijų, apibūdinančių siekiamą optimalų ligoninių ir jų teikiamų paslaugų kiekį, projektus, tačiau iki 2002 metų vidurio nei vieno jų nepatvirtino sveikatos apsaugos ministro įsakymu. Parengtiems projektams pritaravo tik Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija, todėl nei sveikatos priežiūros įstaigos nei jų steigėjai neturėjo juridinio pagrindo jais vadovautis ar siekti užtikrinti jų įgyvendinimą.
5. neužtikrino Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos 1998 metų viduryje nustatytų per dvejus metus pasiekti sveikatos apsaugos reformos užduočių, susijusių su ligoninių tinklo ir jų teikiamų paslaugų optimizavimu, įgyvendinimo.
6. neapibendrino 2001 metais apskričių parengtų ir ministerijai pateiktų apskričių asmens sveikatos priežiūros restruktūrizavimo 2001-2003 m. projektų ir neparengė sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo priemonių plano, nors Sveikatos apsaugos ministerijos 2001 metų strateginiame veiklos plane tai atlikti buvo suplanuota 2001 metų IV ketvirtyje.
7. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatas ir kriterijus patvirtino keturiais mėnesiais vėliau nei buvo numatyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-2004 metų veiklos programos įgyvendinimo priemonėse bei mėnesiu vėliau nei stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos parengė ir pateikė Valstybinei ligonių kasai restruktūrizacijos projektus.

Kitos išvados:

8. Sveikatos apsaugos ministerijai nenustačius pagrindinių restruktūrizavimo kriterijų ir principų bei esant skirtingam antrinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų pavaldumui, buvo sudėtinga racionaliai suplanuoti optimalų antrinės sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir jas teikiančių įstaigų tinklą apskrityse. Skirtingų restruktūrizavimo planų gausa įvairiuose valdymo lygiuose (apskrityse, savivaldybėse ir ligoninėse) ir bendro visiems privalomo vykdyti restruktūrizacijos plano nebuvimas, sąlygojo neefektyvų ligoninių tinklo ir jų teikiamų paslaugų optimizavimo proceso planavimą.
9. Dėl skirtingo antrinio lygio paslaugas teikiančių ligoninių pavaldumo, apskričių viršinių administracijos negalėjo efektyviai koordinuoti ir pertvarkyti joms nepavaldžių antrinio ligoninių tinklo ar jų teikiamų paslaugų profilių. Savivaldybėms pavaldžios antrinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios ligoninės nebuvo palaipsniui perduodamos apskričių pavaldumui, nors šią nuostatą įgyvendinti buvo numatyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programų įgyvendinimo priemonėse ir Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiame plane.
10. Apskričių ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos planai buvo parengti pagal kiekvieno jų rengusio subjekto individualų požiūrį, o parengtų planų įgyvendinimo šalies mastu Sveikatos apsaugos ministerija nekoordinavo.
11. Dauguma savivaldybėms pavaldžių stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų Valstybinei ligonių kasai pateiktų restruktūrizacijos projektų, nederino su apskričių gydytojais. Ligoninių parengti restruktūrizacijos projektai buvo parengti anksčiau nei Sveikatos apsaugos ministro įsakymais buvo patvirtinta Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatos ir kriterijai bei Greitosios medicinos pagalbos koncepcija ir jos įgyvendinimo priemonės. Dėl šių priežasčių yra didelė rizika, kad anksčiau parengtų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos projektų įgyvendinimas neužtikrins optimalaus sveikatos priežiūros paslaugų išdėstymo apskrityse, o parengtus planus gali tekti koreguoti.
12. Patvirtinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatos ir kriterijai nekonkretūs, nes stacionarinės asmens sveikatos priežiūros kriterijai nustatyti bendri visiems asmens sveikatos priežiūros paslaugų profiliams, neatsižvelgta į Scandinavian Care Consultant Services AB ekspertų rengusių Nacionalinę ligoninių pertvarkymo strategiją, rekomendacijas dėl ligoninių tinklo išdėstymo.
13. Faktinis lovų skaičius bendrojo pobūdžio ligoninėse 2001 metais buvo beveik lygus apskaičiuotam 1998 metų optimaliam (t.y. jei lovų užimtumas būtų 320 dienų per metus) lovų skaičiui. Lovų skaičius šiose ligoninėse buvo kasmet mažinamas, tačiau mažėjantis jų užimtumas sąlygojo didėjantį skirtumą tarp faktiškai esamo ir optimalaus lovų skaičiaus: 1998 ir 1999

metais neefektyviai buvo naudojama 13 proc. lovų, 2000 metais – 17 proc., 2001 metais – 16 proc.

14. Lietuvos sveikatos programoje optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir jų teikiamų paslaugų kiekį buvo numatyta iki 2005 metų, tačiau dėl užsitęsusio planavimo proceso yra didelė rizika, kad sveikatos priežiūros įstaigų tinklas ir jų teikiamų paslaugų kiekis bus optimizuotas vėliau nei buvo numatyta Lietuvos sveikatos programoje.

SIŪLYMAI

Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Užtikrinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos ir sveikatos priežiūros įstaigų įstatymų vykdymą:
 - a) Kartu su Valstybine ligonių kasa nustatyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų minimalių išdėstymo ir jų struktūros reikalavimus. *(Tai inicijuoti buvo siūlyta Valstybinei ligonių kasai Valstybės kontrolės 2001-10-12 ataskaitoje Nr. 210-15 “Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo, finansinės atskaitomybės tikrinimo rezultatų ir Valstybinės ligonių kasos veiklos vertinimo”).*
 - b) Nustatyti antrinės stacionarinės asmens sveikatos priežiūros mastą ir profilius pagal sveikatos priežiūros organizavimo lygius, kaip numatyta Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme.
2. Patikslinti 2002-07-30 patvirtintas Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatas ir kriterijus - nustatyti skirtingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų profilių ir hospitalizacijos apimčių juose poreikį 100 gyventojų bei vidutinę gulėjimo trukmę. Apibrėžti ligoninių išdėstymo kriterijus ir jų pasiekimo etapus, atsižvelgiant į ligoninių aptarnaujamos teritorijos dydį ir tankumą, planuojamą greitosios medicinos pagalbos stočių ir jų padalinių išdėstymą ir į Greitosios medicinos pagalbos koncepcijos įgyvendinimo priemonių planą.
3. Nustatyti Paslaugų restruktūrizavimo komisijos rengiamų restruktūrizavimo principų, kriterijų ir prioritetų parengimo ir patvirtinimo datą.
4. Rengiamam Nacionaliniam asmens sveikatos priežiūros restruktūrizavimo projekto įgyvendinimui numatyti reikalingas lėšas ir jų šaltinius. Finansavimą skirti tik patvirtinus detalų asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir jų teikiamų paslaugų optimizavimo planą ir jo įgyvendinimo priemones. Ligoninėms skiriamų lėšų kitimą numatyti per kelis metus, kad įstaigos turėtų galimybę persitvarkyti bei racionaliau panaudoti skiriamas lėšas.
5. Numatyti atsakomybę už Nacionalinio asmens sveikatos priežiūros restruktūrizavimo projekto priemonių įgyvendinimą ir kontrolę.

3.2. STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ OPTIMIZAVIMO PROCESO REZULTATŲ VERTINIMAS

Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų optimizavimo proceso vertinimas atliktas remiantis šiais kriterijais: ligoninių skaičius; lovų skaičius (lovų skaičius tenkantis 1000 gyventojų); lovų užimtumas; vidutinė gulėjimo trukmė; darbuotojų skaičius ir vidutinis darbo užmokestis; chirurginis aktyvumas; hospitalizuotų (planinė ir būtinoji pagalba) bei ambulatorinių pacientų skaičius; vienai lovai tenkantis bendrasis plotas ir ligoninių finansinės būklės pokyčiai (apyvartinis kapitalas, mokumas, pelningumas, ligoninės išteklių optimizavimo ir aptarnaujamos teritorijos dydžio poveikis ligoninės finansinei būklei).

Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos analizės metu buvo suskirstytos į bendrojo pobūdžio, specializuotas, slaugos ir reabilitacijos ligonines vadovaujantis Lietuvos sveikatos informacijos centro prie SAM naudojama klasifikacija.

Sveikatos apsaugos ministerija iki 2002 metų vidurio nepatvirtino restruktūrizavimo kriterijų ar reikalavimų, kurie turi būti pasiekti per tam tikrą laikotarpį, todėl pasiektų rezultatų nebuvo galima palyginti su planuotais. Dėl nepatvirtintų siekiamų užduočių, rodiklių ar kriterijų buvo sudėtinga vienareikšmiškai įvertinti stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų optimizavimo proceso rezultatus, todėl pasiekti rezultatai buvo lyginami su projektuose nustatytais uždutimis bei vertinamos ligoninių veiklos ir finansinių rodiklių pokyčių tendencijos.

3.2.1. Ligoninių skaičius.

Bendras ligoninių skaičius 2001 metų pabaigoje, lyginant su 1998 metų pabaiga, padidėjo nežymiai. Pakito skirtingų tipų ligoninių skaičius: bendrojo pobūdžio ligoninių sumažėjo nuo 76 iki 73, specializuotų - sumažėjo nuo 38 iki 37, reabilitacijos – sumažėjo nuo 5 iki 2, o slaugos ligoninių skaičius padidėjo nuo 68 iki 77 (7 lentelė). Iš 77 slaugos ligoninių 2001 metų pabaigoje savarankiškos buvo 22 (arba 30 proc.), o 55 slaugos ligoninės veikė prie pirminių sveikatos priežiūros centrų ar ambulatorijų. Vidutinis lovų skaičius slaugos ligoninėse 2001 metais - 33 lovos.

7 lentelė

Ligoninių skaičius 1995 – 2001 metų pabaigoje
(Lietuvos sveikatos informacijos centro prie SAM duomenys)

Ligoninės tipas	Ligoninių skaičius, metų pabaigoje						
	1995 m.	1996 m.	1997 m.	1998m.	1999 m.	2000 m.	2001 m.
Bendrojo pobūdžio ligoninės, iš jų:	144	134	92	76	76	75	73
- miestų	36	34	30	31	30	29	28
- savivaldybių ir apskričių centrinės	42	42	42	42	42	45	45
- rajoninės ir apylinkinės	66	58	20	5	4	1	0
Slaugos ligoninės	5	14	49	68	66	69	77
Specializuotos ligoninės	39	38	38	38	37	39	37
Reabilitacijos ligoninės	7	8	6	5	5	4	2
Iš viso	195	194	185	187	184	187	189

Žymiausiai pakito bendrojo pobūdžio ir slaugos ligoninių tinklas, nes apylinkių ligoninės buvo pertvarkomos į slaugos ligonines (22 priedas). Aktyviausiai šis procesas vyko 1997-1998 metais, kai slaugos ligoninių skaičius išaugo nuo 14 iki 68, t.y. padidėjo daugiau nei keturis kartus, o apylinkių ligoninių sumažėjo nuo 58 iki 5.

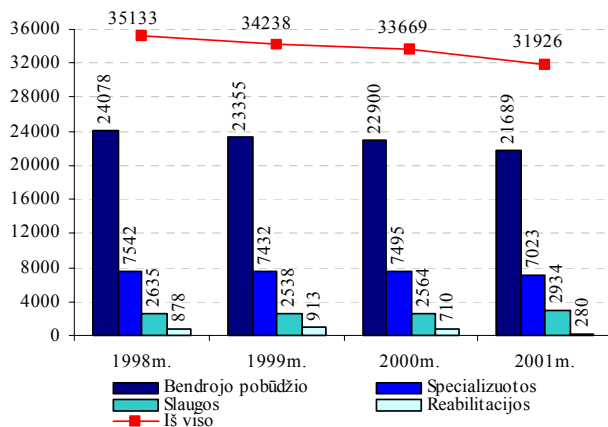
Pastebėjimas

Tik keletas bendrojo pobūdžio ar specializuotų ligoninių buvo sujungtos. Didžioji dalis apylinkių ligoninių 1997-1998 metais buvo pertvarkytos į slaugos ligonines. Iki 1998 metų pabaigos buvo įkurta apie 88 proc. slaugos ligoninių. Slaugos ligoninių kūrimosi tendencija 1999-2001 metų laikotarpiu sulėtėjo.

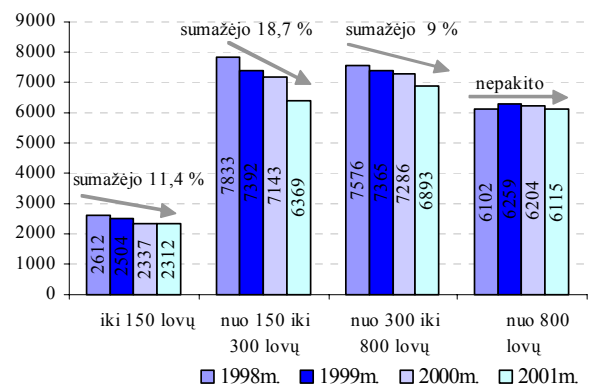
3.2.2. Lovų skaičius.

Bendras ligoninių lovų skaičius nuo 1998 metų pabaigos iki 2001 metų pabaigos sumažėjo apie 3200 lovomis arba 9,1 proc. (per 2001 metus lovų skaičius sumažėjo 5,2 proc.). Bendrojo pobūdžio, specializuotų ir reabilitacijos ligoninių lovų skaičius šiuo laikotarpiu sumažėjo apie 3500 lovų. Lovų skaičius slaugos ligoninėse padidėjo apie 300.

Bendrojo pobūdžio ligoninių lovų skaičius nuo 1998 metų pabaigos iki 2001 metų pabaigos sumažėjo 9,9 proc., specializuotų – 6,9 proc., reabilitacijos – 68,1 proc. (16 paveikslas). Bendrojo pobūdžio ligoninių, turėjusių nuo 150 iki 300 lovų, lovų skaičius sumažėjo beveik penktadaliu (arba 18,7 proc.), o ligoninių, turėjusių virš 800 lovų, lovų skaičius nepakito (17 paveikslas).



16 pav. Lovų skaičiaus pokyčiai 1998 – 2001 metais. (Lietuvos sveikatos informacijos centro prie SAM duomenimis).

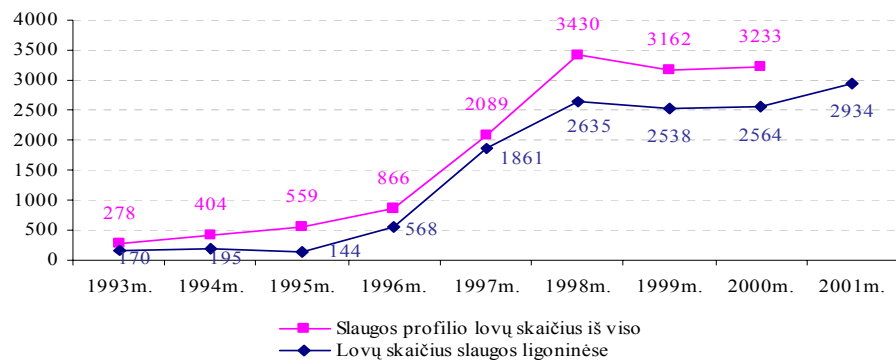


17 pav. Lovų skaičius pokyčiai bendrojo pobūdžio ligoninėse 1998 – 2001 metais (Valstybės kontrolei ligoninių pateiktais duomenimis)

Penktadalyje (arba 15 iš 73) bendrojo pobūdžio ligoninių 2001 metais buvo mažiau nei 150 lovų. Devynios (arba apie 40 proc.) tokios ligoninės 2001 metais buvo nemokios arba nuostolingos, o vienuolikoje (arba apie 60 proc.) tokių ligoninių aptarnaujamoje teritorijoje gyveno mažiau nei 35 tūkst. gyventojų.

Audito metu nustatyta, kad ligoninių lovų skaičiaus mažėjimo tendencija proporcinga faktinių Privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti mažėjimo tendencijai (21B priedas).

Slaugos ligoninėse nuo 1998 m. pabaigos iki 2001 m. pabaigos lovų skaičius padidėjo 11,3 proc. (apie 300 lovų). Lovų skaičius slaugos ligoninėse 1999-2000 metais buvo mažesnis nei 1998 metais, tačiau per 2001 metus padidėjo 14,4 proc. (arba apie 370 lovų). Slaugos profilio lovų didėjimo tendencija buvo proporcinga slaugos ligoninių skaičiaus didėjimui. Dauguma slaugos profilio lovų, kaip ir slaugos ligoninių, buvo įkurtos 1997 – 1998 m. (18 paveikslas). Nuo 1998 m. slaugos ligoninėse buvo apie 80 proc. visų slaugos profilio lovų.



18 pav. Slaugos lovų skaičius 1993 – 2001 m. (Lietuvos sveikatos informacijos centro prie SAM duomenys).

Pastebėjimai

Slaugos profilio lovų skaičius žymiai padidėjo 1997 – 1998 metais.

Bendras lovų skaičius ligoninėse labiausiai sumažėjo 2001 metais. Bendrojo pobūdžio ligoninėse, kuriose buvo nuo 150 iki 300 lovų, lovų skaičius 1999 – 2001 metais sumažėjo beveik penktadaliu. Lovų skaičiaus mažėjimui turėjo poveikį faktinių PSDF išlaidų stacionarioms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti mažėjimas.

Vienai bendrojo pobūdžio ligoninės lovai 2001 metais teko nuo 153 (Vilniaus apskrityje) iki 1322 (Tauragės apskrityje) apskrities gyventojų (8 lentelė).

8 lentelė

Vienai bendrojo pobūdžio ligoninės lovai tenkantis apskrities gyventojų skaičius
(Valstybės kontrolei ligoninių atsiųstais ir Lietuvos Statistikos departamento duomenys).

Apskrities pavadinimas	Vienai bendrojo pobūdžio ligoninės lovai tenkantis apskrities gyventojų skaičius		Faktiškai 2000 metais suteiktų paslaugų lėšų dalis, tekusi apskrities gyventojams, proc.*
	2000m.	2001m.	
Vilniaus apskritis	147	153	77,8*
Kauno apskritis	163	174	76,7*
Klaipėdos apskritis	327	335	81,8*
Alytaus apskritis	645	756	91,5*
Marijampolės apskritis	665	724	99,3*
Šiaulių apskritis	384	402	97,4*
Panevėžio apskritis	461	503	92,8*
Tauragės apskritis	1343	1322	98,3*
Utenos apskritis	714	743	98,2*
Telšių apskritis	951	1039	97,8*

* Valstybinės ligoninių kasos duomenys

Pastebėjimas

Apskirtyse žymiai skiriasi vienai bendrojo pobūdžio ligoninės lovai tekęs apskrities gyventojų skaičius. Vienai bendrojo pobūdžio ligoninių lovai daugiausia gyventojų teko Tauragės ir Telšių apskrityse, mažiausia – Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos apskrityse.

Bendrojo pobūdžio ligoninėms mažinant lovų skaičių, didėja vienai lovai tenkantis bendrasis plotas. Bendrojo pobūdžio ligoninės lovos 1998 metais vidutiniškai teko 49 kvadratiniai metrai bendrojo ligoninės ploto, 2001 metais – beveik 57 kvadratiniai metrai bendrojo ligoninės ploto.

Pastebėjimas

Ligoninėms mažinant lovų skaičių, didėja vienai lovai tenkantis ligoninės bendrasis plotas, todėl didės šildymo išlaidos vienam lovadieniui.

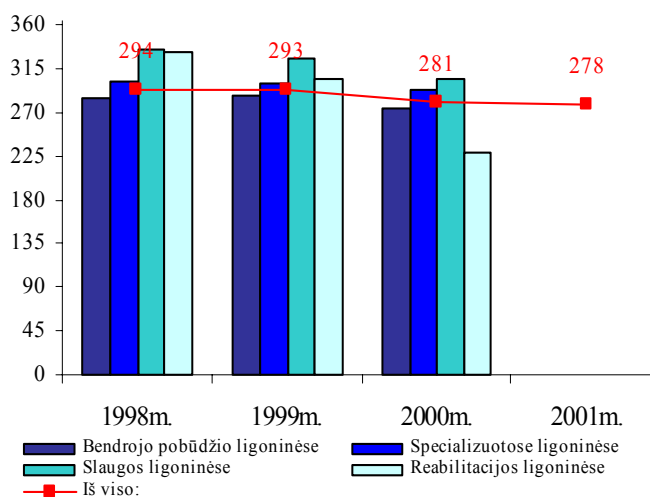
3.2.3. Lovų užimtumas ir vidutinė gulėjimo trukmė

Visų tipų ligoninių lovų užimtumas mažėja. Vidutinis ligoninių lovų užimtumo rodiklis 1998 metais buvo 294 dienos arba 81 proc., o 2001 metais lovų užimtumas sumažėjo iki 278 dienų arba 76 proc. Bendrojo pobūdžio ligoninės sumažino daugiausia lovų, tačiau jų lovų užimtumo rodiklis 1998 – 2001 metais buvo mažiausias iš visų ligoninių lovų užimtumo rodiklių (19 paveikslas).

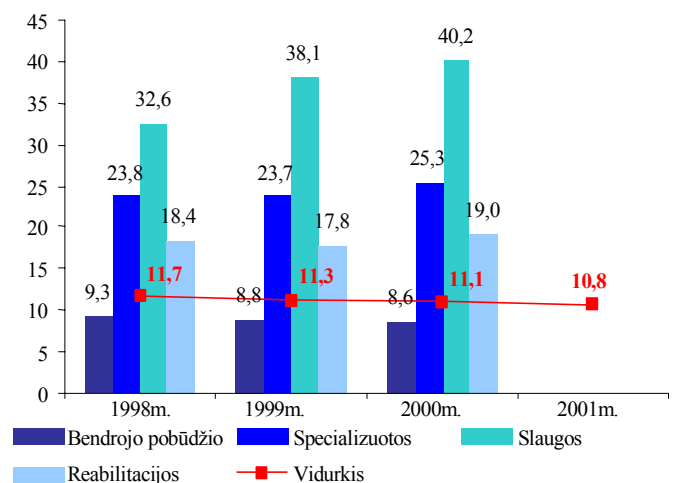
Pastebėjimas

Ligoninių lovų skaičius 1998-2001 metais mažėjo, tačiau lovų užimtumas taip pat mažėjo.

Dar 1998 metais buvo numatyta lovų užimtumą padidinti iki 320 dienų, tačiau jis sumažėjo iki 278 dienų.



19 pav. Lovų užimtumas ligoninėse, dienos per metus



20 pav. Vidutinė gulėjimo trukmė ligoninėse, dienomis (Lietuvos sveikatos informacijos centro prie SAM duomenys).

Vidutinė pacientų gulėjimo trukmė ligoninėse turi mažėjimo tendenciją, t.y. per tris metus sutrumpėjo 0,9 dienos (1998 metais buvo 11,7 dienos, 2001 metais – 10,8 dienos). Tačiau vidutinė

gulėjimo trukmė trumpėjo tik bendrojo pobūdžio ligoninėse, kitų tipų ligoninėse vidutinė gulėjimo trukmė 1998 metais, lyginant su 2000 metais, ilgėjo: specializuotose pailgėjo nuo 23,8 iki 25,3 dienos, slaugos – nuo 32,6 iki 40,2, reabilitacijos – nuo 18,4 iki 19 dienų (20 paveikslas).

Pastebėjimas

Skiriasi vidutinės gulėjimo trukmės pokyčių tendencijos skirtingų tipų ligoninėse: bendrojo pobūdžio ligoninėse trumpėja, specializuotose, slaugos ir reabilitacijos – ilgėja.

3.2.4. Chirurginis aktyvumas.

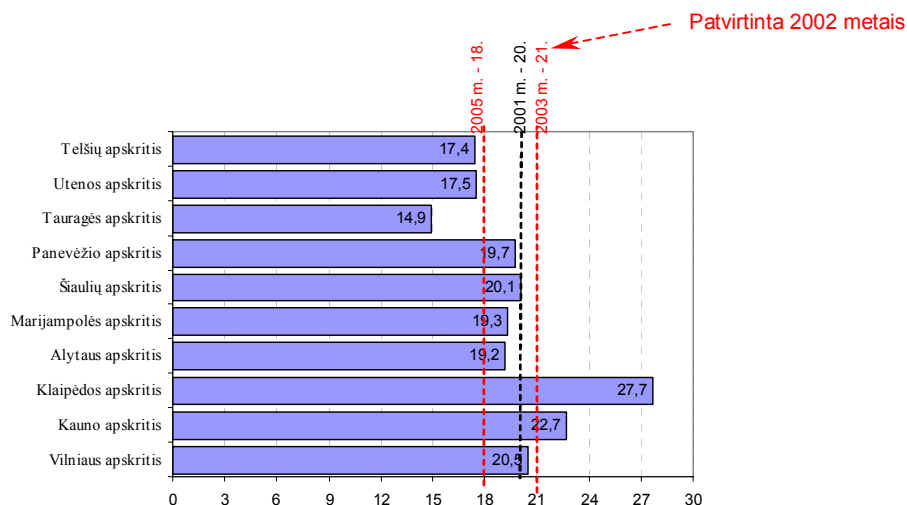
Bendrojo pobūdžio ligoninių chirurginis aktyvumas turi didėjimo tendenciją: 1998 metais buvo 56 proc., 2001 metais – 63 proc. Didžiausias bendrojo pobūdžio ligoninių chirurginis aktyvumas 2001 metais buvo ligoninėse, kurios turėjo daugiau nei 300 lovų – 66 proc., o mažiausias ligoninėse nuo 150 iki 300 lovų – 61 proc. (23 priedas).

Pastebėjimas

Trečdalis(arba 24 iš 73 ligoninių) bendrojo pobūdžio ligoninių chirurginis aktyvumas 2001 metais viršijo 70 procentų. Tik 15 proc. (arba 11 iš 73 ligoninių) bendrojo pobūdžio ligoninių chirurginis aktyvumas 2001 metais viršijo 80 proc., kaip numatyta 2002 metais patvirtintuose asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatose ir kriterijuose.

3.2.5. Hospitalizuotų (planinė ir būtinoji pagalba) bei ambulatorinių pacientų skaičius.

Bendras hospitalizuotų pacientų skaičius 100 gyventojų 1998 – 2001 m. kito netolygiai: 1998 m. buvo 24,2 pacientų, 1999 m. padidėjo iki 24,5, 2000 m. sumažėjo iki 23,4, 2001 m. padidėjo iki 24. Didžioji dalis (virš 83 proc.) pacientų šiuo laikotarpiu buvo hospitalizuojami bendrojo pobūdžio ligoninėse. Bendrojo pobūdžio ligoninėse hospitalizuotų pacientų skaičiaus kitimo tendencija buvo tokia pati, o 2001 m. 100 gyventojų teko 19,9 hospitalizuoti pacientai (21 paveikslas).

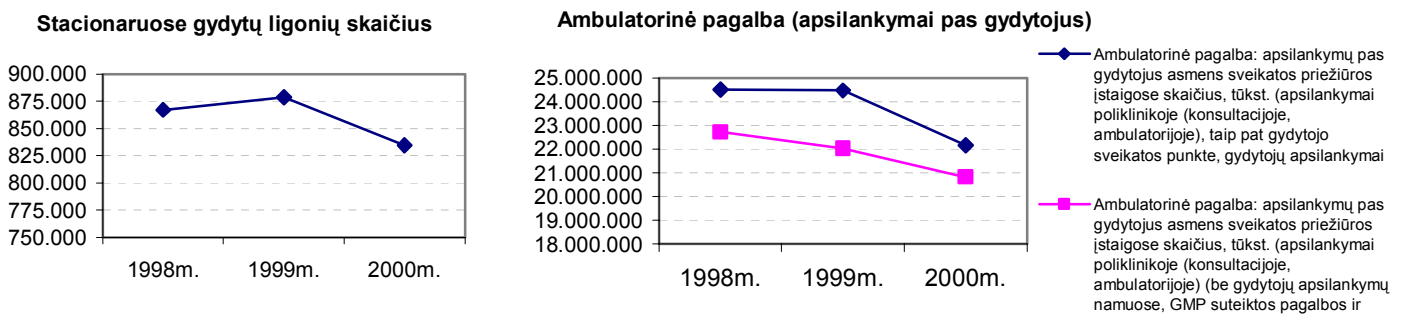


21 pav. Bendrojo pobūdžio ligoninėse 2001 m. hospitalizuotų pacientų skaičius 100 – ui apskrities gyventojų (Valstybės kontrolei ligoninių pateikti ir Lietuvos statistikos departamento duomenys)

Pastebėjimas

Telšių, Utenos ir Tauragės apskričių bendrojo pobūdžio ligoninėse 2001 metais hospitalizuotų pacientų skaičius 100 gyventojų mažesnis nei 18. Tauragės ir Telšių apskrityse vienai bendrojo pobūdžio ligoninių lovai teko daugiausia gyventojų. Klaipėdos apskrityje 100 gyventojų teko beveik trečdaliu hospitalizuotų pacientų daugiau nei kitose apskrityse.

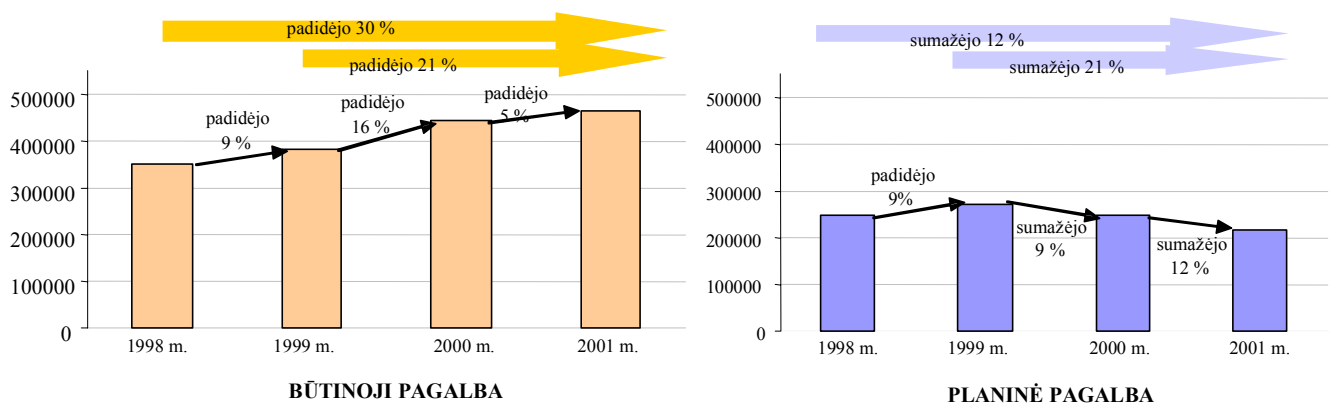
Optimizuojant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir jų teikiamų paslaugų kiekį, numatyta mažinti hospitalizacijos ir didinti ambulatorinių paslaugų apimtį, tačiau 1998–2000 m. mažėjant stacionaruose gydytų ligoninių skaičiui, ambulatorinės pagalbos apimtys taip pat mažėjo (22 pav.).



22 pav. Hospitalizacijos ir ambulatorinių paslaugų apimtys (Lietuvos sveikatos informacijos centro prie SAM duomenys).

Hospitalizuotų pacientų skaičius bendrojo pobūdžio ligoninėse 2001 metais, lyginant su 1998 metais, sumažėjo tik 1,9 proc., o apsilankiusių ligoninių konsultacinėse poliklinikose pacientų skaičius 3,7 proc. sumažėjo, nors ambulatorinių paslaugų apimtį buvo planuojama didinti. Ligoninių konsultacinėse poliklinikose apsilankiusių pacientų skaičiaus pokyčio tendencija priešinga bendrojo pobūdžio ligoninėse, kuriose buvo daugiau nei 800 lovų. Šių ligoninių konsultacinėse poliklinikose 2001 metais, lyginant su 1998 metais, apsilankė 28,9 proc. daugiau pacientų.

Bendrojo pobūdžio ligoninėse bendras hospitalizuotų pacientų skaičius 2001 metais, lyginant su 1999 metais sumažėjo nežymiai, tačiau planinės hospitalizacijos pacientų skaičius šiuo laikotarpiu sumažėjo net 21 proc., o būtinosios hospitalizacijos pacientų skaičius ligoninėse padidėjo 20,9 proc. (23 paveikslas).



23 pav. Planinių ir būtinosios pagalbos pacientų pokyčiai bendrojo pobūdžio ligoninėse 1998 – 2001 metais (Valstybės kontrolei ligoninių pateikti duomenys).

Pastebėjimas

Ambulatorinių pacientų skaičius bendrojo pobūdžio ligoninėse mažėjo beveik dvigubai sparčiau nei hospitalizuotų pacientų skaičius. Išimtis – bendrojo pobūdžio ligoninės, turinčios daugiau nei 800 lovų, kuriose per trejus metus ambulatorinių pacientų skaičius padidėjo daugiau nei ketvirtadaliu.

Sutartimis apribojus teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, bendrojo pobūdžio ligoninėse 2000 – 2001 metais sparčiai padidėjo būtinosios hospitalizacijos pacientų skaičius, o sumažėjo planinės pagalbos apimtys.

3.2.6. Darbuotojų skaičius ir vidutinis darbo užmokestis.

Vidutinis darbo užmokestis bendrojo pobūdžio ligoninėse 1998 – 2001 metais svyravo nuo 780 iki 815 Lt. Vidutinis darbo užmokestis bendrojo pobūdžio ligoninėse 2000 metais sumažėjo, 2001 metais padidėjo. Analizuojamu laikotarpiu didžiausias vidutinis darbo užmokestis bendrojo pobūdžio ligoninėse buvo 1999 metais, išskyrus ligonines, turėjusias virš 800 lovų, kuriose didžiausiais vidutinis darbo užmokestis buvo 2001 metais (885 Lt).

Bendrojo pobūdžio ligoninių darbuotojų skaičius 2001 metais, lyginant su 1998 metais, sumažėjo 9 proc. Ligoninių, turėjusių iki 150 lovų bei nuo 150 iki 300 lovų, vidutinis darbuotojų skaičius sumažėjo atitinkamai 16 bei 15 proc. Ligoninių nuo 800 lovų darbuotojų skaičius beveik nepakito, jose 1998 – 2001 metais buvo didžiausias iš visų bendrojo pobūdžio ligoninių vidutinis darbo užmokestis.

Pastebėjimas.

Vidutinis darbuotojų skaičius žymiausiai sumažėjo bendrojo pobūdžio ligoninėse, kuriose buvo iki 300 lovų. Ligoninių, kuriose buvo virš 800 lovų, darbuotojų skaičius beveik nepakito.

Didžiausias vidutinis darbo užmokestis bendrojo pobūdžio ligoninėse buvo 1999 metais.

3.2.7. Ligoninių finansinės būklės pokyčiai.

Vidutiniai 1999 – 2001 metų bendrojo pobūdžio ligoninių santykiniai finansiniai rodikliai buvo geri, pastebima jų gerėjimo tendencija (24 priedas):

- Vidutiniai 1999 – 2001 metų trumpalaikio mokumo rodikliai buvo pakankami ir kasmet didėjo.
- Nors vidutinis ligoninių apyvartinis kapitalas buvo mažas: 1999 metais buvo 1172 Lt, 2000 metais – 1559 Lt, 2001 metais - 1884 Lt., tačiau jis kasmet po truputį didėjo.
- Ligoninių suteiktų paslaugų savikaina, vidutiniai pelningumo rodikliai 2001 metais, lyginant su 1999 metais, beveik nepakito.
- Ligoninių atsargų apyvartumas 2001 metais, lyginant su 2000 metais, padidėjo.

Vidutinė debitorinio įsiskolinimo trukmė bendrojo pobūdžio ligoninėse 1999 metais buvo 42 dienos, 2001 metais pailgėjo iki 50,6 dienos. Ilgiausia debitorinio įsiskolinimo trukmė buvo ligoninėse nuo 150 iki 300 lovų (55,4 dienos) ir nuo 300 iki 800 lovų (56,5 dienos). Didžiausią poveikį ligoninių debitorinio įsiskolinimo trukmės ilgėjimui ir apyvartinių lėšų trūkumui turėjo privalomo sveikatos draudimo fondo biudžeto įsiskolinimai už ligoninių suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas.

Pastebėjimas

Ilgėjanti debitorinio įsiskolinimo trukmė ir mažos apyvartinės lėšos turėjo neigiamą poveikį ligoninių finansinei būklei.

Audito metu nustatyta, kad bendrojo pobūdžio ligoninių, kuriose buvo nuo 150 iki 300 lovų (apie 44 proc. įstaigų) finansinė būklė 1999 – 2001 metais buvo blogiausia:

- apyvartinis kapitalas, trumpalaikio ir bendrojo mokumo rodikliai buvo mažesni už vidutinius kitų bendrojo pobūdžio ligoninių grupių finansinius rodiklius.
- greitojo mokumo rodikliai 1999 ir 2000 metų nesiekė 1, t.y. debitorinio įsiskolinimo ir grynųjų pinigų sumos neužteko padengti visiems trumpalaikiams įsipareigojimams, tačiau 2001 metais greitojo mokumo rodiklis pagerėjo, t.y. viršijo 1.
- 1999 - 2000 metais buvo mažiausias veiklos ir grynasis pelningumas, 2001 metais - mažiausias veiklos pelningumas.

Geriausia finansinė būklė 1999 – 2001 metais buvo bendrojo pobūdžio ligoninių, kurių lovų skaičius viršijo 800.

Pastebėjimas

Ligoninių, turėjusių nuo 150 iki 300 lovų, finansinė būklė blogiausia, nors šioje ligoninių grupėje labiausiai sumažėjo lovų ir darbuotojų skaičius.

Ligoninių, kurių lovų skaičius viršijo 800, lovų ir darbuotojų skaičius beveik nepakito, jose buvo didžiausias vidutinis darbo užmokestis, tačiau jų finansinė būklė 1999 – 2001 metais buvo geriausia iš visų bendrojo pobūdžio ligoninių.

Dauguma bendrojo pobūdžio ligoninių 1999 – 2001 metais buvo mokios ir pelningos. Iš 73 bendrojo pobūdžio ligoninių trečdalis 2001 metais (didžioji dalis jų ir 1999-2000 metais) turėjo rimtų mokumo problemų arba buvo nuostolingos:

- 15 iš 73 ligoninių buvo nemokios arba turėjo rimtų mokumo problemų (25 priedas);
- 14 iš 73 ligoninių buvo nuostolingos;
- 6 iš 73 ligoninių buvo nemokios ir nuostolingos: penkios iš jų turėjo mažiau nei 200 lovų.

Iš 73 bendrojo pobūdžio ligoninių 2001 metais veikė 20 (arba 27 proc.) ligoninių, kurių aptarnaujamoje teritorijoje gyventojų skaičius buvo mažesnis nei 35 tūkst. (21A priedas). Pusė, t.y. 10 iš 20 ligoninių, kurių aptarnaujamoje teritorijoje gyveno mažiau nei 35 tūkst. gyventojų, 2001 metais buvo nemokios arba nuostolingos.

Pastebėjimas

Pusės bendrojo pobūdžio ligoninių, kurių teritorijoje gyventojų skaičius buvo mažesnis nei 35 tūkst., finansinė būklė buvo nestabili, t.y. jos buvo nemokios arba nuostolingos.

IŠVADOS:

Sveikatos apsaugos ministerija nuo 1998 metų iki 2001 metų pabaigos rengė, tačiau nepatvirtino siektino optimalaus ligoninių ir jų teikiamų paslaugų kiekio, todėl optimizavimo proceso rezultatai įvertinti vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministerijos nuo 1998 metų iki 2001 metų pabaigos rengtuose projektuose numatytais kriterijais, kurių dalis 2002 metais buvo patvirtinti. Audito metu nustatyta, kad Sveikatos apsaugos ministerijos projektuose numatyti rodikliai nepasiekti, o dalies jų pokyčio tendencija buvo priešinga nei projektuose buvo planuota:

1. Sveikatos apsaugos ministerijos kolegija 1998 metais numatė per dvejus metus 15 – 20 proc. sumažinti lovų skaičių, tačiau per trejus metus lovų skaičius sumažėjo tik 9,1 proc. Ligoninėms mažinant lovų skaičių, didėja vienai lovai tenkantis ligoninės bendrasis plotas, todėl didės vienos lovos išlaikymo išlaidos.
2. Sveikatos apsaugos ministerija 1998 - 1999 metų bei 2001 metų projektuose planavo ligonines išlaikyti, jei jų aptarnaujamoje teritorijoje gyvena ne mažiau kaip 35 – 40 tūkst. gyventojų, tačiau buvo išlaikomos 20 iš 73 (arba 27 proc.) bendrojo pobūdžio ligoninių, kurių aptarnaujamoje teritorijoje gyveno mažiau kaip 35 tūkst. gyventojų, nors pusė iš jų 2001 metais buvo nuostolingos arba turėjo rimtų mokumo problemų.
3. Sveikatos apsaugos ministerija 1999 ir 2001 metų projektuose planavo, kad lovų skaičius ligoninėse būtų ne mažesnis nei 150 – 200 lovų. Penktadalyje (arba 15 iš 73) bendrojo pobūdžio ligoninių 2001 metais buvo mažiau nei 150 lovų. Vienuolikoje ligoninių, turėjusių mažiau nei 150 lovų, aptarnaujamoje teritorijoje 2001 metais gyveno mažiau nei 35 tūkst. gyventojų. Devynios ligoninės, turėjusios mažiau nei 150 lovų, 1999 - 2001 metais buvo nemokios arba nuostolingos.
4. Visuose 1998 – 2001 metų projektuose Sveikatos apsaugos ministerija planavo ir 2002 metais patvirtintose Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatose ir kriterijuose numatė, kad ligoninių lovų užimtumas turi būti 320 dienų per metus, tačiau lovų užimtumas nuo 1998 metų kasmet mažėjo ir 2001 metais buvo tik 278 dienų per metus, nors lovų skaičius ligoninėse kasmet mažėjo.

5. Sveikatos apsaugos ministerija nuo 1998 metų rengtuose projektuose planavo mažinti vidutinę gulėjimo trukmę ligoninėse, tačiau ji trumpėjo tik bendrojo pobūdžio ligoninėse, o specializuotose, slaugos ir reabilitacijos ligoninėse – ilgėjo.
6. Sveikatos apsaugos ministerija 1998 - 2001 metų projektuose planavo, o 2002 metais patvirtintose Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatose ir kriterijuose numatė, kad vidutinė gulėjimo trukmė turi būti 8 dienos, tačiau 2001 metais ji buvo 10,8 dienų. Vidutinė gulėjimo trukmė skirtingų tipų ligoninėse žymiai skiriasi - bendrojo pobūdžio ligoninėse 2000 metais ji buvo artima 8,6 dienos, o specializuotose – 25,3 dienos, slaugos – 40,2 dienos, reabilitacijos – 19 dienų, todėl 2002 metais pavirtintą vidutinės gulėjimo trukmės rodiklį planuojant būtina diferencijuoti pagal sveikatos priežiūros paslaugų profilius.
7. Sveikatos apsaugos ministerija 2001 metų projekte planavo, kad chirurginis aktyvumas ligoninėse turi būti ne mažesnis nei 70 proc., o 2002 metais patvirtintose asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatose ir kriterijuose – ne mažesnis nei 80 proc. Didesnis nei 70 proc. chirurginis aktyvumas 2001 metais buvo trečdalyje bendrojo pobūdžio ligoninių, tik 15 proc. bendrojo pobūdžio ligoninių chirurginis aktyvumas 2001 metais viršijo 80 proc.
8. Sveikatos apsaugos reformos užduotyse numatyta mažinti hospitalizacijos apimtis ir didinti ambulatorinių paslaugų apimtis, tačiau mažėjant hospitalizacijos apimtims taip pat mažėjo ir ambulatorinių paslaugų apimtys. Pacientų, apsilankiusių bendrojo pobūdžio ligoninių konsultacinėse poliklinikose, skaičius nuo 1999 metų mažėjo beveik dvigubai sparčiau nei hospitalizuotų pacientų, išskyrus ligonines, turėjusias daugiau nei 800 lovų, kuriose per trejus metus ambulatorinių pacientų skaičius padidėjo daugiau nei ketvirtadaliu. Mažėjančias hospitalizacijos ir ambulatorinės pagalbos apimtis sąlygojo teritorinių ligoninių kasų sutartyse numatyti apribojimai asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui.
9. Bendrojo pobūdžio ir specializuotų ligoninių skaičius nuo 1998 metų beveik nepakito. Tik keletas ligoninių buvo sujungtos, tačiau bendras ligoninių skaičius, dėl slaugos ligoninių skaičiaus didėjimo, 1998-2001 metais nežymiai padidėjo. Bendrojo pobūdžio ligoninės sumažino daugiausiai lovų, tačiau jų lovų užimtumo rodiklis 1998 – 2001 metais buvo mažiausias iš visų ligoninių lovų užimtumo rodiklių.
10. Daugiausiai lovų ir darbuotojų ligoninės sumažino 2000 - 2001 metais. Ligoninių vidinių išteklių pertvarkymą paskatino teritorinių ligoninių kasų sutartyse numatyti apribojimai įstaigų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui, tačiau tai sumažino sveikatos priežiūros prieinamumą, nes ligoninės, teikdamos būtinąją sveikatos priežiūros pagalbą, apribojo planinės pagalbos teikimą.

11. Vienai bendrojo pobūdžio ligoninės lovai 2001 metais teko nuo 153 (Vilniaus apskrityje) iki 1322 (Tauragės apskrityje) apskrities gyventojų, tai rodo didelius skirtumus tarp apskričių sveikatos priežiūros išteklių.
12. Daugiausiai lovų ir darbuotojų skaičių sumažino nuo 150 iki 300 lovų turėjusios bendrojo pobūdžio ligoninės, tačiau jų finansinės būklės rodikliai išliko blogesni už kitų bendrojo pobūdžio ligoninių. Virš 800 lovų turinčių ligoninių lovų ir darbuotojų skaičius iš esmės nekito, tačiau jų finansinės būklės rodikliai buvo geriausi.

Veiklos audito 1-jo departamento direktorius

Rimantas Sanajevas

Veiklos audito 1-jo departamento vyresnioji valstybinė auditorė

Jolita Korzunienė

Veiklos audito 1-jo departamento vyriausioji valstybinė auditorė

Virginija Paunksnienė

Veiklos audito 1-jo departamento valstybinė auditorė

Milda Masteikaitė

Su ataskaita susipažino:

Sveikatos apsaugos ministras

K. R. Dobrovolskis