MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

EKONOMIKOS IR FINANSŲ VALDYMO FAKULTETAS

FINANSŲ IR MOKESČIŲ KATEDRA

RŪTA GALECKAITĖ

STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ KOMPLEKSINIS VEIKLOS VERTINIMAS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

prof. dr. G. Černiauskas

VILNIUS, 2016

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

EKONOMIKOS IR FINANSŲ VALDYMO FAKULTETAS

FINANSŲ IR MOKESČIŲ KATEDRA

STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ KOMPLEKSINIS VEIKLOS VERTINIMAS

Finansų valdymo magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 621N30005

Vadovas

(parašas) prof. dr. G. Černiauskas

2016 03 29

Recenzentas

(parašas)

2016 03 29

Atliko

Fvmis4-01 gr. stud.

(parašas) R. Galeckaitė

2016 03 29

VILNIUS, 2016

TURINYS

ĮVADAS 9
1. STACIONARINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE 12
1.1. Ligoninės vieta ir reikšmė sveikatos sistemoje 12
1.2. Ligoninių finansavimo ypatumai Lietuvoje 14
1.3. Lietuvos sveikatos sistemos veiklos rodiklių statistinių duomenų analizė 17
1.4. Lietuva Europos kontekste pagal sveikatos statistiką 23
2. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLOS VERTINIMAS LIETUVOJE 33
2.1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo gairės 33
2.1.1. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo principinės nuostatos 33
2.1.2. Veiklos vertinimui naudojami vertinimo sistemos ir rodikliai 36
2.2. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas Lietuvoje 39
2.2.1. Sveikatos rodiklių informaciniai šaltiniai 39
2.2.2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo patirtis Lietuvoje 41
2.3. Priežastys lėmusios sveikatos priežiūros įstaigų vertinimo poreikį Lietuvoje 45
2.3.1. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų restruktūrizacija 46
2.3.2. Ligoninių finansavimo raida Lietuvoje 51
3. RESPUBLIKINIŲ LIGONINIŲ KOMPLEKSINIS 2014 M. VEIKLOS VERTINIMAS 57
3.1. Tyrimo metodai 57
3.2. Respublikos lygmens daugiaprofilinių ligoninių 2014 m. veiklos vertinimas 61
3.2.1. Pajamų ir sąnaudų rodiklių vertinimas 61
3.2.2. Darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros rodiklių vertinimas 68
3.2.3. Veiklos efektyvumo rodiklių vertinimas 74
3.3. Daugiaprofilinių respublikos lygmens ligoninių reitingavimas pagal 2014 m. pasiektus veiklos rezultatus 80
3.3.1. Ekspertinio tyrimo rezultatai 80
3.3.2. Ligoninių reitingavimas pagal 2014 m. veiklos rezultatus 85
IŠVADOS IR SIŪLYMAI 92
ANOTACIJA LIETUVIŲ KALBA 107
ANOTACIJA ANGLŲ KALBA 108
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA 109

SANTRAUKA ANGLŲ KALBA 111
PRIEDAI 113

PRIEDAI

1 priedas. Lietuvos sveikatos sistemos veiklos statistika 114
2 priedas. Lietuvos sveikatos sistemos statistika 115
3 priedas. Lietuva Europos kontekste pagal sveikatos sistemos statistiką 120
4 priedas. Interviu klausimai 124
5 priedas. Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas 126
6 priedas. Ekspertinio vertinimo detalūs skaičiavimai 129
7 priedas. Respublikinių stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų reitingavimas 132

LENTELĖS

1 lentelė. Ligoninės veiklos efektyvumo rodikliai 23
2 lentelė. Ligoninių išlaidų apmokėjimo metodai 54
3 lentelė. Lovų skaičiaus ir hospitalizuotų pacientų rodiklių duomenys 77
4 lentelė. VGT, lovos funkcionavimo ir letališkumo rodiklių duomenys 80
5 lentelė. Ekspertų vertinimų suvestinė 81
6 lentelė. Balai pagal gautas rangų sumas 85
7 lentelė. Rodiklių grupių reikšmingumo koeficientai 86
8 lentelė. Reitingavimas pagal I grupės rodiklius 87
9 lentelė. Reitingavimas pagal II grupės rodiklius 88
10 lentelė. Reitingavimas pagal III grupės rodiklius 89
11 lentelė. Ligoninės pagal užimtas vietas 90
12 lentelė. Ligoninės pagal reitingo vietas 90

PAVEIKSLAI

1 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo modelis 15
2 pav. Sveikatos apsaugos sistemos pajamos ir išlaidos, mln. Eur 18
3 pav. Sveikatos apsaugos išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, Eur 19
4 pav. Gydytojų ir slaugytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų 20
5 pav. Lovų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų 21
6 pav. Privataus ir viešojo sektorių išlaidos sveikatos apsaugai 2013 m., proc. 24
7 pav. Išlaidos sveikatos apsaugai, palyginti su BVP 2013 m., proc. 25
8 pav. Vienam gyventojui tenkančios sveikatos apsaugos išlaidos, Eur 27
9 pav. Lovų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų 29
10 pav. Gydytojų ir slaugytojų skaičius Europoje, tūkst. 30
11 pav. Hospitalizuotų pacientų skaičius Europoje, mln. 31
12 pav. Pacientų mirštamumas Europoje, tūkst. 32
13 pav. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo modelis 34
14 pav. GDG diegimo etapai 55
15 pav. Ligoninių pajamos, mln. Eur 62
16 pav. Ligoninių sąnaudos, mln. Eur 65
17 pav. Ligoninių finansinis rezultatas, mln. Eur 67
18 pav. Gydytojų ir slaugytojų skaičius ligoninėse 2013-2014 m. 69
19 pav. Santykinė darbo užmokesčio dalis stacionarinių ASPĮ išlaidose, proc. 72
20 pav. Gydytojų ir slaugytojų VDU 2013-2014 m., eurai 74
21 pav. Ekspertinių vertinimo veiksnių rangų sumos 83
22 pav. Alternatyvų Nr. 5, 8, 9 ir 12 ekspertų vertinimas 84

SANTRUMPOS

AR-DRG – Australijos patobulintos giminingų diagnozių grupės

ASP – asmens sveikatos priežiūra

ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

BVP – bendrasis vidaus produktas

DRG, GDG – giminingų diagnozių grupės

JTPP – Jungtinių Tautų plėtros programa

LNSS – Lietuvos nacionalinės sveikatos sistema

LR SAM – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija

LR SSĮ – Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas

LR SDĮ – Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas

LR SPĮĮ – Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas

PHARE – Europos Sąjungos ekonominės pagalbos programa

PSD – privalomasis sveikatos draudimas

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulio Sveikatos Organizacija

SPS – sveikatos priežiūros sistema

TLK – Teritorinė ligonių kasa

TLK-10 – Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos

TLK-10-AM – Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

VGT – vidutinė gulėjimo trukmė

VšĮ KJL – VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė

VšĮ KKL – VšĮ Kauno klinikinė ligoninė

VšĮ KUL – VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė

VšĮ RKL – VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė

VšĮ RKLL – VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė

VšĮ RPL – VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė

VšĮ RŠL – VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė

VšĮ RVUL – VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

VšĮ VMKL – VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė

ĮVADAS

Pasaulis sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimą atlieka jau eilę metų ir tam naudojami įvairiausi, kiekvienos šalies poreikius ir siekiamus rezultatus atitinkantys, vertinimo rodikliai ir metodai. Pirmiausiai asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimai atliekami siekiant gauti informacijos apie įstaigų veiklą, siekiant išsiaiškinti problemines sritis ir problemas, imtis atitinkamų veiksmų jas išspręsti. Taip pat vertindamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą šalys siekia suteikti visapusišką informaciją pacientams, kad pastarieji galėtų pasirinkti gydymo įstaigą turėdami visą reikalingą informaciją. Kai kurios šalys atlikusios asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimą už gerus veiklos rezultatus netgi įstaigas paskatina (pvz. vienkartine finansine išmoka).

Kadangi Lietuvoje į stacionarines asmens sveikatos priežiūros įstaigas patenka net kas penktas pacientas (Buivydas, 2010), o didžioji dalis sveikatos apsaugai skiriamų lėšų atitenka stacionarinėms sveikatos priežiūros įstaigoms, šioms įstaigoms paprastai skiriamas didesnis dėmesys. Siekiant efektyvinti ligoninių veiklą, o turimus finansinius išteklius naudoti kuo ekonomiškiau tikslingas nuolatinis ir periodiškas stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas. Lietuvoje pirmasis stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas atliktas Sveikatos apsaugos ministerijos atstovų 2014 metais. 2014 m. buvo vertinami 14-os ligoninių kokybiniai, kiekybiniai ir finansiniai veiklos rezultatai už 2013 m. Tačiau tai buvo pirmasis ir vienintelis Lietuvoje atliktas sveikatos priežiūros įstaigų reitingavimas. 2015 m. spalio mėnesį Lietuvos Respublikos Prezidentūros atstovai surengtame posėdyje akcentavo ir kartu tarsi sukritikavo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją, kaip vengiančią atlikti jai pavestas užduotis, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas tebuvo atliktas vieną kartą ir šis darbas tarsi atidėtas į šoną neribotam laikui. LR Prezidentūra akcentavo, kad siekiant efektyvinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, užtikrinti savalaikį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, spręsti iškilusias problemas bei skatinti ekonomiškai efektyvų sveikatos sistemai skiriamų lėšų panaudojimą būtinas nuoseklus, periodiškas asmens sveikatos priežiūros įstaigų pasiektų veiklos rezultatų vertinimas.

Tyrimo aktualumas. Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas mokslininkų mažai nagrinėtas. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimą per pacientų požiūrį yra įvertinusi G. Jankauskienė (2014), įstaigų veiklą kokybiškumo ir prieinamumo atžvilgiu įvertino K. Štaras, T. Vedlūga ir N. Kalvelytė (2013). Šia tema savo nuomonę ir pastebėjimus yra išsakęs ir K. Žegunis (2015), T. Kuzmaras ir V. Januškevičius (2013), D. Brogienė ir R. Gurevičius (2009) ir kt. Nors nemažai autorių yra nagrinėję asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, ir pasisakę jų veiklos vertinimo klausimu bei pasirinkę vertinimo rodiklius atliko asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimą, tačiau išskyrus LR sveikatos apsaugos ministerijos atliktą asmens sveikatos priežiūros

įstaigų veiklos vertinimą 2014 m., daugiau nebuvo atliktas nei vienas kompleksinis stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas. Siekiant visapusiškai efektyvinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ši tema yra aktuali ir yra tikslinga atlikti respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kompleksinį vertinimą.

Tyrimo reikšmingumas ir naujumas. Tyrimas yra naujas ir reikšmingas, kadangi pasaulyje jau ganėtinai senai yra atliekami asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimai pagal pasirinktus veiklos vertinimo rodiklius ar jų grupes, o šalys netgi yra sukūrusios ir konkrečius vertinimo metodus bei atlieka asmens sveikatos priežiūros įstaigų reitingavimus pagal veiklos rezultatus. Tuo tarpu Lietuvoje tai ganėtinai nauja sritis, reikalaujanti vieningo vertinimo rodiklių, pačios vertinimo metodikos ir sistemos sukūrimo. Atlikus respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2014 m. kompleksinį veiklos vertinimą ir sureitingavus įstaigas pagal pasiektus veiklos rezultatus, išryškėja probleminės įstaigų veiklos sritys. Taip pat tyrimas leidžia palyginti analizuotas sveikatos priežiūros įstaigas ir išskirti ekonomiškai ir kokybiškai efektyviausiai dirbusias. Taip pat tyrimas turėtų atskleisti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos tendencijas. Šis tyrimas suteikdamas platų spektrą įvairios informacijos yra reikšmingas tiek plačiai šalies visuomenei ar pavieniams pacientams, tiek ir valdžios sektoriui.

Tyrimo problema – Lietuvoje neatliekamas stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinis veiklos vertinimas.

Tyrimo objektas – respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinis 2014 m. veiklos vertinimas.

Tyrimo tikslas – atlikti devynių respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinį 2014 m. veiklos vertinimą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Pristatyti stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vietą Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje.
2. Įvertinti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos veiklos efektyvumą Europos kontekste.
3. Išanalizuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo patirtį užsienyje ir Lietuvoje.
4. Atlikti kompleksinį respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2014 m. veiklos rezultatų vertinimą.

Tyrimo metodai. Išsikeltam tikslui ir uždaviniams įgyvendinti, darbe naudojami šie metodai: mokslinės literatūros, teisės aktų ir pirminių dokumentų analizės metodas, sisteminimas ir apibendrinimas, struktūrinės bei loginės analizės metodai, analogijos, alternatyvų ir lyginamasis metodai, abstrakcijos metodas, ekspertų vertinimo metodas.

Darbo struktūra. Siekiant aiškiai ir išsamiai atskleisti darbo temą išskiriamos 3 pagrindinės darbo dalys. Pirmoje darbo dalyje remiantis moksliniais straipsniais pristatoma stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vieta Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, analizuojami statistiniai Lietuvos sveikatos sistemos veiklos duomenys bei įvertinama Lietuvos sveikatos sistemos veiklos situacija Europos kontekste. Antroje darbo dalyje remiantis užsienio autorių straipsniais analizuojama užsienio šalių patirtis asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo srityje bei ir pagrindiniai veiklos vertinimo principai. Taip pat remiantis įvairiais šaltiniais analizuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo patirtis Lietuvoje, priežastys ir problemos. Trečioje darbo dalyje pristatoma tyrimo metodika, remiantis pirminiais dokumentais analizuojami Lietuvos respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2014 m. pasiekti kokybiniai, kiekybiniai ir finansiniai veiklos rezultatai bei atlikus ekspertinį tyrimą pagal pasirinktus kriterijus šios stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos reitinguojamos.

1. STACIONARINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE

„Sveikatos priežiūros sistema – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema“ (www.vvsb.lt). Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemą sudaro: „LNSS vykdomieji subjektai; sveikatinimo veiklos valdymo subjektai; LNSS ištekliai; LNSS veikla ir teikiamos paslaugos“ (LR SSĮ, 1994, 7 str.). Sveikatos priežiūros sistema apima visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugas, farmacinę veiklą bei kitas paslaugas, kurios nėra priskiriamos sveikatos priežiūros ir farmacinėms paslaugoms (LR SSĮ, 1994).

Šiame skyriuje susipažįstama su stacionarinės sveikatos priežiūros svarba Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, analizuojami pagrindiniai Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos 2004 m., 2013 m. ir 2014 m. finansiniai ir veiklos rodikliai bei Lietuva lyginama su kitomis Europos šalimis pagal pagrindinius 2000 m., 2012 m. ir 2013 m. arba vėliausiai prieinamų duomenų veiklos ir finansavimo rodiklius.

1.1. Ligoninės vieta ir reikšmė sveikatos sistemoje

LNSS vykdomieji subjektai yra valstybės ir savivaldybių įmonės, valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos bei kitos įmonės ir įstaigos sudariusios sutartis su VLK arba TLK ar kitais LNSS veiklos užsakovais (LR SSĮ, 1994). LNSS savivaldybių viešosioms įstaigoms yra priskiriami „pirminės sveikatos priežiūros centrai, poliklinikos, ambulatorijos, psichikos sveikatos centrai, šeimos gydytojų kabinetai, greitosios medicinos pagalbos stotys ar skyriai, palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės, ligoninės, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigos“ (LR SPĮĮ, 1996, 39 str. 1 d.). Tuo tarpu valstybės viešosioms ASPĮ yra priskiriamos „ligoninės, kraujo donorystės įstaigos, specializuotos ligoninės, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigos“ (LR SPĮĮ, 1996, 39 str. 2 d.). Sveikatos priežiūros paslaugų užsakovai yra LR Vyriausybė, LR SAM, savivaldybių tarybos, VLK, TLK ir kitos institucijos, juridiniai ar fiziniai asmenys (LR SSĮ, 1994).

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros sistema yra organizuojama dviem lygiais: valstybės lygiu ir savivaldybės lygiu. Tuo tarpu, teikiamų paslaugų lygiai yra skirstomi į tris: pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę sveikatos priežiūrą ir tretinę sveikatos priežiūrą (LR SSĮ, 1994). D. Jankauskienė ir R. Pečiūra (2007) visą Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų sistemą suskirsto į tris piramidės lygmenis (pirminę sveikatos priežiūrą, antrinę sveikatos priežiūrą ir tretinę sveikatos priežiūrą) (žr. 1 priedą, 1 pav.). Atkreiptinas dėmesys, kad pirmame lygmenyje yra sprendžiama dauguma gyventojų

sveikatos problemų. Lietuvoje 80 proc. sveikatos priežiūros sistemos sudaro pirminė sveikatos priežiūra, 15 proc. – antrinė sveikatos priežiūra ir tik 5 proc. tretinė sveikatos priežiūra. Pirminę ir antrinę ASP organizuoja savivaldybių vykdomosios institucijos, o tretine sveikatos priežiūra rūpinas LR SAM (LR SSĮ, 1994).

„Stacionari pagalba – tai priežiūra, teikiama tam skirtose įstaigose, pavyzdžiui, ligoninėse, slaugos namuose ir pan.“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 189). Tarptautinėje sveikatos sąskaitų klasifikacijoje yra pateikiamas stacionaro ligonio apibūdinimas, kur teigiama, kad „stacionaro ligoniu laikomas pacientas, oficialiai priimtas (arba hospitalizuotas) į instituciją gydymo ir (ar) priežiūros tikslu ir išbuvęs ligoninėje ar kitoje stacionarios priežiūros įstaigoje mažiausiai vieną naktį“ (Buivydas, 2010, p. 178).

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo trečiame straipsnyje nurodoma, kad Lietuvoje gali veikti stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios ASPĮ (LR SPĮĮ, 1996). Įstaigos, kurios teikia stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas, finansuojamas iš PSDF biudžeto lėšų, įstatyme yra suskirstytos į rajonų, regionų ir respublikos lygmenis. Kriterijus šiam skirstymui nustato LRV. LR SAM atsižvelgdama į sveikatos priežiūros paslaugų lygius ir sveikatos sistemos veiklos organizavimą nustato sveikatos priežiūros mąstą (LR SSĮ, 1994).

Kaip jau tapo aišku stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikia ligoninės (įskaitant kalėjimų, armijų ir specializuotas ligonines), slaugos ir globos įstaigos, sanatorijos bei ambulatorinių įstaigų padaliniai (Buivydas, 2010). Atkreiptinas dėmesys, kad viena ASPĮ gali teikti kelių lygių pagalbą (pirminę, antrinę, tretinę) (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2005 m. birželio 13 d. įsakymu Nr. V-488 „Dėl stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“ patvirtino Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašą, kuris taikomas nustatymui „ar stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka bendruosius ir specialiuosius teikimo reikalavimus, išduodant licenciją šioms paslaugoms teikti, jas teikiant ir apmokant iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto“ (1 p.). Šiame Tvarkos apraše nurodoma, kad pacientui paguldytam į stacionarinę ASPĮ turi būti taikomi visi galimi gydymo metodai, atliekami visi būtini tyrimai, specialistai teikiantys atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas turi atitikti reikalaujamą profesinę kvalifikaciją, o suteiktos paslaugos yra apmokamos iš PSDF biudžeto (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-488, 2005).

Pirmo lygio stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos, tokios kaip palaikomojo gydymo ir slaugos, yra teikiamos slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse. Tokiose įstaigose pagal sutartis yra vystomas bendradarbiavimas su kitų įstaigų specialistais (Jankauskienė, Pečiūra, 2007). Dėl didėjančios vidutinės tikėtinos šalies gyventojų gyvenimo trukmės ir senėjančios visuomenės (World

Health Organization, 2006) Lietuvoje vis tik juntamas šių įstaigų trūkumas. Kaip interviu metu teigė Ekspertas Nr. 1 (2016) Lietuvoje būtina plėtoti slaugos ligoninių, slaugos lovų tinklą, kadangi šiuo metu tinklas yra per mažas ir negali užtikrinti šių paslaugų poreikio patenkinimo.

Antrinėms ir tretinėms stacionarinėms ASP paslaugoms priskiriamas sanatorinis gydymas, skubi medicinos pagalba, atstatomosios medicinos paslaugos. Sanatorinis gydymas skirstomas į recidyvinį gydymą, reabilitaciją ir sveikatą grąžinantįjį gydymą (Gustainienė, 2003). Antro lygio stacionarinės ASP paslaugos teikiamos rajonų, apskričių, miestų bei specializuotose ligoninėse (infekcinėse, tuberkuliozės, onkologijos, psichiatrijos, narkologijos), reabilitacijos ligoninėse, sanatorijose (suaugusiųjų ir vaikų). Trečio lygio stacionarinės ASP paslaugos teikiamos universitetų ir universitetinės ligoninės, specializuotose ligoninėse (infekcinėse ir tuberkuliozės, onkologijos, psichiatrijos) (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Taip pat ligoninės atlieka patologinius anatominius tyrimus, informuoja dėl ligų profilaktikos, atlieka pagalbines paslaugas. R. Buivydas (2010) stacionarines ASP paslaugas skirsto į buvimo ligoninėje, „viešbučio“ paslaugas, priežiūros ir gydomosios priežiūros paslaugas. Stacionarinių ASP paslaugų teikimą Lietuvoje reglamentuoja gausybė teisės aktų, kuriuose detaliau reglamentuojami atskirų stacionarinių ASP paslaugų, kaip pavyzdžiui ūminio galvos smegenų insulto diagnostikos ir gydymo, teikimo organizavimas, paslaugų teikimo reikalavimai ir kiti klausimai.

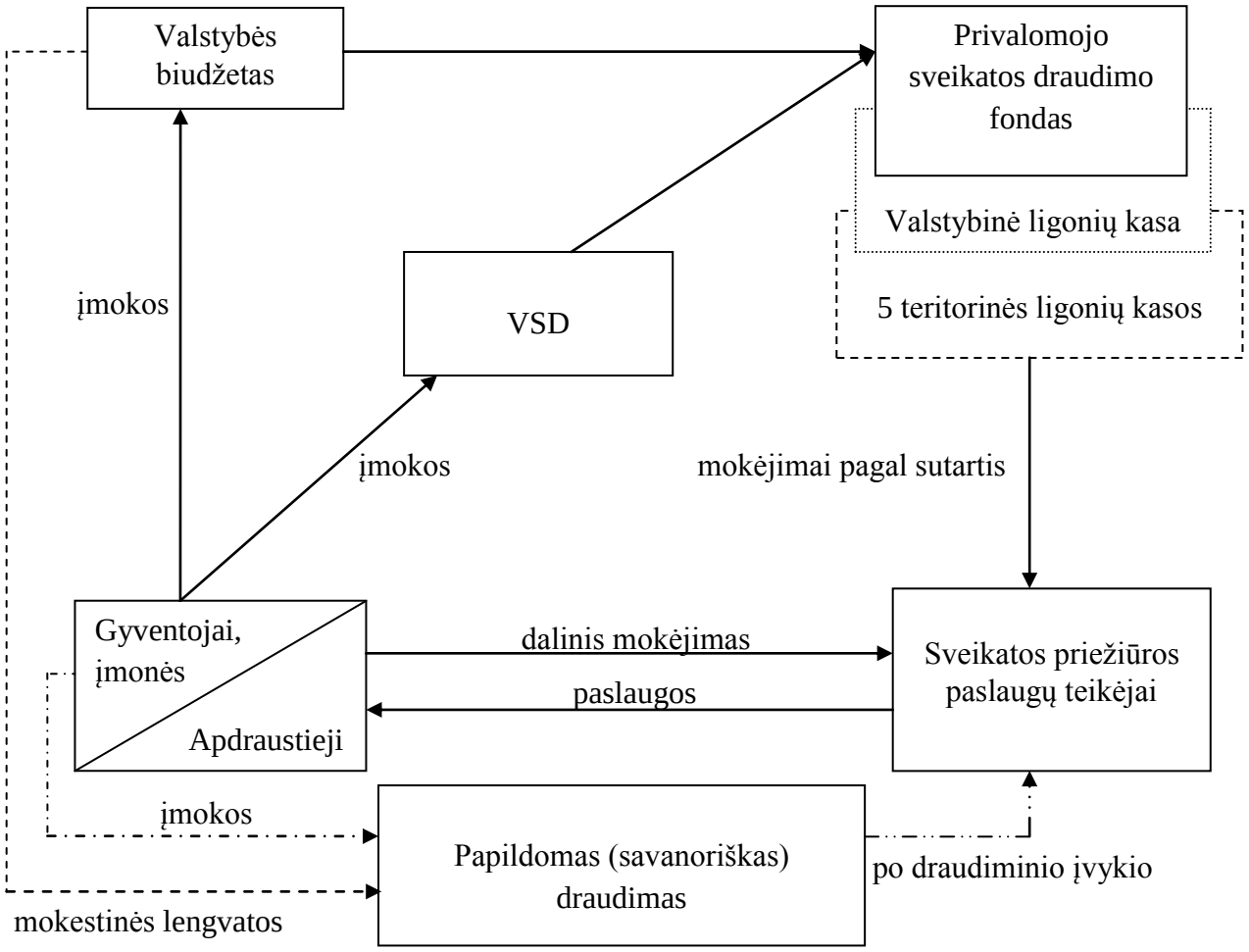
Esant poreikiui gydymą tęsti stacionarinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje būtinas siuntimas, kurį išrašo konsultacinės poliklinikos arba ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos gydytojas (Gustainienė, 2003). Šios paslaugos suteikiamos tuo atveju, kai nepadėjo ambulatorinis gydymas arba reikia tęsti stacionarinį gydymą ir yra reikalinga siauros specializacijos medikų pagalba (Buivydas, 2010). Asmuo į stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią įstaigą negali būti paguldytas be jo sutikimo, o nepilnamečiai ar neveiksnūs asmenys guldomi tik su jų atstovų sutikimu. Tačiau išimties tvarka, be asmens sutikimo, asmuo gali būti paguldytas į stacionarinę įstaigą, kai yra pavojus asmens gyvybei bei kitais įstatymų numatytais atvejais (LR SPĮĮ, 1996).

Ekspertas Nr. 2 (2016) teigia, kad dėl itin didelių laukimo eilių didžiosiose Lietuvos ligoninėse, pacientai labiau linkę reikiamas ASP paslaugas gauti arčiau savo namų, rajoninėse ligoninėse. Eksperto teigimu, pacientai į didžiąsias ligonines vyksta tik tuomet, kad greta esančios ligoninės neturi galimybės gydyti itin sudėtingų ligų atvejų.

1.2. Ligoninių finansavimo ypatumai Lietuvoje

Lietuvoje sveikatos sistemos „didžiąją finansavimo dalį sudaro privalomojo sveikatos draudimo mokesčiai, trečdalį – tiesioginės gyventojų išlaidos ir nedidelę dalį – valstybės ir savivaldybių biudžetų asignavimai“ (Jankauskienė, 2010, p. 134).

Lietuvoje veikia privalomojo sveikatos draudimo ir papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sistemos (žr. 1 pav.). Pasak K. Miškinio (2011), *Lietuvos privalomasis sveikatos draudimas – tai valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudiminiam įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą* (p. 48-49). Tuo tarpu savanoriškajame sveikatos draudime yra sudaromos sutartys, pagal kurias draudimo įmonės apmoka už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas apdraustiesiems (Buškevičiūtė, 2006).



Šaltinis: sudaryta autorės remiantis išanalizuota literatūra

1 pav. Lietuvos sveikatos priežiūros finansavimo modelis

PSDF biudžetas yra savarankiškas ir neįtraukiamas nei į valstybės, nei į savivaldybių biudžetus. PSDF pajamas sudaro apdraustųjų įmokos, savanoriškos įmokos, valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, valstybės biudžeto asignavimai, išieškotos ar grąžintos lėšos ir kt. (LR SDĮ, 1996). PSDF biudžeto įmokos svyruoja nuo 3 proc. iki 9 proc., priklausomai nuo

apdraustųjų ir draudžiamųjų vykdomos veiklos (http://www.vilniaustlk.lt). 2012 m. metais valstybė už vieną apdraustąjį mokėjo 35 proc., 2013 m. – 36 proc., 2014 m. ir vėlesniais metais moka 37 proc. „Lietuvos statistikos departamento paskelbto užpraeitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio“ (http://www.lrs.lt).

Šios pajamos skiriamos vaistams ir medicinos priemonėms įsigyti, gydymo išlaidoms padengti, sveikatos apsaugos institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklai apmokėti, protezavimo technikos įsigijimui ir kt. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos paslaugos yra apmokamos iš PSDF pagal LR SAM nustatytas bazines kainas, remiantis sutartimis, sudarytomis tarp TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų (LR SDĮ, 1996). Pažymėtina, kad „uždarųjų biudžetinių ASP įstaigų finansavimas nepriklauso nuo suteiktų paslaugų kiekio, skirtingai nei iš PSDF finansuojamų sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis ligonių kasos sudaro paslaugų teikimo sutartis“ (Buivydas, 2010, p. 189).

Gauti valstybės laiduojamą (nemokama) asmens sveikatos priežiūrą gali „Lietuvos Respublikos, kitų valstybių piliečiai ir asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvoje“ (LR SSĮ, 1994, 49 str.). Tuo atveju jei pacientas pats pasirenka brangesnes paslaugas, procedūras ar medžiagas (pavyzdžiui, vaistai, reabilitacija, sanatorinis gydymas, stomatologijos paslaugos ir kt.), turi sumokėti skirtumą tarp pasirinktų paslaugų kainos ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų (LR SSĮ, 1994). Tai galima įvardinti kaip dalinį mokėjimą.

Dabar Lietuvoje veikia GDG stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistema. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-1118 „Dėl giminingų diagnozių grupių sąrašo, normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo bei bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos tvirtinimo“ yra dar vienas ne ką mažiau svarbus teisės aktas, kuriuo vadovaujamasi apmokant už stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas suteiktas asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Šio įsakymo 1.3. papunkčiu patvirtinta bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina, kuri siekia 495,89 balo (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2011, Nr. V-1118). Taip pat šiuo įsakymu patvirtintas „Giminingų diagnozių grupių sąrašas“, kuriame detalizuojamos giminingų diagnozių grupės pagal pagrindinės diagnostinės kategorijos kodus. „Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašas“ pagal GDG kodus detalizuoja vidutinę, minimalią bei maksimalią gydymo trukmę lovadieniais, dienos ir paros gydymo koeficientus, bei kitus duomenis (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2011, Nr. V-1118).

Taip pat galima paminėti ir išorinio ligoninių finansavimo šaltinį – labdarą (medikamentai, maistas, naudota ar nauja brangi medicinos įranga), lizingus ir paskolas iš Pasaulio banko ir komercinių bankų (medikamentams ir medicinos įrangai įsigyti). Taip pat daug pagalbos teikia tarptautinės organizacijos (PSO, PHARE, JTPP), dvišalė pagalba (Gustainienė, 2003).

1.3. Lietuvos sveikatos sistemos veiklos rodiklių statistinių duomenų analizė

Pirmiausiai svarbu suprasti, kad Lietuva susiduria su itin opia ir šaliai skaudžia problema – gyventojų skaičiaus mažėjimu. Nuo 2004 m. Lietuvoje gyventojų skaičius sumažėjo beveik puse milijono gyventojų, t. y. 455.457 gyventojais. Procentine išraiška gyventojų per 2004-2014 m. laikotarpį sumažėjo 13,4 proc. Toks didelis gyventojų sumažėjimas tokiai mažai šaliai kaip Lietuva yra ganėtinai didelis iššūkis.

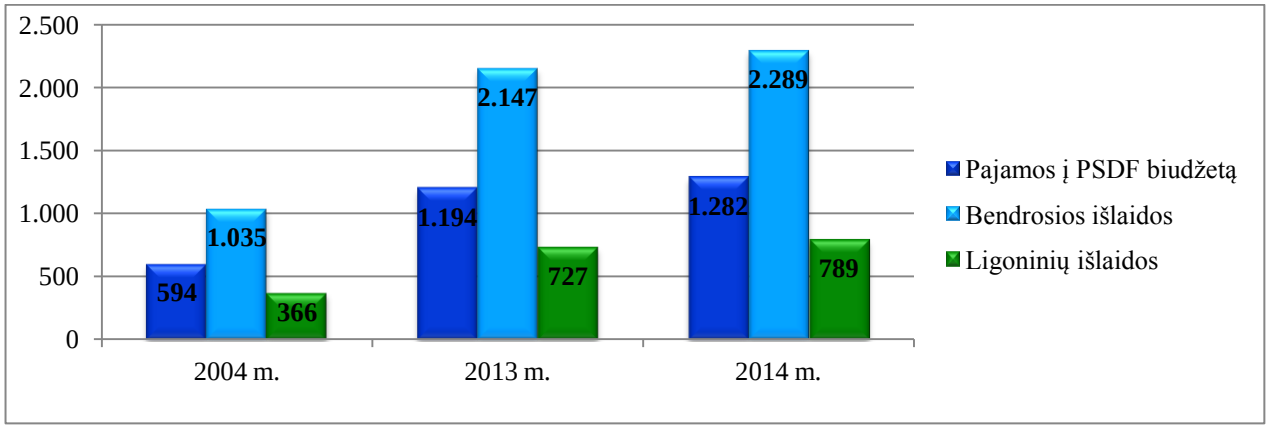
Analizuojant gyventojų skaičiaus mažėjimą pagal amžiaus grupes, reikia atkreipti dėmesį, kad 0-15 metų amžiaus gyventojų skaičius nagrinėjamu laikotarpiu ženkliai sumažėjo. Per dešimtmetį Lietuvoje 0-15 metų amžiaus gyventojų skaičius sumažėjo net 28,7 proc. arba 186.797 gyventojais. Darbingo amžiaus gyventojų Lietuvoje sumažėjo nuo 2.055.163 (2004 m.) iki 1.820.517 (2014 m.) gyventojų. Taigi, 2004-2014 m. laikotarpiu darbingo amžiaus gyventojų skaičius Lietuvoje sumažėjo 234.646 gyventojais (11,4 proc.). Galima daryti prielaidą, kad šių dviejų amžiaus grupių gyventojų mažėjimą lėmė gimstamumo mažėjimas, santuokos vėlesniame amžiuje, emigracija, ekonominis nuosmukis ir kt. Tuo tarpu pensinio amžiaus gyventojų skaičius kito ne taip smarkiai. 2004-2014 m. pensinio amžiaus gyventojų skaičius šalyje sumažėjo vos 34.014 gyventojų (4,9 proc.) (žr. 2 priedą, 1 lent.).

Taigi, iš esmės Lietuva yra senstanti šalis. Lietuvoje vienam pensinio amžiaus gyventojui 2004 m. teko 2,96 darbingo amžiaus gyventojo, o 2014 m. – 2,75 darbingo amžiaus gyventojo. Nagrinėjamu laikotarpiu vienam pensinio amžiaus gyventojui tenkančių darbingo amžiaus gyventojų skaičius sumažėjo beveik 6,8 proc. Tuo tarpu 2004 m. vienam pensinio amžiaus gyventojui teko 0,94 0-15 metų amžiaus gyventojo, o 2014 m. – jau tik 0,70 0-15 metų amžiaus gyventojo (žr. 2 priedą, 1 lent.). Taigi, Lietuva susiduria su mažėjančiu darbingo amžiaus ir jaunesnių gyventojų skaičiumi, bei augančiu pensinio amžiaus gyventojų rodikliu. Tai reiškia, kad kartu didėja ir sveikatos priežiūros paslaugų poreikis, kasmet suteikiama vis daugiau sveikatos priežiūros paslaugų (įskaitant stacionarines ASP paslaugas), kartu didėja ir finansinių lėšų sveikatos apsaugos sistemai poreikis.

Kasmet pajamos surenkamos į PSDF biudžetą augą. 2004 m. į PSDF biudžetą buvo surinkta kiek daugiau nei 593,5 mln. Eur. Per beveik dešimtmetį surenkamos pajamos į PSDF biudžetą išaugo kone dvigubai. Štai 2013 m. į PSDF biudžetą surinkta beveik 1,2 mlrd. Eur pajamų. Vadinasi nuo 2004 m. pajamos, surenkamos į PSDF biudžetą, išaugo 600.376.506 Eur arba 101,2 proc. 2014 m. į PSDF biudžetą, lyginant su 2013 m., surinkta 87.685.936 Eur daugiau. Jei lygintume 2004 m. ir 2014 m. surinktas pajamas į PSDF biudžetą reikėtų pasakyti, kad stebimas ženklus pajamų augimas. Per dešimtmetį į PSDF biudžetą surenkamų pajamų kiekis išaugo beveik 2,2 karto, atitinkamai tai būtų 688.062.442 Eur arba 115,9 proc.

Lyginant sveikatos priežiūros sistemos išlaidas reikia pasakyti, kad pastarosios taip pat ženkliai išaugo. 2004 m. Lietuvoje bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos siekė kiek daugiau nei 1 mlrd. Eur, o 2013 m. bendrosios išlaidos sudarė šiek tiek daugiau nei 2,1 mlrd. Eur. Lyginant 2004 m. ir 2013 m. Lietuvoje bendrosios išlaidos išaugo daugiau nei du kartus arba 1,1 mlrd. Eur. O tai itin didelis išlaidų didėjimas. 2014 m. Lietuvoje bendrosios išlaidos sveikatos apsaugai siekė beveik 2,3 mlrd. Eur. Analizuojant per dešimtmetį išaugusias sąnaudas reikia pasakyti, kad iki 2014 m. jos išaugo 2,2 karto (121,2 proc.) arba beveik 1,3 mlrd. Eur.

Štai ligoninių sąnaudos nagrinėjamu laikotarpiu išaugo nuo 365.500.463 Eur (2004 m.) iki 788.524.000 Eur (2014 m.). 2013 m. ligoninių sąnaudos siekė kiek daugiau nei 700 mln. Eur. Lyginant su 2004 m., Lietuvoje 2013 m. ligoninių sąnaudos išaugo 361.714.537 Eur (99 proc.). 2014 m. Lietuvoje ligoninių sąnaudos sudarė 788.524.000 Eur. Per nagrinėjamą dešimtmetį (nuo 2004 m. iki 2014 m.) ligoninių patiriamos sąnaudos išaugo beveik 2,2 karto (115,7 proc.) arba 423.023.537 Eur (žr. 2 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis

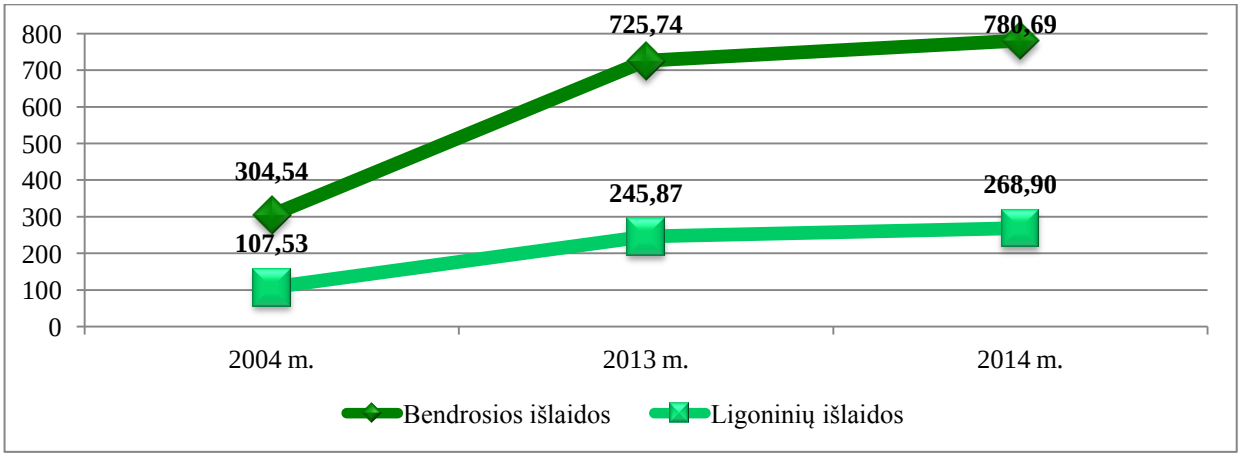
2 pav. Sveikatos apsaugos sistemos pajamos ir išlaidos, mln. Eur

2004 m. išlaidos sveikatos apsaugai, palyginti su BVP, Lietuvoje siekė vos 5,7 proc. Iki 2013 m. šis rodiklis ženkliai išaugo ir 2013 m. išlaidos sveikatos apsaugai, lyginant su BVP, siekė kiek daugiau – 6,14 proc. Vadinasi nagrinėjamu laikotarpiu išlaidos, palyginti su BVP, padidėjo 7,7 proc. 2014 m. išlaidos, palyginant su BVP, buvo 6,28 proc. Reiškia nuo 2013 m. išlaidos, lyginant su BVP, išaugo 2,3 proc. O lyginant su 2004 m., reikia atkreipti dėmesį, kad išlaidos, palyginti su BVP, per dešimtmetį išaugo kiek daugiau nei 0,5 proc. (10,2 proc.) (žr. 2 priedą, 1 pav.).

Kalbant apie išlaidas, tenkančias vienam gyventojui, šios nagrinėjamu 2004-2014 m. laikotarpiu ženkliai išaugo. 2004 m. vienam gyventojui teko 304,54 Eur suma bendrųjų sveikatos sistemos patiriamų išlaidų ir 107,53 Eur suma ligoninių išlaidų. Štai 2013 m. vienam gyventojui teko jau 725,74

Eur bendrųjų išlaidų ir 245,87 Eur ligoninių išlaidų. Per devynerius metus bendrosios išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, išaugo beveik 2,4 karto, t. y. net 412,2 Eur (138,3 proc.). Lyginant ligoninių išlaidas, tenkančias vienam šalies gyventojui, šių išlaidų augimo tendencija panaši. Ligoninių išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, išaugo beveik 2,3 karto arba 138,34 Eur (128,7 proc.). 2014 m. bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, siekė 780,69 Eur, o ligoninių išlaidos – 268,90 Eur. Per 2013-2014 m. laikotarpį bendrosios išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, išaugo 54,95 Eur, o ligoninių išlaidos – 23,03 Eur. Lyginant 2004 m. ir 2014 m. statistinius duomenis, matome, kad išlaidų augimas buvo ženklus. Per šį laikotarpį bendrosios išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, išaugo net 2,6 karto, t. y. 476,15 Eur (156,4 proc.). Tuo tarpu ligoninių išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, padidėjo 2,5 karto arba 161,37 Eur (150,1 proc.) (žr. 3 pav.).

Galima daryti prielaidą, kad tokiam ženkliam išlaidų, tenkančių vienam gyventojui, augimui įtakos turėjo didėjantis suteikiamų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius, didelis hospitalizacijos rodiklis, senėjanti visuomenė, mažėjantis gyventojų skaičius Lietuvoje ir kt.



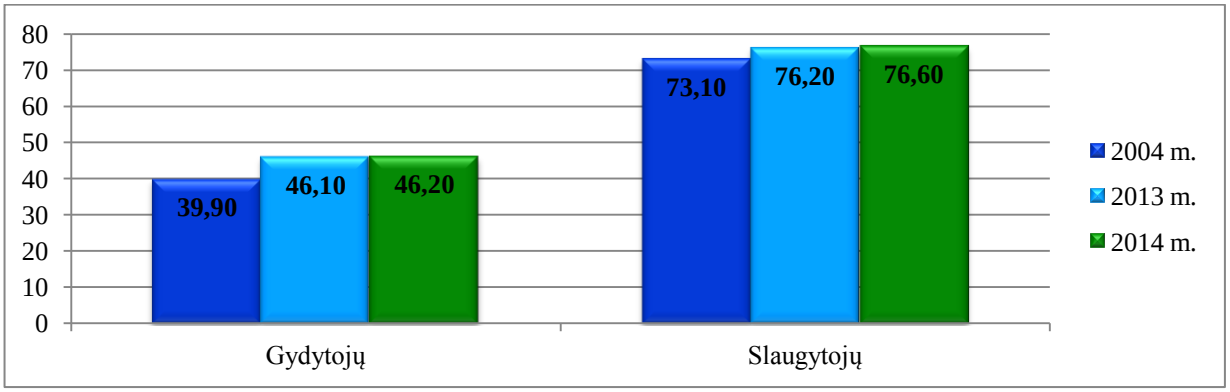
Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis

3 pav. Sveikatos apsaugos išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, Eur

Nuo 2004 m. buvusių 169 ligoninių iki 2014 m. ligoninių skaičius sumažėjo 35 ligoninėmis arba 20,7 proc. ir 2014 m. Lietuvoje buvo 134 ligoninės. 2014 m. Lietuvoje buvo 63 bendrojo pobūdžio ligoninės. Lyginant su 2004 m., šių ligoninių skaičius sumažėjo 6 ligoninėmis. 2004 m. Lietuvoje buvo 66 slaugos ir palaikomojo gydymo, 30 specializuotų ligoninių ir 4 reabilitacijos ligoninės. Iki 2014 m. slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių skaičius sumažėjo 18 ligoninių ir 2014 m. buvo 48 ligoninės. Specializuotų ligoninių skaičius sumažėjo beveik du kartus (1,6 karto) ir 2014 m. Lietuvoje buvo 19 ligoninių. O reabilitacijos ligoninių skaičius nagrinėjamu laikotarpiu buvo pats stabiliausias. Šių įstaigų nei sumažėjo, nei padaugėjo (žr. 2 priedą, 2 pav.).

2004 m. Lietuvoje dirbo 12.247 gydytojai ir 25.564 slaugytojos. Per dešimtmetį dirbančių gydytojų skaičius išaugo 384 gydytojais (3,1 proc.). Taigi, 2014 m. Lietuvoje dirbo 12.631 gydytojas. Tuo tarpu slaugytojų skaičius nagrinėjamu laikotarpiu turėjo tendenciją mažėti. Nuo 2004 m. Lietuvoje slaugytojų skaičius sumažėjo 2.372 slaugytojomis (9,3 proc.) ir 2014 m. Lietuvoje dirbo 23.192 slaugytojos (žr. 2 priedą, 3 pav.).

Gydytojų skaičius tenkantis 10.000 gyventojų nuo 2004 m. išaugo 6,74 gydytojo arba 18,5 proc. 2004 m. 10.000 gyventojų teko 36,50 gydytojų, o 2014 m. – 43,24 gydytojų 10.000 gyventojų. Štai slaugytojų 2004 m. 10.000 gyventojų teko 76,19. Iki 2014 m. slaugytojų tenkančių 10.000 gyventojų skaičius išaugo 3,20 slaugytojos (4,2 proc.) ir 2014 m. Lietuvoje 10.000 gyventojų teko 79,39 slaugytojos (žr. 4 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis

4 pav. Gydytojų ir slaugytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų

2004 m. Lietuvoje vidutinis praktikuojančių gydytojų skaičius buvo 1.126, o 2014 m. – 1.056. Nagrinėjamu laikotarpiu vidutinis praktikuojančių gydytojų skaičius sumažėjo 70 gydytojų. Tiek 2004 m., tiek ir 2014 m. didžiausias praktikuojančių gydytojų skaičius buvo Vilniaus apskrityje. Šioje apskrityje praktikuojančių gydytojų skaičius per 2004-2014 m. laikotarpį kiek sumažėjo, ir 2014 m. Vilniaus apskrityje buvo kiek daugiau nei 3.500 gydytojų. Arčiausiai vidurkio 2004-2014 m. buvo Klaipėdos apskritis. Šioje apskrityje praktikuojančių gydytojų skaičius nagrinėjamu laikotarpiu buvo kiek daugiau nei 1.200 gydytojų. Tuo tarpu mažiausias praktikuojančių gydytojų skaičius buvo Tauragės apskrityje. Šioje apskrityje praktikuojančių gydytojų skaičius nagrinėjamu laikotarpiu svyravo nuo 197 gydytojų iki 238 gydytojų (žr. 2 priedą, 4 pav.).

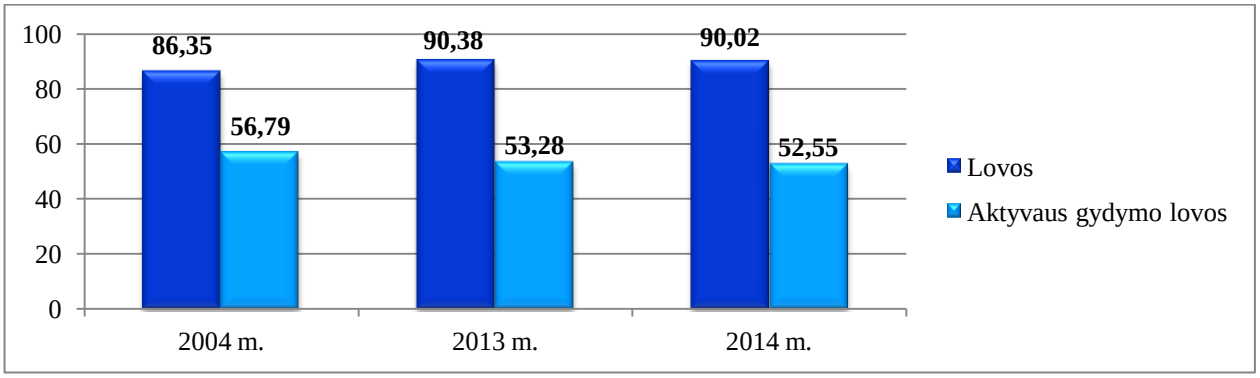
Lietuvoje 2004 m. vidutiniškai vienoje apskrityje dirbo 2.471,5 slaugytojos, o 2014 m. – 2.260,8 slaugytojos. Per dešimtmetį vidutinis apskrityje dirbančių slaugytojų skaičius sumažėjo 210,7 slaugytojų arba 8,5 proc. Didžiausias slaugytojų skaičius 2004 m. buvo Vilniaus apskrityje (6.272 slaugytojos), o mažiausias – Tauragės apskrityje (736 slaugytojos). Arčiausiai vidurkio 2004 m. buvo

Šiaulių apskritis, kurioje dirbo 2.535 slaugytojos. Štai 2014 m. situacija buvo visiškai analogiška. Didžiausias skaičius dirbančių slaugytojų buvo Vilniaus apskrityje. Čia dirbo 6.364 slaugytojos. Tauragės apskrityje dirbo 587 slaugytojos ir tai buvo mažiausias slaugytojų skaičius. Arčiausiai vidurkio 2014 m. buvo Šiaulių apskritis, kurioje dirbo 2.256 slaugytojos (žr. 2 priedą, 5 pav.).

Lietuvoje 2004 m. buvo 28.972 lovos įskaitant slaugos lovas, iš jų 19.054 buvo aktyvaus gydymo lovos. 2014 m. Lietuvoje bendras lovų skaičius buvo 26.296 lovos įskaitant slaugos lovas, iš kurių – 15.352 aktyvaus gydymo lovos. Per dešimtmetį Lietuvoje bendras lovų skaičius sumažėjo 2.676 lovomis arba 9,2 proc. Tuo tarpu aktyvaus gydymo lovų skaičius per tą patį laikotarpį sumažėjo kur kas daugiau. Šių lovų skaičius sumažėjo 3.702 lovomis (19,4 proc.) (žr. 2 priedą, 6 pav.).

2004 m. vidutiniškai vienoje apskrityje buvo 2.868 lovos, o 2014 m. – 2.604 lovos. Vadinasi 2004-2014 m. laikotarpiu vidutinis lovų skaičius apskrityse sumažėjo 264 lovomis arba 9,2 proc. Vertinant lovų skaičių apskrityse reikia pažymėti, kad didžiausias lovų skaičius buvo Vilniaus apskrityje. Čia 2004 m. buvo 7.736 lovos, o 2014 m. – 7.568 lovos. Mažiausias lovų skaičius tiek 2004 m., tiek ir 2014 m. buvo Tauragės apskrityje. Šioje apskrityje 2004 m. buvo 651 lova, o 2014 m. – 616 lovų. Arčiausiai vidurkio nagrinėjamu laikotarpiu buvo Šiaulių apskritis. Šiaulių apskrityje 2004 m. buvo 2.719 lova, o 2014 m. – kiek sumažėjo ir buvo 2.370 lovų (žr. 2 priedą, 7 pav.).

2004 m. 10.000 gyventojų teko 86,35 lovos ir 56,79 aktyvaus gydymo lovos. 2014 m. 10.000 gyventojų teko 90,02 lovos ir 52,55 aktyvaus gydymo lovos. Per dešimtmetį bendras lovų skaičius, tenkantis 10.000 gyventojų, išaugo 3,67 lovos arba 4,3 proc. Tuo tarpu aktyvaus gydymo lovų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų, nagrinėjamu laikotarpiu sumažėjo 4,24 lovos arba 7,5 proc. (žr. 5 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis; Gaidelytę, 2014; Gaidelytę, 2015

5 pav. Lovų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų

Reikia atkreipti dėmesį, kad nuo 2004 m. hospitalizuojamų pacientų skaičius ženkliai sumažėjo. 2004 m. buvo hospitalizuoti 817.825 pacientai, iš jų – 735.527 aktyvaus gydymo lovose. Štai 2013 m. hospitalizuojamų pacientų skaičius sumažintas 6.757 pacientais arba tik 0,8 proc. Lyginant 2004 m. ir

2014 m. statistinius duomenis reikia pasakyti, kad matomas ženklus hospitalizuojamų pacientų skaičiaus sumažėjimas. 2014 m. Lietuvoje buvo hospitalizuota 36.823 pacientais mažiau arba net 4,5 proc. Lyginant aktyvaus gydymo lovose hospitalizuotų pacientų skaičių, reikia pasakyti, kad 2013 m. jų buvo hospitalizuota 2,2 proc. (16.220 pacientų) mažiau. O 2014 m. aktyvaus gydymo lovose buvo hospitalizuota net 5,9 proc. arba 43.594 pacientais mažiau (žr. 2 priedą, 8 pav.).

Tačiau kalbant apie hospitalizuotų pacientų skaičių tenkantį 1.000 gyventojų reikia, atkreipti dėmesį, kad nuo 2004 m. iki 2014 m. hospitalizuotų pacientų skaičius išaugo. 2004 m. 1.000 gyventojų teko 242,2 hospitalizuotų pacientų. 2013 m. šis skaičius išaugo 32 pacientais ir 1.000 gyventojų teko 274,2 hospitalizuotų pacientų. Lyginant 2004 m. su 2014 m., hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis 1.000 gyventojų, išaugo 24,1 pacientu. Tačiau lyginant 2013 m. su 2014 m. duomenimis, šis skaičius sumažėjo 7,9 hospitalizuoto paciento. Lyginant aktyvaus gydymo lovose hospitalizuotų pacientų skaičių, tenkantį 1.000 gyventojų, stebima panaši situacija. 2013 m. aktyvaus gydymo lovose hospitalizuota 25,4 paciento daugiau nei 2004 m. O 2014 m. aktyvaus gydymo lovose hospitalizuota 18,2 paciento daugiau nei 2004 m. ir 7,2 paciento mažiau nei 2013 m. (žr. 1 lent.).

2004 m. vidutinė gulėjimo trukmė buvo 7,72 dienos, 2013 m. – 7,23 dienos, o 2014 m. – 7,47 dienos. Nuo 2004 m. VGT vis trumpėjo. Lyginant 2004 m. su 2013 m., VGT sutrumpinta 0,49 dienos arba 6,3 proc. Lyginant 2013 m. su 2014 m., VGT išaugo 0,24 dienos arba 3,3 proc. Taigi, per dešimtmetį VGT sutrumpėjo 0,25 dienos arba 3,2 proc. (žr. 1 lent.).

„Trumpėjant gydymosi stacionare trukmei, didėja pakartotinų hospitalizacijų rizika, ypač tiems pacientams, kurie negauna adekvačių reabilitavimo ir slaugos paslaugų ir/arba turi prastas priežiūros sąlygas namuose“ (Buivydas, 2010, p. 181).

Lovos funkcionavimas buvo tendencingai palaipsniui mažinamas. 2004 m. Lietuvoje lovos funkcionavimas buvo 282 dienos per metus. 2013 m. šis rodiklis sumažintas 4 dienomis per metus (1,4 proc.) ir siekė 278 dienas per metus. 2004 m. lyginant su 2014 m., lovos funkcionavimas sumažintas 8 dienomis per metus arba 2,8 proc. Lyginant 2013 m. ir 2014 m., reikia pasakyti, kad lovos funkcionavimo rodiklis sumažintas 4 dienomis per metus arba 1,4 proc. (žr. 1 lent.). Taigi, per dešimtmetį lovos funkcionavimo rodiklis ženkliai sumažėjo.

Kalbant apie letališkumą Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, reikia pažymėti, kad šis rodiklis nuolat didėjo. 2004 m. letališkumas siekė vos 1,82 proc. Iki 2013 m. letališkumas išaugo net 0,63 proc. ir 2013 m. letališkumas siekė 2,45 proc. O 2014 m. šis rodiklis dar labiau išaugo ir buvo 2,47 proc. Lyginant 2004 m. su 2014 m., letališkumas sveikatos priežiūros sistemoje išaugo net 0,65 arba 35,7 proc. O lyginant 2013 m. su 2014 m., letališkumas padidėjo 0,02 proc. (žr. 1 lent.).

1 lentelė. Ligoninės veiklos efektyvumo rodikliai

Rodiklis	2004	2013	2014
Hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų iš jų:	242,2	274,2	266,3
Aktyvaus gydymo lovose	217,8	243,2	236
Vidutinė gulėjimo trukmė (dienos)	7,72	7,23	7,47
Lovos funkcionavimas (dienos)	282	278	274
Letališkumas	1,82	2,45	2,47

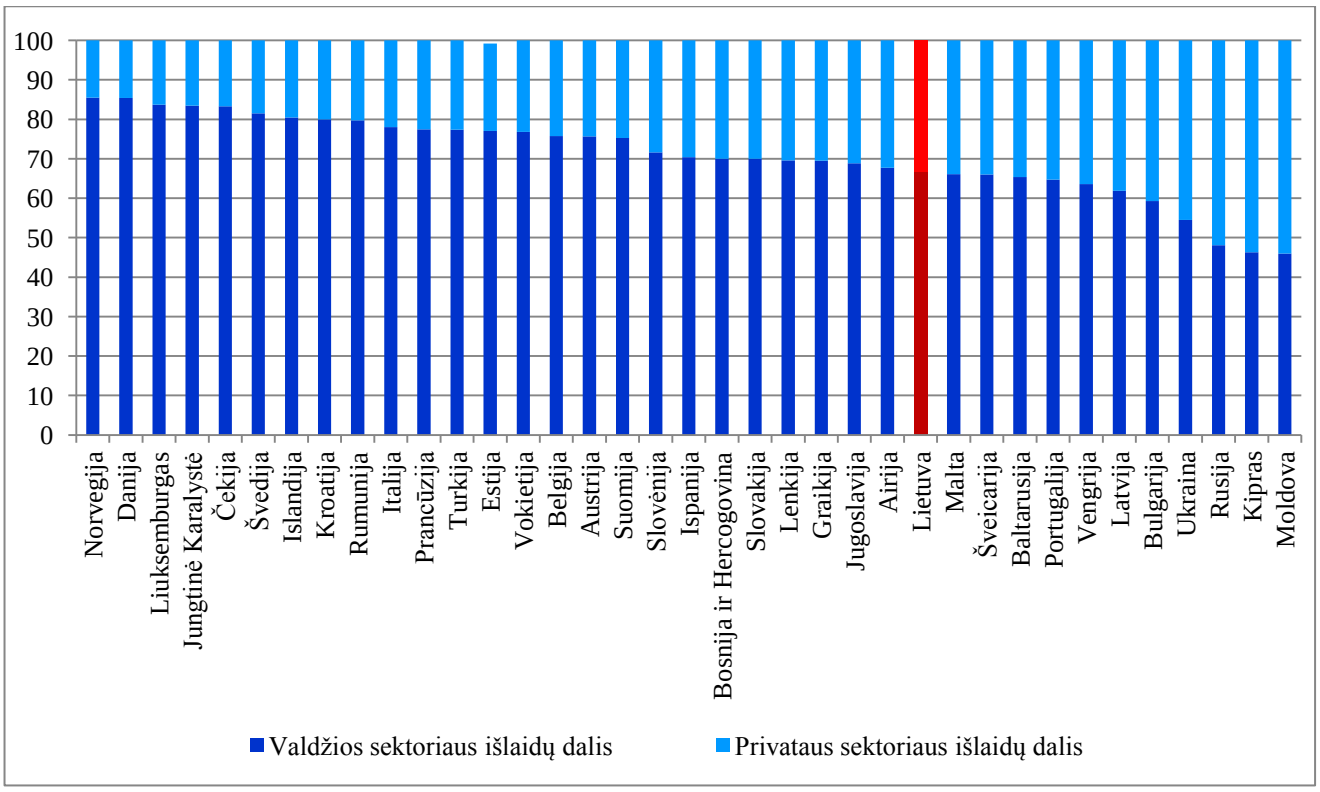
Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis; Gaidelytę, Cicėnienę, 2005; Gaidelytę, Tendziagolskytę, 2014; Gaidelytę, Tendziagolskytę, 2015

1.4. Lietuva Europos kontekste pagal sveikatos statistiką

Iš paveikslo Nr. 6 galima aiškiai matyti, kad Norvegija, Danija, Liuksemburgas, Jungtinė Karalystė, Čekija ir Švedija yra tos šalys, kurių valdžios sektorius patiria didžiausias išlaidas sveikatos apsaugai, o tuo tarpu privatus sektorius pasižymi itin mažomis išlaidomis sveikatos priežiūrai. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos 2013 m. statistiniais duomenimis matome, kad minėtų šalių valdžios sektoriaus išlaidos nuo bendrų išlaidų sveikatos apsaugai sudarė 81,5-85,5 proc., o privataus sektoriaus išlaidos – vos 14,5-18,5 proc.

Mažiausios valdžios sektoriaus išlaidos sveikatos apsaugai 2013 m. buvo Moldovoje, Kipre, Rusijoje, Ukrainoje ir Bulgarijoje. Remiantis 2013 m. statistiniais duomenimis, šių šalių valdžios sektoriaus išlaidos sveikatos apsaugai sudarė atitinkamai 46 proc., 46,3 proc., 48,1 proc., 54,5 proc. ir 59,3 proc. nuo bendrųjų išlaidų. Tuo tarpu šiose šalyse privataus sektoriaus išlaidos, nuo bendrųjų išlaidų sveikatos apsaugai, sudarė didžiausią dalį: Moldovoje – 54 proc., Kipre – 53,7 proc., Rusijoje – 51,9 proc., Ukrainoje – 45,5 proc., Bulgarijoje – 40,7 proc. Pagal privataus ir viešojo sektorių išlaidas sveikatos apsaugai Lietuva tarp 37 šalių yra 26 vietoje.

Lyginant tris Baltijos šalis (Lietuvą, Latviją ir Estiją) reikia pažymėti, kad Estijos valdžia patiria didžiausias išlaidas sveikatos apsaugai nei likusiųjų dviejų šalių. PSO statistikos duomenimis 2013 m. sveikatos apsaugos srityje Estijos viešojo sektoriaus išlaidos sudarė 77,09 proc. išlaidų, tuo tarpu privataus sektoriaus – 22,1 proc. Štai Lietuvos viešojo sektoriaus išlaidos nuo bendrųjų išlaidų sveikatos apsaugai 2013 m. sudarė 66,6 proc., o privataus sektoriaus – 33,4 proc. Latvijos valdžios sektorius iš visų trijų šalių patiria mažiausias išlaidas sveikatos apsaugai. 2013 m. Latvijos valdžios sektoriaus išlaidos sudarė 61,9 proc. nuo visų išlaidų sveikatos apsaugai, o privataus sektoriaus – 38,1 proc. (žr. 6 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal Pasaulio sveikatos organizacijos duomenis

6 pav. Privataus ir viešojo sektorių išlaidos sveikatos apsaugai 2013 m., proc.

Per kiek daugiau nei dešimtmetį bendrosios išlaidos sveikatos apsaugai, palyginti su BVP, ganėtinai smarkiai keitėsi. PSO statistiniais duomenimis 2000 m. 35-ių šalių išlaidos sveikatos apsaugai, palyginti su BVP, vidutiniškai buvo 7,3 proc., 2012 m . – 8,6 proc., 2013 m. – 8,5 proc.

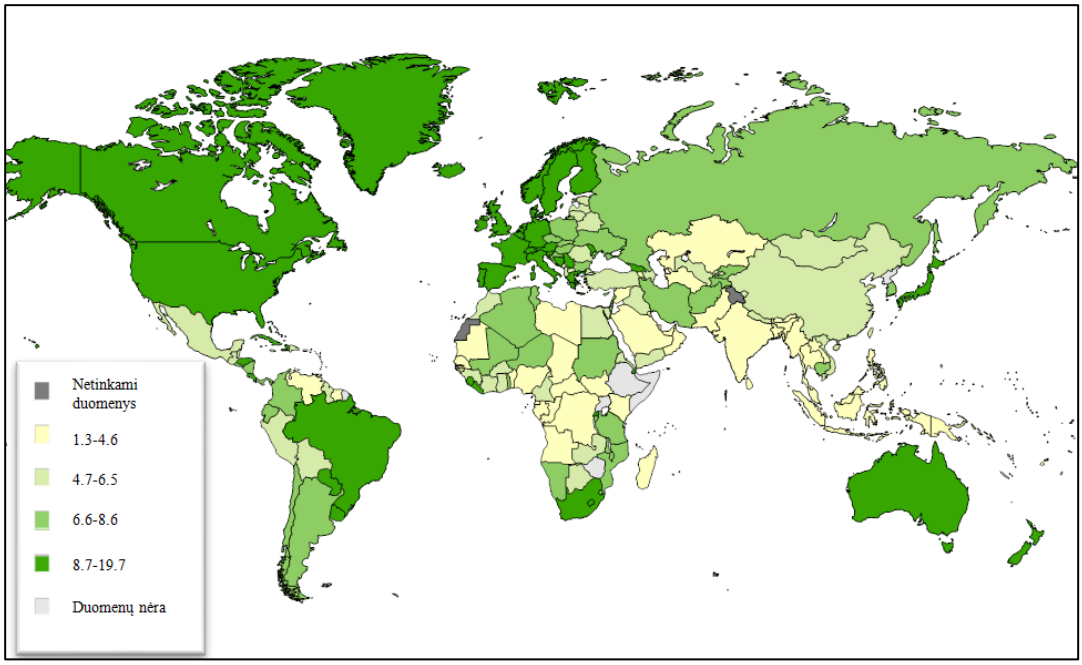
Remiantis PSO statistiniais duomenimis 2013 m. duomenimis didžiausias išlaidas, palyginti su BVP, patyrė Moldova, Prancūzija, Šveicarija, Vokietija, Belgija, Austrija ir Danija. Šiose šalyse išlaidos sveikatos apsaugai, lyginant su BVP, svyravo nuo 10,6 proc. iki 11,8 proc. Mažiausias išlaidas sveikatos apsaugai, lyginant su BVP, nagrinėjamu laikotarpiu patyrė Rumunija, Turkija, Latvija ir Estija. Šių šalių 2013 m. išlaidos sveikatos apsaugai, lyginant su BVP, sudarė nuo 5,3 proc. iki 5,7 proc. Taigi, Latvija ir Estija priskirtinos prie šalių, kuriose išlaidos sveikatos apsaugai, palyginti su BVP, buvo mažiausios.

Analizuojant Lietuvos padėtį Europos kontekste, reikėtų pažymėti, kad Lietuvos patiriamos išlaidos, palyginti su BVP, per 2000-2013 m. laikotarpį ne itin keitėsi. 2000 m. išlaidos sveikatos apsaugai, lyginant su BVP, sudarė 6,5 proc., 2012 m. jos išaugos 0,2 proc. ir sudarė 6,7 proc., o 2013 m. išlaidos sveikatos apsaugai, lyginant su BVP, sumažėjo 0,5 proc. ir siekė 6,2 proc. išlaidų, palyginti su BVP. 2013 m. Lietuvos išlaidos sveikatos apsaugai, palyginti su BVP, buvo netgi mažesnės nei 2000 m. (žr. 3 priedą, 1 pav.).

Iš žemiau pateikiamo pasaulio žemėlapio, galima vaizdžiai matyti, kuri šalis kiek išleidžia sveikatos apsaugai, palyginti su BVP. Šalyse, kurios patiria didžiausias išlaidas sveikatos apsaugai, palyginti su BVP, išlaidos svyruoja nuo 8,88 proc. iki 17,10 proc. Taigi, daugiausiai išlaidų sveikatos apsaugai, palyginti su BVP, patiria Ispanija (8,88 proc.), Italija (9,09 proc.), Didžioji Britanija (9,12 proc.), Suomija (9,40 proc.), Australija (9,44 proc.), Norvegija (9,57 proc.), Švedija (9,71 proc.), Graikija (9,82 proc.), Kanada (10,86 proc.), Vokietija (11,30 proc.), Prancūzija (11,66 proc.), JAV (17,10 proc.) ir kt. Tuo tarpu mažiausias išlaidas sveikatos apsaugai, palyginti su BVP, patiria didžioji dalis Afrikos valstybių, Kazachstanas, Saudo Arabija, Indija, Pakistanas, Venesuela ir kt. Šios šalys išlaidos sveikatos apsaugai, palyginti su BVP, paprastai svyruoja nuo 1,3 iki 4,6 proc. (žr. 7 pav.).

Tačiau didžioji dalis pasaulio valstybių sveikatos apsaugos išlaidoms, lyginant su BVP, skiria vidutiniškai tarp 4,7-8,6 proc. Prie tokių valstybių priskirtina: Rusija, Lietuva, Latvija, Estija, Lenkija, Ukraina, Baltarusija, Rumunija, Čekija, Slovakija, dalis Afrikos valstybių, Kinija, Mongolija, Iranas, Argentina, Čilė ir kitos šalys. Lietuva 2013 m. duomenimis sveikatos apsaugai skyrė 6,2 proc., Latvija – 5,7 proc., Estija – 5,7 proc., Lenkija – 6,7 proc. palyginti su BVP (žr. 3 priedą, 1 lent.).

Lietuvos „bendras sveikatos priežiūros finansavimo mastas (visuomeninis ir privatus) Europos Sąjungos šalių praktiką atitiktų, jei sudarytų mažiausiai 8-9% bendrojo vidaus produkto“ (Jankauskienė, 2010, p. 135).



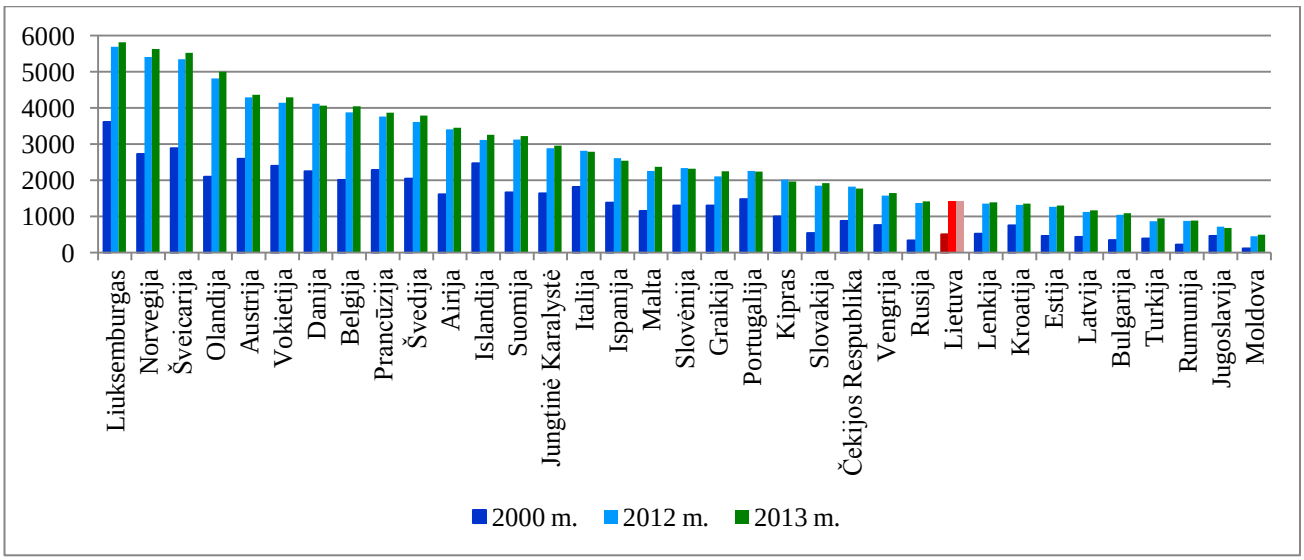
Šaltinis: sudaryta pagal Pasaulio sveikatos organizacijos duomenis

7 pav. Išlaidos sveikatos apsaugai, palyginti su BVP 2013 m., proc.

Turbūt nenuostabu, kad Liuksemburgas, Norvegija ir Šveicarija išsiskiria kaip šalys, kurios vienam gyventojui tenka daugiausiai bendrųjų išlaidų sveikatos apsaugai. Pavyzdžiui, Liuksemburgas nuo 2000 m. iki 2013 m. išlaidas sveikatos apsaugai tenkančias vienam žmogui padidino 2.203 Eur. Taigi, 2000 m. Liuksemburge išlaidos sveikatos apsaugai tenkančios vienam gyventojui siekė 3.610 Eur, o 2013 m. – 5.813 Eur. Tuo pačiu laikotarpiu Norvegija ir Šveicarija išlaidas sveikatos apsaugai padidino panašia suma, atitinkamai 2.901 Eur ir 2.634 Eur. Norvegijoje 2000 m. išlaidos sveikatos apsaugai vienam asmeniui sudarė 2.725 Eur, o 2013 m. – 5.626 Eur. O Šveicarijoje šios išlaidos 2000 m. siekė 2.884 Eur, o 2013 m. – 5.518 Eur.

Kalbant apie šalis, kuriose išlaidos sveikatos apsaugai, tenkančios vienam gyventojui, yra mažiausios reikėtų paminėti Rumuniją, Jugoslaviją ir Moldovą. Nors išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, 2000-2013 m. laikotarpiu šiose šalyse ženkliai išaugo, tačiau tarp kitų Europos valstybių šios išlaidos vis tik lieka mažiausios. Rumunijoje 2000 m. sveikatos apsaugos išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, sudarė 221 Eur, iki 2013 m. jos išaugo 660 Eur ir 2013 m. išlaidos, tenkančios vienam gyventojui, buvo 881 Eur. Jugoslavija negali pasigirti tokiu dideliu išlaidų šuoliu, kadangi per tą patį laikotarpį šioje šalyje išlaidos sveikatos apsaugai, tenkančios vienam gyventojui, padidėjo tik 224 Eur, nuo 453 Eur 2000 m. iki 677 Eur 2013 m. O štai Moldovoje, iš 35 analizuotų valstybių, išlaidos sveikatos apsaugai, tenkančios vienam gyventojui, buvo pačios mažiausios. 2000 m. Moldovoje išlaidos sveikatos apsaugai, tenkančios vienam gyventojui, sudarė 109 Eur, o 2013 m. šios išlaidos padidėjo 384 Eur ir bendra suma buvo 493 Eur.

Lietuva, Latvija ir Estija neišsiskiria itin didelėmis išlaidomis sveikatos apsaugai, tenkančiomis vienam gyventojui. Lietuva per 2000-2013 m. laikotarpį išlaidas, tenkančias vienam gyventojui, padidino 910 Eur, nuo 498 Eur (2000 m.) iki 1.408 Eur (2013 m.) Tai itin nemažas šuolis, kaip tokiai nedidelei valstybei, nepasižyminčiai itin stipria ekonomika. Estija taip pat padarė nemenką šuolį. 2000 m. Estijoje išlaidos sveikatos apsaugai, tenkančios vienam gyventojui, sudarė 456 Eur. Estijos valdžia iki 2013 m. sveikatos apsaugos išlaidas, tenkančias vienam gyventojui, padidino 840 Eur ir 2013 m. vienam gyventojui teko 1.296 Eur išlaidų sveikatos apsaugai. O Latvija tuo pačiu laikotarpiu, lyginant su kitomis dviejomis Baltijos šalimis, turėjo mažiausias sveikatos apsaugos išlaidas, tenkančias vienam gyventojui. 2000 m. Latvijoje vienam gyventojui užtikrinant sveikatos apsaugą teko 426 Eur išlaidų, o štai 2013 m. – 1.168 Eur (742 Eur daugiau). Taigi, Lietuvoje lyginant su Latvija ir Estija vienam šalies gyventojui, tenka didžiausia dalis sveikatos apsaugos išlaidų (žr. 8 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal Pasaulio sveikatos organizacijos duomenis

8 pav. Vienam gyventojui tenkančios sveikatos apsaugos išlaidos, Eur

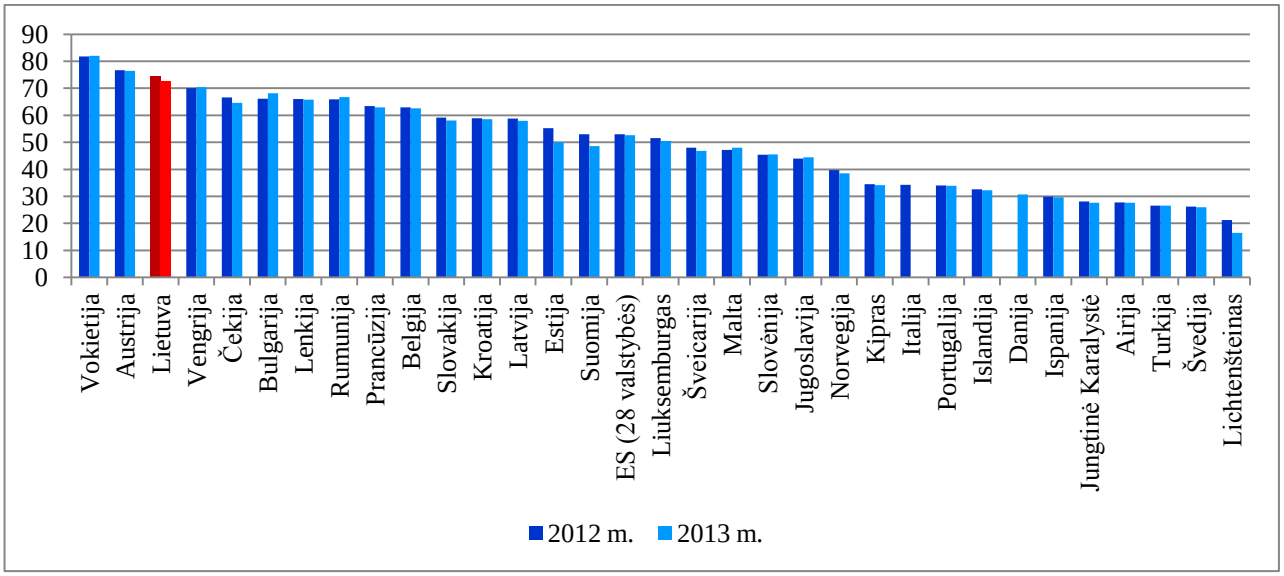
Jei kalbėti apie bendrą lovų statistiką Europoje, reikėtų pabrėžti, kad Europa jau keletą metų laikosi stacionaro lovų mažinimo politikos ir tendencingai visos šalys stengiasi mažinti lovų skaičių stacionaruose, taip didindamos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų mąstą (Mc Kee, 2004). Pagal Eurostato 2005-2013 m. duomenis 28-iose ES valstybėse stacionaro lovų skaičius sumažėjo 233.301, nuo 2.898.935 lovų (2005 m.) iki 2.665.634 lovų (2013 m.). Kasmet sumažinta maždaug po 25.922 lovas. Bene daugiausiai stacionaro lovų sumažinta 2009-2011 m. laikotarpiu, kai lovų skaičius sumažintas net 81.519 lovų (žr. 3 priedą, 2 pav.).

Daugiausiai lovų 2012 m. turėjo Vokietija (670.443 lovos), antra daugiausiai lovų turinti valstybė buvo Prancūzija su 414.672 lovomis, trečioje vietoje – Lenkija su 251.251 lova. Tuo tarpu Islandija, Malta, Liuksemburgas ir Lichtenšteinas turėjo mažiausiai stacionaro lovų. Lichtenšteinas turėjo 78 lovas, Islandija – 1.047 lovas, Maltoje buvo 1.977 lovos, o Liuksemburge – 2.736 lovos. Prie vidutinių Europos valstybių pagal turimą stacionaro lovų skaičių priskirtina Kroatija, Švedija, Suomija bei Lietuva. Štai 2012 m. Suomijoje buvo 28.685 lovos. Kroatijoje ir Švedijoje lovų skaičius yra labai panašus, atitinkamai 25.129 ir 24.927 lovos. Tuo tarpu, tais pačiais metais Lietuvoje stacionaro lovų buvo kiek mažiau – 22.206 lovos. O. Jei lygintume statistinius duomenis su 2013 m. duomenimis, galima daryti išvadą, kad dauguma Europos valstybių tendencingai mažina turimų lovų skaičių. Išskyrus keletą šalių, kuriose dėl vienokių ar kitokių priežasčių nežymiai padaugėjo stacionaro lovų. Prie tokių šalių priskirtina Malta, kurioje lovų padaugėjo 57 lovomis (2013 m. buvo 2.034 lovos), taip pat Liuksemburgas, kur stacionaro lovų padaugėjo 10 lovų (2013 m. buvo 2.746 lovos) (žr. 2 priedą, 3 pav.).

Jeigu lygintume konkrečiai Baltijos šalių valstybių, būtent Lietuvos, Latvijos ir Estijos, turimus stacionaro lovų išteklius, reikėtų pabrėžti, kad Estija išsiskiria iš kitų dviejų valstybių kaip turinti mažiausiai stacionaro lovų. 2005-2012 m. pagal Eurostato duomenis Estijoje lovų skaičius viršijo 7.000 lovų (2005 m. – 7.292 lovos, 2012 m. – 7.309 lovos). O 2013 m., lyginant su 2012 m. duomenimis, Estija turimų stacionaro lovų skaičių sumažino net 712 lovų ir 2013 m. turėjo 6.597 lovas. Vidutiniškai kasmet Estijoje buvo 7.206 lovos. Kalbant apie Latviją reikėtų pažymėti, kad ši valstybė tendencingai laikosi stacionaro lovų mažinimo politikos. 2005 m. Latvijoje buvo 17.696 lovos, iki 2008 m. lovų skaičius buvo sumažintas 789 lovomis. 2011-2013 m. laikotarpiu Latvijoje vidutiniškai buvo 11.919 lovos. Tuo tarpu Lietuva, dydžiu ir kitais bruožais būdama itin panaši į savo kaimynines Baltijos šalis, išsiskiria itin dideliu stacionaro lovų skaičiumi. Lietuva, kaip ir Latvija, stengiasi eiti stacionaro lovų mažinimo keliu, tačiau mūsų šalyje tai atliekama kiek švelnesniu ir nuosaikesniu metodu nei Latvijoje, nedarant jokių drastiškų ir staigių lovų skaičiaus mažinimo veiksmų. 2005 m. Lietuvoje buvo 24.200 lovų, tai didžiausias skaičius iš visų trijų Baltijos šalių. Lyginant su Estija, Lietuvoje buvo 16.908 lovomis daugiau (t. y. 3 kartais daugiau), o lyginant su Latvija, Lietuva turėjo 6.504 lovomis daugiau (t. y. 1,4 karto daugiau). Štai 2013 m. Lietuvoje buvo 21.538 stacionaro lovos, ir tai reiškia, kad Lietuva vykdydama stacionaro lovų mažinimo politiką per 2005-2013 m. laikotarpį lovų skaičių sugebėjo sumažinti 2.662 lovomis, vidutiniškai per metus sumažindama 296 lovomis. 2005-2013 m. periodu Lietuvoje vidutiniškai buvo 22.774,6 lovos. Tuo tarpu, Latvija per tą patį laikotarpį stacionaro lovų skaičių sumažino 6.023 lovomis, vidutiniškai per metus lovų skaičių sumažindama 669 lovomis. Taigi, Latvija stacionaro lovų skaičių kasmet sumažindavo maždaug 2,3 karto daugiau nei Lietuva. Lyginant 2005 m. ir 2013 m. duomenis, Estija stacionaro lovų skaičių sumažino 695 lovomis (žr. 3 priedą, 2 lent.).

Paveiksle Nr. 9 atvaizduoti Eurostato 2012-2013 metų duomenys, kiek 10 tūkst. gyventojų tenka stacionaro lovų. Eurostato statistiniais duomenimis 2012 m. ir 2013 m. ES 10 tūkst. gyventojų teko 53 lovos. Daugiausiai lovų 10 tūkst. gyventojų tenka Vokietijoje (tiek 2012 m., tiek ir 2013 m. – 82 lovos), nuo jos neatsilieka ir Austrija, kurioje 2012 m. 10 tūkst. gyventojų teko 77, o 2013 m. – 76 lovos. Trečiąją vietą pagal didžiausią lovų skaičių, tenkantį 10 tūkst. gyventojų, užima Lietuva. Lietuvoje 2012 m. 10 tūkst. gyventojų teko 74 lovos, o 2013 m. – 73 lovos. Tuo tarpu Latvijoje 2012 m. 10 tūkst. gyventojų teko 59 lovos, 2013 m. – 58 lovos. Estijoje 2012 m. 10 tūkst. gyventojų teko 55 lovos, o 2013 m. – 50 lovų. Kaip ir prieš tai analizuotame paveiksle tapo aišku, kad Lietuva pirmauja tarp trijų Baltijos šalių pagal turimų lovų skaičių, taip ir iš šio paveikslo aiškiai matome, kad Lietuva pagal lovų skaičių, tenkantį 10 tūkst. gyventojų, lenkia Estiją ir Latviją, bei gerokai viršija ES (28 valstybių) vidurkį. Mažiausiai lovų 10 tūkst. gyventojų 2012-2013 m. teko Lichtenšteine, Švedijoje ir Turkijoje. Eurostato duomenimis Turkijoje ir Švedijoje 10 tūkst. gyventojų teko vienodas lovų

skaičius, atitinkamai 2012 m. – 27 lovos, o 2013 m. – 26 lovos. Lichtenšteine 2012 m. 10 tūkst. gyventojų teko 21 lova, o 2013 m. – 16 lovų (žr. 9 pav.).



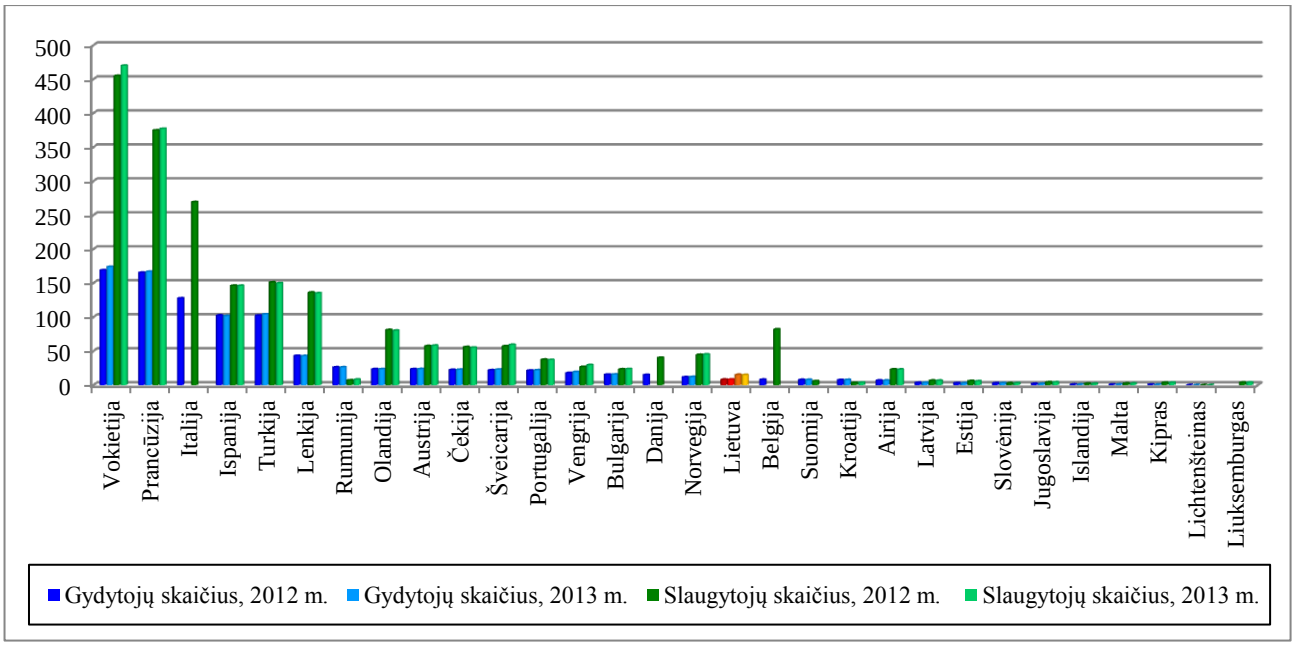
Šaltinis: sudaryta pagal Eurostato duomenis

9 pav. Lovų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų

Europoje 2012 m. vidutiniškai dirbo 33.154 gydytojai ir 70.855 slaugytojos, o 2013 m. – 31.618 gydytojai ir 67.228 slaugytojos. Nagrinėjamu laikotarpiu vidutinis dirbančių gydytojų skaičius sumažėjo 1.536 gydytojais. Lyginant Europos šalis pagal jose dirbančių gydytojų skaičių, iš paveikslo Nr. 10 matyti, kad šioje srityje vėl pirmauja Vokietija ir Prancūzija. 2013 m. Vokietijoje buvo 174.000 gydytojai, o Prancūzijoje – 166.847 gydytojai. Vokietijoje nagrinėjamu laikotarpiu gydytojų skaičius išaugo net 5.000 gydytojų. Prancūzijoje gydytojų skaičiaus augimas buvo kur kas mažesnis, čia per 2012-2013 m. laikotarpį gydytojų skaičius išaugo tik 1.370 gydytojais. Arčiausiai vidurkio pagal dirbančių gydytojų skaičių 2013 m. buvo Rumunija, kurioje dirbo 26.282 gydytojai, o 2012 m. – 21.688 gydytojai. Reiškia, per porą metų gydytojų skaičius išaugo net 4.594 gydytojais. Mažiausias gydytojų skaičius 2013 m. buvo Kipre ir Lichtenšteine. Kipre dirbo 797 gydytojai, o Lichtenšteine vos 17 gydytojų. Štai Kipre gydytojų skaičius 2012-2013 m. laikotarpiu išaugo 44 gydytojais, o Lichtenšteine tik 3 gydytojais.

Per porą metų slaugytojų skaičius Europoje sumažėjo net 3.627 slaugytojomis. Kaip ir gydytojų skaičius, taip pat ir slaugytojų skaičius didžiausias buvo Vokietijoje ir Prancūzijoje. Vokietijoje 2012 m. buvo 455.000 slaugytojų, o 2013 m. – 470.000 slaugytojų. Per du metus slaugytojų skaičius šioje šalyje išaugo 15.000 slaugytojų. Prancūzijoje slaugytojų skaičius tuo pačiu laikotarpiu padidėjo vos 2.332 slaugytojomis, nuo 374.798 slaugytojų (2012 m.) iki 377.130 slaugytojų (2013 m.). Arčiausiai

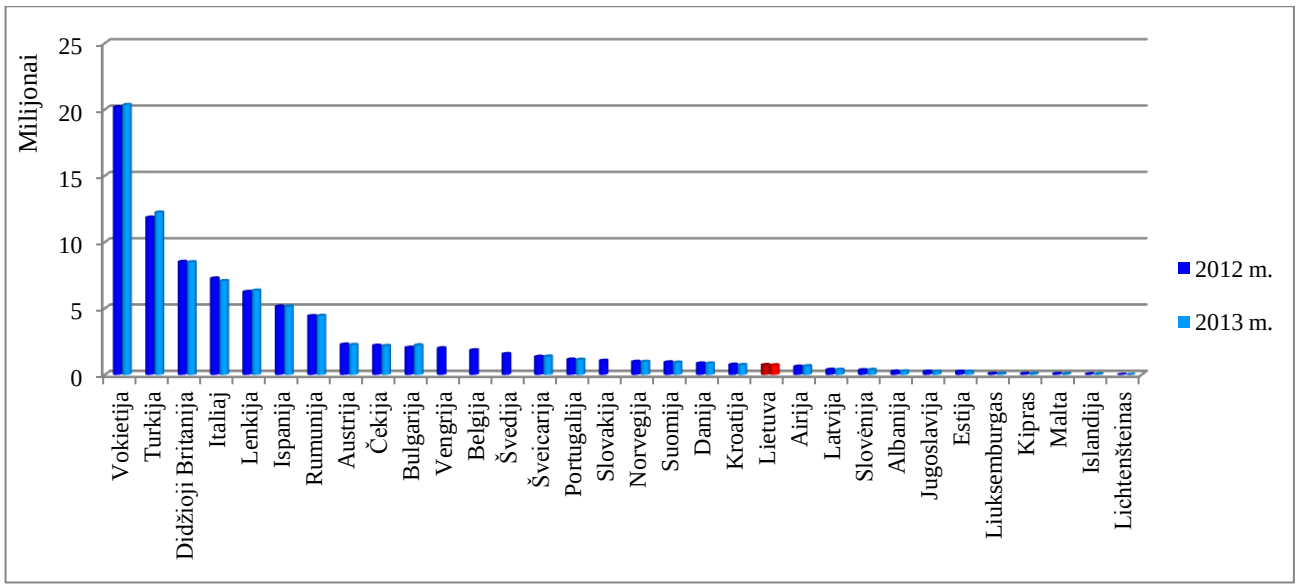
2013 m. vidutinio slaugytojų skaičiaus Europoje buvo Austrija. Austrijoje 2012 m. dirbo 57.414 slaugytojų, o 2013 m. – 58.126 slaugytojos. Čia slaugytojų skaičius nagrinėjamu laikotarpiu padidėjo tik 712 slaugytojų. Tuo tarpu mažiausias slaugytojų skaičius tiek 2012 m., tiek ir 2013 m. buvo Lichtenšteine. Čia 2012 m. buvo 63 slaugytojos, o 2013 m. jų skaičius padidėjo 3 slaugytojomis ir 2013 m. Lichtenšteine dirbo 66 slaugytojos (žr. 10 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal Eurostato duomenis

10 pav. Gydytojų ir slaugytojų skaičius Europoje, tūkst.

ES (28 valstybėse) 2012 m. buvo hospitalizuoti 88.697.308 pacientai, o 2013 m. – 88.844.638 pacientai. Nuo 2012 m. hospitalizuotų pacientų skaičius išaugo 147.330 pacientų. Vidutiniškai vienai šaliai 2012 m. teko 2.680.026 hospitalizuoti pacientai, o 2013 m. – 2.851.559 hospitalizuoti pacientai. Daugiausiai hospitalizuotų pacientų, 2012-2013 m. buvo Vokietijoje. 2012 m. Vokietijoje hospitalizuota 20.181.298 pacientai, o 2013 m. hospitalizuoti 20.342.322 pacientai (161.024 pacientais daugiau). Antra pagal hospitalizuotų pacientų skaičių buvo Turkija. Šioje šalyje 2012 m. hospitalizuota kiek daugiau nei 11 mln. pacientų (11.849.437 pacientai), o 2013 m. – daugiau nei 12 mln. pacientų (12.239.923 pacientai). Per 2012-2013 m. hospitalizuotų pacientų skaičius Turkijoje išaugo 390.486 pacientais. Austrija pasižymėjo kaip šalis, kurioje hospitalizuojamų pacientų skaičius buvo arčiausiai Europos vidurkio. 2012 m. šioje šalyje hospitalizuoti 2.278.592 pacientai, o 2013 m. – 2.251.959 pacientai. Taigi, nagrinėjamu laikotarpiu hospitalizuojamų pacientų skaičius netgi sumažėjo 26.633 pacientais. Mažiausiai hospitalizuojamu pacientų buvo Lichtenšteine. Čia 2012 m. hospitalizuoti tik 2.336 pacientai, o 2013 m. – 2.636 pacientai. Analizuojamu laikotarpiu hospitalizuojamų pacientų skaičius šioje mažoje valstybėje išaugo net 300 pacientų (žr. 11 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal Eurostato duomenis

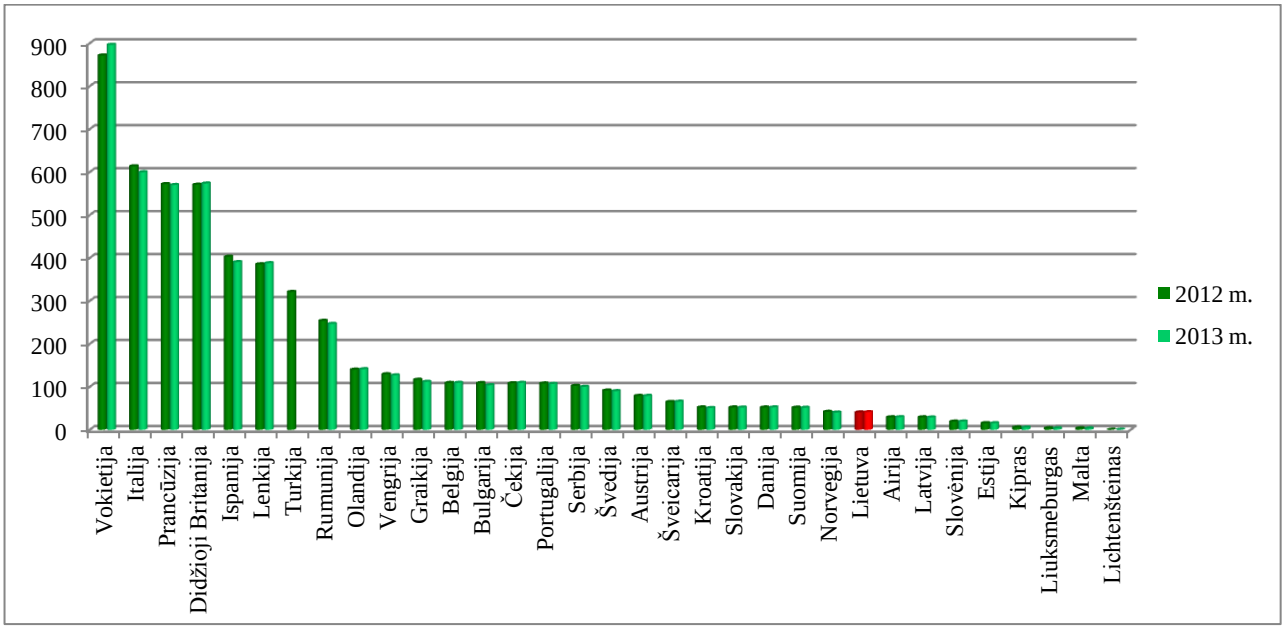
11 pav. Hospitalizuotų pacientų skaičius Europoje

Vertinant VGT ligoninėje pažymėtina, kad Suomija išsiskiria ilgiausia gulėjimo trukme, kuri 2012 m. siekė 11 d., o 2013 m. 10,6 d. Antra šalis pagal ilgiausią VGT yra Kroatija. Čia 2012 m. VGT siekė 9,7 d., o 2013 m. – 9,6 d. Trumpiausia gulėjimo trukmė 2012 m. buvo Prancūzijoje (5,6 d.) ir Olandijoje (5,2 d.). 2013 m. duomenimis trumpiausia VGT buvo Norvegijoje – 5,6 d. Lyginant VGT reikia pažymėti, kad 2012 m. duomenimis Maltoje, Lietuvoje, Italijoje ir Rumunijoje buvo labai panaši VGT, kuri atitinkamai siekė 7,8 d., 7,8 d., 7,7 d., 7,5 d. 2013 m. duomenimis situacija išliko labai panaši. Maltoje VGT buvo 8,6 d., Lietuvoje – 7,8 d., Italijoje – 7,7 d., o Rumunijoje – 7,4 d. (žr. 3 priedą, 4 pav.).

Vidutiniškai vienoje ES šalyje pacientų mirštamumas 2012 m. siekė 168.044 pacientus, o 2013 m. – 162.531 pacientą. Didžiausias pacientų mirštamumas analizuojamu laikotarpiu buvo Vokietijoje. 2012 m. Vokietijoje mirė 871.615 pacientų, o 2013 m. – 896.287 pacientai. 2012-2013 m. laikotarpiu Vokietijoje pacientų mirštamumas padidėjo 2,8 proc. Antra šalis pagal didžiausią pacientų mirštamumą yra Italija. Šioje šalyje 2012 m. mirė 613.520 pacientų, o 2013 m. 599.698 pacientai. Atkreiptinas dėmesys, kad analizuojamu laikotarpiu Italijoje pacientų mirštamumas sumažėjo 2,3 proc. Trečia šalis, kurioje pacientų mirštamumas didžiausias yra Prancūzija. Prancūzijoje 2012 m. mirė 572.076, o 2013 m. – 569.929 pacientai (0,4 proc. mažiau). Arčiausiai Europos vidurkio buvo Olandija, kurioje pacientų mirštamumas 2012 m. siekė 140.045 pacientus, o 2013 m. – 141.174 pacientus. Mažiausias pacientų mirštamumas analizuojamu laikotarpiu fiksuotas Liuksemburge, Maltoje ir Lichtenšteine. 2012 m. Liuksemburge mirė 3.821, o 2013 m. – 3.768 pacientai (1,4 proc. mažiau). Štai Maltoje tuo pačiu laikotarpiu pacientų mirštamumas siekė atitinkamai 3.463 pacientus ir

3.304 pacientus. Malta per dvejus metus pacientų mirštamumo skaičių sumažino 4,6 proc. Štai Lichtenšteine pacientų mirštamumas 2012-2013 m. laikotarpiu padidėjo 7,5 proc. Šioje šalyje 2012 m. mirė 146 pacientai, o 2013 m. – 157 pacientai.

Lyginant Lietuvą su ES valstybėmis reikia atkreipti dėmesį, kad Lietuva priskirtina prie tų šalių, kurioje pacientų mirštamumas nėra itin aukštas, nors 2012-2013 m. laikotarpių Lietuvoje pacientų mirštamumas ir padidėjo 1,4 proc. Lietuvoje 2012 m. mirė 40.478 pacientai, o 2013 m. – 41.057 pacientai. Lyginant su kitomis dviem Baltijos šalimis, reikia atkreipti dėmesį, kad Latvijoje lyginant su Lietuva 2012-2013 m. pacientų mirštamumas buvo 1,4 karto mažesnis nei Lietuvoje. Tuo tarpu Estijoje 2012 m. mirštamumas lyginant su Lietuva buvo 2,6 karto mažesnis, o 2013 m. – 2,7 karto mažesnis (žr. 12 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal Eurostato duomenis

12 pav. Pacientų mirštamumas Europoje, tūkst.

Apibendrinant pirmąjį skyrių svarbu suprasti, kad stacionarinė sveikatos priežiūra užima ganėtinai didelę dalį Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje. Be to, stacionarinė sveikatos priežiūros grandis gauna didžiausią sveikatos sistemos finansavimo dalį. Vertinant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos veiklos efektyvumą Europos kontekste, atkreiptinas dėmesys, kad nors Lietuva ir siekia efektyvesnės sveikatos sistemos, tačiau pagal daugelį sveikatos sistemos veiklos rodiklių Lietuva gerokai atsilieka nuo kitų Europos valstybių.

2. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLOS VERTINIMAS LIETUVOJE

Periodiškas, išsamus ir objektyvus sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas yra esminis veiksnys užtikrinant kokybiškų savalaikių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, efektyvesnę įstaigų veiklą, o kartu ir pagalbos priemonė gerinant sveiktos priežiūros sistemą. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas suteikia piliečiams, pacientams, valdžios institucijoms, ASPĮ personalui ir informacijos apie esamas sveikatos priežiūros sistemos problemas, koreguotinas sritis, suteikia galimybę analizuoti kelerių metų ASPĮ veiklos tendencijas ir kt. Kaip teigia P. C. Smith ir kiti (2009), be informacijos gaunamos ASPĮ ir sveikatos sistemos veiklos vertinimo metu nebūtų galima jokia reforma, neįmanoma identifikuoti gerosios ir blogosios praktikos pavyzdžių bei galiausiai, pasak autorių, nelieka galimybės investuoti sveikatos sektoriuje. Be to, veiklos vertinimas didina skaidrumą, kuris yra itin svarbus užtikrinant ASPĮ atskaitomybę už savo veiklą, užtikrinant sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimą bei gerinant šalies piliečių sveikatą (p. IX).

2.1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo gairės

2.1.1. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo principinės nuostatos

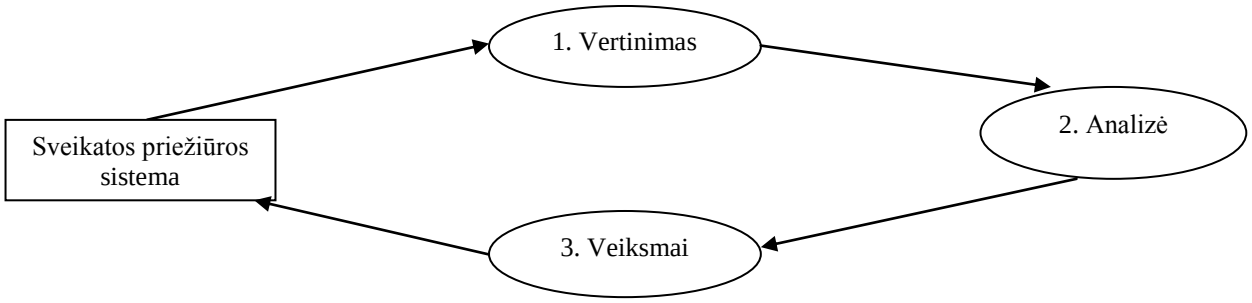
„Vertinimas“ reiškia objektų vertinimą, tačiau vertinimas pats savaime nėra sprendimų dėl kokybės ir vertybių priėmimo būdas. Tai gali būti atlikta tų, kurie analizuoja ir interpretuoja gautus rezultatus (Shaw, 2003). Autorių kolektyvas (2009) teigia, kad pirmieji įrašai apie sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimą buvo atlikti prieš 250 metų. Šios srities pradininkai skatino aktyvų ir platų tokios informacijos naudojimą sveikatos sistemoje, tačiau jiems nuolat trukdė profesiniai, praktiniai ir politiniai barjerai (p. 3). Per pastaruosius tris dešimtmečius susidomėjimo ASPĮ veiklos vertinimu augimą paskatino informacinių technologijų sparti raida, leido lengviau, greičiau ir pigiau surinkti, apdoroti ir dalintis informacija, pacientų noras gauti visapusiškos informacijos renkantis gydymo įstaigą skatino skleisti informaciją apie ASPĮ veiklos rezultatus, didėjanti ASPĮ atsakomybė ir atskaitomybė ir kt. (Smith et al., 2009).

Pasak autorių kolektyvo (2009), nesvarbu kokia tobula būtų sveikatos sistema, tačiau pagrindinis SPĮ veiklos vertinimo sistemos tikslas – padėti rengti įvairias ataskaitas tam, kad suteikti informacijos suinteresuotosioms šalims, priimti pagrįstus sprendimus (p. 5). Paprastai veiklos vertinimo sistemos pasižymi itin plačiu informacijos spektru. Dažnai renkama itin daug informacijos dėl patogumo ir prieinamumo, tikintis kad ji bus naudinga. Kadangi kiekviena informacijos vartotojų grupė nori

skirtingos informacijos, todėl renkant informaciją neįmanoma pritaikyti vieno universalaus veiklos vertinimo metodo (Smith et al., 2009). Vertinimas gali būti atliekamas kasdien, kas savaitę, kas mėnesį, kas ketvirtį, kasmet ar kitu pasirinktu periodu (www.healthinsight.org).

Užsienio šalyse ASPĮ veiklos vertinimas skaičiuoja ne pirmą dešimtmetį. Štai, pavyzdžiui, D. Britanijoje ASPĮ veiklos vertinimas pradėtas 1999 m. Kalbant apie įstaigų veiklos vertinimą Didžiojoje Britanijoje reikia pasakyti, kad jis nuėjo ilgą kelią. 1860-aisiais Florence Nightingale atsidavęs statistikas, siekdamas suprasti ir pagerinti ligoninių veiklos našumą pirmasis pradėjo nuoseklų ir sistemišką ligoninių veiklos duomenų rinkimą, analizavimą ir sklaidą. Tačiau ne visi šalyje buvo patenkinti ligoninių veiklos vertinimui, o galiausiai Britų medicinos asociacija priėmė sprendimą nutraukti statistinių duomenų rinkimą. Kad Didžiojoje Britanijoje vėl būtų pradėti rinkti, apdoroti bei skleisti ligoninių veiklos palyginamųjų rodiklių duomenys prireikė net 140 metų (www.racma.edu.au).

Siekiant išvengti itin didelio pasipriešinimo siūloma pirmiausiai įvertinti keletą veiklos rodiklių, analizuojant duomenis atsižvelgti į kontekstą, o remiantis gautais rezultatais vėliau imamasi atitinamų veiksmų, kurie atsispindi sveikatos sistemoje (žr. 13 pav.) (www.racma.edu.au).



Šaltinis: www.racma.edu.au

13 pav. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo modelis

Taigi pirmame veiklos vertinimo etape būtina nustatyti tikslą, identifikuoti suinteresuotąsias šalis bei pasirinkti rodiklius vertinimui ir galiausiai pasirinkti vertinimo sistemą (rezultatų ar proceso), kuri bus atliekama. Kuomet rezultato įvertinimas yra nepakankamai informatyvus, tuomet vertinami procesai (Žegunis, 2015). Pavyzdžiui, D. Britanijoje pradžioje vertinant ligoninių veiklą buvo naudojamasi proceso vertinimo priemonėmis, o vėliau pereita prie rezultatų vertinimo priemonių.

Vertinant pagal rezultatus vertinimui didelės įtakos gali turėti daugelis pašalinių veiksnių, būtina naudoti dideles imtis tam, kad nustatyti statistiškai reikšmingus skirtumus, stebėsena gali užtrukti ganėtinai ilgai, galima susidurti su interpretavimo sunkumais. Tačiau vertinant pagal rezultatus didžiausias dėmesys tenka pacientui ir kartu puoselėjamas sveikatos sistemos bendradarbiavimas, skatinama kurti ir priimti ilgalaikes strategijas, mažesnė manipuliacijos rodikliais tikimybė ir kt. Štai proceso vertinimo rodikliai turintys mažai reikšmės pacientams, yra gana specifiški, nes dažnai tiria

vienos ligos ar vienos rūšies sveikatos priežiūrą, gali slopinti naujovių diegimą ir naujų sveikatos priežiūros modelių plėtrą, procesų vertinimo rodikliais gali būti lengvai manipuliuojama ir kt. Tačiau sveikatos technologijų panaudojimas išmatuojamas ganėtinai lengvai, lyginant su rezultatų vertinimo rodikliais, proceso vertinimo rodikliai gali padėti nustatyti svarbius trūkumus, tam panaudojant kur kas mažesnius imčių dydžius ir kt. (www.racma.edu.au).

Analizės etape pasirinkti kriterijai lyginami su ankstesniais tos pačios įstaigos rezultatais, palyginama su panašiomis įstaigomis ar palyginama apibrėžtu pasirinktiniu planiniu kriterijumi (tai nustatoma paprastai nacionaliniu lygmeniu). Autorius pažymi, kad įvertinti veiklos rezultatai nebūtinai atspindės realią situaciją, kadangi tyrėjai negali sukontroliuoti visų papildomų veiksnių (www.racma.edu.au).

Pasak Shaw (2003), pagrindiniai metodai vertinant ligoninių veiklą yra šie:

1. Priežiūros tikrinimas (inspektavimas) – tikrina kaip ligoninėse yra laikomasi minimalių paciento ir personalo saugos reikalavimų, licencijos taisyklių.

2. Visuomenės apklausos – paprastai atkreipia dėmesį į tai, kas yra svarbu pacientams ir visai visuomenei. Standartizuoti tyrimai dažniausiai tiria specifinių sričių pacientų patirtį ir pasitenkinimą.

3. Trečiųjų šalių vertinimai gali apimti matavimus remiantis standartais, nustatomomis tarpusavio priežiūros arba akreditavimo programomis.

4. Statistiniai rodikliai gali suteikti reikiamos informacijos veiklos valdymui, kokybės gerinimui ir išsamesniam tyrinėjimui, tačiau gauti rezultatai turi būti atsakingai interpretuojami.

5. Vidaus vertinimas (auditas) – kurį paprastai atlieka pačios organizacijos padalinys ar darbuotojų grupė (p. 4-9).

PSO yra sukūrusi ligoninių veiklos efektyvumui vertinti skirtą sistemą PATH (angl. *The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*) metodą. PATH buvo sukurtas 2003 m. (Guisset et al., 2009). Šios sistemos dėka ligoninės gali atsirinkti tinkamus veiklos efektyvumo vertinimo rodiklius, sudaroma galimybė vertinti įstaigos veiklos rodiklius ir veiklos efektyvumą, palyginti su kitomis tos pačios šalies ar kitų šalių įstaigomis, bei sudaroma galimybė inicijuoti kokybės gerinimo strategijas, priemones ir būdus. PATH metodas veikia iš esmės pagal keturis principus: motyvacija, vertinimas, prasmė, judėjimas. Pagal PATH sistemą išskiriamos 6 pagrindinės rodiklių-dimensijų grupės: klinikinis efektyvumas, efektyvumas, personalo motyvacija, atsakingas valdymas, saugumas, orientacija į pacientą (Kuzmarskas, Januškevičius, 2013).

Kokybės vertinimas gali būti išorinis arba vidinis. Norint įvertinti organizacijos kokybę galima pasinaudoti vienu iš šių išorinių kokybės įvertinimo modelių: Deming modelis (vertina produktų kokybę), Malcolm Baldrige modelis (vertina vadybos sistemas ir rezultatus), Europos kokybės vadybos fondo tobulos veiklos modelis (vertina organizacijos sėkmės veiksnius ir nustato kriterijus), akreditacija (vertinama kokybė ir veikla akredituojant įstaigas arba atskirus jose vykstančius procesus),

PACE (angl. *Piloproject accreditation*) standartai (vertina įstaigų politiką, valdymą, idėjas, išteklius, procesų kontrolę, žinias, įgūdžius, kokybės sistemą), J. Welck „Šešių sigma“ sistema (vertina defektų skaičių milijonui įvykusių procesų ir defektų padarytus nuostolius) ir kt. Be to, gali būti atliktas vidinis kokybės vertinimas ASPĮ, kitaip žinomas kaip auditas (Janušonis, Popovienė, 2004).

Kaip užsienio praktikos vertinant ASPĮ veiklą, galima pateikti Vokietijos patirtį. Vokietijoje visos ligoninės privalo skelbti rezultatus pagal 182 veiklos rodiklius apibrėžtus, kurie leidžia palyginti ligonines tarpusavyje (Blumel, Busse, 2014). Vokietijoje Federalinis kokybės užtikrinimo ofisas atsakingas už ASPĮ veiklos vertinimą. Išanalizavus gautus duomenis kasmet parengiamos ataskaitos ir rekomendacijos individualiai kiekvienai ligoninei. Tačiau, kartu tos pačios, tik nuasmenintos ataskaitos pateikiamos viešai. Tos ligoninės, kurių veikla įvertinama kaip nepakankamai gera, privalo pateikti paaiškinimą kodėl taip yra ir jei reikia imtis atitinkamu veiksmų (Busse et al., 2009).

Atliekant ASPĮ veiklos vertinimą gali pasitaikyti dviejų tipų klaidos. Dėl įvairių įtakojančių veiksnių gali gautis taip, kad įstaigos, turinčios vidutinius ar gerus veiklos rezultatus gali būti įvertintos kaip nepakankamai geros, o įstaigos, kurių veikla yra nepakankamai gera, gali būti įvertintos kaip geros. Atliekant ASPĮ veiklos vertinimą gali pasireikšti ir daugiau neigiamų aspektų tokių, kaip mažesnė darbuotojų moralė, visuomenės pasitikėjimo mažėjimas, organizacinis paralyžius dėl nelanksčios vertinimo sistemos, pernelyg didelis valdymo spaudimas siekiant tikslų, nesusipratimas (neteisingai pateiktos išvados apie veiklą), klaidingai pateikta informacija manipuliuojant duomenimis, koncentracija į trumpalaikes problemas, nekreipiama dėmesio į ilgalaikius rezultatus ir kt. (www.racma.edu.au).

Veiklos vertinimo sistemos turėtų padėti pagerinti ligoninių veiklą, o ne konstatuoti individualias ligoninių nesėkmes. Siekiant kuo efektyvesnio ligoninių veikos ir kokybės vertinimo reikėtų naudoti didesnį spektrą informacijos šaltinių, vartotojai turėtų būti įtraukti į vertinimo procesą, o gauti rezultatai plačiai skelbiami ir visiems prieinami (Shaw, 2003). Kartu reikia atkreipti dėmesį į vertinimo, analizės ir veiksmų plano konstravimą, būtina atlikti pilotinį bandymą prieš diegiant veiklos vertinimo sistemą nacionaliniu lygmeniu, numatyti disfunkcines pasekmes ir įdiegti strategijas siekiant išvengti ar sušvelninti jas bei kt. (www.racma.edu.au).

2.1.2. Veiklos vertinimui naudojami vertinimo sistemos ir rodikliai

„Sveikatos rodikliai – tai sveikatos būklės, ją lemiančių veiksnių ir sveikatos priežiūros ES valstybėse narėse duomenų rinkiniai (lentelės, diagramos, žemėlapiai)“ (www.ec.europa.eu). Sveikatos rodiklių statistinė informacija leidžia analizuoti svarbius reiškinius, jų kitimo tendencijas įvairiais aspektais (pagal administracinę teritoriją, lytį, amžių, pagal privatų ar viešą sektorių ir kitus parametrus) ir net prognozuoti ateitį (Janušonis, 2008).

Kad būtų galima suvienodinti ligoninių pasiektų veiklos rezultatų vertinimą įvairiose šalyse, Europos Komisija yra sukūrusi tarptautinę klasifikacijos sistemą. Šios klasifikacijos dėka įvairios šalys gali vykdyti vienodą įvairių veiklos rodiklių statistinę registracijos sistemą, kurios dėka gaunami duomenys gali būti lengvai palyginami su kitų šalių duomenimis. Europoje sveikatos rodikliams rinkti naudojamos šios pagrindinės klasifikacijos sistemos:

1. Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija (TLK). Sistema suteikia informacijos apie sergamumą ir mirtingumą. PSO veikia kaip sistemos administratorius.

2. „Europos trumpasis sąrašas“. Tai Eurostato sąrašas su 86 mirties priežastimis.

3. Sergamumo ligoninėse tarptautinio trumpojo sąrašo lentelė. Suteikia informaciją apie išrašymą iš ligoninių.

4. Klinikinių procedūrų registravimo sistemos (pvz. „Tarptautinė ligų klasifikacija. 9-oji redakcija. Klinikinė modifikacija“).

5. Tarptautinė sveikatos sąskaitų klasifikacija (ICHA) (kaupiama informacija apie išlaidas sveikatos priežiūrai ir jos finansavimo aprašymas, apibendrinimas ir analizė).

Žinoma plačiai veikia ir kitos klasifikacijos sistemos tokios kaip Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija (TFK), Tarptautinis standartinis profesijų klasifikatorius (ISCO), Tarptautinis standartizuotas švietimo klasifikatorius, Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas (DSMI), Giminingų diagnozių grupių klasifikatorius (DRG), Retųjų ligų klasifikacija (ORPHA kodai), Užkrečiamųjų ligų atvejų apibrėžtys (www.ec.europa.eu).

Pasaulyje yra plačiai žinoma SVER (subalansuotų veiklos efektyvumo rodiklių) sistema, kurią sukūrė profesoriai R. S. Kaplan ir D. P. Norton. Ši sistema pasižymi tuo, kad strateginius planus paverčia tikslia ir operatyvia veiksmų sistema. Pagal šią sistemą ASPĮ veiklos vertinimo rodikliai suskirstyti į keturias grupes: finansinius rodiklius, klientų rodiklius, procesų gerinimo rodiklius, žmogiškųjų resursų rodiklius. Atkreiptinas dėmesys, kad esant poreikiui įstaiga pati gali papildyti sistemą nauja rodiklių grupe. Pažymėtina, kad didžiausio pasisekimo ši sistema sulaukė JAV ir Kanadoje, o Europoje ši sistema pamažu įsilieja į sveikatos sistemą (Labutis, Oškeliūnas, 2005).

2005 m. pradėta matuoti medicinos paslaugų kokybė naudojantis EHC indeksu. Dabar ši sistema veikia net 28 ES šalyse bei 8-iose kitose valstybėse, tokiose kaip Norvegija, Šveicarija, Albanija, Islandija ir kt. (Žegunis, 2015). „EHC indeksu vertinami šie sveikatos apsaugos veiklos kriterijai: pacientų informuotumas ir jų teisės, paslaugų prieinamumas, gydymo rezultatai, teikiamų medicinos paslaugų įvairovė, prevencija ir farmacinė veikla“ (Žegunis, 2015, p. 440).

Kaip teigia Žegunis (2015), „veiklos vertinimo rodikliai turėtų būti paremti šešiais kriterijais: pagrįstumu, atkuriamumu, galimumu, patikimumu, jautrumu ir prognozuojamuoju svarumu.“ (p. 441). Europos Komisija yra išskyrusi 88 sveikatos rodiklius, tačiau realiai naudojama tik apie 50 rodiklių, kurie suskirstyti į penkias pagrindines grupes:

1. **Demografinė, socialinė ir ekonominė padėtis** (šioje grupėje renkami duomenys apie gimstamumą, nedarbo statistiką gyventojų skaičių pagal lytį ir amžių, pagal išsilavinimą ir kt.);

2. **Sveikatos būklė** (čia renkami duomenys apie gyvenimo trukmę, kūdikių mirtingumą, mirčių dėl konkrečių ligų ar kitų priežasčių statistika, vėžinių susirgimų, insultų, traumų ir kita statistika);

3. **Sveikatą lemiantys veiksniai** (kūno masės indeksas, kraujo spaudimas, alkoholio vartojimas, nėščiųjų rūkymas, narkotinių medžiagų vartojimas, fizinis aktyvumas ir pan.);

4. **Intervencinės sveikatos apsaugos priemonės: sveikatos paslaugos** (ligoninių lovų skaičius, praktikuojančių gydytojų ir slaugytojų skaičius, VGT, išlaidos sveikatos priežiūrai nuo BVP ir pan.);

5. **Intervencinės sveikatos apsaugos priemonės: sveikatingumo skatinimas** (politika dėl sveikos mitybos, dėl tabako dūmų, dėl sveiko gyvenimo būdo ir kt.) (www.ec.europa.eu).

Štai pavyzdžiui, JAV Meino sveikatos valdymo koalicijoje veikia ligoninių veiklos vertinimo sistema, paremta 22 vertinimo kriterijais suskirstytais į keturias pagrindines grupes bei su iš anksto numatytais vertinimo svoriais:

1. Pacientų pasitenkinimas (14 proc. svorio).

2. Pacientų sauga (30 proc. svorio).

3. Klinikinis efektyvumas (38 proc.).

4. Efektyvumas (18 proc.) (Nalli et al., 2007).

Kiti autoriai siūlo vertinant ligoninių veiklos rezultatus įvertinti ir šiuos rodiklius: kliento perspektyvą (laukimo laikas, skundai ir kt.), mokymąsį ir augimą (personalo kaita, ištekliai skirti mokymui ir kt.), vidinius procesus (sistema ir politika, ligoninės pajėgumas ir kt.), finansus (susijusi finansinė informacija), lovos užimtumą, VGT, lovadienius, lankymą namuose, letališkumą, neįgalumo rodiklį, paciento pasitenkinimą, tęstinumą, paslaugų koordinavimą, inovacijų plėtrą, saugą, personalo rūkymo paplitimą, komplikacijas (Yuen, Ng, 2012; Smith et al., 2009; www.cihi.ca; www.euro.who.int).

Žinoma, gali būti naudojami ir papildomi kriterijai tokie, kaip etiškumas, punktualumas, estetiškumas, jautrumas, patikimumas, lankstumas, rezultatyvumas, švarumas, užbaigtumas, patogumas, draugiškumas, greitumas (Janušonis, Popovienė, 2004). Janušonis ir Popovienė (2004) teigia, kad vertinant kokybę yra svarbūs maitinimo, organizacijos aplinkos, pacientų patogumo, prieinamumo, santykių kokybės, informacijos ir kiti rodikliai.

Skirtingos valstybės naudoja skirtingas metodologijas, pasirenka skirtingus vertinimo kriterijus. „Pokyčius, susijusius su rodikliais, nulėmė pacientų lūkesčių augimas, informacijos sklaida, galimybė gydytis arba palyginti gydymo metodus taikomus užsienio šalyse, o taip pat informacinių technologijų vystymasis, suteikęs galimybę įvertinti, palyginti ir susisteminti kiek įmanoma daugiau skirtingų rodiklių“ (Žegunis, 2015, p. 441).

2.2. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas Lietuvoje

Pasak Žegunio (2015), p*rasti veiklos rezultatai, kuriuos atspindi statistiniai duomenys, nedideli gydytojų atlyginimai, verčiantys sveikatos apsaugos specialistus dirbti keliose darbovietėse ir (arba) emigruoti į kitą šalį, dažnas pacientų nepasitenkinimas dėl suteiktų paslaugų kokybės skatina nuodugniau tyrinėti sveikatos apsaugos veiklos procesus ir vertinti veiklos rezultatus*“ (p. 439).

2.2.1. Sveikatos rodiklių informaciniai šaltiniai

Ligoninių veiklos vertinimui reikalinga informacija gaunama iš įvairių šaltinių. Pats pirmasis šaltinis yra pačios ligoninės. Ligoninės teikdamos metines veiklos ataskaitas pateikia informaciją apie lovų skaičių, lovos funkcionavimo rodiklius, hospitalizuotų pacientų skaičių, letališkumą, darbuotojų skaičiaus pokytį ir poreikį, konkrečių paslaugų apimtis ir kt. (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2006, Nr. V-938). O teikdamos ketvirtines bei metines finansines ataskaitas pateikia informaciją apie įstaigos gautas pajamas ir patirtas sąnaudas, apie įstaigos darbuotojų vidutinį darbo užmokestį, įstaigos finansinį rezultatą, įsigytą ilgalaikį turtą, įsipareigojimus, absoliutaus likvidumo koeficientą, sukauptą perviršį ar deficitą ir kitą finansinę informaciją. Visa ši asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiama informacija yra pirminis, itin naudingas informacijos šaltinis vertinant įstaigų pasiektus veiklos rezultatus ir jas reitinguojant. Tačiau aklai pasitikėti šiomis ataskaitomis negalima. Jose dažnai pasitaiko klaidų, kai pildant nustatytas statistines formas įrašomi neteisingi skaičiai, siekiant pagerinti įstaigos rezultatus ar dėl klaidingo skaičiavimo, sąmoningai ar netyčia neužpildomi kai kurios ataskaitų eilutės ir kt. (Gaidelytė, 2015).

VASPVT prie LR SAM yra tarnyba, kurios misija yra pacientų saugos užtikrinimas. Ši tarnyba užsiima fizinių ir juridinių asmenų licencijavimu, sveikatos priežiūros technologijų vertinimo organizavimu, pacientų teisių priežiūros ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės priežiūros funkcijų vykdymu ir kt. VASPVT prie LR SAM kaupiami duomenys apie išduotas licencijas juridiniams ir fiziniams asmenims, jų galiojimą, teikiamų paslaugų profilius, brangios medicinos įrangos apskaita. Taip pat VASPVT prie LR SAM yra atsakinga už asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolę. Tarnyba atlieka planinius ir neplaninius patikrinimus, kurių metu analizuojama įstaigos veikla, pateikti dokumentai, įvertinama ar pašalinti ankstesnių patikrinimų metu rasti trūkumai. Iš VASPVT prie LR SAM gali būti gauta informacija, apie įstaigose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, naudinga vertinant įstaigų veiklą (www.vaspvt.gov.lt).

HI yra biudžetinė LNSS valstybės visuomenės sveikatos priežiūros įstaiga. Pagrindinė HI prie LR SAM paskirtis ir tikslas „įgyvendinanti valstybės funkcijas Lietuvos gyventojų sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos stebėsenos, visuomenės sveikatos netolygumų ir visuomenės

sveikatos priežiūros technologijų vertinimo, darbo aplinkos poveikio sveikatai tyrimų ir profesinės sveikatos priežiūros technologijų vertinimo srityse“. HI prie LR SAM vykdydamas Lietuvos gyventojų sveikatos būklės ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklių stebėseną ir kitas jam pavestas funkcijas renka informaciją apie sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatus (lovos funkcionavimo rodikliai, lovų skaičius, medicinos personalo skaičiaus kaita ir kt.), juos analizuoja ir rengia metines ataskaitas, atlieka įvairius tyrimus ir kt. Todėl ši informacija taip pat gali būti labai naudinga vertinant įstaigų pasiektus rezultatus. Be to, ši informacija yra laisvai prieinama bet kuriam šalies piliečiui. (www.hi.lt).

PSD informacinė sistema „Sveidra“ – tai informacinė sistema leidžianti informacinių technologijų pagalba rinkti ir apdoroti duomenis apie „asmeniui suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išduotus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones“ (VLK direktoriaus įsakymas, 2014, 1K-136, p. 5). Sistemoje renkama statistinė informacija apie medicininį reabilitacinį gydymą, kompensuojamuosius vaistus, stacionaro ligonius (klinikinės diagnozės, ligos ir komplikacijos, chirurginės operacijos), ambulatorinę pagalbą (apsilankymai, tyrimai, diagnostinės procedūros, intervencijos ir kt.), pacientų prisirašymą prie pirminės sveikatos priežiūros. Tačiau, kaip bebūtų gaila, ši informacinė sistema neapdoroja informacijos apie įstaigų resursus (personalą, stacionarines lovas), lovų veiklos rodiklius, kai kuriuos tyrimus ir procedūras, taip pat nerenkama specifinė informacija (pvz., abortai, priklausomybės ligos ir kt.) (Gaidelytė, 2015).

Nors sistema atrodo iš tiesų kaupianti ir apdorojanti nemažą kiekį informacijos, susijusios su asmens sveikatos priežiūros įstaigų veikla, tačiau šia informacija gali pasinaudoti ne visi. Vadovaujantis VLK prie SAM direktoriaus 2014 m. birželio 5 d. įsakymu Nr. 1K-136 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ nuostatų patvirtinimo“ patvirtintų Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ nuostatų 9 p., šioje informacinėje sistemoje kaupiamų duomenų valdytoja yra VLK prie SAM.

Lietuvos statistikos departamentas yra Vyriausybės įstaiga oficialiosios statistikos srityje koordinuojanti ministerijų bei kitų institucijų veiklą, renkanti, apdorojanti, analizuojanti statistinius duomenis. Lietuvos statistikos departamente galima rasti informacijos apie sveikatos priežiūros išlaidas, profesinių ligų ir abortų statistiką, sveikatos priežiūros išteklius, sveikatos priežiūros veiklą ir nelaimingus atsitikimus darbe (www.osp.stat.gov.lt). Didžiausias privalumas tas, kad Lietuvos statistikos departamento renkama ir apdorojama informacija yra nemokama ir laisvai prieinama bet kuriam šalies piliečiui.

Be to, asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimui naudingos statistinės informacijos galima gauti iš Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro (čia veikia užkrečiamųjų ligų registracijos sistema), Nacionalinio vėžio instituto (veikia vėžio registras), Valstybinio psichikos sveikatos centro (centre veikia psichikos ir elgesio sutrikimo registracijos sistema), Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie

SAM (tarnyba kaupia ir apdoroja duomenis apie farmacininkų ir vaistinių skaičių, vaistų suvartojimą), Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialas Infekcinių ligų ir tuberkuliozės (registruojami tuberkuliozės atvejai) ir kt. (Gaidelytė, 2005).

Žinoma vertinant asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą gali būti atliekamos apklausos, įvairūs tyrimai, kurių pagalbą galima išsiaiškinti įstaigų teikiamų paslaugų kokybę, įstaigų veiklą įvertinti pacientų ar net pačių medikų požiūriu. Tokie ekspertiniai tyrimai atliekami mokslo įstaigų ar valstybinių institucijų užsakymu.

2.2.2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo patirtis Lietuvoje

Europos komisijos komunikate (2014) nurodoma, kad siekiant lanksčios sveikatos sistemos turi būti didinamas efektyvumas, lankstumas ir prieinamumas. O sveikatos priežiūros sistemos, kartu ir ASPĮ veiklos vertinimas įvardintas kaip vienas iš būdų to pasiekti. LR valstybės kontrolė 2010 m. ataskaitoje akcentavo, kad nėra sukurta asmens sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sistema ir kad būtina, ją kuo greičiau sukurti siekiant efektyviau panaudoti finansinius išteklius bei didinti sveikatos priežiūros sistemos kokybiškumą ir efektyvumą. Audito ataskaitoje LR SAM rekomenduota parengti ir patvirtinti „ASPĮ veiklos vertinimo metodiką, kurioje būtų nustatyti ne tik kiekybiniai, bet ir kokybiniai įstaigų veiklos vertinimo rodikliai“ (LR valstybės kontrolė, 2010). Tačiau iki pat šiol tokia metodika nėra nei parengta, nei patvirtinta.

Apie tai, kad Lietuvoje būtina įdiegti ASPĮ veiklos vertinimo sistemą kalbama jau senai. Dar 2011 m. Lietuvos Respublikos Seimas 2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“ nurodė, kad būtina „patvirtinti ir įdiegti valstybės mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, atlikti reguliarią sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo lyginamąją analizę, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą labiau sieti su jų veiklos kokybe, efektyvumu ir rezultatyvumu“ (24.3.2. p.).

Vėliau Šešioliktosios Vyriausybės 2012-2016 m. programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“, buvo nurodyta, kad „Tvirtinsime metinius sveikatos paslaugų prieinamumo, priimtinumo ir tinkamumo rodiklius ir nustatysime jų įgyvendinimo stebėsenos mechanizmus. Svarbiausias iš šio punkto sakinys kalbantis apie sveikatos paslaugų prieinamumą, priimtinumą ir tinkamumą, kuris vertinamas pasitelkus tam tikrus rodiklius“ (251 p.).

Lietuvos Respublikos Seimas 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“ patvirtintos Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos II skyriaus „Programos tikslai ir uždaviniai“ 101.5. punktu numatė, kad siekiant užtikrinti

sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę, būtina „patvirtinti ir įdiegti šalies mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, reguliariai atlikti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo lyginamąją analizę, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą labiau sieti su jų veiklos kokybe, efektyvumu ir rezultatyvumu“ (101.5. p.).

LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymu Nr. V-810 „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“ patvirtintame Sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plane nustatyta, kad turi būti atliktas „sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės bei sveikatos priežiūros įstaigų veiklos akreditavimo, efektyvumo vertinimo bei reitingavimo sistemos sukūrimas ir įdiegimas“ (47.7 p.).

Pasak Eksperto Nr. 5 (2016), Lietuvoje, kur sveikatos sektoriuje nuolat vyksta įvairios reformos ir nuolat gyvenama permainų nuotaikomis, ypač reikalingas ASPĮ veiklos vertinimas, kad būtų galima nuspręsti kuria linkme pasukti, ką reikėtų keisti sveikatos priežiūros sistemoje, kokias reformas vykdyti, o galbūt kažkokių reformų nuostatų atsisakyti, taip pat būtų gauta informacijos ar iš tiesų reformos duoda siekiamos naudos, o galbūt jos visiškai nenaudingos ir net priešingai – viską tik pablogina. Taip pat, pasak Eksperto Nr. 5 (2016), būtų galimybė laiku užkirsti kelią įvairių problemų atsiradimui. Tačiau pats vertinimas neturėtų apsiriboti tik viena įstaigų grupe. Reikėtų įstaigas suskirstyti pagal palyginamumo principą ir visas be išimties vertinti. Kaip pavyzdį Ekspertas Nr. 5 (2016) teigė, kad būtų galima vertinti respublikines daugiaprofilines ligonines arba universitetines ligonines, taip pat galima vertinti atskirai regionines ir rajonines ligonines, o galbūt verta lyginti pavyzdžiui vienos grupės monoprofilines įstaigas, pavyzdžiui, slaugos ligonines. Svarbu, kad įstaigos tarpusavyje būtų palyginamos, priešingu atveju tokia analizė neduos niekam naudos, tai tiesiog tebus skaičių rinkinys.

Lietuvoje šiuo metu sveikatos priežiūros įstaigų pasiektų veiklos rezultatų vertinimą reglamentuoja du Sveikatos apsaugos ministro įsakymai. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 1 d. įsakymu Nr. V-1019 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybinių ir kokybinių rodiklių ir vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ patvirtintas „Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybinių ir kokybinių rodiklių ir vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarkos aprašas“, kurio 3 skyriuje „Kiekybiniai ir kokybiniai viešosios įstaigos veiklos vertinimo rodikliai“ numatyti kiekybiniai ir kokybiniai veiklos vertinimo rodikliai. Kiekybiniams finansiniams veiklos vertinimo rodikliams priskirti šie: „finansinis įstaigos veiklos rezultatas; įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis; įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis; papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas“ (11 p.). Tuo tarpu „Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybinių ir kokybinių rodiklių ir vadovaujančių darbuotojų

mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarkos apraše“ numatyti kokybiniai viešosios įstaigos veiklos vertinimo rodikliai yra šie: *pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis lygis bei pacientų skundų tendencijos; kokybės vadybos sistemos diegimo ir vystymo laipsnis; darbuotojų kaitos įstaigoje rodiklis; prioritetinių paslaugų teikimo dinamika; informacinių technologijų diegimo ir vystymo lygis (pacientų registracijos elektroninė sistema, įstaigos interneto svetainė, darbuotojų darbo krūvio apskaita ir kita), viešojoje įstaigoje taikomų kovos su korupcija priemonių vykdymas* (12 p.). Be to, šiame Sveikatos apsaugos ministro įsakyme yra numatyta, kad atsižvelgus į kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos veiklos specifiką, nustatytų kokybinių ir kiekybinių veiklos vertinimo rodiklių skaičius gali būti sumažintas arba gali būti parinkti papildomi sveikatos priežiūros įstaigos veiklos vertinimo kiekybiniai ar kokybiniai rodikliai. Pažymėtina, kad kiekvienas kokybinis ar kiekybinis veiklos vertinimo rodiklis gali būti įvertintas aukščiausia 10-ies balų reikšme (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2011, Nr. V-1019).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ patvirtinti ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos efektyvumo ir veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašai.

Minėtu įsakymu patvirtintame „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas“ sąraše nurodyti šie ASPĮ veiklos efektyvumo vertinimo rodikliai: VGT, atliekant klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją arba kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją, dienos chirurgijos paslaugų dalis atliekant kataraktos, cholecistektomijos, flebektomijos, adenoidektomijos, hernioplastikos, kelio artroskopijos, laparoskopines ginekologines operacijas, dienos chirurgijos planinių paslaugų, atliktų 1-ąją hospitalizavimo dieną, dalis, operacinės užimtumo vidurkis (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2012, Nr. V-1073).

Tuo pačiu įsakymu patvirtintas „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašas“, kuriame numatytas stacionarinių ASPĮ veiklos kokybės vertinimo rodiklių sąrašas. Šiame sąraše numatyti šie veiklos kokybės vertinimo rodikliai: cezario pjūvių dažnis; mirštamumas aktyvaus gydymo ASPĮ metu nuo miokardo infarkto ir nuo galvos smegenų insulto; pragulų išsivystymo dažnis, ASPĮ aktyvaus gydymo, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas bei paliatyviąją pagalbą teikiančiuose ASPĮ padaliniuose; infekcijų kontrolės užtikrinimo lygis; pacientų pasitenkinimo lygis; periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis ir kt. (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2012, Nr. V-1073).

Deja, tačiau Lietuvoje nėra vieno teisės akto, kuriuo būtų reglamentuoti ASPĮ veiklos vertinimo principai ir metodika, numatyti konkretūs vertinimo kriterijai bei vertinimo atlikimo terminai, numatyta kurioms ASPĮ būtų taikomas veiklos vertinimas ir kt.

Kaip teigė Ekspertas Nr. 3 (2016), stacionarinių ASPĮ veiklos vertinimas Lietuvoje yra visiškai nauja sritis. Kas tai lėmė Ekspertas Nr. 3 (2016) nedrįso įvardinti, tačiau jo manymu, tai galėjo būti dėl statistinių rodiklių stokos, dėl politinės valios trūkumo ar kitų priežasčių. Nors negalima sakyti, kad Lietuvoje visiškai niekas nevyksta, juk bent jau finansinė įstaigų veikla yra periodiškai vertinama. Tačiau vertinimas neturėtų apsiriboti vien finansiniu rezultatu. Užsienyje dažnai įvertinami ir papildomi rodikliai, tokie kaip, lovų skaičius, hospitalizuotų pacientų skaičius, VGT ir kt. O Lietuva vertindama ASPĮ veiklą taip pat turėtų įvertinti platesnį spektrą veiklos rodiklių.

2014 m. LR SAM atliko SAM pavaldumo ASPĮ 2013 metų veiklos vertinimą ir ligoninių reitingavimą pagal veiklos rezultatus. Veiklos vertinimo analizė atlikta devynių daugiaprofilinių LR SAM pavaldžių ligoninių: VšĮ VUL Santariškių klinikos, VšĮ LSMUL Kauno klinikos, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VšĮ Kauno klinikinė ligoninė, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė, VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė. Bei septynių monoprofilinių SAM pavaldžių ligoninių: VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė, VšĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninė, VšĮ Vilniaus gimdymo namai, VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorija „Palangos Gintaras“, VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninė, VšĮ VUL Žalgirio klinika, VšĮ Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninė (LR SAM, 2014).

Atliekant šių įstaigų veiklos vertinimą analizuoti finansiniai rezultatai, finansinio rezultato dalis nuo pajamų (proc.), finansinių rezultatų tendencijos per 3 pastaruosius metus, įstaigų sąnaudų tendencijos per 3 pastaruosius metus, kiek pajamų iš PSDF uždirba vienas darbuotojas, kiek pajamų iš PSDF uždirba 1 gydytojų ar slaugytojų grupės darbuotojas, kiek PSDF pajamų tenka vienai stacionaro lovai, pajamos tenkančios 1 kv. m. bendrojo ploto, sąnaudų iš PSDF ir iš viso struktūra, likvidumo rodikliai ir kt. (LR SAM, 2014).

Pažymėtina, kad reitinguotos tik daugiaprofilinės SAM pavaldumo ASPĮ. Atliekant šių įstaigų reitingavimą, pastarosios reitinguotos pagal 6 rodiklių grupes: strateginiai veiklos rodikliai, finansinių rezultatų rodikliai, pajamų ir sąnaudų rodikliai, veiklos efektyvumo rodikliai, darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros rodikliai, likvidumo ir apyvartumo rodikliai. Kiekvienoje grupėje buvo išskirta po 4-6 rodiklius. Šie rodikliai buvo vertinami keturių balų vertinimo sistemoje, kur „labai gerai“ įvertintam rodikliui skiriami 4 vertinimo balai, o „blogai“ – 1 vertinimo balas (LR SAM, 2014). Tai buvo vienintelis atliktas ASPĮ veiklos vertinimas ir reitingavimas.

Tačiau lieka neaišku, kokiu būdų įstaigos buvo įvertintos ir reitinguotos, kadangi iki šiol Lietuva neturi nei vieno teisės akto, kuriame būtų reglamentuota ASPĮ pasiektų veiklos rezultatų vertinimo ir

reitingavimo metodikos, nėra nustatytų aiškių ir detalių taisyklių, kaip turėtų būti organizuojamas ASPĮ veiklos vertinimas bei ASPĮ reitingavimas, kas tai turėtų atlikti.

2015 m. spalio 13 d. Lietuvos Respublikos prezidentūroje vykusio posėdžio metu buvo diskutuojama dėl „Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 15^1 ir 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15^2 ir 15^3 straipsniais įstatymo“ projekto. Posėdžio metu buvo akcentuota, kad būtina atlikti nuolatinį ir periodišką ASPĮ veiklos vertinimą ir reitingavimą.

Posėdžio metu buvo pasiūlyta, kad įstaigų veiklos efektyvumą reikėtų vertinti pagal 15 rodiklių, suskirstytų į dvi grupes: ASPĮ finansiniai rodikliai (metinis finansinis rezultatas, sąnaudų darbo užmokesčiui dalis, sąnaudų administravimo išlaidoms dalis ir kt.) ir. ASPĮ kokybinių veiklos vertinimo rodikliai (pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis paslaugomis lygis, įstaigoje taikomos kovos su korupcija priemonės, pacientų skundų dėl įstaigoje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per metus ir pagrįstų skundų dalis ir kt.). ASPĮ lyginti pasiūlyta pagal suskirstymą į keturias grupes: respublikinės ir universitetinės ligoninės, rajono ir regiono ligoninės, kitos antrinio ir tretinio lygmens gydymo įstaigos, tik pirminės ASPP teikiančios gydymo įstaigos (LR Prezidentūra, 2015). Įstaigas pagal veiklos efektyvumo rodiklius siūlyta pradėti vertinti nuo 2017 m. sausio 1 d., o už gerus pasiektus rezultatus nuo 2017 m. gruodžio mėn. pradėti kasmetinį įstaigų skatinimą (LR Prezidentūra, 2015).

Kaip teigia Ekspertas Nr. 1 (2016), ASPĮ veiklos vertinimas ir reitingavimas pats savaime nėra blogas dalykas, tačiau nereikia ir persistengti. ASPĮ vertinimas ir reitingavimas turėtų būti patariamojo, skatinamojo, rekomendacinio pobūdžio. Tai turėtų duoti naudos tiek pačioms įstaigoms, tačiau ir valdžios sektoriui, turėtų suteikti informacijos, kurioje įstaigoje galbūt nepagrįstai didelis hospitalizacijų skaičius, o galbūt kažkurioje įstaigoje per didelis lovų skaičius. Kartu vertinimas turėtų padėti išspręsti ir finansavimo problemas.

2.3. Priežastys lėmusios sveikatos priežiūros įstaigų vertinimo poreikį Lietuvoje

Lietuvos sveikatos sistema susiduria su tokiomis problemomis kaip netolygus specialistų pasiskirstymas, didėjantis sveikatos priežiūros paslaugų ir išlaidų joms kompensuoti poreikis, sveikatos netolygumai, neefektyvi sveikatos priežiūros sistemos organizacijų veikla ir kt. (SAM, 2013). Lietuvoje ASPĮ veiklos vertinimą paskatino sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų restruktūrizacija bei nuolatinis ASPĮ finansavimo tobulinimas.

2.3.1. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų restruktūrizacija

„Sveikatos priežiūros reforma – tai darnus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas vyriausybės, nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti“ (Janušonis, 2011, p. 5). Sveikatos reformų imamasi tuomet, kai esama sveikatos sistema nebetenkina poreikių, neefektyviai naudoja išteklius, sistemos infrastruktūra tampa neefektyvi, sistemą tampa sunku valdyti (Jankauskienė, Pečiūra, 2007). Lietuva po Nepriklausomybės atgavimo įvertinusi sveikatos apsaugos sistemos tinklą ir jos resursus bei sveikatos priežiūros sistemos finansavimo problemas, ėmėsi formuoti naują sveikatos apsaugos politiką (Kumpienė, 2007). Pokyčiai sveikatos sistemoje pradėti nuo ligoninių tinklo restruktūrizacijos.

„Ligoninių restruktūrizavimas – tai ilgalaikės perspektyvos procesas, kuriuo siekiama gerinti gydymo kokybę, didinti paciento saugumą, stiprinti pirminę ir ambulatorinę sveikatos priežiūros grandį bei efektyviai panaudoti turimus išteklius“ (Kaliatkaitė, Pajarskienė, 2013, p. 36). Atliekant pokyčius įstaigos paprastai reorganizuojamos sujungiant kelias į vieną juridinį vienetą, stacionaraus lygmens pacientų srautai paskirstomi ambulatorinei grandžiai ir kt. (Jasiukevičiūtė, Pajarskienė, 2013).

Lietuvoje sveikatos priežiūros restruktūrizacija buvo vykdoma trimis etapais:

1. pirmasis etapas – 2003–2005 m.;
2. antrasis etapas – 2006–2008 m.;
3. trečiasis etapas – 2009–2011 m.

Pirmasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“. Pirmąjį sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapą paskatino tai, kad didžioji dalis sveikatos priežiūros įstaigų buvo sutelktos didžiuosiuose miestuose, buvo jaučiamas specialistų trūkumas kaimiškose teritorijose, visoje sveikatos priežiūros sistemoje palyginus didelę dalį užėmė stacionarinė sveikatos priežiūra, netinkama ir nepakankama senyvo amžiaus asmenų sveikatos priežiūra, medicininė įranga buvo pasenusi, pastatai netinkami eksploatuoti, o dalis stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų dėl mažos apimties pacientų negalėjo užtikrinti tinkamos paslaugų kokybės, paciento saugos, o kartu ir aukštos gydytojų kvalifikacijos. Visos šios priežastys tuomet buvo įvardintos kaip didžiausi sveikatos sistemos trūkumai, neleidžiantys garantuoti sveikatos priežiūros paslaugų saugumo ir efektyvaus turimų išteklių panaudojimo (LRV nutarimas, 2003, Nr. 335).

Pirmuoju restruktūrizavimo etapu numatyta gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, o kartu ir prieinamumą, optimizuoti ASPĮ teikiamų paslaugų struktūrą ir apimtį (LRV nutarimas, 2003, Nr. 335). Iškeltiems tikslams įgyvendinti buvo nuspręsta „restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, suformuoti efektyvią apskričių ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų sistemą, perduoti atitinkamą valstybės ir savivaldybių turtą sveikatos priežiūros įstaigoms valdyti, naudoti ir disponuoti

juo patikėjimo teise, didinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą“ (LRV nutarimas, 2003, Nr. 335, 6 p.).

Pirmasis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo restruktūrizavimo etapas buvo įgyvendinamas pagal tris prioritetines kryptis, kurių viena buvo nukreipta į stacionarių paslaugų optimizavimą ir alternatyvių veiklos formų plėtrą. Pirmojo etapo restruktūrizacija buvo siekiama pagerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę, sumažinti VGT, sumažinti hospitalizacijos rodiklį ir lovų skaičių, nustatyti minimalų gimdymų ir didžiųjų operacijų skaičių įstaigoje, padidinti lovos užimtumą (LRV nutarimas, 2003, Nr. 335).

Pirmojo restruktūrizavimo etapo metų juridinių asmenų skaičius sumažėjo 22 vienetais, dvylikoje rajono ligoninių uždaryti akušerijos skyriai, kurie neatitiko numatytų reikalavimų (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2014, Nr. V-810), taip pat „penktadaliu, arba 5000, sumažintas lovų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse skaičius; stacionarinių paslaugų apimtis sumažėjo 8 procentais; ambulatorinių paslaugų apimtis išaugo 6 procentais; medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimtis padidėjo 15 procentų; įsteigta 600 dienos stacionaro vietų“ (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2014, Nr. V-810, 31-33 p.).

Per pirmąjį restruktūrizavimo etapą pasiekti šie teigiami ekonominiai efektai:

1. *dviem dienomis trumpesnis vieno ligonio gydymas ligoninėje leido sutaupyti 40 mln. litų;*

2. dalies ligonių gydymo ligoninėje pakeitimas ambulatoriniu jų gydymu sutaupė 61 mln. litų;

3. intensyvaus gydymo pakeitimas gydymu slaugos ligoninėje davė 14 mln. litų ekonominį efektą;

4. gydymo ligoninėje pakeitimas gydymu dienos stacionare sutaupė 39 mln. litų (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010, p. 223).

Kaip teigė J. Kumpienė (2007), „apibendrinus pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatus galima daryti išvadą, kad pagrindiniai sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo rodikliai pagerėjo“ (p. 121). Nors stacionarinės grandies veiklos efektyvumas ir gerėjo, tačiau stacionarinis letališkumas turėjo tendenciją toliau augti (Kumpienė, 2007).

J. Kumpienės nuomone (2007), teigiamus pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatus paskatino sistemingai ir nuosekliai rengta teisinė bazė, plačiai nagrinėtos ir aptartos problemos, restruktūrizavimo vykdymo tęstinumas, aktyvus visų valdžios lygių dalyvavimas restruktūrizavimo procese, apskričių ir savivaldybių nuolatinė atskaitomybė apie pasiektus rezultatus ir restruktūrizavimo eigą. Pirmojo restruktūrizavimo metu susidurta su finansinių lėšų trūkumu kai kurių priemonių savalaikiam įgyvendinimui, kai kurių įstaigų pasipriešinimu, prieštaringų steigėjų nuomonių susiformavimu, nevienodomis viešųjų ir privačiųjų sveikatos priežiūros įstaigų plėtros galimybėmis, netinkamai skatinta ambulatorinių slaugos paslaugų plėtra ir kt. (Kumpienė, 2007).

Antrasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas prasidėjo 2006 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybei 2006 m. birželio 29 d. priėmus nutarimą Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos

priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“. Šiuo etapu siekta tęsti pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo metu pradėtus darbus ir toliau optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir gerinti paslaugų struktūrą, kokybę, prieinamumą (LRV nutarimas, 2006, Nr. 647).

Antrajame sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etape numatyta tęsti sveikatos priežiūros įstaigų tinklo restruktūrizaciją, tobulinti ir gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę, struktūrą, racionaliai ir optimaliai naudoti žmogiškuosius rezervus, finansinius ir materialinius išteklius. O šiems tikslams įgyvendinti stacionarinėje sveikatos priežiūros srityje buvo išsikelta visa eilė uždavinių tokių, kaip naujausių technologijų koncentravimas universitetinėse ligoninėse, plačiai paplitusių ligų gydymas kuo arčiau pacientų esančiose sveikatos priežiūros įstaigose, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų plėtojimas, sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros sistemos tobulinimas ir kt. (LRV nutarimas, 2006, Nr. 647).

Antrojo restruktūrizavimo etapo metu pasiekti šie rezultatai:

1. medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimtis padidėjo 15,2 procento;

2. dienos stacionaro paslaugų apimtis padidėjo 22 procentais;

3. dienos chirurgijos paslaugų apimtis padidėjo 1,9 karto;

4. nors buvo įsipareigota aktyvaus gydymo stacionarinių paslaugų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse apimtį sumažinti 3-5 procentais, faktiškai šis rodiklis padidėjo 1,8 procento (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2014, Nr. V-810, 35 p.).

„Nors beveik visi antrojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai, išskyrus stacionaro hospitalizacijos rodiklį, buvo įvykdyti, apibendrinant šio etapo rezultatus, tenka konstatuoti, kad palyginti su pirmuoju restruktūrizavimo etapu jie buvo mažiau sėkmingi dėl daugybės priežasčių“ (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010, p. 233). Tai lėmė ekonominė krizė, restruktūrizavimo proceso sumažėjęs intensyvumas, reikiamų finansinių išteklių neskyrimas ir kt. (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010).

Kaip teigia Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė (2010) audito ataskaitoje, nei pirmu nei antru restruktūrizavimo etapu nepasiektas numatytas hospitalizacijos rodiklis – 18 hospitalizuotų ligonių 100 gyventojų. Taip pat pirmuoju etapu nepasiektas VGT numatytas rodiklis – 8 dienos. Ataskaitoje teigiama, kad jau vykdant restruktūrizavimo etapus kai kurie rodikliai buvo keičiami, o kai kurie net nepasiekti (LR valstybės kontrolė, 2010).

Trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“. Trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo programa parengta atsižvelgiant į nuolat „mažėjantį sveikatos apsaugos

sistemos finansavimą, Pasaulio banko, kitų užsienio ekspertų išvadas ir pasiūlymus, sveikatos reformų tendencijas ir rezultatus Baltijos ir Europos Sąjungos valstybėse“ (LRV nutarimas, 2009, Nr. 1654, 3 p.).

Šiame etape keliami tikslai itin artimi pirmųjų dviejų etapų tikslams: saugios, kokybiškos, prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos, efektyvus ir racionalus finansinių lėšų panaudojimas, stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas, teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūros restruktūrizacija. Išsikelti tikslai buvo įgyvendinami formuojant efektyvų sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, racionalesnę teikiamų paslaugų struktūrą, atliekant rajono lygmens stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros tobulinimą ir stiprinimą siekiant jose gydyti plačiai paplitusias ir nesudėtingas ligas, tuo tarpu sudėtingų ligų diagnostiką ir gydymą sukoncentruoti regiono ir respublikos lygmens stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose, atlikti sveikatos priežiūros įstaigų juridinių asmenų jungimą į stambesnius vienetus ir kt. (LRV nutarimas, 2009, Nr. 1654).

Šiuo restruktūrizavimo etapu pasiekti šie rezultatai: 29 juridiniai asmenys reorganizuoti, stacionarinės aktyvaus gydymo įstaigos suskirstytos į lygmenis: regiono, rajono, respublikos. Taip pat dešimtyje rajono ligoninių uždaryti stacionarinės chirurgijos skyriai, dviejose rajono ligoninėse uždaryti akušerijos skyriai, sumažintas GMP dispečerinių tarnybų skaičius nuo 56 iki 18, GMP teikiančias paslaugas įstaigų skaičius sumažintas penkiomis įstaigomis (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2014, Nr. V-810).

Nors atrodytų, kad per pirmuosius tris restruktūrizavimo etapus atlikta iš ties nemažai, tačiau ne viskas buvo įgyvendinta iki galo. Pirmiausiai, nepilnai pasiekti išsikelti tikslai, o užsibrėžti uždaviniai neįvykdyti, be to ir teisinė bazė nebuvo tinkamai parengta siekiant optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, teikiamų paslaugų struktūrą. Dėl akušerijos ir chirurgijos skyrių uždarymo kai kuriose ligoninėse, pablogėjo paslaugų prieinamumas toliau nuo centrų gyvenantiems asmenims. Toliau išliko aukštas hospitalizacijos rodiklis, lovų panaudojimo rodiklis bei išliko ryškūs sveikatos priežiūros paslaugų teikimo netolygumai miesto ir rajono gyventojams, trūko restruktūrizacijos organizavimo ir koordinavimo tinkamo pasiskirstymo tarp atsakingų institucijų (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2014, Nr. V-810).

Sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plane nurodyta, kad įvertinus pasiektus rezultatus per pirmuosius tris restruktūrizavimo etapus, toliau sveikatos sistemos pertvarką tikslinga tęsti šiomis kryptimis:

1. *Lietuvos gyventojų sveikatos būklės gerinimas ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilginimas;*

2. sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, netolygumų tarp miesto ir kaimo/socialinės atskirties mažinimo bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas;

3. sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros valdymo ir organizavimo efektyvumo didinimas;

4. integruotų sveikatos priežiūros paslaugų plėtros ir patologijų valdymo modelių įgyvendinimas (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2014, Nr. V-810, 44 p.).

2015 m. gruodžio 9 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 1290 „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“ patvirtino ketvirtojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo planą, kuris šiuo metu kaip tik yra įgyvendinamas ir turi būti įgyvendintas iki 2017 m. gruodžio 31 d. (LRV nutarimas, 2015, Nr. 1290). Planas parengtas įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012-2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimu Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012-2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“, XI skyriaus „Sveikatos tausojimo ir stiprinimo, asmens ir visuomenės sveikatos apsaugos politika“ 185 priemonę „Siekiant efektyvaus nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigų sistemos funkcionavimo, parengti ir įgyvendinti ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą“ (LRV nutarimas, Nr. 228, 185 p.).

Pagrindinis šio etapo plano tikslas – „gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – paslaugos) kokybę, saugumą ir prieinamumą, tam racionaliai naudoti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos finansinius, žmogiškuosius ir infrastruktūros išteklius“ (LRV nutarimas, 2015, Nr. 1290, 3 p.). O siekiant užsibrėžto tikslo bus gerinamas paslaugų prieinamumas ir kokybė, didinamas sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumas, toliau vykdomas sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos priežiūros įstaigų struktūros konsolidavimas ir kt. (LRV nutarimas, 2015, Nr. 1290).

Ketvirtajame etape išskiriamos trys prioritetinės kryptys, kuriose numatoma plėsti dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir stebėjimo paslaugas, optimizuoti stacionarines paslaugas ir kt. Ketvirtuoju restruktūrizavimo etapu siekiama padidinti slaugos lovų skaičių (nuo 2 iki 3 lovų 1000 gyventojų) ir slaugos paslaugų apimtį (4 proc.), nutraukti akušerijos ir chirurgijos paslaugų teikimą ir finansavimą ASPĮ, kurios neatitinka nustatytų reikalavimų (jei bent vienais iš 2 iš eilės einančių metų, per metus nepriimama 300 gimdymų arba neatliekama 400 didžiųjų chirurginių operacijų), taip pat hospitalizacijos rodiklio siekiama reikšmė turėtų būti 19,4 atvejų 100 gyventojų, padidinti lovos užimtumą ir kita (LRV nutarimas, 2015, Nr. 1290).

Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plane nurodoma, kad šiuo metu efektyviam finansinių ir materialinių išteklių naudojimui trukdo per didelis aktyvaus gydymo lovų skaičius ligoninėse, per didelė dalis stacionarinių paslaugų tarp visų sveikatos priežiūros paslaugų, per didelis hospitalizuojamų pacientų skaičius, neefektyvus stacionaro lovų panaudojimas, trūkumas slaugos ir palaikomojo gydymo bei kt. (LRV nutarimas, 2015, Nr. 1290).

Apibendrinant reikia pažymėti, kad visų trijų prieš tai buvusių restruktūrizavimo etapų metu pasiekti šie rezultatai: sveikatos priežiūros sistemoje ligoninių sumažėjo 42 juridiniais vienetais, pradėtos teikti ir nuolat plėtotos dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos, plėtotos ilgalaikio palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos, uždaryti 14 rajono lygmens ligoninių akušerijos skyriai bei 12 rajono lygmens ligoninių chirurgijos skyriai, kurie neatitiko reikalavimų, centralizuotas GMP paslaugų valdymas ir kt.

Tikimasi, kad jei Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planas bus sėkmingai įgyvendintas turėtų pagerėti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kokybė, sauga, efektyviau naudojami finansiniai, materialiniai ir žmogiškieji ištekliai, didinamos paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, bazinės kainos, didinami darbuotojų darbo užmokesčiai, išvengiama įstaigų finansinių nuostolių, plėtojamos trūkstamos paslaugos (LRV nutarimas, 2015, Nr. 1290).

2.3.2. Ligoninių finansavimo raida Lietuvoje

Iki nepriklausomybės atgavimo Lietuvos sveikatos priežiūros sistema buvo orientuota į ligų gydymą, ligoninių ir lovų ligoninėse didinimą (Kumpienė, Sužiedelytė, 2010). Lietuva išsikovojusi nepriklausomybę paveldėjo Semaškos sveikatos priežiūros finansavimo modelį. Paveldėta sveikatos priežiūros sistema buvo vientisa, valstybinė, integruota sistema, kurią sudarė valstybės finansuojamos ir valstybei priklausančios sveikatos priežiūros įstaigos, nepakankamai finansuojama, brangi, pasižymėjo mažais atlyginimais (Jankauskienė, 2009). Sveikatos priežiūros įstaigoms už suteiktas paslaugas buvo apmokama pagal sąmatas. „Senoji Semaškos valdymo sistema buvo paremta geografiškai pagal rajonus ir regionus išdėstyta institucine sankloda, kurioje numatyta kiekvienos atskiros įstaigos atsakomybė“ (Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 267). Tuoj pat po nepriklausomybės atgavimo buvo nuspręsta sukurti draudiminėmis įmokomis ir biudžetiniu finansavimu pagrįstą Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą (Černiauskas, Jankauskienė, 2010).

L. Gustainienė (2003) visos stacionarinės sveikatos priežiūros sistemos raidą per pirmąjį dešimtmetį po Lietuvos Respublikos nepriklausomybės atgavimo suskirstė į keturis etapus: pirmasis etapas trukęs nuo 1990 m. iki 1992 m. vadinamas devoliucija, antrasis – truko nuo 1993 m. iki 1994 m., trečiasis etapas vadinamas dekocentracija truko nuo 1994 m. iki 1995 m., ketvirtasis etapas prasidėjo 1995 m. ir baigėsi 1997 m.

Pirmiausiai, 1990-1992 m., buvo įvykdyta decentralizacija perduodant LR Vyriausybės funkcijas žemesnio lygio institucijoms (savivaldybėms). 1991 m. buvo įkurta „Sodra“, kuri rūpinosi dalimi sveikatos priežiūrai skiriamų išmokų. Taip pat buvo valstybinė socialinio draudimo valdyba, kuri administruodavo ambulatorinio gydymo vaistų bei sanatorijų išlaidų kompensavimą. Galiausiai, 1992

m., buvo sukurta Valstybinė ligonių kasa ir jos dešimt teritorinių padalinių. Ji teikdavo finansavimą respublikinių įstaigų paprastosioms išlaidoms. Atkreiptinas dėmesys, kad tuo metu stacionarinės ir ambulatorinės paslaugos buvo apmokamos pagal nustatytas kainas (Gustainienė, 2003).

1992 m. sanatorijos paslaugas teikiančios įstaigos suskirstytos į 4 kategorijas, o jų teikiamos paslaugos pradžioje suskirstytos į 50 diagnoze susijusių grupių. Kiekviena ligos grupė turėjo nustatytą lovadienio kainą ir kiekviena ligoninė turėjo nustatytą gydymo vidutinę trukmę. Net ir tais atvejais, kai pacientas ligoninėje būdavo trumpiau, ligoninei gydymas būdavo apmokamas pagal standartinę vidutinio gulėjimo trukmę. Tokia sistema skatino lėšas planuoti atsižvelgiant į išgydytų ligonių skaičių. Dėl prastos ekonominės padėties buvo pradėtas taikyti pirkėjo ir pardavėjo principas, pagal kurį savivaldybės sutarčių pagrindu turėjo pirkti iš respublikinių ligoninių trūkstamas sveikatos priežiūros paslaugas (Jankauskienė, Pečiūra, 2007). O „nuo 1993 m. VLK pradėjo sudarinėti sutartis su respublikinėmis sveikatos priežiūros įstaigomis“ (Janonis, 2002, p. 1).

1996 m. priėmus Sveikatos draudimo įstatymą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto imta visiškai apmokėti apsilankymus pas gydytojus, gydymą ligoninėje, reabilitaciją. Sanatorinis gydymas tuo metu buvo kompensuojamas 90 proc. vaikams iki 7 m. ir invalidams iki 18 m. Neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu buvo teikiamos tik būtinosios medicinos pagalbos paslaugos (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

1996 m. įgyvendinant dekocentravimo idėjas siekta, kad ligoninėmis rūpintųsi apskritys. Tuo pačiu pasikeitė ir finansavimas, pradėta apmokėti ne dėl to, kad įstaiga yra, o pagal jos veiklos rezultatus. „Nuo 1996 metų Lietuvoje pradėta taikyti mišraus finansavimo sistema, kurios didžiąją dalį sudaro privalomojo sveikatos draudimo mokesčiai, apie trečdalį sudaro tiesioginės gyventojų išlaidos ir nedidelę dalį valstybės ir savivaldybių biudžeto asignavimai“ (Jankauskienė, 2009, p. 7).

Iki 1997 m. sveikatos priežiūros sistema buvo finansuojama iš mokesčių. Didžioji dalis šių finansų būdavo skiriama iš vietos biudžetų, o kita – iš valstybės biudžeto (Levišauskaitė, Rūškys, 2003). Vėliau buvo atsisakyta finansavimo iš valstybės biudžeto ir pereita prie dviejų rūšių draudimo: PSD ir savanoriškojo sveikatos draudimo (Levišauskaitė, Rūškys, 2003). 1997 m. atsisakius biudžetinio–finansavimo buvo sumažinta VGT, padaugėjo hospitalizacijų atvejų skaičius, dauguma įstaigų optimaliau ėmė naudoti lėšas (Černiauskas, Panovas, 2010).

Nuo 1997 m. beveik visos stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų teikiamos paslaugos yra perkamos Ligonių kasų ir taip apmokamos. Taigi, šiuo laikotarpiu buvo pereita nuo biudžetinio sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo prie paslaugų teikimo ir apmokėjimo pagal sudarytas sutartis su stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiomis įstaigomis (Gustainienė, 2003).

1997-2000 m. laikotarpiu Lietuvoje ligoninių paslaugos buvo perkamos neatsižvelgiant į gydymo ligoninėje trukmę, ligoninės pajamų apimtis nebuvo ribojama, o kartu ir beveik nereguliuotos įstaigų išlaidos, mokėta už išgydytą pacientą. Todėl buvo stengiamas gydyti kuo daugiau pacientų,

trumpinti gydymo ligoninėje trukmę. Kartu pasireiškė neigiamos pasekmės tokios kaip perteklinė hospitalizacija, vengimas gydyti sudėtingas ligas, perteklinės investicijos paslaugų plėtrai. O į paslaugų kainas buvo įtraukiami visi kaštai, išskyrus amortizacinius atskaitymus ir normatyvinį pelną (Černiauskas, 2010).

Dėl ekonominio sunkmečio ir sudėtingos finansinės padėties pačiose sveikatos priežiūros įstaigose reikėjo reformuoti stacionarinių paslaugų pirkimo-apmokėjimo mechanizmą. Tuomet buvo sukurta reformos idėja veikusi 1998-2009 m. ir sukūrusi paslaugų kainodaros modelį. Pagal šį modelį buvo detalizuoti paslaugų įkainiai, įvesti biudžeto apribojimai, įsteigtas dienos stacionaras ir chirurgija, apibrėžti stacionarizavimo kriterijai, sugriežtinti reikalavimai gydymo paslaugas teikiančioms ASPĮ, didintas slaugos paslaugas teikiančių ligoninių lovų skaičius (Černiauskas, Panovas, 2010).

Kasmet nustatomos kainos, kiek bus mokama už paslaugas, leido efektyviau panaudoti lėšas bei subalansuoti PSDF biudžetą. Kadangi ligoninės buvo suinteresuotos gydyti tik lengvesnius ligonius, o sunkesnėmis ir didesnės priežiūros reikalaujančiomis bei brangiau kainuojančiomis ligomis sergantys pacientai tapo tarsi atriboti ir jiems buvo suvaržomos teisės gauti tinkamą sveikatos priežiūrą, todėl 2001 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras patvirtino naują stacionarinių paslaugų apmokėjimo sistemą. Gydymo įstaigoms pradėta mokėti už visas suteiktas paslaugas, skirtingai mokant už sunkesnėmis ligomis ir lengvesnėmis ligomis gydytus ligonius (Janonis, 2002).

Vėliau keičiant apmokėjimo sistemą buvo nuspręsta stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas suskirstyti į keturis pogrupius, vadovaujantis ligos sunkumu bei atsižvelgiant į taikomas medicinos technologijas. Pirmos grupės, IA pogrupio paslaugos būdavo apmokamos pagal bazinę kainą, kiekis šių paslaugų nebuvo ribojamas. Tai sudėtingos paslaugos, o šių paslaugų reikalingumas ir teikimo pagrįstumas abejonių nekėlė. Pirmos grupės, IB pogrupio paslaugos – panašios į IA pogrupį, tik čia teikėjas daro įtaką. Paslaugų kainos priklauso nuo paslaugų kiekio visos Lietuvos mastu per atitinkamą laikotarpį. Antros grupės paslaugų poreikio nustatyti neįmanoma. Šios paslaugos būdavo apmokamos pagal ankstesnę tvarką. Už trečios grupės paslaugas buvo mokama pusę bazinės kainos, o teikiamų paslaugų apimtys būdavo ribojamos tam, kad paslaugos būtų teikiamos ambulatoriškai. Tokia stacionarinių paslaugų apmokėjimo sistema numatė trijų rūšių rezervus: IA grupės rezervą (2 proc.), II grupės rezervą (95 proc.), III grupės rezervą (3 proc.). Buvo tikimasi, kad pavyks subalansuoti dalį PSDF biudžeto, bus labiau skatinama ambulatorinė grandis (Kulik, 2002).

2003-2006 metų laikotarpiu siekiant kuo efektyvesnio stacionarinių paslaugų apmokėjimo, gydymo profiliai buvo suskaidyti į subprofilius pagal paslaugų prioritetiškumą. Kadangi apmokėjimo sistema tapo itin sudėtinga (buvo sukurta 674 profilių), todėl 2007 m. šių profilių atsisakyta (Jankauskienė, 2012). „Šiuo metu Lietuvoje veikia apie 430 ligų gydymo profilių“ (Jankauskienė, 2012, p. 137).

Šiandien Lietuvoje veikia mišrus sveikatos priežiūros finansavimo modelis, kuris remiasi Beveridžo ir Bismarko sveikatos priežiūros finansavimo aspektais. Pažymėtina, kad be Lietuvos, tokį modelį yra pasirinkusios Latvija, Estija, Rumunija bei Slovėnija. Taikant mišrų modelį, dauguma valstybių susiduria su politinėmis, ekonominėmis ir visuomenės sveikatos bei visuomenės vystymo problemomis (Jankauskienė, 2012). Tačiau G. Kacevičius (2009) išskiria tris pagrindines šių dienų problemas apmokėjimo formavime:

1. nuoseklumo stoka plėtojant stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą,

2. nepakankamas stacionarinių atvejų grupavimo tikslumas dėl riboto grupavimo kriterijų skaičiaus,

3. paslaugų įkainių nustatymo metodinės problemos.

„DRGs yra pacientų klasifikavimo sistema, suteikianti klinikiniu požiūriu reikšmingą būdą susieti visus ligoninėje gydytus pacientus su ligoninei reikalingais ištekliais“ (Australijos Vyriausybės Sveikatos ir senėjimo departamentas, 2008, p. 12). Paprasčiau tariant, tai stacionarinių atvejų klasifikavimo metodas, kuris sugrupuoja atvejus pagal medicininį ir ekonominį aspektą (Kacevičius, 2009). Tipinę GDG sistemą sudaro 500-1000 kategorijų (OECD, 2011). Speciali kompiuterinė programa pacientų diagnozes priskiria tam tikrai giminingų diagnozių grupei (Australijos Vyriausybės Sveikatos ir senėjimo departamentas, 2008). „Kiekvienai DRG grupei yra nustatomas kainos koeficientas“ (Kacevičius, 2009, p. 22).

Įvairios Europos šalys yra pasirinkusios skirtingus apmokėjimo būdus ligoninėms už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Vienos pasirinkusios tik DRG metodą, kitos taiko DRG ir papildomus mokėjimo būdus (žr. 2 lent.).

2 lentelė. Ligoninių išlaidų apmokėjimo metodai

Valstybė	Ligoninių apmokėjimo schema
Čekijos Respublika	Iš numatomo biudžeto (75 proc.) + už atvejį (15 proc.) + už procedūrą (10 proc.)
Danija	Mokėjimas už atvejį/GDG (20 proc.) + iš numatomo biudžeto (80 proc.)
Vokietija	Mokėjimas už atvejį/GDG
Airija	Mokėjimas už atvejį/GDG (20 proc.) + iš numatomo globalaus biudžeto (60 proc.) + už dieną (20 proc.)
Prancūzija	Mokėjimas už atvejį/GDG
Lietuva	Mokėjimas už atvejį/GDG
Austrija	Mokėjimas už atvejį/GDG
Lenkija	Mokėjimas už procedūrą/paslaugą
Jungtinė Karalystė	Mokėjimas už atvejį/GDG (70 proc.) + globalus biudžetas (30proc)

Šaltinis: sudaryta pagal European Commission, 2010

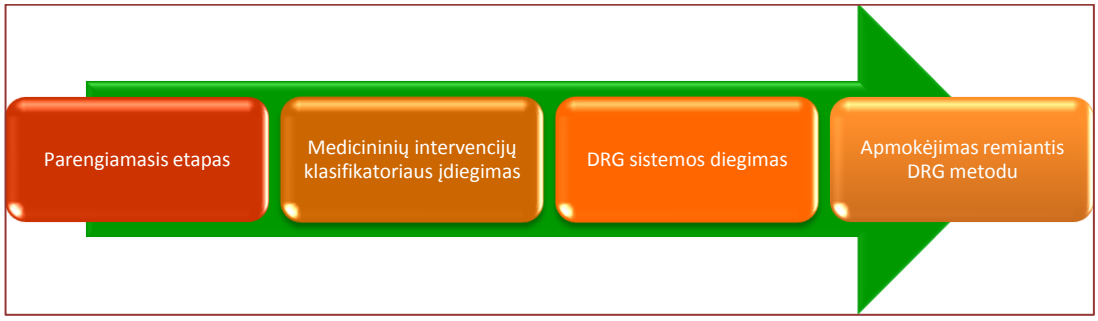
„AR-DRG ir Nacionalinio ligoninės išlaidų duomenų bankas (NHCDC) nulėmė tai, kad Australija pasaulyje tapo pripažintu lyderiu DRG klasifikacijų ir išlaidų pacientų grupėms nustatymo

metodologijos srityje“ (Australijos Vyriausybės Sveikatos ir senėjimo departamentas, 2008, p. 13). Todėl ir Lietuva diegdama GDG metodą rėmėsi Australijos modeliu.

1992-2006 m. Lietuvoje veikė paprastasis GDG metodas, kurio pagrindas mokėjimas už hospitalizaciją. Lietuvoje pagal šį modelį paslaugų kainos buvo nustatomos neatsižvelgiant į gydymo trukmę, į kainas neįtraukiami amortizaciniai mokėjimai, normatyvinis pelnas, paslaugų teikimo kaštai, kainos visoje šalyje yra vienodos (Černiauskas, Panovas, 2010). Tuo metu buvo laikomasi principo, kad „pinigai seka paskui pacientą“ (Černiauskas, Panovas, 2010, p. 266).

Apie naujesnio GDG metodo diegimą Lietuvoje kalbama buvo jau pakankamai senai. „Nuostata įdiegti Lietuvoje DRG pirmąkart buvo paminėta darbo grupės parengtuose Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008-2015 metų metmenyse, kuriems buvo pritarta LRV Strateginio planavimo komiteto posėdyje 2008 m. lapkritį. 15-tos Vyriausybės programos įgyvendinimo priemonėse ši nuostata įgavo konkrečią išraišką, buvo nustatytas ir įgyvendinimo terminas – 2012 metų pradžia. 2007 metais VLK užsakė atlikti ligoninių apklausą (žinomą, kaip VLK studija). Atliktoje apklausoje dauguma ligoninių pasiūlė pritaikyti kurį nors vieną iš Europoje taikomų atvejų grupavimo metodų (Galginaitė, Golubajeva, Kacevičius, 2010). VLK įvertinusi visus argumentus už ir prieš 2009 m. rugpjūtį įsigijo AR-DRG sistemos 6.0 versijos licenciją. Pagrindiniai veiksniai paskatinę įdiegti šį metodą buvo kainų disproporcija ir kainų lygio problema (Kacevičius, 2009).

Siekiant išvengti įstaigų ir pacientų nepasitenkinimo, užtikrinti finansinį stabilumą, laipsnišką prisitaikymą DRG sistemos diegimas buvo suskaidytas į kelis etapus. Lietuva kaip ir kitos ES šalys taiko pakankamai ilgą pereinamąjį laikotarpį. Teoriškai galima skirti keturis DRG diegimo etapus (žr. 14 pav.). 1 etapas – parengiamasis etapas (reikalingų įsakymų, nutarimų, dokumentų priėmimas, derinimas) prasidėjo 2009 m., 2 etapas – medicininių intervencijų klasifikatoriaus įdiegimas vyko 2010 m., 3 etapas – DRG sistemos diegimo darbai pradėti 2011 m., 4 etapas – apmokėjimas, remiantis DRG metodu turėjo prasidėti nuo 2012 m. (Kacevičius, Golubajeva, Šlepikaitė, 2012).



Šaltinis: sudaryta pagal Kacevičius et al., 2012

14 pav. GDG diegimo etapai

Tačiau naujoji GDG sistema šiai dienai dar visiškai neveikia. Nuolat atliekami koregavimo ir tobulinimo darbai, taisomos sisteminės klaidos (Ekspertas Nr. 4, 2016).

Iki 2011 metų balandžio 1 d. Lietuvoje veikė stacionarinių paslaugų apmokėjimas pagal 10-os redakcijos Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją (TLK-10). Nuo 2011 metų balandžio 1 d. Lietuvoje ėmė funkcionuoti nauja sistema ir stacionarinės paslaugos yra apmokamos pagal Australijos modifikacijos klasifikaciją (TLK-10-AM). Taip pat atsiranda ACHI intervencijų kodavimas, ko Lietuvoje iki tol nebuvo (www.vlk.lt).

Kiekviena liga atsižvelgiant į kiekvienos situacijos aplinkybes, sveikatos būklę ir kitus parametrus gali būti priskirta lengvesnei ar sunkesnei GDG grupei. Atitinkamai kiekviena grupė turi nustatytą kainą. Tačiau svarbu pabrėžti, kad toji nustatyta kaina tėra vidutinė ir ji gali keistis (didėti arba mažėti) kiekvienu atskiru atveju įvertinus ligoninės sąnaudas patirtas gydant ligonį (Kacevičius, 2012). Pasak Eksperto Nr. 2 (2016), ne visada pateikiamos kainos yra adekvačios suteiktų paslaugų kiekiui ir sudėtingumui.

Ligoninės apmokėjimą už suteiktas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas gauna pagal tai kokiai GDG grupei atvejis yra priskiriamas, o kiekvienai tai grupei yra nustatytas kainos koeficientas. Šį koeficientą „padauginus iš bazinės sumos (maždaug atitinkančios vidutinę vieno hospitalizacijos atvejo šalyje kainą), gaunamas tos grupės įkainis“ (Černiauskas, 2010, p. 105). Tikėtasi, kad pradėjus kainas skaičiuoti pagal naująją sistemą Lietuvoje kainos atitiks realias sąnaudas, bus eliminuota paslaugų sąnaudų kompensavimo netolygumų problema, įkainiai bus labiau priimtini įstaigoms (Černiauskas, 2010).

Kaip teigia G. Kacevičius (2009), „stacionarinių paslaugų apmokėjimui taikant metodą „už atvejį“ (angl. Case-mix), tiksliau – už atvejų grupes, nustatant vidutinę į grupę patekusių atvejų apmokėjimo kainą, svarbiausi yra du aspektai“ (p. 98). Pirmiausiai būtina užtikrinti gydymo grupių homogeniškumą (mediciniškai ir ekonomiškai), o antra – tinkamai nustatyti įkainį (Kacevičius, 2009).

Apibendrinant antrąjį skyrių, reikia pabrėžti, kad ASPĮ veiklos vertinimas užsienio šalyse atliekamas jau eilę metų, yra sukurta visa aibė veiklos vertinimo kriterijų, duomenų registrų bei veiklos vertinimo metodų. Tačiau Lietuvai tai yra nauja sritis, kurioje Lietuva nėra sukūrusi nei vientisos nacionalinės teisinės bazės, nei ASPĮ veiklos vertinimo metodikos. ASPĮ veiklos vertinimą Lietuvoje paskatino nuolatinės, plataus mąsto sveikatos sistemos tinklo ir finansavimo reformos. Atkreiptinas dėmesys, kad Lietuva turėdama ganėtinai geras sveikatos sistemos veiklos informacijos kaupimo ir apdorojimo sistemas, jų pilnai nepanaudoja ASPĮ veiklos vertinimui. Iki šių dienų ASPĮ veiklos vertinimas Lietuvoje buvo atliktas tik vieną kartą.

3. RESPUBLIKINIŲ LIGONINIŲ KOMPLEKSINIS 2014 M. VEIKLOS VERTINIMAS

3.1. Tyrimo metodai

Lietuvoje stacionarinės ASPĮ skirstomos į universiteto, respublikos, regiono ir rajono ligonines. Respublikinių ligoninių grupei priklauso 20 asmens sveikatos priežiūros įstaigų: VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorija „Palangos gintaras“, LR VRM Medicinos centras, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Tulpės sanatorija, VšĮ Abromiškių reabilitacijos ligoninė, VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninė, VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė, VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VšĮ Vilniaus gimdymo namai, VšĮ Alytaus apskr. tuberkuliozės ligoninė, VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė, VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centras, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė, VšĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninė, VšĮ Kauno klinikinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė ir VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė.

Didžioji dalis respublikos lygmens ASPĮ teikia specializuotas, tam tikros rūšies paslaugas (pvz., reabilitacijos, tuberkuliozės gydymo paslaugos ir kt.). Tokių įstaigų yra vienuolika: VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorija „Palangos gintaras“, LR VRM Medicinos centras, VšĮ Tulpės sanatorija, VšĮ Abromiškių reabilitacijos ligoninė, VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninė, VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė, VšĮ Vilniaus gimdymo namai, VšĮ Alytaus apskr. tuberkuliozės ligoninė, VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centras, VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė ir VšĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninė. Atsižvelgiant į tai, kad visos šios ASPĮ specializuojasi tam tikroje sveikatos priežiūros paslaugų srityje, taigi iš esmės skiriasi ir jų darbo specifika, pobūdis. Palyginti šių įstaigų pasiektus veiklos rezultatus šiame moksliniame darbe būtų netikslinga, kadangi objektyvaus palyginamumo, o kartu ir reikšmingų rezultatų ar išvadų, Lietuvos visuomenei ar valdžios sektoriui, nepasiektume.

Likusios devynios respublikos lygmens įstaigos yra bendrojo pobūdžio ligoninės, kurios teikia plataus profilio sveikatos priežiūros paslaugas įvairaus amžiaus grupių pacientams. Kadangi šios įstaigos tarpusavyje yra labai panašios dėl darbo pobūdžio, teikiamų paslaugų spektro, aptarnaujamų pacientų kiekio, todėl jas galima palyginti pagal įvairius veiklos rodiklius. Taigi, šiame magistro baigiamajame darbe atliktas kompleksinis veiklos vertinimas šių daugiaprofilinių ASPĮ: VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės, VšĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės, VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės, VšĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės, VšĮ Vilniaus m. klinikinės ligoninės,

VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninės, VšĮ Kauno klinikinės ligoninės, VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės, VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės.

Siekiant ištirti stacionarinių ASPĮ vertinimo būtinybę ir patirtį Lietuvoje, suprasti priežastis kodėl būtina vertinti ligoninių veiklą naudotasi interviu, ekspertų vertinimo ir dokumentų analizės metodais. Tyrimo metu stengtasi užtikrinti duomenų patikimumą ir objektyvumą. Pasak K. Kardelio (2005) interviu – „tai abipusis sandėris tarp klausiančiojo ir atsakančiojo“ (p. 195). Interviu metodas yra laikomas vienu iš efektyviausių kokybinio tyrimo rūšių. Šis metodas pasirinktas kaip išsamus informacijos rinkimo būdas, užtikrinantis papildomos informacijos gavimą bei informacijos patikimumą, leidžia patikslinti kitais metodais gautus duomenis, siekiant suprasti ASPĮ veiklos vertinimo būtinumą ir teikiamą naudą (Tidikis, 2003). Kitais žodžiais tariant, interviu metodas sudaro galimybę išgirsti informaciją, kuri galbūt nėra skelbiama viešojoje erdvėje, žiniasklaidoje, galimybę sužinoti ekspertų nuomones apie ASPĮ veiklos vertinimą Lietuvoje, jų asmeninę patirtį, nuomonę ir požiūrį. Tai tarsi žvilgsnis į gilesnį tiriamo objekto suvokimą.

Atliekant tyrimą pasirinktas pusiau struktūruotas interviu metodas. Šis interviu tipas pasižymi laisvesne atmosfera tarp klausėjo ir respondento, klausimai šio tipo interviu metu būna iš anksto numatyti, tačiau leidžiama nukrypti nuo būtinų ir iš anksto numatytų klausimų (Tidikis, 2003). Atsižvelgiant į respondento atsakymus galima paklausti papildomų, patikslinančių ar prieš tai nenumatytų klausimų. Apklausiamaisiais buvo pasirinkti ekspertai, kadangi tokie asmenys turi didžiausią kompetenciją dėl savo profesinės ir gyvenimiškos patirties, todėl suteikia išsamią informaciją apie tiriamą objektą. Pažymėtina, kad dalis interviu klausimų buvo suformuluoti vienodi ir užduoti kiekvienam respondentui, neatsižvelgiant į respondento veiklos sritį ar patirtį. Kita dalis interviu klausimynų buvo formuluojami kiekvienam respondentui atskirai, atsižvelgiant į jų atliekamą veiklą, darbinę patirtį bei specifines veiklos sritis. Respondentams pateikti atvirieji klausimai, kurie nereikalauja griežto atsakymo „taip“ arba „ne“. Interviu metu siekta įsigilinti ir geriau suprasti Lietuvos stacionarinių ASPĮ veiklos vertinimo patirtį, priežastis lemiančias ASPĮ veiklos vertinimo poreikį bei galimybes tobulinti veiklos vertinimo sistemą Lietuvoje. Siekiant gauti kuo konkretesnius bei išsamesnius atsakymus, interviu klausimų turinys buvo ribojamas.

Tyrimas buvo atliekamas nuo 2016 m. sausio 6 d. iki 2016 m. vasario 24 d. Respondentais buvo pasirinkti valstybiniame sektoriuje dirbantys ekspertai. Iš viso buvo atlikti 5 interviu, apklausiant valstybės institucijų atstovus: trys ekspertai iš LR SAM (interviu žodžiu atlikti 2016 m. sausio 6 d., 2016 m. vasario 4 d. ir 2016 m. vasario 24 d.), du ekspertai iš VLK prie SAM (interviu atlikti 2016 m. sausio 28 d. ir 2016 m. vasario 9 d.). Visi interviu buvo atlikti žodžiu. Ekspertai pasirinkti atsižvelgiant į tai, kad LR SAM ir VLK prie SAM yra atsakingos už sveikatos priežiūros politikos bei sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo formavimą bei įgyvendinimą. Pažymėtina, kad didelių nesklandumų tariantis dėl interviu neiškilo. Su vienu ekspertu iš SAM buvo kiek sunkiau susitarti dėl

interviu laiko, tačiau galiausiai susitarimas pasiektas. Pokalbių trukmė nebuvo ribojama. Vidutiniškai interviu trukdavo apie valandą. Visų interviu medžiaga buvo įrašoma į diktofono juostelę. Atliktų interviu klausimai pateikiami prieduose (žr. 4 priedą). Svarbu atkreipti dėmesį, kad visi ekspertai interviu duoti sutiko tik anonimiškai, užtikrinant konfidencialumą. Ekspertai motyvavo tuo, kad tai yra problema, reikalaujanti politinių sprendimų priėmimo ir, kad vertinimo sistema nėra sukurta, o iš ASPĮ jaučiamas itin didelis pasipriešinimas. Taip pat siekiant gauti papildomos informacijos bei sužinoti poziciją iš kitų sveikatos priežiūros institucijų dėl interviu buvo kreiptasi ir didžiąsias Lietuvos ligonines bei LR SAM atstovus. Tačiau iš daugumos įstaigų atstovų nebuvo gauti atsakymai, kiti pasiūlė kreiptis į kitas įstaigas ar atsakė neturintys laiko arba pakankamai kompetencijos komentuoti šio klausimo.

Atliekant tyrimą taip pat buvo naudotasi dokumentų turinio analizės metodu. „Dokumentų analizės metodas – pirminių duomenų rinkimas, kai dokumentai naudojami kaip pagrindiniai informacijos šaltiniai“ (Tidikis, 2003, p. 48). Tyrime naudotasi oficialiais pirminiais dokumentais (suvestinėmis, ataskaitomis). Pažymėtina, kad ASPĮ veiklos vertinimui reikalinga informacija gauta iš priminių šaltinių (dokumentų), kuriuos suteikė LR SAM. Tokie dokumentai pasižymi jų autentiškumu, tikslumu, patikimumu, sistemiškumu, reprezentatyvumu bei reikšmingumu. Tyrimo atlikimui buvo aktualūs tokie dokumentai kaip VLK prie SAM suvestinės Lietuvos ASPĮ finansinės veiklos ataskaitos, I, II, III ir IV restruktūrizacijos etapo programa, Valstybės kontrolės auditų ataskaitos, įvairūs teisės aktai ir dokumentai. Buvo analizuojamas šių dokumentų turinys. Atliekant tyrimą buvo naudojama lyginamoji duomenų analizė, kuomet palyginti statistiniai LR Statistikos departamento, Higienos instituto, Eurostato, PSO duomenys. Taip pat mokslinio tyrimo metu studijuota mokslinė literatūra, atskleidžianti nagrinėjamą temą.

Taip pat darbo temai atskleisti pasitelkta ekspertų apklausa, kaip viena iš anketavimo apklausos rūšių. Ekspertų apklausa pasižymi tuo, kad surinktai specialistų-ekspertų grupei užduoti klausimai, reikalaujantys specialių žinių, kompetencijos ir patirties (Rudzkienė, 2005). Tiek atliekant interviu, tiek ir ekspertų apklausą, klausimai formuluoti taip, kad nekiltų dviprasmiškų reikšmių, atitiktų tyrimo tikslą, būtų aiškiai suprantami visiems ekspertams ir respondentams. Ekspertiniam tyrimui atlikti kreiptasi į septynis ekspertus: 4 iš LR SAM, ir 3 ir VLK prie SAM.

Ekspertinio tyrimo metu, siekiant išsiaiškinti, kurie rodikliai daro lemiamą įtaką vertinant stacionarinių ASPĮ veiklos rezultatus, ekspertų buvo paprašyta suranguoti pateiktus veiklos vertinimo rodiklius. „Rangavimas – procedūra tiriamų objektų reikšmei nustatyti juos sureguliuojant“ (Tidikis, 2003, p. 524). Siekiant mokslinio objektyvumo, patikimumo ir tikslumo ranguojant lyginamus objektus, R. Tidikis (2003) teigia, kad lyginamų objektų skaičius neturi viršyti 20. Mokslinio tyrimo metu ekspertams buvo pateikta 15 finansinių, kiekybinių ir kokybinių rodiklių, detalizuojančių įstaigų

pasiektų veiklos rezultatų vertinimą. Šiuos rodiklius ekspertai pagal uždarojo tipo klausimus turėjo įvertinti nuo 1 iki 15, kur 1 – labiausiai svarbus veiksnys, o15 – mažiausiai svarbus veiksnys.

Vertinant respublikinių stacionarinių ASPĮ 2014 m. pasiektus veiklos rezultatus išskirtos trys pagrindinės vertinimo rodiklių grupės, apimančios tiek finansinius ASPĮ veiklos rezultatus, tiek ir veiklos ekonomiškumo rodiklius. Kiekvienoje iš vertinimo rodiklių grupių konkretizuojami smulkesni vertinimo rodikliai. Pažymėtina, kad šie vertinimo rodikliai gali būti panaudoti vertinant ir rajonines, universitetų ar regionų ligonines. Atliekant mokslinį tyrimą respublikinių stacionarinių ASPĮ grupės veiklos rezultatų kompleksinis vertinimas atliktas pagal tris pagrindines grupes:

1. Pajamų ir sąnaudų rodikliai:

1.1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pajamos;

1.2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pajamos, uždirbtos vieno etato;

1.3. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąnaudos;

1.4. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąnaudos, tenkančios vienam etatui;

1.5. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansinis rezultatas.

2. Darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros rodikliai:

2.1. Gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio fondas;

2.2. Gydytojų ir slaugytojų vidutinis darbo užmokestis

2.2. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų skaičius;

2.3. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių slaugytojų skaičius;

2.4. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykis.

2.5. Santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis įstaigos išlaidose, proc.

3. Veiklos efektyvumo rodikliai:

3.1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turimų lovų skaičius;

3.2. Lovos funkcionavimas, dienomis per metus;

3.3. Letališkumas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje;

3.4. Hospitalizuotų pacientų skaičius per metus;

3.5. Hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui;

3.6. Pacientų vidutinis gulėjimo laikas.

Visi šie rodikliai gali parodyti konkretaus įstaigos padalinio veiklos efektyvumą, atskleisti ASPĮ stipriąsias ir silpnąsias puses, suteikti informacijos apie įstaigoje ar įstaigos konkrečiame padalinyje egzistuojančias problemas. Detalus vertinimo rodiklių pasirinkimas leidžia atlikti itin gilią ASPĮ veiklos analizę. Be to, atlikus įstaigų veiklos vertinimą pagal pasiektus veiklos rezultatus, galima gauti informacijos itin naudingos prieš pradedant vykdyti įvairias reformas.

3.2. Respublikos lygmens daugiaprofilinių ligoninių 2014 m. veiklos vertinimas

3.2.1. Pajamų ir sąnaudų rodiklių vertinimas

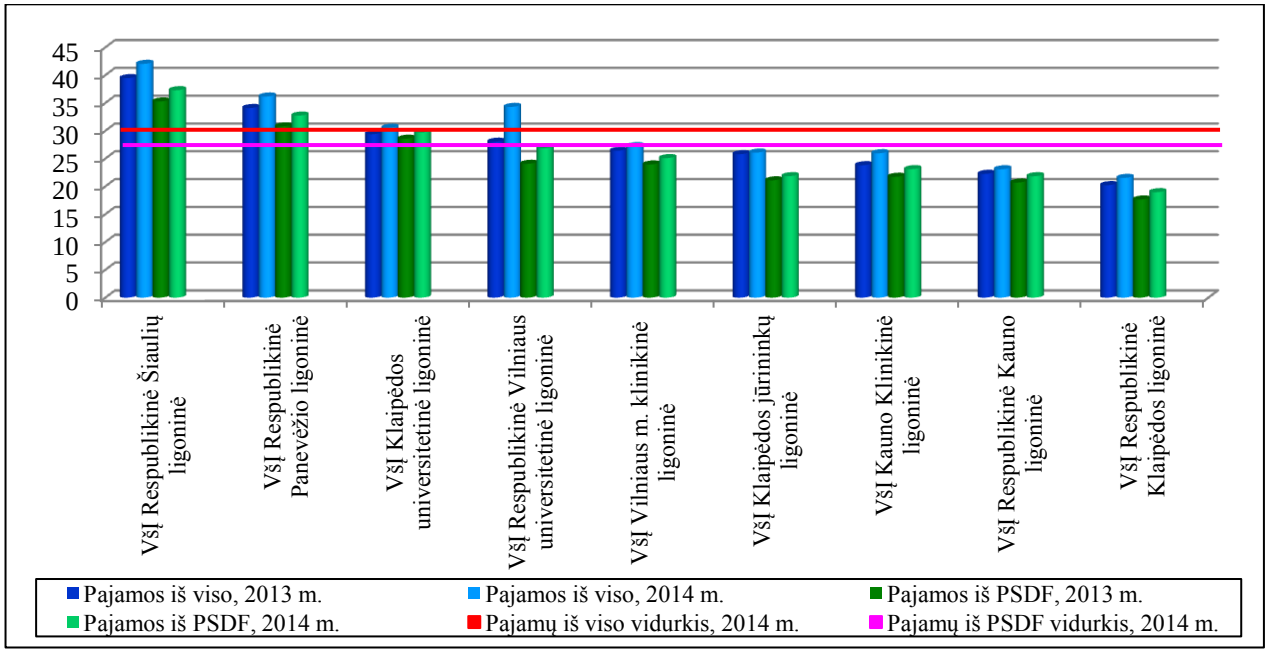
Respublikinių stacionarinių ASPĮ grupės 2013 m. bendrosios pajamos buvo 249.471.094 Eur, o vidutinės vienos respublikinės stacionarinės ASPĮ bendrosios pajamos siekė 27.719.010 Eur. Štai 2014 m. bendrosios respublikinių stacionarinių ASPĮ pajamos buvo 266.898.951 Eur, o vidutinės vienos respublikinės stacionarinės ASPĮ pajamos sudarė 29.655.439 Eur. Per metus respublikinių stacionarinių ASPĮ pajamos išaugo 17.427.857 Eur, t. y. 7 proc. O vidutinės pajamos išaugo 1.936.429 Eur (7 proc.). Tuo tarpu pajamos iš PSDF 2013-2014 m. laikotarpiu išaugo 13.618.575 Eur arba 6,1 proc. 2013 m. pajamos iš PSDF siekė 223.777.630 Eur, o 2014 m. – 237.396.205 Eur. 2013 m. ir 2014 m. pajamos iš PSDF sudarė didžiąją dalį ASPĮ pajamų. 2013 m. pajamos iš PSDF sudarė 89,7 proc. visų pajamų, o 2014 m. – 88,9 proc. Vidutinės vienos respublikinės stacionarinės ASPĮ pajamos iš PSDF 2013 buvo 24.864.181 Eur. 2014 m. vidutinės pajamos iš PSDF išaugo 1.513.175 Eur ir siekė 26.377.356 Eur. Atitinkamai tai būtų 6,1 proc. daugiau nei 2013 m.

Didžiausias pajamas tiek 2013 m., tiek ir 2014 m. turėjo VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė. Per metus šios ligoninės pajamos išaugo 2.575.895 Eur (6,5 proc.) nuo 39.462.194 Eur (2013 m.) iki 42.038.089 Eur (2014 m.). Pajamos iš PSDF VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje 2013 m. sudarė 89,4 proc. visų pajamų ir siekė 35.269.666 Eur, o 2014 m. pajamos iš PSDF sudarė 88,7 proc. visų pajamų ir buvo 37.294.372 Eur. 2013-2014 m. laikotarpiu pajamos iš PSDF išaugo 2.024.706 Eur arba 5,7 proc. Lyginant su respublikinių ligoninių metiniu bendrųjų pajamų vidurkiu reikia pažymėti, kad 2014 m. VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės pajamos buvo 12.382.650 Eur arba 41,8 proc. didesnės nei respublikinių stacionarinių ASPĮ vidurkis. 2014 m. VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje pajamos iš PSDF buvo 10.917.016 Eur arba 41,4 proc. didesnės nei respublikinių stacionarinių ASPĮ 2014 m. vidurkis.

VšĮ Respublikinę Vilniaus universitetinę ligoninę būtų galima priskirti prie vidutines pajamas gaunančių sveikatos priežiūros įstaigų. 2013 m. VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė gavo 28.033.441 Eur pajamų, o 2014 m. – 34.295.032 Eur pajamų. 2013-2014 m. laikotarpiu gaunamos pajamos išaugo 6.261.591 Eur arba 22,3 proc. Pajamų iš PSDF VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje 2013 m. buvo gauta 24.059.862 Eur, o 2014 m. – 26.863.795 Eur. Per 2013-2014 m. pajamos iš PSDF padidėjo 2.803.932 Eur arba 11,7 proc. Pajamos iš PSDF 2013 m. VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje sudarė 85,8 proc., o 2014 m. – 78,3 proc. visų pajamų. Pažymėtina, kad VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninės pajamos 2014 m. buvo itin artimos tų pačių metų respublikinių ligoninių pajamų vidurkiui. 2014 m. bendrosios pajamos VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje buvo net 4.639.593 Eur arba 15,6 proc. didesnės

nei respublikinių ligoninių pajamų vidurkis tais pačiais metais. VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje 2014 m. pajamos iš PSDF buvo 486.439 Eur arba 1,8 proc. didesnės nei respublikinių ligoninių pajamų iš PSDF vidurkis 2014 m.

O štai mažiausias pajamas iš visų respublikinių ligoninių 2013 m. ir 2014 m. gavo VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė. 2013 m. VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės pajamos siekė 20.219.864 Eur, o 2014 m. – 21.526.807 Eur. Vadinasi, per du metus laiko pajamos išaugo 1.306.943 Eur arba 6,5 proc. Pajamos iš PSDF nagrinėjamu laikotarpiu išaugo 1.318.131 Eur arba 7,5 proc. 2013 m. pajamos iš PSDF buvo 17.646.247 Eur, o 2014 m. – 18.964.378 Eur. VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės pajamos iš PSDF 2013 m. sudarė 87,3 proc. visų pajamų, o 2014 m. – 88,1 proc. Atkreiptinas dėmesys, kad šios ligoninės 2014 m. pajamos buvo 8.128.632 Eur arba 27,4 proc. mažesnės nei tais pačiais metais respublikinių ligoninių pajamų vidurkis. Pajamos iš PSDF 2014 m. VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje buvo 7.412.978 Eur arba 28,1 proc. mažesnės nei respublikinių ligoninių pajamų iš PSDF vidurkis 2014 m. (žr. 15 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal VLK prie SAM ataskaitas

15 pav. Ligoninių pajamos, mln. Eur

Tikslinga išanalizuoti, kiek pajamų iš PSDF uždirba vienas stacionarinės ASPĮ etatas. Vidutiniškai 2013 m. vienam respublikinės ligoninės etatui teko 14.686 Eur pajamų iš PSDF. 2014 m. vieno etato uždirbamos pajamos padidėjo 961 Eur (6,5 proc.) ir siekė 15.647 Eur.

Daugiausiai pajamų, tenkančių vienam etatui, 2013-2014 m. laikotarpiu uždirbta VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. 2013 m. šioje ligoninėje vienam etatui tenkančios pajamos iš PSDF siekė

17.181 Eur, o 2014 m. – 18.382 Eur pajamų iš PSDF. Per 2013-2014 m. laikotarpį uždirbamų pajamų iš PSDF kiekis, tenkantis vienam etatui, išaugo 1.201 Eur (7 proc.). Lyginant 2014 m. vieno etato uždirbtas pajamas su 2014 m. respublikinių stacionarinių ASPĮ vidurkiu, reikia pažymėti, kad VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje vieno etato uždirbtos pajamos iš PSDF buvo net 2.735 Eur (17,5 proc.) didesnės nei respublikinių ligoninių vidurkis 2014 m.

VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje vienas etatas 2013 m. pajamų iš PSDF uždirbo 14.254 Eur. 2014 m. etato uždirbamos pajamos išaugo 5,3 proc. (750 Eur) ir vienas etatas uždirbo 15.003 Eur. Lyginant su respublikinių ligoninių etato uždirbamomis pajamomis iš PSDF svarbu pažymėti, kad šios įstaigos etato uždirbamos pajamos iš PSDF 2014 m. buvo arčiausiai respublikinių ligoninių etato uždirbamų pajamų iš PSDF vidurkio. 2014 m. VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje vienas etatas uždirbo 644 Eur mažiau pajamų iš PSDF lyginant su 2014 m. respublikinių ligoninių etato uždirbamų pajamų iš PSDF vidurkiu.

O štai mažiausias pajamas iš PSDF 2013-2014 m. laikotarpiu vienas etatas uždirbo VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje. 2013 m. šioje sveikatos priežiūros įstaigoje vienas etatas uždirbo 11.613 Eur pajamų iš PSDF, o 2014 m. vienas VšĮ Kauno klinikinės ligoninės etatas uždirbo 12.452 Eur pajamų iš PSDF. Per 2013-2014 m. uždirbamos pajamos iš PSDF šioje įstaigoje padidėjo 838 Eur (7,2 proc.). 2014 m. VšĮ Kauno klinikinės ligoninės etato uždirbamos pajamos iš PSDF buvo 3.196 Eur arba 20,4 proc. mažesnės nei respublikinių ligoninių vieno etato uždirbamų pajamų iš PSDF vidurkis 2014 m (žr. 5 priedą, 1 pav.).

2013 m. bendrai respublikinių ligoninių sąnaudos buvo 258.020.639 Eur. 2014 m., lyginant su 2013 m., sąnaudos padidėjo 6.343.396 Eur (2,4 proc.) ir siekė kiek daugiau nei 200 mln. Eur (264.364.036 Eur). Štai sąnaudos iš PSDF 2013 m. buvo 233.127.074 Eur, o 2014 m. jos išaugo 3.377.171 Eur (1,4 proc.) ir siekė 236.504.246 Eur. Vidutiniškai 2013 m. vienos respublikinės stacionarinės ASPĮ bendrosios sąnaudos siekė 28.668.960 Eur, o 2014 m. – 29.373.782 Eur. Per 2013-2014 m. laikotarpį vidutinės bendrosios sąnaudos išaugo 704.822 Eur, t. y. 2,5 proc. O sąnaudos iš PSDF 2013 m. vidutiniškai vienai įstaigai buvo 25.903.008 Eur. 2014 m. vidutinės sąnaudos iš PSDF padidėjo 375.241 Eur (1,4 proc.) ir sudarė 26.278.250 Eur vienai darbe analizuojamai stacionarinei ASPĮ. 2013 m. sąnaudos iš PSDF sudarė didžiąją įstaigų sąnaudų dalį ir siekė 90,4 proc., o 2014 m. – 89,5 proc. nuo visų sąnaudų.

Kalbant apie įstaigų patiriamas sąnaudas reikia pažymėti, kad didžiausios sąnaudos, kaip ir pajamos, patirtos VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje. 2013 m. VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė turėjo 41.962.011 Eur bendrųjų sąnaudų. 2014 m. ligoninės bendrosios sąnaudos išaugo 512.852 Eur (1,2 proc.) ir buvo 42.474.863 Eur. O sąnaudos iš PSDF šioje ligoninėje nuo 38.072.911 Eur (2013 m.) išaugo 331.309 Eur (0,9 proc.) ir 2014 m. buvo kiek daugiau nei 38 mln. Eur (38.404.220 Eur). Sąnaudos iš PSDF sudarė didžiąją dalį įstaigos išlaidų. 2013 m. sąnaudos iš PSDF sudarė 90,7 proc., o

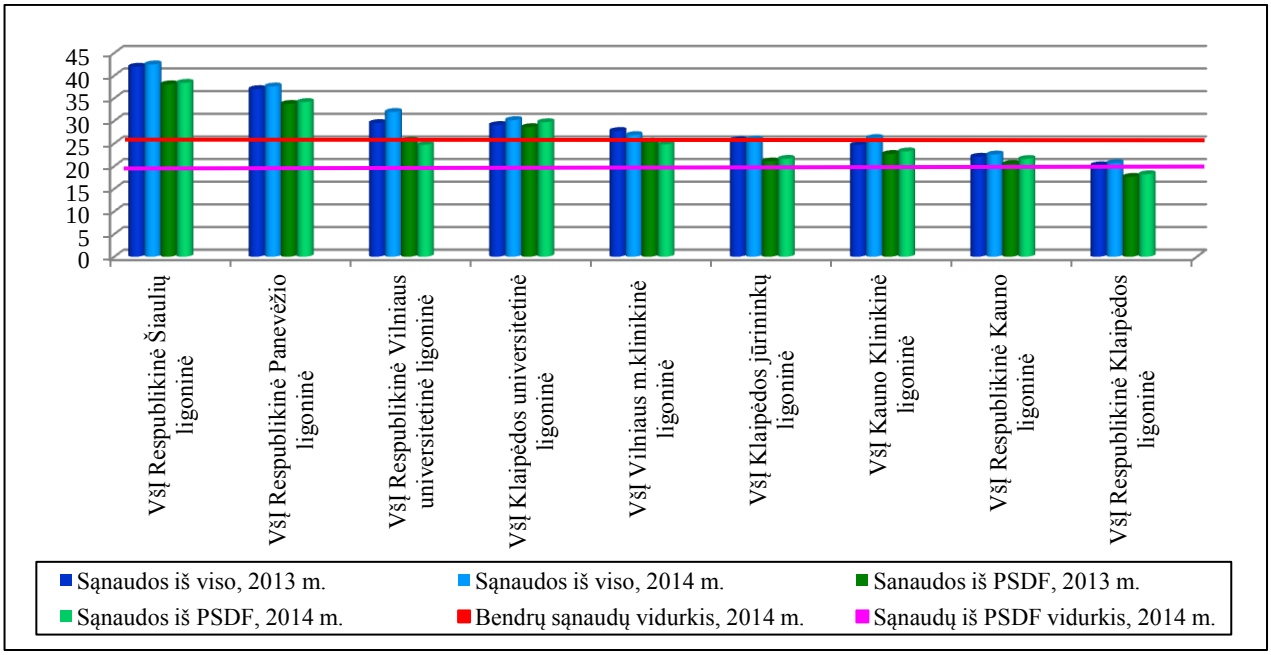
2014 m. – 90,4 proc. nuo visų sąnaudų. Lyginant su respublikinių ligoninių metiniu bendrųjų sąnaudų vidurkiu reikia pažymėti, kad 2014 m. VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės bendrosios sąnaudos buvo 13.101.081 Eur arba 44,6 proc. didesnės nei respublikinių ligoninių vidurkis atitinkamais metais. Štai sąnaudos iš PSDF VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje 2014 m. buvo 12.125.971 Eur arba 46,1 proc. didesnės nei respublikinių ligoninių 2014 m. vidurkis.

VšĮ Klaipėdos universitetinę ligoninę būtų galima priskirti prie vidutines sąnaudas patiriančių respublikinių ASPĮ. 2013 m. VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė patyrė 29.077.634 Eur sąnaudų, o 2014 m. – 30.168.455 Eur sąnaudų. 2013-2014 m. laikotarpiu patiriamos sąnaudos išaugo daugiau nei 1 mln. Eur (1.090.821 Eur) arba 3,8 proc. Sąnaudų iš PSDF VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje 2013 m. buvo patirta už 28.605.161 Eur, o 2014 m. – už 29.705.144 Eur. Per metus laiko sąnaudos iš PSDF padidėjo 1.099.983 Eur arba 3,8 proc. Sąnaudos iš PSDF 2013 m. VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje sudarė 98,4 proc., o 2014 m. – 98,5 proc. visų sąnaudų. 2014 m. bendrosios sąnaudos VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje buvo 794.674 Eur arba 2,7 proc. didesnės nei vidutinės tų pačių metu respublikinių ligoninių bendrosios sąnaudos. Lyginant sąnaudas iš PSDF VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje 2014 m. jos buvo 3.426.894 Eur arba 13 proc. didesnės nei respublikinių ligoninių vidurkis tais pačiais metais.

VšĮ Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje 2013 m. bendrosios sąnaudos buvo 27.770.901 Eur, o 2014 m. – 26.859.324 Eur. Per 2013-2014 m. laikotarpį bendrosios sąnaudos šioje ligoninėje sumažėjo 911.577 Eur arba 3,3 proc. Sąnaudos iš PSDF nagrinėjamu laikotarpiu taip pat sumažėjo. 2013 m. sąnaudos iš PSDF VšĮ Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje buvo 25.288.725 Eur. O 2014 m. sąnaudoms iš PSDF sumažėjus 465.084 Eur (1,8 proc.), jos siekė 24.823.641 Eur. Sąnaudos iš PSDF 2013 m. sudarė 91,1 proc., o 2014 m. – 92,4 proc. visų sąnaudų sumos. 2014 m. bendrosios sąnaudos iš PSDF VšĮ Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje buvo 2.514.457 Eur (8,6 proc.) mažesnės nei respublikinių ligoninių sąnaudų iš PSDF 2014 m. vidurkis. 2014 m. VšĮ Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje sąnaudos iš PSDF buvo tik 1.454.609 Eur (5,5 proc.) mažesnės nei respublikinių ligoninių sąnaudų iš PSDF vidurkis tais pačiais metais.

Mažiausias sąnaudas 2013 m. ir 2014 m. iš visų respublikinių ligoninių, kaip ir mažiausias pajamas, patyrė VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė. 2013 m. VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės bendrosios sąnaudos buvo 20.194.646 Eur. 2014 m. šios sąnaudos išaugo 479.224 Eur arba 2,4 proc. ir sudarė 20.673.869 Eur. Sąnaudos iš PSDF nagrinėjamu laikotarpiu išaugo 572.992 Eur arba 3,2 proc. 2013 m. sąnaudos iš PSDF buvo 17.645.719 Eur, o 2014 m. – 18.218.711 Eur. VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės sąnaudos iš PSDF 2013 m. sudarė 87,4 proc. visų sąnaudų, o 2014 m. – 88,1 proc. Atkreiptinas dėmesys, kad VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės 2014 m. bendrosios sąnaudos buvo 8.699.912 Eur arba 29,6 proc. mažesnės nei tais pačiais metais respublikinių ligoninių bendrųjų sąnaudų vidurkis. Sąnaudos iš PSDF 2014 m. VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje buvo 8.059.538

Eur arba 30,7 proc. mažesnės nei respublikinių ligoninių sąnaudų iš PSDF vidurkis tais pačiais metais (žr. 16 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal VLK prie SAM ataskaitas

16 pav. Ligoninių sąnaudos, mln. Eur

Respublikinėse ligoninėse 2013 m. vienam etatui vidutiniškai teko 15.217 Eur sąnaudų iš PSDF, o 2014 m. – 15.509 Eur sąnaudų iš PSDF. Nagrinėjamu laikotarpiu sąnaudų iš PSDF, tenkančių vienam etatui, dydis išaugo 1,9 proc. arba 293 Eur.

Kalbant apie sąnaudas iš PSDF, tenkančias vienam etatui, reikia pasakyti, kad čia 2014 m. pirmavo VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė. Šioje ligoninėje 2013 m. sąnaudos iš PSDF, tenkančios vienam etatui buvo 17.201 Eur, o 2014 m. jos išaugo net 1.181 Eur (6,9 proc.) ir buvo 18.382 Eur. Lyginant su 2014 m. respublikinių ligoninių vidutinėmis sąnaudomis iš PSDF, tenkančiomis vienam etatui, VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės sąnaudos iš PSDF, tenkančios vienam etatui, buvo 2.873 Eur arba 18,5 proc. didesnės nei respublikinių ligoninių vidutinės sąnaudos iš PSDF, tenkančios vienam etatui.

VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė 2013-2014 m. buvo arčiausiai respublikinių ligoninių vidutinių sąnaudų iš PSDF, tenkančių vienam etatui, sumos. 2013 m. VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje vienam etatui teko 15.266 Eur, o 2014 m. – 15.423 Eur sąnaudų iš PSDF. Per 2013-2014 m. šioje ligoninėje sąnaudų iš PSDF, tenkančių vienam etatui, suma išaugo 158 Eur (1 proc.). VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje 2014 m. sąnaudos iš PSDF, tenkančios vienam etatui buvo 86 Eur

arba 0,6 proc. mažesnės nei atitinkamų metų respublikinių ligoninių vidutinės sąnaudos iš PSDF, tenkančios vienam etatui.

Mažiausios sąnaudos iš PSDF 2013-2014 m., tenkančios vienam etatui, buvo VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje. Šioje ligoninėje 2013 m. vienam etatui teko 12.122 Eur sąnaudų iš PSDF. 2014 m. sąnaudos iš PSDF, tenkančios vienam etatui, padidėjo 416 Eur (3,4 proc.) ir buvo 12.538 Eur. Lyginant su respublikinių ligoninių vidutinėmis sąnaudomis iš PSDF, tenkančiomis vienam etatui, reikia atkreipti dėmesį, kad VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje 2014 m. jos buvo net 2.971 Eur arba 19,2 proc. mažesnės nei respublikinių ligoninių vidutinės sąnaudos iš PSDF, tenkančios vienam etatui, atitinkamais metais (žr. 5 priedą, 2 pav.).

Finansinis ASPĮ rezultatas yra dar vienas labai svarbus rodiklis, rodantis kaip įstaiga praėjusiais metais susitvarkė su finansais. 2014 m. su teigiamu finansiniu rezultatu baigė šešios iš devynių respublikinių stacionarinių ASPĮ: VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė ir VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė. Trys ASPĮ 2014 m. baigė su neigiamu finansiniu rezultatu: VšĮ Kauno klinikinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė.

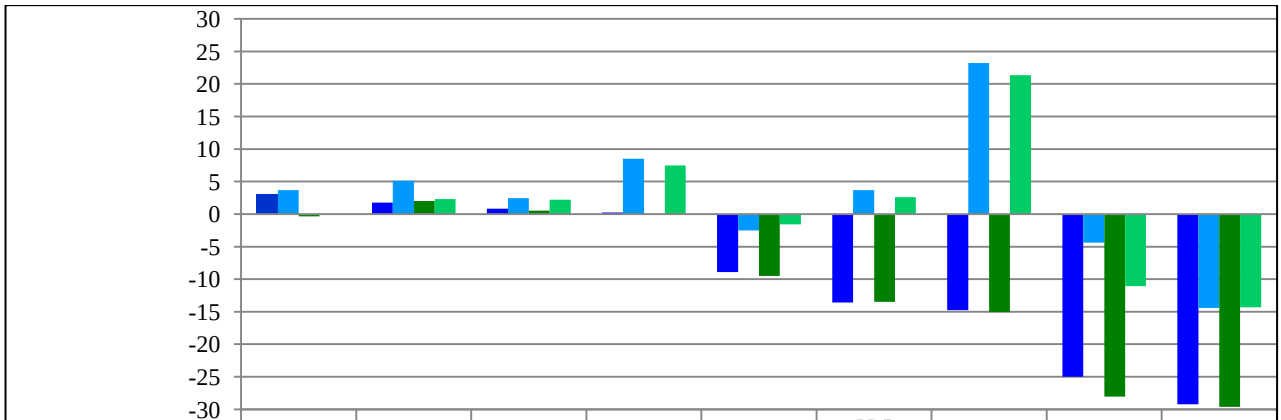
Didžiausias teigiamas finansinis rezultatas 2014 m. buvo VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje. Atkreiptinas dėmesys, kad VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė 2013 m. turėjo neigiamą 1.477.524 Eur finansinį rezultatą, o 2014 m. įstaiga baigė su teigiamu 2.322.181 Eur finansiniu rezultatu. Taigi, per 2013-2014 m. laikotarpį VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė ne tik, kad sugebėjo sumažinti neigiamą finansinį rezultatą, bet dar ir turėti gana nemažą teigiamą finansinį rezultatą. VšĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės finansinį rezultatą iš PSDF 2013 m. buvo neigiamas (-1.505.002 Eur), o 2014 m. ligoninė baigė turėdama didžiausią, tarp analizuojamų ligoninių, teigiamą finansinį rezultatą iš PSDF (2.133.143 Eur).

VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė 2014 m. baigė su mažiausiu teigiamu finansiniu rezultatu, kuris siekė 243.853 Eur. Šios ligoninės 2013 m. finansinis rezultatas taip pat buvo teigiamas – 84.354 Eur. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninės finansinis rezultatas iš PSDF tiek 2013 m., tiek ir 2014 m. buvo teigiamas. 2013 m. finansinis rezultatas iš PSDF buvo 55.952 Eur, o 2014 m. finansinis rezultatas iš PSDF siekė 220.302 Eur.

O VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė 2014 m. turėjo mažiausią teigiamą finansinį rezultatą iš PSDF. Šoje ligoninėje 2013 m. finansinis rezultatas iš PSDF buvo neigiamas ir siekė -33.912 Eur, o 2014 m. jis buvo teigiamas ir tesiekė vos 18 Eur. VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje 2013-2014 m. bendras finansinis rezultatas buvo teigiamas. 2013 m. ligoninė baigė su 309.492 Eur teigiamu finansiniu rezultatu, o 2014 m. – su 368.208 Eur teigiamu finansiniu rezultatu.

2014 m. didžiausias neigiamas, net 1.443.544 Eur, finansinis rezultatas buvo VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje. Nuo 2013 m. buvusio 2.923.791 Eur neigiamo finansinio rezultato ši ligoninė neigiamą finansinį rezultatą sugebėjo sumažinti daugiau nei du kartus (1.480.247 Eur) arba 50,6 proc. Tuo tarpu finansinis rezultatas iš PSDF 2014 m. VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje buvo didžiausias neigiamas finansinis rezultatas iš PSDF tarp visų analizuojamų ligoninių. VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje 2013 m. buvo 2.963.420 Eur neigiamas finansinis rezultatas iš PSDF, o 2014 m. – 1.432.097 Eur neigiamas finansinis rezultatas iš PSDF. Nagrinėjamu laikotarpiu VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje neigiamas finansinis rezultatas iš PSDF sumažėjo 1.531.323 Eur arba 51,7 proc.

Mažiausias neigiamas finansinis rezultatas 2014 m. buvo VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje. Čia tiek 2013 m., tiek ir 2014 m. finansinis įstaigos rezultatas buvo neigiamas. 2013 m. VšĮ Kauno klinikinė ligoninė baigė su 888.937 Eur neigiamu finansiniu rezultatu, o 2014 m. neigiamas finansinis rezultatas sumažintas 638.060 Eur (71,8 proc.). 2014 m. VšĮ Kauno klinikinė ligoninė baigė su 250.876 Eur neigiamu finansiniu rezultatu. Tuo tarpu finansinis rezultatas iš PSDF 2013 m. VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje buvo 951.924 Eur neigiamas finansinis rezultatas, o 2014 m. – 159.897 Eur neigiamas finansinis rezultatas. Nagrinėjamu laikotarpiu neigiamas finansinis rezultatas iš PSDF sumažėjo 792.026 Eur arba 83,2 proc. (žr. 17 pav.).



	VšĮ KUL	VšĮ RKL	VšĮ KJL	VšĮ RKLL	VšĮ KKL	VšĮ VMKL	VšĮ RVUL	VšĮ RŠL	VšĮ RPL
Iš viso, 2013 m.	309.492	177.644	84.354	25.218	-888.937	-1.356.186	-1.477.524	-2.499.817	-2.923.791
Iš viso, 2014 m.	368.208	508.720	243.853	852.938	-250.876	370.209	2.322.181	-436.774	-1.443.544
Iš PSDF, 2013 m.	-33.912	202.361	55.952	528	-951.924	-1.350.783	-1.505.002	-2.803.245	-2.963.420
Iš PSDF, 2014 m.	18	233.151	220.302	745.667	-159.897	261.521	2.133.143	-1.109.848	-1.432.097

Šaltinis: sudaryta pagal VLK prie SAM ataskaitas

17 pav. Ligoninių finansinis rezultatas, mln. Eur

3.2.2. Darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros rodiklių vertinimas

Analizuojamose 9-iose respublikinėse ligoninėse 2013 m. iš viso dirbo 2.907 gydytojai, o 2014 m. – 2.975 gydytojai. Per 2013-2014 m. gydytojų skaičius išaugo 2,3 proc. arba 68 gydytojais. Tuo tarpu slaugytojų 2013 m. analizuojamose respublikinėse ligoninėse dirbo 6.003, o 2014 m. – 6.010 slaugytojų. Slaugytojų pokytis 2013-2014 m. laikotarpiu itin mažas – vos 0,1 proc. Per metus laiko įdarbinti papildomai tik 7 slaugytojai. 2013 m. vienoje analizuojamoje respublikinėje ligoninėje vidutiniškai dirbo 323 gydytojai ir 667 slaugytojos. 2014 m. vienoje respublikinėje ligoninėje dirbo vidutiniškai 331 gydytojas ir 668 slaugytojos. Per 2013-2014 m. vidutinis vienoje analizuojamoje ASPĮ dirbančių gydytojų skaičius padidėjo 8 gydytojais, t. y. 2,5 proc., o vidutinis slaugytojų skaičius per tą patį laikotarpį padidėjo tik 1 slaugytoja, atitinkamai 0,1 proc.

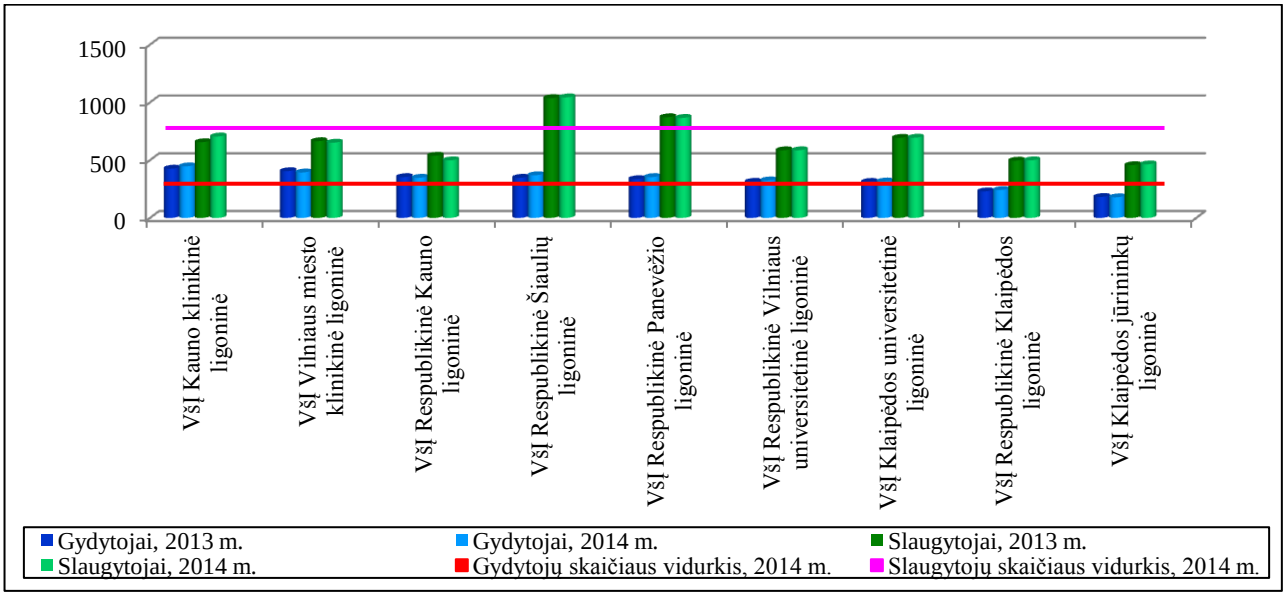
VšĮ Kauno klinikinė ligoninė išsiskiria kaip įstaiga, kurioje 2013-2014 m. dirbo daugiausiai gydytojų. 2013 m. VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje dirbo 427 gydytojai, o 2014 m. – 447 gydytojai. Per metus laiko prie kolektyvo prisijungė papildomai 20 gydytojų, o gydytojų skaičiaus metinis pokytis atitinka 4,7 proc. Jei lygintume su vidutiniu gydytojų skaičiumi, dirbančiu respublikinėse ligoninėse reikėtų pažymėti, kad 2014 m. VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje dirbo 116 gydytojų (35 proc.) daugiau nei atitinkamų metų vidurkis.

Tuo tarpu didžiausias skaičius slaugytojų 2013-2014 m. laikotarpiu dirbo VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje. 2013 m. šioje ligoninėje dirbo 1.038 slaugytojos, 2014 m. – 1.044 slaugytojos. Per 2013-2014 m. šioje ligoninėje papildomai įdarbintos 6 slaugytojos. Slaugytojų skaičiaus metinis pokytis atitinkamai buvo 0,6 proc. Lyginant su 2014 m. vidutiniu slaugytojų skaičiumi, dirbančiu respublikinėse ligoninėse, VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje dirbo 2 kartus (56,3 proc.) daugiau arba 376 slaugytojomis daugiau nei respublikinių ligoninių vidurkis.

VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje 2013 m. dirbo 313 gydytojų. Per 2013-2014 m. laikotarpį dirbančių gydytojų skaičius padidėjo 12 gydytojų ir 2014 m. ligoninėje dirbo 325 gydytojai. Nagrinėjamu laikotarpiu gydytojų skaičius VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje išaugo 3,8 proc. Lyginant su vidutiniu respublikinių ligoninių gydytojų skaičiumi, 2014 m. VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje dirbo 6 gydytojais arba 1,8 proc. mažiau gydytojų nei respublikinių ligoninių vidurkis. Pagal 2013-2014 m. dirbusių gydytojų skaičių VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė buvo arčiausiai respublikinių ligoninių vidurkio.

VšĮ Vilniaus m. klinikinėje ligoninėje 2013 m. dirbo 665 slaugytojos, o 2014 m. – 652 slaugytojos. Per 2013-2014 m. laikotarpį slaugytojų skaičius sumažėjo 13 slaugytojų (2 proc.). Lyginant su vidutiniu respublikinių ligoninių slaugytojų skaičiumi 2014 m., reikia pasakyti, kad VšĮ Vilniaus m. klinikinėje ligoninėje dirbo 16 slaugytojų arba 2,4 proc. mažiau nei respublikinių ligoninių slaugytojų vidurkis 2014 m.

Štai mažiausias slaugytojų ir gydytojų skaičius 2013-2014 m. buvo VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje. 2013 m. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje dirbo 182 gydytojai, 2014 m. – 179 gydytojai. Per 2013-2014 m. iš VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninės atleisti trys gydytojai. Vadinasi, įstaigoje gydytojų pokytis per du metus buvo 1,6 proc. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje 2013 m. dirbo 457 slaugytojos, o 2014 m. – 464 slaugytojos. Analizuojamu laikotarpiu slaugytojų skaičius ligoninėje padidėjo 7 slaugytojomis, atitinkamai tai būtų 1,5 proc. Lyginant su vidutiniu gydytojų skaičiumi 2014 m. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje dirbo beveik 45,9 proc. arba 152 gydytojais mažiau nei atitinkamų metų analizuojamų ligoninių vidurkis. Štai slaugytojų ligoninėje 2014 m. dirbo 204 slaugytojomis arba 30,5 proc. mažiau nei respublikinių ligoninių slaugytojų skaičiaus vidurkis tais pačiais metais (žr. 18 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal VLK prie SAM ataskaitas

18 pav. Gydytojų ir slaugytojų skaičius ligoninėse 2013-2014 m.

Kalbant apie gydytojų ir slaugytojų santykį reikia pasakyti, kad tiek 2013 m., tiek ir 2014 m. respublikinėse ligoninėse vienam gydytojui vidutiniškai teko 2,1 slaugytojos.

VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė yra ta ligoninė, kurioje 2013 m. ir 2014 m. buvo didžiausias gydytojų ir slaugytojų santykinis rodiklis. Šioje ligoninėje 2013 m. vienam gydytojui teko 3 slaugytojos, o 2014 m. – 2,8 slaugytojos. Per 2013-2014 m. laikotarpį slaugytojų skaičius, tenkantis vienam gydytojui, sumažėjo 0,2 slaugytojos (6,7 proc.). Lyginant su analizuojamų respublikinių ligoninių vidurkiu reikia pažymėti, kad VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje 2014 m. gydytojų ir slaugytojų santykis buvo 0,7 slaugytojomis didesnis (33,3 proc.) nei respublikinių ligoninių atitinkamų metų vidurkis.

Pagal gydytojų ir slaugytojų santykį arčiausiai respublikinių ligoninių gydytojų ir slaugytojų santykio vidurkio 2014 m. buvo VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė. VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje 2013 m. gydytojų ir slaugytojų santykis buvo 2,2 slaugytojos vienam gydytojui. 2014 m. šis gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykis sumažėjo 0,1 slaugytojos, tenkančios vienam gydytojui. Taigi, 2014 m. šioje ligoninėje gydytojų ir slaugytojų santykis buvo 2,1 slaugytojos vienam gydytojui. Lyginant su respublikinių ligoninių gydytojų ir slaugytojų vidutiniu santykiu 2014 m. VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje gydytojų ir slaugytojų santykis buvo lygus respublikinių ligoninių gydytojų ir slaugytojų santykio vidurkiui.

Tuo tarpu mažiausias gydytojų ir slaugytojų santykis buvo VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje. 2013 m. šioje ligoninėje vienam gydytojui teko 1,5 slaugytojos, o 2014 m. vienam gydytojui teko 1,4 slaugytojos. Nagrinėjamu laikotarpiu gydytojų ir slaugytojų santykis sumažėjo 0,1 slaugytojos, tenkančios vienam gydytojui (6,7 proc.). Jei lygintume su respublikinių ligoninių vidutiniu gydytojų ir slaugytojų santykiu 2014 m., reikia pasakyti, kad VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje gydytojų ir slaugytojų santykis buvo 0,7 slaugytojos (33,3 proc.), tenkančios vienam gydytojui, mažesnis (žr. 5 priedą, 3 pav.).

Vertinant analizuojamų respublikinių ligoninių gydytojų ir slaugytojų DUF 2013-2014 m. reikia pirmiausiai pažymėti, kad bendrasis šių ligoninių gydytojų DUF 2013 m. siekė 3.688.226 Eur. 2014 m. jis padidėjo 31.687 Eur (0,9 proc.) ir buvo 3.718.913 Eur. Vidutiniškai vienos analizuojamos ligoninės gydytojų DUF 2013 m. sudarė 409.803 Eur, 2014 m. – 413.324 Eur. Taigi, per du metus vidutinis gydytojų DUF padidėjo 3.521 Eur arba 0,9 proc. Slaugytojų bendras respublikinių ligoninių DUF 2013 m. sudarė 3.948.221 Eur, o 2014 m. – 3.997.633 Eur. Per 2013-2014 m. slaugytojų DUF padidėjo 49.412 Eur arba 1,3 proc. Tuo tarpu 2013 m. vidutinis slaugytojų DUF vienoje stacionarinėje ASPĮ buvo 438.691 Eur, o 2014 m. vidutinis slaugytojų DUF padidėjo 5.490 Eur (1,3 proc.) ir buvo 444.181 Eur.

Didžiausias gydytojų DUF 2013-2014 m. buvo VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje. Gydytojų DUF, nuo 2013 m. buvusio 640.905 Eur, 2014 m. sumažėjo 59.645 Eur (9,3 proc.) ir sudarė 581.260 Eur gydytojų DUF. 2014 m. VšĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės gydytojų DUF buvo 40,6 proc. (167.936 Eur) didesnis nei 2014 m. vidutinis vienos respublikinės ligoninės gydytojų DUF.

Tuo tarpu didžiausias slaugytojų DUF buvo VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, kur 2013 m. slaugytojų DUF sudarė 580.555 Eur, o 2014 m. – 584.284 Eur. Per 2013-2014 m. laikotarpį slaugytojų DUF padidėjo 3.729 Eur arba 0,6 proc. Palyginus su vidutiniu slaugytojų DUF respublikinėse ligoninėse, VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės slaugytojų DUF 2014 m. buvo 31,5 proc. arba 140.103 Eur didesnis nei tų pačių metų respublikinių ligoninių vidutinis slaugytojų DUF.

VšĮ Vilniaus m. klinikinėje ligoninėje 2013 m. gydytojų DUF sudarė 407.278 Eur, o 2014 m. – 396.618 Eur. Analizuojamų laikotarpiu gydytojų DUF sumažėjo 10.660 Eur arba 2,6 proc. Lyginant su

vidutiniu respublikinių ligoninių gydytojų DUF 2014 m., VšĮ Vilniaus m. klinikinės ligoninės gydytojų DUF buvo tik 16.706 Eur arba 4 proc. didesnis nei vidurkis. Ši ligoninė 2013-2014 m. buvo arčiausiai respublikinių ligoninių gydytojų DUF vidurkio.

O štai VšĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės slaugytojų DUF 2013-2014 m. laikotarpiu buvo arčiausiai vidutinio vienos respublikinės ligoninės slaugytojų DUF. 2013 m. VšĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės slaugytojų DUF buvo 418.416 Eur. 2014 m. slaugytojų DUF šioje ligoninėje buvo sumažintas 14.455 Eur arba 3,5 proc. ir sudarė 403.961 Eur slaugytojų DUF. VšĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės 2014 m. slaugytojų DUF buvo 8.564 Eur (1,9 proc.) mažesnis nei atitinkamų metų vidutinis vienos respublikinės ligoninės slaugytojų DUF.

Mažiausias gydytojų DUF 2014 m. buvo VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje. Šioje ligoninėje gydytojų DUF nuo 2013 m. buvusio 275.684 Eur padidėjo 7.195 Eur (2,6 proc.) ir 2014 m. gydytojų DUF šioje ligoninėje buvo 282.878 Eur. VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės 2014 m. gydytojų DUF buvo 130.445 Eur (31,6 proc.) mažesnis nei tų pačių metų vidutinis vienos respublikinės ligoninės gydytojų DUF.

VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje tiek 2013 m., tiek ir 2014 m. buvo mažiausias slaugytojų DUF. 2013 m. slaugytojų DUF šioje ligoninėje sudarė 310.455 Eur, o 2014 m. – 312.643 Eur. Per 2013-2014 m. slaugytojų DUF VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje padidėjo vos 2.189 Eur arba 0,7 proc. VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės 2014 m. slaugytojų DUF buvo 131.538 Eur (29,6 proc.) mažesnis nei tų pačių metų vidutinis vienos respublikinės ligoninės slaugytojų DUF (žr. 5 priedą, 4 pav.).

Santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis stacionarinių ASPĮ bendrose išlaidose 2013-2014 m. laikotarpiu nesiekė net 4 proc. Šiame darbe nagrinėjamose respublikinėse ligoninėse šios išlaidos netgi turėjo tendenciją mažėti. Net 7 iš 9 analizuojamose respublikinėse ligoninėse santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis įstaigų bendrose išlaidose mažėjo nuo 0,01 proc. iki 0,21 proc. Ir tik 2 respublikinėse ligoninėse santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis įstaigų bendrose išlaidose didėjo nuo 0,03 proc. iki 0,25 proc. 2013 m. vidutiniškai vienoje respublikinėje ligoninėje santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis stacionarinių ASPĮ bendrose išlaidose sudarė apie 2,96 proc., o 2014 m. – 2,93 proc. Taigi, 2014 m. santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis stacionarinių ASPĮ bendrose išlaidose, lyginant su 2013 m., sumažėjo 0,03 proc.

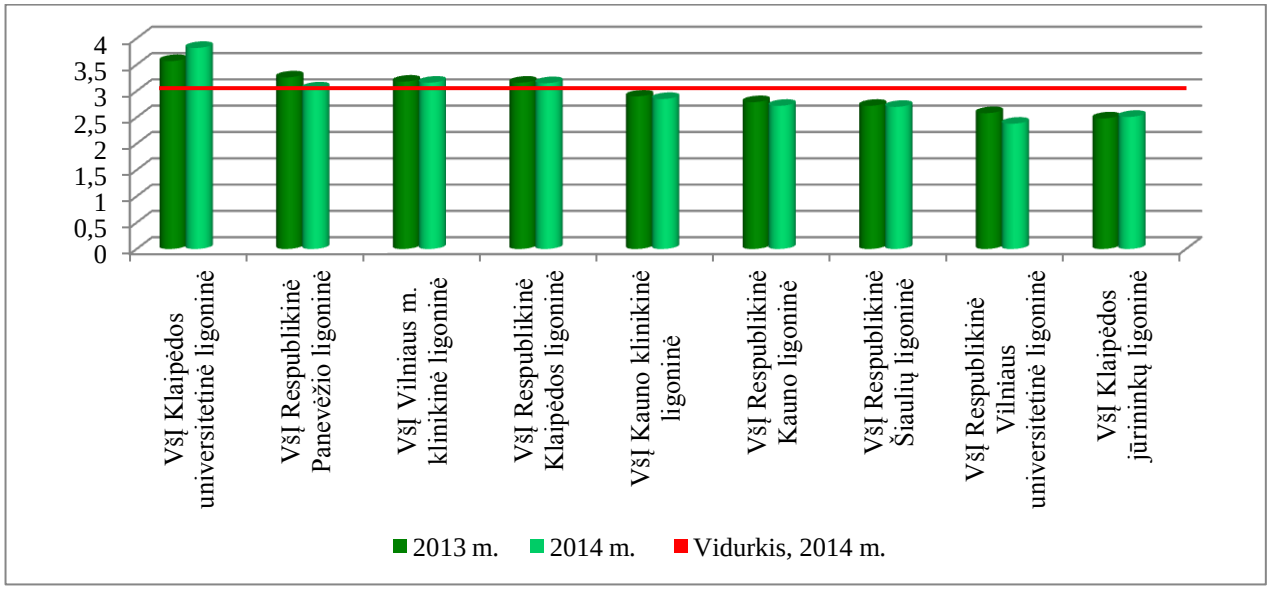
Didžiausia santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis stacionarinių ASPĮ bendrose išlaidose 2013-2014 m. laikotarpiu buvo VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. Šioje ligoninėje 2013 m. santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis šios įstaigos bendrose išlaidose

sudarė 3,57 proc. O 2014 m. santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis padidinta 0,25 proc. ir sudarė 3,82 proc. įstaigos bendrose išlaidose.

VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis įstaigos bendrose išlaidose 2013 m. sudarė 2,9 proc. 2014 m. VšĮ Kauno klinikinės ligoninės bendrose išlaidose santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis sumažinta 0,05 proc. ir siekė 2,85 proc. VšĮ Kauno klinikinė ligoninė tiek 2013 m., tiek ir 2014 m. buvo arčiausiai respublikinių ligoninių vidurkio.

2013 m. mažiausia santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis bendrose išlaidose buvo VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje. Čia 2013 m. santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis sudarė vos 2,48 proc. ligoninės bendrose išlaidose. O 2014 m. santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis padidėjo 0,03 proc. ir sudarė 2,51 proc. bendrose ligoninės išlaidose.

2014 m. mažiausia santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis įstaigos bendrose išlaidose fiksuota VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje. Šioje ligoninėje 2013 m. santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis bendrose įstaigos išlaidose sudarė 2,58 proc., o 2014 m. – vos 2,38 proc. Tai mažiausias 2013-2014 m. santykinės gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalies įstaigos bendrose išlaidose rodiklis tarp visų nagrinėjamų respublikinių ligoninių. Per 2013-2014 m. santykinė darbo užmokesčio gydytojų ir slaugytojų dalis šios įstaigos bendrose išlaidose sumažinta 0,2 proc. (žr. 19 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal VLK prie SAM ataskaitas

19 pav. Santykinė darbo užmokesčio dalis stacionarinių ASPĮ išlaidose, proc.

Devynių analizuojamų respublikinių ligoninių gydytojų VDU 2013 m. vidurkis buvo 1.325 Eur. 2014 m. gydytojų VDU vidurkis sumažėjo 20 Eur (1,5 proc.) ir siekė 1.305 Eur. Štai slaugytojų VDU vidurkis, priešingai nei gydytojų VDU vidurkis, turėjo tendenciją didėti. Nuo 2013 m. buvusių 664 Eur slaugytojų VDU vidurkis padidėjo 8 Eur (1,2 proc.) ir 2014 m. slaugytojų VDU vidurkis siekė 672 Eur.

Didžiausiais gydytojų VDU buvo VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje. 2013 m. gydytojų VDU buvo 1.907 Eur, o 2014 m. – 1.641 Eur. Per 2013-2014 m. laikotarpį gydytojų VDU sumažėjo net 266 Eur, o tai atitinka 13,9 proc. Tačiau vis tiek VšĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės gydytojų 2014 m. VDU buvo 335 Eur arba 25,7 proc. didesnis nei tų pačių metų respublikinių ligoninių gydytojų VDU vidurkis.

VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė išsiskyrė didžiausiu slaugytojų VDU. Šios ligoninės slaugytojų VDU 2013 m. buvo 802 Eur, 2014 m. – 883 Eur. Per metus slaugytojų VDU padidėjo 81 Eur arba 10,1 proc. Lyginant su respublikinių ligoninių 2014 m. slaugytojų VDU vidurkiu VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės slaugytojų VDU buvo 211 Eur arba 31,4 proc. didesnis nei respublikinių ligoninių slaugytojų VDU vidurkis atitinkamais metais.

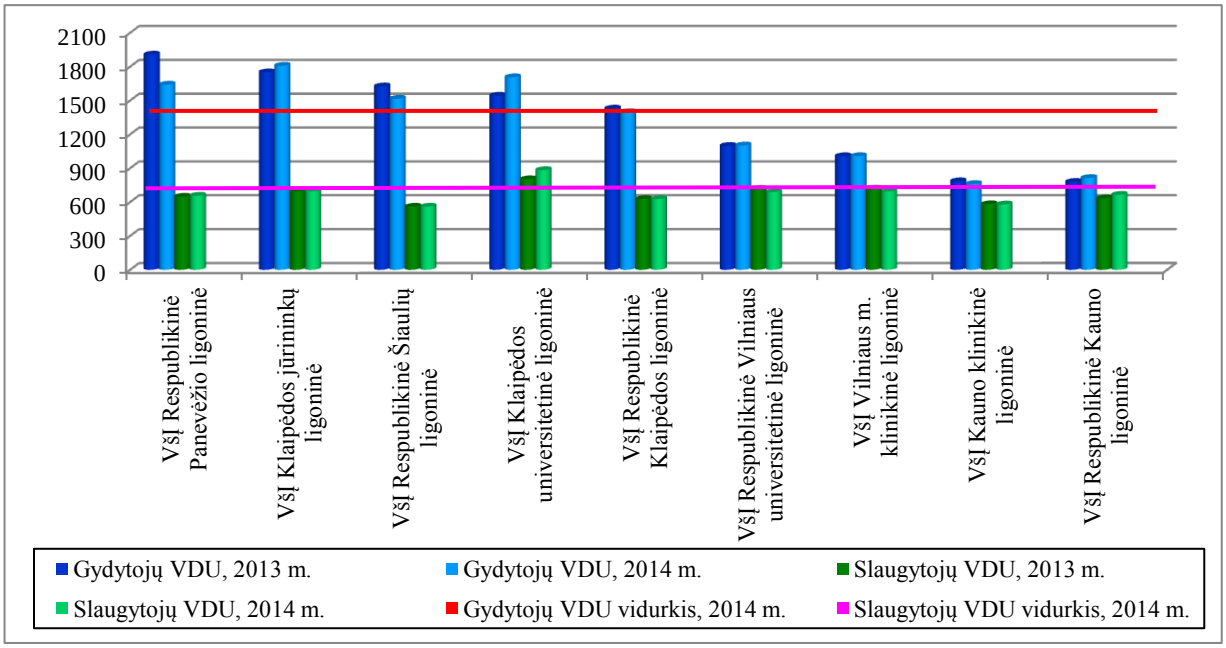
VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje 2013 m. gydytojų VDU buvo 1.429 Eur. 2014 m. gydytojų VDU sumažėjo 34 Eur (2,4 proc.) ir buvo 1.395 Eur. O lyginant su analizuojamų respublikinių ligoninių 2014 m. gydytojų VDU vidurkiu, reikia pažymėti, kad VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės gydytojų VDU buvo arčiausiai vidurkio ir 2014 m. buvo tik 90 Eur (6,9 proc.) didesnis nei respublikinių ligoninių gydytojų VDU vidurkis tais pačiais metais.

Kalbant apie slaugytojų VDU, reikia pasakyti, kad VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė buvo ta įstaiga, kurioje slaugytojų VDU buvo arčiausiai respublikinių ligoninių slaugytojų VDU vidurkio. 2013 m. VšĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės slaugytojų VDU siekė 648 Eur, o 2014 m. – 656 Eur. Nagrinėjamu laikotarpiu slaugytojų VDU padidėjo 8 Eur arba 1,2 proc. O lyginant su respublikinių ligoninių 2014 m. slaugytojų VDU vidurkiu, VšĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės slaugytojų VDU buvo 16 Eur (2,4 proc.) mažesnis nei analizuojamų respublikos lygmens ligoninių slaugytojų VDU vidurkis.

Štai mažiausi gydytojų VDU buvo VšĮ Respublikinė Kauno ligoninėje. Šioje ligoninėje 2013 m. gydytojų VDU buvo 779 Eur, o 2014 m. VšĮ Respublikinė Kauno ligoninėje gydytojų VDU buvo 813 Eur. Vadinasi 2013-2014 m. laikotarpiu gydytojų VDU VšĮ Respublikinė Kauno ligoninėje padidėjo 34 Eur arba 4,4 proc. O lyginant su 2014 m. respublikinių ligoninių gydytojų VDU vidurkiu, VšĮ Respublikinė Kauno ligoninėje gydytojų VDU buvo 492 Eur arba 37,7 proc. mažesnis nei respublikinių ligoninių gydytojų VDU vidurkis.

Mažiausi slaugytojų VDU buvo VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje. 2013 m. šios ligoninės slaugytojų VDU buvo 559 Eur, 2014 m. – 560 Eur. Per metus slaugytojų VDU padidėjo tik 1 Eur (0,2

proc.). Lyginant su analizuojamų respublikinių ligoninių 2014 m. slaugytojų VDU vidurkiu reikia pažymėti, kad VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės slaugytojų 2014 m. VDU buvo 113 Eur (16,8 proc.) mažesnis nei respublikinių ligoninių slaugytojų VDU vidurkis atitinkamais metais (žr. 20 pav.).



Šaltinis: sudaryta pagal VLK prie SAM ataskaitas

20 pav. Gydytojų ir slaugytojų VDU 2013-2014 m., eurai

3.2.3. Veiklos efektyvumo rodiklių vertinimas

2013 m. analizuojamose devyniose respublikinėse ligoninėse iš viso buvo 7.238 lovos, o 2014 m. – 7.412 lovų. Per 2013-2014 m. lovų skaičius respublikinėse ligoninėse padidėjo 174 lovomis arba 2,4 proc. 2013 m. vienoje analizuojamoje respublikinėje ligoninėje vidutiniškai buvo 804 lovos, o 2014 m. – 824 lovos. Per 2013-2014 m. laikotarpį vidutinis lovų skaičius vienoje respublikinėje ligoninėje padidėjo 20 lovų arba 2,5 proc.

2014 m. didžiausias lovų skaičius buvo VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje. Šioje ligoninėje 2014 m. buvo 1.222 lovos. Nuo 2013 m. buvusių 951 lovų, lovų skaičius šioje ligoninėje padidėjo net 271 lova arba 22,2 proc. 2013-2014 m. laikotarpiu šioje ligoninėje vidutiniškai buvo 1.087 lovos. Lyginant su vidutiniu metiniu lovų skaičiumi, tenkančiu vienai respublikinei ligoninei, 2013 m. VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje buvo 147 lovomis (15,5 proc.) daugiau, o 2014 m. - 398 lovomis (32,6 proc.) daugiau nei respublikinių ligoninių metinis lovų skaičiaus vidurkis atitinkamais metais.

VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje 2013 m. ir 2014 m. buvo 770 lovų. Taigi, ir vidutinis metinis lovų skaičius šioje ligoninėje 2013-2014 m. laikotarpiu buvo lygus 770 lovų. 2013

m. VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje buvo 34 lovomis (4,2 proc.) mažiau, o 2014 m. – 54 lovomis (6,6 proc.) mažiau nei respublikinių ligoninių metinis lovų skaičiaus vidurkis, tenkantis vienai įstaigai, atitinkamais metais. Ši ligoninė buvo arčiausiai respublikinių ligoninių lovų skaičiaus vidurkio 2013-2014 m.

Štai VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje 2013 m. buvo 881 lovos. 2014 m. lovų skaičius šioje ligoninėje sumažėjo 3 lovomis (0,3 proc.) ir ligoninė turėjo 878 lovas. Vidutiniškai VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje 2013-2014 m. laikotarpiu buvo 879,5 lovos. Lyginant su vidutiniu lovų skaičiumi, tenkančiu vienai respublikinei ligoninei 2013 m. VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje buvo 77 lovomis arba 9,6 proc. daugiau, o 2014 m. VšĮ Kauno klinikinė ligoninė turėjo 54 lovomis (6,6 proc.) daugiau nei tų pačių metų respublikinių ligoninių lovų skaičiaus, tenkančio vienai analizuojamai ligoninei, vidurkis.

2014 m. VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje buvo mažiausias lovų skaičius iš visų devynių analizuojamų monoprofilinių respublikinių ligoninių. Čia tiek 2013 m., tiek ir 2014 m. buvo 392 lovos. Lyginant su vidutiniu 2013 m. lovų skaičiumi, tenkančiu vienai respublikinei ligoninei, VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje buvo 412 lovų (51,2 proc.) mažiau, o 2014 m. – 432 lovomis (52,4 proc.) mažiau nei atitinkamų metų respublikinių ligoninių lovų skaičiaus, tenkančio vienai respublikinei ligoninei, vidurkis (žr. 3 lent.).

2013 m. respublikinėse ligoninėse iš viso buvo hospitalizuoti 299.409 pacientai, o 2014 m. – 288.644 pacientai. Per 2013-2014 m. hospitalizuotų pacientų skaičius sumažėjo 10.765 pacientais arba 3,6 proc. Vidutiniškai 2013-2014 m. laikotarpiu kasmet hospitalizuojama buvo po 294.027 pacientus. Vidutiniškai vienoje ligoninėje 2013 m. buvo hospitalizuoti 33.268 pacientai, o 2014 m. – 32.072 pacientai. Per 2013-2014 m. vidutinis vienoje analizuojamoje ligoninėje hospitalizuojamų pacientų skaičius sumažėjo 1.196 pacientais arba 3,6 proc.

2014 m. daugiausiai pacientų hospitalizuota VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje. Šioje ligoninėje 2014 m. hospitalizuoti 44.857 pacientai, o tai 1.203 pacientais (2,7 proc.) daugiau nei 2013 m. (43.654 pacientai). Lyginant su vidutiniu hospitalizuojamų pacientų skaičiumi, tenkančiu vienai respublikinei ligoninei, VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje 2013 m buvo hospitalizuota 10.386 pacientais (31,2 proc.) daugiau nei vidurkis, o 2014 m. – 12.785 pacientais arba 39,9 proc. daugiau nei atitinkamų metų vidutinis hospitalizuotų pacientų skaičius, tekęs vienai nagrinėjamai respublikinei ligoninei. Vidutiniškai VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje 2013-2014 m. laikotarpiu kasmet buvo hospitalizuojama po 44.256 pacientus.

VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė buvo ta ligoninės, kurioje 2013-2014 m. laikotarpiu hospitalizuotų pacientų skaičius buvo artimiausias respublikinėse ligoninėse hospitalizuojamų pacientų skaičiaus vidurkiui. VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje 2013 m. buvo hospitalizuoti 31.473 pacientai, o 2014 m. – 31.273 pacientai. Vidutiniškai 2013-2014

m. šioje ligoninėje buvo hospitalizuoti 31.373 pacientai. Per 2013-2014 m. hospitalizuotų pacientų skaičius sumažėjo 200 pacientų (0,6 proc.). Lyginant su 2013 m. vidutiniu hospitalizuotų pacientų skaičiumi, tenkančiu vienai respublikinei ligoninei, VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje buvo hospitalizuota 1.795 pacientais (5,4 proc.) mažiau, o 2014 m. – 799 pacientais (2,5 proc.) mažiau nei atitinkamų metų vidutinis hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienai analizuojamai ligoninei.

Mažiausiai hospitalizuojamų pacientų buvo VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje. Šioje ligoninėje 2013 m. buvo hospitalizuoti 15.243 pacientai, o 2014 m. – 15.799 pacientai. Nagrinėjamu laikotarpiu hospitalizuotų pacientų skaičius šioje ligoninėje padidėjo 556 pacientais arba 3,6 proc. Vidutiniškai VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje 2013-2014 m. hospitalizuota po 15.521 pacientą. Palyginus duomenis su 2013 m. vidutiniškai hospitalizuotais pacientais respublikinėse ligoninėse, tampa aišku, kad VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje 2013 m. buvo hospitalizuota net 18.025 pacientais (54,2 proc.) mažiau, o 2014 m. – 16.273 pacientais (50,7 proc.) mažiau nei atitinkamų metų vidutinis hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienai analizuojamai ligoninei (žr. 3 lent.).

Analizuojant kiek vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui tenka hospitalizuotų pacientų reikia pažymėti, kad vidutiniškai 2013 m. vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui teko 33 hospitalizuoti pacientai, o 2014 m. vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui teko 31,7 hospitalizuoto paciento. Nagrinėjamu laikotarpiu hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ar slaugytojų grupės darbuotojui, sumažėjo 3,9 proc. (1,3 paciento).

VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje 2013-2014 m. laikotarpiu gydytojų ir slaugytojų grupės vienam darbuotojui tenkantis hospitalizuotų pacientų skaičius buvo didžiausias iš visų analizuojamų respublikinių ligoninių. 2013 m. VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui teko 45,3 hospitalizuotų pacientų, o 2014 m. – 43,9 hospitalizuotų pacientų. Analizuojamu laikotarpiu vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui tenkantis hospitalizuotų pacientų skaičius išaugo 1,4 hospitalizuotu pacientu (3 proc.). Lyginant su šalies respublikinių ligoninių vidutiniu vienam slaugytojų ir gydytojų grupės darbuotojui tenkančiu hospitalizuotų pacientų skaičiumi, VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui 2013 m. teko 12,3 (27,2 proc.) , o 2014 m. – 12,2 (27,8 proc.) hospitalizuoto paciento daugiau nei atitinkamų metų analizuojamų respublikinių ligoninių vidurkis.

VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje 2013 m. vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui teko 31,5, o 2014 m. – 31,7 hospitalizuotų pacientų. 2013-2014 m. laikotarpiu vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui tenkančių hospitalizuotų pacientų skaičius padidėjo 0,2 arba 0,6 proc. 2013 m. VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui teko 1,5 (3 proc.) mažiau hospitalizuotų pacientų nei respublikinių ligoninių vidutinis hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui, atitinkamais metais. O

2014 m. VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui, buvo lygus tų metų respublikinėse ligoninėse hospitalizuotų pacientų skaičiaus, tenkančio vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui, vidurkiui.

VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje lyginant su kitomis respublikinėmis ligoninėmis buvo mažiausias hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui. Šioje ligoninėje 2013 m. ir 2014 m. vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui teko po 23,5 hospitalizuotus pacientus. Lyginant su respublikinių ligoninių vidurkiu, reikia pabrėžti, kad VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje 2013 m. vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui teko net 9,5 (28,8 proc.) mažiau, o 2014 m. – 8,2 (25,9 proc.) mažiau hospitalizuotų pacientų nei respublikinėse ligoninėse hospitalizuotų pacientų skaičiaus, tenkančio vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui, vidurkis atitinkamais metais (žr. 3 lent.).

3 lentelė. Lovų skaičiaus ir hospitalizuotų pacientų rodiklių duomenys

		VšĮ RKL	VšĮ RPL	VšĮ KUL	VšĮ RŠL	VšĮ KKL	VšĮ RVUL	VšĮ VMKL	VšĮ RKLL	VšĮ KJL
Lovų skaičius	**2013**	1.221	1.019	1.008	951	881	770	614	392	382
	2014	1.151	997	998	1.222	878	770	610	392	394
Hospitalizuotų pacientų skaičius	**2013**	29.284	40.164	45.522	43.654	39.050	31.473	37.961	17.058	15.243
	2014	29.560	39.190	44.392	44.857	35.628	31.273	30.495	17.450	15.799
Hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui	**2013**	32,8	33,2	45,3	31,5	36,1	35	35	23,5	23,9
	2014	34,9	32,1	43,9	31,7	30,9	34,3	29,2	23,5	24,6

Šaltinis: sudaryta pagal Higienos instituto duomenis

Respublikinėse ligoninėse 2013 m. vidutinis lovos funkcionavimo rodiklis siekė 277 dienos per metus, o 2014 m. – net 291 dieną per metus. Analizuojamu laikotarpiu vidutinis lovos funkcionavimo rodiklis padidėjo kiek daugiau nei 14 dienų per metus arba 5 proc.

VšĮ Respublikinę Šiaulių ligoninę reikėtų išskirti, kaip ligoninę, kurioje lovos funkcionavimo rodiklis buvo didžiausias tiek 2013 m., tiek ir 2014 m. Štai 2013 m. lovos funkcionavimo rodiklis šioje ligoninėje buvo 322 dienos per metus, o 2014 m. – 318 dienų per metus. Ligoninėje lovos funkcionavimo rodiklis per metus sumažėjo 4 dienomis per metus arba 1,2 proc. Vidutiniškai 2013-2014 m. laikotarpiu VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje lovos funkcionavimo rodiklis buvo 320 dienos per metus. Lyginant su respublikinių ligoninių lovos funkcionavimo vidurkiu VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje lovos funkcionavimo rodiklis 2013 m. buvo net 45 dienomis per

metus (14 proc.), o 2014 m. – 27 dienomis per metus (8,5 proc.) didesnis nei respublikinių ligoninių lovos funkcionavimo vidurkis.

2014 m. arčiausiai vidutinio respublikinių ligoninių lovos funkcionavimo rodiklio buvo VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė. VšĮ Klaipėdos universitetinėje ligoninėje 2013 m. lovos funkcionavimo rodiklis buvo 286 dienos per metus, o 2014 m. lovos funkcionavimo rodiklis sumažėjęs beveik 2 dienomis (0,7 proc.) siekė 284 dienas per metus. Vidutinis lovos funkcionavimo rodiklis nagrinėjamu laikotarpiu šioje ligoninėje buvo beveik 285 dienos per metus. 2013 m. VšĮ Klaipėdos universitetinės ligoninės lovos funkcionavimo rodiklis buvo 9 dienomis per metus arba 3,2 proc. didesnis, o 2014 m. – 7 dienomis per metus arba 2,4 proc. mažesnis nei respublikinių ligoninių vidutinis lovos funkcionavimo rodiklis atitinkamais metais.

2014 m. mažiausias lovos funkcionavimo rodiklis buvo VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje. Šioje ligoninėje 2013 m. lovos funkcionavimo rodiklis buvo 251 diena per metus. 2014 m. lovos funkcionavimo rodiklis padidėjo 6 dienomis per metus arba 2,4 proc. ir siekė nei 257 dienas per metus. Vidutinis 2013-2014 m. lovos funkcionavimo rodiklis VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje buvo 254 dienos per metus. VšĮ Kauno klinikinėje ligoninėje 2013 m. lovos funkcionavimo rodiklis buvo 26 dienomis per metus (9,4 proc.) mažesnis nei tų pačių metų respublikinių ligoninių lovos funkcionavimo rodiklio vidurkis. Tuo tarpu 2014 m. šioje ligoninėje lovos funkcionavimo rodiklis buvo 34 dienomis per metus (11,7 proc.) mažesnis nei tų pačių metų respublikinių ligoninių lovos funkcionavimo rodiklio vidurkis (žr. 4 lent.).

VGT vidurkis 2013 m. respublikinėse ligoninėse buvo 6,9 dienos, o 2014 m. – beveik 7,3 dienos. 2013-2014 m. VGT vidurkis pailgėjo beveik 0,4 dienos. Procentine išraiška pokytis būtų lygus 5,7 proc.

Ilgiausia VGT buvo VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje. 2013 m. šioje ligoninėje VGT buvo 11,8 dienos, o 2014 m. – 11,3 dienos. Per 2013-2014 m. VGT VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje sutrumpėjo 0,4 dienos arba 3,7 proc. 2013-2014 m. laikotarpiu VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje VGT buvo 11,6 dienos. 2013 m. VGT VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje buvo beveik 4,9 dienos arba 70,9 proc. ilgesnė nei respublikinių ligoninių VGT vidurkis 2013 m. O štai 2014 m. VGT VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje buvo kiek mažiau nei 4,1 dienos arba 55,8 proc. ilgesnė nei respublikinių ligoninių VGT vidurkis 2014 m.

VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje VGT 2013 m. siekė 6,9 dienos, o 2014 m. – 8,7 dienos. Tai reiškia, kad nuo 2013 m. iki 2014 m. VGT šioje ligoninėje pailgėjo beveik 1,8 dienos arba 25,8 proc. Vidutiniškai 2013-2014 m. laikotarpiu VGT VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje buvo 7,8 dienos. Lyginant VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės VGT statistinius duomenis su respublikinių ligoninių vidurkiu, reikia pasakyti, kad 2013 m. VGT VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje buvo tik 0,1 dienos arba 0,1 proc. ilgesnė nei respublikinių ligoninių VGT vidurkis atitinkamais metais. Štai

2014 m. VGT VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje buvo jau 1,4 dienos arba 19,3 proc. ilgesnė nei respublikinių VGT vidutinė trukmė 2014 m.

VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninės VGT 2013 m. buvo 7,7 dienos, o 2014 m. – 7,5 dienos. Per 2013-2014 m. laikotarpį VGT šioje ligoninėje sutrumpėjo beveik 0,3 dienos arba 3,2 proc. Vidutiniškai 2013-2014 m. laikotarpiu VGT VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje buvo 7,6 dienos. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje VGT lyginant su respublikinių ligoninių VGT vidurkiu 2013 m. buvo kiek daugiau nei 0,8 dienos arba 11,9 proc. ilgesnė, o 2014 m. – beveik 0,2 dienos arba 2,5 proc. ilgesnė nei respublikinių ligoninių VGT vidurkis tais pačiais metais. Pažymėtina, kad 2014 m. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė buvo arčiausiai 2014 m. respublikinių ligoninių VGT vidurkio.

Štai 2014 m. trumpiausia VGT buvo VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje. Čia 2013 m. VGT siekė beveik 6 dienas. 2014 m. ji sutrumpėjo 0,5 dienos ir VGT 2014 m. siekė 5,5 dienos. 2013-2014 m. laikotarpiu šioje ligoninėj VGT vidurkis buvo kiek daugiau nei 5,7 dienos. VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje 2013 m. VGT buvo šiek tiek daugiau nei 0,9 dienos (13,7 proc.) trumpesnė nei tų pačių metų respublikinių ligoninių VGT vidurkis. 2014 m. šios įstaigos VGT buvo 1,8 dienos (24,5 proc.) trumpesnė nei respublikinių ligoninių VGT vidurkis atitinkamais metais (žr. 4 lent.).

Respublikinių ligoninių vidutinis letališkumo rodiklis 2013 m. siekė kiek daugiau nei 2,13 proc. 2014 m. jis pakilo 0,02 proc. ir buvo lygus 2,15 proc. 2013-2014 m. įvykęs pokytis procentine išraiška būtų lygus 0,9 proc. 2013-2014 m. laikotarpiu vidutinis letališkumas respublikinėse ligoninėse buvo 2,14 proc.

Didžiausias letališkumo rodiklis 2013 m. buvo VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje, kur siekė 2,88 proc. 2014 m. letališkumo rodiklis šioje ligoninėje sumažėjo 0,2 proc. (bendras pokytis lygus 6,9 proc.) ir siekė 2,68 proc. Vidutinis 2013-2014 m. letališkumo rodiklis VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje buvo 2,78 proc. Lyginant su vidutiniu respublikinių ligoninių letališkumo rodikliu, 2013 m. VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje letališkumo rodiklis buvo net 0,75 proc. (35,2 proc.) didesnis nei respublikinių ligoninių letališkumo rodiklio vidurkis. 2014 m. VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje letališkumo rodiklis buvo 0,53 proc. (24,7 proc.) didesnis nei respublikinių ligoninių letališkumo rodiklio vidurkis tais pačiais metais.

2014 m. didžiausias letališkumo rodiklis buvo VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje ir siekė 3,02 proc. Nuo 2013 m., kuomet letališkumo rodiklis buvo lygus 2,65 proc., jis padidėjo 0,37 proc. (bendras pokytis lygus 14 proc.). Vidutinis 2013-2014 m. laikotarpiu letališkumo rodiklis VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje buvo 2,84 proc. VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje 2013 m. letališkumo rodiklis buvo 0,52 proc. (24,4 proc.) didesnis nei vidutinis respublikinių ligoninių letališkumo rodiklius tais pačiais metais, o 2014 m. – 0,87 proc. (40,5 proc.) didesnis nei vidutinis respublikinių ligoninių letališkumo rodiklis atitinkamais metais.

VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje 2013 m. letališkumo rodiklis buvo 2,13 proc., o 2014 m. – 2,15 proc. Per du metus laiko letališkumo rodiklis padidėjo 0,02 proc. (bendras pokytis lygus 0,9 proc.). Vidutinis letališkumo rodiklis 2013-2014 m. laikotarpiu VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje buvo lygus 2,14 proc. Lyginant su vidutiniu respublikinių ligoninių letališkumo rodikliu, atkreiptinas dėmesys, kad tiek 2013 m., tiek ir 2014 m. VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje letališkumo rodiklis buvo lygus respublikinių ligoninių letališkumo rodiklio vidurkiui atitinkamais metais.

Mažiausias letališkumo rodiklis 2013-2014 m. laikotarpiu buvo VšĮ Vilniaus m. klinikinėje ligoninėje. Šioje ligoninėje 2013 m. letališkumo rodiklis siekė 1,38 proc., o 2014 m. – 1,64 proc. Per tuos metus letališkumo rodiklis VšĮ Vilniaus m. klinikinėje ligoninėje padidėjo 0,26 proc. (bendras pokytis lygus 18,8 proc.). Vidutinis letališkumo rodiklis ligoninėje 2013-2014 m. buvo 1,51 proc. VšĮ Vilniaus m. klinikinėje ligoninėje letališkumo rodiklis 2013 m. buvo net 0,75 proc. (35,2 proc.) mažesnis nei respublikinių ligoninių 2013 m. vidutinis letališkumo rodiklis. Tuo tarpu 2014 m. VšĮ Vilniaus m. klinikinėje ligoninėje letališkumo rodiklis buvo 0,51 proc. mažesnis (23,7 proc.) nei respublikinių ligoninių vidurkis atitinkamais metais (žr. 4 lent.).

4 lentelė. VGT, lovos funkcionavimo ir letališkumo rodiklių duomenys

		VšĮ RKL	VšĮ RPL	VšĮ KUL	VšĮ RŠL	VšĮ KKL	VšĮ RVUL	VšĮ VMKL	VšĮ RKLL	VšĮ KJL
Lovų funkciona-vimas, d./m.	**2013**	287	273	286	322	251	240	270	259	308
	2014	300	274	284	318	257	262	318	307	299
Vidutinė gulėjimo trukmė, d.	**2013**	11,8	7	6,3	6,9	6,2	5,9	4,3	5,9	7,7
	2014	11,3	7	6,4	8,7	6,3	6,4	6,4	5,5	7,5
Letališkumas, proc.	**2013**	2,9	2,1	2,4	2,4	1,4	2,7	1,4	2,1	1,7
	2014	2,7	2,2	2,3	2,3	1,8	3	1,6	1,7	1,8

Šaltinis: sudaryta pagal Higienos instituto duomenis

3.3. Daugiaprofilinių respublikos lygmens ligoninių reitingavimas pagal 2014 m. pasiektus veiklos rezultatus

3.3.1. Ekspertinio tyrimo rezultatai

Siekiant kuo objektyviau įvertinti devynių respublikinių stacionarinių ASPĮ pasiektus veiklos rezultatus ir objektyviai atlikti šių įstaigų reitingavimą tyrime naudotas ekspertinio vertinimo metodas. Ekspertinis vertinimas remiasi prielaida, kad stacionarinių ASPĮ pasiektų veiklos rezultatų vertinimas, yra svarbus veiksnys, užtikrinantis efektyvų stacionarinių ASPĮ finansavimą bei kokybiškų ir savalaikių paslaugų teikimą pacientams. Vykdant tyrimą dalyvavo septyni ekspertai. Visi ekspertai yra

dirbantys sveikatos apsaugos srityje. Ekspertų nuomonių suderinamumui įvertinti buvo taikytas Kendall konkordancijos koeficientas. Pagal šį metodą ekspertų vertinimai yra ranguojami.

Siekiant išsiaiškinti, kurie rodikliai daro lemiamą įtaką vertinant stacionarinių ASPĮ pasiektus veiklos rezultatus, ekspertams buvo pateikta 15 finansinių ir kokybinių rodiklių, detalizuojančių įstaigų pasiektų veiklos rezultatų įvertinimą ir reitingavimą. Šie rodikliai ekspertų turėjo būti įvertinti nuo 1 iki 15, kur 1 – labiausiai svarbus rodiklis, o 15 – mažiausiai svarbus rodiklis. Kiekvienam pateiktam rodikliui suteikiamas rangas, vėliau suskaičiuojama rangų suma. „Aukščiausias rangas suteikimas objektui, kurio rangų suma yra mažiausia, o žemiausias rangas – objektui, kurio rangų suma yra didžiausia“ (Tidikis, 2003, p. 524).

Ekspertams buvo pateikti šie veiklos vertinimo rodikliai, lemiantys stacionarinių ASPĮ pasiektų veiklos rezultatų vertinimą ir reitingavimą:

X_1: Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pajamos.

X_2: Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pajamos, uždirbtos vieno etato.

X_3: Asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąnaudos.

X_4: Asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąnaudos, tenkančios vienam etatui.

X_5: Asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansinis rezultatas.

X_6: Gydytojų ir slaugytojų vidutinis darbo užmokestis.

X_7: Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičius.

X_8: Santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis įstaigos išlaidose.

X_9: Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykis.

X_{10}: Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turimų lovų skaičius.

X_{11}: Lovos funkcionavimas (dienos per metus).

X_{12}: Letališkumas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (proc.).

X_{13}: Hospitalizuotų pacientų skaičius per metus.

X_{14}: Hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui.

X_{15}: Pacientų vidutinis gulėjimo laikas (dienos).

Lentelėje pateikiami ekspertų apklausos metu gauti rezultatai, apskaičiuota rangų suma bei rangų sumų vidurkis ir nuokrypio kvadratas (žr. 5 lent.). Detalūs atlikti skaičiavimai su formulėmis pateikti mokslinio darbo prieduose (žr. 6 priedą).

5 lentelė. Ekspertų vertinimų suvestinė

Eksperto Nr.	**Alternatyvos Nr.**														
	X_1	**X_2**	**X_3**	**X_4**	**X_5**	**X_6**	**X_7**	**X_8**	**X_9**	**X_{10}**	**X_{11}**	**X_{12}**	**X_{13}**	**X_{14}**	**X_{15}**
1	4	2	5	3	1	9	6	7	8	10	11	15	12	14	13
2	12	10	13	11	14	8	5	6	7	3	1	15	2	9	4

5 lentelės tęsinys kitame puslapyje

5 lentelės tęsinys

3	14	11	15	12	13	10	2	3	4	5	6	1	7	8	9
4	4	2	5	3	1	6	14	15	7	8	9	13	10	11	12
5	5	3	6	4	1	7	12	13	2	10	14	15	8	9	11
6	11	8	12	9	7	10	13	14	6	1	2	15	4	5	3
7	10	5	11	6	1	4	13	14	2	3	7	15	8	12	9
Rangų suma $\sum_{i=1}^{m} x_{ij}$	60	41	67	48	38	54	65	72	36	40	50	89	51	68	61
Rangų sumų vidurkis α	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
Nuokrypio kvadratas	16	225	121	64	324	4	81	256	400	256	36	1089	25	144	25
													Suma S^2=3066		

Šaltinis: parengta autorės

Suformuotos pradinės tyrimo hipotezės, pagal kurias buvo tikrinama ar ekspertų vertinimai dera tarpusavyje:

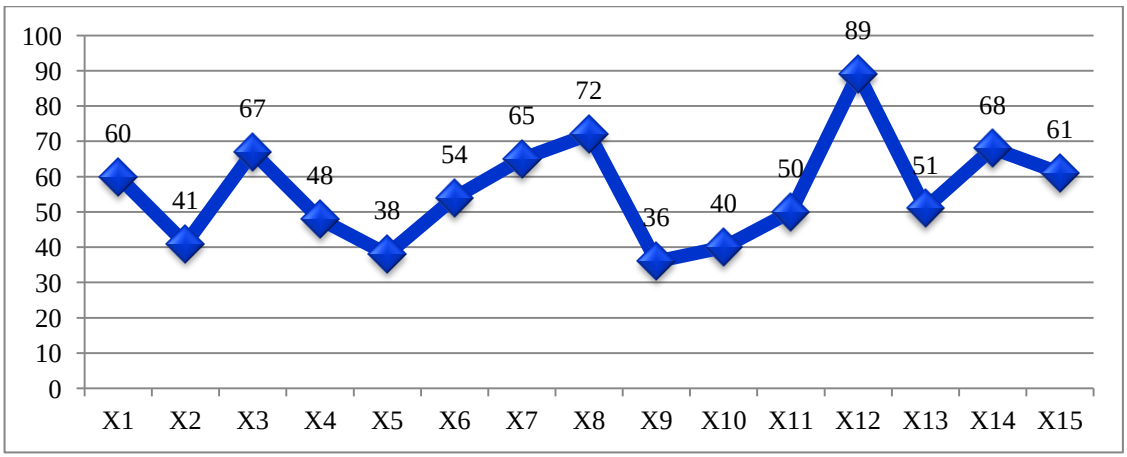
H_0: ekspertų vertinimai prieštaringi (t.y. konkordancijos koeficientas lygus nuliui,W=0);

H_A: ekspertų vertinimai panašūs (t.y. konkordancijos koeficientas nelygus nuliui, W≠0).

Konkordancijos koeficientas W kinta nuo 0 iki 1 (0<W<1); kur 0 reiškia visišką nesuderinamumą; 1 – pilną suderinamumą. Šiuo atveju konkordancijos koeficientas W = 0,22 (žr. 6 priedą), tai rodo pakankamai žemą ekspertų nuomonių suderinamumą.

Konkordancijos koeficiento reikšmingumas yra tikrinamas pagal formulę $X^2>X_{krit}^2$. Šiuo atveju statistikos reikšmė lygi 21,56 ir yra mažesnė už kritinę reikmę, kuri yra 23,68, todėl hipotezė H_0, kad ekspertų vertinimai prieštaringi, priimama. Tai reiškia, kad ekspertų nuomonės yra prieštaringos.

Paveiksle Nr. 19 pateikiamas grafikas, iš kurio matyti, kad pasak ekspertų, didžiausią svarbą vertinant stacionarinių ASPĮ pasiektus veiklos rezultatus bei jas reitinguojant turi du rodikliai: „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiau santykis“ bei „Asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansinis rezultatas“. Tuo tarpu, pasak ekspertų, mažiausiai svarbūs veiksniai yra „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičius“ ir „Letališkumas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“ (žr. 21 pav.).



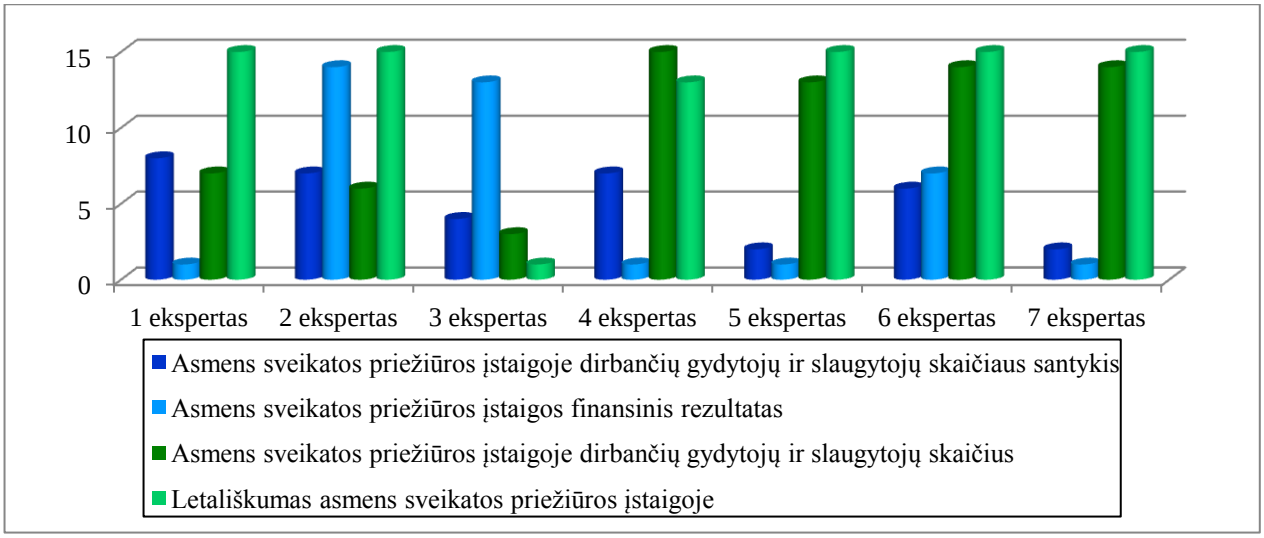
Šaltinis: parengta autorės

21 pav. Ekspertinių vertinimo veiksnių rangų sumos

Iš paveikslo Nr. 22 matome kaip pasiskirstė ekspertų balai jų nuomone svarbiausiems rodikliams „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykis“ bei „Asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansinis rezultatas“ vertinant stacionarinių ASPĮ pasiektus veiklos rezultatus. Taip pat mažiausiai svarbiems rodikliams „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičius“ bei „Letališkumas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“ (žr. 22 pav.).

Rodiklį „Asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansinis rezultatas“ net 4 ekspertai įvertino 1, kaip labiausiai svarbų rodiklį vertinant stacionarinių ASPĮ pasiektus veiklos rezultatus. Rodikliui „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykis“ 2 ekspertai skyrė po du balus ir šį rodiklį įvardino, taip pat, kaip labai svarbų vertinant stacionarinių ASPĮ pasiektus veiklos rezultatus.

Tuo tarpu rodiklį „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičius“ 2 ekspertai įvertino skirdami po 14 balų ir vienas ekspertas skyrė 15 balų, o rodiklį „Letališkumas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“ net 5 ekspertai įvertino skirdami po 15 balų, kaip mažiausiai svarbius rodiklius stacionarinių ASPĮ pasiektų veiklos rezultatų vertinime (žr. 22 pav.).



Šaltinis: parengta autorės

22 pav. Alternatyvų Nr. 5, 8, 9 ir 12 ekspertų vertinimas

Kadangi ekspertai iš 15 pateiktų rodiklių, rodiklį „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykis“ bei rodiklį „Asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansinis rezultatas“ įvardijo kaip svarbiausius rodiklius vertinant stacionarinių ASPĮ pasiektus veiklos rezultatus, atliekant koreliacinę analizę siekiama išsiaiškinti ar egzistuoja ryšys tarp ASPĮ finansinio rezultato ir ASPĮ dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykio.

Koreliacinė analizė skirta nustatyti ryšio tarp atsitiktinių veiksnių X ir Y egzistavimą. Ryšys tarp veiksnių nustatomas pagal turimus duomenis apskaičiuojant koreliacijos koeficientą *r* ir įvertinant reikšmingumą. Jei apskaičiavus paaiškėja, kad koreliacijos koeficientas yra reikšmingas, tuomet daroma išvada, kad ryšis egzistuoja. Koreliacijos koeficiento reikšmė gali būti nuo -1 iki 1. Jei apskaičiavus koeficientas yra teigiamas tai teigiama, kad didėjant X veiksnio reikšmei didėja ir Y reikšmė. Jei koeficientas gaunasi neigiamas, tuomet didėjant X reikšmėms, Y reikšmės mažėja. O jei koreliacijos koeficientas lygus 0, tuomet veiksniai nekoreliuoja. O jei $r = 1$, tai tarp dydžių yra stiprus ryšys (Rudzkienė, 2005).

Naudojantis MS Excel funkcija CORREL apskaičiuotas koreliacijos koeficientas lygus 0,176275739. Taigi, apskaičiavę koreliacijos koeficientą gavome, kad koeficientas tarp ASPĮ finansinio rezultato ir ASPĮ dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykio lygus 0,18. Tai rodo, kad ryšys tarp ASPĮ finansinio rezultato ir ASPĮ dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykio yra nežymus (koreliacija nereikšminga). Taigi, negalime daryti išvados, kad ASPĮ finansinis rezultatas priklauso nuo ASPĮ dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykio.

Suformuojame pradines hipotezes:

H_0: koreliacijos koeficientas lygus nuliui, t.y. H_0: $r_{x,y} = 0$.

$H_{A:}$ koreliacijos koeficientas nelygus nuliui, t.y. H_A: $r_{x,y} \neq 0$.

Toliau tikrinamas koreliacijos koeficiento reikšmingumas. Pažymėtina, kad hipotezė H_0 atmetama, jei absoliuti *t* reikšmė viršija dydį $t_{\alpha/2(n-2)}$. Stjudento skirstinio lygmens kritinių reikšmių lentelėje randame atitinkamą reikšmę, kuri lygi 2,571. Vadinasi $t = 0{,}4086$, o $t_{0,025;5} = 2{,}571$, tai $t<t_{krit}$. Vadinasi, hipotezė H_0 negali būti atmesta. Galima teigti, jog koreliacijos koeficientas lygus nuliui ($r_{x,y} = 0$) ir veiksniai nekoreliuoja.

3.3.2. Ligoninių reitingavimas pagal 2014 m. veiklos rezultatus

Atlikus respublikinių stacionarinių ASPĮ kompleksinį pasiektų veiklos rezultatų vertinimą pagal pirmiau nurodytus vertinimo rodiklius, toliau tikslinga atlikti analizuotų devynių respublikinių stacionarinių ASPĮ reitingavimą pagal 2014 m. veiklos rezultatus.

Siekiant tinkamai įvertinti kiekvienos rodiklių grupės ir atskirai kiekvieno rodiklio svarbą ir vertę reitinguojant respublikines stacionarines ASPĮ, ekspertų tyrimo metu gautos vertinimo rangų sumos įvertintos atitinkamai nuo 1 iki 6 balų. Kiekvieno balo vertė pateikiama prieduose (žr. 7 priedą, 1 lent.). Žemiau esančioje lentelėje parodyta, kaip pagal ekspertų rangų sumas pasiskirstė balai nuo 1 iki 6 (žr. 6 lent.).

6 lentelė. Balai pagal gautas rangų sumas

	Alternatyvos Nr.														
	X_1	**X_2**	**X_3**	**X_4**	**X_5**	**X_6**	**X_7**	**X_8**	**X_9**	**X_{10}**	**X_{11}**	**X_{12}**	**X_{13}**	**X_{14}**	**X_{15}**
Rangų suma $\sum_{i=1}^{m} x_{ij}$	60	41	67	48	38	54	65	72	36	40	50	89	51	68	61
Balai	4	2	4	2	1	3	4	5	1	2	3	6	3	4	4

Šaltinis: parengta autorės

Įvertinus ekspertų rangų sumas ir skyrus jiems balus, atitinkamai nuo 1 iki 6, susumuota kiekvienos iš trijų grupės bendra balų suma. Pasak ekspertų didžiausią reikšmę vertinant respublikinių stacionarinių ASPĮ 2014 m. veiklą turi dvi rodiklių grupės: „Pajamų ir sąnaudų rodikliai“ bei „Darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros rodikliai“. Abi šios grupės surinko po 13 balų, todėl šioms grupės atitinkamai skiriama po 0,4 reikšmingumo koeficiento. Trečioji grupė „Veiklos efektyvumo rodikliai“ surinkusi 22 balus gauna 0,2 reikšmingumo koeficiento.

Reitingavimas atliekamas pagal tris rodiklių grupes: „Pajamų ir sąnaudų rodikliai“, „Veiklos efektyvumo rodikliai“ ir „Darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros rodikliai“. Kiekvienoje rodiklių grupėje vertinama nuo 4 iki 6 rodiklių. Pirmoji rodiklių grupė „Pajamų ir sąnaudų rodikliai“ ir antroji grupė „Darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros rodikliai“ įvertintos 0,4 reikšmingumo koeficientu,

trečioji rodiklių grupė „Veiklos efektyvumo rodikliai“ įvertinta 0,2 reikšmingumo koeficientu (žr. 7 lent.).

7 lentelė. Rodiklių grupių reikšmingumo koeficientai

Rodiklių grupė	Rodiklių grupės pavadinimas	Rodiklių grupėje skaičius	Rodiklių grupės reikšmingumo koeficientas
1 grupė	Pajamų ir sąnaudų rodikliai	5	0,4
2 grupė	Darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros rodikliai	4	0,4
3 grupė	Veiklos efektyvumo rodikliai	6	0,2

Šaltinis: parengta autorės

Atlikus respublikos lygmens stacionarinių ASPĮ veiklos rodiklių analizę, atliktas šių ASPĮ reitingavimas pagal 2014 m. pasiektus veiklos rezultatus. Reitinguojant respublikines stacionarines ASPĮ pagal pasiektus veiklos rezultatus, kiekvienoje grupėje esantys vertinimo rodikliai įvertinami atitinkamai skiriant nuo 1 iki 4 balų, kur 4 – labai gerai, o 1- blogai (žr. 7 priedą, 2 lent.).

Respublikinių stacionarinių ASPĮ reitingavimas pagal 2014 m. veiklos rezultatus atliekamas pradedant nuo tarpinių reitingavimų pagal tris rodiklių grupes. Pirmajai „Pajamų ir sąnaudų rodiklių“ grupei priskiriami 5 respublikinių stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pasiektų veiklos rezultatų vertinimo rodikliai (žr. 7 priedą, 3 lent.). Įvertinant respublikinių ligoninių pasiektus veiklos rezultatus 2014 m. pagal I grupės rodiklius, įstaigos vertintos pagal gautas pajamas, pajamas uždirbtas vieno įstaigos darbuotojo (gydytojų ir slaugytojų grupės), patirtas sąnaudas, sąnaudas tenkančias vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui bei pagal finansinį rezultatą.

Pirmąją vietą pagal I grupės „Pajamos ir sąnaudos“ rodiklius užėmė VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė surinkusi iš viso 14 balų. Tai geriausius rezultatus šioje rodiklių grupėje turėjusi ASPĮ. VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė aukščiausią 4 balų įvertinimą gavo už labai gerą 2014 m. finansinį rezultatą. Antrąją tarpinio reitingavimo vieta dalinasi dvi respublikinės ligoninės. Tai VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė ir VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė. Šios abi ligoninės surinko po 13 balų. Taigi, jos nuo pirmosios vietos atsiliko vos vienu balu, o tai reiškia, kad jų veiklos rezultatai taip pat buvo itin geri. Trečiąją vietą dalinasi net 3 ligoninės: VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė ir VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė. Šios trys ligoninės tarpiniame reitingavimo etape surinko po 12 balų. Pagal I rodiklių grupės pasiektus veiklos rezultatus šių įstaigų pasiekti veiklos rezultatai vertinti kaip blogi. VšĮ Kauno klinikinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė ir VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė dalinosi paskutiniąją, ketvirtąją, tarpinio reitingavimo vieta. Šios ligoninės tarpiniame reitingavime surinko po 11 balų, taigi jų finansinės veiklos rodikliai įvertinti kaip labai blogi. Nuo pirmosios vietos šios įstaigos atsiliko 3 balais (žr. 8 lent.).

8 lentelė. Reitingavimas pagal I grupės rodiklius

Įstaigos pavadinimas	Balai					Balų suma	Vieta
	1	2	3	4	5		
VšĮ Kauno Klinikinė ligoninė	2	1	3	4	1	11	4
VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė	2	3	3	2	2	12	3
VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė	3	4	2	1	2	12	3
VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė	2	2	3	3	3	13	2
VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	1	2	4	3	3	13	2
VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	3	3	2	2	1	11	4
VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	4	2	1	3	1	11	4
VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	3	3	2	2	4	14	1
VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė	2	2	3	3	2	12	3

Šaltinis: parengta autorės

Antrajai „Darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros rodiklių“ grupei priskirti 4 respublikinių stacionarinių ASPĮ pasiektų veiklos rezultatų vertinimo rodikliai (žr. 7 priedą, 4 lent.). Reitinguojant darbe analizuotas stacionarines ASPĮ pagal antros grupės rodiklius vertinti gydytojų ir slaugytojų vidutinio darbo užmokesčio, ASPĮ dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus, ASPĮ dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykio bei santykinės gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalies įstaigos išlaidose rodikliai.

VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, įvertinus antrosios grupės rodiklius ir skyrus balus už pasiektus veiklos rezultatus, užėmė pirmąją vietą, surinkusi 13 balų. Ši ligoninė 2014 m. gavo aukščiausius balus už geriausius „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus“ ir „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykio“ rodiklius. Antrąją vietą užėmė VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė surinkusi iš viso 12 balų. Už kiekvieną šios grupės rodiklį VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė gavo po 3 balus. Taigi jos pasiekti rezultatai įvertinti „gerai“. Trečiąją vietą užėmė dvi ligoninės: VšĮ Kauno Klinikinė ligoninė ir VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė. Abi šios ligoninės surinko po 11 balų. VšĮ Kauno klinikinė ligoninė gavo aukščiausią įvertinimą už rodiklį „Gydytojų ir slaugytojų vidutinis darbo užmokestis“. VšĮ Vilniaus m. klinikinės ligoninės trys rodikliai „Gydytojų ir slaugytojų vidutinis darbo užmokestis“, „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus“ ir „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykio“ gavo įvertinimą „gerai“ ir buvo skirta po 3 balus. Ketvirtoji vieta surinkus 10 balų atiteko VšĮ Respublikinei Klaipėdos ligoninei. Penktąja vieta dalinasi trys ligoninės surinkusios po lygiai balų (po 7 balus) VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė ir VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje blogiausiai įvertinti „Gydytojų ir slaugytojų vidutinis darbo užmokestis“ ir „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus“ rodikliai, už kuriuos skirta tik po 1 balą. VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės prasčiausiai įvertintas ir tik 1 balą gavęs rodiklis buvo „Santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis

įstaigos išlaidose“. O VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė gavo 1 balą už rodiklį „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykis“. Beveik visi penktąją vietą užėmusių ligoninių II grupės rodikliai įvertinti „blogai“ arba „labai blogai“ (žr. 9 lent.).

9 lentelė. Reitingavimas pagal II grupės rodiklius

Įstaigos pavadinimas	Balai				Balų suma	Vieta
	1	2	3	4		
VšĮ Kauno Klinikinė ligoninė	4	3	2	2	11	3
VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė	1	1	3	2	7	5
VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė	2	3	3	4	12	2
VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė	2	2	1	2	7	5
VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	2	2	3	3	10	4
VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	3	3	3	3	12	2
VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	3	4	4	2	13	1
VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	2	2	2	1	7	5
VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė	3	3	2	3	11	3

Šaltinis: parengta autorės

Trečiajai „Veiklos efektyvumo rodiklių“ grupei priskirti 6 žemiau išvardinti respublikinių stacionarinių ASPĮ pasiektų veiklos rezultatų vertinimo rodikliai (žr. 7 priedą, 5 lent.). Vertinant respublikines stacionarines ASPĮ pagal trečiosios grupės rodiklius vertinti šie rodikliai: VGT, lovų skaičius, hospitalizuotų pacientų skaičius, hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui, lovos funkcionavimo ir letališkumo rodikliai.

Geriausiai įvertinta ir pirmąją vietą surinkusi 18 balų užėmė VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė. Ši ligoninė 2014 m. geriausius rezultatus pasiekė pagal „Hospitalizuotų pacientų skaičiaus per metus asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“ ir „Lovos funkcionavimo (dienos per metus)“ rodiklius. Abu šie rodikliai gavo aukščiausią įvertinimą „labai gerai“ ir buvo skirta po 4 balus. Taip pat gerai įvertinti ir „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turimų lovų skaičiaus“, „Hospitalizuotų pacientų skaičiaus, tenkančio vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui“ bei „Letališkumo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“ rodikliai.

Antrąją vietą užėmė VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė surinkusi 17 balų. Rodiklis „Letališkumas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“ šioje ligoninėje įvertintas skiriant 4 balus („labai gerai“). Rodikliai „Hospitalizuotų pacientų skaičius per metus asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“, „Hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui“, „Lovos funkcionavimas (dienos per metus)“ įvertinti „gerai“ ir skirta po 3 balus už kiekvieną rodiklį. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninei atiteko trečioji vieta. Ši ligoninė surinko 16 balų. Rodiklis „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turimų lovų skaičius“ pagal pasiektus rezultatus šioje įstaigoje buvo įvertintas „labai gerai“ ir gavo 4 balus. Ketvirtąja vieta dalinasi dvi ligoninės, tai VšĮ Respublikinė

Kauno ligoninė ir VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė. Šios respublikinės ligoninės surinko po 15 balų. Penktąja vieta dalinasi taip pat dvi įstaigos: VšĮ Kauno Klinikinė ligoninė ir VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė. Abi šios ligoninės gavo po 14 balų. Šeštoji vieta, surinkus 13 balų, atiteko VšĮ Respublikinei Panevėžio ligoninei, o septintoji – VšĮ Respublikinei Vilniaus universitetinei ligoninei. Pastaroji surinko iš viso vos 12 balų. VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje letališkumo rodiklis buvo didžiausias, todėl už trečiosios rodiklių grupės rodiklį „Letališkumas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“ ligoninė gavo vos 1 balą (įvertinta „labai blogai“). Rodikliai „Pacientų vidutinis gulėjimo laikas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“, „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turimų lovų skaičius“, „Hospitalizuotų pacientų skaičius per metus asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“ ir „hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui“ įvertinti „blogai“ ir už kiekvieną šį rodiklį skirta tik po 2 balus (žr. 10 lent.).

10 lentelė. Reitingavimas pagal III grupės rodiklius

Įstaigos pavadinimas	Balai						Balų suma	Vieta
	1	2	3	4	5	6		
VšĮ Kauno Klinikinė ligoninė	2	2	3	1	3	3	14	5
VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė	2	4	3	2	2	3	16	3
VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė	3	2	2	2	3	2	14	5
VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė	3	3	3	3	1	2	15	4
VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	1	3	4	3	4	3	18	1
VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	3	2	1	2	3	2	13	6
VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	4	1	2	4	2	2	15	4
VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	2	2	2	2	3	1	12	7
VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė	2	2	3	3	3	4	17	2

Šaltinis: sudaryta autorės

Taigi, iš suvestinės lentelės Nr. 11 matoma, kad nei viena stacionarinė ASPĮ nėra absoliuti lyderė, kuri užimtų pirmąją vietą. Pirmąją vietą buvo užėmusios VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė ir VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė. Paskutiniąsias vietas užėmė VšĮ Kauno Klinikinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė. VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė net du kartus liko paskutinėje vietoje. VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė du kartus užėmė trečiąją vietą, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė – du kartus liko ketvirtoje vietoje, o VšĮ Kauno Klinikinė ligoninė du kartus liko penktoje vietoje (žr. 11 lent.).

11 lentelė. Ligoninės pagal užimtas vietas

Įstaigos pavadinimas	Vieta		
	1 grupė	2 grupė	3 grupė
VšĮ Kauno Klinikinė ligoninė	4	3	5
VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė	3	5	3
VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė	3	2	5
VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė	2	5	4
VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	2	4	1
VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	4	2	6
VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	4	1	4
VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	1	5	7
VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė	3	3	2

Šaltinis: parengta autorės

Sudarant bendrą visų respublikos lygmens stacionarinių ASPĮ reitingavimą, įstaigų surinkti balai kiekvienoje rodiklių grupėje padauginti iš atitinkamo reikšmingumo koeficiento. Tokiu būdu, pagal gautą balų sumą įvertinus rodiklių grupių reikšmingumo koeficientus atliktas įstaigų reitingavimas.

Galutinėje reitingavimo lentelėje pirmąją vietą užėmė VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė surinkusi 12,8 balo. Ši ligoninė laikytina 2014 m. geriausiai dirbusia ligonine. VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė ir VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, surinkusios po 12,6 balo, užėmė antrąją vietą. Trečioji vieta su 12,4 balo atiteko VšĮ Klaipėdos universitetinei ligoninei. Ketvirtoji vieta atiteko VšĮ Respublikinei Panevėžio ligoninei. Ši ligoninė surinko 11,8 balo. Penktąją vietą užėmė VšĮ Kauno klinikinė ligoninė surinkusi 11,6 balo, šeštoji vieta atiteko VšĮ Respublikinei Kauno ligoninei, surinkusiai iš viso 11 balų. Septintąją vietą taip pat dalinasi dvi ligoninės – VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė ir VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė. Abi šios ligoninės surinko po 10,8 balo. Pastarųjų ligoninių 2014 m. veiklos rezultatai laikytini prasčiausiais iš visų devynių analizuotų respublikinių stacionarinių ASPĮ (žr. 12 lent.).

12 lentelė. Ligoninės pagal reitingo vietas

Įstaigos pavadinimas	Balai pagal grupes			Balų suma	Vieta
	1 grupė	2 grupė	3 grupė		
VšĮ Kauno klinikinė ligoninė	4,4	4,4	2,8	11,6	5
VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė	4,8	2,8	3,2	10,8	7
VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė	4,8	4,8	2,8	12,4	3
VšĮ Respublikinė Kauno ligoninė	5,2	2,8	3	11	6
VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	5,2	4	3,6	12,8	1
VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	4,4	4,8	2,6	11,8	4
VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	4,4	5,2	3	12,6	2
VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	5,6	2,8	2,4	10,8	7
VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė	4,8	4,4	3,4	12,6	2

Šaltinis: parengta autorės

Šiame magistro baigiamajame darbe respublikinių stacionarinių ASPĮ reitingavimas atliktas tik įvertinus 2014 m. veiklos rezultatus. Siekiant kuo didesnio objektyvumo, efektyvumo ir skaidrumo įstaigų reitingavimą galima būtų tobulinti ir įstaigas reitinguoti ne tik pagal vienų metų pasiektus veiklos rezultatus, tačiau būtų galima įvertinti ir įstaigas reitinguoti pagal dviejų metų pasiektus veiklos rezultatus arba pagal 2013-2014 m. (ar kito aktualaus) laikotarpio veiklos rezultatų pokytį. Taip pat, vertinant veiklos rezultatus ir atliekant reitingavimą galima būtų pasirinkti kitokius veiklos vertinimo rodiklius, aktualius tyrėjui ar tyrimu suinteresuotosioms šalims. Manytina, kad tyrimas, įvertinant 2013-2014 m. laikotarpio veiklos rezultatų pokytį, galėtų būti šio tyrimo tęsinys.

Trečiajame skyriuje atliktas devynių respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinis 2014 m. veiklos vertinimas. Šių stacionarinių ASPĮ veikla įvertinta pagal 16 finansinių ir veiklos efektyvumo rodiklių. Pasinaudojant ekspertinio tyrimo metu gautais veiklos vertinimo rodiklių rangavimo rezultatais atliktas analizuotų stacionarinių ASPĮ reitingavimas pagal tris pagrindines rodiklių grupes. Pagal gautus devynių anlizuotų ASPĮ reitingavimo rezultatus, galima teigti, kad 2014 m. geriausiai dirbusia stacionarine ASPĮ buvo VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė. Tuo tarpu surinkusios mažiausiai reitingavimo balų, prasčiausiai dirbusiomis ASPĮ laikytinos VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė ir VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė.

IŠVADOS IR SIŪLYMAI

1. Sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje organizuojama savivaldybių ir valstybės lygiu, o teikiamų paslaugų lygiai skirstomi į pirminę, antrinę ir tretinę sveikatos priežiūrą. Stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikia bendrojo pobūdžio ir specializuotos ligoninės, slaugos ir globos įstaigos, sanatorijos bei ambulatorinių įstaigų padaliniai. 2015 m. Lietuvoje veikė 134 ligoninės, kurios skirstomos į universiteto, respublikos, regionių ir rajonų lygmenis. Stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos tai pat yra skirstomos į pirmines, antrines ir tretines asmens sveikatos priežiūros stacionarines paslaugas. Pabrėžtina, kad viena ASPĮ gali teikti kelių lygių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Stacionarinėse ASPĮ teikiamos plataus profilio specializuotos stacionarinės paslaugos, tokios kaip slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos, skubios medicinos pagalbos, reabilitacijos paslaugos, taip pat atliekami įvairūs tyrimai. Atkreiptinas dėmesys, kad šiuo metu Lietuvoje stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos pagal GDG metodą.

2. Kasmet Lietuvos PSDF biudžeto pajamos vis didėja. Vien 2014 m. į PSDF biudžetą buvo surinkta kiek daugiau nei 1,2 mlrd. Eur. Didžiausia dalis, apie 50-70 proc., sveikatos sistemos išlaidų kasmet tenka stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. 2014 m. išlaidos sveikatos apsaugai, lyginant su BVP, Lietuvoje siekė 6,28 proc. Lyginant Lietuvą su kitomis ES šalimis, reikia atkreipti dėmesį, kad Lietuvos išlaidos, lyginant su BVP, yra vienos mažesnių. Norint, kad Lietuvos sveikatos priežiūrai skiriamas finansavimas atitikų ES šalių lygį, išlaidos sveikatos apsaugai turėtų sudaryti ne mažiau 9 proc. BVP. Lyginant Lietuvą su ES šalimis, Lietuva pagal daugelį sveikatos sistemos rodiklių lieka šalių sąrašo gale, dažniausiai turėdama prasčiausius sveikatos sistemos rodiklius. Lyginant Lietuvą su Latvijos ir Estijos statistiniais sveikatos sistemos rodikliais, pažymėtina, kad daugeliu sveikatos rodiklių atžvilgiu, Lietuva lenkia kitas Baltijos šalis. Pavyzdžiui, lyginant šalis pagal turimų lovų skaičiaus bei lovų skaičiaus, tenkančio 10 tūkst. gyventojų, rodiklius, Lietuva 2013 m. lovų lyginant su Estija turėjo 3 kartus, o lyginant su Latvija beveik 2 kartus daugiau lovų.

3. ASPĮ veiklos vertinimas užsienyje skaičiuoja ne pirmą šimtą metų ir yra ganėtinai plačiai taikomas. Kiekviena šalis prieš atlikdama ASPĮ veiklos vertinimą, pasirenka jai aktualius ASPĮ veiklos vertinimo rodiklius ar jų grupes bei metodologijas. ASPĮ veiklos vertinimui pasaulyje naudojami visa aibė įvairiausių vertinimo rodiklių. Vien Europos Komisija yra išskyrusi 88 sveikatos rodiklius, tačiau praktikoje naudojama tik apie 50 sveikatos rodiklių. Vertinti ASPĮ veiklą galima naudojantis rezultatų, procesų ar rezultatų ir procesų vertinimo priemonėmis. Kad ASPĮ veiklos vertinimas būtų kuo obejtyvesnis ir efektyvesnis, o kartu siekiant sukurti palyginamumo principą (tarp šalių ar įstaigų) yra sukurtos bent kelios tarptautinės, plačiai taikomos veiklos vertinimo sistemos.

4. Apie ASPĮ veiklos vertinimą Lietuvoje buvo kalbama jau senai, o būtinybė šalyje įdiegti ASPĮ veiklos vertinimo nacionalinę sistemą įtvirtinta ne viename LRV ir LRS nutarime ir kituose teisės aktuose. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimą Lietuvoje paskatino po Nepriklausomybės atgavimo vykdyta tęstinė sveikatos sistemos finansavimo reforma, siekiant sukurti ekonomiškai efektyvią sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemą, bei sveikatos sistemos plėtros ir ligoninininių tinklo restruktūrizacija, kuria siekta gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą bei optimizuoti ASPĮ tinklą ir teikiamų paslaugų struktūrą ir apimtį. Veiklos vertinimas Lietuvoje pirmasis ASPĮ veiklos vertinimas atliktas 2014 m. Pirmą kartą atliekant ASPĮ veiklos vertinimą buvo vertinamos devynios daugiaprofilinės ir septynios monoprofilinės ligoninės. Šių ligoninių veikla vertinta daugiausiai dėmesio skiriant 2013 m. finansiniams įstaigų veiklos rezultatams. O reitingavimas pagal šešias finansinių ir veiklos efektyvumo rodiklių grupes atliktas tik daugiaprofilinių ASPĮ.

5. Magistro baigiamajame darbe atliktas devynių respublikos lygmens daugiaprofilinių stacionarinių ASPĮ kompleksinis veiklos vertinimas pagal 16 finansinių ir įstaigų veiklos efektyvumo rodiklių. Atliekant įstaigų veiklos vertinimą jos vertintos pagal gautas pajamas ir patirtas sąnaudas, pagal įstaigų finasinius rezultatus, gydytojų ir slaugytojų skaičių bei gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykį, gydytojų ir slaugytojų VDU dydį, taip pat vertintos pagal lovos funkcionavimo, VGT, hospitalizuotų pacientų ir turimų lovų skaičiaus bei kitus rodiklius. Didžiausias pajams ir sąnaudas 2014 m. patyrė VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė. O pagal pajamas ir sąnaudas, tenkančias vienam įstaigos etatui, pirmavo VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė. Tuo tarpu, VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, buvo ta ligoninė, kuri 2014 m. pabaigė turėdama didžiausią teigiamą finansinį rezultatą. Štai VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė išsiskyrė pagal didžiausią gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykį. 2014 m. didžiausi gydytojų VDU buvo VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, o VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė galėjo pasigirti didžiausiais slaugytojų VDU. Didžiausias lovų skaičius, didžiausias hospitalizuotų pacientų skaičius bei didžiausias lovos funkcionavimo rodiklis buvo VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje. Ilgiausia VGT 2014 m. buvo VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje, didžiausias letališkumo rodiklis 2014 m. pasiektas VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje.

6. Analizuotų devynių ASPĮ reitingavimas atliktas pagal tris pagrindines rodiklių grupes, kur kiekvienoje iš jų buvo po 4-6 vertinimo rodiklius: pajamų ir sąnaudų vertinimo rodiklių grupė, darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros vertinimo rodiklių grupė ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių grupė. Atlikus ASPĮ reitingavimą paaiškėjo, kad pagal 2014 m. veiklos rezultatus pirmąją vietą užėmė VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė, antrąja vieta dalinosi VšĮ Vilniaus m. klinikinė ligoninė ir VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, o trečioje vietoje liko VšĮ Klaipėdos universitetinei ligoninei. Galima daryti prielaidą, kad šios ligoninės laikytinos geriausiai dirbusiomis 2014 m. Tuo

tarpu, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė ir VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė pagal pasiektus rezultatus, liko paskutinėje, septintoje vietoje. Todėl šios dvi ligoninės laikytinos prasčiausiai dirbusiomis ligoninėmis 2014 m.

7. Įvertinus ASPĮ veiklos vertinimo patirtį užsienyje ir Lietuvoje, bei atlikus devynių daugiaprofilinių stacionarinių ASPĮ kompleksinį 2014 m. veiklos rezultatų vertinimą ir apibendrinus gautus rezultatus, išskirtos šios rekomendacijos:

7.1. Pirmiausiai siūlytina sukurti teisinę bazę, kurioje būtų reglamentuotos ASPĮ veiklos vertinimo taisyklės, vertinimo principai bei metodika. Kartu turėtų būti numatyti konkretūs ASPĮ veiklos vertinimo rodikliai, vertinimo atlikimo terminai ir už ASPĮ veiklos vertinimą atsakingos institucijos ar asmenys.

7.2. Taip pat siūlytina konkretizavus ASPĮ veiklos vertinimo rodiklius, sukurti vieną vertinimo rodiklių duomenų bazę, kurioje būtų kaupiami, apdorojami ir įvairiais aspektais analizuojami ASPĮ finansiniai ir veiklos efektyvumo duomenys.

7.3. Be to, siūlytina, kad ASPĮ veiklos vertinimas Lietuvoje būtų periodiškas ir nuolatinis procesas, kuris skatintų didesnę įstaigų atsakomybę, efektyvesnę ASPĮ veiklą ir kokybiškesnių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą..

LITERATŪRA

1. Absolute numbers // Prieiga per internetą: http://apps.who.int/gho/data/view.main.92000, [žiūrėta 2015 12 28]

2. Administracinės paslaugos. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės kontrolės aprašymas // Prieiga per internetą: http://www.vaspvt.gov.lt/files/Paslaugos/Administracines/Pacientu_teisiu_ir_sveikatos_prieziuros_paslaugu_kokybes_kontrole/ASPPKK.pdf, [žiūrėta 2016 01 25]

3. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertė (eurais), taikoma atsiskaitant už paslaugas, suteiktas nuo 2015 m. sausio 1 d. // Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-baziniu-kainu-balo-verte-litais, [žiūrėta 2016 02 01]

4. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertė (eurais), taikoma atsiskaitant už paslaugas, suteiktas nuo 2016 m. sausio 1 d. // Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-baziniu-kainu-balo-verte-litais [žiūrėta 2016 02 01]

5. Australijos Vyriausybės Sveikatos ir senėjimo departamentas. *Australijos patobulintos giminingų diagnozių grupės 6.0 versija.* – Australija: 2008, Nr. 1 // Prieiga per internetą: http://vlk.atstovas.lt/resources/files/DRGVa dovasNr1.pdf, [žiūrėta 2015 12 12]

6. Blumel M., Busse R. The German Health Care System / International Profiles of Health Care Systems – New York: The Commonwealth fund, 2014, p. 63-71. // Prieiga per internetą: http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fundreport/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf, [žiūrėta 2016 03 02]

7. Busse R. et al. Measuring, Monitoring, And Managing Quality In Germany‘s Hospitals // *Health Affairs*. – Bethesda: 2009, No. 2, p. 294-304. Prieiga per internetą: http://content.healthaffairs.org/content/28/2/w294.full.html, [žiūrėta 2016 02 15]

8. Buivydas R. Lietuvos sveikatos sistema / *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje* – Vilnius: UAB „Efrata“, 2010, p. 143-207

9. Buškevičiūtė E. *Viešieji finansai*. – Kaunas: Technologija, 2006

10. Canadian Institute for Health Information. *A Performance Measurement Framework for Canadian Hospitals.* – Ottawa: CIHI, 2013

11. Causes of death – Deaths by country of residence and occurance // Prieiga per internetą: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do, [žiūrėta 2015 12 11]

12. Čepulytė G., Palubinskienė S. Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai // *Jaunųjų mokslininkų darbai* – Šiauliai: 2008, Nr. 1 (17), p. 131-137. Prieiga

per internetą: http://jga.lt/uploads/studijos/sveikatos%20draudimo%20aspektai.pdf, [žiūrėta 2016 01 05]

13. Černiauskas G., Jankauskienė D. Antrasis sveikatos reformų dešimtmetis // *Sveikatos politika ir valdymas*. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 1 (2), p. 4-9

14. Černiauskas G., Panovas I. Sveikatos sistemos finansavimas. Medicinos paslaugų ir prekių rinkos // *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje* – Vilnius: UAB „Efrata“, 2010, p. 248-291

15. Durand-Zaleski I. The French Health Care System / International Profiles of Health Care Systems. – New York: The Commonwealth fund, 2014, p. 53-52. // Prieiga per internetą: http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fundreport/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf, [žiūrėta 2016 03 02]

16. ECHI – European Core Health Indicators // Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm, [žiūrėta 2016 03 05]

17. Ekspertas Nr. 1, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2016

18. Ekspertas Nr. 2, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2016

19. Ekspertas Nr. 3, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2016

20. Ekspertas Nr. 4, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, 2016

21. Ekspertas Nr. 5, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 2016

22. European Commission, The Economic Policy Committee. *Joint Report on Health Systems*. – Briuselis: 2010. Prieiga per internetą: http://europa.eu/epc/pdf/joint_healthcare_report_en.pdf, [žiūrėta 2016 01 27]

23. Europos Komisija. *Komisijos komunikatas dėl efektyvių, prieinamų ir lanksčių sveikatos priežiūros sistemų*. – Briuselis: 2014. // Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_lt.pdf, [žiūrėta 2016 01 15]

24. FAQ: How and Why We Rate and Rank Hospitals // Prieiga per internetą: http://health.usnews.com/health-news/best-hospitals/articles/2015/05/20/faq-how-and-why-we-rate-and rank-hospitals, [žiūrėta 2016 03 15]

25. Gaidelytė R., Cicėnienė V. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2004 m. // Vilnius: Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2005. – Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html, [žiūrėta 2016 01 08]

26. Gaidelytė R., Tendziagolskytė D. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2013. // Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2014. – Prieiga per

internetą: http://www.hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html, [žiūrėta 2016 01 08]

27. Gaidelytė R., Tendziagolskytė D. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2014. // Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2015. – Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-ir-sveikatos-prieziuros-istaigu-veikla-2013-m.html, [žiūrėta 2016 01 08]

28. Gaižauskienė A. et al. Sveikatos statistikos vadovas. – Vilnius: UAB „Petro ofsetas“, 2003

29. Gaižauskienė A. Ar išvengiamo mirtingumo rodiklis yra tinkama priemonė sveikatos priežiūros sistemos vertinimui Lietuvoje? // Sveikatos politika ir valdymas. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2010, Nr. 1 (2), p. 50-62

30. Glenngard A. H. The Swedish Health Care System / *International Profiles of Health Care Systems* – New York: The Commonwealth fund, 2014, p. 133-141. // Prieiga per internetą: http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fundreport/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf, [žiūrėta 2016 03 02]

31. Guisset A. L. et al. *Performance management, developing a culture of measurement and continous quality improvement in Estonian hospitals: Recommendations on alternative entry points and ways forward.* – Danija: WHO Regional Office for Europe, 2009

32. Gustainienė L. *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. – Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, 2003

33. Health expenditure ratios, all countries, selected years // Prieiga per internetą: http://apps.who.int/gho/data/node.main.75, [žiūrėta 2016 02 19]

34. Health personnel employed in hospitals // Prieiga per internetą: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do, [žiūrėta 2015 12 11]

35. Higienos instituto nuostatai // Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/lt/virsutinis-meniu/veikla/nuostatai.html, [žiūrėta 2016 03 03]

36. Hospital beds by type of care // Prieiga per internetą: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do, [žiūrėta 2015 12 10]

37. Hospital discharges and length of stay for inpatient and curative care // Prieiga per internetą: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do, [žiūrėta 2015 12 10]

38. Hospital performance assessment // Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systemsgovernance/activities/hospital-performance-assessment, [žiūrėta 2016 03 02]

39. How we rate hospitals. Answers to questions about how the hospitals are rated and how you should use the information // Prieiga per internetą: http://www.consumerreports.org/cro/2012/10/how-we-rate-hospitals/index.htm, [žiūrėta 2016 03 14]

40. In-patient average length of stay (days) // Prieiga per internetą: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do, [žiūrėta 2015 12 11]

41. Išlaidos sveikatos priežiūros funkcijoms ir teikėjams // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliuanalize?portletFormName=visualization&hash=4dc94bc1-7d68-4e3e-b3f6-d79b5a3ad873, [žiūrta 2016 01 26]

42. Įmokos // Prieiga per internetą: http://www.vilniaustlk.lt/index.php?id=44, [žiūrėta 2016 02 15]

43. Yuen P. P., Ng A. W. Towards a balanced performance measurement system in a public health care organization // *International Journal of Health Care Quality Assurance*. – 2012, Vol. 25, p. 421-430, 2012, Prieiga per internetą: http://dx.doi.org/10.1108/09526861211235919, [žiūrėta 2016 03 09]

44. Jankauskienė D. Sveikatos politikos ir valdymo vystymas // *Sveikatos politika ir valdymas*. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2009, Nr. 1(1), p.4-22

45. Jankauskienė D. Sveikatos politika ir valdymo raida bei pagrindiniai dabarties iššūkiai // *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. Vilnius: UAB „Efrata“, 2010 p. 104-142

46. Jankauskienė D. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje // *Sveikatos politika ir valdymas.* – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2011, Nr. 1(3), p. 7-26. Prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/upload/iblock/613/01_jankauskiene.pdf, [žiūrėta 2016 01 14]

47. Jankauskienė D. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse // *Sveikatos politika ir valdymas*. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2012, Nr. 1., p. 84-101. Prieiga per internetą: http://ssvp2012.mruni.eu/wpcontent/uploads/2011/10/%C5%BDurnalas-2012.pdf, [žiūrėta 2015 02 15]

48. Jankauskienė D., Pečiūra R. *Sveikatos politika ir valdymas*. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2007

49. Janonis S. J. Privalomojo sveikatos draudimo raida // *Sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: problemos ir perspektyvos.* – Druskininkai: 2002

50. Janušonis V. Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra: sampratos, sąsajos, krytpys, vadybiniai aspektai. – Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2008

51. Janušonis V. Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai // *Sveikatos mokslai*. – Vilnius: 2011, Vol. 21, No. 4, p. 5-11

52. Janušonis V., Popovienė J. *Kokybės sistemos: kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose*. – Klaipėda: S. Jakužio leidykla-spaustuvė, 2004

53. Jasiukevičiūtė T., Pajarskienė B. Slaugytojos restruktūrizuojamose ligoninėse: santykių dinamika, būsenos ir „išlikimo“ strategijos pokyčių metu // *Visuomenės sveikata*. – Vilnius: LĮ „Kriventa“, 2013, Nr. 1, p. 63-74. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%20%20 Priedas%20Nr1.pdf, [žiūrėta 2016 01 18]

54. Kacevičius G. *Gimininգų diagnozių grupių (DRG) diegimas Lietuvoje.* – 2009. // Prieiga per internetą: http://www.mruni.eu/mru_lt_dokumentai/fakultetai/strateginio_valdymo_ir_politikos_fakultetas/informacija/3_Kacevicius_DRG%20pranesimas%202009-12-01.pdf, [žiūrėta 2015 12 06]

55. Kacevičius G. Gimininգų diagnozių grupių metodo diegimas – sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui Lietuvoje // *Sveikatos politika ir valdymas*. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2009, Nr. 1(1), p. 95-107

56. Kacevičius G. *Gimininգų diagnozių grupių (DRG) taikymo pirmieji rezultatai ir perspektyvos.* – 2012 // Prieiga per internetą: http://wwwaneveziotlk.lt/userfiles/file/20120424%20DRG%20%282%20klausimo%20pristatymas%29.pdf, [žiūrėta 2015 12 06]

57. Kacevičius G. et al. *Gimininգų diagnozių grupių (DRG) taikymo pirmieji rezultatai ir perspektyvos* // Prieiga per internetą: http://vilniaustlk.lt/index.php?id=844, [žiūrėta 2015 12 08]

58. Kaliatkaitė J., Pajarskienė B. Restruktūrizuojamose Lietuvos ligoninėse dirbančių slaugytojų subjektyvi sveikata // *Visuomenės sveikata*. – Vilnius: LĮ „Kriventa“, 2013, Nr. 1, p. 36-42. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/VS%202013%20%20 Priedas%20Nr1.pdf, [žiūrėta 2016 01 18]

59. Kardelis, K. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. – Kaunas: Judex, 2005

60. Kauno teritorinė ligonių kasa. *Dėl sveikatos priežiūros įstaigų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų tinkamo panaudojimo*. 2014 03 10, Nr. 3-907

61. Kauno teritorinė ligonių kasa. *Dėl sveikatos priežiūros įstaigų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų tinkamo panaudojimo*. 2015 03 06, Nr. 3-553

62. Klaipėdos teritorinė ligonių kasa. *Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų tinkamo naudojimo 2013 metais ataskaitos*. 2014 03 12, Nr. A1-1078

63. Klaipėdos teritorinė ligonių kasa. *Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų tinkamo naudojimo už 2014 metus.* 2015 03 10. Nr. A1-1112

64. Kulik J. Naujoji stacionarinių paslaugų apmokėjimo tvarka // *Sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: problemos ir perspektyvos.* – Druskininkai: 2002

65. Kumpienė J. Lietuvos sveikatos priežiūros ištekliai ir jų struktūra / *Sveikatos priežiūros reforma: visuomenės lūkesčiai, vykdytojų ir ekspertų vertinimai* – Vilnius: Seimo leidykla „Valstybės žinios“, 2007, p. 103-130

66. Kumpienė J., Sužiedelytė O. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos restruktūrizavimas // *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje*. – Vilnius: UAB „Efrata“, 2010, p. 208-247

67. Kuzmarskas T., Januškevičius V. Lietuvos ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo galimybės taikant Pasaulio sveikatos organizacijos parengtą vertinimo modelį „PATH“ // Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. – Vilnius: 2013, T. 17, Nr. 6, p. 390-394

68. Labutis G., Oškeliūnas V. Subalansuotų rodiklių sistema – gydymo įstaigos veiklos tobulinimo įrankis // *Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra*. – Kaunas: KOPA, 2005, p. 39-44

69. Levišauskaitė K., Rūškys G. *Valstybės finansai*. – Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, 2003

70. Lietuvos Respublikos 2004 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas, 2003 12 23, Nr. IX-1945 // Prieiga per internetą: http://www.infolex.lt/lite/ta/28937, [žiūrėta 2015 12 10]

71. Lietuvos Respublikos 2013 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas, 2012 12 20, Nr. XII-67 // Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.2B9710936283, [žiūrėta 2015 12 10]

72. Lietuvos Respublikos 2014 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas, 2013 12 17, Nr. XII-684 // Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/053ebb8089da 11e397b5c02d3197f382, [žiūrėta 2015 12 10]

73. Lietuvos Respublikos Prezidentūra. *Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2,15[1] ir 45 straipsnių pakeitimo įstatymo papildymo 15[2] ir 15[3] straipsniais įstatymo projektas*. – Vilnius: 2015

74. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“, 2011 06 07, Nr. XI-1430 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.401152?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=e2a3469a-b506-4e2d-83ef-6271da18b4f8, [žiūrėta 2016 01 25]

75. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybė programos“, 2012 12 13, Nr. XII-51 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.439761? positionInSearchResults=0&searchModelUUID=0100c676-3e07-4207-b11a-1b89940eb73b, [žiūrėta 2016 02 11]

76. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“, 2014 06 06, Nr. XII-964 // Prieiga per internetą: https://e-

seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b19d90c08?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=0ba63353-f98d-4786-82e1-793b74a0eece, [žiūrėta 2016 02 01]

77. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. *Sveikatos sistemos apžvalga*. – Klaipėda: Baltic Printing House, 2013

78. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. *SAM pavaldumo sveikatos priežiūros įstaigų 2013 metų veiklos vertinimas*: pranešimas. – Vilnius: 2014

79. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“, 2012 11 29, Nr. V-1073 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.438838/TecExpuUDH, [žiūrėta 2016 01 30]

80. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl gimininių diagnozių grupių sąrašo ir normatyvinės gydymo trukmės ir kainų koeficientų pagal gimininių diagnozių grupes sąrašo bei bazinės aktyviojo gydymo atvejo (gydymo etapo) kainos šiam gydymui priskiriamų paslaugų bazinėms kainoms nustatyti tvirtinimo“ pakeitimo“, 2011 12 23, Nr. V-1118 // Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=493664&p_tr2=2, [žiūrėta 2016 03 18]

81. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų įstaigų veiklos finansinių rezultatų vertinimo kiekybinių ir kokybinių rodiklių ir vadovaujančių darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2011 12 01, V-1019 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD /TAIS.413396/gYxfSFRpxb, [žiūrėta 2016 02 10]

82. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų taikymo tvarkos aprašo“, 2005 06 12, V-488 // Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=25 8027&p_tr2=2, [žiūrėta 2016 01 28]

83. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“, 2014 07 15, Nr. V-810 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/d28f5c30111a11e48595a3375cdcc8a3?positionInSearch Results=2&searchModelUUID=b21eb25e-06e5-4ecc-9cb4-c6de839629f2, [žiūrėta 2016 03 02]

84. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos statistinių ataskaitų patvirtinimo“, 2006 11 27, Nr. V-938 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.287284/zW riFjVWof, [žiūrėta 2016 02 08]

85. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas, 1996 05 21, Nr. I-1343 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.28356/XzPoiDoLum, [žiūrėta 2016 02 02]

86. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996 06 06, I-1367 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.29546/fajvVCDaUj, [žiūrėta 2016 02 02]

87. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994 07 19, Nr. I-552 // Preiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/fiXUUtzuiA, [žiūrėta 2016 02 02]

88. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė. *Valstybinio audito ataskaita asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema*. – Vilnius: 2007 06 26 , Nr. VA-P-10-4-9

89. Lietuvos Resublikos valstybės kontrolė. *Valstybinio audito ataskaita stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas.* – Vilnius: 2010 08 31, Nr. VA-P-10-16-12

90. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“, 2003 03 18, Nr. 335 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.207037/loXEbByEVw, [žiūrėta 2016 01 10]

91. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“, 2006 06 29, Nr. 647 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.279370?positionInSearchResults=148&searchModel UUID=7bdaf6f7-e320-418c-91af72222e7fd, [žiūrėta 2016 02 04]

92. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūjos įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“, 2009 12 07, Nr. 1654 // Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.361419?positionInSearchResults=90&searchModelUUID=7bdaf6f7-e320-418c-90af72222e7fd, [žiūrėta 2016 02 04]

93. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“, 2015 12 09, Nr. 1290 Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.c35a16c1a33a11e591078486468c1c39?positionInSearchResults=2&searchModel UUID=7bdaf6f7-e320-418c-90af72222e7fd, [žiūrėta 2016 02 04]

94. Lietuvos sveikatos sistemos pertvarkos metmenys // Prieiga per internetą: http://www.vilniaustlk.lt/failai/gyventojams/doc/Metmenys%20vyriausybei.pdf, [žiūrėta 2016 01 18]

95. Ligoninėse gydytų ligonių skaičius apskrityse ir savivaldybėse // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?id=3704&status=A, [žiūrėta 2015 12 28]

96. Ligoninių skaičius SAM sistemoje // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?id=1473&status=A, [žiūrėta 2015 12 28]

97. Loan B., et al. Relevance of Key Performance Indicators (KPIs) in a Hospital Performance Management Model // *Journal of Eastern Europe Research in Business and Economics*.

- Norristown: IBIMA Publishing Vol 2012, p. 1-15. Prieiga per internetą: http://www.ibimapublishing.com/jou rnals/JEERBE/2012/674169/674169.pdf, [žiūrėta 2016 02 23]

98. Lovų skaičius ligoninėse // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?id=1475&status=A, [žiūrėta 2016 01 26]

99. Lovų skaičius ligoninėse. Lovų ligoninėse skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=e33ef058-4f58-4245-9c16-303acadaee4f, [žiūrėta 2015 12 20]

100. Mc Kee M. *Reducing hospital beds. What are the lessons to be learned?*. – Danija: WHO Regional Office for Europe, 2004, No. 6, p. 1-16. – Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/108848/E85032.pdf?ua=1, [žiūrėta 2016 01 28]

101. Measuring hospital quality and performance. United Kingdom // Prieiga per internetą: http://racma.edu.au/index.php?option=com_content&vi__ew=article&id=505&Itemid=256, [žiūrėta 2016 01 25]

102. Metainformacija // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/metainformacija28, [žiūrėta 2016 01 25]

103. Misija // Prieiga per internetą: http://www.vaspvt.gov.lt/node/62, [žiūrėta 2016 01 25]

104. Miškinis K. et al. Lietuvos gyventojų informuotumas ir pasitikėjimas privalomojo sveikatos draudimo sistema // *Sveikatos mokslai*. – Vilnius: 2011, vol. 21, No. 4, p. 48-61. Prieiga per internetą: http://smhs.eu/index.php/smhs/article/viewFile/100/pdf_, [žiūrėta 2016 01 14]

105. Mossialos E. et al. *International Profiles of Health Care Systems*. – New York: The Commonwealth fund, 2015. Prieiga per internetą: http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fundreport/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf, [žiūrėta 2016 03 02]

106. Nalli G. A. et al. Developing A Performance - Based Incentive Program For Hospitals: A Case Study From Maine // Health Affairs. – Bethesda: 2007, No. 3, p. 817-824. Prieiga per internetą: http://content.healthaffairs.org/content/26/3/817.full.html, [žiūrėta 2016 02 26]

107. National Hospital Rankings // Prieiga per internetą: https://healthinsight.org/rankings/hospitals, [žiūrėta 2016 03 11]

108. Nuolatinių gyventojų skaičius metų pradžioje // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?id=1353&status=A, [žiūrėta 2016 01 24]

109. Nursing and midwifery personnel // Prieiga per internetą: http://apps.who.int/gho/data/view.main.NURSES, [žiūrėta 2015 12 28]

110. OECD, WHO, Eurostat. *A System of Health Accounts*. – France: OECD Publishing, 2011. Prieiga per internetą: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cac__he/ITY_OFFPUB/KS-30-11-270/EN/KS-30-11-270-EN.PDF, [žiūrėta 2016 02 08]

111. Pagrindiniai Europos sveikatos rodikliai (ECHI) // Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_lt.htm, [žiūrėta 2016 03 05]

112. Panevėžio teritorinė ligonių kasa. *Dėl informacijos pateikimo*. 2014 03 21, Nr. 12-761

113. Panevėžio teritorinė ligonių kasa. *Dėl informacijos pateikimo*. 2015 03 09, Nr. 12-701

114. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals // Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/103728/E89742.pdf, [žiūrėta 2016 02 06]

115. Performance Measurement in Belgian Hospitals: a state-of-the-art // Prieiga per internetą: https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/34057/1/Performance%20Measurement%20in%20Belgian%20Hospitals.pdf, [žiūrėta 2016 03 18]

116. Politika // Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/indicators/policy/index_lt.htm, [žiūrėta 2016 03 05]

117. Praktikuojančių sveikatos priežiūros specialistų skaičius // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?id=1584&status=A, [žiūrėta 2016 01 26]

118. Praktikuojančių sveikatos priežiūros specialistų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?id=1585&status=A; [žiūrėta 2016 01 26]

119. Roski J., McClellan M. Measuring Health Care Performance Now, Not Tomowwow: Essential Steps To Support Effective Health Reform // *Health Affairs*. – Bethesda: 2011, No. 4, p. 682-689. Prieiga per internetą: http://content.healthaffairs.org/content/30/4/682.full.html, [žiūrėta 2016 03 07]

120. Rudzkienė V. *Socialinė statistika*. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2005

121. Shaw C. *How can hospital performance be measured and monitored?*. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/74718/E82975.pdf, [žiūrėta 2016 01 23]

122. Siūlymui didinti įmokos už vieną apdraustąjį, draudžiamą privalomuoju sveikatos draudimu valstybės lėšomis, dydį po svarstymo pritarta // Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=4445&p_d=122615&p_k=1; [žiūrėta 2016 01 18]

123. Smith P. C. et al. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. – Cambridge: Cambridge University Press, 2009

124. Sveikatos informacijos centras // Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/sveikatos-informacijos-centras.html, [žiūrėta 2016 03 03]

125. Sveikatos priežiūros išlaidos, palyginti su bendruoju vidaus produktu // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?id=10506&status=A, [žiūrėta 2016 01 24]

126. Sveikatos priežiūros personalo skaičius // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?id=5441&status=A, [žiūrėta 2016 01 25]

127. Sveikatos priežiūros personalo skaičius. Sveikatos priežiūros personalo skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/web/guest/statistiniu-rodikliu-analize?portletFormName=visualization&hash=0 a1ea39c-4de3-4453-a16a-e3b1a9a320f1, [žiūrėta 2015 12 16]

128. Sveikatos priežiūros sistemų organizavimas // http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/health_systems_organisation/index_lt.htm, [žiūrėta 2016 02 27]

129. Sveikatos priežiūros sistemos raida // Prieiga per internetą: http://www.vvsb.lt/sveikatos-prieiros-sistemos-raida/, [žiūrėta 2015 12 12]

130. Šalaševčiūtė R. *Ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planas.* – Vilnius: 2015

131. Šiaulių teritorinė ligonių kasa. *Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų tinkamo naudojimo*. 2014 03 10, Nr. S-1362

132. Šiaulių teritorinė ligonių kasa. *Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų tinkamo naudojimo,* 2015 03 10, Nr. S-1308

133. Tarptautinė klasifikacija // Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/indicators/international_classification/index_lt.htm, [žiūrėta 2016 02 28]

134. Tidikis R. *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. – Vilnius: Lietuvos teisės universitetas, 2003

135. *TLK-10-AM, ACHI ir Kodavimo standartų elektroninis vadovas //* Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=144, [žiūrėta 2016 01 12]

136. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus įsakymas „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ nuostatų pakeitimo“, 2014 06 05, Nr. 1K-136 // Prieiga per internetą: https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/3791f5e0ec9d11e3bb22becb572235 f5/tnyGFmucxH, [žiūrėta 2016 03 04]

137. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. *Ligonių kasos: 2012-ųjų apžvalga*. – Vilnius: UAB „Petro ofsetas“, 2013. // Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/leidiniai/2013-m.-leidiniai/Documents/LigoniuKasos2012apzvalga.pdf, [žiūrėta 2016 02 26]

138. Veikla // Prieiga per internetą: http://www.stat.gov.lt/veikla;jsessionid=A02AC1203ACBAEC8DB863AED7A47E147, [žiūrėta 2016 01 25]

139. Veiklos sritys // Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/veiklos-sritys.html, [žiūrėta 2016 01 25]

140. Veiklos sritys // Prieiga per internetą: http://www.vaspvt.gov.lt/node/64, [žiūrėta 2016 01 25]

141. Vidutinis gulėjimo laikas ligoninėje // Prieiga per internetą: http://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?id=1815&status=A; [žiūrėta 2015 12 29]

142. Vilniaus teritorinė ligonių kasa. *Dėl informacijos pateikimo*. 2014 02 28, Nr. 3S-2249

143. Vilniaus teritorinė ligonių kasa. *Dėl informacijos pateikimo*. 2015 03 17, Nr. 3S-2851

144. Visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų fondas // Prieiga per internetą: http://sic.hi.lt/html/fondas.htm, [žiūrėta 2016 02 27]

145. Visuomenės sveikatos stebėsenos duomenų surinkimo ir rodiklių skaičiavimo praktiniai aspektai // Prieiga per internetą: http://www.svsba.lt/out_data/Dokumentai/Pranesimai/2015-10-15-r.-gaidelytes-pranesimas.pdf, [žiūrėta 2016 02 13]

146. VLK: viešosios įstaigos nebankrutuos // Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/naujienos/Puslapiai/VLK-vie%C5%A1osios-gydymo-%C4%AFstaigos-nebankrutuos.aspx, [žiūrėta 2016 01 12]

147. Žegunis Ž. Lietuvos daugiaprofilinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo veiksniai // *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*. – Kaunas: Aleksandro Stulginskio Universitetas, 2015, Vol. 37, No. 3, p. 438-446.

148. World map. Total expenditure on health as % of Gross domestic product // Prieiga per internetą: http://apps.who.int/nha/database/World_Map/Index/en, [žiūrėta 2016 01 15]

Galeckaitė R. *Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinis veiklos vertinimas* / Finansų valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Ekonomikos ir finansų valdymo fakultetas, 2016

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe atliktas devynių respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinis veiklos vertinimas. Pirmame skyriuje analizuojama stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vieta Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, pateikiama statistinė Lietuvos sveikatos rodiklių analizė, kartu palyginant su Europos šalių sveikatos rodikliais. Antrame darbo skyriuje pristatoma stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo patirtis užsienyje ir Lietuvoje, analizuojami veiklos vertinimo rodikliai ir metodai. Trečiajame darbo skyriuje aprašoma tyrimo metodika, susisteminami ekspertinio tyrimo metu gauti duomenys, pristatomi stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2014 m. kompleksinio veiklos vertinimo rezultatai ir įstaigų reitingavimas. Galiausiai pateikiamos išvados ir rekomendacijos.

Pagrindiniai žodžiai: stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, veiklos vertinimo rodikliai, veiklos vertinimas, ligoninių reitingavimas.

Galeckaitė R. *The comprehensive performance assessment of inpatient personal health care institutions* / Financial Management master thesis. Supervisor prof. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Economics and Finance Management, 2016

ANNOTATION

In the master thesis a comprehensive performance assessment of nine the republican level inpatient personal health care institutions was carried out. In the first part of the thesis is analyzed the place of inpatient health care services in the Lithuanian health care system and the statistical analysis of Lithuanian health indicators and the indicators comparison with other European countries is presented. In the second part of the thesis the experience of performance assessment of inpatient personal health care institutions in foreign countries and in Lithuania is presented, the indicators and methods of performance assessment is analyzed. The research methodology and results of expert valuation is described in the third part of the thesis. Also the results of the comprehensive performance assessment of nine inpatient health care institutions and the ranking of these institutions is presented in the third part of the thesis. Finally, conclusions and recommendations are presented at the end of the master thesis.

Key words: inpatient personal health care institutions, performance measurement indicators, assessment of performance, hospital ranking.

Galeckaitė R. *Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinis veiklos vertinimas* / Finansų valdymo magistro baigiamasis darbas. Vadovas prof. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Ekonomikos ir finansų valdymo fakultetas, 2016

SANTRAUKA

Finansų valdymo magistro baigiamojo darbo tema aktuali valdžios sektoriui, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, pacientams ir plačiąjai šalies visuomenei. Užsienio vastybėse veiklos vertinimas atliekamas jau eilę metų, o štai Lietuvoje tai nauja sritis. Iki šiol Lietuvoje buvo atliktas tik vienas asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimas. Tyrimo problema – Lietuvoje neatliekamas stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinis veiklos vertinimas. Tyrimo objektas – respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2014 m. veiklos rezultatai. Šio tyrimo tikslas yra atlikti devynių respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2014 m. kompleksinį veiklos vertinimą. Taip pat buvo išsikelti ir tyrimo uždaviniai: pristatyti stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vietą Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, įvertinti Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos veiklos efektyvumą Europos kontekste, išanalizuoti asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo patirtį užsienyje ir Lietuvoje bei atlikti kompleksinį devynių respublikos lygmens stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų 2014 m. veiklos vertinimą. Tyrimo metodika: mokslinės literatūros analizė, teisės aktų, pirminių dokumentų analizė, statistinių duomenų analizė, sisteminimas ir apibendrinimas, lyginamasis metodas, interviu, ekspertų vertinimo metodas.

Atlikus ekspertinį vertinimą paaiškėjo, kad svarbiausi rodikliai vertinant stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą yra „Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų santykis“ bei „Asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansinis rezultatas“. O interviu metu gauta papildomos informacijos apie Lietuvoje vykdytą sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizaciją bei stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo reformas. Magistro baigiamajame darbe devynių stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veikla įvertinta pagal finansinius ir veiklos efektyvumo rodiklius. O analizuotų devynių asmens sveikatos priežiūros įstaigų reitingavimas atliktas pagal tris pagrindines rodiklių grupes, kur kiekvienoje iš jų buvo po 4-6 vertinimo rodiklius: pajamų ir sąnaudų vertinimo rodiklių grupė, darbo užmokesčio ir darbuotojų struktūros vertinimo rodiklių grupė ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių grupė.

Magistro baigiamąjį darbą sudaro trys skyriai. Pirmame skyriuje analizuojama stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vieta Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje, pateikiama statistinė Lietuvos sveikatos rodiklių analizė, kartu palyginant su Europos šalių sveikatos rodikliais. Antrame darbo skyriuje pristatoma stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo

patirtis užsienyje ir Lietuvoje. Taip pat nagrinėjami veiklos vertinimo rodikliai ir metodai. Trečiajame darbo skyriuje aprašoma tyrimo metodika, susisteminami ekspertinio tyrimo metu gauti duomenys, pristatomi stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinio veiklos vertinimo rezultatai ir įstaigų reitingavimas.

Magistro baigiamojo darbo pabaigoje pateikiamos išvados bei rekomendacijos dėl stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo. Pagrindinė rekomendacija ta, kad Lietuvoje būtina sukurti teisinę bazę ir aiškiai apibrėžti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo metodiką.

Galeckaitė R. *The comprehensive performance assessment of inpatient personal health care institutions* / Financial Management master thesis. Supervisor prof. dr. G. Černiauskas. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Economics and Finance Management, 2016

SUMMARY

Financial management master thesis is important for the public sector, health care institutions, patients and the general public of the country. In foreign countries performance evaluation is carried out for a number of years. But for Lithuania it is a new area. So far, Lithuania has made only one performance assessment of personal health care institutions. The research problem - a comprehensive performance evaluation of inpatient health care institutions is not carried out in Lithuania. The object of research – performance results of nine the republican level inpatient health care institutions of 2014. The aim of the study is to carry out the comprehensive performance assessment of nine the republican level inpatient health care institutions of 2014. The main tasks of the study are: to present the place of inpatient health care services in the Lithuanian health care system, to assess the performance efficiency of the Lithuanian health care system in the European context, to analyze the experience of performance assessment of inpatient personal health care institutions in foreign countries and in Lithuania and to carry out the comprehensive performance assessment of nine the republican level inpatient health care institutions of 2014 results. The methodology of master thesis: analysis of scientific literature, the legislation, primary documents analysis, statistical analysis, systemization and generalization, comparative method, interviews, expert evaluation method.

The expert assessment revealed that the most important indicators for performance assessment of inpatient health care institutions are „Number of working doctors and nurses at personal health care institution“ and „Personal health care institutions financial result“. During the interviews were received additional information about accomplished restructuring of health care institutions and inpatient health care services funding reforms in Lithuania. In the master's thesis the activity of nine inpatient health care institutions were assessed by financial and operating performance indicators. The ranking of nine analyzed personal health care institutions was carried out by the three main groups of assessment indicators, which each of group was followed by 4-6 assessment indicators: group of income and expenses assessment indicators, group of payroll and personnel structure assessment indicators and group of performance efficiency assessment indicators.

The Master's thesis consists of three chapters. In the first part of the thesis is analyzed the place of inpatient health care services in the Lithuanian health care system and the statistical analysis of Lithuanian health indicators and the indicators comparison with other European countries is presented. In the second part of the thesis the experience of performance assessment of inpatient personal health

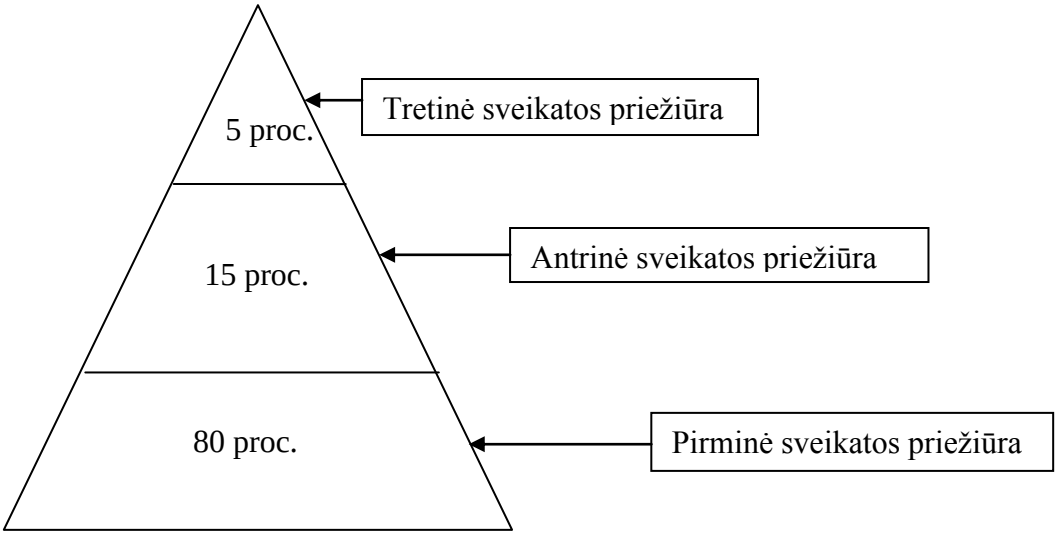
care institutions in foreign countries and in Lithuania is presented, the indicators and methods of performance assessment is analyzed. The research methodology and results of expert valuation is described in the third part of the thesis. Also the results of the comprehensive performance assessment of nine inpatient health care institutions is presented and the ranking of these institutions is made in the third part of the thesis. The research methodology and results of expert valuation is described in the third part of the thesis. Also the results of the comprehensive performance assessment of nine the republican level inpatient health care institutions and the ranking of these institutions is presented in the third part of the thesis.

Conclusions and recommendations for performance assessment of inpatient health care institutions are presented at the end of the master thesis. The main recommendation is that, a legal framework and a methodology of performance assessment of health care institutions should be created in Lithuania.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

LIETUVOS SVEIKATOS SISTEMOS VEIKLOS STATISTIKA



Šaltinis: Jankauskienė, Pečiūra, 2007, p. 153

1 pav. Sveikatos priežiūros sistemos lygiai

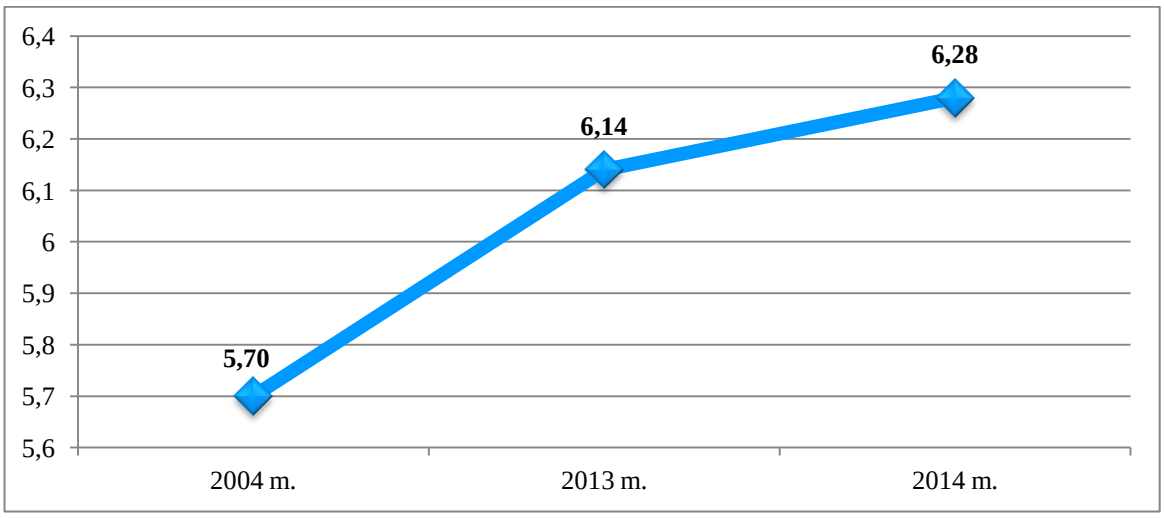
2 PRIEDAS

LIETVUOS SVEIKATOS SISTEMOS STATISTIKA

1 lentelė. Gyventojų skaičiaus kaita

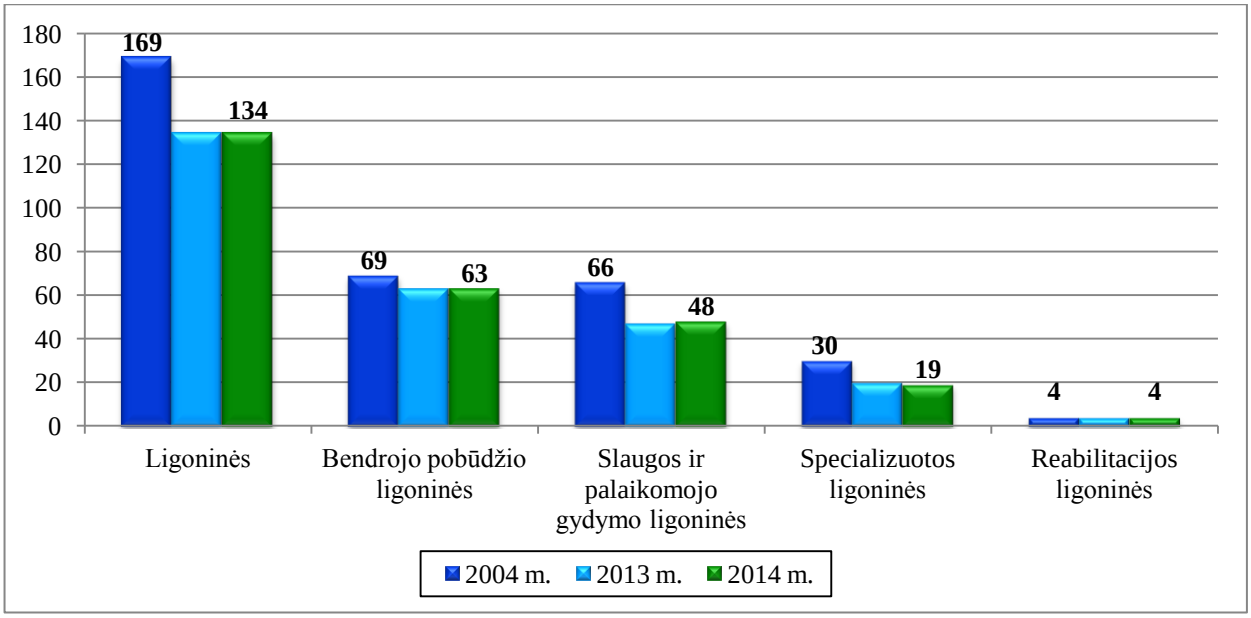
Metai	Lietuvos Respublika (iš viso)	0-15 metų amžiaus gyventojai	Darbingo amžiaus gyventojai	Pensinio amžiaus gyventojai
2004	3 398 929	650 048	2 055 163	693 718
2005	3 355 220	623 316	2 043 499	688 405
2006	3 289 835	594 830	2 015 637	679 368
2007	3 249 983	570 779	2 010 882	668 322
2008	3 212 605	546 952	1 999 219	666 434
2009	3 183 856	526 141	1 990 803	666 912
2010	3 141 976	509 601	1 963 711	668 664
2011	3 052 588	492 205	1 890 397	669 986
2012	3 003 641	479 899	1 850 732	673 010
2013	2 971 905	470 813	1 833 990	667 102
2014	2 943 472	463 251	1 820 517	659 704

Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis



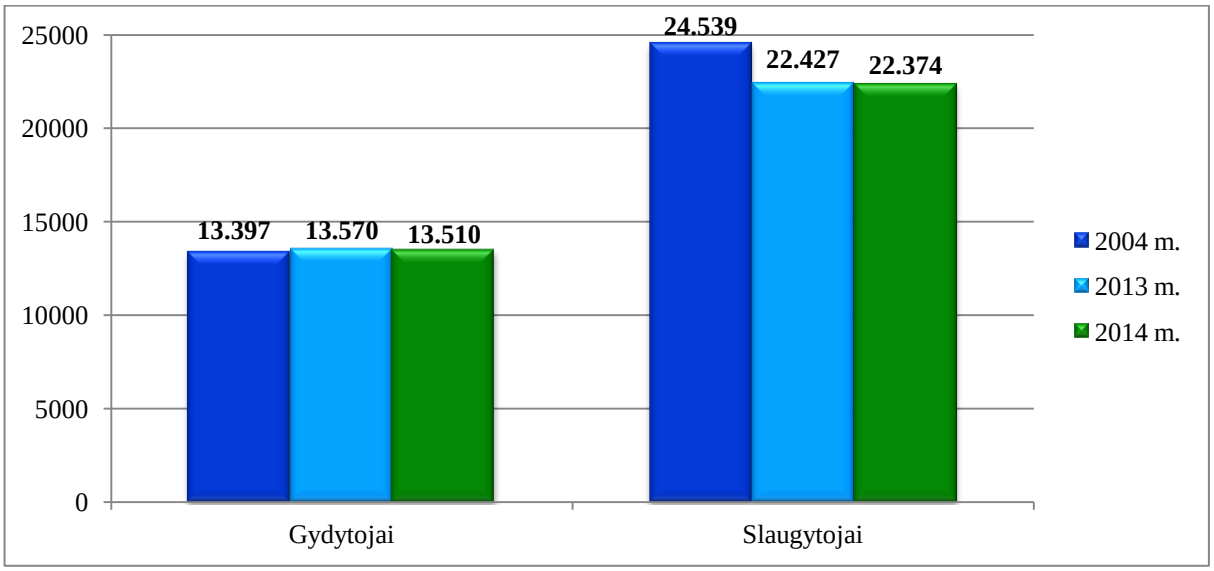
Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis

1 pav. Išlaidos sveikatos apsaugai lyginant su BVP, proc.



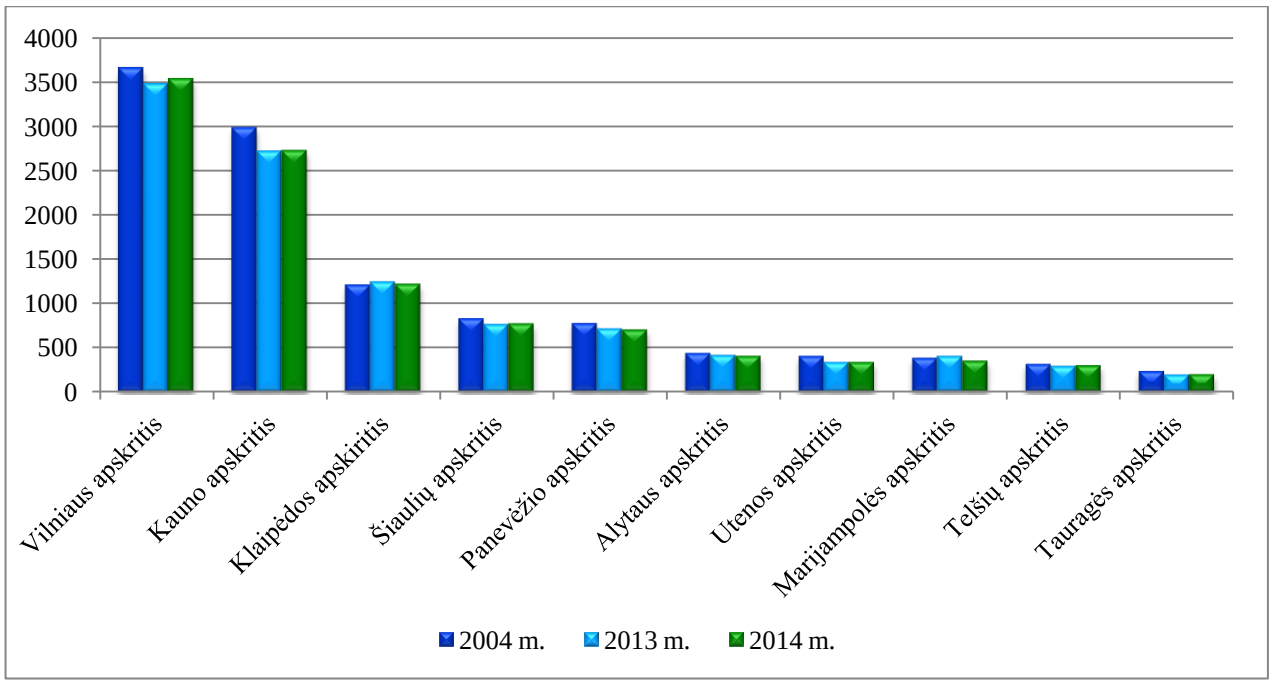
Šaltinis: sudaryta pagal Gaidelytę, Cicėnienę, 2005; Gaidelytę et al., 2014 ir Gaidelytę et al., 2015

2 pav. Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklas



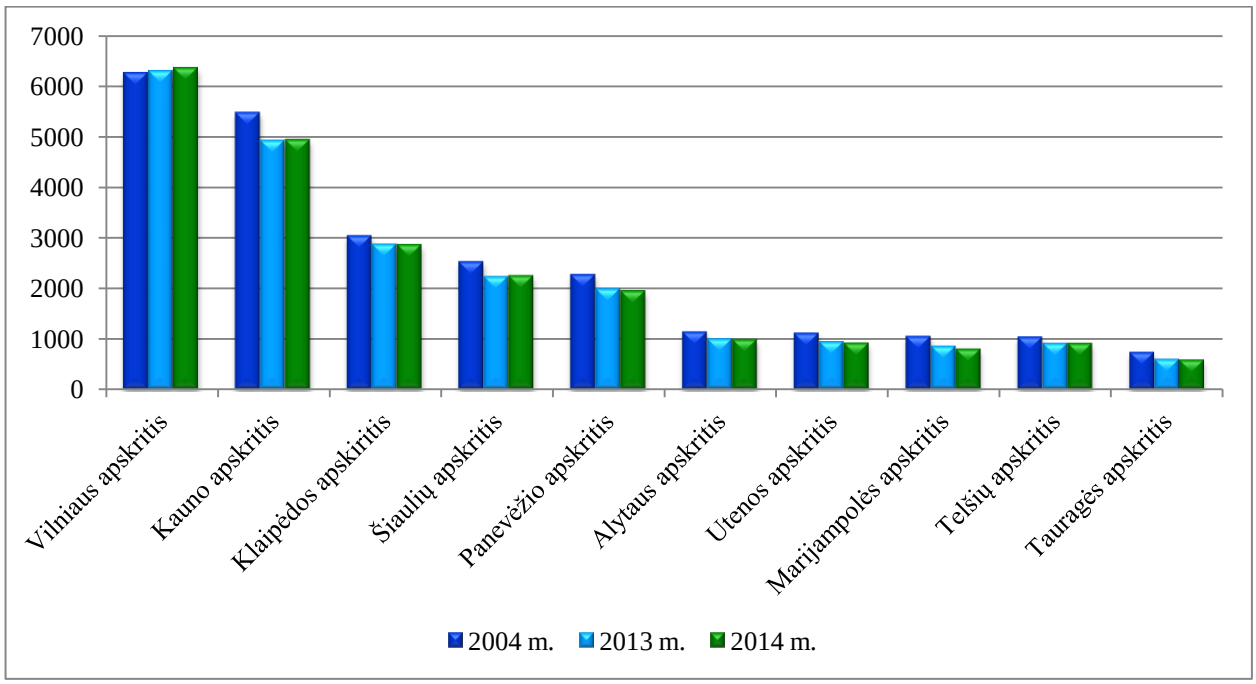
Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis

3 pav. Gydytojų ir slaugytojų skaičius Lietuvoje



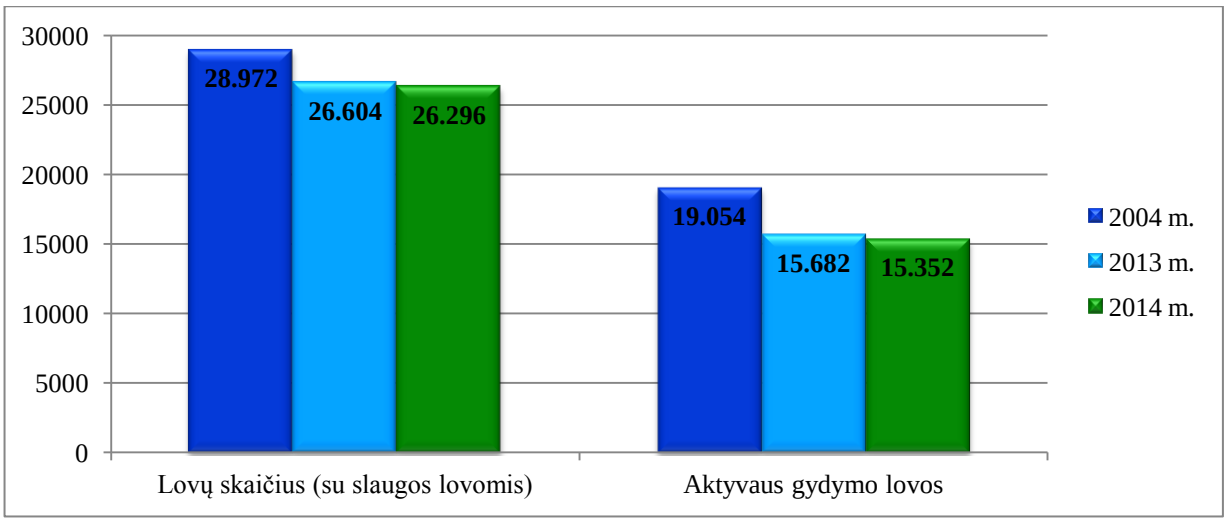
Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis

4 pav. Gydytojų skaičius pagal apskritis



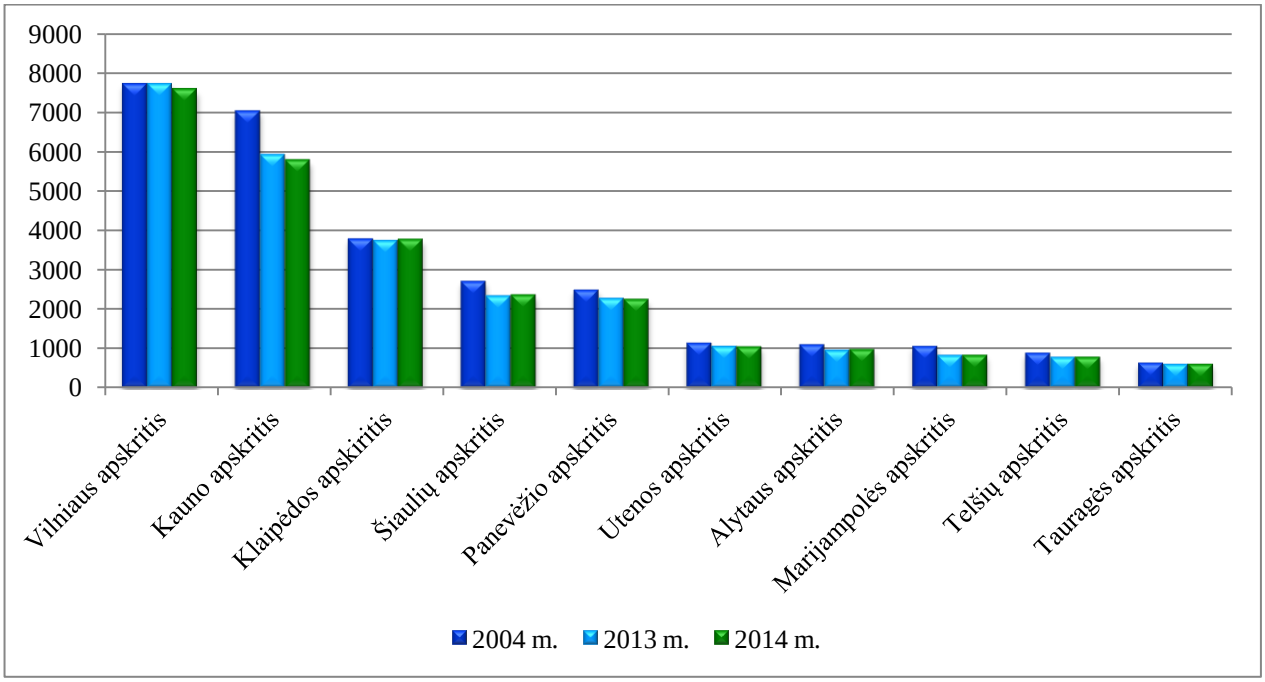
Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis

5 pav. Slaugytojų skaičius pagal apskritis



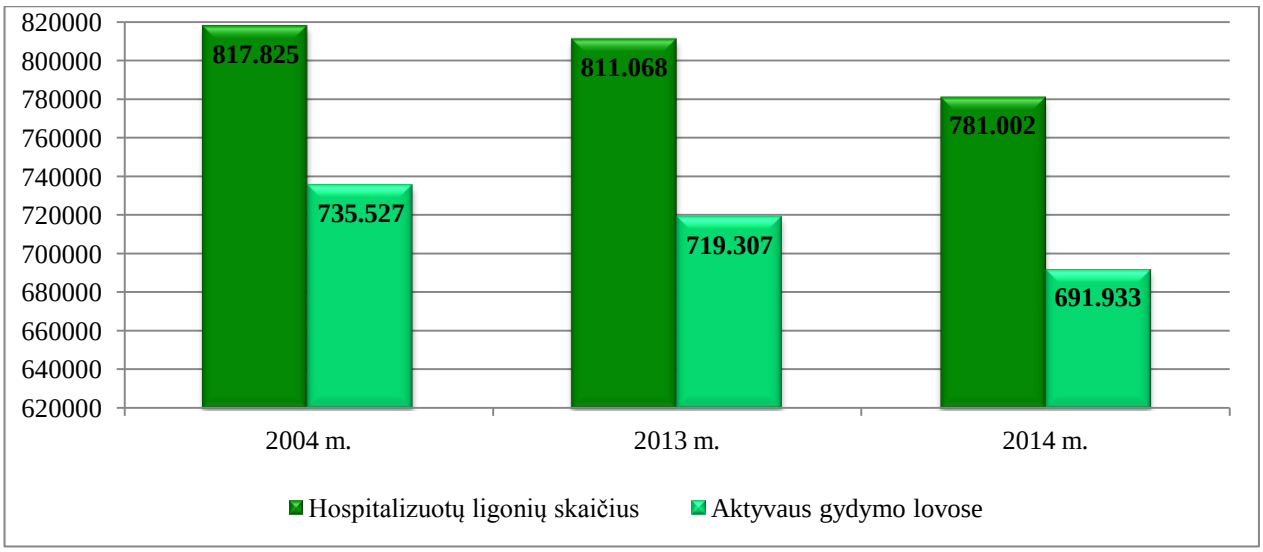
Šaltinis: sudaryta pagal Gaidelytę et al., 2015

6 pav. Lovų skaičius ligoninėse



Šaltinis: sudaryta pagal Lietuvos statistikos departamento duomenis

7 pav. Stacionaro lovų skaičius pagal apskritis

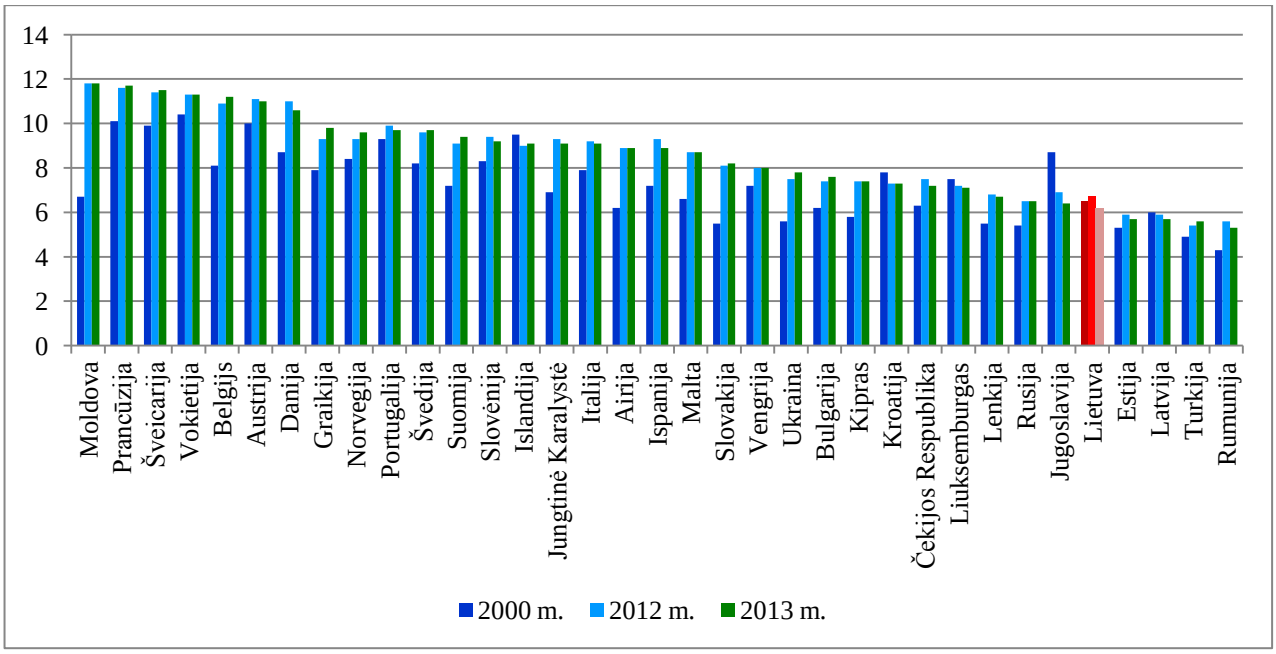


Šaltinis: sudaryta pagal Gaidelytę et al., 2015

8 pav. Hospitalizuotų pacientų skaičius

3 PRIEDAS

LIETUVA EUROPOS KONTEKSTE PAGAL SVEIKATOS SISTEMOS STATISTIKĄ



Šaltinis: sudaryta pagal Pasaulio sveikatos organizacijos duomenis

1 pav. Išlaidos sveikatos apsaugai lyginant su BVP, proc.

1 lentelė. Išlaidos sveikatos apsaugai lyginant su BVP 2013 m., proc.

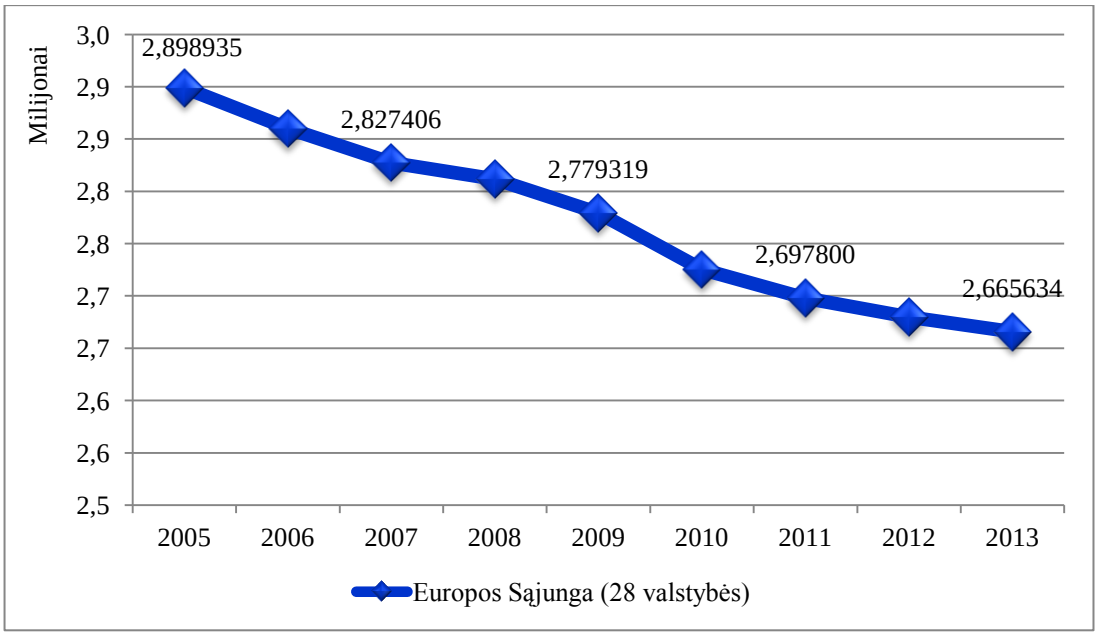
Valstybė	2013 m.
JAV	17.10
Prancūzija	11.66
Vokietija	11.30
Kanada	10.86
Graikija	9.82
Švedija	9.71
Norvegija	9.57
Australija	9.44
Suomija	9.40
Didžioji Britanija	9.12
Italija	9.09
Ispanija	8.88
Lenkija	6.66

lentelės tęsinys kitame puslapyje

1 lentelės tęsinys

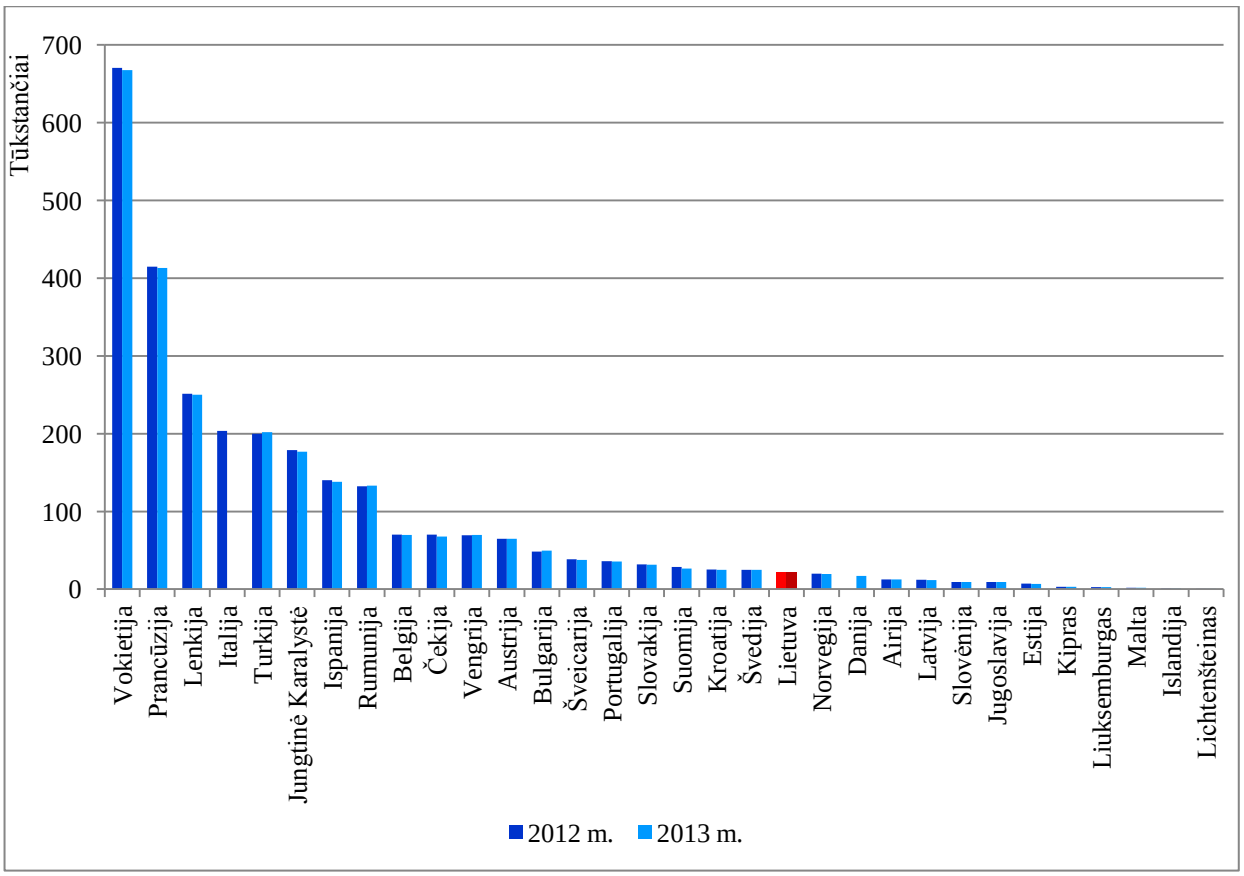
Lietuva	6.24
Estija	5.72
Latvija	5.72

Šaltinis: sudaryta pagal Pasaulio sveikatos oraganizacijos duomenis



Šaltinis: sudaryta pagal Eurostato duomenis

2 pav. Stacionaro lovų skaičius kitimo tendencija Europoje 2005-2013 m., vienetai



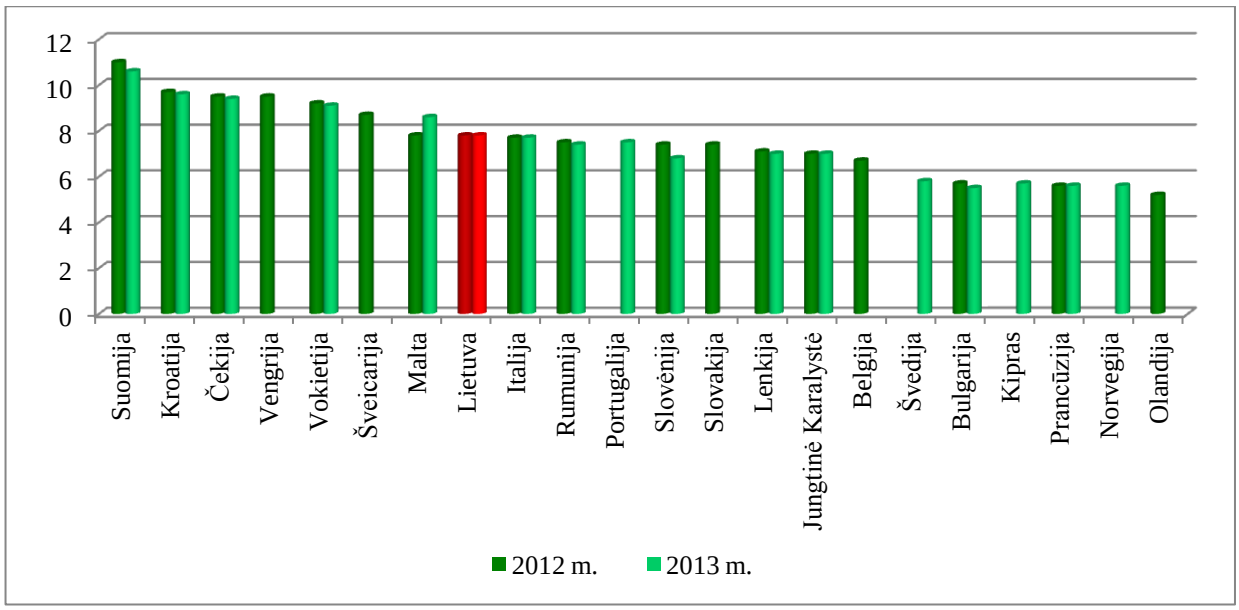
Šaltinis: sudaryta pagal Eurostato duomenis

3 pav. Stacionaro lovų skaičius Europos ligoninėse, vienetai

2 lentelė. Stacionaro lovų skaičius Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje

Metai / Valstybė	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Estija	7.292	7.476	7.349	7.530	7.166	7.022	7.114	7.309	6.597
Latvija	17.696	17.407	17.233	16.907	14.434	11.920	12.111	11.972	11.673
Lietuva	24.200	23.379	23.233	22.958	22.719	22.190	22.549	22.206	21.538

Šaltinis: sudaryta pagal Eurostato duomenis



Šaltinis: sudaryta pagal Eurostato duomenis

4 pav. Pacientų vidutinė gulėjimo trukmė ligoninėje, dienos

4 PRIEDAS

INTERVIU KLAUSIMAI

1 lentelė. Interviu klausimai

Respondento Nr., atstovaujama institucija, darbinė patirtis	Interviu data, vieta	Interviu klausimai
Ekspertas Nr. 1, LR SAM, sveikatos sektoriuje dirba daugiau kaip 20 m.	2016 m. sausio 6 d., LR SAM	1. Kokia Jūsų nuomonė apie stacionarinę sveikatos priežiūrą teikiama nacionaliniu, regioniniu ir vietos lygmeniu? Kokios tendencijos ryškėja? 2. Visiems žinoma, kad dauguma pacientų renkasi gydymą didžiosiose Lietuvos ligoninėse. Sakykite, kaip vertinate tokį žmonių pasirinkimą? Su kokiomis problemomis susiduriama (galbūt finansavimo, paslaugų prieinamumo ar kt.)? 3. Kaip manote, kaip ateityje keisis stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų paklausa, tarkim po 10 m. ar 20 m.? Kokia bus visuomenės sveikata? 4. Kaip vertinate stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pokytį po pirmųjų trijų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapų? 5. Koks Jūsų nuomone stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklas būtų tinkamiausias Lietuvai? 6. Pirminė grandis turi spręsti daugumą sveikatos priežiūros problemų, o finansavimas didžia dalimi tenka stacionarams ir kasmet šis finansavimas vis didėja. Kaip vertinate šią situaciją? 7. Kaip manote, ką Lietuva turėtų dar tobulinti stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo srityje? 8. DRG metodas – paprastai tariant yra stacionarinių atvejų klasifikavimo metodas, kuris sugrupuoja atvejus pagal medicininį ir ekonominį aspektą. Kaip Jūs vertinate DRG metodą? Kokius pastebite šio metodo trūkumus ir privalumus? 9. Kaip į sprendimą diegti DRG metodą reagavo stacionarinės sveikatos priežiūros įstaigos? Galbūt sulaukta pasipriešinimo? 10. Jūsų nuomone, ar verta vertinti stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų veiklą? Kam ir kokia iš to nauda?
Ekspertas Nr. 2, VLK prie SAM, sveikatos sektoriuje dirba daugiau kaip 15 m.	2016 m. sausio 28 d., VLK prie SAM	
Ekspertas Nr. 3, LR SAM, sveikatos sektoriuje dirba daugiau kaip 20 m.	2016 m. vasario 4 d., LR SAM	
Ekspertas Nr. 4, VLK prie SAM, sveikatos sektoriuje dirba daugiau kaip 10 m.	2016 m. vasario 9 d., VLK prie SAM	
Ekspertas Nr. 5, LR SAM, sveikatos sektoriuje dirba 8 m.	2016 m. vasario 24 d., kavinė	

1 lentelės tęsinys kitame puslapyje

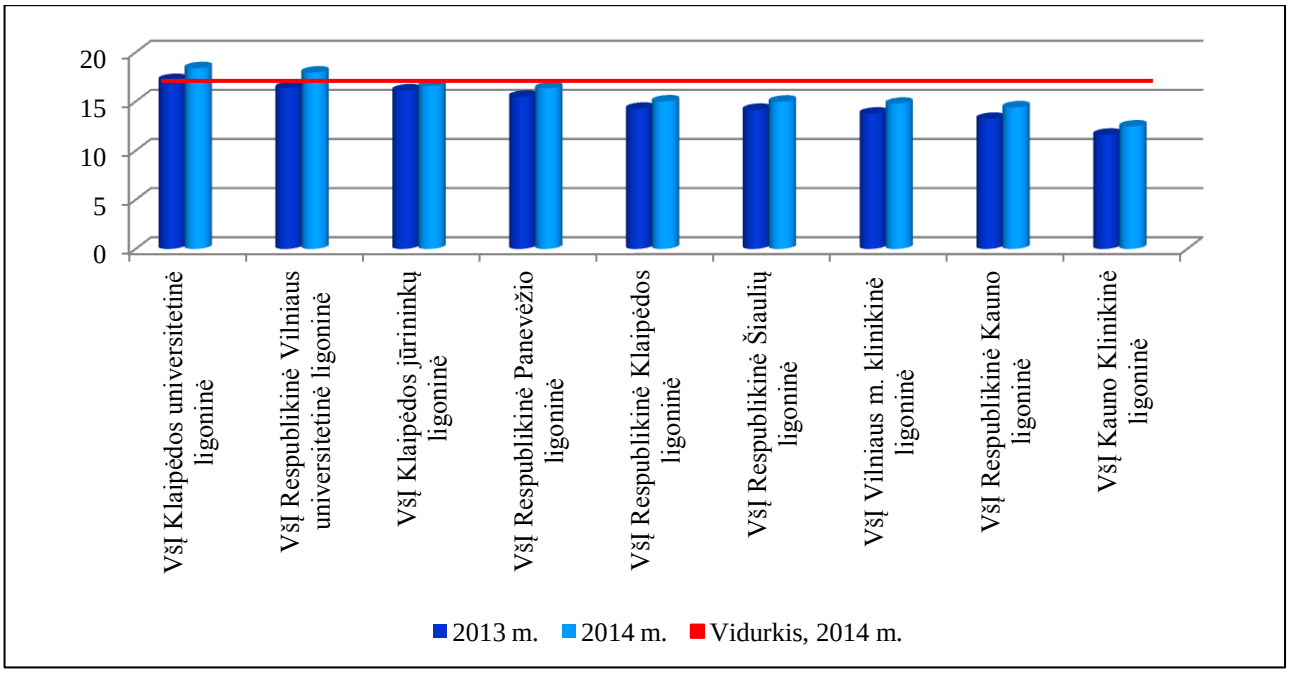
1 lentelės tęsinys

		11. Kokios priežastys lėmė stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vertinimo ir reitingavimo poreikį? 12. Jūsų nuomone, kokiais kriterijais remiantis turėtų būti vertinamos, o vėliau ir reitinguojamos stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos? 13. Kaip manote, ar įstaigų vertinimas gali turėti realios įtakos įstaigų veiklai ir visai Lietuvos sveikatos sistemai? 14. Kaip pačios stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos vertina vertinimo ir reitingavimo sistemą? Ar nekyla pasipriešinimas?

Šaltinis: parengta autorės

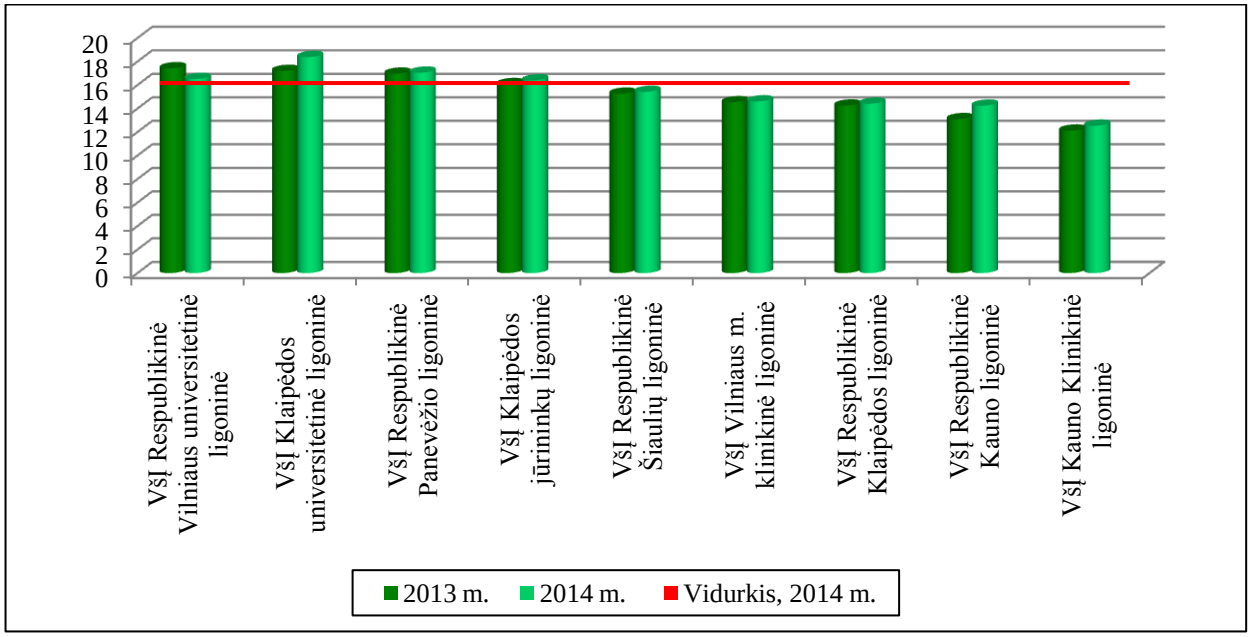
5 PRIEDAS

STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VEIKLOS VERTINIMAS



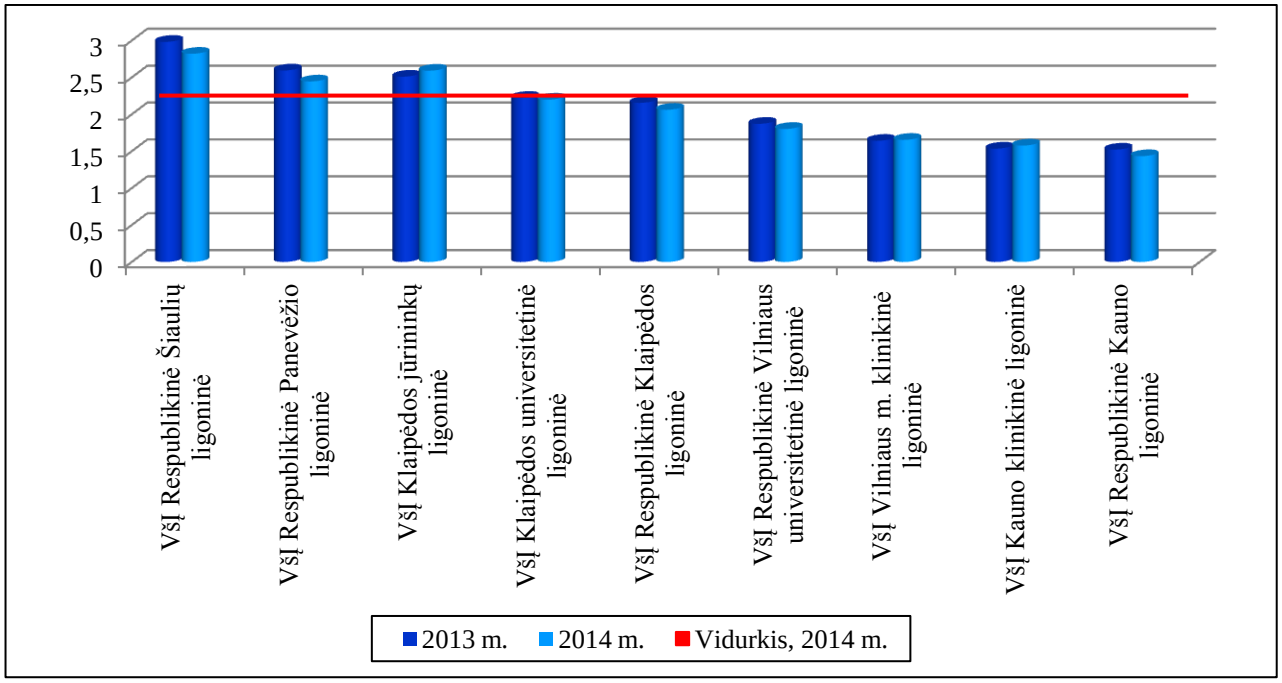
Šaltinis: sudaryta pagal Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ataskaitas

1 pav. Pajamos iš PSDF, uždirbamos vieno etato, tūkst. Eur



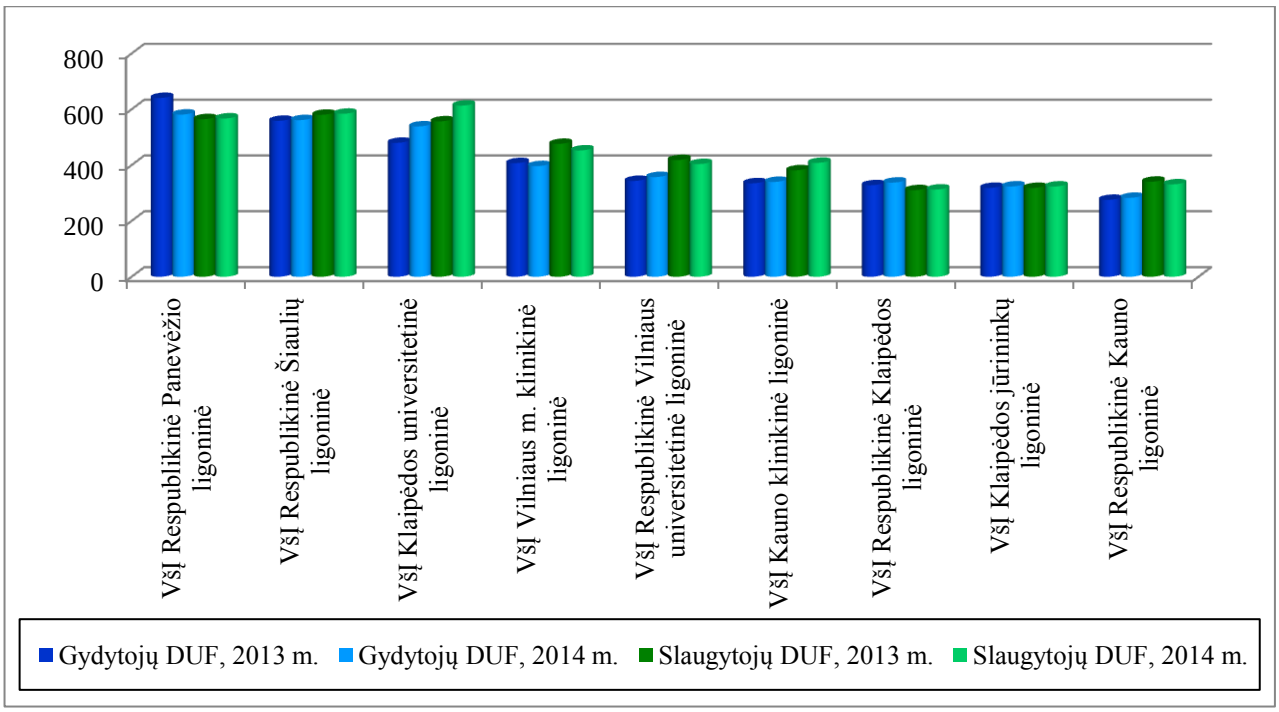
Šaltinis: sudaryta pagal Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ataskaitas

2 pav. Sąnaudos iš PSDF, tenkančios vienam etatui, tūkst. Eur



Šaltinis: sudaryta pagal Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ataskaitas

3 pav. Gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykis ligoninėse



Šaltinis: sudaryta pagal Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ataskaitas

4 pav. Gydytojų ir slaugytojų DUF, tūkst. Eur

6 PRIEDAS

EKSPERTINIO VERTINIMO DETALŪS SKAIČIAVIMAI

Rangų sumų vidurkis α yra apskaičiuojamas pagal formulę (kadangi nėra sutampančių rangų):

$$\alpha = 0{,}5m(k+1) \qquad (1)$$

Čia: α – rangų sumų vidurkis;
m – ekspertų skaičius;
k – alternatyvų skaičius.

Apskaičiuojame šio tyrimo rangų sumų vidurkį:
α=0,5*7(15+1)
α=56

Nuokrypio kvadratas apskaičiuojamas pagal formulę:

$$S^2 = \left(\sum_{i=1}^{m} x_{ij} - \alpha\right)^2 \qquad (2)$$

Čia: S^2 – nuokrypio nuo rangų vidurkio kvadratų suma;
m – ekspertų skaičius;
k – alternatyvų skaičius;
α – rangų sumų vidurkis.

Pirmuoju atveju: $S^2 = (60\text{-}56)^2 = 16$

Nuokrypio kvadratų suma apskaičiuojama naudojant šią formulę:

$$S^2 = \sum_{j=1}^{k}\left(\sum_{i=1}^{m} x_{ij} - a\right)^2 \qquad (3)$$

S^2 = 16+225+121+64+324+4+81+256+400+256+36+1089+25+144+25=3066

Konkordancijos koeficientas W apskaičiuojamas pagal formulę:

$$W = \frac{12S^2}{m^2(k^3-k)} \quad (4)$$

Čia: W – konkordancijos koeficientas;

S^2 – nuokrypio nuo rangų vidurkio kvadratų suma;

m – ekspertų skaičius;

k – alternatyvų skaičius.

Apskaičiavus konkordancijos koeficientą, gauta reikšmė lygi 0,22:

$$W = \frac{12S^2}{m^2(k^3-k)} = \frac{12*3066}{49(3375-15)} = \frac{36792}{164640} = 0,22$$

Konkordancijos koeficiento reikšmingumą patikrinsime taikydami x^2 skirstinį.

Pasirenkame reikšmingumo lygmenį:

α=0,05

$$X^2 = W * m * (k-1) \quad (5)$$

Čia: X^2 – skirstinis;

W – konkordancijos koeficientas;

m – ekspertų skaičius;

k – alternatyvų skičius.

$X^2 = 0,22 * 7 * 14 = 21,56$

Laisvės laipsnių skaičius apskaičiuojamas pagal formulę:

$$f = k-1 \quad (6)$$

Čia: f – laisvės laipsnių skaičius;

k – alternatyvų skaičius.

$f = 15-1 = 14$

$X_{krit}^2 = (0,05;14) = 23,68$

Žemiau lentelėje pateikiami ekspertų įvertinimo rezultatai (žr. 1 lent.).

1 lentelė. Statistiniai ekspertų vertinimo duomenys

Nr.	Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykis (x)	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansinis rezultatas (y)
1.	8	1
2.	7	14
3.	4	13
4.	7	1
5.	2	1
6.	6	7
7.	2	1
Suma	36	38

Šaltinis: parengta autorės

Toliau patikriname koreliacijos koeficiento reikšmingumą:

$$\mathbf{t} = \boldsymbol{r}\sqrt{\frac{\boldsymbol{n-2}}{\boldsymbol{1-r^2}}} \qquad (7)$$

Čia: t – statistika;

r – koreliacijos koeficientas;

n – stebėjimų (reikšmių) skaičius.

$$t = 0{,}18\sqrt{\frac{7-2}{1-0{,}18^2}} = 0{,}18*2{,}27= 0{,}4086$$

Parenkamas statistinis reikšmingumo lygmuo α=0,05/2=0,025 (5%).

7 PRIEDAS

RESPUBLIKINIŲ STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ REITINGAVIMAS

1 lentelė. Balų skyrimas pagal rangų sumas

Rangų suma	Balas
30-39	1
40-49	2
50-59	3
60-69	4
70-79	5
80-89	6

Šaltinis: parengta autorės

2 lentelė. Vertinimo balai

Eil. Nr.	Vertinimo reikšmė	Vertinimo balas
1.	Labai gerai	4
2.	Gerai	3
3.	Patenkinamai	2
4.	Blogai	1

Šaltinis: parengta autorės

3 lentelė. Pajamų ir sąnaudų grupės vertinimo rodikliai

Eil. Nr.	Rodiklių pavadinimai
1.	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pajamos, mln. Eur
2.	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos pajamos, uždirbamos vieno etato, tūkst. Eur
3.	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąnaudos, mln. Eur
4.	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos sąnaudos, tenkančios vienam etatui, tūkst. Eur
5.	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansinis rezultatas, mln. Eur

Šaltinis: parengta autorės

4 lentelė. Darbo užmokesčo ir darbuotojų struktūros grupės vertinimo rodikliai

Eil. Nr.	Rodiklių pavadinimai
1.	Gydytojų ir slaugytojų vidutinis darbo užmokestis, Eur
2.	Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičius
3.	Santykinė gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio dalis įstaigos išlaidose, proc.
4.	Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų ir slaugytojų skaičiaus santykis

Šaltinis: parengta autorės

5 lentelė. Veiklos efektyvumo rodiklių grupė

Eil. Nr.	Rodiklių pavadinimai
1.	Pacientų vidutinis gulėjimo laikas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, dienos
2.	Asmens sveikatos priežiūros įstaigoje turimų lovų skaičius
3.	Hospitalizuotų pacientų skaičius per metus asmens sveikatos priežiūros įstaigoje
4.	Hospitalizuotų pacientų skaičius, tenkantis vienam gydytojų ir slaugytojų grupės darbuotojui
5.	Lovos funkcionavimas, dienos per metus
6.	Letališkumas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, proc.

Šaltinis: parengta autorės