

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VERSLO IR EKONOMIKOS INSTITUTAS**

DOVILĖ GRENOVECKIENĖ

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
EFEKTYVUMO VERTINIMAS LIETUVOS
LIGONINĖSE**

Magistro baigiamasis darbas

**Vadovė
doc. dr. D. Daujotaitė**

VILNIUS, 2022

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO IR VERSLO FAKULTETAS
VERSLO IR EKONOMIKOS INSTITUTAS**

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
EFEKTYVUMO VERTINIMAS LIETUVOS
LIGONINĖSE**

**Veiklos audito magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 6211LX075**

Konsultantas

.....

.....

(parašas)

2022

Recenzentas

(parašas)

2022

Vadovė

(parašas) doc. dr. D. Daujotaitė

Atliko

VKAvmis20-1

(parašas) D. Grenoveckienė

2022

VILNIUS, 2022

TURINYS

ĮVADAS.....	7
1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO TEORINIAI ASPEKTAI.....	9
1.1. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo reformos kryptys Lietuvoje.....	9
1.2. Sveikatos priežiūros išteklių ir pagrindinių veiklos rezultatų analizė Lietuvoje.....	11
1.3. Sveikatos priežiūros sektoriaus problematika pokyčių kontekste.....	17
1.4. Efektyvumo vertinimo galimybės sveikatos priežiūroje.....	25
2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ EFEKTYVUMO VERTINIMO METODOLOGIJA..	33
2.1. Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo modelio pagrindimas.....	34
2.2. Santykinų finansinių rodiklių analizė.....	37
3. TYRIMO REZULTATAI.....	41
3.1. Santykinų finansinių rodiklių analizė.....	41
3.2. Pabon Lasso modelio taikymas.....	49
IŠVADOS IR SIŪLYMAI.....	61
LITERATŪRA.....	63
ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS.....	70
SANTRAUKA LIETUVIŲ KALBA.....	71
SANTRAUKA ANGLŲ KALBA.....	73
PRIEDAI.....	75

LENTELĖS

1 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas 2020 m. (juridiniai vienetai).....	11
2 lentelė. Stacionaro lovų skaičius.....	12
3 lentelė. Medicinos personalo skaičius (2010 – 2020 m.).....	14
4 lentelė. Stacionaro ligonių skaičius (2010 – 2020 m.).....	15
5 lentelė. Slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui sk. Lietuvoje pagal savivaldybes (2018 m.)....	21
6 lentelė. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo dimensijos.....	27
7 lentelė. Lietuvos regioninės ligoninės (2020 m.).....	33
8 lentelė. Veiklos efektyvumo vertinimo rodikliai taikytini ligoninių finansinei analizei.....	39
9 lentelė. Mokumo rodikliai taikytini ligoninių finansinei analizei.....	39
10 lentelė. Gražos rodikliai taikytini ligoninių finansinei analizei.....	40
11 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių turto apyvartumo ir sąnaudų lygio vidurkiai.....	41
12 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių mokumo rodiklių vidurkiai (2017 – 2020 m.).....	44
13 lentelė. Grynojo turto gražos rodiklių palyginimas (2017 – 2020 m.).....	48
14 lentelė. Grynojo turto gražos žemiausieji rodikliai (2017 – 2020 m.).....	49
15 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių stacionaro veiklos rodikliai (2017 m.).....	50
16 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių stacionaro veiklos rodikliai (2018 m.).....	53
17 lentelė. Regioninių ligoninių stacionarų veiklos rodikliai (2019 m.).....	55
18 lentelė. Regioninių ligoninių stacionarų veiklos rodikliai (2020 m.).....	57
19 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių turto apyvartumo ir sąnaudų lygio rodikliai.....	76
20 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių mokumo rodikliai (2017 – 2020 m.).....	78
21 lentelė. Stacionaro veiklos rezultatai ir pagrindiniai veiklos rodikliai (2017 m.).....	79
22 lentelė. Stacionaro veiklos rezultatai ir pagrindiniai veiklos rodikliai (2018 m.).....	80
23 lentelė. Stacionaro veiklos rezultatai ir pagrindiniai veiklos rodikliai (2019 m.).....	81
24 lentelė. Stacionaro veiklos rezultatai ir pagrindiniai veiklos rodikliai (2020 m.).....	82

PAVEIKSLAI

1 pav. Aktyvaus gydymo stacionaro lovų sk. ES ir ELPA šalyse 10 tūkst. gyv. (2020 m.).....	13
2 pav. Praktikuojančių gydytojų skaičius ES ir ELPA šalyse 10 tūkst. gyv. (2020 m.).....	14
3 pav. Slaugytojų ir akušerių skaičius ES ir ELPA šalyse 10 tūkst. gyv. (2020 m.).....	15
4 pav. PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūrai struktūra 2020 m. (proc.).....	17
5 pav. Išteklių pasiskirstymas sveikatos priežiūros paslaugoms (2017 m.).....	18
6 pav. Gydymo įstaigų (VŠĮ) finansinio rezultato dinamika 2019 – 2021 m. (tūkst. Eur).....	19
7 pav. Išlaidos sveikatos priežiūrai (2017 m.).....	20
8 pav. Gydytojų ir slaugytojų skaičiaus palyginimas (2017 m.).....	21
9 pav. Praktikuojančių gydytojų skaičius ES ir ELPA šalyse (10 tūkst. gyv.).....	22
10 pav. Lietuvoje išsilavinimą įgijusių slaugytojų, EBPO šalyse, skaičius (2020 m.).....	23
11 pav. Bendra sveikatos vertinimo sistema.....	25
12 pav. Viešųjų ir biudžetinių ASPĮ veiklos vertinimo aspektai.....	27
13 pav. LNSS veiklos vertinimo modelis.....	31
14 pav. Ligoninės veikla ir efektyvumo sistema – įvesties – išvesties modelis.....	32
15 pav. Ligoninės efektyvumo rodiklių padėtis keturiuose Pabon Lasso zonose.....	36
16 pav. Pabon Lasso grafiko interpretacija.....	37
17 pav. Trumpalaikio mokumo rodiklių palyginimas (2017 – 2020 m.).....	45
18 pav. Bendro skolos rodiklio palyginimas (2017 – 2020 m.).....	46
19 pav. Finansinio sverto rodiklio palyginimas (2017 – 2020 m.).....	47
20 pav. Turto gražos rodiklių palyginimas (2017 – 2020 m.).....	48
21 pav. Aktyvaus gydymo LA rodiklių histograma (2017 m.).....	51
22 pav. Aktyvaus gydymo LU rodiklių histograma (2017 m.).....	52
23 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA ir LU rodiklių priklausomybė (2017 m.).....	52
24 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA rodiklių histograma (2018 m.).....	53
25 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LU rodiklių histograma (2018 m.).....	54
26 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA ir LU rodiklių priklausomybė (2018 m.).....	55
27 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA rodiklių histograma (2019 m.).....	56
28 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LU rodiklių histograma (2019 m.).....	56
29 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA ir LU rodiklių priklausomybė (2019 m.).....	57
30 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA rodiklių histograma (2020 m.).....	58
31 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LU rodiklių histograma (2020 m.).....	59

SANTRUMPOS

ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

ASPP – Asmens sveikatos priežiūros paslaugos

EBPO - Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija

ELPA – Europos laisvosios prekybos asociacija

ES – Europos Sąjunga

LA – Lovos apyvara

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

LR SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

LU – Lovos užimtumas

PSDF – Primalomasis sveikatos draudimo fondas

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

SPI – Sveikatos priežiūros įstaiga

SPP – Sveikatos priežiūros paslaugos

VGL – Vidutinis gulėjimo laikas

IVADAS

Temos naujumas ir aktualumas. Sveikatos apsauga yra viena iš svarbiausių ir brangiausių sričių, kurią teikia ir užtikrina valstybė, kiekvienoje pasaulio šalyje. Susidomėjimas sveikatos apsauga, jos ištekliais yra nuolatinis įvairių organizacijų ir mokslininkų studijų analizių objektas.

Pasaulio sveikatos organizacija (2020) didelį dėmesį skyrė sveikatos priežiūros sektoriaus efektyvumo vertinimui ir paskelbė, kad pasaulyje daugiau nei 20 proc. sveikatos priežiūros išteklių kasmet prarandama dėl neefektyvumo: netinkamos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kontrolės, nepagrįstų hospitalizacijų ir jų trukmės, netinkamo valdymo išteklių koordinavimo, netinkamo ligoninių infrastruktūros išdėstymo geografiniu aspektu, neaiškių išteklių paskirstymo gairių, skaidrumo trūkumo, prastos atskaitomybės ir valdymo mechanizmo, neefektyvaus sveikatos intervencijų derinio su ištekliais, nukreipiant juos labiau į gydymo paslaugas, o ne į sveikatos stiprinimą bei ligų prevenciją.

Europos Komisija (2019) nustatė, kad sveikatos priežiūros rezultatai Lietuvoje yra vieni prasčiausių Europos Sąjungoje (toliau – ES): gyvenimo trukmė gimstant yra daugiau nei penkiais metais trumpesnė nei ES vidurkis, prevencijos ir priežiūros priemonėmis išvengiamas mirtingumo lygis vienas didžiausių ES, ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros kokybė prastesnė nei ES vidurkis. Šalies ligoninėse lovų skaičius vienas didžiausių ES, atsižvelgiant į bendrą gyventojų skaičių 6,6 lovos 1000 gyventojų, t.y. 30 proc. daugiau nei ES šalyse (5,5 lovos 1000 gyventojų). Norint pasiekti geresnių su sveikatos priežiūra susijusių rezultatų, būtina investuoti ir vykdyti reformas, didinančias sistemos efektyvumą.

Daugelyje šalių plačiai diskutuojama dėl sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo matavimo metodikų pasirinkimo (WHO, 2020). Kai kurios ES šalys yra sukūrusios skirtingus veiklos efektyvumo vertinimo modelius, kurie analizuojami standartizuotu būdu, tačiau vieningo sutarimo, kokie turėtų būti sveikatos priežiūros efektyvumo vertinimo rodikliai/metodai, nėra.

Nacionaliniu lygiu asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimas reglamentuotas, nustatyti veiklos vertinimo rodikliai, nustatytos kai kurių rodiklių siektinos reikšmės, tačiau remiantis Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – LR SAM) pranešimu (2022), pripažįstama, kad trūksta aiškumo ką turimais rodikliais siekiama matuoti ir vertinti, daliai rodiklių nėra galimybės nustatyti siektinų reikšmių, jų rinkimas neautomatizuotas, trūksta rodiklių leidžiančių išsamiau įvertinti stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklą.

Sveikatos priežiūros sektoriaus efektyvumo problematika plačiai nagrinėta Pasaulinės sveikatos organizacijos (2010; 2017; 2020), Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (2016), Europos Komisijos (2019), taip pat stebimas didelis susidomėjimas užsienio šalių mokslininkų darbuose. Galima pažymėti Roshani, Kalkhagen ir Raadabadi (2021), Shaqura, Gholami, Sari (2021), Rahimisadegh, Haghdooost, Emadi, Hekmat (2021), Ayiko et al. (2020), Nundoochan (2020), Aloah et al.

(2020), Ghahremanloo et al. (2020), Mastromarco, Stastna, Votapkova (2019), Karahan (2019), Storto ir Goncharuk (2017) mokslo darbus, kuriuose analizuojama tiek pati sveikatos priežiūros efektyvumo koncepcija, tiek efektyvumo vertinimo metodikos.

Lietuvių autorių darbuose sveikatos priežiūros efektyvumą nagrinėjo: Gurevičius (2015; 2018), Jankauskienė (2016), magistrinio darbuose: Čiurbinskienė (2006), Justytė ir Kamarauskienė (2014), Muldarytė (2014), Jakutis (2011), Kalašnikova-Volček (2013), Galeckaitė (2016), Morkvėnienė (2017), Žilėnaitė (2020).

Tyrimo problema. Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimas Lietuvos ligoninėse mažai nagrinėtas. Trūksta mokslinių tyrimų šia tematika. Kompleksinis sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimas pritaikant skirtingus vertinimo metodus Lietuvos ligoninėse nebuvo anksčiau atliktas. Todėl baigiamajame darbe keliama problema – ar kompleksinis sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimas Lietuvos ligoninėse gali atskleisti neefektyvumo priežastis.

Tyrimo objektas. Lietuvos ligoninių veiklos vertinimas.

Tyrimo tikslas. Įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą Lietuvos ligoninėse ir pateikti siūlymus dėl veiklos efektyvumo gerinimo.

Tyrimo uždaviniai:

1. Apžvelgti sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą Lietuvos ligoninėse.
2. Atlikti sveikatos priežiūros išteklių ir pagrindinių veiklos rezultatų analizę.
3. Išanalizuoti sveikatos priežiūros sektoriaus problematiką.
4. Parengti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo Lietuvos ligoninėse metodiką.
5. Remiantis darbe parengta sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo ligoninėse metodika, atlikti kompleksinį sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimą Lietuvos regioninėse ligoninėse.

Tyrimo metodika. Mokslinės literatūros, teisės aktų bei statistinių duomenų analizė, sisteminimas, klasifikavimas, rodiklių skaičiavimas, vertinimas, palyginimas, santykinų finansinių rodiklių analizė ir Pabon Lasso modelio taikymas sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumui įvertinti.

Darbo struktūra. Darbas susideda iš trijų skyrių. Pirmame skyriuje nagrinėjami sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo aspektai: sveikatos priežiūros įstaigų reglamentavimo ypatumai, atliekama sveikatos priežiūros išteklių ir pagrindinių veiklos rezultatų analizė, analizuojama sveikatos priežiūros sektoriaus problematika. Antroje dalyje parenkami ir pritaikomi sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo ligoninėse metodai. Pateikiama sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo Lietuvos regioninėse ligoninėse tyrimo metodologija. Trečioje dalyje atliekamas kompleksinis sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimas Lietuvos regioninėse ligoninėse pritaikant Pabon Lasso metodiką bei atliekant santykinų finansinių rodiklių analizę. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados, siūlymai bei anotacija ir darbo santrauka lietuvių ir anglų kalbomis.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO TEORINIAI ASPEKTAI

1.1. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo reformos kryptys Lietuvoje

Šioje dalyje nagrinėjami pagrindiniai ligoninių veiklą reglamentuojantys dokumentai, aptariami Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau - LNSS) organizavimo lygmenys, asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau - SPI) lygiai, ligoninių lygmenys, sveikatos priežiūros paslaugų (toliau - SPP) rūšys. Apžvelgiami ligoninių restruktūrizavimo etapai, prasidėję pokyčiai bei laukiami rezultatai siekiant efektyvesnės sveikatos priežiūros Lietuvoje.

Nacionaliniu lygiu sveikatos priežiūros įstaigų veikla reglamentuojama didžiuliu teisinių dokumentų paketu.

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 53 straipsnyje įteisinta valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata ir užtikrinti medicinos pagalbą jiems susisrgus (2013).

LNSS užsakovai yra valstybės valdymo ir savivaldos institucijos bei Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (LR SPII, 1996). LNSS, jos struktūra, sveikatinimo veiklos organizavimo principai, valstybinio valdymo pagrindai, šia veikla užsiimančių subjektų teisės bei pareigos nustatytos LR SSĮ (1994).

ASPP lygiai suskirstyti į pirminį, antrinį ir tretinį. Savivaldybės organizuoja antrinę ASP, tretinę organizuoja LR SAM. Stacionarinės sveikatos priežiūros įstaigos suskirstytos į respublikos, regionų ir rajonų lygmenis, pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą į ambulatorines ir stacionarines, pagal paslaugų rūšis: aktyviojo gydymo, ilgalaikio gydymo, transplantacijos ir reabilitacijos (LR SPII, 1996).

Stacionarinės SPI suskirstytos į lygmenis atsižvelgiant į šiuos kriterijus: rajono lygmeniui priskiriamos ligoninės, kuriose nėra atliekama 1100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus (iš viso 35 ligoninės); regiono lygmeniui priskirtos ligoninės, kuriose atliekama ne mažiau kaip 1100 didžiųjų operacijų ir priimama ne mažiau 300 gimdymų per metus (11 ligoninių); respublikos lygmens ligoninės (12 ligoninių) (LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-810, 2014).

LR SAM įgyvendina valstybės politiką asmens sveikatos priežiūros srityje: formuoja, organizuoja, koordinuoja ir kontroliuoja įgyvendinimą, sprendžia dėl asmens sveikatos priežiūros veiklos poreikių, išteklių, prieinamumo, kokybės reikalavimų nustatymo, licencijavimo, akreditavimo, sveikatos priežiūros technologijų vertinimo, medicinos priemonių (prietaisų) atitikties vertinimo, kompensavimo ir kainodaros reikalavimus, medicinos darbuotojų poreikio planavimą ir kvalifikacijos tobulinimą (LR Vyriausybės nutarimas Nr. 335, 2019).

LR SAM vykdydama valstybinę sveikatos politiką, įgyvendino sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapus, kurių metu buvo uždaryta: 14 rajoninių ligoninių akušerijos skyriai; 12

rajoninių ligoninių chirurgijos skyriai, centralizuota greitoji medicinos pagalba, pradėtos plėtoti dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės ir palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos (LR Vyriausybės nutarimas Nr. 335, 2003; LR Vyriausybės nutarimas Nr. 1229, 2007; LR Vyriausybės nutarimas Nr. 1654, 2009).

Ketvirtasis sveikatos sistemos plėtos ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapas, kuriuo buvo siekiama gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugumą, prieinamumą, racionaliai naudoti sveikatos priežiūros išteklius, buvo patvirtintas, tačiau vetuotas šalies prezidentės.

Šiuo metu vykstančiai sveikatos reformai pritarta LR Seimo nutarimu Nr. XI-72 (2020) ir Aštuonioliktosios LR Vyriausybės programos įgyvendinimo planu, patvirtintu LR Vyriausybės nutarimu Nr. 155 (2021), kuriuo numatyta priimti sprendimus dėl kompetencijos centrų ir regioninių bendradarbiavimo principu pagrįsto ASPĮ tinklo sukūrimo, taip pat numatyta parengti ir patvirtinti ASPĮ modernizavimo planą.

LR SAM išskiria pagrindines reformos vystymo kryptis: gydymo įstaigų infrastruktūros pokyčius, kuriais numatyta pertvarkyti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, sukurti šiuolaikiškus ir į bendruomenę orientuotus savivaldybių sveikatos centrus, kuriuose būtų bazinis sveikatos priežiūros paslaugų pakekas, tokiu būdu siekiama optimizuoti sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą, centralizuoti GMP veiklą, sukurti ilgalaikės priežiūros modelį savivaldybėms (2021).

LR finansų ministerijos užsakymu atliktoje analizėje, savivaldybės yra skatinamos ieškoti sprendimų kaip panaudoti perteklinę sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą ir pritaikyti ją kitiems savivaldybių poreikiams (2020).

Janušonis (2011) teigia, kad dažniausios sveikatos priežiūros reformų kryptys yra susijusios su restruktūrizacija, decentralizacija, konkurencingumo bei autonomijos didinimu.

Europos Komisijos ir Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtos organizacijos (2019) atsižvelgdama į Lietuvos sveikatos priežiūros rezultatus, rekomenduoja geriau koordinuoti stacionarinę ir ambulatorinę sveikatos priežiūrą, didinti jos efektyvumą, prieinamumą plėtojant inovatyvias sveikatos priežiūros paslaugas, didinti psichikos sveikatos ir pirminės sveikatos priežiūros paslaugų integraciją.

Kalibatas (2005) teigia, kad išsivysčiusiose šalyse, kaip ir Lietuvoje, ilgą laiką buvo taikoma panaši strategija: trumpinti pacientų gulėjimo trukmę ir padidinti stacionarinės priežiūros efektyvumą. Jungtinių Amerikos Valstijų ir Didžiosios Britanijos patirtis rodo, kad, toks finansinis spaudimas reiškia, kad ši strategija veda prie ligoninių jungimo ar jų uždarymo.

Nacionaliniu lygiu sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo veikla reglamentuojama didžiulių teisinių dokumentų paketu. Sveikatos priežiūros sektorių supa nuolatiniai pokyčiai, spaudimas siekti efektyvumo, nuolat gerinti paslaugų kokybę bei prieinamumą. Išanalizavus dabartinės sveikatos reformos siekius, galima daryti prielaidą, kad svarbiausias tikslas – pagerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, racionaliau perskirstant ir efektyviau naudojant turimus sveikatos sistemos išteklius: skatinti

įstaigų tarpinstitucinį bendradarbiavimą, sutelkti pastangas bendrų tikslų siekimui, gerinti įstaigų veiklos rezultatus, perorganizuojant jų veiklą ir sutelkiant pastangas paslaugų kokybės gerinimui.

1.2. Sveikatos priežiūros išteklių ir pagrindinių veiklos rezultatų analizė

PSO pabrėžia, kad sveikatos priežiūros išteklių nuolatinė analizė, jų panaudojimo efektyvumas turėtų būti vienas iš svarbiausių sveikatos politiką formuojančių asmenų tikslas ir siekis kiekvienoje pasaulio šalyje (2003).

Nepaisant didžiulio paskutinių dešimtmečių mokslinių ir technologinių pasiekimų progreso, pasaulio sveikatos sistemos vis dar susiduria su dideliais iššūkiais planuojant, paskirstant ir efektyviai naudojant sveikatos priežiūros sistemos išteklius (OECD, 2016).

Lietuvoje nefinansinių sveikatos priežiūros išteklių statistinę analizę atieka, stebi ir vertina Lietuvos aprūpinimą sveikatos priežiūros ištekliais bei jų pokyčius – Higienos institutas. Analizuojamų sveikatos priežiūros išteklių statistinius rodiklius apima: sveikatos priežiūros įstaigos pagal tipus, sveikatos priežiūros personalas, sveikatos priežiūros įstaigų techniniai resursai, tokie kaip ligoninių lovų skaičius, medicininės aparatūros skaičius (Higienos instituto direktoriaus įsakymas Nr. V-20, 2012).

Analizuoti sveikatos priežiūros išteklius ir jų pokytį dinamikoje autorės manymu, yra esminnis aspektas, analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą, kadangi pati efektyvumo samprata atskleidžia išteklių bei rezultatų analizavimo svarbą.

Puškorius (2002) teigia, kad „Efektyvumas yra santykis tarp pageidautinų veiklos rezultatų ir panaudotų ties rezultatams pasiekti kompleksinių išteklių, indėlių, kaštų bei resursų“ (p. 9).

Mokslininkai Daujotaitė ir Mackevičius (2011) atkreipia dėmesį, kad analizuojant išteklių naudojimo efektyvumą, veiklos rezultatai turi būti lyginami su panaudotais ištekliais, siekiamybė - kuo mažesnės išlaidos ir kuo didesnis rezultatas.

Lietuvoje 2020 m. stacionarinę asmens sveikatos priežiūros veiklą veiklą vykdė: 15 respublikos lygmens ligoninių, 11 regioninių ligoninių ir 35 rajoninės ligoninės (remiantis VASPVT pateiktomis veiklos kokybės ir efektyvumo ataskaitomis). Pagal juridinius vienetus 2020 m. Lietuvoje veiklą vykdė 81 valstybės ir savivaldybių ligoninė (žr. 1 lent.).

1 lentelė. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklas 2020 m. (juridiniai vienetai)

Įstaigos tipas	2020 m.
Ligoninės, iš jų	81
Bendrojo pobūdžio	61
Slaugos ligoninės	11
Specializuotos ligoninės, iš jų	7
- tuberkuliozės	1

- onkologijos	1
- psichiatrijos	4
- priklausomybės ligų	1
Reabilitacijos ligoninės	2

Šaltinis: LR SAM, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2020, p. 44.

Analizuojant ligoninių tinklo išdėstymą geografiniu aspektu, svarbu paminėti mokslininkų Gurevičiaus ir Jaselionienės (2020) atliktą tyrimą, kurio metu buvo nustatyta, kad 2018 m. Lietuvoje buvo 89 geografiniai taškai, kuriuose veikė stacionarinės ASPĮ, teikiančios vidaus ligų SASPĮ (72), chirurgijos (58), vaikų ligų (53) ir akušerijos (30) paslaugas. Tyrimo duomenimis, kelionės automobiliu trukmės atžvilgiu didžioji dalis gyventojų Lietuvoje (91-100 proc. priklausomai nuo teikiamų paslaugų pobūdžio), gyveno ne toliau nei 30 min. kelionės laiko iki SASPĮ. Taip pat buvo nustatyta, kad vaikams ir darbingo amžiaus gyventojams vidaus ligų ir chirurgijos paslaugas teikiančios SASPĮ buvo nežymiai geriau pasiekiamos nei vyresniojo amžiaus gyventojams. Buvo nustatyta, kad 526 Lietuvos seniūnijų (100 proc.) visa ar bent dalis teritorijos pateko į pasiekiamumo sritis, visi gyventojai turėjo vienodas geografinio SASPĮ prieinamumo laiko atžvilgiu galimybes.

Analizuojant ligoninių infrastruktūrą, tiek nacionaliniu, tiek tarptautiniu lygiu, didžiausias dėmesys skiriamas ligoninių lovų fondo efektyviam panaudojimui (European Economy, 2015).

Analizuojant ligoninių lovų fondo panaudojimo efektyvumą, svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad stacionaro lova, tai pastovi, aprūpinta įranga ir personalu, paciento priežiūrai skirta lova, esanti ligoninėje, tai ligoninės talpumo matavimo vienetas (Kalėdienė, Gaižauskienė, Petrauskienė, Sauliūnė, Cicėnienė, 2013).

Remiantis LR SAM, Higienos instituto duomenimis (2020) nuo 2010 m. iki 2020 m. bendras stacionaro lovų skaičius sumažėjo 6,2 proc., aktyvaus gydymo (be slaugos ir palaikomojo gydymo, reabilitacijos, tuberkuliozės ir psichiatrijos lovų) sumažėjo iki 9,7 proc. (žr. 2 lent.). 2020 m. šalyje daugiausiai buvo vidaus ligų (4973 lovos, 81,6/10 tūkst. gyv.), slaugos ir palaikomojo gydymo (6 015 lovos, 26,4/10 tūkst. gyv.), chirurgijos (2 505 lovos, 9,0/10 tūkst. gyv.) ir vaikų ligų (985 lovos, 19,8/10 tūkst. gyv.) stacionaro lovų.

2 lentelė. Stacionaro lovų skaičius

Kriterijus	2010 m.	2020 m.
Stacionaro lovų skaičius (10 tūkst. gyv.)	26804 (87,8)	22817 (81,6)
Aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius (10 tūkst. gyv.)	16359 (53,6)	12278 (43,9)

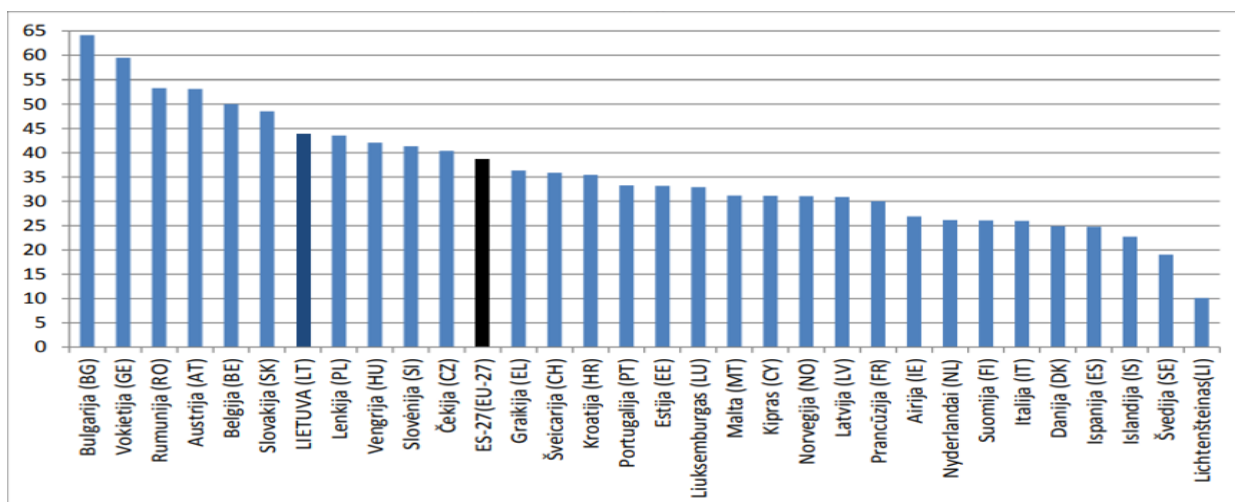
Šaltinis: LR SAM, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2020, p. 53.

Galima teigti, kad sveikatos priežiūros sektorius yra tiesiogiai įtakojamas demografinės šalies padėties. Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis nuo 1992 m., kai gyventojų skaičius Lietuvoje buvo didžiausias (3 706 299), iki 2021 m. gruodžio 1 d. gyventojų skaičius sumažėjo 25,05 proc. (928 308 gyventojų) ir tesiekė 2 775 810, atitinkamai mažėjo ir stacionaro lovų skaičius.

Gruževskis (2019) teigia, kad bendras Lietuvos gyventojų skaičius iki 2030 metų turi tendencijas mažėti iki 2 588 222.

Remiantis LR finansų ministerijos užsakymu atliktoje analizėje (2020) daroma prielaida, kad Lietuvoje sparčiai augant vyresnių nei 65 m. žmonių skaičiui ir Lietuvai esant vienai iš sparčiausiai senėjančių valstybių ES, didės slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyvios pagalbos paslaugų poreikis, taip pat didės ambulatoriškai teikiamų paslaugų poreikis.

Analizuojant kitų šalių kontekste, Lietuvoje aktyvaus gydymo lovų skaičius yra didesnis už ES vidurkį, daugiau jų turėjo tik Bulgarija, Vokietija, Rumunija, Austrija, Belgija ir Slovakija. Mažesni aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičių (10 tūkst. gyv.) turėjo: Lenkija, Vengrija, Slovėnija, Čekija, Graikija, Šveicarija, Kroatija, Portugalija, Estija, Liuksemburgas, Malta, Kipras, Norvegija, Latvija, Prancūzija, Airija, Nyderlandai, Suomija, Italija, Danija, Ispanija, Islandija, Švedija, Lichtenšteinas. 2020 m. duomenys pateikiami 1 pav.



Šaltinis: LR SAM, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2020, p. 54.

1 pav. Aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius ES ir ELPA šalyse 10 tūkst. gyv. (2020 m.)

Kitas svarbus analizių objektas, tai sveikatos priežiūros žmogiškieji ištekliai. Analizuojant sveikatos priežiūros sektoriaus žmogiškuosius išteklius, atkreiptinas dėmesys į tai, kad nepaisant mažėjančio gyventojų skaičiaus ir stacionaro lovų skaičiaus, bendras gydytojų skaičius didėja, o slaugytojų, akušerių ir slaugytojų padėjėjų – mažėja (Finansų ministerijos užsakymu atlikta analizė, 2020).

2020 m. Lietuvoje dirbo 13 205 gydytojai, 22 783 slaugytojai ir akušeriai. Vienam praktikuojančiam gydytojui teko 1,8 slaugytojų ir akušerių (žr. 3 lent.).

3 lentelė. Medicinos personalo skaičius (2010 - 2020 m.)

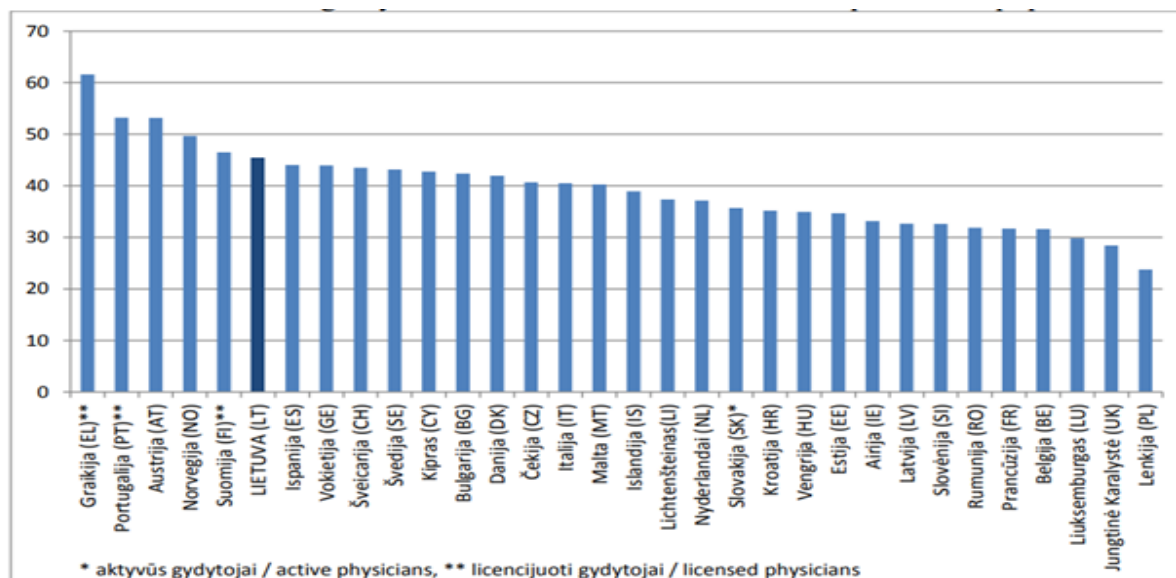
Aktyvus personalas*	2010 m.	2015 m.	2020 m.
AKTYVUS PERSONALAS			
Gydytojai (10 tūkst. gyv.)	13 203 (43,3)	13 490 (46,7)	13 205 (47,2)
Slaugytojai (10 tūkst. gyv.)	22 953 (75,2)	22 342 (77,3)	21 906 (78,4)
Akušeriai (10 tūkst. gyv.)	890 (2,9)	912 (3,2)	877 (3,1)
Slaugytojų padėjėjai (10 tūkst. gyv.)	6 387 (20,9)	7 240 (25,1)	5 536 (19,8)
PRAKTIKUOJANTIS PERSONALA**			
Gydytojai (10 tūkst. gyv.)	12226 (40,1)	12605 (43,6)	12664 (45,3)
Slaugytojai (10 tūkst. gyv.)	22835 (74,8)	22260 (77,1)	21818 (78,0)
Akušeriai (10 tūkst. gyv.)	887 (2,9)	912 (3,2)	875 (3,1)

* Aktyvus personalas (dirbantis sveikatos priežiūros, sveikatos mokslo, valdymo srityje).

** Praktikuojantis personalas (dirbantis klinikinį darbą su pacientais).

Šaltinis: LR SAM, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2020, p. 47.

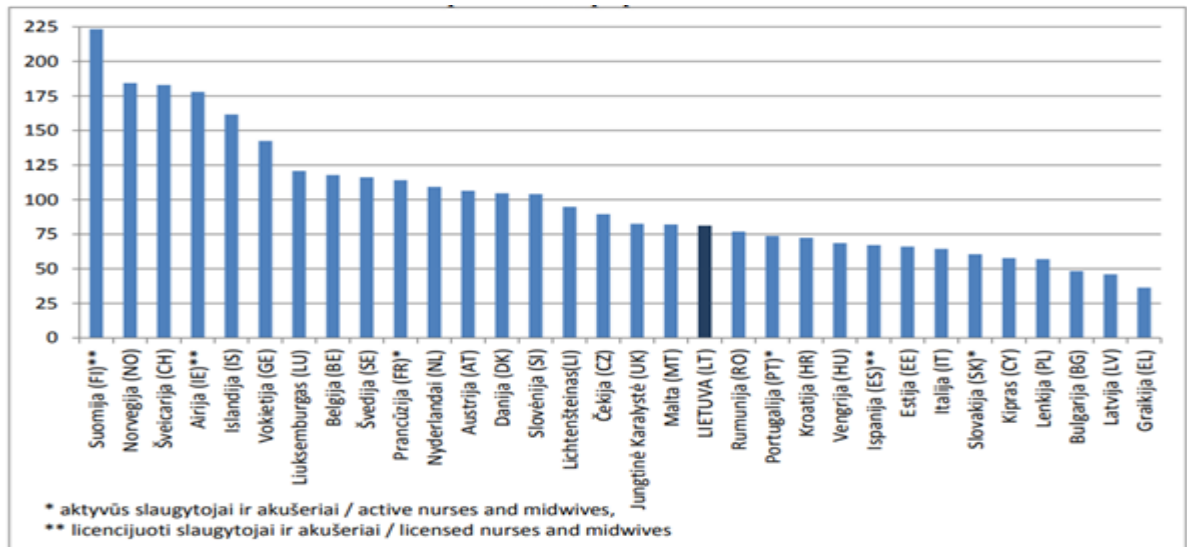
Analizuojant šalies sveikatos priežiūros specialistų skaičių ES ir ELPA šalių kontekste, 2020 m. Lietuvoje buvo gana didelis praktikuojančių gydytojų skaičius (10 tūkst. gyventojų), daugiau turėjo tik Graikija, Portugalija, Austrija, Norvegija ir Suomija. Praktikuojančių gydytojų skaičiaus ES ir ELPA šalyse (10 tūkst. gyv.) 2020 m. duomenys pateikiami 2 pav.



Šaltinis: LR SAM, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2020, p. 48.

2 pav. Praktikuojančių gydytojų skaičius ES ir ELPA šalyse 10 tūkst. gyv. (2020 m.)

Analizuojant bendrosios praktikos slaugytojų (toliau – slaugytojų) ir akušerių skaičių (10 tūkst. gyv.) kitų ES ir ELPA šalių kontekste 2020 m., stebimas ganėtinai mažas praktikuojančių slaugytojų ir akušerių skaičius Lietuvoje. Duomenys pateikiami 3 pav.



Šaltinis: LR SAM, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2020, p. 49.

3 pav. Slaugytojų ir akušerių skaičius ES ir ELPA šalyse 10 tūkst. gyv. (2020 m.)

Remiantis Mokslo ir studijų stebėsenos ir analizės centro duomenimis (2021) manoma, kad iki 2028 m. medicinos praktikos specialistų poreikis išliks panašus tik Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos apskrityse, o kitose apskrityse šių specialistų skaičius mažės proporcingai mažėjant gyventojų skaičiui. Prognozuojama, kad slaugos specialistų skaičius didės ir vienam gydytojui tektų vidutiniškai bent du slaugos specialistai.

Apžvelgus Lietuvos ligoninių lovų ir sveikatos priežiūros specialistų skaičiaus dinamiką šalyje ir palyginus esamus sveikatos priežiūros išteklius su ES ir ELPA šalimis, tikslinga apžvelgti pagrindinius stacionarinės sveikatos priežiūros rezultatus. Svarbu paminėti tai, kad nuo 2020 m. prasidėjusi COVID-19 pandemija turėjo reikšmingos neigiamos įtakos visų šalių sveikatos priežiūrai (Pecoraro, Luzzi, Clemente, 2021).

Mokslininkai Lupu ir Tiganasu (2022) išanalizavo 31 Europos šalies sveikatos sistemų efektyvumą prieš COVID-19 pandemiją. Atlikta analizė parodė, kad ypač pirmajame pandemijos etape sveikatos sistemų neefektyvumas buvo gana didelis, daugiausiai vakarų šalyse (Italijoje, Belgijoje, Ispanijoje, Didžiojoje Britanijoje). Antros bangos metu stipriai nukentėjusios vakarų valstybės pradėjo imtis adekvačių priemonių gerinant sveikatos sistemų efektyvumą. Iš rytų Europos šalių smarkiai nukentėjo dėl sveikatos sektoriaus neefektyvumo Bulgarija, Graikija, Vengrija, Rumunija).

Remiantis LR SAM, Higienos instituto Sveikatos informacijos centro atlikta analize (2020) nustatyta, kad dėl COVID-19 (Koronaviruso infekcijos) pandemijos Lietuvoje 2020 m. į Lietuvos ligonines kreipėsi daug mažiau pacientų nei įprastai (žr. 4 lent.)

4 lentelė. Stacionaro ligoninių skaičius (2010-2020 m.)

	2010 m.	2019 m.	2020 m.
Stacionaro dienos atvejai	61522	68777	51557
100 gyv.	2,0	2,5	1,8
Stacionaro ligoninių skaičius *	790474	691988	495154
100 gyv.	25,5	24,8	17,7
Stacionaro ligoninių sk.**	730684	628772	450787
100 gyv.	23,6	22,5	16,1
Aktyvaus gydymo stacionaro ligoninių sk. ***	670767	566661	407218
100 gyv.	21,7	20,3	14,6

* įskaitant sanatorių stacionarinės reabilitacijos.

** neįskaitant slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių, sanatorių stacionarinės reabilitacijos ligoninių.

***neįskaitant slaugos ir palaikomojo gydymo, psichiatrijos, reabilitacijos ir tuberkuliozės skyrių ligoninių.

Šaltinis: LR SAM, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2020, p. 60.

Ligoninių veiklos rezultatus geriausiai atskleidžia stacionarinės sveikatos priežiūros rodikliai. LR SAM, Higienos instituto Sveikatos informacijos centro (2020) duomenimis:

- Lovos funkcionavimo rodiklis 2020 m. sumažėjo iki 230,2 dienų per metus (2019 m. – 294,6 d.); aktyvaus gydymo lovų – 210,1 dienų (2019 m. – 275 d.).
- Lovos apyvartumo rodiklis sumažėjo iki 22,9 kartų (2019 m. – 30,8), aktyvaus gydymo lovų – 37,2 karto (2019 m. – 50,1).
- Vidutinis gulėjimo laikas padidėjo iki 10 dienų (2019 m. – 9,6 dienų), aktyvaus gydymo lovų vidutinis gulėjimo laikas išaugo iki 5,7 dienų (2019 m. – 5,5).

Nepaisant dėl COVID-19 pandemijos suprastėjusiems sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatams, Valstybės kontrolė (2022) nurodo, kad Lietuvoje esama sveikatos priežiūros sistema yra pasirengusi tinkamai, lanksčiai ir greitai reaguoti į įvairias iškylančias situacijas (kylančias krizes, pandemijas, kitas galimas nelaimes), kad apsaugotų žmonių sveikatą.

Lietuvoje sveikatos priežiūros infrastruktūra išplėta pakankamai: ligoninių prieinamumas geografiniu aspektu yra geras. Dėl vykstančių demografinių procesų šalyje, stebimas sveikatos priežiūros specialistų poreikio didėjimas ateityje, aktyvaus gydymo lovų poreikio mažėjimas, ekonomiškai efektyvių paslaugų (dienos stacionaro, ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, stebėjimo, ambulatorinės reabilitacijos, pirminės sveikatos priežiūros, prevencinių programų) plėtra.

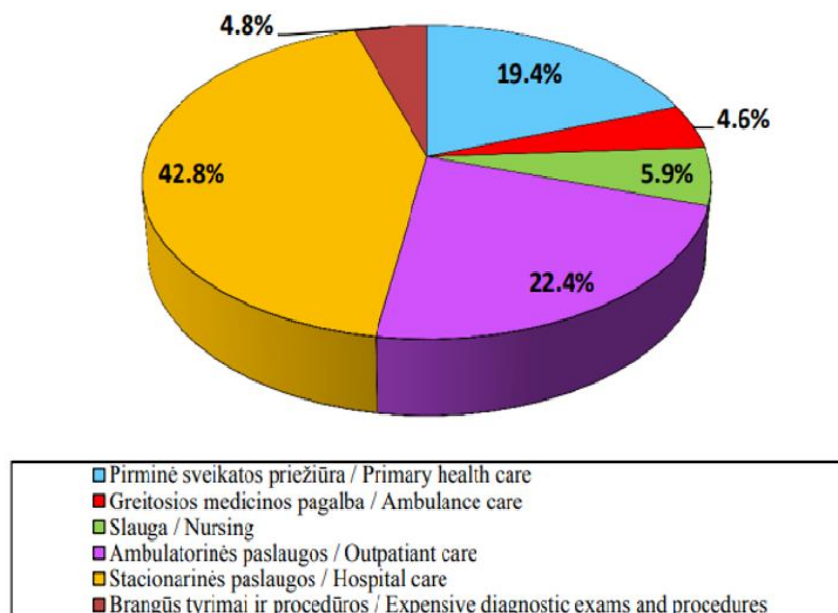
1.3. Sveikatos priežiūros sektoriaus problematika pokyčių kontekste

Visame pasaulyje didėja susidomėjimas sveikatos priežiūros sektoriaus organizacijų veikla, diskutuojama dėl sveikatos sektoriaus efektyvumo didinimo. Įvairiose šalyse, pastaraisiais metais skiriamas vis didesnis dėmesys šios srities problemoms spręsti. Inicijuojami pokyčiai nukreipti siekiant didesnio sveikatos priežiūros įstaigų valdymo efektyvumo, geresnių sveikatos rezultatų. Šiuos tikslus siekiama įgyvendinti restruktūrizuojant ligoninių tinklą ir pačias ligonines, pakeičiant paslaugų teikimo formą, siekiant racionalesnio ir tinkamesnio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo.

Siekiant suprasti kodėl reikšmingi ir būtini pokyčiai sveikatos priežiūros sektoriuje svarbu išanalizuoti pagrindines su sveikatos priežiūra susijusias problemas.

Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema yra finansuojama per privalomąjį sveikatos draudimo fondą (toliau – PSDF). Remiantis VLK prie SAM pranešimu (2019) Lietuvoje esanti sveikatos draudimo sistema – mišri: pagrįsta sveikatos draudimo įmokomis (būdinga Bismarko modeliui), tiek bendraisiais mokesčiais (Bevridžo modelis). Teigiama, kad maždaug iki 65 proc. lėšų skirstoma per PSDF biudžetą, o likusi dalis per nacionalinį biudžetą. Maždaug 70 proc. į PSDF surenkama lėšų iš dirbančiųjų asmenų, kita 30 proc. dalis – per nacionalinį biudžetą bei papildomi asignavimai.

2020 m. didžiausią dalį PSDF biudžeto išlaidų dalį asmens sveikatos priežiūrai sudarė stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (42,8 proc.). Išlaidų struktūra pateikta 4 pav.

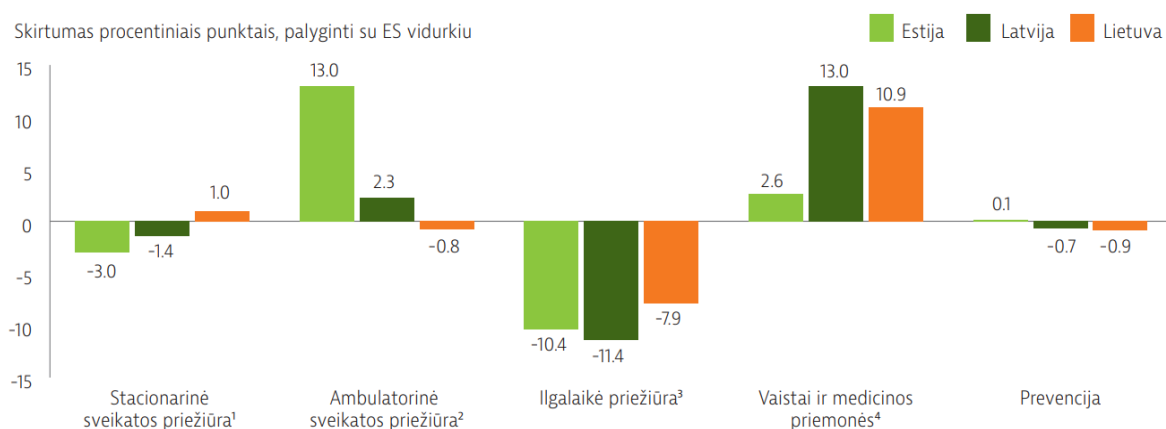


Šaltinis: LR SAM, Higienos instituto informacijos centras, 2020, p. 76.

4 pav. PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūrai struktūra 2020 m. (proc.)

Remiantis LR SAM ir Higienos instituto informacijos centro analize (2020) PSDF biudžeto išlaidos padidėjo 12,5 proc. ir sudarė 2,3 mlrd. eurų (2019 m. – 2,1 mlrd. Eurų). Išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms 2020 m. siekė 1,58 mln. eurų (t.y. 67,9 proc. visų PSDF išlaidų). 2020 m. tarp visų PSDF išlaidų, daugiausiai buvo skirta: stacionarinėms paslaugoms (42,8 proc.); specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms (22,4 proc.); PSP paslaugoms apmokėti (19,4 proc.).

Europos Komisija (2019) nurodo, kad Lietuvoje išlaidos sveikatos priežiūros sektoriuose pasiskirsto panašiai kaip ir Latvijoje, tačiau reikšmingai skiriasi nuo Estijos, kuri skiria daugiau išteklių ambulatorinei ASP ir mažiau vaistams bei stacionarinėms paslaugoms. Išteklių pasiskirstymo sveikatos priežiūros paslaugoms duomenys Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje (2017 m.) pateikti 5 pav.



Pastaba. Administracinės išlaidos neįtraukiamos. 1. Įtraukiama gydomoji priežiūra ir reabilitacija ligoninėse ir kitose įstaigose; 2. Įtraukiama priežiūra namuose; 3. Įtraukiamas tik sveikatos komponentas; 4. Įtraukiama tik ambulatorinės priežiūros rinka.
Šaltiniai: 2019 m. EBPO sveikatos statistiniai duomenys, Eurostato duomenų bazė (2017 m. duomenys).

Šaltinis: Europos Komisija, 2019, p. 11.

5 pav. Išteklių pasiskirstymas sveikatos priežiūros paslaugoms (2017 m.)

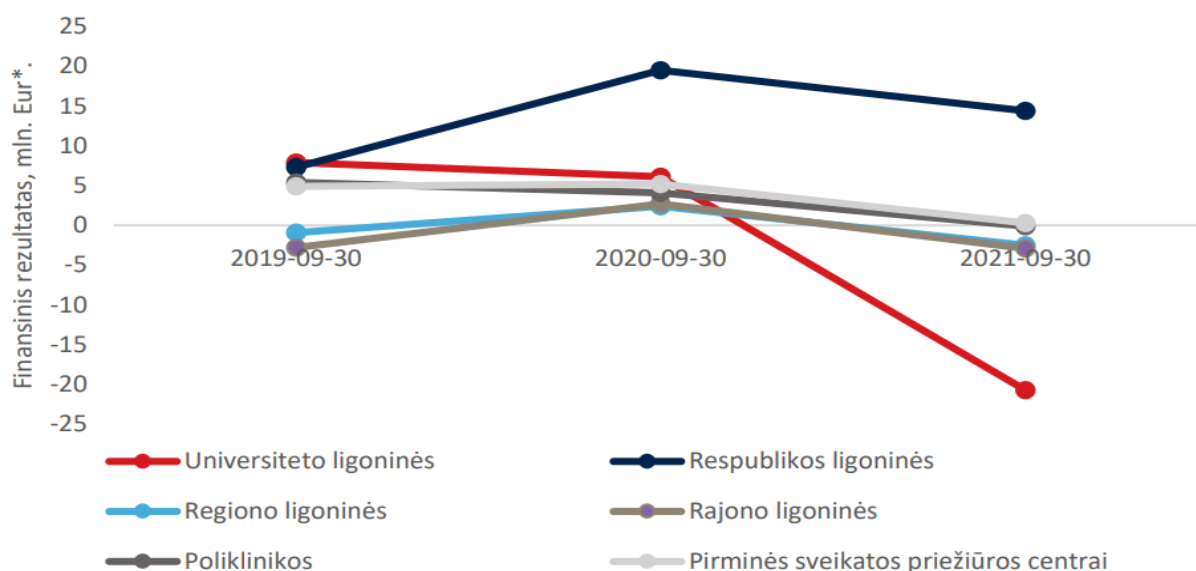
Anksčiau, apdraustųjų asmenų ASP išlaidos buvo apmokamos PSDF biudžeto lėšomis pagal gydymo įstaigų su teritorine ligonių kasa pasirašytas sutartis (LR SDĮ, 1996).

LR SAM nuo 2020 m. kovo mėnesio, siekdama užtikrinti gydymo įstaigų finansinį stabilumą, dėl pasaulinės COVID-19 pandemijos, karantino laikotarpiu pakeitė išlaidų apmokėjimo tvarką ir nustatė taikyti 1/12 ASPP apmokėjimo principą, t.y. kiekvieną mėnesį, nepriklausomai nuo suteiktų ASPP pacientams, gydymo įstaigos gavo planuotą sumą, tokiu būdu 2020 m. iš PSDF biudžeto buvo sumokėta 201,3 mln. Eur, o iki 2021-10-01 – 97,4 mln. Eur daugiau, nei faktiškai suteikta paslaugų pandemijos metu. (Sveikatos apsaugos ministro 2020-03-30 įsakymas Nr. V-615)

Valstybės kontrolės (2022) duomenimis, 2021 m. lyginant su 2019 m. blogėjo visų viešųjų gydymo įstaigų finansinė būklė: sąnaudos per 2021 m. devynis mėn. augo (23 proc.) sparčiau nei pajamos (18 proc.); pandemijos metu daugiau nei du kartus padaugėjo ASPI su neigiamu finansiniu

rezultatu (2021-09-30 43 proc. ASPI, 2020-09-30 17 proc.). Auditorių teigimu, pagrindinės neigiamo ASPI finansinio rezultato priežastys buvo dėl: darbo užmokesčio padidėjimo (42 proc.); padidėjusių COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) gydymo sąnaudų (29 proc.); nuo 2021-01-01 pakelto MMA (14 proc.).

Siekiant vizualiai pažvelgti kokios įtakos turėjo COVID-19 pandemija viešųjų gydymo įstaigų finansinio rezultato dinamikai 2019 – 2021 m. (tūkst. Eur) pateikiamas 6 pav.

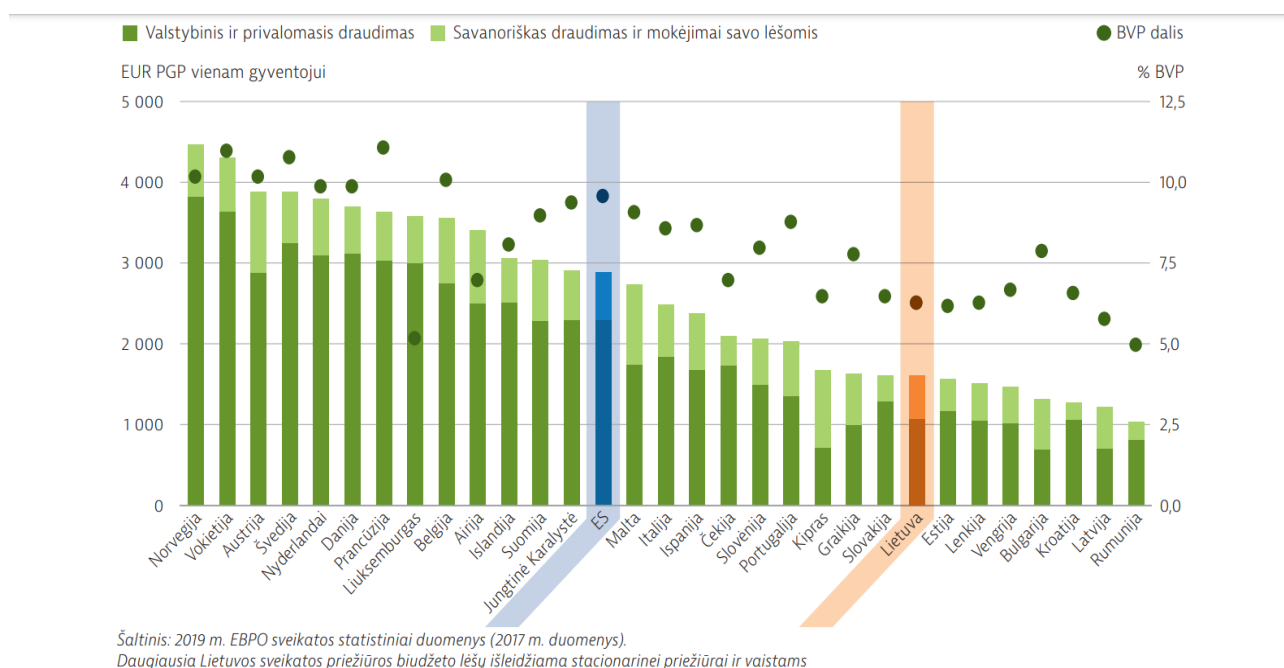


Šaltinis: Valstybinio audito ataskaita, 2022, p. 34.

6 pav. Gydymo įstaigų (VšĮ) finansinio rezultato dinamika 2019 – 2021 m. (tūkst. Eur)

Europos Komisija (2019) įvertinusi Lietuvos sveikatos sistemą bei gyventojų sveikatos rezultatus nustatė, kad lyginant kitų ES šalių atžvilgiu Lietuvoje esamas ligoninių tinklas veikia neefektyviai: neužtikrinama teikiamų paslaugų kokybė ir saugumas, ligoninių tinklas platus, gyventojų sveikatos rodikliai vieni prasčiausių ES, pavyzdžiui 2017 m. duomenimis:

- buvo trumpesnė tikėtina gyvenimo trukmė (LT – 75,8 m., ES – 80,9 m.);
- išvengiamo mirtingumo skaičius, net du kartus didesnis už ES vidurkį;
- Lietuvoje gyventojai triskart dažniau lankosi sveikatos priežiūros įstaigose;
- einamosios išlaidos sveikatai Lietuvoje sudarė 6,5 proc. bendrojo vidaus produkto (BVP), ES vidurkis – 9,8 proc.
- maždaug du trečdaliai (67 proc.) išlaidų sveikatai finansuojama valstybės lėšomis, ES – 79 proc. Likęs išlaidų sveikatai trečdalis padengiamas mokėjimais savo lėšomis ir tai yra vienas didžiausių santykinų dalių visoje ES. Duomenys apie išlaidas stacionarinei priežiūrai ir vaistams (2017 m.) pateikiami 7 pav.



Šaltinis: Europos Komisija, 2019, p. 10

7 pav. Išlaidos sveikatos priežiūrai (2017 m.)

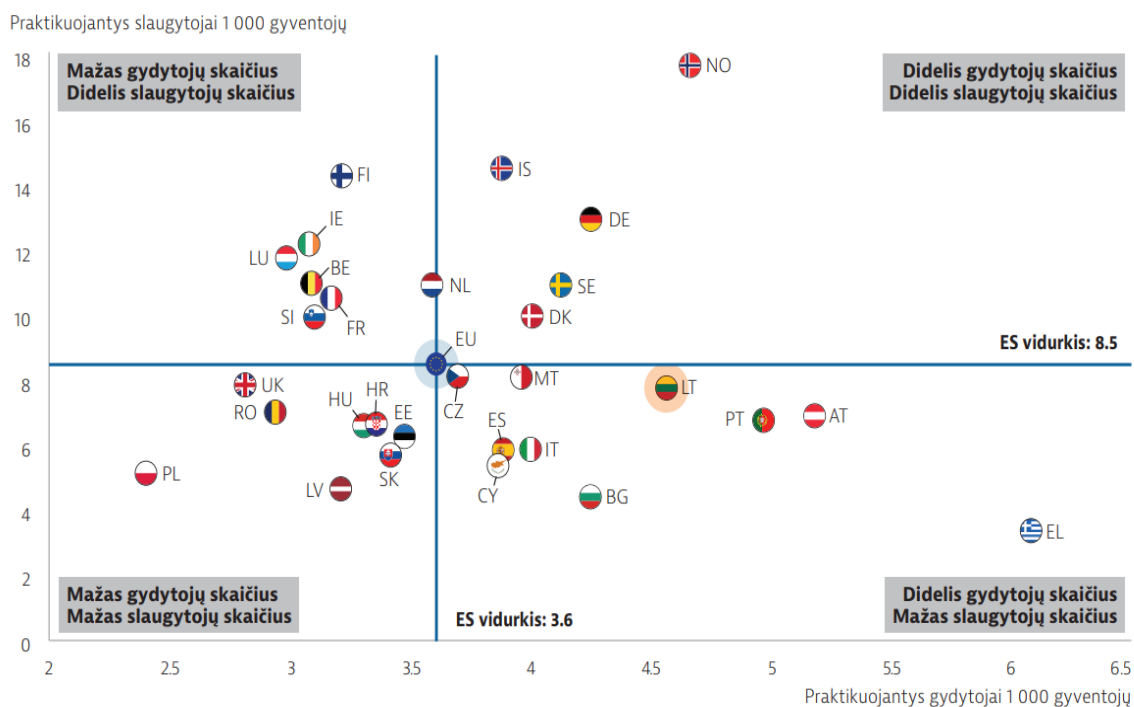
Apdraustųjų valstybės lėšomis asmenų struktūrą 2018 m. sudarė: pensininkai 47 proc., vaikai, moksleiviai ir studentai 40 proc., bedarbiai 9 proc., kiti – 4 proc. (VLK, 2019)

Kitos sveikatos priežiūros sistemos neefektyvumo priežastys (LR Finansų ministerijos užsakymu atlikta analizė, 2020):

- Lietuvos gyventojai dažniausiai yra linkę gydytis ligoninėje. Lyginant su kitomis ES šalimis, Lietuva ženkliai išsiskiria, pavyzdžiui padidinus lovos funkcionavimą, esant dabartinei hospitalizacijos rodiklio reikšmei (22,4 atvejo 100-ui gyventojų), aktyviojo gydymo lovų poreikis sumažėtų 12 proc. (1 900 lovomis), o tuo atveju, jeigu hospitalizacijos rodiklio reikšmė būtų sumažinta iki 18 atvejų (100-ui gyventojų), reikšmės artimos ES vidurkiui, šių lovų perteklius sudarytų 29 proc. (4 600 lovų) visų aktyviojo gydymo lovų.

- sveikatos priežiūros sektoriaus specialistų trūkumas ir jų pasiskirstymo netolygumai sąlygoja sveikatos priežiūros prieinamumo problemas atlikta analizė parodė, kad didžiausias procentinis specialistų trūkumas 2028 m. prognozuojamas šių specialistų tarpe: bendrosios praktikos slaugytojų 34 proc., vaikų ligų gydytojų 22 proc., vidaus ligų gydytojų 22 proc., gydytojų oftalmologų 11 proc.

Europos Komisija (2019) atskleidė, kad Lietuvoje yra gana daug gydytojų, 2017 m. - 4,6, ES – 3,6/1000 gyv., tačiau slaugytojų skaičius yra mažesnis nei ES vidurkis (7,7 ir 8,5/1000 gyventojų). 2017 m. gydytojų ir slaugytojų skaičiaus palyginimas pateikiamas 8 pav.



Pastaba. Portugalijos ir Graikijos duomenys apima visus praktikos licenciją turinčius gydytojus, tad nustatomas gerokai per didelis praktikuojančių gydytojų skaičius (pvz., Portugalijoje apie 30 proc.). Austrijoje ir Graikijoje nepakankamai įvertintas slaugytojų skaičius, nes į jį įtraukiami tik ligoninėse dirbantys slaugytojai.

Šaltinis: Eurostato duomenų bazė (2017 m. ar artimiausių metų duomenys).

Šaltinis: Europos Komisija, 2019, p. 11.

8 pav. Gydytojų ir slaugytojų skaičiaus palyginimas (2017 m.)

Slaugytojų, tenkančių vienam gydytojui, skaičius Lietuvoje, kuris atspindi sveikatos priežiūros išteklių panaudojimo efektyvumą (European Economy, 2015), yra gerokai mažesnis nei vidutiniškai ES šalyse. Vertinant Lietuvos mastu, stebimas netolygus slaugytojų pasiskirstymas šalyje (žr. 5 lent.).

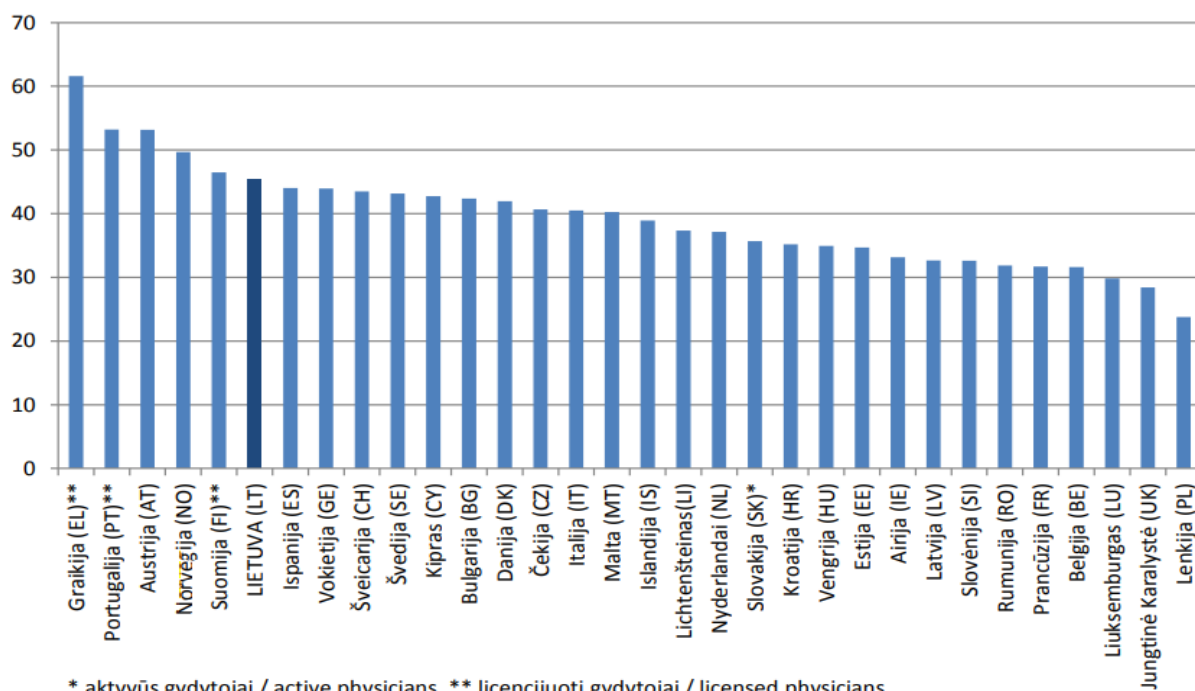
5 lentelė. Slaugytojų skaičius, tenkantis vienam gydytojui Lietuvoje pagal savivaldybes (2018 m.)

Mažiausi rodikliai		Didžiausi rodikliai	
Savivaldybė	Slaugytojų sk./1-am gydytojui	Savivaldybė	Slaugytojų sk./ 1-am gydytojui
Birštono	1,2	Neringos	6,2
Kauno r.	1,5	Rietavo	4,5
Kauno m.	1,6	Šilalės	4,0

Šaltinis: Investicijų poreikio sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros srityje analizė, 2020, p. 53.

Remiantis Lietuvos strateginiais dokumentais, planuota iki 2020 m. atkurti slaugytojų ir gydytojų skaičiaus santykį iki 2,0, tačiau šio siekio įgyvendinti vis dar nepavyko (LR Seimo nutarimas Nr. XII-964, 2014).

Lietuvoje, lyginant su kitomis ES ir ELPA šalimis, gana daug praktikuojančių gydytojų. Daugiau gydytojų buvo tik Suomijoje, Norvegijoje, Austrijoje, Portugalijoje ir Graikijoje. Praktikuojančių gydytojų skaičiaus palyginimas ES ir ELPA šalyse 2020 pateikiamas 9 pav.



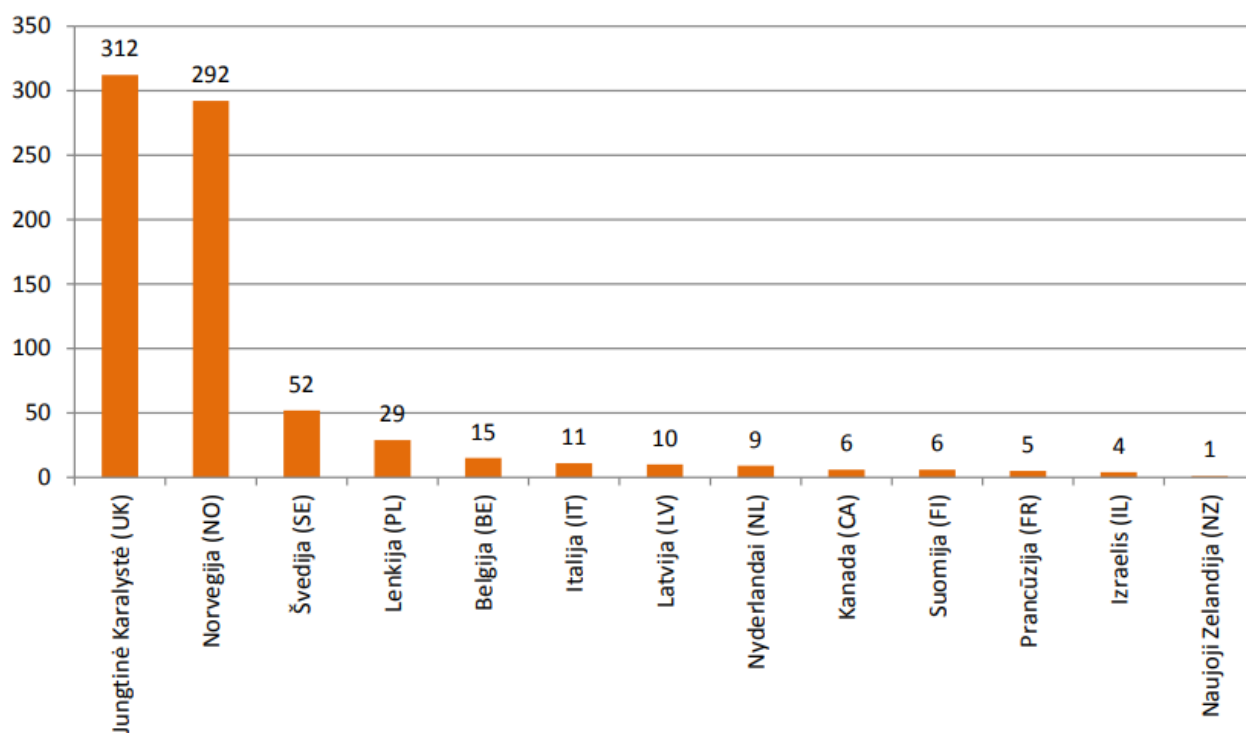
Šaltinis: LR SAM, Higienos instituto informacijos centras, 2020, p. 76.

9 pav. Praktikuojančių gydytojų skaičius ES ir ELPA šalyse (10 tūkst. gyv.)

Ne mažiau svarbi problema - išsilavinimą Lietuvoje įgijusių sveikatos priežiūros specialistų emigracija į kitas šalis. Manoma, kad 2020 m. užsienyje praktikavo 1 477 Lietuvoje išsilavinimą įgiję gydytojai. Daugiausiai jų dirbo Vokietijoje (442), Jungtinėje Karalystėje (199), Švedijoje (198), Norvegijoje (155), Izraelyje (150). Taip pat, užsienyje praktikavo 752 Lietuvoje išsilavinimą įgijusios slaugytojos. Daugiausiai jų dirbo Jungtinėje Karalystėje (313), Norvegijoje (292) (LR SAM, Higienos instituto informacijos centras, 2020)

Duomenys apie Lietuvoje išsilavinimą įgijusių slaugytojų, turinčių licenciją (arba praktikuojančių) kai kuriose EBPO šalyse (2020 m.) pateikti 10 pav.

Remiantis LR SAM tinklalapyje „Darbo pasiūlymai sveikatos priežiūros specialistams“ skiltyje, šiuo metu šalyje labiausiai trūksta šeimos gydytojų, kardiologų, vidaus ligų gydytojų, gydytojų neurologų, psichiatrų, vaikų ligų gydytojų, gydytojų anesteziologų reanimatologų.



Šaltinis: LR SAM, Higienos instituto informacijos centras, 2020, p. 76.

10 pav. Lietuvoje išsilavinimą įgijusių slaugytojų, turinčių licenciją (arba praktikuojančių) kai kuriose EBPO šalyse, skaičius (2020 m.)

Išanalizavus Aukščiausiosios valstybinio audito institucijos – Valstybės kontrolės atliktus auditus, susijusius su sveikatos priežiūros organizavimu Lietuvoje, galima išskirti kitas problemines sritis: nepakankama ambulatorinių paslaugų plėtra, nepakankamas paslaugų prieinamumas, didelės sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilės, pernelyg didelis gyventojų naudojimąsis šiomis paslaugomis, mažiau kainuojančių paslaugų plėtra yra nepakankama (Valstybės kontrolė, 2018).

Lietuvoje, palyginti su kitomis ES šalimis, 20 proc. daugiau gydytojų, tačiau trūksta tam tikrų specialybių gydytojų; 45 proc. daugiau ligoninių lovų; gyventojai triskart dažniau lankosi gydymo įstaigose; mirčių, kurių galima išvengti du kartus viršija ES vidurkį, PSDF administravimo trūkumai, netolygiai teikiamos ir prieinamos paslaugos (Valstybės kontrolė, 2019).

Lietuvos sveikatos priežiūros problematika buvo nagrinėjama ir mokslininkų darbuose. Kalibatas (2005) teigia, kad Lietuva išsiskiria iš kitų šalių dėl per ilgo ligonių gulėjimo laiko ligoninėse. Autoriaus atlikti skaičiavimai parodė, kad ligoninėse, kuriose yra iki 150 lovų – veikla yra mažiau efektyvi, lyginant su didesnėmis ligoninėmis.

Janušonis (2011) atlikęs Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos SSGG analizę, nurodo „įsisenėjusias“ SPP problemas: nepakankamas finansavimas, sveikatos priežiūros paslaugų ir tinklo centralizacija, ydingas finansavimo mechanizmas, geografinis paslaugų teikimo disbalansas.

Gurevičiaus (2015) teigia, kad Lietuvoje yra skiriamas nepakankamas dėmesys ligoninių veiklos efektyvumo vertinimui ir kontrolei. Mokslininko atlikta analizė pritaikant Pabon Lasso metodiką, parodė, kad šalyje yra perteklinis aktyvaus gydymo lovų skaičius. Analizuojamu laikotarpiu, lovos funkcionavimo rodiklis buvo 212 dienų (t.y. 58 proc. metinio kalendorinių dienų skaičiaus), tai reiškia, kad 2014 m. buvo neišnaudojama 42 proc. aktyvaus gydymo lovų.

Kitų mokslininkų (Muldarytė, 2014; Jakutis, 2011, Kalašnokova-Volček, 2013; Domarkaitė, 2018) atlikti darbai pagrindžia tai, kad Lietuvos ligoninėse trūksta vieningos sistemos siekiant išvatuoti kiekybiškai ligoninių darbo rezultatus.

Muldarytė (2014) teigia, kad siekiant išmatuoti ligoninės veiklos darbo rezultatus kokybės bei efektyvumo aspektu, būtina kurti galimybę kiekybiškai išmatuoti norimus rezultatus.

Jakutis (2011) analizuodamas Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikų Širdies chirurgijos centre veiklos efektyvumą, nustatė, kad šiame centre efektyvumo vertinimas vyksta nedidelia apimtimi, todėl sunku palyginti efektyvumą ir veiklos atitikimą nacionaliniams ir tarptautiniams sveikatos politikos dokumentams.

Kalašnikova-Volček (2013) nagrinėdama stacionariųjų paslaugų efektyvumą Vilniaus universiteto onkologijos institute bei analizuodama mokslinę literatūrą akcentavo, kad Lietuvoje yra nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema, kurią sąlygojo neefektyvus sveikatos priežiūros įstaigų valdymas; nepakankama kontrolė ir stebėseną, nepakankamai išplėtotos alternatyvių paslaugų formos, netolygus įstaigų finansavimas, neskatinama konkurencija tarp paslaugų teikėjų ir paslaugų pirkėjų, nevienodos veiklos sąlygos viešosioms ir privačiosioms įstaigoms.

Domarkaitė (2018) analizavo žmoniškųjų išteklių organizavimo ir valdymo Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse problematiką nustatė, kad didžiausia sveikatos priežiūros darbuotojų kaita yra regioninėse ir respublikinėse ligoninėse (vidutiniškai 6-10 proc. darbuotojų kaita per metus). Autorė daro prielaidą, kad tam įtakos gali turėti emigracijos į kitas Europos šalis problema.

Morkvėnienė (2017) analizuodama sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo gerinimo politiką VšĮ Santaros klinikose teikė įžvalgas, kad gydymo įstaigos nėra linkusios dalintis gerąja patirtimi analizuojant ir gerinant SPP efektyvumą įstaigose. Autorei išnagrinėjus padalinių vadovų nuomonę apie taikomą vieną iš efektyvumo didinimo priemonių – centrų vadovų veiklos vertinimą, rodo, kad tai duoda daug naudos tiek ligoninei, tiek centrų vadovams.

Žilėnaitės (2020) atliktas tyrimas pagal Pabon Lasso modelį parodė, kad bendras aktyvaus gydymo lovų užimtumas šalyje buvo tik 63 procentai, tai rodo, kad SPP pasiūla neatitinka paklausos, ištekliai naudojami neracionaliai, tad būtina mažinti bendrąjį lovų skaičių šalyje. Autorės atliktas tyrimas parodė, kad nors lovų skaičius ligoninėse skiriasi, galima pasiekti vienodai aukšto efektyvumo tiek mažose, tiek didesnėse ligoninėse.

Stacionarinei sveikatos priežiūrai turi būti skiriamas ypatingas dėmesys kiekvienoje šalyje, kadangi šiai sričiai skirtos lėšos yra pagrindinė išlaidų kategorija, kuriai tenka didžiausia dalis sveikatos biudžeto. Lietuvoje yra nepakankamai išplėtoti ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra, esamas sveikatos priežiūros specialistų trūkumas ir jo pasiskirstymo netolygumai, aktyvaus gydymo paslaugas teikiančių įstaigų perteklinis tinklas, gyventojų per didelis naudojimąsis sveikatos priežiūros paslaugomis bei vieni prasčiausių gyventojų sveikatos rodikliai yra esminiai iššūkiai Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje.

1.4. Efektyvumo vertinimo galimybės sveikatos priežiūroje

Teigiama, kad neefektyvumas sveikatos priežiūroje yra plačiai paplitusi problema pasaulyje. Pasaulio sveikatos organizacija apskaičiavo, kad vidutiniškai iššvaistoma apie 20-40 proc. sveikatos priežiūros išlaidų nepagrįstai (WHO, 2020). Manoma, kad Europoje vidutiniškai iki 20 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų būtų galima perskirstyti efektyvesniam ir geresniam naudojimui (European economy, 2015).

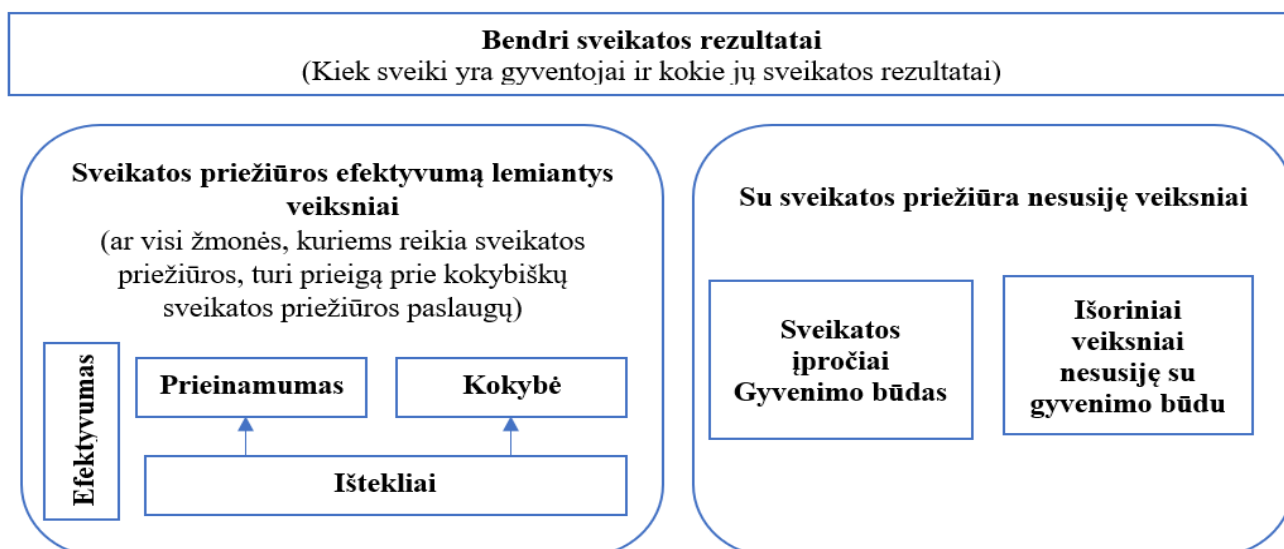
Sveikatos priežiūros sistemų efektyvumo gerinimas yra pagrindinis daugelio ES šalių politikos tikslas, kurį reikia suderinti didėjant sveikatos priežiūros poreikiui ir turint ribotą valstybės (ir privatų) biudžetą. Ligoninių efektyvumo didinimas išlieka svarbiu ES šalių politikos tikslu, atsižvelgiant į didelę bendruomenei teikiamų paslaugų vertę ir kainą.

Mokslininkų Baliukonio ir Čiarnienės (2014) teigimu, efektyvumo siekis yra itin svarbus visiems ūkio subjektams. Efektyvumo problema – pasirinkimo problema: reikia pasirinkti teikiamų paslaugų rūšį, kiekį, teikimo būdą ir sunaudojamų išteklių apimtį.

Remiantis įprastine ekonomikos teorija „efektyvumas“ yra santykis tarp vienos ar kelių įvesčių („gamybos veiksnių“) ir vieno ar daugiau išvesčių (produkcijos) (Puškorius, 2002).

Sveikatos priežiūros sektoriuje efektyvumo matavimą apsunkina tai, kad „vartotojams“ (pacientams) iš tikrųjų svarbūs ne tiek sveikatos priežiūros rezultatai (pvz. gydytojų konsultacijos, chirurginės procedūros), tačiau šios veiklos rezultatai, t.y. išgyvenimas ir atsigavimas po įvairių sveikatos problemų, geresnė savijauta po gydymo.

Efektyvumas laikomas vienu iš sunkiausiai išmatuojamų kriterijų sveikatos priežiūroje (OECD, 2016). Jo interpretaciją ir vietą bendroje sveikatos vertinimo sistemoje geriausiai atspindi 11 pav.



Šaltinis: OECD, 2016, p. 7.

11 pav. Bendra sveikatos vertinimo sistema

Ligoninių veiklos efektyvumo didinimas išlieka svarbiu daugelio šalių sveikatos politikos tikslu, kadangi apie 30 – 40 proc. visų sveikatos priežiūros išlaidų vidutiniškai tenka ligoninėms (WHO, 2019).

Davoud et al. (2014) teigia, kad ligoninės yra brangiausias sveikatos sistemų komponentas. Šiandien didelė dalis ligoninių lovų yra nepanaudotos dėl tinkamo planavimo stokos. Veiklos vertinimas yra veiksmingas metodas, kurį sveikatos priežiūros sektoriaus administratoriai gali naudoti vertindami ir stebėdami gydymo įstaigų veiklą. Tokio pobūdžio vertinimas leidžia įvertinti iš anksto nustatytų planų efektyvumą, poreikius, naudojant tam tikras priemones bei modelius. Tyrimai rodo, kad yra įvairių modelių, rodiklių, leidžiančių įvertinti ligoninės efektyvumą ir jas palyginti tarpusavyje.

Įvairiose pasaulio šalyse efektyvumo matavimo metodikos yra vis dar tobulinimo stadijoje, egzistuoja dideli skirtumai tarp šalių, kaip išmatuoti SPP efektyvumą, konkrečiai dėl pačių rodiklių formulavimo ir jų pasirinkimo. Šalys yra sukūrusios skirtingus efektyvumo vertinimo rinkinius, kurie paprastai matuojami standartizuotu būdu šalyse, tačiau vieningo sutarimo, kokie turėtų būti SP sektoriaus efektyvumo vertinimo rodikliai/modeliai, nėra (Europos Komisija, 2015).

Jankauskienė (2016) analizuodama užsienio šalių patirtį ligoninių veiklos vertinimo kontekste nurodo, kad skirtingose šalyse, vertinant ligoninių veiklą naudojami įvairūs rodikliai, o jų skaičius svyruoja nuo 36 (Jungtinė sveikatos priežiūros organizacijų akreditacijos komisija) iki daugiau nei 300 (Australijos sveikatos priežiūros komisija). Autorė remdamasi Veillard (2005) apibendrina skirtingų šalių ligoninių veiklos vertinimo aspektus ir nurodo, kad ligoninių veiklos vertinimas apima nuo 3 iki 6 skirtingų dimensijų (žr. 6 lent.).

6 lentelė. Ligoninių veiklos kokybės vertinimo dimensijos

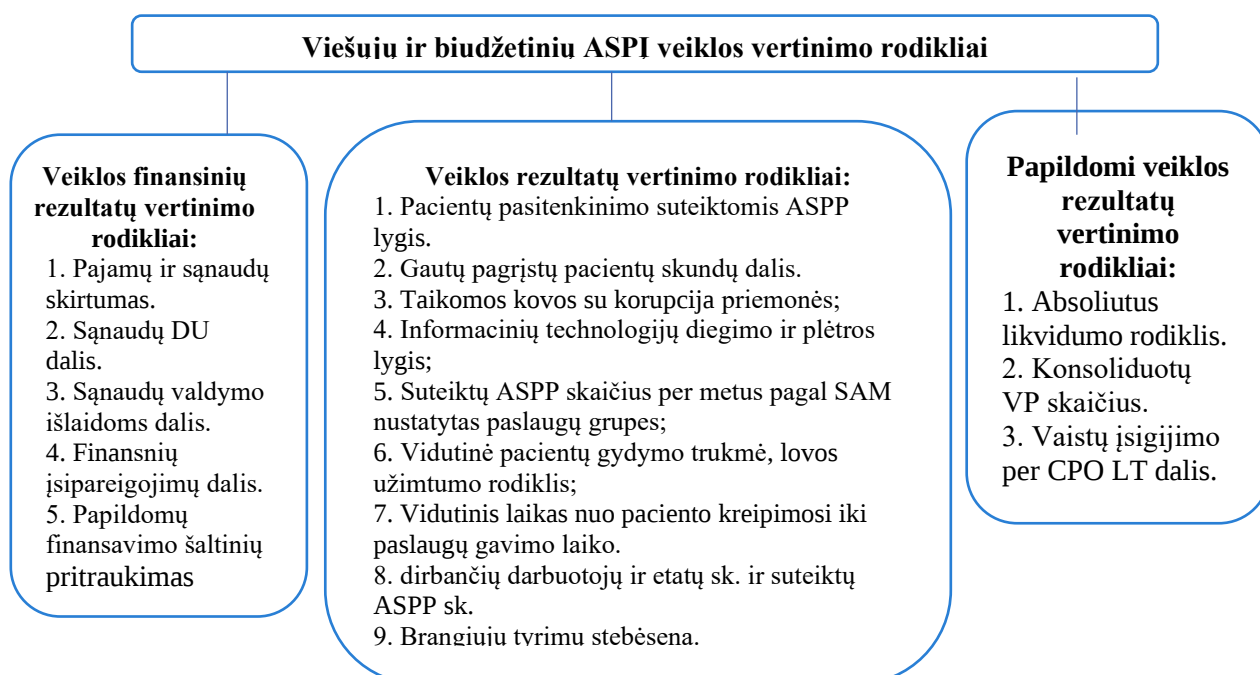
Šalis	Vertinimo dimensijos
Jungtinė Karalystė, Sveikatos departamentas	Visuomenės sveikatos gerinimas, paslaugų prieinamumas, efektyvių sveikatinimo paslaugų teikimas, produktyvumas, pacientų nuomonė, gydymo baigtys.
Pasaulio sveikatos organizacija, PATH projektas	Klinikinis efektyvumas, sauga, orientacija į pacientą, produktyvumas, orientacija į personalą, atsakingas valdymas.
Švedija, Europos sveikatos vartotojų indeksas	Pacientų teisės ir informacija, prieinamumas, gydymo laukimo laikas, baigtys (rezultatai), paslaugų apimtis ir prieinamumas, farmacija.

Šaltinis: sudaryta pagal Veillard et al. (2005), Jankauskienė (2016, p. 48)

Matuojant ir vertinant SPP efektyvumą pagrindinės problemos susijusios su SP sektoriaus sąnaudų apskaičiavimo duomenimis. Nors kai kuriose šalyse yra palyginami nacionalinių išlaidų sveikatos priežiūrai duomenys, tačiau tarptautiniu mastu palyginami duomenys apie ligoninių sąnaudas ir jų kiekį (apimtį) nepakankami arba neprieinami, todėl skatintina plėtoti mokslinius tyrimus šia tematika (OECD, 2016).

Lietuvoje, siekiant užtikrinti sveikatos sistemos tvarumą ir kokybę užsibrėžta siekiamybė kurti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius, numatyta patvirtinti ir įdiegti šalies mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei veiklos efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, reguliariai atlikti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės bei veiklos efektyvumo lyginamąją analizę, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą labiau susieti su jų veiklos kokybe, efektyvumu bei rezultatyvumu (LR Seimo nutarimas Nr. XII-964, 2014).

Išnagrinėjus sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančius norminius dokumentus, darbo autorė apibendrina viešųjų ir biudžetinių ASPI veiklos rezultatų vertinimo aspektus, kurių turi siekti kiekviena Lietuvoje veiklą vykdanči viešoji ir biudžetinė ASPI. Pagrindiniai viešųjų ir biudžetinių ASPI veiklos vertinimo rodikliai pateikti 12 pav.



Šaltinis: parengta pagal LR SPII, 1996; LR SAM įsakymą Nr. V-731, p. 1-15.

12 pav. Viešųjų ir biudžetinių ASPĮ veiklos vertinimo aspektai

Kiekvienais metais, LR sveikatos apsaugos ministras tvirtina viešųjų ir biudžetinių ASPĮ įstaigų veiklos rezultatų siektinas reikšmes, šių įstaigų parengtos ataskaitos teikiamos kiekvienais metais iki kovo 1 d. įstaigos steigėjui (dalininkui) ar kitai savininko teises ir pareigas įgyvendinančiai institucijai, vertinimo rezultatai yra naudojami atliekant įstaigų palyginimą pagal siektinų reikšmių įvykdymo rezultatus, bei apskaičiuojant LNSS viešųjų įstaigų vadovaujančių darbuotojų mėnesinio darbo užmokesčio kintamosios dalies dydį (LR SPII, 1996).

2021 m. buvo nustatyti šie viešųjų ir biudžetinių ASPĮ veiklos rezultatų vertinimo rodikliai ir jų siektinos reikšmės (LR SAM įsakymas Nr. V-1964, 2021):

Veiklos finansinių rezultatų vertinimo rodikliai ir siektinos reikšmės:

- Įstaigos praėjusių metų veiklos rezultatų ataskaitoje nurodytas pajamų ir sąnaudų skirtumas (grynasis perviršis ar deficitas). Siektina reikšmė – būti nenuostolingai.
- Įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis. Šis rodiklis parodo, kokią procentinę dalį vidutinio vieno mėnesio darbo užmokesčio fondo augimas (palyginus du laikotarpius: iki darbo užmokesčio didinimo ir po jo) sudarė nuo papildomai skirtų PSDF biudžeto lėšų, kurias rekomenduojama nukreipti sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui didinti. Siektina reikšmė: Valstybės institucijoms skyrus papildomų PSDF biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti ir rekomendavus jas nukreipti SPS darbo užmokesčiui didinti, siektina reikšmė LNSS viešosioms įstaigoms priklausomai nuo lygmens siektina rodiklio reikšmė turi būti ne mažiau kaip 80 arba 85 proc. nurodytų lėšų panaudojamos darbo užmokesčiui didinti.
- Įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis (priklausomai nuo ligoninės lygmens, siektina rodiklio reikšmė svyruoja nuo 1,72 iki 2,24 proc.
- Finansinių įsipareigojimų dalis nuo metinio įstaigos biudžeto. Siektina reikšmė – įsipareigojimų koeficientas ne didesnis kaip 0,10.
- Papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas. Siektina reikšmė nenustatoma.

Veiklos rezultatų vertinimo rodiklių siektinos reikšmės:

- Pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis, tai yra pacientų teigiamai įvertintų įstaigoje suteiktų paslaugų skaičiaus dalis nuo visų per metus įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes. Siektina reikšmė – pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis paslaugomis lygis ne mažiau kaip 0,8 balo.

- Įstaigoje gautų pacientų skundų dėl įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per metus ir pagrįstų skundų dalis. Siektina reikšmė - nenustatoma.

- Įstaigoje gautų pagrįstų skundų dalis nuo visų įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus per metus pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes. Siektina reikšmė - nenustatoma.

- Įstaigoje taikomos kovos su korupcija priemonės, numatytos sveikatos apsaugos ministro tvirtinamoje Sveikatos priežiūros srities korupcijos prevencijos programoje. Siektina reikšmė – ASPĮ įtraukta į Skaidrių ASPĮ sąrašą.

- Informacinių technologijų diegimo ir plėtros lygis (pacientų elektroninės registracijos sistema, įstaigos interneto svetainės išsamumas, darbuotojų darbo krūvio apskaita, įstaigos dalyvavimo elektroninėje sveikatos sistemoje mastas). Siektinos reikšmės: ne mažiau kaip 98 proc. visų epikrizių išrašom el. būdu; ASPĮ informacinėje sistemoje įdiegtas vaistų suderinamumo tikrinimo funkcionalumas; ASPĮ yra išankstinės pacientų registracijos informacinės sistemos dalyvis.

- Vidutinė hospitalizuotų pacientų gydymo trukmė įstaigoje pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes (taikoma tik antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms). Skietinos reikšmės: vidutinė chirurgijos paslaugų grupės gydymo trukmė – ne ilgiau kaip 6,8 dienos (antrinio lygio ASPĮ); ne ilgiau kaip 7,5 dienos (tretinio lygio ASPĮ); vidutinė terapijos paslaugų grupės gydymo trukmė – ne ilgiau kaip 6,4 dienos (antrinio lygio ASPĮ); ne ilgiau kaip 6,1 dienos (tretinio lygio ASPĮ); vidutinė psichiatrijos paslaugų grupės gydymo trukmė – ne ilgiau kaip 18,8 dienos (antrinio lygio ASPĮ); ne ilgiau kaip 17,9 dienos (tretinio lygio ASPĮ).

- Lovos užimtumo rodiklis įstaigoje pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes (taikoma tik antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms). Siektinos reikšmės: aktyvaus gydymo lovų užimtumas – ne mažiau kaip 70 proc. (2020 m. siektina reikšmė buvo 300 d. / 82,2 proc.).

- Įstaigoje iš PSDF biudžeto lėšų apmokėtų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių stebėsena atliekama, skaičius, medicinos priemonių, kuriomis atlikti brangieji tyrimai ir procedūros, panaudojimo efektyvumas (taikoma tik antrinio ir tretinio lygio ASPĮ). Siektinos reikšmės (rajonų ir regionų ligoninėms): kompiuterinės tomografijos aparatų apkrova – 12 kompiuterinės tomografijos tyrimų per vieną darbo dieną ir (2020 m. buvo siektina reikšmė: ne mažiau kaip 30 kompiuterinės tomografijos tyrimų per vieną darbo dieną vienu kompiuterinės tomografijos aparatu; Magnetinio rezonanso tomografijos aparatų apkrova – ne mažiau kaip 16 magnetinio rezonanso tomografijos tyrimų per vieną darbo dieną vienu magnetinio rezonanso tomografijos aparatu).

Viešųjų ir biudžetinių ASPĮ papildomų veiklos rezultatų vertinimo rodiklių siektinos reikšmės:

- Absoliutus likvidumo rodiklis. Siektina reikšmė: nuo 0,5 iki 1.

- Konsoliduotų (jungtinių dviejų ar daugiau perkančiųjų organizacijų) viešųjų pirkimų skaičius. Siektina reikšmė: ne mažiau kaip 2.

- Vaistų, kurie įsigyti per VšĮ Centrinės perkančiosios organizacijos elektroninį katalogą (toliau VšĮ CPO), vertės dalis nuo bendros vaistų, kuriuos galima įsigyti per VšĮ CPO LT elektroninį katalogą, vertės. Siektina reikšmė: ne mažiau kaip 80 proc.

Apžvelgti ligoninių veiklos rezultatai pagal aptartus rodiklius nėra kasmet susisteminami ir skelbiami viešai, nėra galimybės šių rodiklių palyginti tarp skirtingų to paties lygmens ligoninių. Autorės nuomone, tai ypač svarbu analizuojant pasiektus veiklos rezultatus su panašaus dydžio gydymo įstaigomis.

Nacionaliniu lygiu ligoninių veikla taip pat yra vertinama **veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo aspektu**, pagal nustatytus vertinimo rodiklius (LR SAM įsakymas Nr. V-1073, 2012):

ASPI veiklos kokybės rodikliai: cezario pjūvių dažnis; Mirštamumas (nuo miokardo infarkto, galvos smegenų insulto) aktyvaus gydymo ASPI metu; Pragulų atsiradimo dažnis; Pacientų bendro pasitenkinimo ASPI teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis; Hospitalinių infekcijų prevencijos ir epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis; Antibiotikams atsparių mikroorganizmų atsiradimo ir plitimo prevencijos ir stebėsenos užtikrinimo lygis; Nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizės plėtros apimtis; Naujagimiams palankių sąlygų užtikrinimo lygis.

Veiklos efektyvumo vertinimo rodikliai: vidutinė gydymo trukmė atliekant klubo sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją, kelio sąnario pirminio endoprotezavimo operaciją; Dienos chirurgijos paslaugų dalis atliekant kataraktos operaciją, cholecistektomijos operacijas, flebektomijos operacijas, hernioplastikos operacijas, laparoskopines ginekologines operacijas; Dienos chirurgijos planinių paslaugų, atliktų 1-ąją hospitalizavimo dieną, dalis; Operacinės užimtumo vidurkis.

Veiklos efektyvumo rodiklių apibendrinti ir susisteminti duomenys yra viešai prieinami LR SAM internetinėje svetainėje, tačiau yra galimybė palyginti tik 2019 - 2020 m. rezultatus tarp skirtingo lygmens ligoninių.

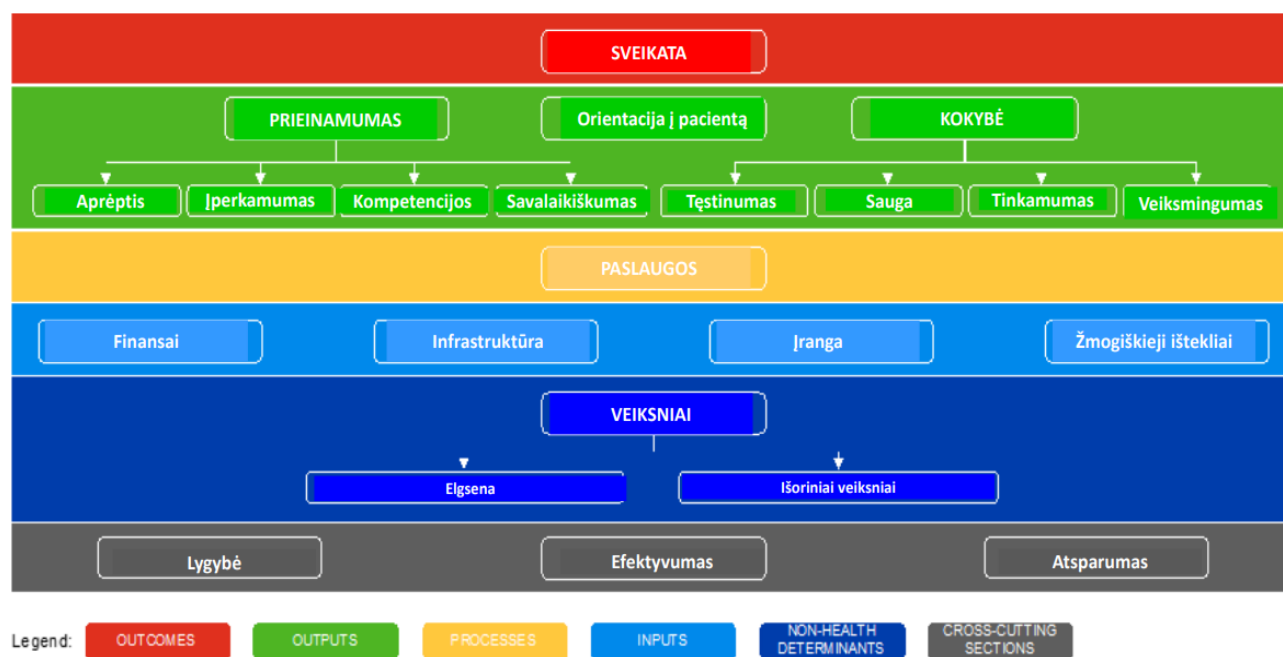
Šiuo metu esama ligoninių veiklos vertinimo sistema nepakankama, trūksta aiškumo ką turimais rodikliais siekiama matuoti ir vertinti, daliai rodiklių nėra galimybės nustatyti siektinų reikšmių, rodiklių reikšmių rinkimas neautomatizuotas, trūksta rodiklių leidžiančių išsamiau įvertinti stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklą (LR SAM, 2022).

Jankauskienė (2016) teigia, kad nesant Lietuvoje ligoninių veiklos vertinimo modelio, tikimasi, kad pačios įstaigos imsis priemonių kokybei ir efektyvumui vertinti ir gerinti. Autorė pabrėžia, kad remiantis renkamais rodikliais, kol kas nėra įmanoma, objektyviai įvertinti, nors atskirų rodiklių atžvilgiu tai akivaizdu, kurioje ligoninėje geriau teikiamos SPP.

XVIII-osios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje (2020) numatytas tikslas gerinti ASPP kokybę. Šio tikslo siekiant numatyta įteisinti LNSS viešųjų ir biudžetinių įstaigų, teikiančių ASPP,

naujus veiklos rezultatų ir kokybės matavimo rodiklius, pasiūlyti juos atsižvelgiant į gerąsias tarptautines praktikas. Šiai priemonei įgyvendinti sudaryta speciali darbo grupė, aktyviai bendradarbiaujanti su socialiniais partneriais (Jaunųjų gydytojų asociacijos, Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos).

LR SAM įgyvendino Struktūrinės sveikatos reformos paramos programos projektą „Šalies sveikatos sistemos veiklos vertinimo modelio sukūrimas Lietuvoje“, kurio pagrindinis tikslas – sukurti vieningą Lietuvos sveikatos sistemos veiklos vertinimo modelį, atrenkant aktualiausius Lietuvos kontekstui rodiklius pagal tematinės grupes ir hierarchinius lygius (2022). Pasiūlytas LNSS veiklos vertinimo modelis pateiktas 13 pav.



Šaltinis: LR SAM 2022-02-17 pranešimas, p. 12.

13 pav. LNSS veiklos vertinimo modelis

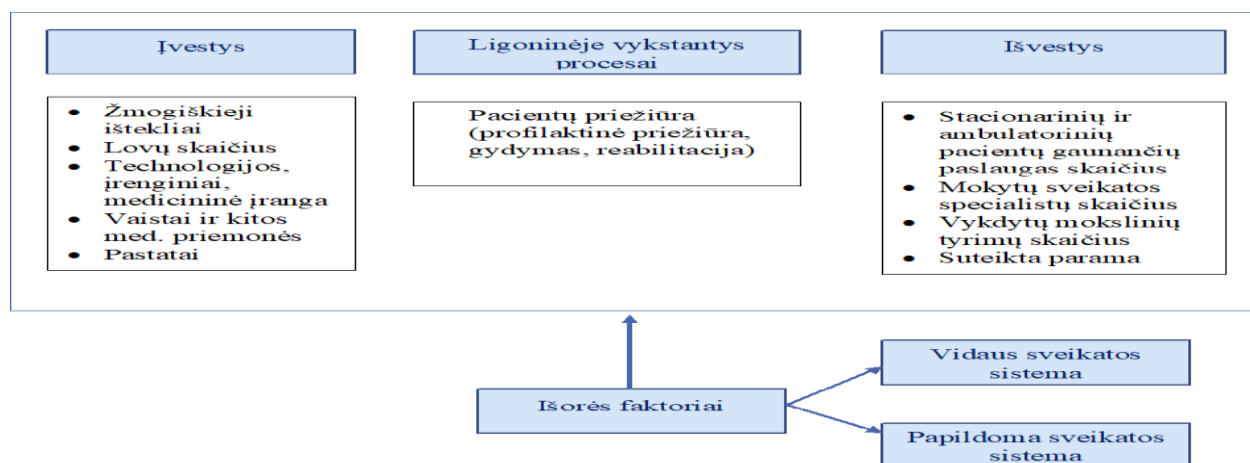
Analizuojant šio modelio praktinę reikšmę, atsiranda galimybė LNSS įvertinti efektyvumo aspektu, analizuojant įvestį ir išeigos santykį. Pasak Daujotaitės (2010), analizuojant pagrindinius efektyvumo analizės aspektus, t.y. įvesties (inputs) ir išeigos (outputs) santykį, t.y. santykį tarp pageidautinų veiklos rezultatų ir panaudotų tiems rezultatams pasiekti kompleksinių išteklių.

Įvestis SP yra visi ištekliai naudojami SPP suteikti ir (arba) kitiems rezultatams pasiekti. Tai gali apimti įvairius finansinius arba fizinius išteklius (kapitalas, darbas, vaistai), SP veiklą (diagnostiniai tyrimai, chirurginės procedūros). O išėja yra rezultatas, tai veiklos vienetai, pagaminti/suteikti naudojant išteklius (WHO, 2003)

Mokslininkai Ghahremanloo et al. (2020) analizuodami SPP efektyvumo vertinimą ligoninėse, išskyrė dažniausiai įtraukiamus įvesties/indėlių rodiklius: medicinos darbuotojų ir kitų ligoninėje

dirbančių darbuotojų skaičius, lovų skaičius, išvesties / išėigos rodiklius: lovų užimtumo rodiklis, lovų apyvartumo rodiklis. Mokslininkai Mastromarco, Stastna, Votapkova (2019) teigia, kad svarbiausias ligoninių veiklos efektyvumo išvesties rodiklis yra stacionarinių pacientų skaičius.

Zere (2020) analizuodamas gydymo įstaigų veiklos efektyvumo vertinimo aspektus, nurodo, kad ligoninių efektyvumas priklauso nuo daugelio veiksnių, tiek vidinių procesų, tiek išorinių veiksnių įtakos ir šių veiksnių įtaka svyruoja priklausomai nuo ligoninės dydžio. Autoriaus susisteminti ligoninių veiklos efektyvumą įtakojančys veiksniai pateikti 14 pav.



Šaltinis: Zere, 2020, p. 50.

14 pav. Ligoninės veikla ir efektyvumo sistema – įvesties – išvesties modelis

Autorius teigia, kad norint iš esmės įvertinti ligoninės neefektyvumo priežastis, reikia analizuoti ne tik pačios gydymo įstaigos vidinius procesus, tačiau ir jos aplinką. Mokslininkai Giancotti, Gugliemo, Mauro (2017) teigia, kad atsisakius paslaugų dubliavimosi bei administracinių išlaidų, galima efektyviai sutaupyti lėšas ir padidinti ligoninių perkamąją galią bei apsirūpinti reikalingais būtinaisiais ištekliais ir medicinine įranga. OECD (2016) nurodo, kad efektyvumo sąvoka yra susijusi su SP sistemos naudojamais ištekliais gerinant gyventojų sveikatą ir siekiant su tuo susijusių įvairių tikslų. Efektyvumą galima apibūdinti kaip santykį tarp sveikatos sistemos sąnaudų (išlaidų, darbo, kapitalo, ar įrangos pavidalu) ir bet kurią išvestį, pavyzdžiui išgydytų pacientų skaičių ar kitus su sveikata susijusius rezultatus (pailgintus gyvenimo metus, kita).

Autorės pastebėjimu, sveikatos priežiūros efektyvumo vertinimas yra sudėtingas procesas, reikalaujantis specifinių žinių, nuoseklios analizės. Nors nacionaliniu lygiu patvirtinti ir nustatyti asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodikliai, jų siektinos reikšmės, tačiau pastebima, kad trūksta aiškumo ką šiais rodikliais siekiama matuoti ir vertinti, daliai rodiklių nėra galimybės nustatyti siektinų reikšmių, trūksta rodiklių leidžiančių išmatuoti stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklą

2. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ EFEKTYVUMO VERTINIMO METODOLOGIJA

Šiame skyriuje sudaroma sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo metodologija, kurios pagrindu bus siekiama nustatyti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą Lietuvos regioninėse ligoninėse.

Vadovaujantis LR Sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų planu (LR SAM įsakymas Nr. V-810, 2014) Lietuvoje regiono lygmeniui priklauso 11 antrinio lygio ligoninių (žr. 7 lent.).

7 lentelė. Lietuvos regioninės ligoninės (2020 m.)

VSS	Lovų sk. 2020 metų gale	Vidutinis metinis lovų sk. (2020 m.)
VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė	196	307,8
VšĮ Marijampolės ligoninė	293	293
VšĮ Utenos ligoninė	285	285
VšĮ Tauragės ligoninė	187	187
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	173	176,75
VšĮ Ukmergės ligoninė	181	188,3
VšĮ Mažeikių ligoninė	198	198
VšĮ Jonavos ligoninė	151	151
VšĮ Kėdainių ligoninė	249	249
VšĮ Šilutės ligoninė	107	130
VšĮ Radviliškio ligoninė	128	128

Šaltinis: sudaryta pagal STAT.HILT

Nepaisant esamo įvairių SP efektyvumo vertinimo modelių ir metodų pasirinkimo, Lietuvoje SPP efektyvumo vertinimo sistema nėra pakankamai gerai išplėtotą, nėra pasiekto vieningo sutarimo dėl vertinamų rodiklių pasirinkimo ir jų kiekio.

Atsižvelgiant į esamą Lietuvos sveikatos sistemą bei duomenų prieinamumą, pasirinkta atlikti kompleksinį sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimą Lietuvos regioninėse ligoninėse remiantis Lietuvos mokslininkų atliktais tyrimais.

Pasirinkta remtis mokslininkų Jusytės ir Kamarauskienės (2014) atlikta viešojo sektoriaus subjektų (ligoninių) santykinų finansinių rodiklių analize. Mokslininkų atliktas tyrimas atskleidė, kad išsami šių subjektų finansinė analizė gali suteikti naudingos informacijos apie subjekto veiklos efektyvumą, lėšų taupymą, perspektyvas, padėtų atskleisti silpnąsias ir stipriąsias finansų valdymo puses. Dėl nepakankamo ištirimo Lietuvos požiūriu, ši tema yra aktuali bei reikalauja platesnio išnagrinėjimo.

Gurevičius (2015) siekdamas įvertinti Lietuvos rajoninių ligoninių lovų fondo panaudojimo efektyvumą, pritaikė Pabon Lasso modelį. Tyrimas atskleidė ligoninių veiklos neefektyvumo priežastis, silpnąsias ir stipriąsias jų puses. Autorius pabrėžia, kad dėl nepakankamos sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo stebėsenos, ši tema tampa aktuali ir reikalauja platesnio išnagrinėjimo.

Dviejų skirtingų modelių taikymas vertinant ir analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą Lietuvos regioninėse ligoninėse gali būti reikšmingas analizuojant šio sektoriaus subjektų veiklą, atskleidžiant tomis pačiomis sąlygomis efektyviau veikiančias ligonines. Kompleksinis skirtingų modelių taikymas gali paskatinti mokslinius tyrimus ateityje, siekiant efektyviau ištirti analizuojamų subjektų veiklą.

2.1. Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo modelio pagrindimas

Gurevičius (2018) nurodo, kad ligoninių veiklos efektyvumui analizuoti ir vertinti gali būti panaudojama per 100 įvairiausių hospitalizacijos rodiklių. Šie rodikliai vėliau gali būti modeliuojami taikant įvairius metodus, pavyzdžiui: duomenų gaubtinės analizės metodas (angl. Data Envelopment Analysis) (toliau - DEA).

DEA modelis yra nparametrinis linijinio programavimo metodas, leidžiantis ligoninių veiklą įvertinti efektyvumo aspektu (Ghahremanloo, 2020). Šį metodą 2003 metais PSO pripažino vienu tobuliausių metodų, vertinančių sveikatos sistemos efektyvumą (Gurevičius, 2018). Šis metodas suteikia galimybę įvertinti kaip efektyviai yra naudojami turimi ištekliai, siekiant gauti tam tikrą siektiną rezultatą (Karahana, 2019).

Remiantis šiuo metodu, vertinimas atliekamas lyginant panašiomis aplinkybėmis/sąlygomis veikiančius objektus, į analizę gali būti įtraukiami įvairių dimensijų kiekybiniai ir kokybiniai kintamieji, tokiu būdu gali būti analizuojami daugialypiai veiklos procesai, tačiau naudojant šį veiklos vertinimo metodą gaunamas tik santykinis efektyvumo įvertinimas, vertinamų objektų skaičius turi kelis kartus viršyti veiksmų skaičių, sudėtinga ranguoti efektyvius objektus, sunku taikyti hipotezių tikrinimą (Rouyendegh, Oztekin, Ekong, Dag, 2019).

Mokslininkai, kurie pastaraisiais metais taikė šį metodą analizuojant bei vertinant ligoninių veiklos efektyvumą: Rouyendegh, Oztekin, Ekong, Dag (2016), Chowdhury, Zelenyuk (2016), Lobo (2016), Khushalani, Ozcan (2017), Kang, Nembhard, Deflitch, Pasupathy (2017), Johannessen, Kittelsen, Hagen (2017), Cheen (2017), Haghighi, Torabi (2018), Zare (2018), Omrani, Shafaat, Emrouznejad (2018), Karahana (2019), Chitnis, Dharmesh (2019), Rouyendegh, Oztekin (2019), Yongjun, Xiyang, Morton (2019), Ghahremanloo (2020), Schneider et al (2020).

Svarbu paminėti, kad 2015 m. taikant šį modelį buvo išanalizuotas ir įvertintas santykinis sveikatos priežiūros sistemų efektyvumas visose ES šalyse. Buvo naudojamas DEA modelis ir skirtingi įvesties

bei išvesties kintamųjų deriniai. Buvo nustatyta, kad vidutiniškai ES gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė gimus galėtų pailgėti 2,3 proc. arba 1,8 metų, pereinant iš esamų pozicijų prie efektyvumo ribos. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad Čekijos, Slovakijos ir Lietuvos efektyvumo balai buvo patys žemiausi. Lietuvos efektyvumo balai buvo nuolat vieni tarp žemiausių, tiek individualiems rezultatams, tiek bendram vidurkiui. Belgija, Kipras, Ispanija, Prancūzija, Liuksemburgas, Švedija ir Olandija atitiko aukščiausius efektyvumo balus (European Economy, 2015).

Kitas mokslinėje literatūroje naudojamas ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo modelis - tikimybinė apribojimo analizė (angl. Stochastic frontier analysis, SFA). Tai yra parametrinis linijinio programavimo metodas, taikomas norint įvertinti veiklos efektyvumą pagal specialiai tam parengtus duomenis. Šį modelį rekomenduojama taikyti su kitais modeliais, tačiau abejojama dėl DEA, SFA modelių tinkamumo Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumui, efektyvumui vertinti, kadangi ekonomikos dėsniai iškraipomi dėl paslaugų apmokėjimo apribojimų (Gurevičius, 2018).

Vieną paprasčiausių ir lengviausiai pritaikomų ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo modelių 1986 m. pasiūlė **Pabon Lasso**. Šis modelis yra plačiai naudojamas ligoninių veiklos efektyvumui vertinti (Gurevičius, 2015).

Pastaraisiais metais, šį modelį taikė šie mokslininkai: Roshani, Kalkhagen, Raadabadi (2021), Shaqura, Gholami, Sari (2021), Rahimisadegh, Haghdooost, Samira, Hekmat (2021), Mehrtak, Yusefzadeh, Jafaripooyan (2014) ir lietuvių mokslininkas Gurevičius R. (2015).

Mokslininkai Shaqura, Gholami (2021) teigia, kad Pabon Lasso metodikoje naudojami rodikliai yra labai aiškūs kiekybiniai ligoninės veiklos rodikliai, plačiai naudojami daugelyje šalių, kurių pagalba galima įvertinti koknkrečios ligoninės veiklos efektyvumą.

Šis modelis gali būti lengvai pritaikomas kiekvienoje ligoninėje ir pakankamai greitai galima išryškinti silpnąsias ligoninių sritis ir jei reikia ištaisyti jų neefektyvumą (Storto ir Goncharuk, 2017).

Šio modelio pagalba galima nustatyti strategines kryptis, padedančias pasiekti optimalų ligoninės veiklos lygį (2014).

Kalėdienė, Gaižauskienė, Petrauskienė, Sauliūnas, Cicėnienė (2013) paaiškina taip pagrindinius ligoninių veiklos efektyvumą atspindinčius rodiklius (kurie yra naudojami Pabon Lasso metodikoje):

- **Vidutinis gulėjimo laikas** (angl. Average Length of Stay) (toliau – VGL). Šis rodiklis parodo vidutinę paciento gydymo trukmę ligoninėje. Rodiklis apskaičiuojamas pagal formulę:

$$VGL = \text{panaudotų lovadienių skaičius} / \text{išrašytų ligonių skaičius}; \quad (1)$$

- **Lovos užimtumas** (angl. Beds Occupancy Rate) (toliau – LU). Šis rodiklis parodo koks procentas ligoninės lovų „dirbo“ per metus. Iš 100 atėmus šį rodiklį sužinome kokia buvo lovos

prastova. Efektyviai funkcionuojančiose ligininėse lovos užimtumas siekia 85-90 proc. (Pecoraro, Luzi, Clemente, 2021). Rodiklis apskaičiuojamas pagal formulę:

$$LU = \text{panaudotų lovadienių skaičius} / \text{lovadienių skaičius} * 100; \quad (2)$$

Čia: *panaudotų lovadienių skaičius* = išrašytų ligonių skaičius * VGL;

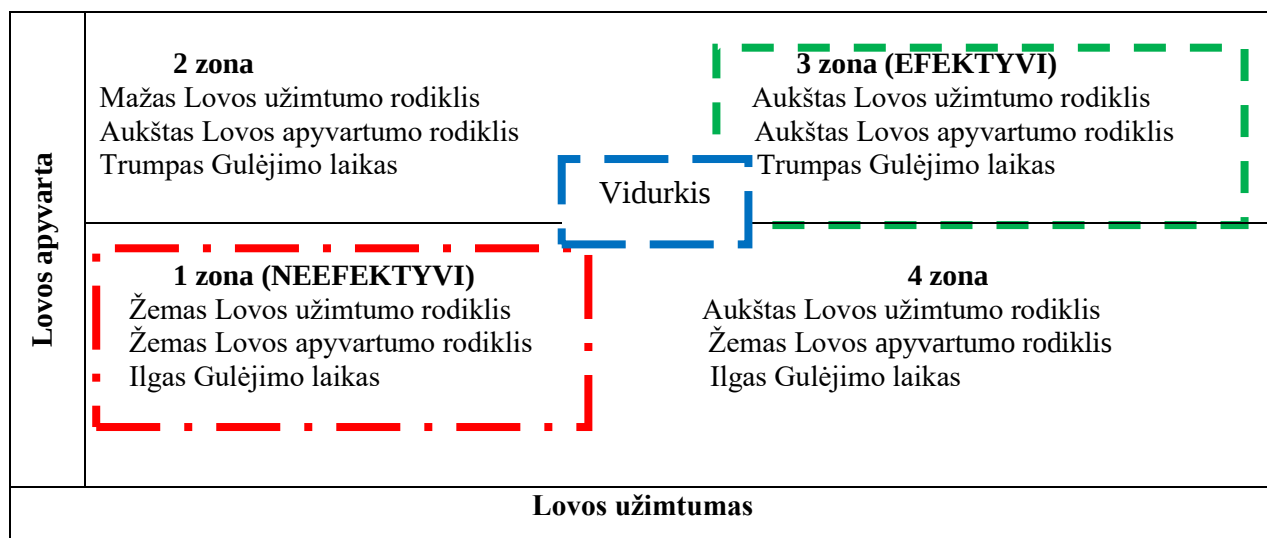
lovadienių skaičius = lovų skaičius * 365 (dienų skaičius per metus).

• **Lovos apyvarta** (angl. Beds Turn Over) (toliau - LA). Šis rodiklis atspindi ligininės turimų lovų panaudojimo efektyvumą ir parodo kiek pacientų buvo gydyta tam tikru laiko periodu. Šis rodiklis yra glaudžiai susijęs su VGL rodikliu. Pastarajam trumpėjant, didėja lovos apyvarta, tačiau būtina atkreipti dėmesį į tai, kad kliniškai nepagrįstas ligo gūlėjimo laiko trumpinimas, gali turėti neigiamų pasekmių, pavyzdžiui – pakartotinių rehospitalizacijų. Rodiklis skaičiuojamas pagal formulę:

$$LA = \text{išrašytų ligonių skaičius} / \text{lovų skaičius}; \quad (3)$$

Apskaičiavus pagrindinius ligininių veiklos vertinimo rodiklius, taikant Pabon Lasso metodiką, ligininių veiklos efektyvumas interpretuojamas pagal specialų grafiką, padalytą į keturias dalis.

Imamgholi et al. (2014) nurodo, kad šio grafiko horizontali linija rodo LA vidurkį, o vertikali – LU vidurkį. Taip apskaičiuojant ligininių veiklos rezultatus, kiekviena patenka į tam tikrą šio grafiko zoną. Atsižvelgiant į tai, kuriai zonai ligininė priklauso, galima priimti tinkamiausią sprendimą kaip pagerinti ligininės veiklos efektyvumą. Pabon Lasso grafiko interpretacija vaizduojama 15 pav.



Šaltinis: Imamgholi et al., 2014, p. 892

15 pav. Ligininės efektyvumo rodiklių padėtis keturiuose Pabon Lasso zonose

Gurevičius (2015) pateikta Pabon Lasso grafiko interpretaciją, pavaizduotą 16 pav. ir pabrėžia, kad ligoninių buvimas I zonoje yra rimtas neefektyvumo signalas, reikalaujantis skubių veiksmų, gerinančių įstaigos veiklos rezultatus.

II zona (aukšta lovos apyvarta, mažas lovos užimtumas) • Mažas lovos užimtumas • Lovų perteklius • Nereikalingos hospitalizacijos • Daug pacientų guldoma siekiant ištirti	III zona (aukšta lovos apyvarta, aukštas lovos užimtumas) • Geras kiekybinis veiksmingumas • Mažas neužimtų lovų nušimtis • Tinkama geografinė padėtis ir veiklos veiksmingumas
I zona (maža lovos apyvarta, mažas lovos užimtumas) • Lovų perteklius • Mažas hospitalizacijos poreikis / vartojimas • Žemas poreikis / vartojimas	IV zona (maža lovos apyvarta, aukštas lovos užimtumas) • Didelė sunkių atvejų proporcija • Dominuoja lėtinės ligos • Per ilgas gulėjimas

Šaltinis: Gurevičius, 2015, p. 47.

16 pav. Pabon Lasso grafiko interpretacija

Mokslininkai Mehrtak, Yusefzadeh, Jafaripooyan (2014) nurodo, kad nepaisant esamo įvairių sveikatos priežiūros sektoriaus veiklos efektyvumo vertinimo modelių pasirinkimo, nėra pasiekto vieningo sutarimo dėl tinkamiausio modelio pasirinkimo, todėl stebimas nuolatinis susidomėjimas kurti ir naudoti įvairius metodus ar jų derinį, vertinant ligoninių veiklos efektyvumą, kad būtų galima susidaryti išsamų organizacijos funkcionalumo vaizdą.

Remiantis Gurevičiaus (2015) atlikto tyrimo apie Lietuvos rajoninių ligoninių veiklos vertinimą pagal Pabon Lasso modelį, išvadamis, galima teigti, kad šis modelis yra tinkamas ir lengvai pritaikomas sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimui Lietuvos ligoninėse.

2.2. Santykinų finansinių rodiklių analizė

OECD (2016) pabrėžė, kad matuojant ir vertinant sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą ligoninėse, pasigendama mokslinių tyrimų, susijusių su ligoninių sąnaudų lygio apskaičiavimo duomenimis, nėra galimybės šių duomenų palyginti tarptautiniu mastu, duomenys yra nepakankami ar neprieinami, todėl būtina skatinti mokslinius tyrimus šia tematika.

Autorė atsižvelgdama į tai, išanalizavo ir pritaikė praktikoje kitą ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo alternatyvą, kurią pasiūlė mokslininkės Jusytė ir Kamarauskienė (2014).

Mokslininkės Jusytė ir Kamarauskienė (2014) analizavo pasirinktų Lietuvos ligoninių (VšĮ Marijampolės ligoninės, VšĮ Biržų ligoninės, VšĮ Naujosios Akmenės Ligoninės, VšĮ Plungės rajono

savivaldybės ligoninės, VšĮ Visagino ligoninės) veiklos efektyvumą atliekant finansinių santykinų rodiklių analizę. Mokslininkės teigia, kad šių subjektų finansinė analizė gali suteikti naudingos informacijos apie subjekto veiklos efektyvumą, lėšų taupymą, perspektyvas, padeda atskleisti silpnąsias bei stipriąsias finansų valdymo puses.

Anot Rutkausko, Sūdžiaus, Mackevičiaus, (2009) analizuojant santykinius rodiklius patikimiausias būdas yra palyginimas, pavyzdžiui su tos pačios įmonės praėjusio laikotarpio ar kitų laikotarpių duomenimis, su tos pačios srities ar tame pačiame sektoriuje veikiančių kitų subjektų rodikliais.

Lesko (2007) nurodo, kad subjekto valdymo sistemos pagrindas yra finansinė analizė, kuri duoda vertingumo informacijos visumą. Autorius finansinę analizę laiko svarbiausia įmonės egzistavimo priemone, be kurios nebūtų įmanomas finansinės veiklos efektyvumo vertinimas. Svarbu akcentuoti tai, kad finansinė analizė leidžia analizuoti visos įmonės mastu iškilusias problemines sritis bei priimti atitinkamus sprendimus pasekmėms likviduoti.

Pasak Jusytės, Kamarauskienės (2014) finansinių rodiklių analizė leidžia įvertinti ne tik įmonės veiklos efektyvumą, bet ir numatyti ateities perspektyvas, realiai atskleisti turimus rezervus bei daryti racionalius valdymo sprendimus. Finansinių ataskaitų informacija vertinga kiekvienam vartotojui, kuris analizuoja ir priima sprendimus dėl lėšų paskirstymo, tinkamo jų panaudojimo teikiant viešąsias paslaugas. Analizei naudojami oficialūs šaltiniai – finansinės ataskaitos:

- Finansinės būklės ataskaita, kurioje parodomas visos viešojo sektoriaus subjekto turtas, finansavimo sumos, įsipareigojimai ir grynasis turtas paskutinę ataskaitinio laikotarpio dieną.
- Veiklos rezultatų ataskaita, kurioje nurodomos visos viešojo sektoriaus subjekto uždirbtos pajamos, patirtos sąnaudos per ataskaitinį laikotarpį ir veiklos rezultatai.
- Pinigų srautų ataskaita, kurioje parodomas visos viešojo sektoriaus subjekto pinigų ir pinigų ekvivalentų įplaukos bei išmokos per ataskaitinį laikotarpį.
- Grynojo turto pokyčių ataskaita, kurioje pateikiami duomenys apie viešojo sektoriaus subjekto grynojo turto pasikeitimą per ataskaitinį laikotarpį.
- Aiškinamasis raštas, kuriame detalizuojamos ir paaiškinamos viešojo sektoriaus subjekto finansinės būklės, veiklos rezultatų, pinigų srautų ir grynojo turto pokyčių ataskaitose nurodytos sumos ir kita reikšminga informacija.

Čiurbinskienė (2006) teigia, kad nėra vienos teorijos, kuri tiksliausiai įvertintų įstaigos padėtį ir pasiekimus. Norint nustatyti priežasties, sąlygojusias finansinių rezultatų pokyčius, ir suvokti subjekto būklę, svarbu sukurti sistemą rodiklių ir metodų, kurie sąlygotų atlikto įvertinimo tikslingumą ir naudą įstaigai, t.y. ateityje užtikrintų efektyvesnę įstaigos veiklą ir didėjančią rezultatyvumą.

Mokslininkių Jusytės ir Kamarauskienės (2014) teigimu, tikslinga išskirti ir skaičiuoti šias pagrindines santykinų rodiklių grupes:

• veiklos efektyvumo (šie rodikliai geriausiai parodo ilgalaikio ir trumpalaikio turto bei sąnaudų efektyvų panaudojimą ir nusako bendrą įstaigos finansinę būklę. Šie rodikliai gali būti skaičiuojami kartais ir dienomis. Autorės siūlo turto apyvartumo ir sąnaudų lygio rodiklius apjungti į vieną rodiklių grupę – veiklos efektyvumo) (žr. 8 lent.).

8 lentelė. Veiklos efektyvumo vertinimo rodikliai taikytini ligoninių finansinei analizei

Rodiklis	Formulė
Viso turto apyvartumas (kartais)	$\text{Pagrindinės veiklos pajamos} / \text{Vidutinė viso turto vertė};$ (4)
Trumpalaikio turto apyvartumas (kartais)	$\text{Pagrindinės veiklos pajamos} / \text{Vidutinė trumpalaikio turto vertė};$ (5)
Atsargų apyvartumas (kartais)	$\text{Sunaudotų ir parduotų atsargų savikaina} / \text{Vidutinė atsargų vertė};$ (6)
Gautinų sumų apyvartumas (kartais)	$\text{Per vienus metus gautinos sumos} / \text{Pagrindinės veiklos pajamos};$ (7)
Mokėtinų sumų apyvartumas	$(\text{Tiekėjams mokėtinos sumos} / \text{Pagrindinės veiklos sąnaudos (išskyrus sąnaudas DU)}) * 360;$ (8)
Pagrindinės veiklos sąnaudų lygio	$\text{Pagrindinės veiklos sąnaudos} / \text{Pagrindinės veiklos pajamos};$ (9)

Šaltinis: sudaryta pagal Jusytė, Kamarauskienė, 2014, p. 69.

• Mokumo rodikliai parodo subjekto trumpalaikių ir ilgalaikių skolų padengimo pajėgumą. Ligoninių veiklai analizuoti siūlo skaičiuoti šiuos mokumo rodiklius: trumpalaikio mokumo koeficientą, bendrą skolos rodiklį ir finansinio sverto koeficientą) (žr. 9 lent.).

9 lentelė. Mokumo rodikliai taikytini ligoninių finansinei analizei

Rodiklis	Formulė
Trumpalaikio mokumo	$\text{Trumpalaikis turtas} / \text{Trumpalaikiai įsipareigojimai};$ (10)
Bendras skolos rodiklis	$\text{Visi įsipareigojimai} / \text{Visas turtas};$ (11)
Finansinio sverto koeficientas	$\text{Visi įsipareigojimai} / \text{Grynasis turtas};$ (12)

Šaltinis: sudaryta pagal Jusytė, Kamarauskienė, 2014, p. 72.

• Gražos rodikliai suteikia informacijos apie įstaigos turto panaudojimo efektyvumą, vadovų bei darbo administratorių gebėjimą jį valdyti. Rekomenduoja skaičiuoti turto gražos ir grynojo turto rodiklius (žr. 10 lent.).

10 lentelė. Gražos rodikliai taikytini ligoninių finansinei analizei

Rodiklis	Formulė
Turto graža	$\text{Sukauptas perviršis (deficitas)} / \text{Visas turtas}; \quad (13)$
Grynojo turto graža	$\text{Grynasis perviršis (deficitas)} / \text{Grynasis turtas}; \quad (14)$

Šaltinis: sudaryta pagal Jusytė, Kamarauskienė, 2014, p. 74.

Pasak Jusytės ir kamarauskienės (2014) pelningumo rodiklių skaičiavimas ligoninių veiklos vertinime nėra tikslingas dėl to, kad šių įstaigų tikslai nėra nukreipti į pelno siekimą, šie subjektai teikia viešąsias paslaugas.

Pasak Džikevičiaus ir Jonaitienės (2015) santykinų finansinių rodiklių palyginimas su tame pačiame sektoriuje veikiančiais subjektais yra svarbus ir reikšmingas. Atlikus subjekto finansinės padėties analizę, pagal tam tikrus rodiklius, galima identifikuoti silpnąsias subjekto sritis, tai svarbu ne tik identifikuojant problemines sritis, tačiau ir ieškant sprendimų kaip spręsti iškilusias problemas.

Satsižvelgiant į Jusytės ir Kamarauskienės (2014) atlikto tyrimo metodiką bei gauto tyrimo rezultatus, pasirinkta pritaikyti praktiškai šių mokslininkų tyrimo metodiką ir skaičiuoti bei analizuoti šiuos santykinus finansinius rodiklius:

- viso turto apyvartumo;
- trumpalaikio turto apyvartumo;
- atsargų apyvartumo;
- mokėtinų sumų i apyvartumo;
- gautinų sumų apyvartumo;
- sąnaudų lygio;
- turto gražos;
- grynojo turto gražos;
- trumpalaikio mokumo;
- bendros skolos;
- finansinio sverto.

3. TYRIMO REZULTATAI

3.1. Santykinų finansinių rodiklių analizė

Lietuvos regioninių ligoninių santykinų finansinių rodiklių nagrinėjimas buvo atliekamas etapais:

- Pirmajame etape: apskaičiuojami veiklos efektyvumo rodikliai – turto apyvartumo ir sąnaudų lygio rodikliai (pagal formules 4 - 9) už 2017 – 2020 m. laikotarpį (žr. 1 priedą).
- Antrajame etape: apskaičiuojami mokumo rodikliai – trumpalaikio mokumo, bendro skolos, finansinio sverto (pagal formules 10-12) už 2017 – 2020 m. laikotarpį (žr. 2 priedą).
- Trečiajame etape: apskaičiuojami grąžos rodikliai – turto grąžos ir grynojo turto grąžos (pagal formules 13-14) už 2017 – 2020 m. laikotarpį (žr. 3 priedą).
- Ketvirtajame etape analizuojami apskaičiuoti rodikliai ir palyginami su tame pačiame sektoriuje veikiančiais subjektais.
- Penktajame etape teikiamos išvados bei siūlymai.

Lietuvos regioninių ligoninių santykinų finansinių rodiklių analizė pradėta nuo turto apyvartumo ir sąnaudų lygio rodiklių, kurie apjungiami į vieną rodiklių grupę – veiklos efektyvumo, kadangi šie rodikliai geriausiai parodo turto bei sąnaudų efektyvų panaudojimą ir nusako bendrą įstaigos finansinę būklę (Jusytė ir Kamarauskienė, 2014).

Siekiant objektyviai įvertinti subjektų veiklą, atsižvelgiant į COVID-19 pandemijos įtaką, buvo nuspręsta apskaičiuoti 2017 – 2020 m. rodiklių reikšmes (žr. 1 priedą) ir analizuoti šių rodiklių vidurkius (žr. 11 lent.).

11 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių turto apyvartumo ir sąnaudų lygio rodiklių vidurkiai (2017 - 2020 m.)

Ligoninė	Apyvartumo rodikliai (kartais)					Sąnaudų lygio (kartais)
	Viso turto	Trumpalaikio turto	Atsargų	Mokėtinų sumų	Gautinų sumų	Pagrindinės veiklos
VšĮ Alytaus apskr. S Kudirkos ligoninė	3,25	7,41	5,83	0,17	0,09	0,99
VšĮ Marijampolės ligoninė	1,42	3,94	4,89	0,06	0,10	1
VšĮ Utenos ligoninė	1,90	4,80	4,53	0,10	0,10	0,98
VšĮ Tauragės ligoninė	2,22	7,15	13,55	0,14	0,10	0,77
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	2,19	7,43	3,83	0,16	0,09	1,01
VšĮ Ukmergės ligoninė	2,06	5,63	2,92	0,06	0,09	0,97

VšĮ Mažeikių ligoninė	1,13	5,04	5,20	0,09	0,10	1,02
VšĮ Jonavos ligoninė	3,23	5,38	7,78	0,09	0,11	0,99
VšĮ Kėdainių ligoninė	4,01	7,23	3,56	0,13	0,10	1,01
VšĮ Šilutės ligoninė	4,93	8,73	12,42	0,16	0,09	0,99
VšĮ Radviliškio ligoninė	1,31	8,18	4,25	0,16	0,10	0,98
Vidurkis	2,54	6,41	6,29	0,12	0,10	0,97
Rekomenduotina riba*	1,6 - 2	3 - 4	4 - 5	0,8	0,8	1

* Pagal Jusytę ir Kamarauskienę, 2014, p. 69.

Šaltinis: parengta autoriaus pagal atliktus skaičiavimus remiantis viešai skelbiama finansinių atsakaitų rinkinių informacija.

Apskaičiuotas rodiklis **viso turto apyvartumas (kartais)** rodo kaip efektyviai ligoninė sugeba panaudoti priklausančią turtą paslaugų teikimo procesui garantuoti. Teigiami rodiklio režiai priklauso nuo veiklos vykdymo tipo (gamybos įmonėms teigiama rodiklio reikšmė turėtų būti virš 2, prekybos įmonėms virš 5). Kadangi analizuojamas subjektas teikia viešąsias paslaugas, viso turto apyvartumo rodiklis 2 galėtų būti įvardintas kaip labai geras, o rodiklis 1,60 – patenkinamas (Jusytė ir Kamarauskienė, 2014).

Aukštesnė rodiklio reikšmė parodo efektyvesnę turto panaudojimą. Iš gautų rodiklio rezultatų galima teigti, kad prasčiausi viso turto apyvartumo rezultatai gauti šiose ligoninėse: VšĮ Mažeikių ligoninėje (1,13), VšĮ Radviliškio ligoninėje (1,31) ir VšĮ Marijampolės ligoninėje (1,42).

Apskaičiuotas rodiklis **trumpalaikio turto apyvartumas (kartais)** parodo šio turto apyvartų skaičių per metus, t.y. kiek vienam trumpalaikio turto eurui tenka pajamų. Didesnis rodiklio dydis vertinamas geriau negu mažesnis. Didesnė rodiklio reikšmė reiškia efektyvesnę trumpalaikio turto panaudojimą. Lėtesnis trumpalaikio turto cirkuliavimas parodo, kad turtas didėja, tačiau mažėja investicijos į jį.

Nagrinėjamų subjektų trumpalaikio turto apyvartumo rodiklio siektina reikšmė galėtų būti nuo 3 iki 4 kartų. Apskaičiuoto rodiklio vidutinė reikšmė yra 6,44, tad galima teigti, kad analizuojamų subjektų trumpalaikis turtas yra panaudojamas efektyviai.

Apskaičiuotas rodiklis **atsargų apyvartumas (kartais)** rodo, kaip efektyviai įmonė valdo ir išnaudoja turimas trumpalaikio turto atsargas. Šis rodiklis atspindi, kiek dienų vidutiniškai įmonėje išbūna turimos atsargos. Didesnė atsargų apyvartumo reikšmė parodo greitesnę atsargų judėjimą, realizavimą ir didesnę pajamų uždirbimą. Mažas atsargų apyvartumo koeficientas rodo netinkamai vykdomą atsargų valdymo politiką ir mažas atsargų realizavimo galimybes. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad mažesnę atsargų apyvartumą gali nulemti pasenusios ar užsigulėjusios atsargos ir tai rodo veiklos ciklo sutrikimus.

Nagrinėjamų subjektų atsargų apyvartumo rodiklio vidurkis 6,25 yra aukštas, išskyrus VšĮ Ukmergės ligoninės (2,92), VšĮ Kėdainių ligoninės (3,55) ir VšĮ Regioninės Telšių ligoninės (3,85) atsargų apyvartumo rodiklius.

Apskaičiuotas rodiklis **gautinų sumų apyvartumas** apima vidutinį dienų skaičių nuo produkto / paslaugos pardavimo / suteikimo iki pinigų gavimo. Nagrinėjamų subjektų gautinų sumų apyvartumo rodiklio kartais vidurkis yra 0,10 (36,5 dienos). Tai yra beveik artimas optimaliam 0,08 (29 dienos) rodikliui dydis. Rekomenduojama optimali reikšmė yra 0,08 (29 dienos). Finansinių ataskaitų analizėje šį pastarąjį rodiklį svarbu lyginti su mokėtinų sumų apyvartumu. Įmonės veiklos stabilumui užtikrinti, gautinų sumų apyvartumas ir mokėtinų sumų apyvartumas turėtų būti tiesiogiai priklausomi ir rodiklių reikšmės mažai skirtis.

Nagrinėjamų subjektų **mokėtinų sumų apyvartumo** rodiklio vidurkio reikšmė yra pakankamai didelė – vidutiniškai apie 0,12 (43,8 dienų) ir skiriasi nuo gautinų sumų apyvartumo rodiklio – 0,10 (36,5 dienos). Didžiausias skirtumas fiksuojamas VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninėje, kur šie rodikliai atitinkamai 0,17 (61 diena) ir 0,09 (32 dienos), VšĮ Šilutės ligoninėje, kur šie rodikliai atitinkamai 0,16 (58 dienos) ir 0,09 (32 dienos), VšĮ Radviliškio ligoninėje, kur šie rodikliai atitinkamai 0,16 (58 dienos) ir 0,10 (36,5 dienos), VšĮ Telšių ligoninėje, kur šie rodikliai atitinkamai 0,16 (58 dienos) ir 0,09 (32 dienos). Didesnė apskaičiuoto rodiklio (dienomis) reikšmė gali informuoti apie įstaigos nesugebėjimą laiku atsiskaityti su visais tiekėjais.

Įstaigos veiklos efektyvus funkcionavimas yra neįmanomas be tam tikrų sąnaudų patyrimo, dėl šios priežasties svarbu skaičiuoti ir nagrinėti sąnaudų lygio rodiklius. **Pagrindinės veiklos sąnaudų lygio rodiklis** parodo, kiek pagrindinės veiklos sąnaudų tenka vienam pagrindinės veiklos pajamų eurui. Tiek privačiam sektoriuje, tiek viešajame sektoriuje siekiamybė, kad įstaigos sąnaudos nevirsytų pajamų. Nagrinėjamų subjektų pagrindinės veiklos sąnaudų lygio rodiklio siektina reikšmė, kad šis rodiklis būtų 1 arba artimas jam lygis. Nagrinėjamų subjektų pagrindinės veiklos sąnaudų lygio vidurkis yra 0,97, t.y. artimas optimaliam, išskyrus VšĮ Tauragės ligoninę (0,77).

Apibendrinant galima teigti, kad tiek sąnaudų lygio, tiek turto panaudojimo santykiniai rodikliai suteikia informacijos apie įstaigos veiklos efektyvumą. Turto panaudojimo rodiklių grupė rodo įstaigos turto optimalų bei efektyvų panaudojimą pajamų uždirbimui. Šie rodikliai parodo apie ilgalaikio ir trumpalaikio turto cirkuliavimo intensyvumą, atnaujinimo dažnumą, pirkėjų ir tiekėjų vykdomą atsiskaitymų politiką. Pagrindinės veiklos sąnaudų lygio rodiklis parodo ar tikslingai planuojamos visos sąnaudos. Iš nagrinėjamų subjektų apskaičiuotų ir palygintų veiklos efektyvumo rodiklių, išsiskyrė šios ligoninės:

- Dėl turto panaudojimo efektyvumo prastesni rezultatai: VšĮ Mažeikių ligoninėje, VšĮ Radviliškio ligoninėje, VšĮ Marijampolės ligoninėje.

- Dėl atsargų valdymo politikos prastesni rezultatai: VšĮ Kėdainių ligoninėje, VšĮ Ukmergės ligoninėje, VšĮ Regioninėje Telšių ligoninėje.

- Dėl gebėjimo laiku atsiskaityti su tiekėjais prastesni rezultatai: VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninėje ir VšĮ Šilutės ligoninėje.

- Dėl pagrindinės veiklos sąnaudų lygio, prasčiausias rezultatas VšĮ Tauragės ligoninėje.

Tolimesnėje analizėje apskaičiuojami mokumo rodikliai – trumpalaikio mokumo, bendro skolos, finansinio svarto (pagal formules 10-12) už 2017 – 2020 m. laikorapį (žr. 2 priedą).

Mokumo rodikliai parodo trumpalaikių ir ilgalaikių skolų padengimo pajėgumą. Remiantis Jusyte ir Kamarauskiene (2014) atliekant juridinio vieneto veiklos finansinę analizę, nebūtina skaičiuoti visų mokumo rodiklių, svarbu pasirinkti tuos rodiklius, kurie labiausiai tinkami įstaigos veiklai. Remiantis mokslininkų atlikta Lietuvos ligoninių veiklos finansine analize, tikslinga analizuoti šiuos mokumo rodiklius: trumpalaikio mokumo koeficientą, bendrą skolos rodiklį ir finansinio svarto koeficientą (žr. 12 lent.).

12 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių mokumo rodiklių vidurkiai (2017 - 2020 m.)

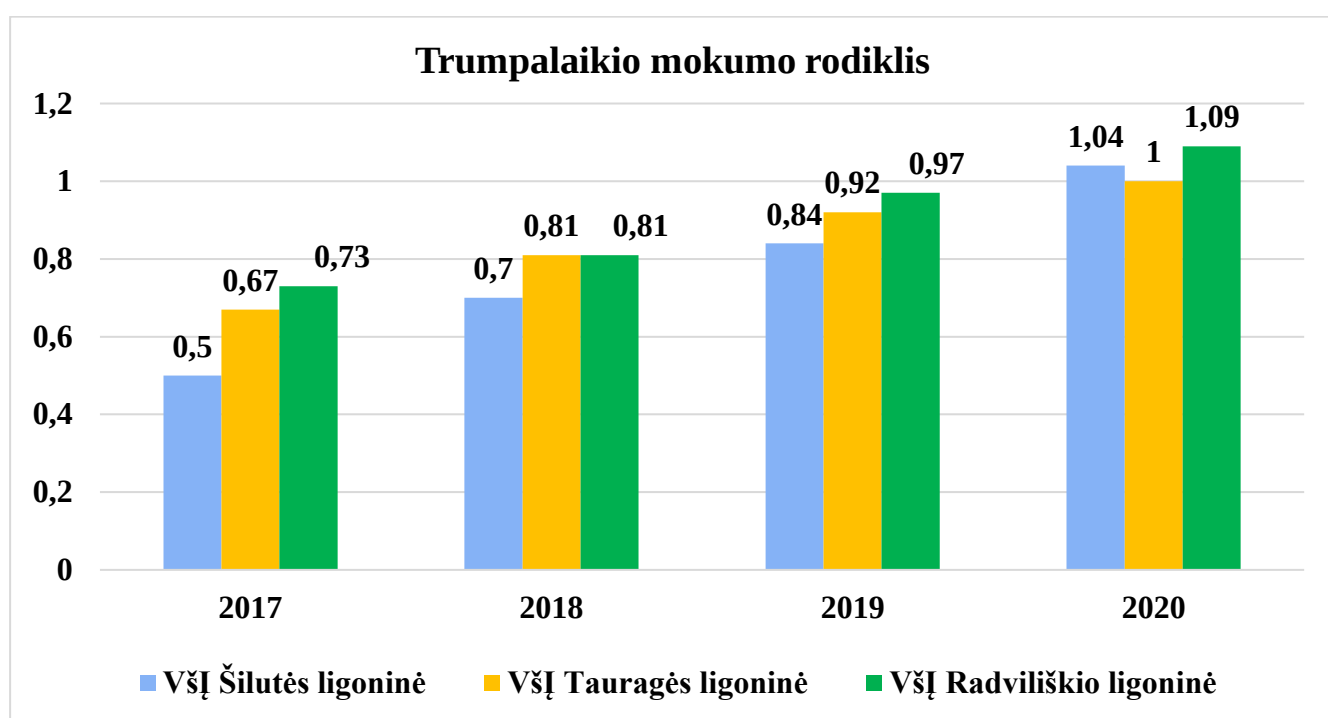
Ligoninė	Trumpalaikio mokumo	Bendras skolos	Finansinio svarto
VšĮ Alytaus apskr. S Kudirkos ligoninė	1,33	0,36	1,51
VšĮ Marijampolės ligoninė	3,32	0,11	0,31
VšĮ Utenos ligoninė	1,62	0,30	0,91
VšĮ Tauragės ligoninė	0,85	0,40	1,97
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	1,14	0,37	2,51
VšĮ Ukmergės ligoninė	2,45	0,16	0,42
VšĮ Mažeikių ligoninė	1,93	0,14	0,94
VšĮ Jonavos ligoninė	2,15	0,30	0,63
VšĮ Kėdainių ligoninė	1,37	0,53	2,42
VšĮ Šilutės ligoninė	0,77	0,95	12,32
VšĮ Radviliškio ligoninė	0,90	0,22	0,91
Vidurkis	1,62	0,35	2,26
Rekomenduotina riba*	1 - 3	0,2 – 0,3	0,2 – 0,3

* Pagal Jusytę ir Kamarauskiene, 2014, p. 72.

Šaltinis: parengta autoriaus pagal atliktus skaičiavimus remiantis viešai skelbiama finansinių atsakaitų rinkinių informacija.

Mokumo rodiklių analizė pradedama nuo **bendrojo trumpalaikio mokumo rodiklio**. Šis rodiklis parodo įstaigos sugebėjimą trumpalaikėmis mokėjimo priemonėmis likviduoti trumpalaikius įsipareigojimus. Nagrinėjamų subjektų trumpalaikio mokumo koeficiento vidurkis yra 1,61, galėtų būti vertinamas kaip priimtinas. Pelno siekiantiems subjektams rekomenduotina šio rodiklio riba yra 1,2. Per

daug didelė rodiklio reikšmė vertinama kaip grėsmė, jeigu šis rodiklis didesnis nei 2 daroma prielaida, kad toks subjektas yra sukaupęs per daug, galimai nelikvidaus turto arba jo nenaudoja. Remiantis Jusyte ir Kamarauskiene (2014), ligoninių veikloje, šio rodiklio saugumo slensčio viršutinė riba neturi būti didesnė nei 3 ir ne mažesnė nei 1. Apskaičiavus 2017 – 2020 m. rodiklių vidurkius, nustatyti prasčiausi bendrojo trumpalaikio mokumo rodikliai: VšĮ Šilutės ligoninėje (0,77), VšĮ Tauragės ligoninėje (0,85) ir VšĮ Radviliškio ligoninėje (0,90). Išanalizavus šių trijų ligoninių bendrojo trumpalaikio mokumo rodiklio dinamiką nuo 2017 iki 2020 m. (17 pav.) nustatyta, kad šioms ligoninėms nuo 2020 metų neturėjo kilti sunkumų laiku atsiskaitant tiekėjams už trumpalaikius įsipareigojimus. Galimai tam įtakos turėjo pasikeitęs apmokėjimas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokant 1/12 sutartinės sumos.

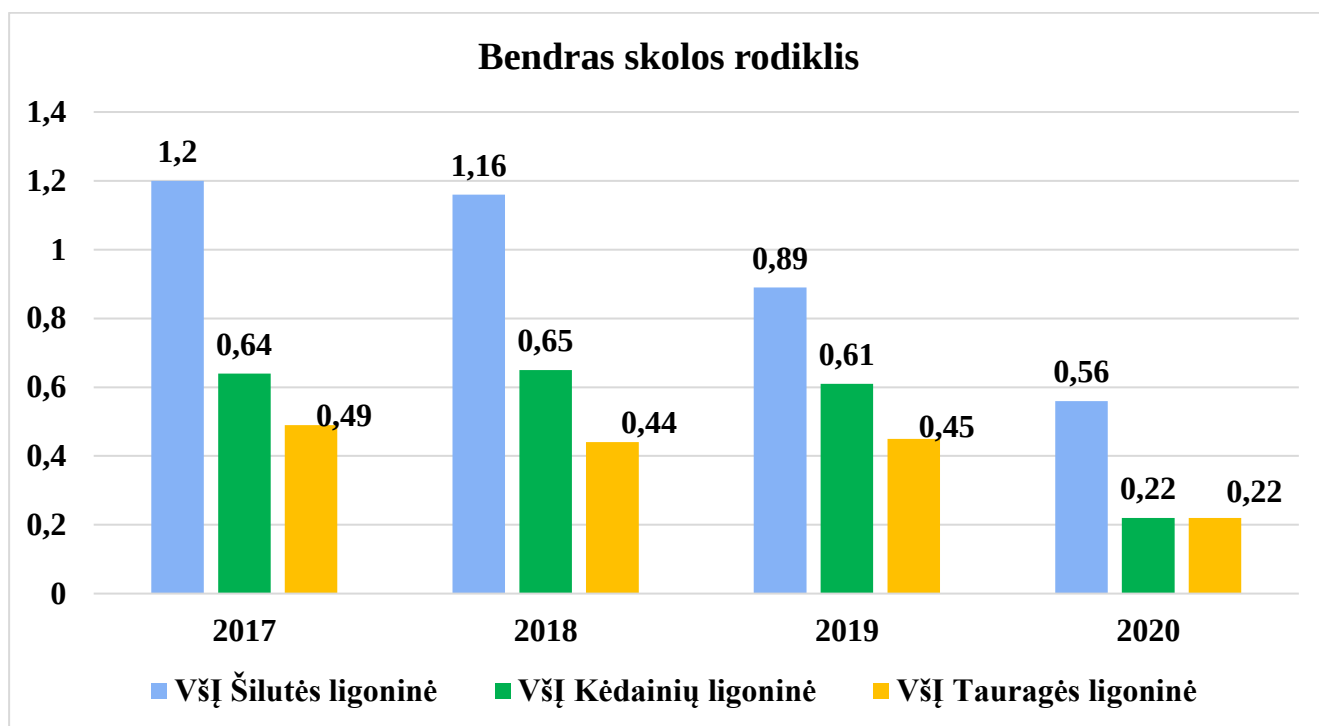


Šaltinis: parengta autoriaus.

17 pav. Trumpalaikio mokumo rodiklių palyginimas (2017 – 2020 m.)

Ilgalaikiam mokumui įvertinti, finansinių ataskaitų analizės metu yra skaičiuojamas **bendras skolos rodiklis**. Anot Mackevičiaus (2008) šis rodiklis yra laikomas pagrindiniu ilgalaikio mokumo analizės rodikliu. Jis parodo, kokia dalis skolintų lėšų yra panaudojama subjekto turtui suformuoti. Šis rodiklis padeda suprasti kokia dalis skolintų lėšų yra panaudojama, formuojant įstaigos turtą. Teigiamai vertinama kuo mažesnė šio rodiklio reikšmė, nes tai įspėja apie didesnę skolų padengimą turtu. Pagal Statistikos departamento pateiktus duomenis, bendro skolos koeficiento reikšmė vertinama labai gerai, kai ji mažesnė kaip 30 proc. ir blogai – kai yra didesnė kaip 100 proc. Remiantis atliktais skaičiavimais,

rekomenduotina šio rodiklio vertė yra nuo 0,2 (20 proc.) iki 0,3 (30 proc.). Nagrinėjamų subjektų bendras skolos rodiklio vidurkis yra 0,34. Prasčiausios rodiklio reikšmės fiksuotos šiose ligoninėse: VšĮ Šilutės ligoninėje (0,95), VšĮ Kėdainių ligoninėje (0,53) ir VšĮ Tauragės ligoninėje (0,40). Išanalizavus šių trijų ligoninių bendrojo skolos rodiklio dinamiką nuo 2017 iki 2020 m. (18 pav.), nustatyta, kad prasčiausią rodiklį turėjusioms ligoninėms, išskyrus VšĮ Šilutės ligoninę pavyko pasiekti artimą optimaliam bendrą skolos rodiklį.



Šaltinis: parengta autoriaus.

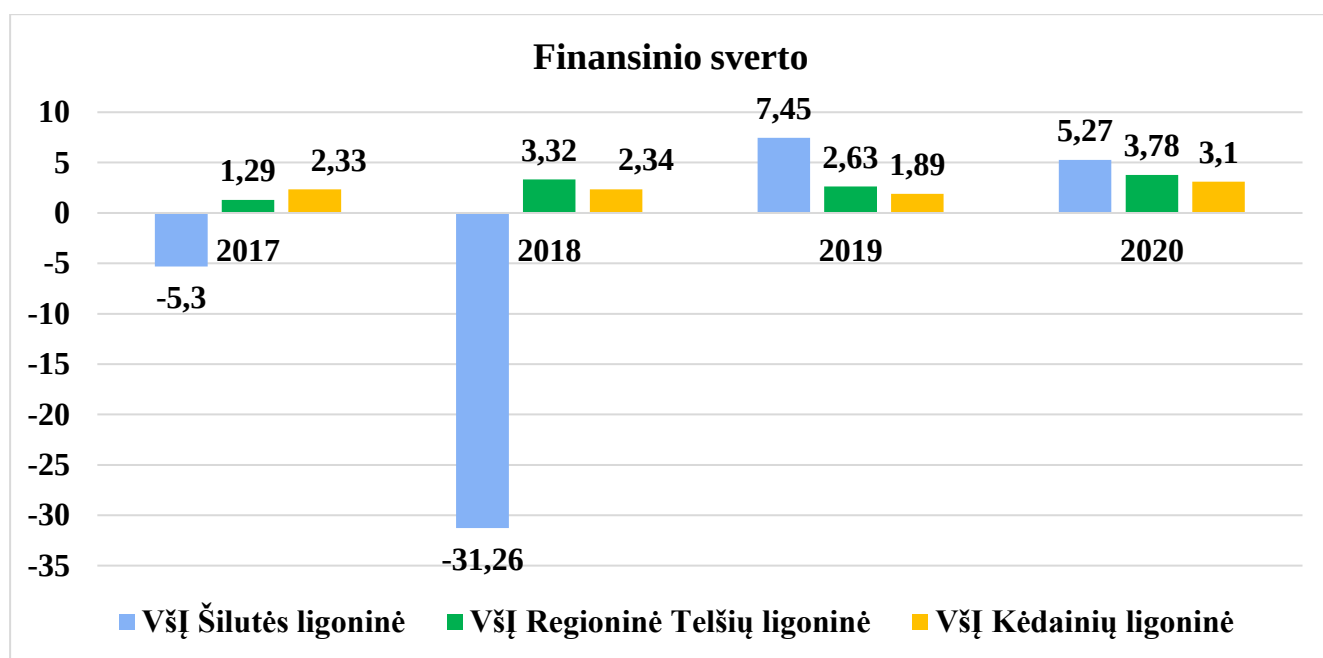
18 pav. Bendro skolos rodiklio palyginimas (2017 – 2020 m.)

Apskaičiuotas **finansinio sveto koeficientas** parodo visų įstaigos įsipareigojimų ir grynojo turto santykį. Šis rodiklis priskiriamas prie ilgalaikio mokumo rodiklių grupės. Šis rodiklis parodo, kiek visų įsipareigojimų (ilgalaikių ir trumpalaikių) tenka vienam grynojo turto eurui. Šis rodiklis leidžia suprasti kiek įstaiga yra priklausoma nuo skolinto kapitalo. Kuo šis rodiklis mažesnis, tuo įmonė / įstaiga yra mažiau prasiskolinusi. Kuo šio rodiklio reikšmė yra didesnė, tuo yra didesnė rizika ir mažesnis įstaigos stabilumas. Remiantis Jusyte ir kamarauskiene (2014), analizuojamų subjektų optimali šio rodiklio reikšmė galėtų būti 0,2 (20 proc.). – 0,3 (30 proc.).

Atlikus skaičiavimus nustatyta, kad didžiausia (blogiausia) rodiklio reikšmė nustatyta VšĮ Šilutės ligoninėje, kuomet finansinio sveto koeficiento vidurkis (2017 – 2020 m.) prilygo 6,36. Tai reiškia, kad ši ligoninė buvo labiausiai priklausoma nuo skolintų lėšų. Ši ligoninė 2017 m. ir 2018 m. turėjo neigiamas finansinio rodiklio reikšmes, atitinkamai -5,3 (2017 m.) ir -31,26 (2018 m.). Esant neigiamai

rodiklio reikšmei, nuosavo kapitalo grąža sumažėja, dalis pelno išleidžiama panaudoto skolinio kapitalo aptarnavimui.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad visų regioninių ligoninių, išskyrus VšĮ Marijampolės ligoninės finansinio sveto koeficiento vidurkis (2017 – 2020 m.) buvo didesnis nei rekomenduotina riba, tai reikškia, kad šių ligoninių veikla daugiau ar mažiau buvo priklausoma nuo skolintų lėšų. Didžiausią finansinio sveto koeficientą turinčios ligoninės pavaizduotos 19 pav. Tam gali turėti įtakos esama apmokėjimo už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas tvarka ir tai, kad įstaigos nėra sukaupusios pakankamai grynojo turto.



Šaltinis: parengta autoriaus.

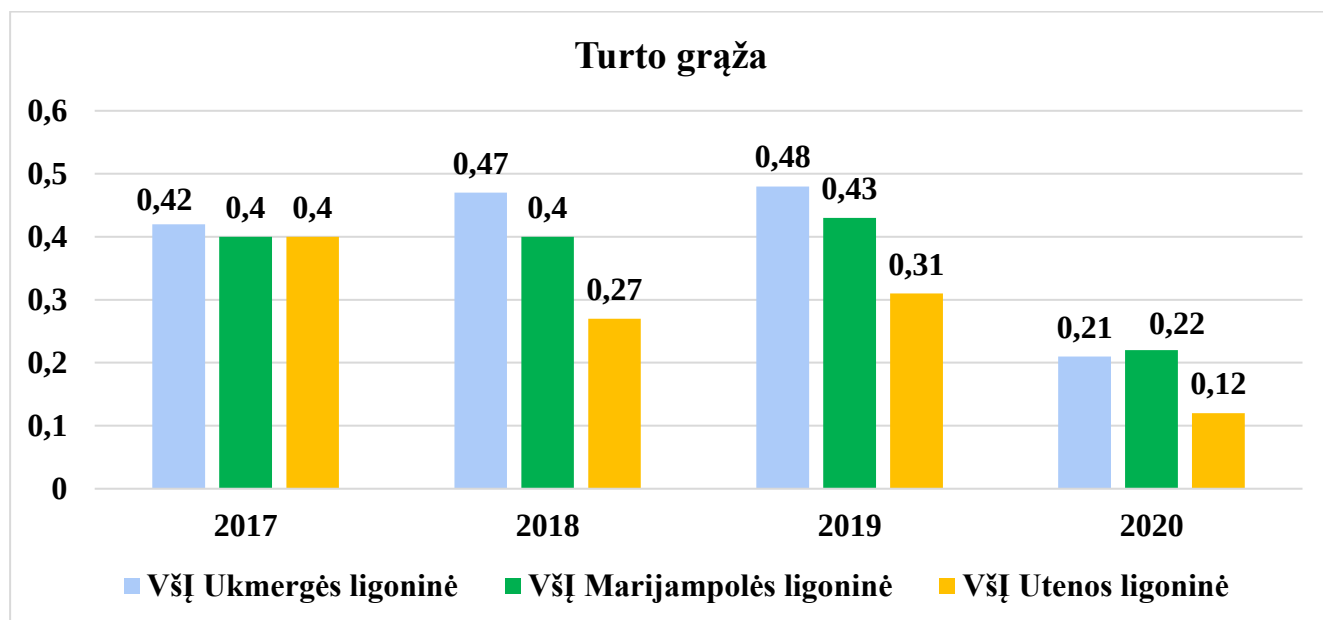
19 pav. Finansinio sveto rodiklio palyginimas (2017 – 2020 m.)

Apskaičiuoti **grąžos rodikliai** teikia informacijos apie įstaigos turto panaudojimo efektyvumą, vadovų bei darbo administratorių sugebėjimą jį valdyti ir kontroliuoti. Analizuojamų subjektų finansinių ataskaitų santykinė analizei rekomenduojama skaičiuoti turto grąžos ir grynojo turto grąžos rodiklius.

Turto grąžos rodikliai pakankamai objektyviai įvertina viešųjų įstaigų viso turto panaudojimo efektyvumą bei bendrą veiklos efektyvumą, kuriant teigiamą įstaigos finansinį rezultatą. Tai vienas iš dažniausiai naudojamų rodiklių vertinant kiek naudingai panaudojamas įstaigos turtas, taip pat šis rodiklis leidžia įvertinti įstaigos vadovybės veiklos efektyvumą. Vidutinė turto grąža buvo skaičiuojama siekiant gauti tikslesnį nagrinėjamų subjektų turto grąžos rodiklį. Tiriamuoju laikotarpiu įvertinus pasirinktų ligoninių turto grąžos rodiklius, efektyviausiai turtą valdė šios regioninės ligoninės: VšĮ Ukmergės ligoninė (2017-2020 vidurkis 0,40), VšĮ Marijampolės ligoninė (0,36), VšĮ Utenos ligoninė

(0,28) (20 pav.). Prasčiausiai sekėsi: VšĮ Šilutės ligoninei (2017-2020 m. vidurkis -0,32), VšĮ Kėdainių ligoninei (-0,02), VšĮ Radviliškio ligoninei (0,06), VšĮ Regioninei Mažeikių ligoninei (0,07).

Kitas svarbus analizuojamas rodiklis – grynojo turto grąža. Šis rodiklis parodo įstaigos vadovų darbo efektyvumą, kuriant teigiamą finansinį rezultatą. Šis rodiklis taip pat parodo, kiek grynojo perviršio (deficito) tenka vienam grynojo turto eurui.



Šaltinis: parengta autoriaus.

20 pav. Turto grąžos rodiklių palyginimas (2017 – 2020 m.)

Tiriamuoju laikotarpiu įvertinus nagrinėjamų subjektų grynojo turto grąžos vidurkius (2017 – 2020 m.) stebimas didelis rodiklio svyravimas tarp skirtingų ligoninių - nuo 0,98 (VšĮ Ukmergės ligoninėje) iki -6,76 (VšĮ Šilutės ligoninėje). Geriausių rezultatų pavyko pasiekti šešioms regioninėms ligoninėms (žr. 13 lent.).

13 lentelė. Grynojo turto grąžos rodiklių palyginimas (2017 - 2020 m.)

Ligoninė	2017	2018	2019	2020	Vidurkis
VšĮ Ukmergės ligoninė	0,97	0,97	0,98	0,98	0,98
VšĮ Marijampolės ligoninė	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
VšĮ Telšių ligoninė	0,96	0,94	0,93	0,93	0,94
VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė	0,92	0,92	0,93	0,94	0,93
VšĮ VšĮ Tauragės ligoninė	0,90	0,92	0,95	0,94	0,93
VšĮ Utenos ligoninė	0,81	0,77	0,79	0,76	0,78

Šaltinis: parengta autoriaus.

Prasčiausi rezultatai (žr. 14 lent.) analizuojant grynojo turto gražos odiklius, nustatyti VšĮ Šilutės ligoninėje ir VšĮ Kėdainių ligoninėje.

14 lentelė. Grynojo turto gražos žemiausieji rodikliai (2017 - 2020 m.)

Ligoninė	2017	2018	2019	2020	Vidurkis
VšĮ Regioninė Mažeikių	0,35	0,44	0,40	0,17	0,34
VšĮ Jonavos ligoninė	0,39	0,27	0,24	0,40	0,33
VšĮ Radviliškio ligoninė	0,18	0,24	0,27	0,28	0,24
VšĮ Kėdainių ligoninė	-0,22	-0,19	0,09	-0,14	-0,12
VšĮ Šilutės ligoninė	-4,44	-18,72	-3,15	-0,73	-6,76

Šaltinis: parengta autoriaus.

Apskaičiavus analizuojamų subjektų santykinius finansinius rodiklius ir atlikus jų analizę, galima teigti:

Atsižvelgiant į tai, kad viešojo sektoriaus subjektų (ligoninių) analizei nėra sukurtos išsamios finansinės analizės metodikos, siūloma pasitelkti privačiame sektoriuje plačiai taikomus santykinius finansinius rodiklius, išskiriant šias pagrindines santykinų rodiklių grupes: veiklos efektyvumo, gražos bei mokumo. Pasirinkti rodikliai leidžia įvertinti analizuojamų subjektų veiklos efektyvumą, prognozuoti šių subjektų veiklą ateityje, atskleisti turimus rezervus, analizuoti iškilusias problemines sritis bei priimti racionalius valdymo sprendimus. Kadangi analizuojamų subjektų veikla nėra nukreipta į pelno siekimą, pelningumo rodiklių skaičiavimas nėra tikslingas.

Atlikta ir įvertinta regioninių ligoninių santykinų finansinių rodiklių analizė atskleidė vertingos informacijos visumą apie esamas veiklos efektyvumo problemas, tobulintinas sritis regioninėse Lietuvos ligoninėse. Analizė atskleidė, kad visos šios ligoninės susiduria su iššūkiais dėl turto panaudojimo efektyvumo, bendro veiklos efektyvumo kuriant teigiamą įstaigos finansinį rezultatą. Atlikta analizė atskleidė, kad racionalesniais valdymo sprendimais pasižymėjo: VšĮ Utenos ligoninė, VšĮ Jonavos ligoninė, VšĮ Ukmergės ligoninė, VšĮ Marijampolės ligoninė, VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė. Racionalesnių valdymo sprendimų dėl turto panaudojimo efektyvumo, atsargų vykdymo politikos, gebėjimo laiku atsiskaityti su tiekėjais, patiriamų sąnaudų bei gebėjimo likviduoti trumpalaikius įsipareigojimus turi imtis VšĮ Šilutės ligoninės, VšĮ Radviliškio ligoninės, VšĮ Kėdainių ligoninės ir VšĮ Tauragės ligoninės vadovai.

3.2. Pabon Lasso modelio taikymas

Lietuvos regioninių ligoninių veiklos efektyvumo vertinimas taikant Pabon Lasso metodiką buvo atliekamas etapais:

- Pirmame etape: remiantis Higienos instituto informacine duomenų baze surinkti analizei reikalingi duomenys (regioninių ligoninių lovų skaičius, hospitalizuotų ligonių skaičius, stacionaro ligonių skaičius, lovardienų skaičius) už 2017 – 2020 m. laikotarpį (žr. 3 – 6 priedas).

- Antrame etape: remiantis formulėmis (žr. 1, 2, 3) apskaičiuoti stacionaro veiklos rodikliai: VGL, LA, LU už 2017 – 2020 m. laikotarpį ir tolimesnei analizei atlikti priskirtas kiekvienai analizuojamai ligoninei unikalūs numeris.

- Trečiajame etape: analizuojamas ir palyginamas pagal Pabon Lasso modelį Lietuvos regioninių ligoninių 2017 m. veiklos efektyvumas.

- Ketvirtajame etape: analizuojamas ir palyginamas pagal Pabon Lasso modelį Lietuvos regioninių ligoninių 2018 m. veiklos efektyvumas.

- Penktajame etape: analizuojamas ir palyginamas pagal Pabon Lasso modelį Lietuvos regioninių ligoninių 2019 m. veiklos efektyvumas.

- Šeštajame etape: analizuojamas ir palyginamas pagal Pabon Lasso modelį Lietuvos regioninių ligoninių 2020 m. veiklos efektyvumas.

- Septintajame etape: apibendrinamas Lietuvos Regioninių ligoninių veiklos efektyvumas 2017–2020 m.

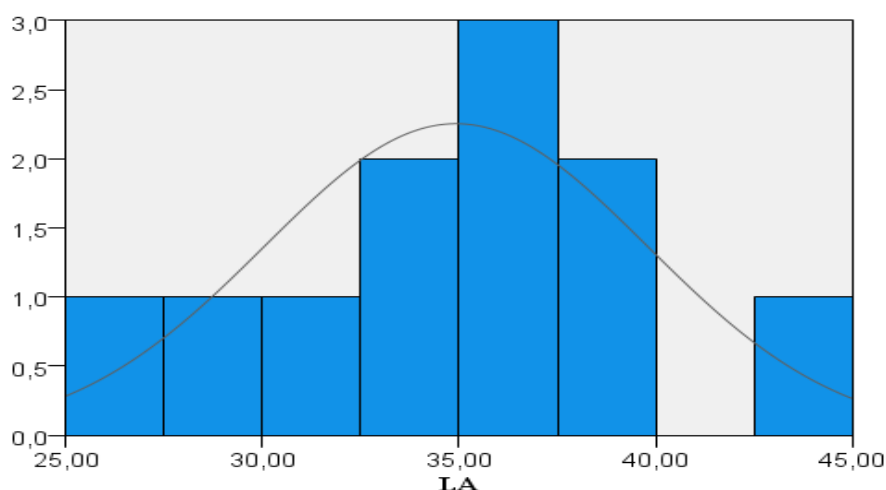
Analizuojant Lietuvos regioninių ligoninių 2017 m. veiklos efektyvumą, kiekvienai ligoninei priskirtas unikalūs numeris, kuris reikalingas tolimesnei analizei. Remiantis Higienos instituto statistiniais duomenimis (žr. 3 priedas), apskaičiuoti (pagal 1, 2, 3 formulę) analizuojamų ligoninių stacionarinės veiklos rodikliai (žr. 15 lent.).

15 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių stacionaro veiklos rodikliai (2017 m.)

Ligoninei priskirtas numeris	Ligoninė	VGL	LA	LU
1	VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė	6,97	44,92	82,67
2	VšĮ Marijampolės ligoninė	8,32	35,00	76,68
3	VšĮ Utenos ligoninė	6,78	34,74	62,45
4	VšĮ Tauragės ligoninė	7,25	36,37	69,40
5	VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	8,13	34,12	72,77
6	VšĮ Ukmergės ligoninė	9,99	28,43	73,17
7	VšĮ Mažeikių ligoninė	7,99	37,84	82,84
8	VšĮ Jonavos ligoninė	8,16	37,87	80,85
9	VšĮ Kėdainių ligoninė	10,97	27,48	77,67
10	VšĮ Šilutės ligoninė	7,95	36,57	75,97
11	VšĮ Radviliškio ligoninė	10,48	30,82	83,45
	Vidurkis	8,45	34,92	76,17

Šaltinis: parengta autoriaus.

Apskaičiuotas lovos apyvartos (toliau - LA) rodiklis parodo kiek vidutiniškai vienoje stacionaro lovoje gulėjo pacientų per metus. Savarankiškos reikšmės jis neturi, bet priklauso nuo kitų stacionaro veiklos rodiklių (lovos funkcionavimo, vidutinės gulėjimo trukmės), pavyzdžiui trumpėjant paciento vidutiniam gulėjimo laikui ir siekiant išsaugoti nemažėjantį lovos funkcionavimo rodiklį, didinamas ligoninių skaičius – didėja lovos apyvarta. Šalies regioninėse ligoninėse aktyvaus gydymo lovų apyvarta 2017 m. vidutiniškai buvo 35 kartai, duomenys pateikti 21 pav. Aukštesnį rodiklį pasiekė 5 regioninės ligoninės: Alytaus (44,92), Mažeikių (37,84), Jonavos (37,87), Šilutės (36,57) ir Tauragės (36,37) ligoninės.



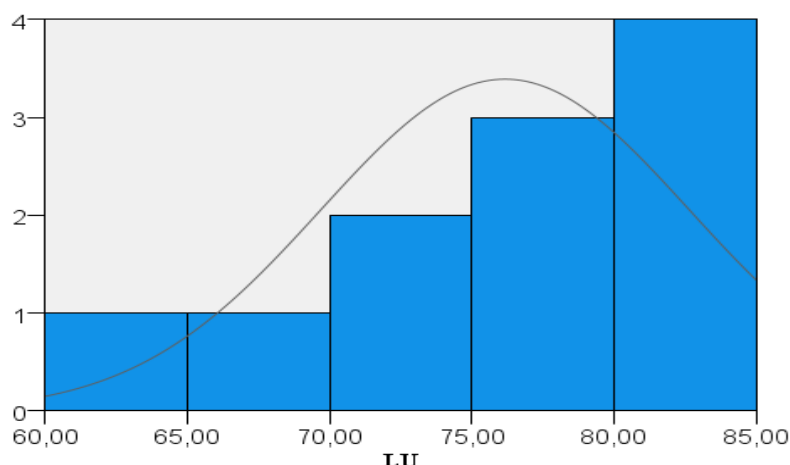
Šaltinis: parengta autoriaus.

2017 m. LA vidurkis 34,92. St. Nuokrypis 4,86.

21 pav. Aktyvaus gydymo LA rodiklių histograma (2017 m.)

LA rodiklis glaudžiai siejasi su kitu stacionaro veiklos rodikliu - VGL. Kuo VGL yra ilgesnis, tuo mažesnė lovos apyvarta. Šį faktą pagrindžia atlikti skaičiavimai, iš kurių matyti, kad mažiausią lovos apyvartos rodiklį turėjusios ligoninės – pacientus gydė ilgiausiai: Kėdainių ligoninė (VGL 10,97 dienos, LA 27,48 kartai), Radviliškio ligoninė (VGL 10,48 dienų, LA 30,82 kartai) ir Ukmergės ligoninė (VGL 9,99 dienų, LA 28,43 kartai). **Vertinant regioninių ligoninių aktyvaus gydymo stacionaro lovų užimtumo (toliau - LU)** rodiklį, kuris parodo kiek dienų per metus (arba kokią metų dienų dalį procentais) stacionaro lova buvo užimta), nustatyta, kad vidutiniškai regioninėse ligoninėse LU buvo 76,16 (proc.), 2017 m. duomenys pateikti 22 pav. Aukštesnį rodiklį pasiekė šešios regioninės ligoninės, atitinkamai: VšĮ Radviliškio ligoninė (83,45 proc.), VšĮ Mažeikių ligoninė (82,84 proc.), VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė (82,64 proc.), VšĮ Jonavos ligoninė (80,85 proc.), VšĮ Kėdainių ligoninė (77,67 proc.), VšĮ Marijampolės ligoninė (76,68 proc.).

Mažiausias aktyvaus gydymo stacionaro LU rodiklis buvo VšĮ Utenos ligoninėje (62,45 proc.), tai rodo, kad tik 236 dienas per metus aktyvaus gydymo stacionaro lova buvo užimta.



Šaltinis: parengta autoriaus.

LU vidurkis: 76,17, St. Nuokrypis 6,47.

22 pav. Aktyvaus gydymo LU rodiklių histograma (2017 m.)

Anot Gurevičiaus (2015) abu stacionaro veiklos rodikliai LA ir LU atskirai turi tam tikrą informacinę krūvį, tačiau juos sudėjus kartu, kaip rekomenduojama Pabon Lasso metodikoje, atsiranda dar viena dimensija, kurios dėka ligoninės yra suklasifikuojamos į tam tikras vietas vertinant abu rodiklius. 2017 m. Pabon Lasso modelio pagrindu atlikto tyrimo matricos interpretacija pateikta 23 pav.

II zona (aukšta lovos apyvarta, mažas lovos užimtumas) • Lovų perteklius • Nereikalingos hospitalizacijos • Daug pacientų guldoma siekiant ištirti VšĮ Tauragės ligoninė VšĮ Šilutės ligoninė	III zona (aukšta lovos apyvarta, aukštas lovos užimtumas) • Geras kiekybinis veiksmingumas • Mažas neužimtų lovų nuošimtis • Tinkama geografinė padėtis ir veiklos veiksmingumas VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė VšĮ Mažeikių ligoninė VšĮ Jonavos ligoninė
I zona (maža lovos apyvarta, mažas lovos užimtumas) • Lovų perteklius • Mažas hospitalizacijos poreikis / vartojimas • Žemas poreikis / vartojimas VšĮ Utenos ligoninė VšĮ Regioninė Telšių ligoninė VšĮ Ukmergės ligoninė	IV zona (maža lovos apyvarta, aukštas lovos užimtumas) • Didelė sunkių atvejų proporcija • Dominuoja lėtinės ligos • Per ilgas gulėjimas VšĮ Radviliškio ligoninė VšĮ Kėdainių ligoninė VšĮ Marijampolės ligoninė

Šaltinis: parengta autoriaus.

23 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA ir LU rodiklių interpretacija pagal Pabon Lasso modelį (2017 m.)

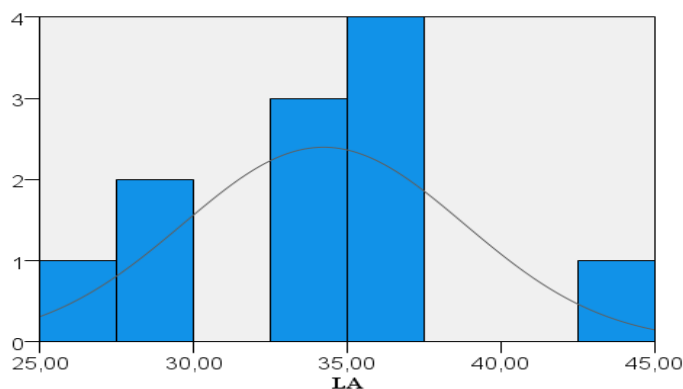
Analizuojant Lietuvos regioninių ligoninių 2018 m. veiklos efektyvumą, remiantis Higienos instituto statistiniais duomenimis (žr. 4 priedą) apskaičiuoti (pagal 1, 2, 3 formulę) analizuojamų ligoninių stacionarinės veiklos rodikliai (žr. 16 lent.).

16 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių stacionaro veiklos rodikliai (2018 m.)

Ligoninei priskirtas numeris	Ligoninė	VGL	LA	LU
1	VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė	7,13	42,76	83,53
2	VšĮ Marijampolės ligoninė	8,27	35,94	81,44
3	VšĮ Utenos ligoninė	6,79	34,74	64,62
4	VšĮ Tauragės ligoninė	7,62	36,81	76,84
5	VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	8,79	33,84	81,49
6	VšĮ Ukmergės ligoninė	9,74	29,16	77,80
7	VšĮ Mažeikių ligoninė	8,1	36,7	81,44
8	VšĮ Jonavos ligoninė	8,7	34,84	83,05
9	VšĮ Kėdainių ligoninė	10,99	27,22	81,96
10	VšĮ Šilutės ligoninė	8,27	36,63	83,00
11	VšĮ Radviliškio ligoninė	10,74	27,96	82,27
	Vidurkis	8,65	34,24	79,77

Šaltinis: parengta autoriaus.

Lietuvos regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA rodiklis 2018 m. vidutiniškai buvo 34,24 kartai, duomenys pateikti 24 pav. Aukštesnį rodiklį pasiekė 4 regioninės ligoninės: VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė (42,76), VšĮ Tauragės ligoninė (36,81), VšĮ Mažeikių ligoninė (36,7) ir VšĮ Šilutės ligoninė (36,63). Mažiausią lovos apyvartą ir ilgiausiai pacientus gydė 2018 m.: VšĮ Kėdainių ligoninė (LA 27,22 kartai, VGL 10,99 dienos), VšĮ Radviliškio ligoninė (LA 27,96 kartai, VGL 10,74 dienos).

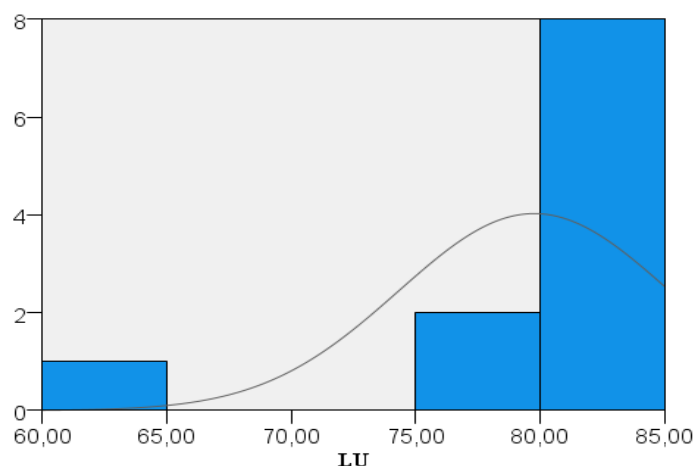


Šaltinis: parengta autoriaus.

LA vidurkis: 34,4, St. nuokrypis 4,57.

24 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA rodiklių histograma (2018 m.)

Vertinant regioninių ligoninių aktyvaus gydymo stacionaro lovų užimtumą 2018 m., nustatyta, kad vidutiniškai regioninėse ligoninėse stacionaro LU buvo 79,77 proc., duomenys pateikti 25 pav. LR SAM nustatytą siektiną šio rodiklio reikšmę (82,2 proc.) pasiekė tik šios ligoninės: VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė (83,53 proc.), VšĮ Jonavos ligoninė (83,05 proc.), VšĮ Šilutės ligoninė (83,00 proc.), VšĮ Radviliškio ligoninė (82,27 proc.). Mažiausia LU rodiklio reikšmė nustatyta Utenos ligoninėje (64,62 proc.), tai rodo, kad tik 235,9 dienų per metus aktyvaus gydymo stacionaro lova buvo užimta.



Šaltinis: parengta autoriaus.

LU vidurkis: 79,77, St. nuokrypis 5,45.

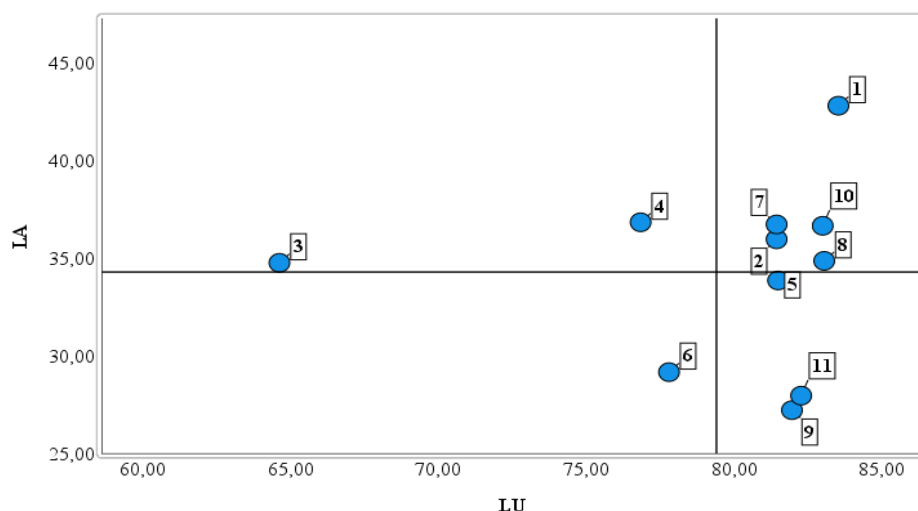
25 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LU rodiklių histograma (2018 m.)

2018 m. Pabon Lasso modelio pagrindu atlikto tyrimo matrica pateikta 26 pav. **I zonoje**, kurioje stebimas itin žemas veiklos efektyvumas išsidėsčiusi tik viena ligoninė – VšĮ Ukmergės ligoninė (Nr. 6). Galima teigti, kad šioje ligoninėje esamas aktyvaus gydymo stacionaro lovų skaičius yra per didelis atsižvelgiant į esamą poreikį.

II zonoje išsidėsčiusios VšĮ Utenos ligoninė (Nr. 3), VšĮ Tauragės ligoninė (Nr. 4). Galima teigti, kad jose yra daug trumpai gulinių pacientų. Išryškėja nereikalingų hospitalizacijų požymių ir perteklinis lovų skaičius.

III zonoje – efektyviausioje, išsidėsčiusios: VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė (Nr. 1), VšĮ Marijampolės ligoninė (Nr. 2), VšĮ Mažeikių ligoninė (Nr. 7), VšĮ Jonavos ligoninė (Nr. 8) ir VšĮ Šilutės ligoninė (Nr. 10).

IV zonoje išsidėsčiusios: VšĮ Kėdainių ligoninė (Nr. 9), VšĮ Radviliškio ligoninė (Nr. 11) ir VšĮ Regioninė Telšių ligoninė (Nr. 5). Galima teigti, kad šiose ligoninėse pacientai ilgai guli stacionare, nepakankamai išnaudojant pirminės grandies išteklius, dėl to gydymas tampa labai brangus.



Šaltinis: parengta autoriaus.

26 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA ir LU rodiklių priklausomybė (2018 m.)

Analizuojant Lietuvos regioninių ligoninių 2019 m. veiklos efektyvumą, remiantis Higienos instituto statistiniais duomenimis (žr. 5 priedą) apskaičiuoti (pagal 1, 2, 3 formulę) analizuojamų ligoninių stacionarinės veiklos rodikliai (žr. 17 lent.).

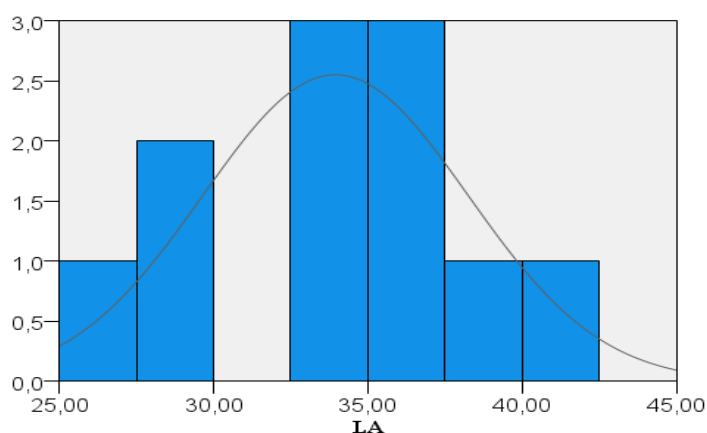
17 lentelė. Regioninių ligoninių stacionarų veiklos rodikliai (2019 m.)

Ligoninei priskirtas numeris	Ligoninė	VGL	LA	LU
1	VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė	7,12	41,03	80,03
2	VšĮ Marijampolės ligoninė	7,75	38,12	80,95
3	VšĮ Utenos ligoninė	7,11	35,32	68,80
4	VšĮ Tauragės ligoninė	8,26	35,35	79,29
5	VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	8,87	34,24	83,21
6	VšĮ Ukmergės ligoninė	9,91	29,7	80,63
7	VšĮ Mažeikių ligoninė	8,16	34,6	77,34
8	VšĮ Jonavos ligoninė	8,61	32,9	77,60
9	VšĮ Kėdainių ligoninė	11,37	25,65	79,90
10	VšĮ Šilutės ligoninė	8,38	36,75	84,38
11	VšĮ Radviliškio ligoninė	10,57	29,83	86,38
	Vidurkis:	8,74	33,95	79,86

Šaltinis: parengta autoriaus.

Lietuvos regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA rodiklis 2019 m. vidutiniškai buvo 33,95 kartai, duomenys pateikti 27 pav. Šalies regioninėse ligoninėse lovos apyvartos rodiklio mažėjimui turėjo įtakos COVID-19 pandemija, kurios metu buvo stabdomas planinių stacionarių paslaugų teikimas. Aukštesnį LA rodiklį pasiekė tik VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė (41,03 kartai). Mažiausią lovos apyvartą ir ilgiausiai pacientus gydė: VšĮ Kėdainių ligoninė (LA 25,65 kartai, VGL 11,37 dienos), VšĮ Ukmergės

ligoninė (LA 29,7 kartai, VGL 9,91 dienos), VšĮ Radviliškio ligoninė (LA 29,83 kartai, VGL 10,57 dienos).

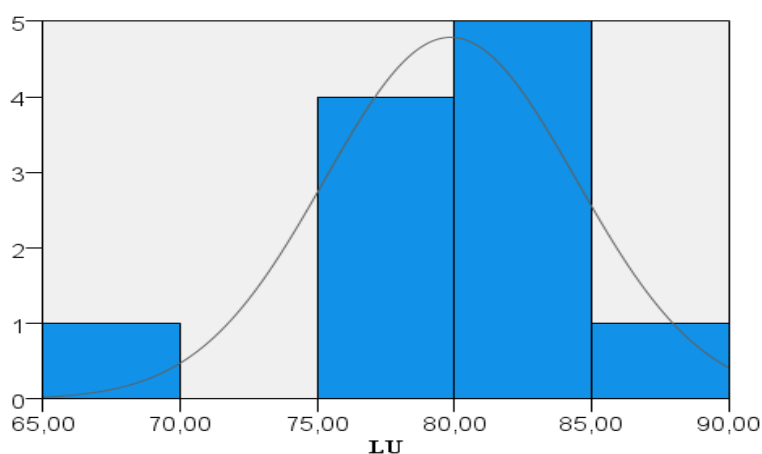


Šaltinis: parengta autoriaus.

LA vidurkis: 33,953, St. Nuokrypis 4,298.

27 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA rodiklių histograma (2019 m.)

Analizuojant regioninių ligoninių aktyvaus gydymo stacionaro lovų užimtumą 2019 m., nustatyta, kad rodiklio reikšmė panaši į 2018 m. ir siekė 79,86 proc., duomenys pateikti 28 pav. LR SAM nustatytą siektiną šio rodiklio reikšmę (82,2 proc.) pasiekė šios ligoninės: VšĮ Regioninė Telšių ligoninė (83,21 proc.), VšĮ Šilutės ligoninė (84,38 proc.) ir VšĮ Radviliškio ligoninė (86,38 proc.). Mažiausia LU rodiklio reikšmė fiksuota VšĮ Utenos ligoninėje (68,8 proc.).



Šaltinis: parengta autoriaus.

LU vidurkis: 79,86, St. Nuokrypis 4,58.

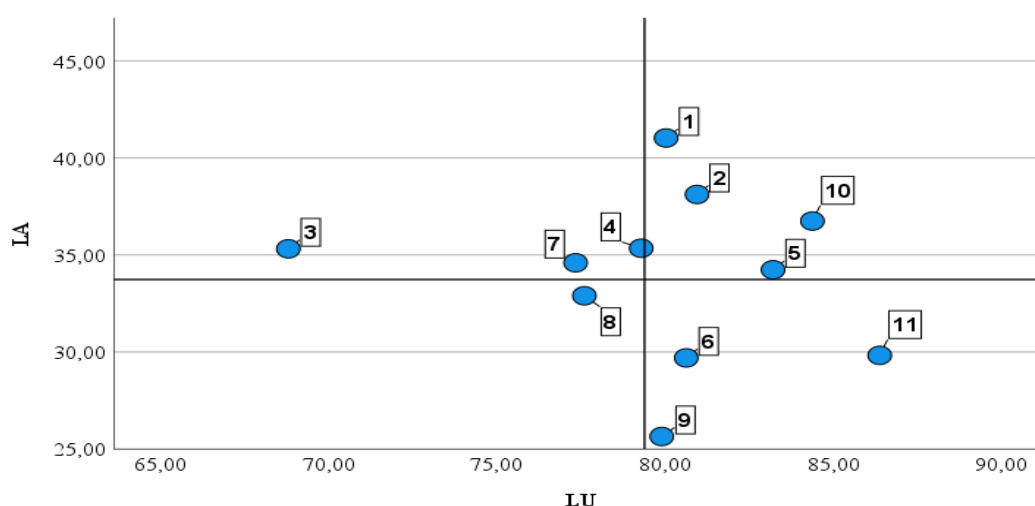
28 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LU rodiklių histograma (2019 m.)

2019 m. Pabon Lasso modelio pagrindu atlikto tyrimo matrica pateikta 29 pav. **I zonoje**, kurioje stebimas itin žemas veiklos efektyvumas išsidėsčiusi tik viena VšĮ Jonavos ligoninė (Nr. 8). Galima teigti, kad šioje ligoninėje lovų skaičius buvo per didelis atsižvelgiant į realų buvusį poreikį.

II zonoje išsidėstė: VšĮ Utenos ligoninė (Nr. 3), VšĮ Mažeikių ligoninė (Nr. 7) ir VšĮ Tauragės ligoninė (Nr. 4). Galima teigti, kad jose yra daug trumpai gulinčių pacientų. Išryškėja nereikalingų hospitalizacijų požymių ir perteklinis lovų skaičius.

III zonoje – efektyviausioje, išsidėstė: VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė (Nr. 1), VšĮ Marijampolės ligoninė (Nr. 2), VšĮ Šilutės ligoninė (Nr. 10) ir VšĮ Regioninė Telšių ligoninė (Nr. 5).

IV zonoje išsidėstė: VšĮ Ukmergės ligoninė (Nr. 6), VšĮ Kėdainių ligoninė (Nr. 9) ir VšĮ Radviliškio ligoninė (Nr. 11).



Šaltinis: parengta autoriaus.

29 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA ir LU rodiklių priklausomybė (2019 m.)

Analizuojant Lietuvos regioninių ligoninių 2020 m. veiklos efektyvumą, remiantis Higienos instituto statistiniais duomenimis (žr. 6 priedą) apskaičiuoti (pagal 1, 2, 3 formulę) analizuojamų ligoninių stacionarinės veiklos rodikliai (žr. 18 lent.).

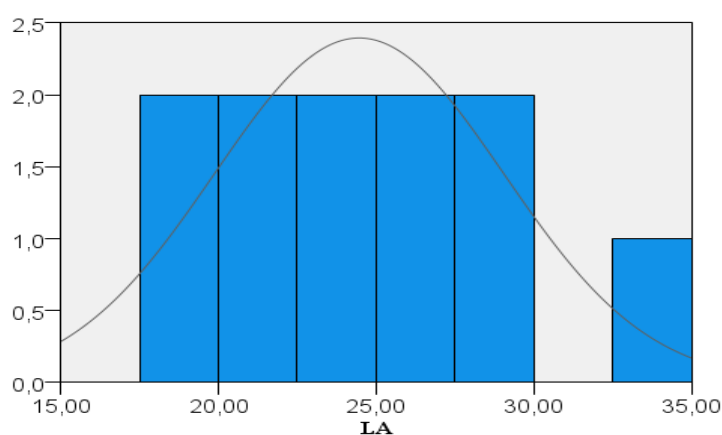
18 lentelė. Regioninių ligoninių stacionarų veiklos rodikliai (2020 m.)

Ligoninei priskirtas numeris	Ligoninė	VGL	LA	LU
1	VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė	7,38	32,96	66,64
2	VšĮ Marijampolės ligoninė	8,11	23,78	52,83
3	VšĮ Utenos ligoninė	6,56	25,67	46,14

4	VšĮ Tauragės ligoninė	8,42	28,67	66,13
5	VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	9,11	24,5	61,16
6	VšĮ Ukmergės ligoninė	11,71	19,67	63,11
7	VšĮ Mažeikių ligoninė	11,21	20,09	61,7
8	VšĮ Jonavos ligoninė	7,73	28,12	59,55
9	VšĮ Kėdainių ligoninė	11,62	18,1	57,62
10	VšĮ Šilutės ligoninė	9,16	27,02	81,96
11	VšĮ Radviliškio ligoninė	12,12	20,52	68,15
	Vidurkis:	9,38	24,46	62,27

Šaltinis: parengta autoriaus.

Lietuvos regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA rodiklis 2020 m. buvo žemiausias per visą analizuojamą laikotarpį ir pasiekė tik 24,46 karto, duomenys pateikti 30 pav.



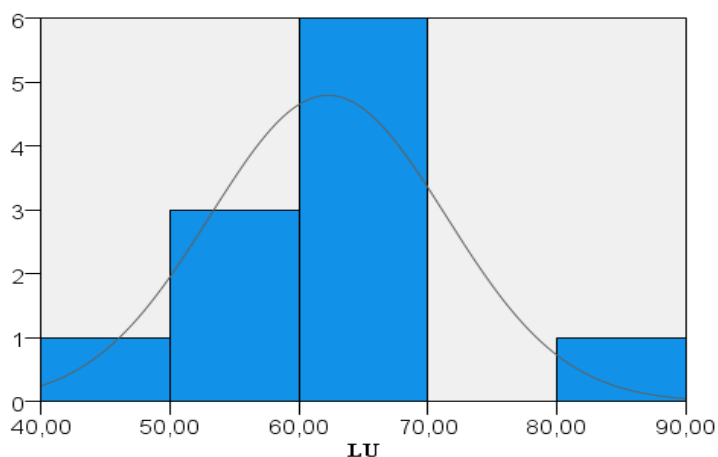
Šaltinis: parengta autoriaus.

LA vidurkis: 24,46, St. Nuokrypis 4,58.

30 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA rodiklių histograma (2020 m.)

VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninės pasiekta rodiklio reikšmė (32,96 karto) buvo aukščiausia (žr. 6 priedą). Žemiausią (žemesnį nei bendras vidurkis) LA rodiklį bei ilgiausiai pacientus gydė (išskyrus VšĮ Marijampolės ligoninę) šios ligoninės: VšĮ Kėdainių ligoninė (LA 18,1 karto, VGL 11,62 dienos), VšĮ Ukmergės ligoninė (LA 19,67 karto, VGL 11,71 dienos), VšĮ Radviliškio ligoninė (LA 20,52 karto, VGL 12,12 dienų), VšĮ Mažeikių ligoninė (LA 20,09 karto, VGL 11,21 dienų) ir VšĮ Marijampolės ligoninė (LA 23,78 karto, VGL 8,11 dienų).

Analizuojant regioninių ligoninių aktyvaus gydymo stacionaro lovų užimtumą 2020 m., nustatyta, kad dėl COVID-19 pandemijos LU buvo ypatingai žemas (62,27 proc.), duomenys pateikti 31 pav. LR SAM nustatytos siektinos rodiklio reikšmės nepasiekė nė viena regioninė ligoninė. Mažiausias LU buvo fiksuotas VšĮ Utenos ligoninėje (46,14 karto), tai reiškia, kad tik 168,3 dienų per metus aktyvaus gydymo stacionaro lova buvo užimta.

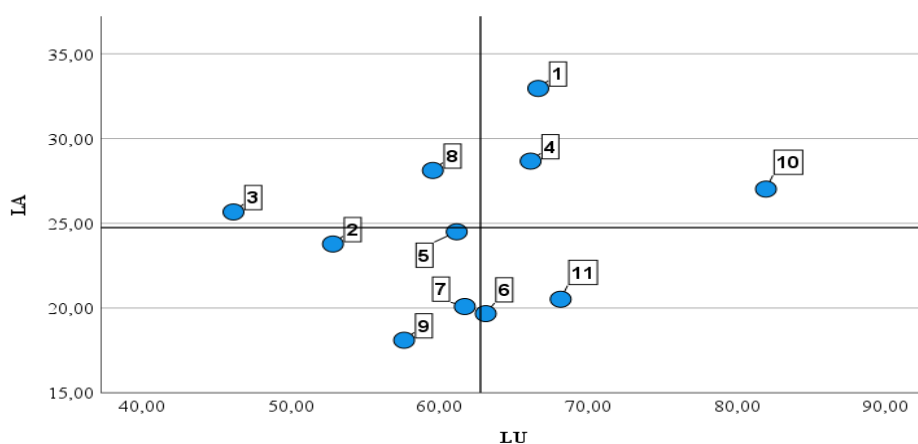


Šaltinis: parengta autoriaus.

LU vidurkis: 62,27, St. nuokrypis 9,147.

31 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LU rodiklių histograma (2020 m.)

2020 m. Pabon Lasso modelio pagrindu atlikto tyrimo matrica pateikta 32 pav. **I zonoje**, kurioje stebimas itin žemas veiklos efektyvumas išsidėsčiusios net keturios ligoninės: VšĮ Marijampolės ligoninė (Nr. 2), VšĮ Regioninė Telšių ligoninė (Nr. 5), VšĮ Mažeikių ligoninė (Nr. 7) ir vėl Kėdainių ligoninė (Nr. 9). **II zonoje** išsidėsčiusios: VšĮ Utenos ligoninė (Nr. 3) ir VšĮ Jonavos ligoninė (Nr. 8), jose buvo daugiausiai perteklinių lovų. **III zonoje** – efektyviausioje, išsidėsčiusios: VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė (Nr. 1), VšĮ Tauragės ligoninė (Nr. 4) ir VšĮ Šilutės ligoninė (Nr. 10), lyginant su kitomis regioninėmis ligoninėmis, jų veikla buvo efektyviausia. **IV zonoje** išsidėsčiusios: VšĮ Ukmergės ligoninė (Nr. 6) ir VšĮ Radviliškio ligoninė (Nr. 11).



Šaltinis: parengta autoriaus.

32 pav. Regioninių ligoninių aktyvaus gydymo LA ir LU rodiklių priklausomybė (2020 m.)

Pritaikant Pabon Lasso grafinį metodą, įvertinti Lietuvos regioninių ligoninių pagrindiniai lovų fondo panaudojimo rodikliai 2017 – 2020 m. Suklasifikavus analizuojamas ligonines pagal lovų užimtumo ir lovos apyvartos rodiklius, vizualiai atsiskleidė kurios ligoninės dirbo efektyviau, o kurių veikla buvo neefektyvi. Svarbu pabrėžti, kad 2020 m. analizės rezultatams ypatingos reikšmės turėjo COVID-19 pandemija, kurios metu buvo apribotos planinės stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Sumažėję regioninių ligoninių stacionarizavimo apimčių rodikliai 2020 m. turėjo įtakos stacionaro lovų fondo panaudojimo efektyvumo analizės rezultatams. Tai pagrindžia atlikti skaičiavimai, pavyzdžiui:

Regioninėse ligoninėse 2017 m. VGL svyravo nuo 6,78 dienų (VšĮ Utenos ligoninėje) iki 10,97 dienų (Kėdainių ligoninėje), LA rodiklis svyravo nuo 27,48 kartų (VšĮ Kėdainių ligoninė) iki 44,92 kartų (VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė), LU rodiklis svyravo nuo 62,45 proc. (VšĮ Utenos ligoninė) iki 83,45 proc. (VšĮ Radviliškio ligoninė).

Regioninėse ligoninėse 2018 m. VGL svyravo nuo 6,8 dienų (VšĮ Utenos ligoninė) iki 10,99 dienų (VšĮ Kėdainių ligoninė), LA svyravo nuo 27,22 kartų (VšĮ Kėdainių ligoninė) iki 42,76 kartų (VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė), LU svyravo nuo 64,62 kartų (VšĮ Utenos ligoninė) iki 83,53 kartų (VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė).

Regioninėse ligoninėse 2019 m. VGL svyravo nuo 7,11 dienų (VšĮ Utenos ligoninė) iki 11,37 dienų (VšĮ Kėdainių ligoninė), LA svyravo nuo 25,65 kartų (VšĮ Kėdainių ligoninė) iki 41 karto (VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė), LU svyravo nuo 68,8 proc. (VšĮ Utenos ligoninė) iki 86,38 proc. (VšĮ Radviliškio ligoninė).

Regioninėse ligoninėse 2020 m. VGL svyravo nuo 6,56 dienų (VšĮ Utenos ligoninė) iki 12,12 dienų (VšĮ Radviliškio ligoninė), bendras VGL vidurkis buvo didžiausias lyginant su ankstesniais metais (2020 m. – 9,38 dienų, 2019 m. – 8,74 dienų, 2018 m. – 8,65 dienų, 2017 m. – 8,45 dienos). LA rodiklis svyravo nuo 18,1 karto (VšĮ Kėdainių ligoninė) iki 32,96 kartų (VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė), bendras LA rodiklio vidurkis buvo pats mažiausias per analizuojamą laikotarpį (2020 m. – 24,46 kartai, 2019 m. – 33,95 kartai, 2018 m. – 34,24 kartai, 2017 m. – 34,92 kartai). LU rodiklis svyravo nuo 46,14 proc. (VšĮ Utenos ligoninė) iki 81,96 proc. (VšĮ Šilutės ligoninė), bendras LU rodiklio vidurkis buvo pats mažiausias per analizuojamą laikotarpį (2020 m. – 62,27 proc., 2019 m. – 79,86 proc., 2018 m. – 79,77 proc., 2017 m. – 76,17 proc.).

Atlikti skaičiavimai parodė, kad Lietuvos regioninėse ligoninėse bendras aktyvaus gydymo stacionaro lovų fondas yra perteklinis (lovos funkcionavimo rodiklio 2017 – 2020 m. vidurkis siekė 274 d., tai reiškia, kad vidutiniškai 91 d. per metus aktyvaus gydymo stacionaro lovos Lietuvos regioninėse ligoninėse buvo neužimtos).

IŠVADOS IR SIŪLYMAI

1. Lietuvoje sveikatos priežiūros sistema išgyvena nuolatinius pokyčius, sveikatos sektorių supa nuolatinis spaudimas siekti efektyvumo, nuolat gerinti paslaugų kokybę bei prieinamumą. Įgyvendinus dabartinę sveikatos priežiūros reformą, ateityje turėtų pagerėti Lietuvos gyventojų sveikata, racionaliau perskirstomi ir efektyviau naudojami sveikatos priežiūros ištekliai, sukurta ir išlėtota gyventojų poreikius atitinkanti, šiuolaikiška gydymo įstaigų infrastruktūra, esamas aktyvaus gydymo lovų perteklius perskirstomas kitų būtinų asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai.

2. Sveikatos priežiūros ištekliai Lietuvoje yra pakankami, tačiau nepakankamai efektyviai naudojami, nepasiekiamas tikėtinas/laukiamas rezultatas, gyventojų sveikatos rodikliai yra vieni prasčiausių ES (trumpesnė gyvenimo trukmė gimstant, didesnis išvengiamo mirtingumo skaičius, gyventojai triskart dažniau lankosi sveikatos priežiūros įstaigose).

3. Ilgą laiką Lietuvoje sveikatos priežiūra buvo organizuojama neefektyviai: stebimas per didelis gyventojų naudojimąsis stacionarinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis, sveikatos priežiūros specialistų trūkumas ir jo pasiskirstymo netolygumai, nepakankama ekonomiškai efektyvių paslaugų (dienos stacionaro, ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, stebėjimo, ambulatorinės reabilitacijos, pirminės sveikatos priežiūros, prevencinių programų) plėtra.

4. Esanti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo Lietuvos ligoninėse tvarka nepakankama, patvirtintiems ligoninių veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodikliams trūksta aiškumo ką jais siekiama matuoti ir vertinti, daliai rodiklių nėra galimybės nustatyti siektinų reikšmių, trūksta rodiklių leidžiančių išmatuoti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą Lietuvos ligoninėse. Siūloma pritaikyti kompleksinius sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo ligoninėse modelius, kurie suteiktų išsamią subjekto veiklos analizę, analizuojant iš skirtingų perspektyvų bei palyginant tomis pačiomis sąlygomis veikiančius subjektus.

5. Atsižvelgiant į esamą Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą, duomenų prieinamumą bei mokslininkų patirtį, pasirinkta pritaikyti ir atlikti kompleksinį sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimą Lietuvos regioninėse ligoninėse, pasitelkiant privačiame sektoriuje plačiai taikomus santykinius finansinius rodiklius, išskiriant šias pagrindines santykinų rodiklių grupes: veiklos efektyvumo, gražos ir mokumo, bei pritaikyti vieną populiariausių ir lengviausiai taikomą Pabon Lasso modelį sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimui. Pasirinkti rodikliai leidžia įvertinti analizuojamų subjektų veiklos efektyvumą, prognozuoti šių subjektų veiklą ateityje, atskleisti turimus rezervus, analizuoti iškilusias problemines sritis bei laiku priimti racionalius valdymo sprendimus.

6. Atlikta santykinų finansinių rodiklių analizė atskleidė, kad visos regioninės ligoninės susiduria su iššūkiais dėl turto panaudojimo efektyvumo, bendro veiklos efektyvumo kuriant teigiamą įstaigos finansinį rezultatą. Atlikta analizė atskleidė, kad racialesniais valdymo sprendimais

pasižymėjo VšĮ Utenos ligoninės, VšĮ Jonavos ligoninės, VšĮ Ukmergės ligoninės, VšĮ Marijampolės ligoninės bei VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninės vadovai. Racionalesnių valdymo sprendimų dėl turto panaudojimo efektyvumo, atsargų vykdymo politikos, gebėjimo laiku atsiskaityti su tiekėjais, patiriamų sąnaudų bei gebėjimo likviduoti trumpalaikius įsipareigojimus turi imtis VšĮ Šilutės ligoninės, VšĮ Radviliškio ligoninės, VšĮ Kėdainių ligoninės bei VšĮ Tauragės ligoninės vadovai.

7. Įvertinus sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą regioninėse Lietuvos ligoninėse pagal Pabon Lasso modelį, nustatyta, kad bendras aktyvaus gydymo stacionaro lovų fondas Lietuvos regioninėse ligoninėse yra perteklinis, atlikti skaičiavimai parodė, kad 2017 – 2020 m. lovos funkcionavimo rodiklio vidurkis siekė 274 dienas, tai reiškia, kad vidutiniškai 91 dieną per metus aktyvaus gydymo stacionaro lovos buvo neužimtos, tai neefektyvios veiklos požymis. Analizuojant detalai pagal įstaigas, neatidėliotinių sprendimų dėl aktyvaus gydymo stacionaro lovų fondo efektyvesnio panaudojimo turėtų imtis: VšĮ Kėdainių ligoninė (analizuojamu laikotarpiu pacientus gydė ilgiausiai, LA buvo mažiausia) bei VšĮ Utenos ligoninė (analizuojamu laikotarpiu LU buvo mažiausias). Vienas iš optimaliausių sprendimų, panaudojant esamą infrastruktūrą bei žmogiškuosius išteklius, visose regionuose perskirstyti nepanaudotas aktyvaus gydymo stacionaro lovas ekonomiškai efektyvių paslaugų (dienos stacionaro, ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, stebėjimo, ambulatorinės reabilitacijos) plėtrai.

8. Pritaikytas kompleksinis sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo modelis Lietuvos regioninėse ligoninėse, panaudojant skirtingus vertinimo modelius (Pabon Lasso modelį bei santykinį finansinių rodiklių analizę) atskleidė neefektyvios veiklos požymius, bei išryškino racionaliais valdymo sprendimais pasižyminčias ligonines. Vieno modelio taikymas gali klaidinti sprendimus priimančius asmenis, dėl tyrimo metodų apribojimų atskleisti visos veiklos rezultatus. Atliktas tyrimas turėtų paskatinti plėtoti tolimesnius mokslinius tyrimus analizuojant ligoninių veiklos efektyvumą.

LITERATŪRA

1. Ayiko, R., Mujasi, P. N., Abaliwano, J., Turyareeba, D., Enyaku, R., Anguyo, R., Odoch, W., Bakibinga, P., & Aliti, T. (2020). Levels, trends and determinants of technical efficiency of general hospitals in Uganda: data envelopment analysis and Tobit regression analysis. *BMC Health Service Research*, Volume 20 (p.2-3).
2. Aloh, H. E., Onwujekwe, O. E., Aloh O. G., & Nweke Ch. J. (2020). Is bed turnover rate a good metric for hospital scale efficiency? A measure of resource utilization rate for hospitals in Southeast Nigeria. *National Library of Medicine. PubMed.*, (p. 6).
3. Baliukonis, T., Čiarnienė, R. (2014). Efektyvumo didinimas mažinant nuostolius. *Visuomenės saugumas ir viešoji tvarka*, ISSN 2335-2035, (p. 32).
4. Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2017) How to make sense of health system efficiency comparisons? *Health systems and policy analysis*. World Health Organization. ISSN 1997-8073, (p. 9).
5. Čiurbinskienė, R. (2006). *Ligoninės finansinės veiklos efektyvumo vertinimo metodologija* (magistro baigiamasis darbas). Kaunas: Kauno medicinos universitetas, (p. 28).
6. Daujotaitė, D. (2010). *Veiklos audito modelis viešojo sektoriaus valdymui modernizuoti* (daktaro disertacija). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, (p. 32).
7. Davoud, A., Issac, B., Sadeghi, G., Panahi, M. & Salarikhah, E. Contemporary use of hospital efficiency indicators to evaluate hospital performance using the Pabon Lasso model. *European Journal of Business and Social Sciences*, Vol. 3, No2, (p. 1-2).
8. Domarkaitė, G. (2018). *Žmoniškųjų išteklių organizavimas ir valdymas Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse* (magistro baigiamasis darbas). Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
9. Džikevičius, A., Jonaitienė, B. (2015). Finansinių santykinių rodiklių, geriausiai įvertinančių skirtinguose Lietuvos sektoriuose veikiančias įmones, paieška. ISSN 1648-0627. (p. 175).
10. Europos Komisija. (2015). *European economy: efficiency estimates of health care systems*. ISSN 1725-3187, (p. 6, 12).
11. Europos Komisija. (2019). *State of Health in the EU. Lietuva. Sveikatos būklės šalyse apžvalga*. (p. 3-24).
12. Europos Komisija. (2019). *Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe*. ISBN 978-92-76-02613-6, (p. 27-35).
13. *European economy* (2015). *Efficiency estimates of health care systems*. ISSN 1725-3187.
14. Galeckaitė, R. (2016). *Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų kompleksinis veiklos vertinimas* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.

15. Ghahremanloo, M., Hasani, A., Amiri, M., Hashemi-Tabatabaei, M., Keshavarz-Ghorabae, M., & Ustinovičius L. (2020). A novel DEA model for hospital performance evaluation based on the measurement of efficiency, effectiveness, and productivity. Research Gate. (p. 4-11).
16. Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., Gordipour, R., Samanpour, A., Malftoon, F., Farzadi, F. & Ahmadi, F. (2009). Assessing Hospital Performance by the Pabon Lasso Model. Vol. 38, No 2., (p. 120).
17. Gurevičius, R. (2015). Lietuvos rajoninių ligoninių veikla kartu vertinant kelis rodiklius pagal Pabon Lasso modelį. Research Gate. (p. 46-50).
18. Gurevičius, R. (2018). Naujas ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo metodas. (p. 36.).
19. Gurevičius, R., Jaselionienė, J. (2020). Aktyvaus gydymo paslaugas teikiančių ligoninių geografinio prieinamumo netolygumai pagal kelionės iki jų trukmę Lietuvoje. Visuomenės sveikata, 3 (90), (p.17-18).
20. Finansų ministerijos užsakymu parengta „Investicijų poreikio sveikatos apsaugos ir ilgalaikės priežiūros srityje analizė“ (2020). UAB „ESTEP Vilnius“ bendradarbiaudama su Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, įgyvendinant konsultavimo užduotį Nr. 2019/VA/ESTEP/06 pagal 2019 m. kovo 18 d. sutartį Nr. 14P-16. (7, 10, 14).
21. Imamholi, S., Firouzaband, S. M., Goharinezhad, S., Dehcheshmek, N. F., Heiderinejad, A. & Azmal, M. (2014). Assessing the efficiency of hospitals by using Pabon Lasso graphic model. Journal of research. Vol. 4, No. 4 p. 892.
22. Jakutis, V. (2011). *Veiklos efektyvumo vertinimas VUL Santariškių klinikų Širdies chirurgijos centre* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
23. Jankauskas, R. Higienos institutas. (2018). Inovacijos pažangiai visuomenės sveikatos plėtrai. Vilnius, (p. 36).
24. Jankauskienė, D. (2016). Ligoninių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis. ISSN 2029-9001. (p. 42-48).
25. Janušonis, V. (2011). Sveikatos priežiūros reformos: teoriniai požiūriai ir praktiniai aspektai. ISSN 1392-6373, Vo 21, P. 7-8.
26. Jiang, N. & Andrews, A. (2020). Efficiency of New Zealand's District Health Boards at Providing Hospital Services: A stochastic frontier analysis. Springer, Vol. 53 (1), (p. 53-54).
27. Jusytė, J. ir Kamarauskienė, I. (2014). Viešojo sektoriaus subjektų finansinių ataskaitų santykinė analizė: teoriniai ir praktiniai aspektai. Buhalterinės apskaitos teorija ir praktika. ISSN 1822-8682. (p. 63-75).
28. Kalašnikova-Volček, M. (2013). *Stacionariųjų paslaugų efektyvumo vertinimas Vilniaus universiteto onkologijos institute* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.

29. Kalibatas, V. (2005). *Lietuvos bendrojo pobūdžio stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumo įvertinimas* (daktaro disertacija). Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
30. Kalėdienė, R., Gaižauskienė A., Petrauskienė, J., Sauliūnė, S. ir Cicėnienė, V. (2013). Sveikatos statistikos vadovas. LSMU Leidybos namai. ISBN 978-9955-15-284-2, (p.83-90).
31. Karahan, M. (2019). Using Data Envelopment Analysis to Measure the Technical Efficiency of Public Hospitals in Turkey. *Ege Academic Review*, 19(3):373-387. (p. 373, 375).
32. Lesko, D. Polish financial reporting principles in transition. *Baltic Journal of Management* 2(1):55-66, (p. 18).
33. Lietuvos Respublikos Konstitucija (2013). 53 straipsnis. Prieiga per internetą: URL: <https://konstitucija.lt/lt/konstitucija/53-straipsnis/>
34. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo 1996-05-21 įstatymas Nr. I-1343.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos pranešimas (2021) „Kompetencijų centrų ir regioninio bendradarbiavimo modeliu pagrįstos asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo vystymas“.
36. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos pranešimas (2022) „ASPI veiklos kokybės vertinimo kriterijai ir kokybės vertinimo politika ateityje“.
37. Lietuvos Respublikos Seimo 2011-06-07 nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“.
38. Lietuvos Respublikos Seimo 2011-06-07 nutarimas Nr. XI-1430 „Dėl Lietuvos Sveikatos sistemos 2011-2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“.
39. Lietuvos Respublikos Seimo 2016-05-19 nutarimas Nr. XII-2383 „Dėl Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimo Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos patvirtinimo“ pakeitimo“.
40. Lietuvos Respublikos Seimo 2020-12-11 nutarimas Nr. XIV-72 „Dėl aštuonioliktos Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.
41. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Higienos instituto sveikatos informacijos centras (2020). Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla. ISSN 1392-8155. (p. 86-90).
42. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2014-07-15 įsakymas Nr. V-810 „Dėl Sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“.
43. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2017-12-20 įsakymas Nr. V-1474 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymo Nr. V-1073 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

44. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2019-06-20 įsakymas Nr. V-731 „Dėl Lietuvos Nacionalinės sveikatos sistemos viešųjų ir biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimo rodiklių 2019 metų siektinų reikšmių patvirtinimo“.
45. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas Nr. I-552 (1994).
46. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas Nr. I-1367 (1996).
47. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2012-12-11 įsakymas Nr. V-1142 „Dėl Higienos instituto nuostatų patvirtinimo“.
48. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019-05-29 nutarimas Nr. 526 „Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. nutarimo Nr. 926 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“.
49. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003-03-18 nutarimas Nr. 335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“.
50. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007-11-13 nutarimas Nr. 1229 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimo Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“ pakeitimo“.
51. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2020-09-09 nutarimas Nr. 998 „Dėl 2021-2030 metų Nacionalinio pažangos plano patvirtinimo“.
52. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2021-03-10 nutarimas Nr. 155 „Dėl aštuonioliktos Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos nuostatų įgyvendinimo plano patvirtinimo“.
53. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija. (2021). Lietuvos sveikatos statistika 2020. ISSN 2669-283X. (p. 18-63).
54. Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. (2020). Lietuvos sveikatos statistika. ISSN 2669-283X, (p. 41, 43, 54, 58).
55. Lupu, D. & Tiganasu, R. (2022). COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe.
56. Mackevičius, J., Daujotaitė, D. (2011). Veiklos auditas: veiklos tikrinimo ir vertinimo instrumentas. Research Gate (p. 27).
57. Mackevičius, V., Rutkauskas, A. V., Sūdžius, V. (2009). Verslo finansų principai ir praktikai. Mokomoji knyga. Vilnius.
58. Mastromarco, C., Stastna, L., & Votapkova, J. (2019). Efficiency of hospitals in the Czech Republic: Conditional efficiency approach. Journal of Productivity Analysis 51, (p. 73-89).
59. Medeiros, J. & Schwierz, Ch. (2015). Efficiency estimates of health care systems. European Economy. ISSN 1725-3187. (p. 17).

60. Mehrtak, M., Yusefzadeh, H. & Jaafariipooyan, E. (2014). Pabon Lasso and Data Envelopment Analysis: A complementary Approach to Hospital Performance Measurement. *Global Journal of Health Science*; Vol. 6, No,4, (p. 114).
61. Mokslo ir studijų stebėsenos ir analizės centras (2021). Lietuvos žmoniškąjo kapitalo būklė, p. 53.
62. Muldarytė, M. (2014). *Ligoninių darbo kokybės kompleksinis vertinimas* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Vilniaus Gedimino technikos universitetas.
63. Morkvėnienė, V. (2017). *Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo gerinimo politika VŠĮ VUL Santaros klinikoje* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
64. Nundoochan, A. (2020). Improving public hospital efficiency and fiscal space implications: the case of Mauritius. *International Journal for Equity in Health*, 19 (152), (p. 1-4).
65. Pecoraro, F., Luzi, D. & Clemente, F. (2021). The efficiency in the ordinary hospital bed management: A comparative analysis in four European countries before the COVID-19 outbreak.
66. Puškorius, S. (2002). 3 E koncepcijos plėtra. ISSN 1648-2603. (p. 32).
67. Rahimisadegh, R., Haghdoost, A. A., Emadi, S., Hekmat, S. N., (2021). Assessing the performance of hospitals before and after the implementation of Iran's Health Sector Evolution Plan (HSEP) using Pabon Lasso model. *National Library of Medicine*, 35:23, (p. 15-18).
68. Roshani, M., Kalkhajian, S. G. & Raadabadi, M. (2021). Low efficiency in a Five-Year Hospital Performance Assessment According to Pabon Lasso Model: State – Affiliated Hospitals of Abadan. *National Library of Medicine*; 100 (1):8-15, (p. 5).
69. Schneider, A. M., Oppel, E. M. & Schreyogg, J. (2020). Investigating the link between medical urgency and hospital efficiency – Insights from the German hospital market. *Health Care Management Science*, (p. 649).
70. Shaqura, I. I., Gholami, M. & Sari, A. A. (2021). Evaluation of performance at Palestinian public hospitals using Pabon Lasso model. *National Library of Medicine*. 36 (3):896-910, (p. 13).
71. Storto, C. & Goncharuk, A. (2017). Efficiency vs effectiveness: a benchmarking study on European healthcare systems. *Economics & Sociology*, Vol.10 No.3, (p.102, 105).
72. The organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2016). Scoping paper on health system efficiency measurement. (p. 33-42).
73. Valstybės kontrolė, valstybinio audito ataskaita. (2018). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą. Nr. VA-2018-P-10-1-10. (p. 2-5).
74. Valstybės kontrolė, valstybinio audito ataskaita. (2018). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas. Nr. VA-2018-P-9-3-9. (p. 3,4,8).
75. Valstybės kontrolė, valstybinio audito ataskaita. (2020). Privalomojo sveikatos draudimo fondo 2019 metų konsoliduotųjų finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teisingumo bei lėšų ir turto valdymo, naudojimo ir disponavimo jais teisėtumo vertinimas. Nr. FAE-5. (p. 15).

76. Valstybės kontrolė, valstybinio audito ataskaita. (2022). Sveikatos priežiūros tvarumo užtikrinimas esant ekstremaliosioms situacijoms. Nr. VAE-2. (p. 5).
77. VLK prie SAM pranešimas (2019) „Statistinė informacija apie PSDF biudžeto vykdymą“.
78. VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė, 2017 metų finansinių ataskaitų rinkinys, 2018-02-15, Nr. VL-42.
79. VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė, 2018 metų finansinių ataskaitų rinkinys, 2019-02-15, Nr. VL-17.
80. VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninės 2019 metų finansinių ataskaitų rinkinys, 2020-02-24, Nr. VL-28.
81. VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninės 2020 metų finansinių ataskaitų rinkinys, 2021-02-26, Nr. VL-26.
82. VšĮ Jonavos ligoninė, 2017 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2018-03-01, Nr. 1.
83. VšĮ Jonavos ligoninė, 2018 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2019-03-01, Nr. 1.
84. VšĮ Jonavos ligoninė, 2019 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2020-03-12, Nr. 1.
85. VšĮ Jonavos ligoninė, 2020 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2021-03-15, Nr. 1.
86. VšĮ Kėdainių ligoninė, 2017 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2018-03-19, Nr.
87. VšĮ Kėdainių ligoninė, 2018 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2019-04-29, Nr. AD-1-488.
88. VšĮ Kėdainių ligoninė, 2019 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2020-04-30, Nr. AD-1-455.
89. VšĮ Kėdainių ligoninė, 2020 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2021-04-28, Nr. AD-1-514.
90. VšĮ Marijampolės ligoninės 2017 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2018-02-22, Nr. 2017M-1.
91. VšĮ Marijampolės ligoninės 2018 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2019-01-30, Nr. 2018M-1.
92. VšĮ Marijampolės ligoninės 2019 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2020-02-24, Nr. 2020M-1.
93. VšĮ Marijampolės ligoninės 2020 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2021-02-22, Nr. 2020M-1/AT.
94. VšĮ Mažeikių ligoninės 2017 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2017-12-31, Nr. F4-244.
95. VšĮ Mažeikių ligoninės 2018 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2019-03-18, ID: 2147427074.
96. VšĮ Mažeikių ligoninės 2019 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2020-03-16, ID: 2147415865.
97. VšĮ Mažeikių ligoninės 2020 m. finansinių ataskaitų rinkinys, 2021-03-23, ID: 2147402414.
98. VšĮ Radviliškio ligoninė, 2017 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2018-03-02, Nr. S-231(1.13).
99. VšĮ Radviliškio ligoninė, 2018 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2019-03-06, Nr. S-260(1.13).
100. VšĮ Radviliškio ligoninė, 2019 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2020-03-04, Nr. S-282(1.13).
101. VšĮ Radviliškio ligoninė, 2020 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2021-02-19, Nr. S-188(1.13).

102. VšĮ Regioninė Telšių ligoninė, 2017 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2018-03-26, Nr. 1.
103. VšĮ Regioninė Telšių ligoninė, 2018 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2019-03-18, Nr. F8-45.
104. VšĮ Regioninė Telšių ligoninė, 2019 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2020-03-17, Nr. F8-55.
105. VšĮ Regioninė Telšių ligoninė, 2020 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2021-04-14, Nr. F8-48.
106. VšĮ Šilutės ligoninės 2017 m. Finansinių ataskaitų rinkinys, 2018-03-01, Nr. 01.
107. VšĮ Šilutės ligoninės 2018 m. Finansinių ataskaitų rinkinys, 2019-01-31, Nr. 01.
108. VšĮ Šilutės ligoninės 2019 m. Finansinių ataskaitų rinkinys, 2020-01-31, Nr. 01.
109. VšĮ Šilutės ligoninės 2020 m. Finansinių ataskaitų rinkinys, 2021-01-29, Nr. 01.
110. VšĮ Tauragės ligoninės 2017 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2018-03-31, Nr. 1.
111. VšĮ Tauragės ligoninės 2018 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2019-03-08, Nr. 1.
112. VšĮ Tauragės ligoninės 2019 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2020-03-02, Nr. 1.
113. VšĮ Tauragės ligoninės 2020 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2021-03-24, Nr. 1.
114. VšĮ Ukmergės ligoninės 2017 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2018-04-25, Nr. 7-126.
115. VšĮ Ukmergės ligoninės 2018 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2019-03-01, Nr.1.
116. VšĮ Ukmergės ligoninės 2019 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2020-03-13, Nr.4.
117. VšĮ Ukmergės ligoninės 2020 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2021-03-15, Nr.1.
118. VšĮ Utenos ligoninės 2017 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2018-03-21, Nr. F-56.
119. VšĮ Utenos ligoninės 2018 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2019-03-28, Nr. F-86.
120. VšĮ Utenos ligoninės 2019 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2020-04-02, Nr. F-99.
121. VšĮ Utenos ligoninės 2020 m. finansinės būklės ataskaitų rinkinys, 2021-04-16, Nr. F-100.
122. World Health Organisation. (2016). Health System Efficiency. How to make measurement matter for policy and management. ISBN 97892890050418, (p. 2).
123. World Health Organisation. (2020). Global spending on health: Weathering the storm. Geneva, (p. 35).
124. World Health Organization. (2003). How can hospital performance be measured and monitored? Health Evidence Network, (p. 6).
125. Zere, E. (2020). Determinants of hospital efficiency: a literature review. International Journal of Health (p. 38).
126. Žilėnaitė, I. (2020). *Lietuvos sveikatos sektoriaus veiklos vertinimas* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.

Grenoveckienė D. (2022). *Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimas Lietuvos ligoninėse* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotas ir įvertintas sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumas Lietuvos regioninėse ligoninėse. Pirmoje darbo dalyje teoriniu aspektu nagrinėjami sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo teoriniai aspektai, apžvelgiamos pagrindinės sveikatos priežiūros įstaigų reformos kryptis, išanalizuojami sveikatos priežiūros ištekliai ir pagrindiniai veiklos rezultatai, nagrinėjama sveikatos priežiūros sektoriaus problematika, efektyvumo vertinimo galimybės. Antroje dalyje parenkami efektyvumo vertinimo modeliai ir adaptuojami sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimui Lietuvos regioninėse ligoninėse. Trečioje dalyje atliekamas kompleksinis sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimas Lietuvos regioninėse ligoninėse pritaikant Pabon Lasso modelį bei atliekant santykinų finansinių rodiklių analizę. Magistro baigiamojo darbo pabaigoje, remiantis atliktu kompleksiniu sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo rezultatais, pateikiamos išvados ir siūlymai Lietuvos regioninių ligoninių veiklos efektyvumo gerinimui.

Pagrindiniai žodžiai: efektyvumas, sveikatos priežiūros efektyvumas, Pabon Lasso, santykiniai finansiniai rodikliai, stacionarinės paslaugos.

Grenoveckiene D. (2022). *Evaluation of the efficiency of health care services in Lithuanian regional hospitals* (masters thesis). Vilnius: Mykolas Romeris University

ANNOTATION

The efficiency of health care services in Lithuanian regional hospitals is analyzed and evaluated in the master's thesis. The first part of the work analyzes theoretical aspects of the organization of health care services, reviews the main directions of the reform of health care institutions, analyzes the health care resources and the main performance results, examines the problems of the health care sector, efficiency assessment options. In the second part, efficiency evaluation models are selected and adapted for the evaluation of the efficiency of health care services in Lithuanian regional hospitals. In the third part, a complex evaluation of the efficiency of health care services in Lithuanian regional hospitals is performed by applying the Pabon Lasso model and performing an analysis of relative financial indicators. At the end of the master's thesis, based on the results of the complex evaluation of the efficiency of health care services, conclusions and suggestions for the improvement of the efficiency of Lithuanian regional hospitals are presented.

Key words: efficiency, health care efficiency, Pabon Lasso, relevant financial ratios, health care services

Grenoveckienė D. (2022). *Sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimas Lietuvos ligoninėse* (magistro baigiamasis darbas). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas

SANTRAUKA

Veiklos audito magistro baigiamojo darbo tema aktuali šiuolaikiniams sveikatos priežiūros politiką formuojantiems asmenims, gydymo įstaigų vadovams, šių įstaigų darbuotojams bei pacientams, siekiant didinti informuotumą apie sveikatos priežiūros paslaugų neefektyvumo priežastis bei atskleisti efektyvumo didinimo galimybes stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose.

Stacionarinės aktyvaus gydymo paslaugos yra vienos iš brangiausių sveikatos priežiūros paslaugų kurioms išleidžiama daugiausiai PSDF lėšų, dėl to ši sritis turi būti nuolat analizuojama ir nagrinėjama dėl racialesnio išteklių paskirstymo, teikiamų paslaugų perorganizavimo. Nepaisant tarptautiniu ir nacionaliniu lygiu keliamų reikalavimų analizuoti ir vertinti sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumą, Lietuvoje apsiribojama minimaliu viešųjų ir biudžetinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos finansinių rodiklių vertinimu bei neinformatyviu stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimu, trūksta aiškumo ką turimais rodikliais siekiama matuoti ir vertinti, daliai rodiklių nėra galimybės nustatyti siektinų reikšmių, trūksta rodiklių, leidžiančių išsamiau įvertinti stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklą, neskatinamas papildomų rodiklių įtraukimas individualiai analizuojant stacionarinių gydymo įstaigų veiklą. Tyrimo objektas – Lietuvos ligoninių veiklos vertinimas. Tyrimo tikslas – įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą Lietuvos ligoninėse. Tyrimo uždaviniai: apžvelgti sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo aspektus Lietuvos ligoninėse; atlikti sveikatos priežiūros išteklių ir pagrindinių veiklos rezultatų analizę; išanalizuoti sveikatos priežiūros sektoriaus problematiką; parengti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo Lietuvos ligoninėse metodiką; remiantis darbe parengta sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo Lietuvos ligoninėse metodika, atlikti kompleksinę sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimą Lietuvos regioninėse ligoninėse. Tyrimo metodika. Mokslinės literatūros, teisės aktų bei statistinių duomenų analizė, sisteminimas, klasifikavimas, rodiklių reikšmių skaičiavimas, vertinimas, interpretavimas, palyginimas, taikyti finansinės analizės metodai – santykinų finansinių rodiklių skaičiavimas, palyginimas, analizė bei interpretavimas, Pabon Lasso modelio taikymas, statistinių duomenų apdorojimas naudojant SPSS programą.

Darbo rezultatai. Mokslinės literatūros ir teisės aktų analizė atskleidė, kad Lietuvos sveikatos sektorių supa nuolatiniai pokyčiai, šiuo metu prasidėjusi sveikatos priežiūros sektoriaus reforma turėtų pagerinti ne tik Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklius, bet ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą. Moksliniai tyrimai atskleidė, kad sveikatos priežiūra Lietuvoje organizuojama nepakankamai efektyviai, gyventojai per dažnai naudojami brangiai kainuojančiomis stacionarinėmis

paslaugomis, o laukiamų sveikatos rezultatų nepasiekama. Šiuo metu Lietuvoje esanti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimo metodika tobulintina/nepakankama: trūksta aiškumo, daliai rodiklių nėra galimybės nustatyti siektinų reikšmių, trūksta rodiklių leidžiančių išmatuoti stacionarinės sveikatos priežiūros įstaigų veiklą. Atlikus tyrimą, atsiskleidė šio darbo išskirtinumas ir praktinis pritaikomumas. Išanalizavus mokslinę literatūrą buvo pritaikytas kompleksinis sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimas Lietuvos ligoninėse, adaptavus skirtingus veiklos efektyvumo vertinimo būdus – Pabon Lasso modelį (aktyvaus gydymo stacionaro lovų fondo panaudojimo efektyvumui ištirti) bei santykinų finansinių rodiklių analizę (kurios taikymas leido įvertinti analizuojamų subjektų veiklos efektyvumą, prognozuoti jų veiklą ateityje, atskleisti turimus rezervus, analizuoti iškilusias problemas bei priimti racionalius valdymo sprendimus). Tyrimo praktinė reikšmė – pritaikius kompleksinį sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo vertinimą, padidėja tikimybė visapusiškai atskleisti neefektyvios veiklos požymius.

Magistro baigiamojo darbo pabaigoje pateikiamos išvados bei siūlymai dėl sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumo didinimo Lietuvos regioninėse ligoninėse.

Grenoveckiene D. (2022). *Evaluation of the efficiency of health care services in Lithuanian regional hospitals* (master thesis). Vilnius: Mykolo Romerio universitetas

SUMMARY

The performance audit master thesis is relevant to modern health care policy makers, managers of medical institutions, employees and patients in order to increase awareness of the causes of inefficiency of health care services and to reveal efficiency improvement opportunities in health care institutions.

Active treatment in hospitals are one of the most expensive health care services, for which the largest part of PSDF funds is spent, therefore this area must be constantly analyzed and examined due to more rational allocation of resources and reorganisation of the health care services. Despite the international and national requirements to analyze and evaluate the efficiency of health care institutions, Lithuania is limited to a minimum assessment of the financial indicators of public and budgetary health care institutions and non-informative assessment of the quality and efficiency of inpatient health care institutions. It is not possible to determine the target value for some indicators, there is lack of indicators that allow a more detailed assessment of the activities of inpatient health care institutions, and the inclusion of additional indicators in the individual analysis of inpatient treatment institutions is not encouraged. The object of the research is the evaluation of the activities of Lithuanian hospitals. The aim of the study is to evaluate the efficiency of health care services in Lithuanian hospitals.

Research tasks: to review the aspects of the organization of health care services in Lithuanian hospitals; to perform and analyze of the health care resources and key performance outcomes; to analyze the problems of the health care sector; to prepare a methodology for evaluating the efficiency of health care services in Lithuanian hospitals; based on the methodology for evaluating the efficiency of health care services in Lithuanian hospitals, to perform a complex evaluation of the efficiency of health care services in Lithuanian regional hospitals. Methodology of investigation. Analysis of scientific literature, legal acts and statistical data, systematization, classification, calculation of values of indicators, evaluation, interpretation, comparison, applied methods of financial analysis – calculation, comparison, analysis and interpretation of relative financial indicators, application of Pabon Lasso model, processing of statistical data using SPSS program.

Results of the work. The analysis of scientific literature and legal acts revealed that the Lithuanian health care sector is surrounded by constant changes, and the reform of the health care sector that has now begun should improve not only the health care indicators of the Lithuanian population, but also the efficiency of health care institutions. Research has revealed that health care in Lithuania is not organized efficiently enough, the population too often uses expensive inpatient services, and the expected health

results are not achieved. The current methodology for assessing the efficiency of health care services in Lithuania needs to be improved: there is a lack of clarity, some indicators do not have the possibility to set target values, and there is lack of indicators to measure the performance of inpatient health care institutions. The research revealed the unique and practical applicability of this work. After analyzing the scientific literature, a complex evaluation of the efficiency of health care services in Lithuanian hospitals was applied, adapting different methods of performance evaluation – Pabon Lasso model (to study the efficiency of active treatment inpatient bed use) and analysis of relative financial indicators. The advantage of this study is that the application of a comprehensive assessment of the efficiency of health care services increases the likelihood of full disclosure of the signs of inefficient activity. At the end of the Master's thesis, conclusions and suggestions on the efficiency increase of health care services in Lithuanian regional hospitals are presented.

PRIEDAI

1 PRIEDAS. 19 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių turto apyvartumo ir sąnaudų lygio rodikliai (2017 – 2020 m.)

Ligoninė	Metai	Apyvartumo rodikliai (kartais)					Sąnaudų lygio (kartais)
		Viso turto	Trumpa- laikio turto	Atsargų	Mokėtinų sumų	Gautinų sumų	Pagrindinės veiklos
VšĮ Alytaus apskr. S Kudirkos ligoninė	2017	3,89	6,67	5,94	0,17	0,06	1
	2018	3,46	7,65	6,11	0,21	0,09	0,99
	2019	2,8	7,95	6,21	0,14	0,1	0,99
	2020	2,86	7,37	5,04	0,17	0,11	0,99
Vidurkis		3,25	7,41	5,83	0,17	0,09	0,99
VšĮ Marijampolės ligoninė	2017	1,43	3,68	5,25	0,07	0,09	1
	2018	1,5	3,97	4,99	0,06	0,11	0,99
	2019	1,7	3,99	5,01	0,06	0,11	0,99
	2020	1,04	4,1	4,3	0,06	0,09	1
Vidurkis		1,42	3,94	4,89	0,06	0,10	1,00
VšĮ Utenos ligoninė	2017	1,88	5,18	4,96	0,04	0,06	0,96
	2018	2,3	4,99	4,59	0,27	0,15	0,99
	2019	2,28	4,59	4,85	0,03	0,1	0,97
	2020	1,13	4,45	3,72	0,05	0,09	0,99
Vidurkis		1,90	4,80	4,53	0,10	0,10	0,98
VšĮ Tauragės ligoninė	2017	2,49	7,2	12,73	0,16	0,06	0,1
	2018	2,55	8,2	14,34	0,11	0,1	0,98
	2019	2,73	7,16	15,95	0,16	0,14	0,96
	2020	1,12	6,03	11,19	0,13	0,11	1,02
Vidurkis		2,22	7,15	13,55	0,14	0,10	0,77
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	2017	2,34	7,46	3,33	0,04	0,05	1
	2018	2,43	7,8	3,33	0,19	0,09	1,02
	2019	2,13	7,74	4,32	0,2	0,1	1,02
	2020	1,86	6,71	4,35	0,19	0,13	0,99
Vidurkis		2,19	7,43	3,83	0,16	0,09	1,01
VšĮ Ukmergės ligoninė	2017	2,21	5,56	2,94	0,1	0,05	0,94
	2018	2,43	5,74	3,24	0,06	0,11	0,96
	2019	2,41	5,54	3,26	0,04	0,1	0,98
	2020	1,18	5,69	2,24	0,05	0,1	0,99
Vidurkis		2,06	5,63	2,92	0,06	0,09	0,97
VšĮ Mažeikių ligoninė	2017	1	5,08	5,05	0,02	0,07	1,04
	2018	1,21	4,9	4,7	0,02	0,11	0,97
	2019	1,22	4,88	5,61	0,12	0,1	1,01
	2020	1,09	5,3	5,45	0,19	0,12	1,05
Vidurkis		1,13	5,04	5,20	0,09	0,10	1,02
VšĮ Jonavos ligoninė	2017	3,27	5,27	10,38	0,06	0,08	0,99
	2018	3,74	5,71	8,84	0,05	0,1	1,03
	2019	4,3	5,93	8,2	0,1	0,12	1
	2020	1,59	4,62	3,68	0,16	0,13	0,95
Vidurkis		3,23	5,38	7,78	0,09	0,11	0,99
VšĮ Kėdainių ligoninė	2017	4,34	6,64	2,61	0,11	0,07	1,01
	2018	4,98	7,59	3,83	0,13	0,11	1,02
	2019	5,14	7,47	4,29	0,17	0,12	1
	2020	1,59	7,22	3,5	0,11	0,11	1,02
Vidurkis		4,01	7,23	3,56	0,13	0,10	1,01
VšĮ Šilutės ligoninė	2017	6,75	12,1	13,45	0,16	0,05	1,04
	2018	6,07	9,36	12,61	0,19	0,1	0,97
	2019	4,8	7,38	14,4	0,17	0,1	0,97
	2020	2,1	6,07	9,22	0,12	0,12	0,97
Vidurkis		4,93	8,73	12,42	0,16	0,09	0,99
VšĮ Radviliškio ligoninė	2017	1,26	9,96	3,46	0,18	0,05	0,97
	2018	1,47	8,9	4,86	0,2	0,11	0,98

	2019	1,51	7,16	5,27	0,13	0,12	0,99
	2020	0,98	6,68	3,4	0,13	0,12	0,99
Vidurkis		1,31	8,18	4,25	0,16	0,10	0,98
Bendras vidurkis		2,54	6,41	6,29	0,12	0,10	0,97
Rekomenduotina riba		1,6 - 2	3 - 4	4 - 5	0,8	0,8	1

2 PRIEDAS. 20 lentelė. Lietuvos regioninių ligoninių mokumo rodikliai (2017 – 2020 m.)

Ligoninė	Metai	Trumpalaikio mokumo	Bendras skolos	Finansinio svorto
VšĮ Alytaus apskr. S Kudirkos ligoninė	2017	1,22	0,46	1,46
	2018	1,14	0,4	1,61
	2019	1,34	0,26	1,21
	2020	1,63	0,33	1,77
		1,33	0,36	1,51
VšĮ Marijampolės ligoninė	2017	3,36	0,11	0,26
	2018	3,29	0,12	0,28
	2019	3,38	0,13	0,29
	2020	3,24	0,09	0,4
		3,32	0,11	0,31
VšĮ Utenos ligoninė	2017	1,65	0,35	0,7
	2018	1,36	0,38	1,07
	2019	1,78	0,28	0,7
	2020	1,68	0,18	1,16
		1,62	0,30	0,91
VšĮ Tauragės ligoninė	2017	0,67	0,49	2,29
	2018	0,81	0,44	1,87
	2019	0,92	0,45	1,38
	2020	1	0,22	2,32
		0,85	0,40	1,97
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	2017	1,52	0,34	1,29
	2018	0,93	0,44	2,32
	2019	0,99	0,36	2,63
	2020	1,1	0,35	3,78
		1,14	0,37	2,51
VšĮ Ukmergės ligoninė	2017	2,07	0,19	0,45
	2018	2,6	0,17	0,35
	2019	2,93	0,15	0,31
	2020	2,18	0,12	0,55
		2,45	0,16	0,42
VšĮ Mažeikių ligoninė	2017	2,5	0,08	0,42
	2018	2,03	0,14	0,63
	2019	2,02	0,11	0,52
	2020	1,16	0,23	2,2
		1,93	0,14	0,94
VšĮ Jonavos ligoninė	2017	2,35	0,27	0,47
	2018	1,91	0,34	0,65
	2019	1,86	0,39	0,74
	2020	2,48	0,18	0,65
		2,15	0,30	0,63
VšĮ Kėdainių ligoninė	2017	1,31	0,64	2,33
	2018	1,27	0,65	2,34
	2019	1,36	0,61	1,89
	2020	1,54	0,22	3,1
		1,37	0,53	2,42
VšĮ Šilutės ligoninė	2017	0,5	1,2	5,3
	2018	0,7	1,16	31,26
	2019	0,84	0,89	7,45
	2020	1,04	0,56	5,27
		0,77	0,95	12,32
VšĮ Radviliškio ligoninė	2017	0,73	0,22	0,99
	2018	0,81	0,26	1,03
	2019	0,97	0,25	0,86
	2020	1,09	0,15	0,76
		0,9	0,22	0,91
Bendras vidurkis		1,62	0,35	2,26

3 PRIEDAS. 21 lentelė. Stacionaro veiklos rezultatai ir pagrindiniai veiklos rodikliai (2017 m.)

Ligoninė	Lovų sk. metų gale	Vidutinis metinis lovų sk.	Hospitalizuotų ligonių sk.	Stacionaro ligonių sk.	Lovadienių sk.
VšĮ Alytaus apskr. S.Kudirkos ligoninė	341	321,3	14423	14432	100595
VšĮ Marijampolės ligoninė	312	326,5	11224	11426	95049
VšĮ Utenos ligoninė	285	278,3	9801	9669	65590
VšĮ Tauragės ligoninė	204	204	10644	7419	53768
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	179	179	6047	6107	49678
VšĮ Ukmergės ligoninė	211	209,05	5924	5944	59374
VšĮ Viešoji Įstaiga Mažeikių ligoninė	196	196	7434	7417	59261
VšĮ Jonavos ligoninė	151	151	5653	5718	46667
VšĮ Kėdainių ligoninė	252	252	6933	6926	75948
VšĮ Šilutės ligoninė	165	167	6092	6107	48571
VšĮ Radviliškio ligoninė	127	118,5	3628	3652	38290

Šaltinis: sudaryta pagal STAT.HI.LT

4 PRIEDAS. 22 lentelė. Stacionaro veiklos rezultatai ir pagrindiniai veiklos rodikliai (2018 m.)

	Lovų sk. metų gale	Vidutinis metinis lovų sk.	Hospitalizuotų ligonių sk.	Stacionaro ligonių sk.	Lovadienių sk.
VšĮ Alytaus apskr. S. Kudirkos ligoninė	337	321,7	13715	13756	98074
VšĮ Marijampolės ligoninė	307	310,33	10991	11154	92274
VšĮ Utenos ligoninė	285	285	9576	9900	67234
VšĮ Tauragės ligoninė	191	191	7044	7030	53569
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	168	176,7	5973	5979	52543
VšĮ Ukmergės ligoninė	189	197,7	5784	5764	56118
VšĮ Viešoji Įstaiga Mažeikių ligoninė	196	196	7172	7193	58236
VšĮ Jonavos ligoninė	151	151	5244	5261	45754
VšĮ Kėdainių ligoninė	252	252	6862	6860	75368
VšĮ Šilutės ligoninė	150	158,6	5806	5810	48070
VšĮ Radviliškio ligoninė	127	126	3522	3523	37826

Šaltinis: sudaryta pagal STAT.HI.LT

5 PRIEDAS. 23 lentelė. Stacionaro veiklos rezultatai ir pagrindiniai veiklos rodikliai (2019 m.)

Ligoninė	Lovų sk. metų gale	Vidutinis metinis lovų sk.	Hospital izuotų ligonių sk.	Staci onar o ligoni ų sk.	Lovadie nių sk.	VGL	LA
VšĮ Alytaus apskr. S.Kudirkos ligoninė	320	328,6	13500	1348 2	95991	7,12	41,03
VšĮ Marijampolės ligoninė	293	296,5	11126	1130 4	87602	7,75	38,12
VšĮ Utenos ligoninė	285	285	9687	1006 6	71611	7,11	35,32
VšĮ Tauragės ligoninė	189	189	6687	6682	55186	8,26	35,35
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	178	171,1	5860	5859	51961	8,87	34,24
VšĮ Ukmergės ligoninė	192	192	5692	5702	56501	9,91	29,7
VšĮ Viešoji Įstaiga Mažeikių ligoninė	198	198	6863	6850	55867	8,16	34,6
VšĮ Jonavos ligoninė	151	151	4982	4968	42777	8,61	32,9
VšĮ Kėdainių ligoninė	249	249,9	6411	6411	72922	11,37	25,65
VšĮ Šilutės ligoninė	150	150	5516	5513	46220	8,38	36,75
VšĮ Radviliškio ligoninė	128	122,5	3573	3654	38613	10,57	29,83

Šaltinis: sudaryta pagal STAT.HI.LT

6 PRIEDAS. 24 lentelė. Stacionaro veiklos rezultatai ir pagrindiniai veiklos rodikliai (2020 m.)

Ligoninė	Lovų sk. metų gale	Vidutinis metinis lovų sk.	Hospitalizuot ų ligonių sk.	Stacionar o ligonių sk.	Lovadieni ų sk.	VGL	LA
VšĮ Alytaus apskr. S.Kudirkos ligoninė	196	307,8	10145	74898	7,38	32,96	66,64
VšĮ Marijampolės ligoninė	293	293	6967	56480	8,11	23,78	52,83
VšĮ Utenos ligoninė	285	285	7317	47966	6,56	25,67	46,14
VšĮ Tauragės ligoninė	187	187	5361	45130	8,42	28,67	66,13
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė	173	176,75	4331	39453	9,11	24,5	61,16
VšĮ Ukmergės ligoninė	181	188,3	3704	43356	11,71	19,67	63,11
VšĮ Viešoji Įstaiga Mažeikių ligoninė	198	198	3978	44601	11,21	20,09	61,7
VšĮ Jonavos ligoninė	151	151	4246	32830	7,73	28,12	59,55
VšĮ Kėdainių ligoninė	249	249	4507	52359	11,62	18,1	57,62
VšĮ Šilutės ligoninė	107	130	3513	32170	9,16	27,02	81,96
VšĮ Radviliškio ligoninė	128	128	2627	31836	12,12	20,52	68,15

Šaltinis: sudaryta pagal STAT.HILT