

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

Svajonė SKARDŽIŪTĖ

**SVEIKATOS SISTEMOS REFORMA IR JOS ĮGYVENDINIMAS:
ŠIAULIŲ RAJONO ATVEJIS**

Magistro darbas

Šiauliai, 2011

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA**

Svajonė SKARDŽIŪTĖ

**SVEIKATOS SISTEMOS REFORMA IR JOS ĮGYVENDINIMAS:
ŠIAULIŲ RAJONO ATVEJIS**

**Magistro darbas
Socialiniai mokslai, vadyba ir verslo administravimas (03S1)
Šaka - viešasis administravimas**

Teigiu, kad magistro studijų baigiamasis darbas, kurį teikiu vadybos studijų programos magistro kvalifikaciniam laipsniui įgyti yra originalus autorinis darbas:

Magistro darbo autorius

(vardas, pavardė, parašas)

Vadovas

(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

Recenzentas

(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

SANTRUMPOS

ASPI - asmens sveikatos priežiūros įstaiga
BPG – bendrosios praktikos gydytojas
EEB - Europos ekonominė bendrija
ES – Europos sąjunga
GMP - greitosios medicinos pagalba
GDR - geri darbo rezultatai
JTO – Jungtinių Tautų Organizacija
LGS - Lietuvos gydytojų sąjunga
LNSS - Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
LSP - Lietuvos sveikatos programa
LR – Lietuvos Respublika
PAASP - pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra
PSDF - Privalomo sveikatos draudimo fondas
PSO - Pasaulio sveikatos organizacija
PSP - pirminė sveikatos priežiūra
PSPC - pirminės sveikatos priežiūros centrai
PSDT - Privalomojo sveikatos draudimo taryba
SAM – Sveikatos apsaugos ministerija
SARB'as - Sveikatos apsaugos reformos biuras
SPĮ - sveikatos priežiūros įstaiga
TLK - Teritorinė ligonių kasa
VLK - Valstybinė ligonių kasa
VASPVT - Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba
VMI – Valstybinė mokesčių inspekcija
VSDFV -Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba
VVSPT - Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba

SANTRAUKA

Skardžiūtė, S. (2011). Sveikatos sistemos reforma ir jos įgyvendinimas: Šiaulių rajono atvejis. Magistro darbas / magistro darbo vadovė doc. dr. D. Šaparnienė. Šiaulių universitetas, Viešojo administravimo katedra 111 p. (147 p.).

Magistro darbo objektas - sveikatos sistemos reformos įgyvendinimas.

Darbo tikslas – ištirti sveikatos sistemos reformos įgyvendinimą Šiaulių rajone.

Tyrimo tikslo realizavimui remtasi empirinio socialinio tyrimo mokymo trianguliacijos principu, kai vieno reiškinių tyrimui yra taikomi keli tyrimo metodai: teisės aktų, socialinių indikatorių analizė, pusiau struktūruotas interviu ir anketinė apklausa.

Magistro darbo teorinėje dalyje analizuojamos sveikatos sistemos reformos prielaidos ir jų įgyvendinimo kryptys. Pristatoma sveikatos sistemos institucinė sąranga, pagrindiniai sveikatos politiką reglamentuojantys PSO, ES ir Lietuvos dokumentai, analizuojamas sveikatos sistemos finansavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas. Nagrinėjami sveikatos sistemos reformos politikos kaitos veiksniai, kryptys, reformų raidos transformacijos etapai, analizuojami 3 R koncepcijos sveikatos apsaugoje kriterijai. Supažindinama su Europine sveikatos sistemos reformų praktika, pristatomi paslaugų teikimo reguliavimo modeliai.

Empirinio tyrimo metodų pagalba analizuotas sveikatos sistemos reformos įgyvendinimas Šiaulių rajone. Atliktas tyrimas patvirtino hipotezę, kad sveikatos sistemos reformos vykdymas yra neišvengiamas dėl kintančių socialinių, demografinių ir ekonominių šalies charakteristikų. Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad, įgyvendinant sveikatos sektoriaus reformą Šiaulių rajone, sudėtinga racionaliai suderinti žmoniškųjų, technologinių ir finansinių išteklių paskirstymą, kas sąlygoja, ne visiems piliečiams prieinamas ir laiku teikiamas kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

Išanalizavus sveikatos sistemos reformos įgyvendinimą Šiaulių rajono SPI, galima teigti, kad yra išlaikytas valstybės deklaruojamas prioritetas stiprinti PSP grandį. Tačiau dėl BPG didelio darbo krūvio ir pačių žmonių abejingumo savo sveikatai, didėja antrinės ir tretinės grandies sveikatos priežiūros paslaugų poreikis. Sveikatos sistemos reformoje įtvirtinta 3 R koncepcija suteikia galimybę sudėtingų ligų gydymą sutelkti specializuotuose centruose, kuriuose yra moderni įranga ir juose dirba kvalifikuoti gydytojai konsultantai. Tyrime dalyvavusių ekspertų vertinimu, reforma suteikia galimybę pacientams rinktis kokybiškas paslaugas teikiančią SPI, tačiau socialiai jautrioms gyventojų grupėms, dėl gydytojų konsultantų stokos ir toliau nuo jų gyvenamosios vietovės nutolus SPI, sunkėja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas.

Magistro darbo aprobacija: ŠU SMF 2011 m. balandžio 14 d. 11-oje tarptautinėje studentų mokslo darbų konferencijoje „Ekonomikos ir vadybos aktualijos“ skaitytas pranešimas tema: „Sveikatos sistemos reforma ir jos įgyvendinimas: Šiaulių rajono atvejo analizė“. Viešojo administravimo teisiniai, politiniai ir socialiniai aspektai sekcijoje laimėta antroji vieta. Šios konferencijos leidiniui priimtas publikuoti straipsnis ta pačia tema.

Raktiniai žodžiai: sveikatos sistema, sveikatos sistemos reforma, sveikatos priežiūros įstaigos, sveikatos priežiūros paslaugos.

SUMMARY

Skardžiūtė, S (2011). Health system reform and its implementation: the case of Šiauliai region. Master's Thesis / Master's Head Assoc. dr. D. Šaparnienė. Šiauliai university, Public Administration's Department, 111 p. (147 p.).

Master's thesis subject - Health system reform implementation.

Master's thesis objective - investigate the health system reform in Šiauliai district.

The aim of research was based realization of the objective empirical social's study teaching principle of triangulation, where one is applied to study the phenomenon of several methods: legislation and social indicators analysis, semi-structured interview and questionnaire.

In theoretical part of the master thesis analysis health system reform and the assumptions and implementation directions. The presentation of the health system institutional framework, the main health policy regulate documents of the WHO, the EU and Lithuanian, analysis of health system financing and health care facilities' organization. Issue of health system reform policy change factors, trends, the transformation stages of the reform, analyzes the 3 R concept of health care. Introducing the European health systems reform practice, presented the models of the facilities' regulation delivery.

Empirical research methods' analyzed health system reform and implementation of the Šiauliai district. **Empiric research confirmed hypothesis, that the** health system reform implementation is necessary because of changing social, demographic and economic characteristics of the country. **Research** results shows that the implementation of health sector reform in Šiauliai region is difficult to reconcile rational human, technological and financial resource allocation. This situation show that not for all people guaranteed and timely access to quality health care facilities.

The analysis of health system reform in Šiauliai district health care institutions (HCI), it can constat that the state declared a priority to maintain range to enhance the primary health care link. However, due to high general practitioners doctors workload and most people neglect for their health, increasing senior for secondary and tertiary health care facilities. Health system reform provides 3 R's concept allows the treatment of diseases difficult to concentrate specialized centre, which have modern equipment and work qualified doctors consultants. The research involved the assessment of experts, reform allows patients to choose high quality services providing (HCI). However, the socially vulnerable population groups, because of medical consultants and more from their residential areas moving away HCI, worse health care access.

The master's thesis approbation: ŠU SMF on the 14 th of April in 2011 International students' scientific thesis Conference, "Economic and Management Issues" read the report which theme "Health system reform and its implementation: the case of Šiauliai region". In the section of Public administration legal, political and social aspects won second place. This conference edition was initiated publication article of the same theme.

Key words: health system, health system reform, health care institutions', health care facilities'.

TURINYS

ĮVADAS	10
I SVEIKATOS SISTEMOS REFORMOS PRIELAIDOS IR JOS ĮGYVENDINIMO KRYPTYS	15
1.1 Šiuolaikinio viešojo valdymo ir administravimo kaitos tendencijos	15
1.1.1 Viešosios politikos ir viešojo administravimo modelių modifikacijos	15
1.1.2 Valdymo sprendimų priėmimo demokratizavimas	19
1.2 Sveikatos sistemos institucinė sąranga	21
1.2.1 Sveikatos sistemą formuojančios ir įgyvendinančios institucijos	22
1.2.2 Sveikatos sistemos teisinis reglamentavimas	24
1.2.3 Sveikatos sistemos finansavimas	27
1.2.4 Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas	30
1.2.4.1 Viešųjų gėrybių vadybiniai aspektai	30
1.2.4.2 Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos paslaugų struktūros sandara	31
1.3 Sveikatos sistemos reformų raidos vadybiniai aspektai	35
1.3.1 Viešojo sektoriaus reformų trajektorijos	36
1.3.2 Sveikatos sistemos reformos politikos kaitos veiksniai ir kryptys	39
1.3.3 Sveikatos sistemos reformų raidos transformacijos etapai	43
1.3.4 3 R koncepcija sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavime	48
1.4 Europinė sveikatos sistemos reformų praktika	51
II SVEIKATOS SISTEMOS REFORMA IR JOS ĮGYVENDINIMO ŠIAULIŲ RAJONE TYRIMO METODIKA	54
2.1 Tyrimo metodologinis pagrindimas	54
2.2. Tyrimo instrumentų pagrindimas	56
2.3. Tyrimo imties charakteristikos	57
2.4 Tyrimo etika	58
III SVEIKATOS SISTEMOS REFORMOS IR JOS ĮGYVENDINIMO ŠIAULIŲ RAJONE TYRIMO REZULTATAI	59
3.1. Sveikatos sistemos politikos strategijos aspektai	59
3.2. Pirminės sveikatos priežiūros vertinimas	64
3.2.1. Gyvensenos ir aplinkos veiksnių įtaka sveikatai	64
3.2.2. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo analizė	71
3.2.3. GMP paslaugų prieinamumas	75
3.2.4. Pirminės sveikatos priežiūros vadybiniai aspektai	76
3.3. Antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros vertinimas	86
3.4. Sveikatos sistemos reformų efektyvumo vertinimas	89
IŠVADOS	95
REKOMENDACIJOS	99
LITERATŪRA	102
PRIEDAI	111

PRIEDAI

1 priedas XXI amžiaus modernios sistemos valdymo modelis.....	112
2 priedas Pagrindinių sveikatos apsaugos sistemą formuojančių ir įgyvendinančių institucijų įgaliojimai ir vykdomos funkcijos.....	113
3 priedas Asmens sveikatos priežiūros įstaigų klasifikacija.....	114
4 priedas LNSS visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų klasifikacija.....	115
5 priedas Sveikatos priežiūros įstaigų pareigos.....	116
6 priedas Pasaulio ir regionų politikos „Sveikata visiems XXI a.“ siekiai.....	117
7 priedas Specialūs sveikatos srities įstatymai.....	118
8 priedas Sveikatos draudimo institucijų sistema.....	119
9 priedas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų struktūra pagal teisinę formą ir pagalbos organizavimo lygius.....	120
10 priedas Sveikatos politikos principai.....	121
11 priedas Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo plano esminės nuostatos.....	122
12 priedas Sveikatos apsaugos reformos strateginės kryptys.....	123
13 priedas Rajono, regiono ir respublikos lygmenims priskiriamos sveikatos priežiūros paslaugos.....	124
14 priedas Gydomo įstaigų pavaldumas 3R koncepcijos kontekste.....	125
15 priedas Kai kurių Vakarų Europos šalių sveikatos priežiūros sistemos struktūra ir teikiamos paslaugos.....	127
16 priedas Magistro darbo sprendinio schema.....	130
17 priedas Savivaldybės gydytojo apklausos protokolo formos pavyzdys.....	131
18 priedas Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų apklausos protokolo formos pavyzdys.....	135
19 priedas Anketos ambulatorijų ir medicinos punktų darbuotojams pavyzdys.....	139
20 priedas Tyrimo dalyvių socialinės – demografinės charakteristikos.....	142
21 priedas Šiaulių rajono medicinos įstaigų sąrašas.....	143
22 priedas Sveikatinimo veiklos kryptių programos.....	144
23 priedas Sveikatos priežiūros išlaidos.....	145
24 priedas Gydytojų ir konsultantų pasiskirstymas.....	146
25 priedas Eilės pas gydytojus specialistus.....	147

LENTELIŲ TURINYS

1.1 lentelė Sveikatos sistemos sąvokos apibrėžtys.....	16
1.2 lentelė Viešojo administravimo modelių charakteristikos.....	20
1.3 lentelė Apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas būdai.....	28
1.4 lentelė Reformų trajektorijos bruožai: kontekstas (kas) ir procesas (kaip).....	37
1.5 lentelė Viešojo sektoriaus reformų Ex ante ir ex post modelių charakteristikos.....	37
1.6 lentelė Viešojo sektoriaus reformų lygmenys.....	38
1.7 lentelė Antrojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo rezultatai.....	74
1.8 lentelė 3 R koncepcijos esminiai pertvarkos aspektai.....	50
1.9 lentelė Pagrindiniai Beveridžo ir Bismarko sveikatos priežiūros modelių bruožai.....	52
1.10 lentelė Sveikatos draudimo sistemos modelių palyginimas.....	52
2.1 lentelė Tyrimo instrumentų apibūdinimas.....	57
3.1 lentelė Pagrindiniai sveikatos sistemos siekiai.....	59
3.2 lentelė Pirminio lygio ASPĮ gerų darbo rezultatų skaičiavimo rodikliai už 2009-07-01 - 2010-06-30 laikotarpį.....	61
3.3 lentelė Gyventojų savo sveikatos vertinimas (procentais).....	64
3.4 lentelė Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė.....	67
3.5 lentelė Šiaulių rajono gyventojų mirtingumas pagal mirties priežastis.....	69
3.6 lentelė Asmens sveikatos priežiūros įstaigos.....	72
3.7 lentelė Apsilankymai poliklinikose ir ambulatorijose.....	74
3.8 lentelė Lietuvos ir ES šalių sveikatos sistemos rodikliai.....	74
3.9 lentelė GMP pagalbos teikimas.....	76
3.10 lentelė Lietuvos ir ES šalių sveikatos sistemos rodikliai.....	83
3.11 lentelė Ligoninėse gydytų ligonių skaičius.....	86
3.12 lentelė Lietuvos ir ES šalių sveikatos sistemos rodikliai.....	87

ILIUSTRACIJŲ TURINYS

1.1 pav. Viešojo administravimo organizacijų inovacijų formavimosi schema.....	17
1.2 pav. Valdymo funkcijų tarpusavio ryšys.....	19
1.3 pav. Pagrindinės valstybiniu mastu sveikatos sistemos politiką formuojančios ir ją įgyvendinančios institucijos.....	22
1.4 pav. Sveikatos sistemos finansinis funkcionavimas ir populiacijos ryšys.....	27
1.5 pav. Paslaugos samprata.....	32
1.6 pav. Visuomenės sveikatos palaikymo modelis.....	34
1.7 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kainos ir kokybės ryšys.....	34
1.8 pav. Indėlių/išeigos modelis.....	38
1.9 pav. Sveikatos sistemą įtakojančios faktoriai.....	41
1.10 pav. Sveikatos politikos formavimosi etapai.....	44
3.1 pav. Gyventojų mirtingumo rodikliai.....	68
3.2 pav. Kūdikių mirtingumo rodikliai.....	69
3.3 pav. Vieno Lietuvos namų ūkio nario išlaidos sveikatos priežiūrai per mėnesį.....	70
3.4 pav. Naujojo viešojo valdymo sveikatos apsaugos sistemoje siekių įgyvendinimo aktualumas Šiaulių rajono SPI.....	77
3.5 pav. PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti procentas nuo visų PSDF išlaidų mln. Lt.....	78
3.6 pav. Visų išlaidų sveikatos apsaugai dalis nuo BVP.....	79
3.7 pav. 3 R reformos probleminiai aspektai.....	91
3.8 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos (2009) kriterijų vertinimas.....	93

ĮVADAS

XXI amžiuje neišvengiamai susiduriama su nuolatiniais pokyčiais, kurie neaplenkia valdymo srities, skatina kitaip pažvelgti ir vertinti vykstančius valdymo procesus. Kintant socialinei, politinei ir ekonominei padėčiai viešojo valdymo reformų struktūroje itin svarbus uždavinys tenka reformų strategijoms nustatyti, jų detalizuotam formalizavimui (Raipa, 2009). Vykstantys pokyčiai, orientuojami į šiuolaikinį viešąjį valdymą, reikalauja peržiūrėti tradicines normatyvines orientacijas, įveikti nuolat atsinaujinančius trukdžius. A. Krupavičiaus (2010) teigimu, dar prieš kelis metus viešojo administravimo teorija buvo orientuota į vadybininkus, kurie savo verslumu ir vadybiniais sugebėjimais ministerijoje ar kitoje institucijoje turėjo padėti įgyvendinti politiką. Tačiau dabar vėl grįžtama prie to, kad valdininkas pirmiausia turi rūpintis piliečiais, jų interesais, tarnauti valstybės gerovei.

Reformų vykdymas, jų valdymo principai viešajame sektoriuje šiandien dažniausiai vyksta pagal inkrementinio modelio scenarijų, kuris apima įvairių rūšių išteklių taupymą, racionalių sprendimų priėmimą, programinius valdymo elementus. E. Chlivickas, V. Domarkas, E. Gaulė ir kt., (2010) teigia, kad remiantis šiuolaikinio viešojo valdymo esme, valstybės institucijos formuojamos siekiant taupyti išteklius, gerinti viešųjų paslaugų kokybę, tobulinti viešosios politikos formavimą ir įgyvendinimą. Reikia sutikti W. Parsonso išsakyta mintimi, kad įgyvendinant viešojo valdymo reformas itin išaugo globalūs įvairovės ir kompleksiško aspektai viešųjų organizacijų veiklos transformacijose, valstybės vidinių ir išorinių veiksnių ir faktorių sąsajos (Buckūnaitė, 2007).

Pastaraisiais dešimtmečiais stebimas pakitęs sveikatos politikų formuotojų požiūris į ligų gydymo bei jų išvengimo būtinybės santykį. Kintama sveikatos paradigma V. Grabausko, R. Kalėdienies, L. Valiulio (2004) teigimu - tai natūralus, nuolatinis ir neišvengiamas procesas, vykstantis tiek išsivysčiusiose, tiek ir besivystančiose šalyse.

Darbo aktualumas. Visuomenės santvarkos kaita, vertybių skalės svyravimai, ekonomikos globalizacija, socialiniai pokyčiai, kintanti demografinė gyventojų padėtis, daugelyje šalių sąlygojo skirtingus sveikatos rodiklių pokyčius. Ypač išryškėjo skirtingo, nevienodo sveikatos priežiūros prieinamumo problemos. Šių klausimų sprendimai tapo aktualūs visoms Europos šalims, siekiančioms mažinti sveikatos rodiklių skirtumus tarp įvairių socialinių gyventojų grupių (Grabauskas, Kalėdienė, Valiulis, 2004), atkreipiant dėmesį ir į pagrindinį ES darnaus vystymosi tikslą, t.y. sumažinti skurdą, įtvirtinti prasmingus gyvenimo standartus, patenkinti pagrindinius žmonių poreikius, skatinti darnų ekonominį ir politinį vystymąsi, siekiant išvengti neatstatomos žalos natūraliajam kapitalui (Darnaus vystymosi aspekto integravimas į ES politiką, 2009).

Europos komisijos pirmininkas J. S. Barosas (2010) teigia, kad 2011 m. turi būti naujo etapo pradžia. Jis akcentuoja, kad turima žvelgti į ilgalaikę perspektyvą, siekiant tvarios ateities ir geresnės gyvenimo kokybės. 2020 m. Europos pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategijoje pabrėžiama, kad fiskalinis konsolidavimas ir ilgalaikio finansų tvarumo užtikrinimas turės būti vykdomas kartu su svarbiomis struktūrinėmis reformomis, visų pirma pensijų, sveikatos priežiūros, socialines apsaugos ir švietimo sistemose. Šioje strategijoje akcentuojama, kad

daugiausia pastangų reikės dėti kovojant su skurdu ir socialine atskirtimi, mažinant nelygybę sveikatos priežiūros srityje. ES lygmeniu Europos Komisija išipareigoja įvertinti socialines apsaugos tinkamumą ir tvarumą, nustatyti būdus, kaip gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Lietuvoje jau antrąjį dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tampa išbandymu politikams, sveikatos profesionalams ir pacientams. Pagrindinis sveikatos sistemos reformos tikslas – gerinti gyventojų sveikatą (Nacionalinė sveikatos koncepcija, 1991). Sveikatos sistemos reformai kaip nuolatiniam vyksmui reikalingas efektyvumo didinimas, apimantis sveikatos sistemos strategijos kūrimą ir įgyvendinimą, finansų ir atsakomybės paskirstymą, tobulesnės sveikatos technologijas, šiuolaikinės komunikacijos, tarpsektorinius ir intresektorinius ryšius, žmogiškųjų išteklių planavimą ir rengimą. Minėtų veiksnių tinkamas parengimas ir įgyvendinimas yra esminė prielaida užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę, tenkinant pacientų poreikius, teisingai paskirstant išteklius bei garantuojant sveikatos santykių teisumą ir lygybę (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Darbo naujumas. Lietuvos įsiliejimas į ES erdvę nuo 2004 m. diktuoja naujas viešojo administravimo sistemos aktualijas, kelia vis didesnius reikalavimus viešojo administravimo sektoriui (LR Vidaus reikalų ministerija, 2010). Lietuvai perimant ES administravimo ir politinio proceso patirtis ilgą laiką netyla diskusijos apie neišvengiamus pokyčius šalies administracinio suskirstymo srityje. 2009-12-05 priimtas LR apskrities valdymo įstatymo pakeitimo įstatymas (Nr. I-707), kurio pasak LR Vyriausybės kanclerio D. Matulionio (2009) siekiama, kad gyventojams viešosios paslaugos būtų artimesnės ir patogesnės, taip pat, panaikinus apskričių viršinių administracijų kaip papildomą tarpinį administracinį lygmenį tarp vietos ir centrinės valdžios, būtų sumažinta administracinė našta ir sutaupytos biudžeto lėšos. Vykstantys pokyčiai šalies administraciniame suskirstyme neišvengiamai sąlygoja kismą ir daugelyje kitų viešojo administravimo sektoriaus sistemų. Šiuo atveju ne išimtis yra ir sveikatos sistemos sektorius.

Lietuvos sveikatos sistemos sektorių prie ES standartų bandoma priartinti įgyvendinant Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečio etapo programą (2009). Šios programos įgyvendinimu siekiama saugių, kokybiškų ir prieinamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Minėtoje programoje numatytos dvi esminės pertvarkos kryptys. Pirmoji kryptis skirta pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimui. Antroji – sudėtingų ligų gydymo sutelkimui specializuotose gydymo įstaigose, jas nuo 2010 m. liepos mėn. 1 d., remiantis 3 R koncepcija, restruktūrizuojant į 3 lygmenis: rajono, regiono ir respublikos.

Mokslinis problemos ištyrimo lygis. Sveikatos apsaugos sistemų efektyvumo didinimo problematika svarbi tiek užsienio, tiek Lietuvos mokslininkams. Sveikatos sistemos sektoriaus strateginę analizę vykdė M. P. Ginter, L. E. Swayne, W. J. Duncan (2002), S. G. Hillestad, E. N. Berkowitz (2004), K. Walshe, J. Smith (2006). Teoriniu pagrindu sveikatos sistemos vadybos tyrimus atliko S. A. Capper, P. M. Ginter, L. E. Swayne (2002), M. J. Stahl (2004), I. Jakušovaitė, Ž. Darulis, R. Žekas (2005), S. B. Buchbinder, N. H. Shanks (2007), V. Juškelienė (2007), L. Rowitz (2009). Prie sveikatos sistemos reformų tyrimų daug prisidėjo M. Vienonienė, D. Jankauskienė, A. Vask (1999), E. Blas, N. Hearst, (2002), J. Figueras, M. McKee, J. Cain, S. Lessof, (2004), A. Petkevičius, A. Urbanavicius, A. Abramavicius (2006). Medicinos ir sveikatos

priežiūros tikslams, vertybėms ir rezultatams daug dėmesio skyrė I. Jakušovaitė, Ž. Darulis (2003), R. Amalberti, Y. Auroy, D. Berwick, (2005), M. E., Porter, E. O. Teisberg (2006) ir kiti.

Sveikatos sistemos politikos formavimas, jos įgyvendinimas ir rezultatyvumas yra daugelio mokslininkų interesų sritis. Sveikatos sistemos politikų principų kitimą, sąlygotą kintančios ekonominės ir sociodemografinės padėties, tyrinėjo G. H. Mooney (2003), W. Jack, M. Lewis (2004). Visuomenės įtraukimui į bendrą dialogą su valdžios atstovais, svarstant sveikatos apsaugos sistemos klausimus, nagrinėjo L. Gustainienė (2003), E. D., R. K. Thomas (2006), J. Newman, E. Kuhlmann (2007), D. Jankauskienė, R. Pečiūra, (2007). Efektyvaus finansavimo paskirstymą sveikatos apsaugos sistemai analizavo J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski, W. O. Cleverley, A. E. Cameron, (2007). Sveikatos apsaugos sistemoje esančių nelygumų sumažinimui ES valstybėse daug dėmesio skyrė P. J. Mackenbach, M. Bakker (2002), J. P. Mackenbach, Ph. D. I. Stirbu, M. Sc. Roskam (2008). D. Jankauskienė (2007) analizavo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, E. Dahl, J. Fritzell, E. Lahelma, J. P. Mackenbach (2006) tyrinėjo sveikatos sistemos funkcionalumą gerovės valstybės kontekste.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistema, lyginant su kitomis ES šalimis, R. Kalėdienis (2004) nuomone, yra pernelyg išplėsta, tačiau nė viena Vyriausybė iki šiol nedrįso imtis radikalių reformų. Atsižvelgiant į tai, ši sistema nusipelno ypatingo dėmesio dėl kelių priežasčių. Pirma, sveikatos apsaugos sritis ilgą laiką buvo palikta be vyriausybės dėmesio, antra, reformos buvo dalinės, iki galo nebaigtos, o bendras sektoriaus finansavimas vis mažėjo. Nepaisant šių veiksnių Lietuvoje jaučiamas akivaizdus sveikatos apsaugos sistemos pasipriešinimas kaitai. Naujai priimamus sveikatos politikos sprendimus visuomenė dažnai vertina kontraversiškai. Prieštarinę požiūrį lemia valstybės valdymo institucijų siekis gerinti sveikatos sistemos teikiamų paslaugų kokybę bei prieinamumą ir būtinybė taupyti bei racionaliai investuoti į sveikatos apsaugą. Iš sveikatos sistemos, kuri Lietuvoje didžiaja dalimi yra valstybinė, gyventojai laukia geresnio paslaugų prieinamumo. Lūkesčiai, kad sveikatos priežiūra gerės, nuolat didėja, o lėšų stygius verčia politikus riboti investicijas į sveikatos priežiūros plėtrą (Pečiūra, Jankauskienė, Gurevičius, 2006).

Šie veiksniai sąlygoja, kad vykdant sveikatos sistemos reformą Lietuvoje, neišvengiamai susiduriama su daugybe problemų. Pasak K. Manioko (2005), sveikatos vadyba suprantama labai įvairiai, tačiau vyrauja racionalus, techninis požiūris. Tai susiję su daugybe teisinių, finansavimo ir organizacinių pokyčių, neišvengiamų pradiniais reformos etapais, bei iki šiol nepakankamu vadybininkų įtraukimu į pokyčių planavimą bei valdymą.

Siekiant įvertinti Šiaulių rajono sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, sąlygotą įgyvendinamos reformos, magistro darbui pasirinkta tema, padėsianti išnagrinėti minėtus aspektus. Magistro darbe pagrindinis dėmesys koncentruojamas į sveikatos sistemos reformos politinius, teisinius, socialinius ir ekonominius aspektus, kaip į veiksnius, sąlygojančius medicinos paslaugų prieinamumo ir kokybiškumo gerėjimą Šiaulių rajono gyventojams. Šiame magistro darbe nagrinėjami šie **probleminiai klausimai**:

- ar vykdomas objektyvus, tikslingas ir racionalus priemonių ir būdų pasirinkimas, skirtas sveikatos sistemos įstaigų tinklo formavimui Šiaulių rajone, užtikrinant pirminės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą?

- kaip sprendžiamas padidėjęs Šiaulių rajono gyventojų poreikis antrinio ir tretinio lygmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kurių apskunkina ilgos eilės pas gydytojus specialistus ir sveikatos priežiūros įstaigų pasiekiamumas?

Darbo objektas - sveikatos sistemos reformos įgyvendinimas.

Tyrimo dalykas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir pasiekiamumas, sąlygotas vykstančios sveikatos sistemos reformos.

Tikslas – ištirti sveikatos sistemos reformos įgyvendinimą Šiaulių rajone.

Uždaviniai:

1. Atlikti mokslinės literatūros ir sveikatos sistemą reglamentuojančių dokumentų analizę, konceptualizuojant sveikatos sistemos pozicijų kaitą viešosios politikos formavimo ir viešojo administravimo plotmėje.

2. Teoriniu aspektu atlikti sveikatos sistemos reformų apžvalgą, pristatant šiandienos sveikatos sistemoje vykstančią reformų politiką ir įvertinti sveikatos sistemos politikos formavimo funkcionalumą ir racionalumą reformų kontekste.

3. Išanalizuoti užsienio šalių ir Lietuvos teisės aktuose įvardintų strateginių sveikatos sistemos siekių įgyvendinimą Šiaulių rajone.

4. Remiantis ekspertų apklausos rezultatais, įvertinti pirminės, antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros grandžių teikiamų paslaugų prieinamumą Šiaulių rajono gyventojams.

5. Lyginamosios analizės metodu nustatyti trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo pranašumus ir trūkumus Šiaulių rajone.

Hipotezė. Sveikatos sistemos reformos vykdymą sąlygoja šalies socialiniai, demografiniai ir ekonominiai pokyčiai. Įgyvendinant sveikatos sektoriaus reformą, sudėtinga racionaliai suderinti žmogiškųjų, technologinių ir finansinių išteklių pasiskirstymą, užtikrinant visiems piliečiams prieinamas ir laiku teikiamas kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

Tyrimo konceptualinis pagrindas grindžiamas sisteminė mokslinės literatūros analize, kurioje nagrinėjamos politinės, ekonominės, sociodemografinės charakteristikos, įtakojančios sveikatos sistemos kaitą. Tyrimo teorinis pagrindimas remiasi nepriklausomos Lietuvos dviejų dešimtmečių sveikatos sistemos valdymo teorijų ir rezultatų analize. Metodologiniu požiūriu tyrimas grindžiamas empirinio socialinio tyrimo mokymo trianguliacijos principu, kai vieno reiškinių tyrimui yra taikomi keli tyrimo metodai (Šaparnis, Merkys 2000, Kardelis, 2002, Merkys, 2004).

Sveikatos sistemos reformos įgyvendinimo funkcionalumo analizės atlikimas paremtas pagrindiniais **teorijos tyrimo metodais** – Lietuvos ir užsienio šalių autorių mokslinės literatūros, teisinių aktų ir kitos dokumentinės medžiagos sinteze, logine, sisteminė, struktūrine, funkcinė, turinio bei priežastinių ryšių tyrimo analize. Teoriniais tyrimo metodais nagrinėjamos sveikatos sistemos institucijų funkcijos, teikiamų paslaugų finansavimas ir jų specifiškumo aspektai, analizuojamos priežastys, skatinančios pokyčius sveikatos apsaugos sistemoje. Atliktas apžvalginis dviejų dešimtmečių sveikatos sistemoje vykstančių transformacijos etapų vertinimas, kuris palygintas su užsienio valstybių sveikatos sistemos politikos formavimo ir įgyvendinimo kryptimis.

Sveikatos sistemos reformos įgyvendinimo tyrimo atlikimui taikyti **empiriniai tyrimo**

metodai. Vykdyta **apklausa žodžiu** (pusiau struktūruotas interviu), apklausiant už sveikatos sistemos politikos funkcionavimą atsakingą Šiaulių rajono savivaldybės gydytoją ir penkių sveikatos priežiūros įstaigų (SPI) vadovus, atsakingus už sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. **Apklauso raštu** (anketavimas) būdu apklausti Šiaulių rajono šeimos gydytojų kabinetų, ambulatorijų ir medicinos punktų darbuotojai. Ekspertų apklauso metodu tirta sveikatos sistemos reformos įgyvendinimo dermė su pagrindiniais deklaruojamais sveikatos sistemos politikos principais ir siekiais, vertinta sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų trečiojo restruktūrizavimo etapo veiksmų programa lyginant ją su ankstesnėmis šio sektoriaus reformomis. Atlikta sveikatos sistemos socialinių indikatorių analizė, siejant juos su valstybės įvardijamais prioritetais.

Sveikatos sistemos reformos įgyvendinimo rezultatyvumui iširti taikytais tyrimo metodais gauti duomenys naudoti tikrinant iškeltą hipotezę, formuojant išvadas bei rengiant rekomendacijas.

Teoriniu požiūriu šis **magistro darbas reikšmingas** nagrinėjamu dviejų dešimtmečių sveikatos sistemos reformos politikos formavimo ir įgyvendinimo transformacijos etapų apžvalga, kuri atlikta remiantis mokslininkų išvalgomis, teisės aktų analize, jų praktinio įgyvendinimo lygio vertinimu.

Praktinis magistro darbo reikšmingumas atskleidžia Šiaulių rajono sveikatos sistemos reformos įgyvendinimo trijuose sveikatos priežiūros grandyse ypatumus. Atliktas Šiaulių rajono sveikatos sistemos paslaugų prieinamumo vertinimas, analizuojant tarptautinės ir nacionalinės teisės aktus, lyginant ES, Lietuvos ir Šiaulių apskrities socialinių indikatorių duomenis, tiriant už sveikatos sistemos politikos formavimą ir įgyvendinimą atsakingų ekspertų nuomones.

I SVEIKATOS SISTEMOS REFORMOS PRIELAIDOS IR JOS ĮGYVENDINIMO KRYPTYS

1.1 Šiuolaikinio viešojo valdymo ir administravimo kaitos tendencijos

Naujos teorinės nuostatos XX–XXI a. sandūros etapuose reikalauja tobulinti vadinamąją „gerąją“ viešojo valdymo praktiką, nuo kurios priklauso žmonių gyvenimo lygis – pagrindinis demokratijos ir pažangos valstybėje indikatorius (Melnikas, Smaliukienė, 2007). Pastaraisiais metais naujai viešajai vadybai evoliucionuojant į šiuolaikinę viešojo valdymo pakopą, keičiasi valdymo sistemos, atnaujinama valdymo praktika, o tai skatina inovacijų diegimą, kartu tobulinant valstybės priežiūros ir kontrolės funkcijas (Nakrošis, 2008). A. Guogio (2009) teigimu, šie veiksniai įtakoja, kad naujai besiformuojančiai ideologijai pagrindą sudaro pilietiškumo, bendruomenės ir pilietinės visuomenės teorijos. Puoselėjimas tokių novatoriškų valstybės praeities laimėjimų kaip socialinis draudimas, sveikatos apsauga, paremta modernia vadyba, sukuria palankias tolesnės politikos ir administravimo pažangos tradicijas (Norbert, Ritz, 2004). Šioje dalyje analizuojamas viešosios politikos ir viešojo administravimo modernizavimo krypčių virsmas, pradedant tradicinių valdymo formų aptarimu ir baigiant naujuoju viešuoju valdymu.

1.1.1 Viešosios politikos ir viešojo administravimo modelių modifikacijos

Nagrinėjant viešąją politiką, dėmesys koncentruojamas ne į pačią viešąją politiką, bet į valdžios ir valdymo institucijas, politinę elgseną ir procesus, viešosios politikos fazes ir procedūras, susietas su politikos veiksmis, sprendimų priėmimu bei politikos įgyvendinimu (Fayol, 2005). Viešąją politiką (angl. *policy*) J. E. Lane (2001) traktuoja, kaip esminį viešojo sektoriaus funkcionavimo garantą. Viešoji politika dažniausiai vartojama apibūdinant įvairių institucijų elgseną, ji suprantama kaip valdžios pastangas reguliuoti visuomenėje kylančius konfliktus tarp interesų grupių, skirstyti materialias ir simbolines vertybes bei paslaugas, fiskalinės politikos svertais reguliuoti biudžetą ir pinigų srautus (Raipa, 2007).

Viešosios politikos įgyvendinimas vykdomas remiantis viešojo administravimo sistema. Pasak G. Vitkus (2007), viešasis administravimas - vadybinių, politinių ir teisinių procesų naudojimas įstatymų leidžiamajai, vykdomajai ir teisinei valdžioms įgyvendinti visuomenei arba jos atskiroms grupėms teikiant viešąsias paslaugas, atliekant valstybės valdymą bei privačios veiklos reguliavimą. Viešasis administravimas apima valstybės valdymą, viešųjų paslaugų teikimą ar privačios veiklos reguliavimą

Viešasis administravimas ir viešoji politika – glaudžiai tarpusavyje susiję valstybės valdymo elementai (Taylor, 2005). T. Norbert, A. Ritz, (2004), teigimu viešosios politikos ir viešojo administravimo santykis suprantamas kaip politikos ir administravimo funkcijų, jų tarpusavio santykių, viešojo administravimo politinis kontekstas.

Valstybės valdymo funkcijų įgyvendinimas Lietuvoje įvardintas LR Viešojo administravimo pakeitimo įstatyme (2010-12-23 Nr. VIII-1234). Šis įstatymas nustato viešojo administravimo principus, viešojo administravimo subjektų sistemą ir administracinių procedūrų organizavimo

pagrindus, apibrėžia viešojo administravimo sritis ir kt. A. Raipa (2009) išskiria šias **viešojo sektoriaus veiklos sferas**:

- valstybinės socialinės politikos įgyvendinimas;
- nacionalinio saugumo uždavinių sprendimas;
- valstybės finansų valdymas ir mokesčių administravimas;
- švietimo sistemos funkcionavimo užtikrinimas;
- aplinkosauga ir kelių tiesimas bei priežiūra ir kt.

Viena iš viešojo sektoriaus sudėtinių dalių yra ir sveikatos apsaugos sistema (1.1 lentelė).

1.1 lentelė

Sveikatos sistemos sąvokos apibrėžtys

Sveikata	<ul style="list-style-type: none"> • fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas (PSO, 1978). • organizmo būklė, kai normaliai veikia visi organai; bendra organizmo būklė: 2. fizinis pajėgumas, stiprumas, jėgos (Lietuvių kalbos žodynas, 2005, Dabartinės lietuvių kalbos žodynas, 2011). • asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė (LR sveikatos sistemos įstatymas 2011-11-16 Nr. I-552). 	Sistema	<ul style="list-style-type: none"> • (gr. <i>systema</i> - sandara; junginys) 1. planingas, taisyklingas išdėstymas, sutvarkymas, organizacija; [...] 6. organizaciškai sujungtų ūkinių vienetų ir įstaigų visuma (Tarptautinių žodžių žodynas, 2004). 1. planingas, taisyklingas sudedamųjų dalių išdėstymas. 2. principai, sudarantys kurio nors mokslo pagrindą. 3. bendros funkcijos siejamų dalių visuma. 4. visuomeninės santvarkos forma. 5. ko nors sutvarkymas, organizavimo forma (Lietuvių kalbos žodynas, 2005).
<p>Apjungiant sveikatos ir sistemos sąvokas į vieną visumą, galima teigti, kad sveikatos apsaugos sistema yra atvira sistema, kuri sąveikauja su ja supančia aplinka. Tai, pasak V. Obraczco, (2006), darni ir kryptinga sistema, susidedanti iš tarpusavyje susijusių dalių. Atviros sistemos koncepcija numato, kad organizacija ir jos darbuotojai gali ir turi potencialiai sąveikauti su dauguma kitų asmenų ir organizacijų.</p>			

Šaltinis: sudaryta autoriaus

Pasak D. J. Rosen (2007), viešojoje politikoje bei viešajame administravime itin svarbu, kad visuomenės reguliavimai, taisyklės, veiklos elgsenos standartai ir normos turi būti suderinti su esminiais demokratijos principais ir atitiktų demokratinių vertybių sistemos pokyčius. Paskutiniaisiais dešimtmečiais viešasis administravimas pradėjo teikti ypatingai daug reikšmės vadovavimo kokybei, darbui komandoje, bendradarbiavimui, strateginiam planavimui ir kt. aspektams.

Statistiniai duomenys patvirtina, kad atskiruose valstybėse politiniai bei ekonominiai veiksniai nuolat tolsta nuo socialinių veiksnių. G. H. Frederickson (2007) teigimu, spręsti ir įgyvendinti šiuos strateginius tikslus, gali padėti svarstomas naujos valstybės ir visuomenės darnaus vystymosi valdymo formos, išskiriant vieną iš pažangiausių – liberaliąją konstitucinę demokratiją. Šiai formai įgyvendinti gali pasitarnauti XXI amžiaus moderniosios sistemos valdymo modelis pateiktas 1 priede.

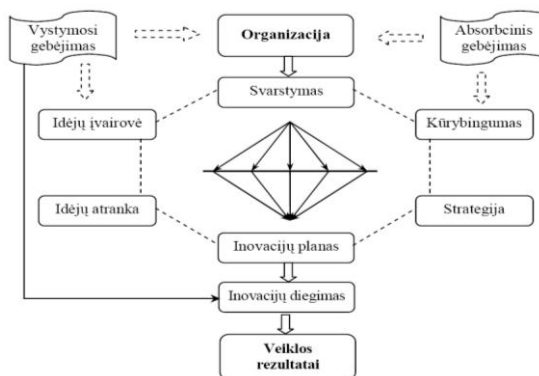
Kintanti socialinė, ekonominė ir geopolitinė daugelio valstybių padėtis bei aktyvėjantis visuomenės siekis įtakoti valdžios priimamus sprendimus, skatino ieškoti efektyvesnių valdymo metodų (Buckūnaitė, Chkivickas, Civinskas, kt., 2007). Viešojo valdymo modernizavimas kaip šiuolaikinis procesas prasidėjo praėjusio amžiaus septintajame dešimtmetyje, kai tradicinį viešąjį administravimą keitė naujoji viešoji vadyba, besiremianti socialinių mokslų postmoderniomis teorijomis, kurių ideologinis pagrindas buvo S. Kuhno darbas „The Structure of Scientific Revolution“ bei P. Bergerio ir T. Lucmano darbas „The Social Construction of Reality“ (Arimavičiūtė, 2005).

Naujoji viešoji vadyba išsivystė Vakarų pasaulyje kaip naujas, valdymo modelis, paremtas privataus verslo metodų perkėlimu į viešąjį sektorių. Naujosios viešosios vadybos šalininkų

nuomone, tradicinis vykdomosios valdžios organizavimo metodas yra per daug gremėzdiškas, biurokatiškas, neefektyvus, nejautrus, neproduktyvus, piliečiams neduoda tų rezultatų, kurių jie tikisi iš valdžios (Laughlin, Osborne, Ferlie. 2005).

Naujoji viešojo vadyba pasižymėjo ne tik pranašumais prieš tradicinį viešojo administravimo modelį, bet ir trūkumais dėl kiekybinių išmatuojamų rodiklių pranašumo prieš kokybinius, gausėjančios tikrintojų armijos, kuri buvo reikalinga įvertinti tuos rodiklius. A. Raipa (2009) pabrėžia, kad valstybės funkcijų mažinimas, o kartais ir jų perleidimas privačioms bei nevyriausybinėms organizacijoms, ne visada pasiteisindavo ne tik socialiniu, bet ir ekonominiu požiūriu. Todėl buvo reikalingas inovatyvus valdžios institucijų valdymo modelis, užtikrinantis valstybės ilgalaikį ekonominį stabilumą ir subalansuotą vystymąsi (Dixon, Day, 2007).

2007 m. Vienoje vykusiame Jungtinių Tautų Organizacijos (JTO) Septintajame pasauliniame valdžios pertvarkos forume paskelbtame leidinyje *Inovacijos valdyme ir viešajame administravime* (angl. *Innovations in Governance and Public Administration*) nurodoma, kad valdžios įstaigos privalo operuoti ir teikti aukštos kokybės paslaugas su mažėjančiais ištekliais ir ribotais operaciniais gebėjimais. Šie reikalavimai skatina institucijas efektyviau naudoti išteklius ir kūrybiškai plėtoti gebėjimus (Bertucci, 2007), viešojo administravimo organizacijų veiklos analizę ir planavimo modelį papildant inovacijų diegimo schemomis (1.1 pav.).



1.1 pav. Viešojo administravimo organizacijų inovacijų formavimosi schema

Domarkas, V., Juknevičienė, V. (2010). Inovacijų vaidmuo viešojo administravimo organizacijų veikloje absorbcinio gebėjimo aspektu. *Viešojo politika ir administravimas*, Nr. 31.

Prielaidos inovacijų vaidmeniui viešajame sektoriuje stiprėti susidarė ir dėl viešojo administravimo paradigmos kaitos. Pasak G. Bertucci (2007), inovacijos turi ypatingą reikšmę viešajam administravimui, tiek tiesiogiai - subordnuojant visas pastangas struktūros, procesų ar veiklos tobulinimo ir efektyvinimo tikslų siekimui, tiek netiesiogiai – įtakojant politinę, ekonominę ir socialinę aplinką, viešojo administravimo organizacijų vidinius ir išorinius ryšius. Sveikatos sistemos pokyčių vystymuisi būtinos trys pagrindinės inovacijų kategorijos. 1) *mokslinės inovacijos* – viešosios politikos ir viešojo administravimo bei vadybos ir administravimo mokslo krypties vystymosi išdava; 2) *technologinės inovacijos* - svarbios tobulinant viešųjų paslaugų teikimo priemones, darant jas prieinamesnėmis piliečiams ir įvairioms interesų grupėms bei efektyvesnes laiko ir kaštų atžvilgiu (Butkus, 2007).; 3) *vadybinės inovacijos* - valstybės valdymo ir administravimo mokslo ir praktikos dalis, sąlygojanti viešojo administravimo ir viešosios politikos raidą, atverianti naujas galimybes gerinti institucijų veiklą ir siekti efektyvumo (Ališauskas,

Karpavičius, Šeputienė, 2005).

Naujojo viešojo valdymo atsiradimui reikšmės turėjo fiskalinės aštuntojo dešimtmečio krizės, kurių siekis buvo sukurti geriau dirbančią ir mažiau kainuojančią valdžią ir įtvirtinti decentralizuotą sprendimų priėmimą. **Naujasis viešasis valdymas** (angl. *New Governance*) – viešojo administravimo metodas, kuris akcentuoja privatizaciją, darbų atlikimo įvertinimą, strateginį planavimą ir kitus vadybos aspektus (Wikipedija, 2009).

A. Guogis (2009) naująjį viešąjį valdymą apibūdina kaip viešojo administravimo modelį su šiek tiek kitose vietose sudėliotais akcentais – su platesniu piliečių dalyvavimu valdyme, korupcijos apribojimu, policentrinės demokratijos, skaidrumo, atsakomybės ir kitų moralinių – etinių savybių išskėlimu, geru tarpinstituciniu bendradarbiavimu bei aktyvia nevyriausybinų organizacijų veikla. Tai į socialumą orientuotas valdymo modelis. Šiuo aspektu jis skiriasi nuo individualistinio Naujosios viešosios vadybos požiūrio. P. N. Bukh, M. R. Johansen, J. Mouritsen, S. Thorborjornsen 2004 teigimu, naujasis viešasis valdymas, kuris dar vadinamas Naująja viešąja tarnyba (angl. *New Public Service*) tampa naujuoju XXI amžiaus pradžios viešojo administravimo modeliu.

Įvairūs autoriai, atsižvelgdami į tikslus, pateikia bendresnę ir konkretesnę valdymo sąvokos sampratą. Pačia plačiausia prasme valdymas reiškia kam nors vadovavimą - tai procesų, kuriuose dalyvauja suinteresuotos grupės: valstybės ir savivaldybių institucijos, verslo įmonės, verslą atstovaujanti organizacijos, bendruomenės, nevyriausybines organizacijos, žiniasklaida, pavieniai piliečiai, ir nuo kurių priklauso visuomenės būklės pokyčius lemiančios išdavos, visuma (Makštutis, 2008).

Valdymo, kaip socialinės funkcijos, būtinumą lemia bendra žmonių veikla, bendradarbiavimas bei jų bendro gyvenimo poreikiai. **Socialinis valdymas** – visuomenei reikšminga veikla, kuri vykdoma užtikrinant žmonių bendrų veiksmų suderinimą ir sutvarkymą, efektyviai vykdant iškeltus jiems uždavinius. Pagal valdymo subjektus bei jų taikomus valdymo metodus skiriamos dvi pagrindinės socialinio valdymo rūšys - visuomeninis ir valstybinis valdymas (Bileišis, Gudelis 2009).

- **Visuomeninis arba viešasis valdymas** - savanoriškumo principu susikūrusių visuomeninių organizacijų bei kitų nevalstybinio pobūdžio piliečių susivienijimų (partijų, politinių, religinių organizacijų ir kt.) organizacinė veikla (Parsons, 2001).

- **Valstybinis valdymas** - poįstatyminė, organizacinio pobūdžio, nepertraukiama valstybinio valdymo organų vykdomoji - tvarkomoji veikla, kurią sudaro įstatymų vykdymas ir jų vykdymo tvarkymas, praktiškai sprendžiant valstybės uždavinius, vykdant jos funkcijas ir vadovaujant ūkiniam, socialiniam - kultūriniam bei administraciniam - politiniam darbui (Dunn, 2006). Nagrinėjant valstybinį valdymą kaip specifinę veiklos rūšį, tyrinėjant jos specifiką, suskirsčius ją į būtinus tos veiklos etapus ir stadijas, suformuluojamos pagrindinės valdymo funkcijos (1.2 pav.).



1.2 pav. Valdymo funkcijų tarpusavio ryšys

Šaltinis: Žalienė, I., Žalys L., Iždonaitė, I. (2006). *Vadybos pagrindai: pagrindiniai terminai ir sąvokos*.

Naujojo viešojo valdymo atveju susilieja aukštesnė verslo ir viešojo administravimo etika, kūrybinės žinių ekonomikos skatinimas ir aktyvi socialinė politika (Melnikas, 2008). Naujojo valdymo receptas turi svarbią sudėtinę dalį: įsitikinimą, kad rinka ir konkurencija labiau negu biurokratinė hierarchija lemia, kaip organizuoti ir veiksmingai valdyti darbus. Viešojoje politikoje ir administravime šio įsitikinimo šaltinis glūdi politikoje, ekonominėje logikoje ir visuomenės pasirinkimo perspektyvos dominavime (Frederickson, 2007).

Naujojoje viešojoje vadyboje pripažinta 3 E efektyvumo koncepcija, kuri naujajame viešajame valdyme papildyta ir pakeista kitais 3 E koncepcijos elementais – socialiniu teisingumu (angl. *equity*), lygybe (angl. *equality*) ir etika (angl. *ethics*). K. Zakarevičiaus, J. Kvedaravičiaus, T. Augustausko (2004) teigimu, naujos 3 E koncepcijos įsitvirtinimas sąlygojo, kad nuo 2000 m. reformose pradėjo vyrėti orientacija į šias institucines ir administracines vertybes.

Naujojo tūkstantmečio politinių, ekonominių ir sociodemografinių charakteristikų kaitos tendencijos sąlygojo efektyvesnių viešosios politikos ir viešojo administravimo modelių paiešką. Viešajame sektoriuje išivyravusi naujosios viešosios vadybos doktrina dėl vis mažėjančio socialinio ir ekonominio efektyvumo, neatitiko laikmečio keliamų reikalavimų. Susidariusi padėtis skatino ieškoti naujų ir inovatyvių viešojo valdymo ir administravimo metodų. Kaip alternatyva naujosios viešosios vadybos doktrinai viešajame sektoriuje įsitvirtino naujasis viešasis valdymas. Šiame viešojo valdymo ir administravimo modelyje bandoma suderinti du esminius valdymo polius. Vienas iš jų – rinkos ir konkurencijos aspektų integravimas į viešąjį sektorių, kitas – demokratinis ir dialogu su visuomene paremtas valdymo sprendimų priėmimas.

1.1.2 Valdymo sprendimų priėmimo demokratizavimas

Viešųjų institucijų veiklos demokratizavimo procesų plėtrai ypač svarbus viešojo administravimo struktūrų veiklos viešumas, jų gebėjimas atstovauti piliečių interesams, nepažeidžiant pagrindinių demokratinės visuomenės principų, žmogaus teisių ir laisvių (Drucker, 2004). E. Kūris (2001) akcentuoja, kad politika brandžioje pilietinėje visuomenėje nėra tik politikų monopolis. Piliečių dalyvavimas - esminė prielaida demokratiškam valdymui, nes pilietiškumas reiškia ne vien individualius interesus, bet ir socialines vertybes, siekius ir rūpinimąsi kitais.

Viešojo administravimo struktūroms piliečių dalyvavimas valdyme reiškia, kad administracinė valdžia turi politinį mandatą, o piliečiai – galimybę dalyvauti priimant ir įgyvendinant sprendimus. Viešajame valdyme dalyvaujantys piliečiai, siekdami jiems aktualių sprendimų priėmimo, dažnai susiburia į įvairias interesų grupes. Viešosios politikos požiūriu

interesų grupes galima apibrėžti kaip tokias grupes, kurios nepriklauso ir nėra pavaldžios valdžios institucijoms ar politinėms partijoms bei, nesiekdamos valdžios, siekia daryti įtaką vykdomai viešajai politikai. Šios politiškai aktyvios interesų grupės vadinamos spaudimo grupėmis (*angl. pressure groups*). Interesų grupių veikla taip pat siejama su lobizmo terminu, kuriuo apibrėžiama interesų grupių veikla, siekiant daryti įtaką valdžiai (Bileišis, Gudelis 2009).

Platus piliečių dalyvavimas viešojo sektoriaus sprendimų priėmimo naujų viešųjų valdymą daro išskirtiniu ir jo orientacija kreipia į demokratijos plėtrą. Kaip teigia R. Civinskas (2007), demokratijos plėtros suvokimas apima ne tik darbuotojų ir piliečių dalyvavimą valdyme, veiklos skaidrumo ir atvirumo užtikrinimą, elektroninės demokratijos diegimą, bet ir gerą tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir demokratijos plėtrą darbo vietoje. Naujam viešajam valdymui be jau įvardintų bruožų yra svarbi reali savivalda ir valdymo pliuralizmas (1.2 lentelė).

1.2 lentelė

Viešojo administravimo modelių charakteristikos

Kriterijus	Tradicinis viešasis administravimas	Naujoji viešoji vadyba	Naujasis viešasis valdymas
Valdymo modelis	Hierarchija	Rinka	Tinklas
Normatyvinis pagrindas	Administracinė teisė	Kontraktai	Susitarimai
Vadovavimo stilius	Biurokratinis administravimas	Vadyba	Partnerystė – konsultacijos
Santykių pobūdis	Dominavimas ir subordinacija	Konkurencija ir bendradarbiavimas	Lyderystė ir tarpusavio priklausomybė
Veiklos tikslas	Tvarkos konsolidavimas	Pokyčių provokavimas	Socialinio pasitikėjimo vystymas
Veiklos orientacija	Procedūros	Rezultatai	Poreikiai
Organizacinis statusas	Monocentrinė sistema	Autonominė sistema	Pilietinė visuomenė, policentrinė sistema
Piliečių ir valstybės santykiai	Paklusnumas	Teisių suteikimas	Įgaliojimas
Aukštesniųjų pareigūnų atskaitomybė	Politikams	Vartotojams	Piliečiams ir socialiniams partneriams
Nukreipiantys principai	Taisyklių ir reglamentų laikymasis	Produktyvumas ir rezultatai	Atskaitomybė, skaidrumas ir dalyvavimas
Sėkmės kriterijai	Procesas ir išeiga	Išeiga	Procesas
Pagrindiniai požymiai	Bešališkumas	Profesionalumas	Atsakingumas

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Czapotowicz, J. (2007). *The Influence of Globalisation Upon Public Governance Viešasis administravimas*, Nr. 1-2.

Valdymo sprendimų demokratizavimo procesų analizė Lietuvoje rodo, kad piliečių ir interesų grupių įtaka valdymo sprendimų priėmimo vis dar yra nepakankamai išplėta. Pagal galiojančius Lietuvos įstatymus (Seimo statuto (2010-11-16 Nr. I-399) 101 str., Vyriausybės įstatymo (2010-11-12 Nr. I-464) 35 str., Vietos savivaldos įstatymo (2010-11-25 Nr. I-533) 7 ir 8 str.) visuomeninių organizacijų atstovai, valdžios sprendimų priėmimo procese kai kuriais atvejais gali dalyvauti kaip stebėtojai (LR Seimo sesijose, LR Vyriausybės posėdžiuose, savivaldybių tarybų sesijose) arba kaip konsultantai. Tačiau V. Indrūno ir A. Makštučio (2008) teigimu, visuomeninės organizacijos, siūlydamos pataisas, gali turėti didelės įtakos rengiamų teisės aktų nuostatomis, o užsiimdamos lobistine veikla, įstatymų leidybos iniciatyvos teisę turinčiuose institucijose, jos gali pagreitinti kai kurių įstatymų projektų rengimą bei priėmimą.

Daugelyje Lietuvos valstybės valdymo sričių pastaraisiais metais stebimos ES narystės diktuojamos tendencijos, siekiant į sprendimų priėmimo procesą įtraukti įvairias suinteresuotas grupes (Nakrošis, 2008). Aktyvi sveikatos politika nuo pat sveikatos sistemos reformos pradžios Lietuvoje buvo vienas pagrindinių pertvarkos siekinių, derinant valstybės ir savivaldybių veiksmus,

kurie skatina žmonių norą rūpintis savo sveikata ir dalyvauti priimant sveikatos politikos sprendimus (Jurgelėnas, Juozulynas, Venalis ir kt., 2007). Lietuvos sveikatos programoje (LSP) dar 1998 m. įtvirtinta nuostata, kad, aptariant įvairias su gyventojų sveikata susijusias problemas ir numatant tikslus bei tų problemų sprendimo būdus, reikia skatinti ir palaikyti visuomenės organizacijų veiklą, tam tikrų projektų vykdymą, tarptautinį bendradarbiavimą, skirtą saugoti ir stiprinti gyventojų sveikatą, skatinti pačių gyventojų iniciatyvą. Minėtoje programoje akcentuojama, kad siekiant gerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę būtina laikytis PSO dokumento „Sveikata visiems XXI amžiuje“ nuostatos, jog reikia suaktyvinti kiekvieno asmens dalyvavimą visuomenės gyvenime ir kuriant sveikatos politiką.

Visuomenės įtraukimui į sveikatos sistemos valdymą (t.y. grįžtamojo ryšio sukūrimui), kaip idealios rinkos atveju, S. N. Bleich, E. Özaltin, Ch. Murray (2009) nuomone, būtinos dvi sąlygos: racionalumas ir informuotumas priimant sprendimus. Sveikatos sistemos valdymo svarbiausias bruožas - suvokta visų sveikatos priežiūros subjektų ir objektų tarpusavio priežiūrai svarba. Pacientai, nors ir būdami nelabai objektyvūs ir racionalūs, gali dalyvauti priimant sprendimus sveikatos sistemoje. Ypač pacientų vaidmuo yra svarbus gydymo rezultatui pasiekti. Tačiau tam, kad gydymas būtų efektyvus, būtina, kad pacientai pasitikėtų sistema ir medikais. B. Ties, CH. Mickey, E. David (2009) akcentuoja, kad kai visuomenė yra tinkamai informuota, ji gali racionaliau vertinti esančią situaciją ir teikti siūlymus jos tobulinimui.

Naujojo viešojo valdymo modelyje įtvirtintas valdymo sprendimų priėmimo demokratizavimas traktuotinas kaip didesnis valdžios dėmesys ir atvirumas pilietinei visuomenei. Valdymo sprendimų priėmimo demokratizavimas suteikia galimybę interesų grupėms išsakyti savo pozicijas aktualiais klausimais ir kartu su valstybinio ar municipalinio lygmens valdžios atstovais dalyvauti sprendimų priėmime. Lietuvos viešojo administravimo sistemoje, kurios sudėtine dalimi yra ir sveikatos apsaugos sektorius, valdymo sprendimų demokratizavimas vis dar didžiaja dalimi yra tik deklaracinio pobūdžio. Tačiau valdymo sprendimų demokratizavimo aktualumas sveikatos sistemoje nuolat didėja. Pagrindine šio aktualumo priežastimi galima įvardinti sveikatos sistemoje vykstančias reformas, kuriomis siekiama optimizuoti ir efektyviai valdyti sveikatos sistemos struktūrai priklausančias institucijas ir jų teikiamas paslaugas.

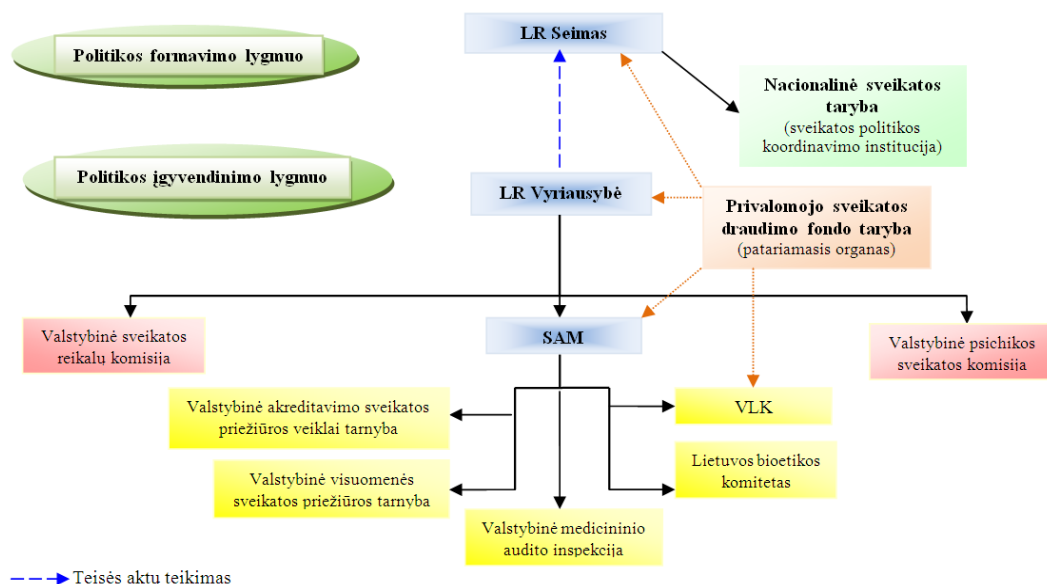
1.2 Sveikatos sistemos institucinė sąranga

Sveikatos apsauga - viena valstybės vystymo strategijos posistemių, glaudžiai susijusi su bendra ekonomikos ir infrastruktūros sistema, jų raida. Sveikatos sektoriaus raidai darnus visų sektorių vystymasis, paremtas holistiniu požiūriu, ir rūpinimasis žmogaus gerove yra pagrindinis sveikatos politikos sėkmės faktorius (Kinney, Clark, 2004). A. Jurgelėnas, S. Juozulynas ir kt. (2004) akcentuoja, kad naujų valdymo mechanizmų ir naujų žinių, susijusių su sisteminiu valdymo parametrų identifikavimu ir vertinimu sparčiai besikeičiančioje socialinėje, ekonominėje, ekologinėje ir visuomenės raidoje, paieška tampa svarbiu šių dienų uždaviniu. E. Smilgos, K. Janušonienės, (2005) nuomone, efektyvumas sveikatos apsaugos sistemos politikoje įmanomas tik suderinus visų valstybės vystymo strategijos posistemių tikslus ir veiklą tiek šalies viduje, tiek ES

regiono atžvilgiu. Šioje dalyje analizuojamos pagrindinės sveikatos sistemą sudarančios institucijos, jų klasifikavimas, veiklos sferos bei kompetencijų sritys, supažindinama su pagrindiniais bendrąja sveikatos politiką reglamentuojančiais PSO, ES ir Lietuvos teisės aktais, apžvelgiami sveikatos sektoriaus finansavimo klausimai.

1.2.1 Sveikatos sistemą formuojančios ir įgyvendinančios institucijos

Sveikatos sistemos institucijos suskirstomos į dvi pagrindines grupes. Pirmąją grupę sudaro institucijos, atsakingos už sveikatos sistemos politikos formavimą, antrąją – už šios sistemos politikos įgyvendinimą. Sveikatos sistemos institucijų grupavimas gali būti praplėstas ir papildytas koordinavimo ir patariamosiomis institucijomis. Valstybiniu mastu už sveikatos sistemos politikos formavimą bei įgyvendinimą atsakingos institucijos pateiktos 1.3 pav. Pagrindinių sveikatos sistemos institucijų įgaliojimai ir vykdomos funkcijos pateiktos 2 priede.



1.3 pav. Pagrindinės valstybiniu mastu sveikatos sistemos politiką formuojančios ir ją įgyvendinančios institucijos

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis LR Seimo statutu (2010-11-16 Nr. I-399), LR Vyriausybės įstatymu (2010-11-12 Nr. I-464), SAM nuostatais (2010-10-13 Nr. 926), PSDF nuostatais (2003-04-18 Nr. V-230). SAM. (2011). Pavaldžios įstaigos. Prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/index.php?1249554830>

Šiuo metu visame pasaulyje vyrauja tendencija, skatinanti keisti nacionalinės valdžios dominavimą į didesnę kontrolę ir iniciatyvą vietiniame lygmenyje (Melnikas, 2008). Kaip teigia M. J. Stahl (2004) decentralizavimas - atsakomybės už rezultatus sutelkimas žmonių rankose, kurie disponuoja išskirtinėmis vietinio lygmens žiniomis. H. Armstrong, J. Taylor (2003) nuomone, decentralizuotas požiūris į politikos formavimą ir įgyvendinimą yra veiksmingesnis, nes jis pagrįstas geresniu realių situacijų ir apribojimų suvokimu, remiasi dalyvavimu, yra artimesnis žmonių poreikiams, be to, jį lengviau kontroliuoti.

Savivalda - viena iš svarbiausių vietinės demokratijos įgyvendinimo formų. V. Dubino (2005) teigimu, regioninė politika efektyviausiai ir intensyviausiai įgyvendinama vietos lygiu, nes tik šiame lygyje yra geriausiai suvokiami socialiniai ir ekonominiai regiono trūkumai, tiesiogiai

išskiriamos problemos, iškeliami pagrindiniai regiono siektini tikslai, numatomos priemonės regiono plėtrai garantuoti. Regioninės politikos savivaldos lygmenyje efektyvumo užtikrinimui viena iš esminių sąlygų yra gero valdymo principų įgyvendinimas. Šaparnienė D. (2010) išskiria vienuolika gero valdymo principų savivaldos lygmenyje. Iš visos eilės pateiktų gero valdymo principų sveikatos sistemos efektyvumui užtikrinti yra svarbiausi šie: atstovavimas ir dalyvavimas, reagavimas, atvirumas ir skaidrumas, kompetencija ir pajėgumas, novatoriškumas (inovacija) ir atvirumas pokyčiams, tvarumas ir ilgalaikė orientacija, patikimas finansų valdymas, žmogaus teisės.

Savivaldos lygmenyje sveikatos politikos organizavimo funkcijos deleguotos **savivaldybės gydytojui**, kuris yra savivaldybės administracijos direktoriaus vyriausiasis patarėjas, koordinuojantis sveikatinimo reikalus savivaldybės teritorijoje. Savivaldybės gydytojo veiklos tikslai, uždaviniai, funkcijos bei atsakomybė įvardijama Savivaldybės gydytojo pavyzdiniuose nuostatuose (2010-05-26 Nr. 1552). Remiantis šiais nuostatais savivaldybės gydytojas, sprenddamas jam pavestus uždavinius:

- organizuoja savivaldybės pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros, plėtojimo programos projektų rengimą;
- organizuoja Lietuvos sveikatos programas, valstybinių sveikatos programų ir rajono tarybos patvirtintų tikslinių ir kompleksinių savivaldybės sveikatos programų įgyvendinimą;
- teikia savivaldybės administratoriui išvadas ir pasiūlymus dėl: savivaldybės SPĮ steigimo, reorganizavimo ar likvidavimo; lėšų savivaldybės SPĮ statyti, remontuoti, rekonstruoti, medicinos aparatūrai ir įrangai įsigyti ir kt.

Sveikatos politikos įgyvendinimą savivaldos lygmenyje užtikrina **SPĮ**. Šių įstaigų veiklą reglamentuoja LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (2010-11-12 Nr. I-1367), nustatantis SPĮ klasifikaciją, jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo, veiklos, valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ir kt. aspektus. Šiame įstatyme SPĮ apibrėžta dvejopai: 1) įstaiga ar įmonė, šio ir kitų įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus; 2) įstaigos ar įmonės, kurios verčiasi kita (ne sveikatos priežiūros) veikla, filialas ar padalinys, turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Sveikatos paslaugas teikiančios įstaigos skirstomas į dvi grupes: visuomenės ir asmens SPĮ. Asmens ir visuomenės SPĮ klasifikacija ir jų pareigos pateiktos 3 - 5 prieduose.

Lietuvos sveikatos sistemos institucijų analizė, remiantis teisės aktais ir SAM pateikiamais duomenimis, rodo, kad šalyje sveikatos apsaugos sistemą formuojančių, įgyvendinančių bei koordinuojančių institucijų veiklos sferos bei tarpusavio sąveikos yra aiškiai apibrėžtos. Šių institucijų veiklos funkcijos paskirstytos tolygiai ir racionaliai, siekiant užtikrinti tinkamą formuojamos sveikatos politikos sklaidą, jos įgyvendinimą, koordinavimą bei kontrolę nuo centralizuotų valstybinių subjektų į regioninius. Sveikatos sistemos institucijų vykdydamos funkcijos įgyvendinamos remiantis teisinio reglamentavimo dokumentais, kurie detalčiau aptariami kitame skyriuje.

1.2.2 Sveikatos sistemos teisinis reglamentavimas

Lietuvos sveikatos sistemos teisinį reglamentavimą tikslinga apžvelgti nuo tarptautinių mastu pripažintų organizacijų dokumentų, kurie davė pradžia bei padėjo formuoti mūsų šalies sveikatos sistemos reglamentavimą. Pasaulio Sveikatos Organizacija (PSO), būdama JTO sudėtine dalimi, vienija 193 valstybes ir yra pasaulinė organizacija, formuojanti pagrindines sveikatos sistemos politikos kryptis (World Health Organization, 2011). Išskiriami šie pagrindiniai sveikatos sistemą pasauliniu mastu reglamentuojantys PSO teisės aktai:

1. Almatos deklaracija (1978) pateikia naujai suformuotą pirminės sveikatos priežiūros apibrėžimą (PSP). „PSP - šalies sveikatos priežiūros sistemos, kurios pagrindas ji yra, ir bendros socialinės bei ekonominės šalies raidos dalis. Ji yra pirminė individų, šeimų ir bendruomenės kontakto su nacionaline sveikatos sistema grandis, priartinanti sveikatos priežiūrą prie žmonių gyvenimo ir darbo vietų, pirmasis nenutrūkstamo sveikatos priežiūros proceso elementas“. Almatos deklaracijoje išskiriami du esminiai PSP strategijos elementai: 1) perorientuoti sveikatos paslaugų teikimą taip, kad PSP taptų sistemos pagrindu, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra ją tik papildytų; 2) padidinti bendruomenės ir individo atsakomybę už savo sveikatą ir sprendimus dėl sveikatos apsaugos.

2. Otavos chartija (1986). Dokumentas pabrėžė būtinybę sukurti visuomenės sveikatos stiprinimo politiką. Jame suformuoti keturi pagrindiniai teiginiai: 1) bendras politikos tikslas - padėti žmonėms išlikti sveikiems; 2) sukurti aplinką, padedančią gerinti sveikatą; 3) tobulinti individualias sveikatos stiprinimo žinias bei įgūdžius, 4) atsakomybę už sveikatos stiprinimą turi pasidalyti individai, visuomenės grupės, medicinos darbuotojai, vadovai bei vyriausybė.

3. Liublianos chartija (1996) skirta sveikatos reformoms Europoje. Chartijoje išvardyti svarbiausi sveikatos reformų proceso elementai: struktūriniai pertvarkymai, nauji sveikatos politikos tikslai pertvarkant institucijas. Liublianos chartijoje siūloma remtis vyriausybės dialogu su visuomene, medicinos pagalbos teikimo sistemos reorganizavimo bei valdymo mechanizmų tobulinimo principais įgyvendinant sveikatos sistemos reformas.

4. Sveikata visiems XXI a. (1998) – deklaracija įtvirtina PSO konstitucijos nuostatą: „Kuo geresnės sveikatos siekis - viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių“. PSO Europos regiono politiką „Sveikata visiems XXI a.“ sudaro:

- pagrindinė nekintanti kryptis - siekis sukurti visapusišką sveikatos potencialą.
- du pagrindiniai tikslai, padedantys gerinti sveikatą - tai žmonių sveikatos priežiūra ir nuolatinis jos saugojimas visą gyvenimą bei įvairių ligų, traumų bei sergamumo mažinimas.
- trys pagrindinės moralinės vertybės: 1) sveikata - žmogaus teisių pagrindas; 2) sveikatai gerinti rengiamos įvairių žmonių grupių teisumo ir solidarumo akcijos; 3) aktyvus asmenų, grupių, bendruomenių, institucijų, organizacijų ir sektorių dalyvavimas gerinant sveikatą. Detalios Sveikatos visiems XXI a. nuostatos pateiktos 6 priede.

5. Bankoko chartija (2005) apibūdina valstybių veiksmus ir įsipareigojimus ugdant sveikatą pasaulyje. Siekiama sveikatos ugdymą pripažinti esmine visos vyriausybės atsakomybe, visuomenės ir bendruomenių akcentu, kurios tobulinimas turi tapti vidaus, užsienio politikos ir tarptautinių santykių neatskiriama dalis.

Be PSO žmogaus sveikatos klausimais rūpinasi ir kitos tarptautinės organizacijos. ES nuo pat susikūrimo pradžios didelis dėmesys buvo skiriamas žmogui, jo orumui, tobulėjimui ir sveikatai. ES visuomenės sveikata laikoma vienu pagrindinių tvarios ekonomikos vystymąsi užtikrinančiu ramsčiu (Sines, Saunders, Bruford, 2009). ES Teisingumo teismas (2000-02-24 byla Nr. C-11/99) konstatuoja, kad reikalavimams susijusiems su visuomenės sveikatos apsauga turi būti neabejotinai suteikta daugiau svarbos nei komerciniams ar ekonominiams interesams, tai suderinant su Sutarčių objektais užtikrinančiais aukštą visuomenės sveikatos apsaugos lygį ir su svarbiausiais Bendrijos teisės toje srityje principais. ES įsipareigojimų gyventojų sveikatai istorinė raida klostėsi šiais etapais:

- 1957 m. - **EEB sutartyje** nebuvo bendros sveikatos politikos nuostatų;
- 1987 m. - **suvestiniu Europos aktu** pripažintos nuostatos, reglamentuojančios sveikatos apsaugos ir darbo aplinkos taisyklių derinimą;
- 1992 m. - **Mastrichto sutartis** aplinkos apsaugos 130 str. ir vartotojų apsaugos 129 str. reglamentuoja visuomenės sveikatos veiksmus;
- 1997 m. - **Amsterdamo sutartis** įpareigojo užtikrinti veiksmingą sveikatos apsaugą, tobulinant ir įgyvendinant bet kurios srities Europos politiką;
- 2000 m. paskelbta ES **visuomenės sveikatos strategija**, kurioje įvardijamas siekis pagerinti sveikatos informaciją piliečiams ir vyriausybėms; sukurti mechanizmą, leidžiantį greitai reaguoti į dideles sveikatos grėsmes; geriau suprasti veiksnius, kurie gali paveikti sveikatą, gyvenimą (Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba, 2007).

Europos Parlamento ir Europos Tarybos patvirtintoje mokslinėje 7 Bendrojoje Programoje (2007–2013) numatoma sveikatos stiprinimo koncepciją įgyvendinti skiriant ypač daug dėmesio tokiems sveikatos sistemų kriterijams kaip plėtros kokybė, veiksmingumas, subalansuotumas, integralumas, solidarumas. Sveikatos apsaugos sistemos strategijos šerdis turėtų būti visuomenės sveikatos palaikymo strategija, kurios konceptualioji, struktūrinė ir finansinė dalys turi apimti visuomenės sveikatingumą.

Lietuvos mokslo ir technologijų baltojoje knygoje (2001) ir Lietuvos ūkio (ekonomikos) plėtros iki 2015 metų ilgalaikės strategijos projekte akcentuojamas „naujos raidos ekonomikoje (ūkyje) ir socialinėje sferoje (švietimo, socialinės apsaugos, sveikatos apsaugos sistemose, versle) kokybės užtikrinimas“. Atsižvelgiant į tai Lietuvoje parengta nemažai sveikatos sistemą bei jos veiklą reglamentuojančių įstatymų ir teisės aktų, kuriuos galima sugrupuoti į tokias pagrindines grupes: visuomenės sveikatos priežiūros įstatymai, asmens sveikatos priežiūros įstatymai, asmens teisių gynimo sveikatos priežiūros srityje ir medicinos etikos įstatymai, įstatymai, susiję su sveikatos apsauga ir kt. teisės aktai (7 priedas).

Analizuojant Lietuvos sveikatos sistemos teisinį reglamentavimą, įgyvendinant PSO ir ES teisinio reglamentavimo nuostatas, be **LR Konstitucijos** (1992 m.), 53 str. nuostatos, kuris teigia: „Valstybė rūpinasi žmogaus sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką“, išskiriami šie pagrindiniai teisės aktai:

1. **Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija** (1991-10-30 Nr. I-1939) įvardija, kad jos

įgyvendinime dalyvauja valstybė, visuomenė ir kiekvienas asmeniškai. Konceptijoje nurodoma, kad nacionalinės sveikatos sistemos veiklos principai įteisinami LR Konstitucijoje ir realizuojami, vykdant Nacionalinę sveikatos programą, akcentuojant sveikatos išsaugojimo, jos stiprinimo bei ligų profilaktikos svarbą. Šią koncepciją sudaro dešimt skyrių, kurių pagrindiniai skirti:

- sveikatos politikai, jos valstybiniam reguliavimui ir sveikatos socialinėms garantijoms;
- sveikatos sistemos valdymui ir ekonomikai;
- sveikatos įstaigų struktūrai, jų veiklos sritims ir materialiniam - techniniam aprūpinimui;
- medicinos ir farmacijos mokslo pažangai ir kt.

2. Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategija įvardija pagrindines valstybės nuostatas, jų įgyvendinimo būdus, modernizuojant visuomenės sveikatos priežiūros sistemą. Strategija nustato visuomenės sveikatos priežiūros sistemos tolesnio plėtojimo kryptis, kuriomis siekiama gerinti gyventojų sveikatą ir gyvenimo kokybę, mažinti sergamumą užkrečiamosiomis ir neinfekcinėmis ligomis, būtinumą sukurti šiuolaikinę, modernią visuomenės sveikatos priežiūros sistemą, tobulinti visuomenės sveikatos priežiūros vadybą ir kt.

3. Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenys - konceptualus dokumentas, kuriame išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys, jų įgyvendinimo strategija. Dokumento tikslas – inicijuoti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos pertvarką, kuriant efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą, kuri:

- skatintų sveikatos ugdymą ir stiprinimą bei ligų prevenciją;
- skatintų sveikatos priežiūros paslaugų rinkos plėtrą;
- didintų paskatas sistemos dalyviams veikti vadovaujantis šiuolaikiniais sveikatos ekonomikos, etikos ir vadybos principais ir užtikrintų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą bei tinkamumą;

- skatintų racionalų bei efektyvų išteklių naudojimą ir kt.

4. Sveikatos sistemos įstatymas (2010-11-16 Nr. I-552) reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas ir kt.

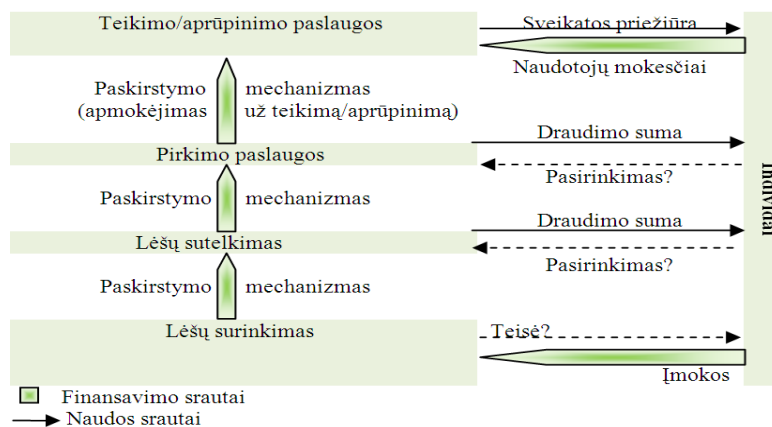
PSO ir ES teisės aktuose konsoliduotai akcentuojamas prioritetas sveikatos apsaugai ir jos viršenybė komercinių ar ekonominių interesų atžvilgiu. Lietuvos teisės aktų nuostatos atitinka tarptautiniuose teisės aktuose deklaruojamą siekį, padėti žmoniams išlikti sveikiems, skatinti juos rūpintis savo sveikata bei užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Šiuos deklaruojamus siekius galima įgyvendinti aiškiai apibrėžus sveikatos sistemos prioritetines kryptis, vykdant nuoseklią sveikatos priežiūros paslaugų struktūros formavimą, užtikrinant pakankamą šios srities finansavimą.

1.2.3 Sveikatos sistemos finansavimas

Sveikata susijusi su ekonominiu augimu ir jo palaikymu. Įrodyta, kad investavimas į sveikatos priežiūros sektorių duoda ženkliai naudos ekonomikai. Pasak PSO, 10 % padidėjęs išgyvenimo vidurkis pakelia ekonomikos augimą 0,35 % per metus. Priešingai, prasta sveikata yra sunki finansinė našta šaliai, kuri laikui bėgant reikalauja vis didesnių išlaidų gydymui ir darbuotojų pakeitimui darbe. J. Parry, G. Humphreys (2009) nuomone, būdas efektyviai ir tikslingai panaudoti sveikatos sistemos lėšas galimas susikoncentravus į ligų prevenciją, nes tik ilgalaikės investicijos į ligų profilaktiką leidžia ateityje sutaupyti lėšas, skirtas gydymo išlaidoms.

Sveikatos sistemų finansavimo klausimai buvo pradinių reformų centrinėje ir Rytų Europoje bei naujai nepriklausomybę nuo sovietų Sąjungos pasiskelbusiuose šalyse fundamentinis pagrindas. Šiose valstybėse vyko sveikatos sistemos perėjimo nuo centralizuoto, integruoto valstybinio modelio į decentralizaciją poslinkiai, kas sudarė prielaidas socialinio sveikatos draudimo atsiradimui (Mooney, 2003).

Vakarų valstybėse medicinos paslaugos finansuojamos pagal pajamų ciklus. W. O. Cleverley, A. E. Cameron (2007) pateikia tradicinį pajamų ciklo modelį. Šis ciklas sudarytas iš nuosekliai einančių veiksmų sekos, t.y. paslaugų planavimas, dokumentų rengimas, mokesčių nustatymas, reikalavimų rengimas ir išmokų gavimas. Tačiau nuolat kintančios ekonominės ir demografinės charakteristikos koreguoja lėšų, skirtų sveikatos sistemai, skyrimą (1.4 pav.).



1.4 pav. Sveikatos sistemos finansinis funkcionavimas ir populiacijos ryšys

Šaltinis: Dixon, A., Langenbrunner, A., Mossialos, E. (2008). Acing the challenges of health care financing. Prieiga per internetą: <http://pubnet.moph.go.th/ebook/2005/5301001485e83108.pdf#page=52>

Sveikatos paslaugų finansavimas remiantis 1.4 pav. pateiktu modeliu, pirmiausia yra orientuotas į sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą ir jų pasiekiamumą. Šiame modelyje atsižvelgiama ir į valstybės finansines galimybes tiesiogiai susietas su ekonomine padėtimi, tačiau sveikatos apsaugos sistemoje dėl jos veiklos sferos specifiškumo nėra taikomas kainos - naudos metodas (Mooney, 2003).

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) įstaigų vykdomos sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai reglamentuoti LR Sveikatos sistemos įstatymu (2010-11-16 Nr. I-552). Bazinis LNSS veiklos finansavimo dydis, įskaitant valstybės biudžeto, savivaldybių biudžetų ir PSDF biudžeto lėšas, kiekvienais metais turi sudaryti ne mažiau kaip 5 % BVP vertės. Asmens ir

visuomenės SPI finansuojamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų, PSDF, sveikatos fondų bei kitų lėšų (draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir susirgimų profesinėmis ligomis, savanoriškojo sveikatos draudimo lėšų, lėšų už mokamas paslaugas).

Lietuvoje sveikatos paslaugų finansavimas vykdomas remiantis LR **Sveikatos draudimo įstatymu** (2010-10-23 Nr. I-1343), pagal kurio pirminį variantą nuo 1997-01-01 pradėta įgyvendinti įstatyminė sveikatos draudimo schema. Minėtas įstatymas nustato privalomojo sveikatos draudimo sistemą, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų ir SPI teises bei pareigas, papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo pagrindus ir kt. klausimus. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančios institucijos pateiktos 8 priede.

Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio PSDF biudžetas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus. PSDF biudžeto pajamas sudaro:

- 1) apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei už juos mokamos įmokos;
- 2) valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis;
- 3) institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos;
- 4) papildomi valstybės biudžeto asignavimai;
- 5) savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos ir kt.

Sveikatos draudimo išteklių pasiskirstymo strategiją lemia du principai:

1) tolygus gyventojų finansavimas, remiantis prielaida, kad potencialūs pacientai netaps realiais pacientais. Toks problemos sprendimas užtikrina santykinį išlaidų minimizavimą, mažėjant pacientų, gydomų stacionaruose, srautui;

2) sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas atsižvelgiantį naudingumą. Prioritetiškai turi būti finansuojamos sveikatos priežiūros paslaugos ir atitinkamos medicinos technologijos, kurios užtikrina kuo didesnę naudą pacientams.

Sveikatos draudimo įstatyme (2010-10-23 Nr. I-1343) įvardinti 3 galimi apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas būdai (1.3 lentelė).

1.3 lentelė

Apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas būdai

Valstybes laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra	Mokamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms	Dalinis mokėjimas už asmens sveikatos priežiūros paslaugas
Teisę gauti valstybes nemokamą asmens sveikatos priežiūrą turi LR, kitų valstybių piliečiai ir asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvoje. Būtinąją medicinos pagalbą visuomeninėse sveikatinimo įstaigose teikiama nemokamai visiems nuolatiniams gyventojams neatsižvelgiant į tai, ar jie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu bei neatsižvelgiant į paciento apsilankymų įstaigoje per kalendorinius metus skaičių, jo gyvenamąją vietą. Kitas sveikatos priežiūros paslaugas (ne būtinąsias) turi teisę gauti apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu.	Mokamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, teikiamoms SPI, priskiriamos paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš valstybės (savivaldybių) biudžetų ar per sveikatos draudimo sistemą. Kitas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios nėra išvardytos nemokamų paslaugų sąrašė ir nepriskirtos būtinosios medicinos pagalbos paslaugoms, teikiamoms SPI nuolatiniams šalies gyventojams, apmoka patys pacientai.	Dalinai už paslaugas vartotojas gali mokėti ir tais atvejais, kai atliekant diagnostinius tyrimus ar kitas medicinos procedūras naudojami brangūs reagentai, jeigu šių reagentų, reikalingų vienam tyrimui ar gydymo procedūrai atlikti, kaina yra didesnė už nustatytą išlaidų medikamentams ir tvarsliavai, skirtiems vienam pacientui per parą, sumą. Jei pacientai savo iniciatyva pasirenka brangiau kainuojančias paslaugas, medžiagas, procedūras, tai šių paslaugų, medžiagų, procedūrų faktinių kainų ir nemokamų paslaugų, medžiagų, procedūrų bazinių kainų skirtumą jie apmoka patys.

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis LR Sveikatos draudimo įstatymu 2010-10-23 Nr. I-1343 Prieiga per internetą:
http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_1?p_id=388727&p_query=&p_tr2=

Iš PSDF biudžeto apmokamos šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos: prevencinė medicinos pagalba, medicinos pagalba, medicininė rehabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, ir asmens sveikatos ekspertizė. Taip pat iš PSDF biudžeto apmokama:

- 1) pirminės, antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos;
- 2) galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo išlaidų kompensacijos;
- 3) išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensacijos ir kt.

Pažymėtina, kad esamas sveikatos sistemos finansavimas Lietuvoje neužtikrina pakankamo lėšų skyrimo SPI funkcijų vykdymui. Pasisakydamas už geresnį sveikatos sistemos finansavimą, J. Pundzius (2010) teigia, kad reikia organizuoti du sveikatos priežiūros tinklus - vieną besidraudžiantiems dirbantiesiems, kitą - valstybės lėšomis draudžiamiesiems. Ši nuostata atitinka LR Sveikatos draudimo pakeitimo įstatymą (NR. IX-1219), įsigaliojusį 2002-12-03, kuris be privalomojo numato ir papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą. Papildomasis sveikatos draudimas šiame įstatyme apibrėžiamas kaip papildomojo sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos pagal šias sutartis po papildomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio. Papildomojo sveikatos draudimo lėšas sudaro savanoriškos (papildomos) juridinių ir fizinių asmenų piniginės įmokos savanoriškąjį sveikatos draudimą vykdančioms draudimo įmonėms. Minėtas įstatymas išskiria du papildomojo sveikatos draudimo draudiminius įvykius:

1. Papildomojo sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai yra apdraustojo kreipimasis į SPI dėl papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyse numatytų ir gydytojo diagnozuotų sveikatos sutrikimų ir (ar) sveikatos būklių, sudarančių pagrindą teikti apdraustiesiems šiose sutartyse numatytų rūšių ir masto asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei patarnavimus. Šių paslaugų ir patarnavimų išlaidas papildomojo sveikatos draudimo sutartyse nustatytais sąlygomis apmoka draudikas.

2. Papildomojo sveikatos draudimo lėšomis apmokamos sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, taip pat išlaidos kompensuojamiesiems vaistams, kurių neapmoka PSDF biudžetas, valstybės ar savivaldybių biudžetai.

Bazinis Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos finansavimas glaudžiai susietas su valstybės ekonomine padėtimi, numatant kiekvienais metais šiam sektoriui skirti ne mažiau kaip 5 % BVP vertės. Tačiau ši skiriama sveikatos sistemai lėšų suma yra nepakankama. Sprendžiant sveikatos sektoriaus finansavimo stabilumo užtikrinimo klausimus, 2002 m. priimtos LR Sveikatos draudimo pakeitimo įstatymo nuostatos. Šio įstatymo nuostatos be valstybinio sveikatos sektoriaus finansavimo, įtvirtina galimybę naudotis papildomo sveikatos draudimo lėšomis. Šiandien tampa akivaizdu, kad, prastėjant gyventojų demografinės ir socialinėms charakteristikoms, būtina nustatyti optimalų valstybinio ir savanoriško sveikatos draudimo santykį, kuris leis užtikrinti tinkamą sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą.

1.2.4 Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimas

Gyventojų sveikatos gerinimas ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimas svarbi ekonominio augimo sąlyga. Gyvenimo kokybė priklauso ne tik nuo individualių asmens savybių, bet ir gydymo proceso, kurį sudaro medikamentinio, chirurginio gydymo, diagnostikos ir kiti metodai. Sveikatos priežiūrai gyvenimo kokybė yra aukščiausias tikslas, kurio siekia pacientai ir turėtų siekti šias paslaugas teikiantys medikai (Amalberti ir kt., 2005). Sveikatos sistemos infrastruktūra tiesiogiai įtakoja gyvenimo kokybę, žmonių darbingumą ir darbingo amžiaus trukmę (Šiaulių regiono 2007–2013 metu plėtros planas). Tai ypač svarbu stabiliam vystymuisi, kuris J. Disano, (2009) teigimu, negali būti pasiektas ar išlaikytas, kai didelė gyventojų proporcija yra prastos sveikatos ir neturi tinkamos prieigos prie sveikatos priežiūros sistemos. Sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas - viena iš daugelio valstybės vykdomų funkcijų. Šiuo atveju valstybė pasireiškia kaip ekonomikos ir visuomenės reguliatorius, koordinatorius bei moderatorius, vykdanți paslaugų teikėjos arba paslaugų užsakytojos funkcijas, atsižvelgdama į piliečių interesus (Vengrienė, 2006). Šioje dalyje pagrindinis dėmesys skiriamas sveikatos sistemos infrastruktūros analizei, pristatomos sveikatos paslaugų sektoriaus sudėtinės dalys, analizuojami medicinos paslaugų vadybos ir kokybės elementai.

1.2.4.1 Viešųjų gėrybių vadybiniai aspektai

Kiekviena valstybė, rūpindamasi savo piliečių gerove, įsipareigoja jiems užtikrinti viešųjų gėrybių teikimą ir jų prieinamumą. Pasak J. E. Lane (2001), viešosios gėrybės yra tokios, kurias rinkos dalyviams teikti yra nenaudinga, nes jų neįmanoma parduoti. Taip yra todėl, kad viešosioms gėrybėms būdingos dvi savybės: vientisumas ir neatskiriamumas. Vientisumas – tai tokia savybė, dėl kurios gėrybės vartotojai, vartodami gėrybę, nesukelia neigiamų pasekmių vienas kito atžvilgiu, ir, didėjant vartotojų skaičiui, gėrybės prieinamumas dėl to nemažėja. Neatskiriamumas reiškia, jog nėra jokių techninių ir ekonominių priemonių, kuriomis būtų galima vartotojams, net ir nesumokėjus gėrybės kainos, neleisti tos gėrybės vartoti (Smilga, Janušonienė, 2005).

Viena iš valstybės gėrybių rūšių yra rekomenduotinos gėrybės (*angl. merit goods*) – tai socialinės, švietimo, kultūros, sveikatos priežiūros paslaugos. Rekomenduotinos gėrybės turi visas privačių gėrybių savybes, tačiau nuo privačių gėrybių rekomenduotinos gėrybės skiriasi tuo, kad jas finansuoja viešasis sektorius. Sprendimas tokias gėrybes finansuoti per viešuosius biudžetus iš mokesčių mokėtojų lėšų, o vartotojams jas teikti nemokamai yra pagrindžiamas ne ekonominio efektyvumo, bet socialinio teisingumo argumentais. G. H. Frederickson (2007) akcentuoja, kad šiuo būdu siekiama siekiant užtikrinti teisę šiomis gėrybėmis pasinaudoti ir mažas pajamas gaunantiems asmenims.

Lyderystė - esminis efektyvios veiklos organizavimo versle įrodymas, kuris gali padidinti ir SPĮ veiklos efektyvumą. Visuomenės sveikatos vadyba ir lyderystė reikalauja supratimo apie dabarties ir ateities sveikatos klausimus ir resursų panaudojimo galimybes (Capper, Ginter, Swayne, 2002). L. Rowitz (2009) analizavęs visuomenės sveikatos lyderystės principų pritaikymą praktikoje,

parengė visuomenės sveikatos lyderystės konceptualųjį modelį, apimančią ne tik lyderio asmeninių savybių rinkinį, bet ir pačios visuomenės suinteresuotumą savo sveikatos būklės gerinimu.

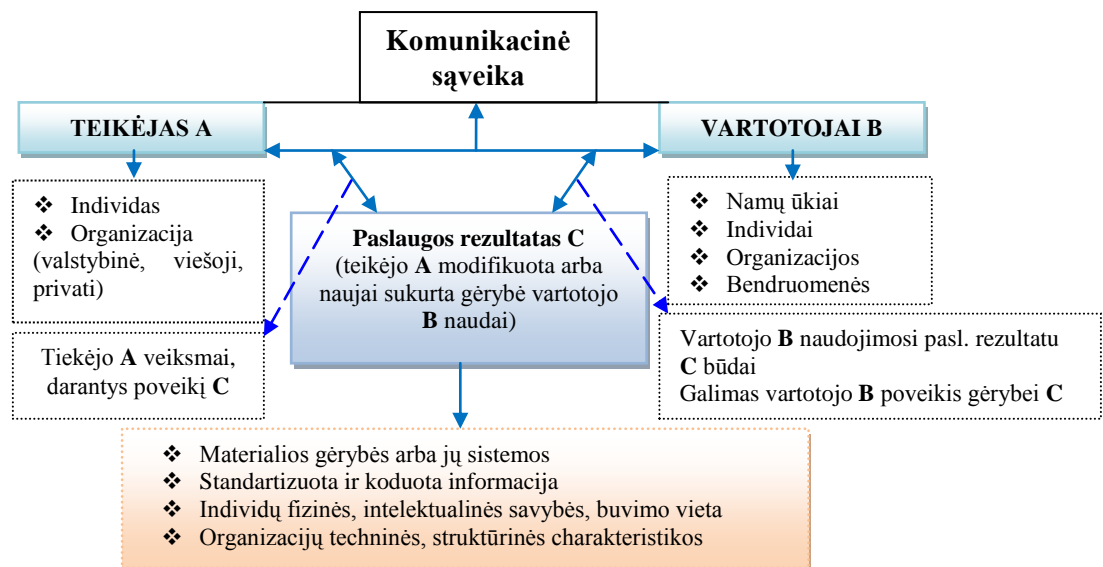
S. B. Buchbinder, N. H. Shanks (2007), išstudijavę 130 viešosios sveikatos lyderių Jungtinėse Valstijose, Anglijoje, Škotijoje ir Airijoje, nustatė 16 visuomenės sveikatos lyderystės principų. Šių autorių parengtoje studijoje „Įvadas į sveikatos priežiūros vadybą“ svarbus akcentas skirtas racionaliam visuomenės sveikatingumo planavimui, kuris reikalauja bendradarbiavimo tarp visuomenės sveikatos agentūrų lyderių, vietinių SPĮ atstovų, kitų vietinių ir valstybinių bei išorės suinteresuotų šalių. Šie autoriai taip pat akcentuoja sveikatos prevencijos būtinybę ir teigia, kad visuomenės sveikatingumas gimsta iš bendruomenės atsakingumo ir bendruomenės aktyvumo.

Viešųjų gėrybių skirstymu socialiai atsakingose valstybėse siekiama užtikrinti galimybę jomis naudotis net ir mažas pajams gaunantiems asmenims. Daugelyje užsienio valstybių įtvirtinta kolegialaus sprendimų priėmimo viešųjų gėrybių skirstyme praktika. Sveikatos sistemos paslaugų planavimo ir skirstymo procesuose dalyvauja visos suinteresuotos grupės, pradedant šios sistemos politikos formavimo ir įgyvendinimo lygmens atstovais ir baigiant bendruomenių nariais. Lietuvos sveikatos sistemos viešųjų gėrybių sandara ir jos prieinamumo organizavimo klausimai nagrinėjami kitame skyriuje.

1.2.4.2 Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos paslaugų struktūros sandara

Tradiciskai infrastruktūrai priskiriami keliai, magistralės, vamzdynai, oro uostai, geležinkeliai, elektros energijos tiekimo linijos. Šiandien infrastruktūros sąvoką gerokai praplėsta ir apima švietimo sistemą, telekomunikacijas, bendruomenės žinių vystymo įstaigas, sveikatos apsaugos įstaigas, anksčiau nelaikytas infrastruktūra, dabar tapusias svarbia jos dalimi (Seethepalli, Bramati, Veredas, 2008; Straub, 2008; Grubestic, 2009). Šios naujos infrastruktūros apibrėžties sudėtinės dalys priskiriamos socialinių paslaugų infrastruktūrai. Pasak M. Christopher (2009), socialinių paslaugų infrastruktūra – įvairaus tipo ir pavaldumo, įvairioms klientų grupėms skirtų socialinių paslaugų institucijų sistema ir jų ryšiai funkcionuojantys tam tikroje teritorijoje. Socialinių paslaugų plėtra vykdoma remiantis decentralizacijos principu.

Sveikatos apsaugos sistemos teikiamos paslaugos - tai viena iš socialinių paslaugų infrastruktūros sudėtinių dalių. Daugelyje paslaugų apibrėžimų akcentuojama, kad paslauga visų pirma yra procesas, kai vyksta vartotojo ir personalo sąveika. Pasak T. P. Hill paslauga – tai ekonominio subjekto arba jam priklausančios gėrybės pakeitimas, kurį atlieka vienas subjektas kito prašymu. L. Bagdonienės, R. Hopenienės, (2005) teigimu, paslauga gali būti tik ta veikla, kuri tampa mainų objektu. Detalų paslaugos apibūdinimą pateikia J. Gadrey (1996) (1.5 pav.).



1.5 pav. Paslaugos samprata

Hopenienė, R. (2011). *Paslaugų marketingas*. Prieiga per internetą:

http://www.vadk.ktu.lt/informacija_bakalaurams/IV_kursas/paslaugu_marketingas/2p_Pasl_ypatumai.pdf

J. Gadrey (1996) nuomone, paslauga – tai veiksmas, kuriuo siekiama gėrybių, priklausančių vartotojui, transformacijos, kuria vykdo teikėjas vartotojo užsakymu, dažnai sąveikoje su vartotoju. Šios transformacijos rezultatas negali cirkuluoti nepriklausomai nuo keičiamos gėrybės.

Sveikatos priežiūros paslaugos - įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas (Hillestad, Berkowitz, 2004). Paslaugų užsakovais gali būti LR Sveikatos sistemos įstatyme (2011-11-16 Nr. I-552) nustatyti LNSS veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys. Sveikatos priežiūros paslaugų tiekimo sistemoje išskiriami trys sveikatos priežiūros lygiai: 1) pirminis (pirminė sveikatos priežiūra); 2) antrinis (antrinė sveikatos priežiūra); 3) tretinis (tretinė sveikatos priežiūra). Detalus sveikatos priežiūros paslaugų pasiskirstymas pagal įvardintus lygmenis pateiktas 9 priede.

Vietos savivaldos įstatymas (2010-12-11 Nr. I-533) įvardija ribotai savarankiškas savivaldybių funkcijas, susijusias su socialinių paslaugų teikimo infrastruktūra. Šioms paslaugoms priskiriama pirminė asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra, kuriai, J. DiSano (2009) nuomone, reikia koncentruoti didelį dėmesį, siekiant užtikrinti minimalų saugumą labiausiai pažeidžiamos vaikų, pagyvenusių, neįgaliųjų, socialiai neapsaugotų žmonių grupėms. **PSP** - pradinis visų amžiaus grupių pacientų, sergančių visomis ligomis, sveikatos priežiūros lygmuo (PSO). Asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) (3 priedas) arba jų padalinių, teikiančių pirminio lygio stacionarines asmens sveikatos priežiūros (gydymo ir slaugos) paslaugas, veiklą reglamentuoja Lietuvos medicinos norma MN 80:2000. PSP apima šis paslaugas:

- pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos - nespecializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra ir psichinės sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje ASPI.

- pirminės stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos - stacionarines pirminio lygio palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis ar neįgaliesiems, kai yra netikslinga rehabilitacija specializuotuose skyriuose, teikia palaikomojo

gydymo ir slaugos ligoninės.

GMP paslaugos - asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurias teikia GMP paslaugų teikėjai. GMP paslaugų teikėjai sudaro ne mažiau kaip dvi brigadas, kurių skaičius kiekvienos savivaldybės teritorijoje nustatomas pagal normatyvus. Kaimiškosiose vietovėse viena brigada aptarnauja ne mažiau kaip 10 000 - 12 000 gyventojų, miesto vietovėse - ne mažiau kaip 13 000 - 15 000 gyventojų.

Antrinė visuomenės sveikatos priežiūra įgyvendinama per antrinio lygio visuomenės SPI (4 priedas). Antrinio lygio visuomenės SPI veikia teritoriniu principu, jų steigėja yra VVSPT. Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos skirstomos į:

- antrines ir tretines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (gydytojų konsultacijos, papildomai mokamos tretinio ir antrinio lygio paslaugos bei paslaugos, teikiant būtinąją pagalbą be siuntimo);

- suaugusiųjų ir vaikų stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (atstatomosios medicinos paslaugos, institucinė stacionarinė skubi medicinos pagalba, sanatorinis gydymas, kt.).

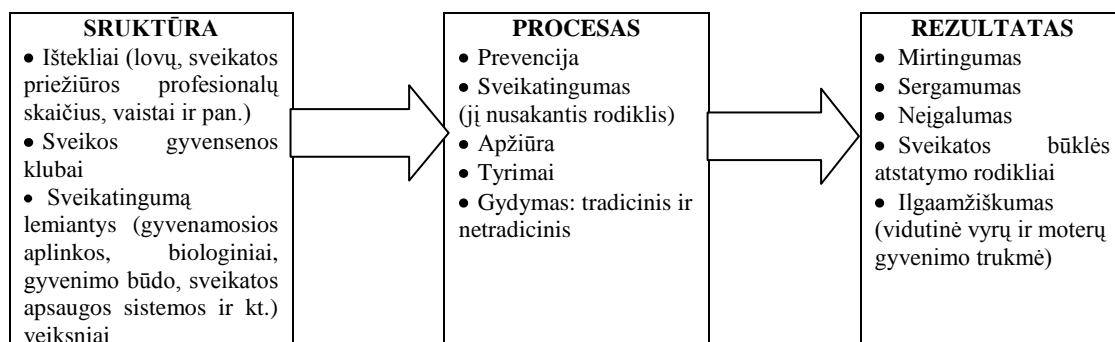
Tretinė visuomenės sveikatos priežiūra organizuojama valstybės lygiu ir įgyvendinama per tretinio lygio visuomenės SPI. Šiam lygmeniui priskiriamos tretinės (specializuotos) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurias teikia gydytojai konsultantai, konsultuodami pacientus ir teikdami gydymo metodikas pirminio ar antrinio lygio SPI gydytojams (teikiama informacija ligų profilaktikos klausimais; tretinės ambulatorinės atstatomosios medicinos paslaugos; laikinojo nedarbingumo ekspertizė) (Gustainienė, 2003).

Naujas sveikatos paslaugų teikimo organizavimo poslinkis yra susijęs su 2010 m. ES programos „E-sveikata“ įgyvendinimu. Sveikatos apsaugos sistemos yra ES valstybių narių atsakomybė, tačiau kai kuriais atvejais, piliečiai dėl medicininių paslaugų gali kreiptis į kitas šalis nares, o gydymo išlaidas padengia jų gimtoji šalis. Vienas iš „E-sveikatos“ sistemos privalumų – galimybė retomis ligomis sergantiems pacientams susisiekti su bet kurioje Europos šalyje esančiais specializuotais centrais. Įdiegus „E-sveikatos“ sistemą, ligoniui nereiktų pačiam keliauti pas gydytojus, jis sutaupytų laiko, pinigų ir nepatirtų tiek streso (Nauja ES direktyva sveikatos apsaugos srityje, 2010).

V. Juškeliene (2007) teigimu, kliento, t.y. paciento vadybos kokybė susijusi su jo poreikių tenkinimu, tinkamos aplinkos sudarymu, klinikinių, diagnostinių procedūrų vykdymu laiku, bendravimu su medicinos personalu ir kt. Išsivysčiusių šalių sveikatos apsaugos srityje atsirado nauja paradigma – natūralios sveikatos filosofija, akcentuojanti holistinius sveikatos priežiūros metodus, kuriantį geresnės sveikatos arba geros sveikatos palaikymo strategiją, akcentuojant prevenciją, pačių pacientų atsakomybę už sprendimus, lemiančius jų sveikatą (Gaidelytė, Garbuvienė, Madeikytė, 2010). Šios aplinkybės sąlygoja vis didesnį dėmesio skiriamą sveikatos priežiūros paslaugų kokybei, skatina kokybės vadybą plėtoti, vadovaujantis 1994 m. suformuota Europos kokybės politika.

Sveikatos priežiūros tyrimo ir kokybės agentūra (AHRQ) pateikė koncepciją, kurioje teigiama, kad sveikatos priežiūros kokybė - sveikatos apsaugos sistemos ir jos organizacijų pagrindinė ašis. Šioje koncepcijoje išskirti keturi sveikatos priežiūros kokybės komponentai:

veiksmingumas, saugumas, savalaikiškumas, orientacija į pacientą (Varkey, 2005). Sveikatos priežiūros kokybės pradininkas A. Donabedian (1968) savo darbuose išskyrė tris kokybės įvertinimo komponentus: struktūrą, procesą, rezultatą. Interpretuojant šiuos komponentus, parengtas papildytas ir patobulintas visuomenės sveikatos palaikymo modelis (1.6 pav.).

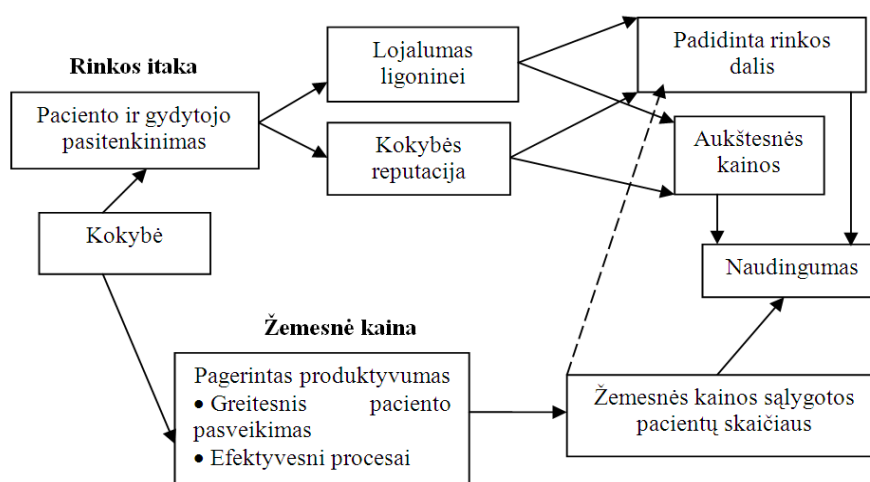


1.6 pav. Visuomenės sveikatos palaikymo modelis

Šaltinis: Paukštys, J., S., Šileikienė, L. (2005). *Sveikatos priežiūros kokybė*. Prieiga per internetą: <http://www.bpg.lt/oldies/item/279>

Sveikatos priežiūros kokybės procesas susijęs su procedūromis ir intervencijomis, kurių tikslas – paversti struktūrinius veiksnius ir išteklius sveikatos rezultatais. Šiuo aspektu įvertinami gydymo proceso rezultatai, akcentuojant ne ligų gydymą, bet sveikatos išsaugojimą, jos grąžinimą iki buvusio lygio ar bent iki įmanomo. Suvokimas, kad sveikatos rezultatą lemia ne tik sveikatos apsauga, bet ir kitos socialinės investicijos (švietimas, socialinės paslaugos, užimtumas ir supanti aplinka) bei jų tarpusavio ryšiai, leidžia praplėsti rezultatų visumą ir turinį.

C. P. McLaughlin ir A. D. Kaluzny (2004) analizuodami nuolatinį kokybės gerinimą sveikatos priežiūros srityje, sudarė modelį, kuris iliustruoja kainos ir kokybės sąveiką (1.7 pav.). Šiame modelyje kokybės koncepcija paremta ne tik kaina ar užimama rinkos dalimi, bet ir lojalumo priešasčių sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigai analize.



1.7 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų kainos ir kokybės ryšys

Šaltinis: McLaughlin, C. P., Kaluzny, A. D. (2004). *Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.

Didėjanti kokybės svarba sveikatos priežiūros srityje skatina naujai pažvelgti į dabartinę

situaciją ir analizuoti medicinos kokybės klausimus. Pasirodę straipsniai, pranešimai apie sveikatos priežiūros vadybą Lietuvoje atskleidžia, jog dar lieka neaiški sveikatos sistemos vadybininko profesinė padėtis ir svarba organizacijai, o pati medicinos kokybės vadybos samprata aiškinama skirtingai (Juškelienė, 2007). Teigiamas poslinkis, įtvirtinęs kokybės svarbą sveikatos priežiūros srityje, susijęs su LR Seimo nutarimu „Dėl LR nacionalinės kovos su korupcija programos patvirtinimo“ pakeitimo (2009-05-14 Nr. IX-259). Šios programos pagrindu išleistas LR SAM ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“ pakeitimo (2010-07-09 Nr. V-617), kurio skatinimas kokybės gerinimo priemonių kūrimas, tobulinimas, propagavimas, plėtojimas ir taikymas, akcentuojant, kad ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse kokybės vadybos metodai, sėkmingai taikomi gamybai, vis labiau skverbiasi į paslaugų sektorių.

Tinkamą ir optimaliai funkcionuojančią sveikatos infrastruktūros sandarą galima užtikrinti tik strategiškai integruojant visus tris sveikatos priežiūros paslaugų lygius. Formuojant sveikatos priežiūros paslaugų paketą ir gerinat jų prieinamumą, reikia stiprinti PSP grandį, stengiantis joje išspręsti didžiąją dalį kylančių sveikatos problemų. Sudėtingų ligų gydymą tikslinga nukreipti į specializuotas antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros grandies SPI. Šiomis nuostatomis remiantis plėtojama sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūra leistų efektyviau panaudoti sveikatos priežiūrai skiriamas lėšas bei būtų sudaryta galimybė užtikrinti kokybiškų paslaugų teikimą, kaip viena esminių gyvenimo kokybę laiduojančių sąlygų. Sveikatos infrastruktūros efektyvumą ir teikiamų paslaugų kokybiškumą bandoma įgyvendinti vykdant sveikatos sistemos sektoriaus reformas.

1.3 Sveikatos sistemos reformų raidos vadybiniai aspektai

XX a. pabaigoje ES šalyse daugiausia dėmesio buvo skiriama atskirų viešosios politikos sričių (aplinkos apsaugos, švietimo, socialinės apsaugos, t.t.) reformoms (Vitkus, 2007). Į reformų sritį pateko ir sveikatos apsaugos reformos apibrėžiamos kaip procesas, kurio tikslas - pasiekti teigiamus pokyčius nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje per sveikatos teisės aktų ir programų vykdymą. Pasak A. Petkevičiaus, A. Urbanavičiaus, A. Abramavičiaus (2006), sveikatos reforma - procesas, nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros resursų keitimą visos šalies mastu prevencinėje, gydomojoje, visuomenės sveikatos srityje valstybiniame ir privačiame sektoriuje, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Pažymėtina, kad pirmieji efektyvesnės veiklos požymiai, įdiegus įvairias efektyvumo didėjimą skatinančias priemones, dažnai būna ne itin ryškūs, o reformų ir pertvarkymų finansavimui skirtų lėšų panaudojimo efektyvumas viešajame sektoriuje tampa pastebimas tik išryškėjus tam tikriems pozityviems pokyčiams (Parry, Humphreys, 2009). Todėl šiuolaikiniuose reformų įgyvendinimo procesuose būtina vadovautis teisėtumo, racionalumo ir pagarbos piliečių teisėms principais ir siekti tos veiklos kuo geresnių rezultatų. Ši sąsaja atitiktų sveikatos politikos sampratą, suvokiant, kad sveikatos politika - darnus visų visuomenės politinių, socialinių ir ekonominių sektorių veiksmų

įgyvendinimas, skirtas ligų profilaktikai, gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, laiku suteikti veiksmingą medicinos pagalbą. Šioje dalyje dėmesys skiriamas viešojo sektoriaus reformų prielaidų analizei, jų įgyvendinimo institucinės sąrangos pristatymui, sveikatos sistemos reformos poreikio ir priežasčių nagrinėjimui.

1.3.1 Viešojo sektoriaus reformų trajektorijos

XX a. amžiaus pabaiga ir šio amžiaus pradžia yra siejami su viešojo administravimo bei „gerovės valstybės“ reformomis, siekiant užtikrinti administracinės ir socialinės piliečių veiklos efektyvumą (Smalskys, 2005). Naujojo viešojo valdymo teorinės paradigmos, K. Walshe, J. Smith, (2006) teigimu, atspindi šiuolaikinių viešojo sektoriaus valdymo formų ir metodų pokyčius, kurie tapo sudedamąja vadybinių pertvarkymų dalimi, valdant resursus, struktūrizuojant paslaugų planavimą, paskirstymą, formuluojant reguliavimo svertus ir taisykles, derinant esminius valdymo ir administravimo uždavinius.

Pradedant viešojo sektoriaus reformų analizę, tikslinga apibrėžti pačią reformos sąvoką. **Reforma** (pranc. *reforme*, lot. *reformo* – pertvarkau) - daugiaprasmiškas žodis tuo požiūriu, kad reiškia ne tik pokytį bet ir gerą pokytį – sąmoningą judėjimą iš ne labai pageidaujamos (buvusios) padėties į labiau pageidaujamą (būsimą) padėtį (Damanpour, Schneider, 2008). Viešojo valdymo sektoriaus reformos apibrėžiamos kaip pertvarkymas, pakeitimas, taip pat kaip politinis pertvarkymas, naujovė ar visuomeninio gyvenimo (valdymo formų, institutų, įstaigų) pertvarkymas, pakeitimas, nekeičianti esamosios santvarkos pagrindų (Tarptautinių žodžių žodynas, 2004, Lietuvių kalbos žodynas, 2005).

Reformomis siekiama geresnės viešojo sektoriaus organizacinių veiklos, kurią lemia suinteresuotų politikų ir privačių veikėjų prioritetai, socialinės, ekonominės jėgos (globalizacija, socialiniai demografiniai pokyčiai, nacionalinės socio-ekonominės politikos kryptys), politinė (partijų pilietinės idėjos, naujos valdymo idėjos, piliečių spaudimas, nenumatyti įvykiai) ir administracinė sistemos (reformų programų turinys, įgyvendinimo procesas) (Vitkus, 2007). Pagrindinis viešojo valdymo **reformų tikslas** - modernizuoti viešąjį sektorių adekvačiai normoms, standartams ir tradicijoms, tiesiogiai paveikti sprendimų rengimą ir įgyvendinimą, planavimo, kontrolės ir vertinimo galimybes, tiesiogiai orientuojant į tolesnę raidą. Pasak Ch. Pollitt ir G. Bouckaert (2003), viešojo valdymo reformos tikslai – valstybės išlaidų taupymas, viešųjų paslaugų kokybės gerinimas, valdžios veiklos našumo ir galimybių didinimas.

Reformų įgyvendinime išskiriami keturi pagrindiniai reformos komponentai („kas“) ir trys proceso komponentai („kaip“) (1.4 lentelė). Komponentų skirtumai yra gana sąlygiški: finansai, personalas, organizacija ir veiklos rezultatų vertinimas – visa tai yra „kas“, o reformos vykdymas iš viršaus ar iš apačios, teisiniai aspektai ir organizaciniai procesai – sudaro „kaip“.

Reformų trajektorijos bruožai: kontekstas (kas) ir procesas (kaip)

Pradinė padėtis <i>Alfa</i>	<p>„Kas“ trajektorija: apimtis ir komponentai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finansai: biudžetas, sąskaitos, auditas • Personlas: įdarbinimas, skyrimas į postą, atlyginimas, tarnybos garantija ir pan. • Organizacija: specializavimas, koordinavimas, apimtis, (de) centralizavimas • Veiklos vertinimo sistemos: turinys, organizavimas, naudojimas <p>„Kaip“ trajektorija: įgyvendinimo procesas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iš viršaus ar apačios • Teisiniai aspektai • Užduočių paskirstymas: (naujos) organizacijos 	Baigties padėtis <i>Omega</i>
--------------------------------	--	----------------------------------

Šaltinis: Pollitt, Ch., Bouckaert, G. (2003). *Viešojo valdymo reforma*. Vilnius: „Algarvė“.

Viešojo valdymo reformos dažniausia vyksta laipsniškai. Jos prasideda nuo pirminio projekto ir išsirutulioja į platesnius procesus arba iš vienos viešojo sektoriaus dalies pereina į kitas (vadinasi iškraipymų gali atsirasti per gana ilgus pereinamuosius laikotarpius). Tačiau, neretai vykdomos reformos ir pertvarkos įneša sumaištį į šalies ekonominę, politinę, socialinę erdvę, sukelia tam tikrus įtampos laukus tarp valdžios institucijų ir visuomenės interesų. Reformų įgyvendinimo trikdžius, A. Raipos, E. Skietričio (2009) teigimu, dažniausiai sąlygoja administruojančio personalo siekis akiai adaptuoti pirmaujančių šalių praktiką, kuri veda į nepamatuotus sprendimus, strateginių nuostatų nebuvimą, valdžios ir verslo struktūrų susiliejamą, neskaidrius viešosios politikos formavimo ir įgyvendinimo procesus.

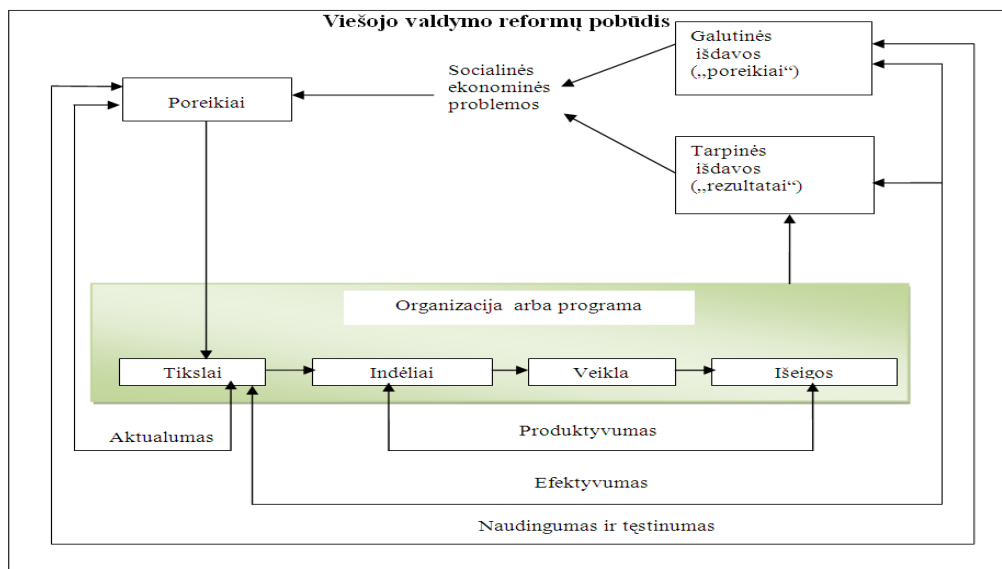
Daugelis administravimo teorijų ir realaus gyvenimo tendencijų nulėmė tai, kad buvo atsisakyta bendrojo viešojo sektoriaus valdymo modelio, vadinamo „ex ante perspektyva“. Vietoje jo viešojo sektoriaus reformų įvairovė suponavo visai skirtingą valdymo modelį, vadinamą „ex post perspektyva“. Viešojo sektoriaus reformų „ex ante perspektyva“ ir „ex post perspektyva“ modelių skiriamieji bruožai pateikti 1.5 lentelėje.

Viešojo sektoriaus reformų Ex ante ir ex post modelių charakteristikos

Ex ante modelis	Ex post modelis
Planavimas	Įvertinimas
Kontrolė	Veikimo laisvė
Tikslus reguliavimas	Įstatyminis įrėminimas
Biudžetas pagal išlaidų straipsnius	Programinis finansavimas
Susitelkimas į priemones	Vadyba pagal tikslus
Vadovavimas	Produkcijos ir rezultatų matavimas
Kolektyvinės paskatos	Individualios paskatos
Apmokestinimas	Mokesčiai už naudojimąsi
Valdžia	Mainai

Šaltinis: Lane, J. E. (2001). *Viešojo sektoriaus sąvokos, modeliai ir požiūriai*. Vilnius: „Margi raštai“.

Pierr‘as suprojektavo indėlio/išėigos modelį (1.8 pav.). Šis modelis naudojamas aukštame bendrybės lygmenyje, visą viešojo administravimo aparatą laikydamas savo analizės vienetu – „dalyku“, kuris sukuria išėigą.



1.8 pav. Indėlių/išigos modelis

Šaltinis: Pollitt, Ch., Bouckaert, G. (2003). *Viešojo valdymo reforma*. Vilnius: „Algarvė“.

Indėlio/išigos modelis dažniau taikomas programoms (pvz., sveikatos apsaugos, darbo vietų kūrimo, kelių tiesimo) arba atskiroms institucijoms bei organizacijoms (mokesčių tarnybos, sveikatos priežiūros įstaigoms). Daroma prielaida, kad institucijos ir/arba programos sukuriamos tam, kad patenkintų tam tikrus specifinius socialinius bei ekonominius poreikius. Jos nustato tikslus, susijusius su šiais poreikiais, ir aprūpina indėliais (personalu, pastatais, ištekliais), su kuriais vykdoma veikla, skirta tiems tikslams pasiekti. Procesai yra veikla, vykstanti tose institucijose, kad sukurtų išėgą, kuri vėliau sąveikauja su aplinka ir sukuria „rezultatus“, o tolesnėje perspektyvoje – fundamentalesnius „poveikius“.

Identifikavus viešojo valdymo reformų pobūdį, privaloma atsižvelgti į visuomenės raidos tendencijas, iškelti realius gyventojams priimtinius tikslus, pagal juos prognozuoti ateitį ir atitinkamai pertvarkyti viešojo sektoriaus institucijų veiklą (Indrūnas, Makštutis, 2008). Vykdomos ir ateityje reikalingos reformos turi būti tarpusavyje derinamos, kad galėtų papildyti viena kitą (1.6 lentelė).

1.6 lentelė

Viešojo sektoriaus reformų lygmenimis

Lygis	Esama padėtis	Vykdomos reformos	Reikalingos reformos
Viešosios politikos lygmuo	Strateginis planavimas	Veiklos ataskaitų tobulinimas, išankstinis ar baigtinis biudžeto programų vertinimas	Stebėsenos ir vertinimas
Organizacijų vadybos lygmuo	Vyriausybės, viešojo administravimo įstatymai ir jų pataisos	„Vienas langelis“, viešųjų įstaigų priežiūra	Bendras vertinimo modelis, kiti kokybės vadybos modeliai
Žmogiškųjų išteklių valdymo lygmuo	Mišrus valstybės tarnybos modelis (pagal Valstybės tarnybos įstatymą)	Valstybės tarnautojų veiklos vertinimas, valstybės tarnautojų atranka	Darbo užmokesčio reforma, kitos motyvacijos didinimo priemonės
Finansų valdymo lygmuo	Programinis (pusiau), prezentacinis biudžetas	Apskričių reforma, išankstinis ir baigiamasis biudžeto programų vertinimas	Geresnis veiklos informacijos naudojimas skirstant išteklius, daugiau ir geresnių veiklos auditų

Šaltinis: Nakrošis, V. (2008). *Strateginis valdymas Lietuvoje: ar turime rezultatų vyriausybę*. Vilnius: Vilniaus universiteto tarptautinių santykių ir politikos mokslų institutas.

Viešojo valdymo reformomis siekiama modernizuoti viešąjį sektorių, adaptuojant jį prie kintančių laikmečio aktualijų. Pagrindiniai veiksniai, lemiantys viešojo sektoriaus modernizavimą, siejami su valstybės biudžeto lėšų taupymu, teikiamų paslaugų našumo gerinimu ir jų kokybiškumo užtikrinimu. Derinat šiuos vienas kitam priešiškus reformų polius, būtinos sutelktos valstybės valdymo institucijų pastangos nustatant strategines reformų kryptis, nukreiptas į finansinių asignavimų planavimą ir organizacijų vadybos metodų tobulinimą. Visi šie įvardinti reformų valdymo instrumentai yra aktualūs ir sveikatos sistemos modernizavimo kontekste.

1.3.2 Sveikatos sistemos reformos politikos kaitos veiksniai ir kryptys

Sveikatos sistemos modernizavimas – vienas iš pagrindinių veiksnių, kurio stiprinimas gali ženkliai įtakoti ne tik pavienio individo, bet ir visuomenės raidą. Lietuvos mokslo ir technologijų baltojoje knygoje (2001), įvardintas bendras Lietuvos tikslas - žmogaus ir visuomenės raida. Žmogaus raida reiškia: 1) žmogaus galių stiprinimą (investicija į švietimą, lavinimą, sveikatos apsaugą); 2) sąlygų naudotis savo galiomis sudarymą. S. Timmermans, M. Berg (2003) akcentuoja, kad modernizuojant sveikatos sistemų valdymą yra tikslinga visuomenės plėtros pokyčius derinti su sveikatinimo profesine veikla, socialinėmis, ekonominėmis ir kultūrinėmis sąlygomis. Lietuvos sveikatos politikos plėtros nuoseklumo ir jos įgyvendinimo tęstinumo užtikrinimui būtini trys pagrindiniai veiksniai:

1. Lietuvos sveikatos politikos formavimo moksliniai pagrindai;
2. aktyvus bendradarbiavimas su tarptautinėmis organizacijomis, pirmiausia su PSO bei ES;
3. Bendras LR Seimo sveikatos reikalus koordinuojančių struktūrų (Sveikatos reikalų komiteto, Nacionalinės sveikatos tarybos), LR SAM, akademinės medicinos institucijų, Lietuvos Gydytojų sąjungos (LGS) darbas (Grabauskas, Kalėdienė, Valiulis, 2004).

Remiantis N. Amosovo koncepcija, mokslinis požiūris į sveikatą turi būti kiekybinis. Šio požiūrio pagrindu sveikatos būklę apibūdina sveikatingumas, kurį galima nustatyti kaip pagrindinių organizmo funkcionuojančių sistemų „rezervinių pajėgumų“ sumą. Vertinant gyventojų sveikatą, D. Kinding (2003) siūlo naudoti Sveiko gyvenimo trukmės (*angl. HALE – health adjusted life expectancy*) rodiklį, kuris įvertina gyvenimo trukmę ir kokybę. S. L. Syme (2005) teigia, kad būtina visuomenės sveikatos problemas sprendžianti strategija, kur sveikatos būklės rodikliai būtų išdėstyti remiantis kompleksiniais, dinamiškais ir sąveikaujantiais socialiniais tarpusavio santykiais, kuriuos nustatytų socialinės institucijos ir organizacijos, įskaitant šeimas, bendruomenes, darbo vietas.

Vienas iš probleminių sveikatos sektoriaus aspektų yra tai, kad šiandien daugeliui šalių neprieinama labai reikalinga informacija apie sveikatos situaciją (Thomas, 2006). Neturint šios informacijos sunku nustatyti visuomenės sveikatos prioritetus, planuoti profilaktines priemones bei vertinti jų efektyvumą. A. Gurevičius (2010) nuomone, objektyvi ir patikima sveikatos informacija yra būtina sveikatos politikai formuoti ir sveikatos priežiūros sistemai racionaliai valdyti. Tuo tikslu rengiamas projektas „Europos bendrijos sveikatos rodikliai ir stebėseną“ (ECHIM – *angl. „European Community Health Indicators and Monitoring“*), kurio siekiama įsivesti Europos bendrijos šalyse bendrus sveikatos rodiklius, kurie leistų palyginti atskirų šalių gyventojų

sergamumą, ligotumą, mirtingumą bei sveikatos paslaugų kokybę (Kuria vieningą ES sveikatos informacijos sistemą, 2010).

Pastaraisiais metais daugelyje išsivysčiusių pasaulio šalių pabrėžiama „naujojo profesionalumo“ sveikatos priežiūrai svarba, kurios esminis bruožas - suvokta visų sveikatos priežiūros subjektų ir objektų tarpusavio priklausomybė ir atsakomybė (Pancerytė, 2008). Bendros atsakomybės už sveikatą, sveikatos priežiūrą, o kartu ir už sveikatos sistemos reformos sėkmę įsigalėjimas šalyje, J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski, (2005) teigimu, yra tikrasis „naujojo sveikatos profesionalumo“ požymis. Norint įgyvendinti šias idėjas, reikalingi trijų lygmenų pokyčiai:

- 1) tarp sveikatos profesionalų ir sektorių;
- 2) tarp sveikatos profesionalų ir pacientų;
- 3) tarp sveikatos profesionalų ir sveikatos vadybininkų bei sveikatos politikų (Wurster, Lichtenstein, Hogeboom, 2009).

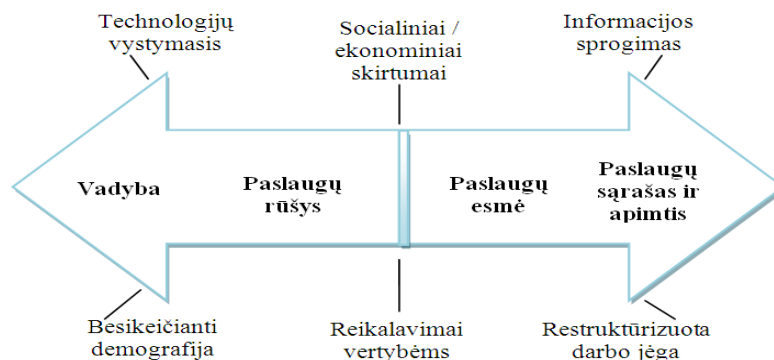
Sveikatos apsaugos sistema, pasak C. Guy, M. Inke, B. M. David (2008), turėtų integruotai apimti visas veiklos kryptis, kurios turi įtakos žmonių sveikatai: ekonomika, ekologija, socialinė apsauga, sveikatos apsauga. J. Newman, E. Kuhlmann (2007) pažymi, kad sveikatos sektorius savarankiškai daugelio sveikatos problemų išspręsti negali. Universitetai, visuomenės sveikatos centrai, sveikatos priežiūros įstaigos turi aktyviai bendradarbiauti vertinant sveikatos reformos eigą, gyventojų ir SPI poreikius, sveikatos stiprinimo programų kūrimą ir įgyvendinimą. Tokios sutelkties funkciją daugelyje vakarų Europos šalių atlieka Visuomenės sveikatos observatorijos, veikiančios Vokietijoje, Belgijoje, Danijoje, Anglijoje, Prancūzijoje. M. P. Ginter ir kt. (2002) įvardija pagrindinės visuomenės sveikatos observatorių veiklos funkcijos:

- vietinės reikšmės Nacionalinės sveikatos sistemos analizė;
- sveikatos ir ligų pokyčių stebėseną;
- visuomenės sveikatos indėlio į sveikatos stiprinimo ir skirtumų mažinimo iniciatyvų kūrimo stiprinimas;
- dalyvauti formuojant sveikatos strategiją, nustatant Nacionalinės sveikatos sistemos prioritetus ir kt.

Lietuvoje sveikatos observatorijos koncepcija yra dar nauja. Bendradarbiaujant Kauno medicinos universiteto Visuomenės sveikatos fakultetui, Kauno technologijos universitetui, Kauno apskrities viršininko administracijai, Kauno teritorinė ligonių kasa (TLK), Kauno miesto savivaldybė Sveikatos skyriui, Kauno visuomenės sveikatos centrui, 2001 m. buvo įkurta pirmoji ir kol kas vienintelė Lietuvoje Kautis regioninė visuomenės sveikatos observatorija (Grabauskas, Kalėdienė, Valiulis, 2004).

Pasak V. Juškelienės (2007), sveikatos sistemos reforma apima visus sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, visas programas, institucijas ir administracines teritorijas ir vyksta tęstiniu laikotarpiu visoje šalyje. Tai apgalvotas, suderintas, suplanuotas ilgalaikės perspektyvos procesas, užtikrinantis ateities pastovumą, o ne staigus, greitas ir trumpalaikis pokytis. Sveikatos reforma Lietuvoje siekiama pagerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, įgyvendinant du pagrindinius tikslus: 1. vykdyti aktyvią sveikatos politiką; 2. pertvarkyti sveikatos apsaugos sistemą, restruktūrizuojant joje

teikiamas paslaugas ir SPI. Nūdienos sveikatos sistemą įtakojantys faktoriai pateikti 1.9 pav.



1.9 pav. Sveikatos sistemą įtakojantys faktoriai

Šaltinis: Jankauskienė, D. (2009). *Nūdienos sveikatos sistemą įtakojantys faktoriai*. Prieiga per internetą: djank.home.mruni.eu/.../1_nudienos-sveikatos-sistema-itakojantys-faktoriai.ppt

Sveikatos reformos vykdomos, kai sveikatos sistema pradeda nebetenkinti vartotojų poreikių, tampa ekonomiškai neveiksminga dėl per didelių jos sąnaudų, valdymas nebeatitinka siekiamų tikslų, nesprenžia esminių problemų (Birmontienė, 1997). Sveikatos sistemos įgyvendinimas dėl pakitusių politinių, finansinių ir organizacinių aplinkybių susiduria su kliūtimis, kurias sukelia tiek sveikatos sistemos organizacijų nariai, tiek šios sistemos paslaugų vartotojai. Pagrindiniai reformos kliūčių faktoriai pateisina strateginių pokyčių sveikatos sistemos reformavime būtinumą (Obama, 2010).

Sveikatos apsaugos veiklos srityse būtini iš anksto aprobuoti ilgalaikiai strateginiai tikslai, be kurių organizacijos negalėtų veiksmingai funkcionuoti. Pasak J. Lammintakanen, K. Saranto, T. Kivinen (2010), strateginio valdymo aspektas sveikatos apsaugos sistemoje atskleidžia ryšius tarp valstybės valdymo posistemių ir leidžia geriau koordinuoti bei patikslinti jų tikslus siekiant suderinti bendrą veiklą. Šiandien strateginiame valdyme akcentuojamas technologinių, ekonominių, politinių, kultūrinių, psichologinių ir socialinių pokyčių valdymas, kurie turės įtakos naujai sveikatos apsaugos sistemai, tačiau ir pati sveikatos apsaugos sistema lems šiuos pokyčius (abipusė įtaka) (Bivainis, Tunčikienė, 2009). Norint keisti esamą padėtį, R. Vaitkienės, (2008) teigimu pirmiausiai būtina strateginius pokyčius derinti su profesine veikla, socialinėmis, ekonominėmis ir kultūrinėmis.

J. Paškauskas (2009) akcentuoja, strateginio mąstymo specialistų teiginį, kad prieš pradėdant konkrečius reformos veiksmus, reikalingas platus ir išsamus naujojo strateginio plano aptarimas, visų sistemos narių principinis pritarimas, nes tik tada reforma bus efektyvi ir bus jaučiama pažanga. Strateginėje perspektyvoje svarstomos sveikatos priežiūros problemos gali būti išskaidytos į 3 sferas:

1. sveikatos draudimo kaina ir prieinamumas;
2. standartai, apimantys visų lygmenų sveikatos priežiūrą;
3. sveikatos apsaugos sistemos struktūros pristatymas (Porter, Teisberg, 2006).

Šiuolaikinės pagrindinės reformų įgyvendinimo vertybės yra laipsniškumas, moksliniais bandomaisiais tyrimais pagrįsti principai, grįžtamojo ryšio principas bei pati iš savęs nuolat besimokanti reforma. E. Blas, N. Hearst (2002) teigia, kad reformą galima pradėti nuo mažų bandomųjų mokslinių principų. Šių projektų metu išmokus principus vėliau pritaikyti kituose

regionuose. Tokiu būdu reforma būtų įgyvendinama pagal laipsniškumo principą.

Pasak, H-J Seeburger (2009), ne mažiau svarbi reformos vertybė, be kurios įgyvendinimo pradėti kalbėti apie ilgalaikę reformos sėkmę neverta, yra sistemos gyvybingumas, kuris užtikrinamas kiekvienais metais į medicinos bendruomenę įsiliejančiais naujais specialistais. Vertybėmis pagrįstos reformos metmenyse visų pirma kalbama apie gydytojo darbo pobūdžio pasikeitimą pagal šiuolaikinį suvokimą, vadybos principų keitimą, naujovišką sprendimų priėmimo būdą, slaugytojų vaidmens išplėtimą, glaudų specialistų bendradarbiavimą regioniniu mastu, specialistų ir šeimos gydytojų kooperaciją, pacientų įtraukimą į sprendimų priėmimo procesą (Šimaitis, 2010).

Naujas požiūris į sveikatos apsaugos reformą pagrįstas 2007 m. visiems sveikatos apsaugos institucijų sluoksniams atstovavusios grupės parengtu dokumentu „Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2007–2015 m. metmenys“, kuriame pasiūlytos dvi sveikatos apsaugos reformos sąvokos – bendroji ir struktūrinė.

1. Bendroji sveikatos apsaugos reforma paremta Europos komisijos akcentuojamu didesnės sąveikos tarp trijų sprendimų priėmimo ir veiksmo lygmenų: bendruomenės, nacionalinio ir programų plėtotės siekimu (*Cohesion policy 2007-13*). Ji apima šiuos plėtojimo principus: valstybinius sveikatos apsaugos politikos, įkainių formavimo politikos, bendrosios sveikatos apsaugos strategijos ir nacionalinės sveikatos apsaugos formavimo strategijos, privačios medicinos ir papildomo medicininio draudimo vystymo.

2. Struktūrinė sveikatos sistemos reforma – nuosaikus decentralizavimas, savireguliacija ir konkurencija pagal laisvojoje rinkoje susiformavusią paklausą, valingas savanoriškojo sveikatos draudimo įdiegimas, principiniai darbo organizavimo pertvarkymai. Pertvarkos esmė - trijų lygiaverčių sveikatos apsaugos regionų įkūrimas, gerinant sveikatos apsaugos paslaugų prieinamumą, mažinant stacionarių paslaugų apimtį ir atsilaisvinusias lėšas nukreipiant į pirminę ir ambulatorinę grandis, dienos stacionaro, dienos chirurgijos paslaugas bei slaugos paslaugas. Taip pat ir specialistus - t.y. gydytojus, slaugytojus, kurie atlaisvins mažinant ligonines, juos nukreipti į minėtas grandis.

Reformuojant sveikatos priežiūros sistemą, I. Jakušvaitė, Ž. Darulis ir R. Žekas, (2005) akcentuoja, kad turi būti suderintos dvi pagrindinės visuomenės vertybės: 1. teisingumas apibrėžiamas kaip supratimas ką nors lygiai paskirstyti tarp atskirų individų ar individų grupių ir 2. efektyvumas - socialinių rezultatų maksimizavimas ekonominiais būdais, neatsiejamas nuo išteklių paskirstymo. A. E. Rehfuess, N. Bruce, J. K. Bartram (2009) teigia, kad reformų varomoji jėga turėtų būti visuomenės poreikiai, kurie sveikatos sistemos reformą įgyvendintu remiantis “iš apačios” principu. Kaip idealų pacientų ir gyventojų poreikių sveikatos sektoriuje tenkinimo mechanizmą galima siūlyti rinkos modelį, tačiau rinkos tikslas - maksimizuoti paslaugų teikimą esant minimaliems kaštams. Tai iš dalies atitiktų pacientų ir medikų interesus, bet nebūtų tikrasis šalies gyventojų interesas. Idealizuotas pertvarkos “iš apačios” variantas reikštų, kad sveikatos sistema turi būti pertvarkoma atsižvelgiant į pagrindinį gyventojų poreikį - būti sveikiems (Boerma, Chopra, Evans, 2008).

Pastaraisiais metais sveikatos sistemoje pradeda vis labiau įsitvirtinti suvokimas, kad už

sveikatos priežiūrą, jos kokybiškumo ir prieinamumo užtikrinimą būtina kolegiali atsakomybė. Šią atsakomybę turi pasidalinti sveikatos sistemos politikos formuotojai, jos įgyvendintojai ir šios sistemos paslaugų vartotojai. Kitas svarbus veiksnys, sąlygojantis tinkamą sveikatos sistemos politikos formavimą, jos poreikių nustatymą, siejamas su sveikatos rodiklių sistemos sukūrimu ir jos integruotu taikymu, priimant sveikatos sektoriaus strateginius sprendimus. Šio sektoriaus efektyvumo užtikrinimui, rengiamos strateginės kryptys, neturi apsiriboti tik sveikatos apsaugos sistema. Sveikatos sistemos strategijos kūrimas turi integruotai apjungti ekonomikos, ekologijos, socialinės ir sveikatos apsaugos sferas. Visi šie įvardinti sveikatos politikos kaitos veiksniai, skatina Lietuvos sveikatos sistemos tobulinimą ir jos reformavimą, grindžiamą teisingumo ir efektyvumo vertybėmis. Sveikatos sistemos reformos gali duoti apčiuopiamų rezultatų, kai jos yra vykdomos remiantis moksliniais tyrimais, grįžtamojo ryšio principų taikymu ir laipsnišku įgyvendinimu. Lietuvos sveikatos sistemos reformų raida, aptariama kitame skyriuje.

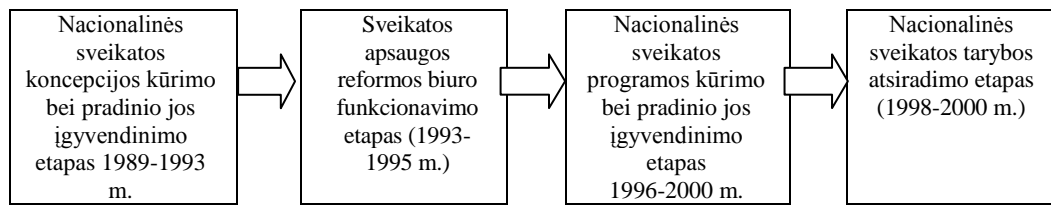
1.3.3 Sveikatos sistemos reformų raidos transformacijos etapai

Į nepriklausomybę Lietuva įžengė turėdama „Semaškos“ sveikatos apsaugos organizavimo modelį, kuris, be pranašumų, turėjo nemažai trūkumų. Šie trūkumai buvo susiję su ribotais savais ištekliais, per dideliais kaštais dėl struktūrinės sveikatos sistemos sandaros. Brangi, centralizuoto valdymo, neskatinanti vietos valdžios iniciatyvos ir atsakomybės, be sveikatos įstatymų, itin specializuota, ydingai ir per mažai finansuojama, sveikatos sistema reikalavo pertvarkos. Atkreiptas dėmesys ir į nepakankamą sveikatos mokymą, sveikos gyvensenos trūkumą, ligų profilaktiką, prastas medicinos technologijas, taip pat medikų žinių trūkumą (Grabauskas, 1997).

Lietuvoje sveikatos priežiūros sistemos situacija, lyginant su kitomis Europos valstybėmis, buvo prastesnė, todėl sveikatos sistemos reforma buvo pradėta vykdyti remiantis kitų Europos valstybių patirtimi. Lietuvoje, kaip ir kitose Europos šalyse, buvo stebimos šios sveikatos priežiūros sistemos kitimo tendencijos:

- prioritetas skiriamas pirminei sveikatos priežiūrai;
- mažinamas ligoninių lovų skaičius;
- kuriami vienos dienos stacionarai;
- racionaliai naudojami finansiniai ištekliai;
- gerinama sveikatos priežiūros bei ligoninių vadyba (Figueras, McKee, Cain, Lessof, 2004).

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, pradėta pertvarkyti sveikatos priežiūros sistemą. Sveikatos reformos pradžiai įtakos turėjo 1991 m. patvirtinta Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija, kurios įgyvendinime įtvirtintas valstybės, visuomenės bei kiekvieno piliečio asmeninis dalyvavimas. (Gustainienė, 2003). Atsižvelgiant į Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991) įtvirtintas nuostatas, **sveikatos politikos formavimo procesą pirmuoju nepriklausomos Lietuvos dešimtmečiu** galima suskirstyti į keturis etapus (1.10 pav.).



1.10 pav. Sveikatos politikos formavimosi etapai

Šaltinis: Sudaryta autoriaus, remiantis Gustainienė, L. (2003). *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. Kaunas.

1. Nacionalinės sveikatos koncepcijos kūrimo ir jos pradinio įgyvendinimo etapas. LGS suvažiavime (1989) paskelbta, kad siekiant efektyviau spręsti Lietuvos žmonių sveikatos problemų klausimus, būtina keisti rigidišką, skirtą gydyti ligas bei ligoninėmis grindžiamą sveikatos apsaugos modelį. Po intensyvaus dialogo nacionaliniu mastu, patvirtinta Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija (1991-10-31 Nr. 1-1939) tapo pagrindiniu dokumentu, grindžiančiu sveikatos politikos formavimą Lietuvoje. Patvirtinusi koncepciją Lietuva išipareigojo sveikatos sistemą plėtoti derindama sveikatos ugdymą, ligų profilaktiką ir kokybišką medicinos pagalbos teikimą sveikatai sutrikus, decentralizuoti sveikatos sistemos valdymą, pertvarkyti sveikatos priežiūros specialistų rengimą pagal ES standartus ir kt. Sveikatos sistemos reformos prioritetas teikiamas sveikai gyvensenai ugdyti, aplinkai saugoti, o sveikatos priežiūros srityje - PSP grandžiai.

Pirmoji LR Vyriausybė pradėjo SPI decentralizavimo procesą. Iki tol visos sveikatos priežiūros įstaigos priklausė SAM. Du trečdaliai jų 1991 m. buvo perduota savivaldybėms. Dėl to padidėjo savivaldybių vaidmuo ambulatorinės pagalbos ir daugelio mažų bei vidutinių ligoninių valdymo srityje. Kūrėsi privati medicinos praktika, ypač stomatologija (dabar odontologija), kas leido pagerinti teikiamų paslaugų kokybę.

Šiuo laikotarpiu nebuvo atskirtos SAM ir savivaldybių sveikatos politikos kūrimo, administravimo, finansavimo, kontrolės bei turto valdymo funkcijos. Pagrindinė sveikatos priežiūros planavimo forma tuo metu buvo valstybės, vietos savivaldybių ir PSDF biudžetų planavimas. SPI pamažu pradėjo prarasti kokybės kontrolę, jų teikiamų paslaugų lygis ėmė neatitikti reikalavimų. Šiam devoliucijos procesui buvo būdingi keli trūkumai: planavimo nebuvimas, kvalifikuotų personalo vadovų savivaldybėse stoka, pacientų pasirinkimo teisės ribojimas, pernelyg didelė ligoninių administracijos įtaka ir nepakankamas savivaldybių veiklos koordinavimas (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

2. Sveikatos apsaugos reformos biuro (SARB) funkcionavimo etapas. Siekiant į reformos procesą plačiau įtraukti medicinos ir plačiąją visuomenę, 1993 m. prie SAM buvo įkurtas SARB'as, kuris rengė konkrečius sveikatos sistemos reformos projektus ir telkė įvairių sričių medicinos ir kitų specialybių profesionalus. SARB'o tarybos sesijose buvo aptariama sveikatos bei medicinos personalo rengimas, visuomenės sveikatos, PSP grandies, stacionarinės pagalbos optimizavimas, reabilitacijos sistemos restruktūrizacija, šių procesų ekonominis pagrindimas.

Vienas pirmųjų žingsnių, kuriant sveikatos priežiūros sistemos įstatymus, buvo 1994 m. priimtas LR sveikatos sistemos įstatymas. Tačiau įstatymais nustatytos atsakingos institucijos (LR Vyriausybė, SAM ir kt.) dar galutinai neparengė minėtųjų įstatymų nuostatomis įgyvendinti

reikalingų reformų planų. Atsirado ypatingas poreikis ugdyti vadybos įgūdžius, nes visiems administravimo lygiams trūko pažangios valdymo patirties įstatymams įgyvendinti.

Vykdam Lietuvoje administracinę reformą ir 1995-1996 m. įsteigus naujas savivaldybes bei apskritis pradėta kurti sveikatos priežiūros viešojo administravimo struktūras, priimti politiniai sprendimai dėl įstatyminio sveikatos draudimo schemos diegimo, sveikatos priežiūros paslaugų dekoncentravimo, SAM vadovavimą perleidžiant dešimčiai apskričių. Šiame etape PSP deleguota savivaldybėms, antrinė – apskritims, tretinė - SAM ir universitetams. Savivaldybėse ir apskrityse pradėtos kurti savivaldybės gydytojo ir apskrities gydytojo tarnybos. Svarbus valdymo žingsnis buvo 1996 m. priimtas sprendimas biudžetines sveikatos priežiūros įstaigas reorganizuoti į viešąsias. Sukurti viešosios įstaigos kolektyviniai valdymo organai: gydymo taryba ir slaugos taryba, kurioms deleguota rūpintis sveikatos priežiūros paslaugų kokybe ir organizavimu SPĮ viduje (Kaledienė, Petrauskienė, Rimpela, 1999).

Iki 1996 m. pabaigos nepavyko parengti ir priimti visų 34 sveikatos sistemą reglamentuojančių įstatymų. Sveikatos priežiūros reformos tikslai buvo per daug ambicingi, tad keičiantis vyriausybėms, neturint patvirtintos Lietuvos nacionalinės sveikatos programos, ilgalaikės strategijos ir tikslų, pradėjo keistis ir kai kurios strateginės nuostatos.

3. Nacionalinės sveikatos programos kūrimo ir pradinio jos įgyvendinimo etapas. 1996 m. bendra SAM ir akademinė institucijų iniciatyva sukurta darbo grupė pradėjo rengti Nacionalinę sveikatos programą. Tačiau programai įgyvendinti, koordinuoti lėšų nenumatyta, nesudarytas jos įgyvendinimo veiksmų planas. Tai laikytina didžiausiu programos įgyvendinimo trūkumu.

1997-01-01 dienos pradėta įgyvendinti įstatyminė sveikatos draudimo schema. Socialinio sektoriaus raidą grįžta Vakarų Europos socialinio draudimo modeliui būdingais principais (solidarumas, teisėtumas, lygios galimybės), kurių siekta laikytis tiek rengiant, tiek įgyvendinant valstybės politiką reglamentuojančius įstatymus (Vienonen, Jankauskiene, Vask, 1999). Atsakomybė už SPĮ paprastąsias išlaidas, kuri iki tol gulė ant SAM ir vietos savivaldybių, perėjo naujai institucinei struktūrai, kaip ir Sodros funkcijos, susijusios su sveikatos draudimu. Pradėjus įgyvendinti Sveikatos draudimo įstatymą, 1997 m. susiformavo ligonių kasų sistema. PSDF, atskirtas nuo valstybės biudžeto, tapo pagrindiniu SPĮ finansavimo šaltiniu. Prasidėjo naujas reformų etapas - bandymas šalies mastu taikyti netiesioginio ekonominio reguliavimo metodus. Jų esmę sudaro sutarčių tarp TLK ir SP įstaigų sudarymas bei paslaugų apmokėjimo sistemos pokyčiai (European Observatory on Health Care, 2000).

4. Nacionalinės sveikatos tarybos funkcionavimo etapas. 1997-1998 m. įvyko antrasis decentralizacijos etapas, kai SAM pavaldumo didžioji dalis ligoninių perduotos apskričių, o kai kurios - savivaldybių priklausomybėn.

1998 m. LR Seimas patvirtino Nacionalinę Lietuvos sveikatos programą, kurios pagrindiniai tikslai: gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas, sveikatos santykių teisumas, gyvenimo kokybės pagerinimas. Lietuvos sveikatos programos patvirtinimu, žengtas svarbus žingsnis, užtikrinantis sveikatos politikos nuoseklumą.

LR Seimui atskaitlingos tarpžinybinės institucijos, sveikatos politikos įgyvendinimui koordinuoti nacionaliniu mastu, sukūrimas buvo numatytas Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje.

1998 m. LR Seimo nutarimu patvirtinti Nacionalinės sveikatos tarybos nuostatai ir jos sudėtis. Po ilgos pertraukos visos trys sveikatos politiką formuojančios ir jos įgyvendinimą lemiančios institucijos - Nacionalinė sveikatos taryba, LR Seimo Sveikatos reikalų komitetas ir LR SAM - ėmėsi koordinuotos veiklos.

1998-1999 m. SAM pritarė sveikatos apsaugos sistemos privatizavimo strategijai ir parengė BPG (bendrosios praktikos gydytojai) privačios veiklos plėtojimo priemonių planą. Šiame plane buvo numatyta siekti, kad būtų suvienodintos BPG veiklos sąlygos, nepriklausomai nuo nuosavybės formos, o LR Vyriausybė ir Finansų ministerija sudarytų palankesnes sąlygas BPG privačios veiklos kreditavimui.

1999 m. prasidėjusi šalies ekonominė krizė pakoregavo sveikatos draudimo sistemos vystymąsi. Sveikatos draudimas kaip lėšų persikirstymo mechanizmas atlaikė ekonominės krizės išbandymus, tačiau suminių finansinių lėšų stygių kompensuoti sistema nebuvo pajėgi. Finansinių lėšų sveikatos sektoriuje trūkumas sukėlė nusivylimą vykdoma sveikatos reforma ir vėl išjudino diskusiją apie privačią mediciną ir laisvas, rinkos reguliuojamas paslaugų kainas.

Antrasis nepriklausomybės dešimtmetis sveikatos sistemoje prasidėjo prioritетinių restruktūrizavimo kirpčių nustatymu ir pasirengimu narystei ES. 2000 m. įvykusioje III Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje buvo įvertintos sveikatos sektoriaus derybinės pozicijos LR Vyriausybei derantis dėl narystės ES. Šio sektoriaus derybinė pozicija formaliai nekėlė didelių sunkumų ir šis skyrius buvo gana greitai „uždarytas“ (Grabauskas, Kalėdienė, Valiulis, 2004).

Siekiant gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius, LR Vyriausybė patvirtino Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją (2003-03-18 Nr. 335). Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas vykdomas dviem etapais: pirmasis etapas – 2003–2005 metai, ir antrasis – 2006 – 2008 metai.

Pirmojo SPI restruktūrizavimo etapo tikslas - ekonominių praradimų sveikatos sistemoje kompensavimas, kuris pasiektas tik iš dalies. Šalies mastu įvyko šie sveikatos apsaugos sistemos pagrindinių rodiklių pokyčiai: apsilankymų pas pirminės grandies sveikatos priežiūros gydytojus, tenkančių vienam gyventojui, padaugėjo nuo 3,7 iki 3,9; hospitalizacijos rodiklis 100-tui gyventojų sumažėjo nuo 23,2 iki 20,2 ligonio. Vienas pacientas vidutiniškai gydos ligoninėje 2 dienomis trumpiau, nes vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė sutrumpėjo nuo 10 iki 8 dienų; lovos užimtumas padidėjo nuo 284 iki 308 dienų.

Šio laikotarpiu veiksmingesnė tapo sveikatos priežiūros paslaugų struktūra: penktadaliu, sumažinta lovų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse; stacionariųjų paslaugų apimtis sumažėjo 8 %; ambulatorinių paslaugų padaugėjo 6 %; slaugos apimtis padidėjo 15 %; įsteigta 600 dienos stacionaro vietų. Reorganizavus SPI tinklą, ligoninių sumažėjo 22 juridiniais vienetais. Kai kuriose ligoninėse, kuriose teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtis negalėjo užtikrinti reikiamo šių paslaugų saugumo pacientams, uždaryti arba sujungti neurologijos, tuberkuliozės, kardiologijos ir kt. skyriai. Iš rajono ligoninių, kuriose gimdymų skaičius neatitiko minimalaus 300 gimdymų per metus skaičiaus, gimdymo paslaugos perkeltos į kitų rajonų akušerijos skyrius,

užtikrinant geresnį gimdyvių saugumą ir paslaugų kokybę (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2008).

Šios reformos rezultatai neatitiko pensinio amžiaus, socialiai remtinų žmonių lūkesčių. Jų nepasitenkinimą sukėlė tai, kad mažinant vietų skaičių stacionariose SPĮ, neplečiamas pirminės SPĮ tinklas, lygiagrečiai nevykdoma socialinių paslaugų plėtra ir todėl šių paslaugų prieinamumas, ypač atokesnių vietovių gyventojams, mažėja. Vykę sveikatos apsaugos sistemos pertvarkymai stabdė sveikatos paslaugų teikimo ir pirminės SPĮ, ypač privačių, plėtrą, netobulino šeimos gydytojo institucijos, griovė kaimo mediciną ir silpnino rajonų ligonines (Plieskis, Gaižauskienė, Garbuvienė, 2008).

Atsižvelgiant į pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatus ir vadovaujantis LR Vyriausybeje patvirtintos SAM inicijuotos Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006-2013 m. strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006-2008 m. plano nuostatomis, 2006 m. pradėta ir toliau tęsiama **Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija** (2006-06-29 Nr. 647). Šios strategijos įgyvendinimui parengti su regionų plėtros tarybomis suderinti ir patvirtinti apskričių SPĮ antrojo restruktūrizavimo etapo planai (11 priedas). Šio laikotarpio šalyje vykdoma esminė visuomenės sveikatos sistemos pertvarka, kuria siekiama gerinti ligų profilaktiką, plėtoti galimybes greitai reaguoti į sveikatai išskylančias grėsmes ir reformuoti visuomenės sveikatos sistemą, priartinant ją prie bendruomenės.

Pasak V. Kiguolienės (2008), antrasis restruktūrizavimo etapas buvo parengtas racionaliau. Jo tikslas – „užglaistyti“ sveikatos apsaugos reformos trūkumus ir centralizuotomis paslaugų bei jų įkainių reguliavimo priemonėmis pasiekti ekonominį efektą. Ekonominiam efektui užtikrinti panaudoti kai kurie struktūrinės sveikatos sistemos reformos modelio elementai, tačiau išliko minimalaus finansavimo reguliuojamoji „iš viršaus“ centralizuota sveikatos apsaugos sistema. Antrojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai bei šių kriterijų vykdymo rezultatai pateikiami 1.7 lentelėje.

1.7 lentelė

Antrojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo rezultatai

Eil. Nr.	Vertinimo kriterijus	Mato vnt.	2006 m.	2008 m.	Įvykdymo rezultatai
1.	Vidutinės gyvenimo trukmės padidėjimas ne mažiau kaip 1 mėnesiu kasmet	Mėn.	853,44	863,28	9,84 (mėn.)
2.	Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimties padidėjimas ne mažiau kaip 5 %	Atvejų skaičius (tūkst.)	6763,3	7908,4	16,9 %
3.	Slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimties padidėjimas 3- 5 %	Hospitalizuotų ligonių skaičius (vnt.)	25918	29852	15,2 %
4.	Dienos stacionaro paslaugų apimties padidėjimas ne mažiau kaip 10 %	Lovadienių skaičius (tūkst.)	268,9	328,1	22,0 %
5.	Dienos stacionaro paslaugų apimties padidėjimas ne mažiau kaip 10 %	Paslaugų skaičius (tūkst.)	36,5	105,5	189,0
6.	Stacionarinių paslaugų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse apimties sumažėjimas 3-5 % (be slaugos ir reabilitacijos lovų)	Hospitalizuotų atvejų skaičius (tūkst.)	738,4	751,8	1,8 %
7.	GMP automobilių parko atnaujinimas ne mažiau kaip 10 %	Vnt.	371	97	26,1 %

Šaltinis: SAM. (2008). Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo ataskaita

Kaip matyti iš 1.7 lentelėje pateiktų duomenų, beveik visi antrojo restruktūrizavimo etapo

tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai įvykdyti, išskyrus stacionaro hospitalizacijos atvejų skaičių, kuris užuot sumažėjęs 3–5 %, nežymiai padidėjo (1,8 %). Tačiau ligoninių ir lovų jose, tenkančių santykiniam gyventojų skaičiui, sumažėjo, nors pagal šiuos 2007 m. rodiklius Lietuva vis dar ženkliai lenkia ES valstybių vidurkį.

Daugiausia dėmesio antrajame restruktūrizavimo etape siekta skirti konstruktyviai pirminės sveikatos priežiūrai, kurios 60 % taptų privačia grandimi. Nuo 2006 m. privačioms SPĮ suteikus galimybę dėl paslaugų tiekimo apmokėjimo sudaryti sutartis su TLK, suvienodinta privačių ir valstybinių įstaigų teises kurti privačius centrus, kabinetus. Privačias iniciatyvas skatino kilnojamojo turto perdavimas viešosioms įstaigoms, privataus ir valstybinio kapitalo partnerystės projektų diegimas. Šiuo etapu vykdytas sveikatos paslaugų kainodaros reguliavimas jas diferencijuojant pagal amžių, teritoriją, gyventojų tankį, ligų sudėtingumą ir kt. Palaipsniui didinamos bazinės sveikatos priežiūros paslaugų kainos, į jas įskaičiuojant ir didinant turto amortizacinių atskaitymų dalį. Skatinamas papildomas draudimas, nustatomas ir reguliuojamas privalomojo ir savanoriškojo draudimo apmokamų paslaugų krepšelis, plečiamas ir liberalizuojamas mokamų paslaugų teikimas.

Sveikatos politikos bei reformos etapai Lietuvoje buvo nuosekliai ir dėsningai grindžiami, formuluojami ir įgyvendinami. Aktyvios sveikatos politikos ir strategijos įgyvendinimas, sveikatos priežiūros valdymo decentralizavimas ir restruktūrizavimas, sveikatos priežiūros finansavimo pertvarka, sveikatos draudimo plėtra ir perėjimas nuo integruoto paslaugų teikimo modelio prie sutartinio modelio – tai pagrindinės sveikatos sistemos reformos kryptys. Lietuvos sveikatos programoje (1998) įtvirtinti siekiami sveikatingumo lygio rodikliai tapo atskaitos tašku, formuojant antrojo nepriklausomos Lietuvos dešimtmečio sveikatos sistemos reformas. Įvykę SPĮ restruktūrizavimo etapai dalinai priartino Lietuvos sveikatos sistemos rodiklius, pagal sveikatos priežiūros paslaugų teikimo apimtį, prie ES vidurkio. Tačiau vis prastėjanti demografinė situacija ir vis mažėjančios šalies viešojo sektoriaus finansinės galimybės, skatino ieškoti naujų būdų, kurie užtikrintų SPĮ ir jų teikiamų paslaugų optimizavimą.

1.3.4 3 R koncepcija sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavime

Lietuvos regioninės politikos iki 2013 metų strategijoje įvardijama, kad plėtos laikotarpiu iki 2013 m. nacionalinės regioninės politikos pagrindinė problema – dideli ir nemažėjantys socialiniai bei ekonominiai skirtumai tarp regionų ir jų viduje. Viena iš regionų vystymosi netolygumo priežasčių įvardijamas nepakankamas sveikatos ir švietimo paslaugų prieinamumas, neišvystyta infrastruktūra.

Atsižvelgiant į tai LR Vyriausybė savo programoje teigia, kad 2009 m. yra ekonominių ir finansinių šalies problemų sprendimo ir esminių permainų metai, nes Lietuvoje vis dar susiduriama su problemomis, siekiant užtikrinti vienodas galimybes viešųjų paslaugų kokybės ir prieinamumo sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūros srityse (Sanglaudos skatinimo veiksmų programa, 2008). LR Vyriausybė savo programoje 2009 m. numatė įgyvendinti permainas septyniuose svarbiausiose srityse: 1) valstybės valdymo; 2) kovos su korupcija; 3) inovatyvios ekonomikos

plėtos; 4) energetikos; 5) švietimo sistemos; 6) sveikatos apsaugos; 7) socialinės atskirties mažinimo. Į planuojamą įgyvendinti permainų grupę patenka ir sveikatos apsaugos sritis, kurios reformos strateginės kryptys pateikiamos 12 priede.

Atsižvelgiant į 2008 m. patvirtintą LR Vyriausybės programą, parengta Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa (2009), kuria siekiama: 1. saugių, geros kokybės ir prieinamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, efektyviai naudojant sveikatos priežiūrai skirtas lėšas; 2. prioriteto šeimos gydytojų teikiamoms paslaugoms ir gydytojų specialistų ambulatorinėms konsultacijoms teikimo; 3 stacionariųjų SPI tinklo optimizavimo ir teikiamų paslaugų struktūros restruktūrizavimo, sutaupyta lėšas skiriant ambulatorinės grandies šeimos gydytojų ir specialistų konsultantų paslaugoms plėtoti ir apmokėjimui didinti (Čaplikas, 2009). Šią programą sudaro dvi dalys: SPI tinklo optimizavimas bei sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas, SPI skirstant pagal 3 R koncepciją į aiškiai apibrėžtus ir vienas kito nedubliuojančius tris lygmenis:

- **Rajono lygmeniui** priskiriamos įstaigos, kurios neatitinka šių dviejų kriterijų kartu: 1 100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus. Akušerijos paslaugos teikiamos tose rajono lygmens ligoninėse, kuriose per metus priimama daugiau kaip 300 gimdymų arba kurių geografinis atstumas iki artimiausios teikiančios stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas ligoninės – daugiau kaip 50 kilometrų.

- **Regiono lygmeniui** priskiriamos įstaigos, kurios atitinka du kriterijus kartu: 1 100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus.

- **Respublikos lygmeniui** priskiriamos įstaigos, nepriklausančios rajono ir regiono įstaigų lygmenims. Respublikos lygmens ligoninėse gali būti teikiamos visų profilių paslaugos, išskyrus paslaugas, teikiamas tik universiteto ligoninėse, kurioms teikti reikia ypač sudėtingų brangių technologijų ir specialistų, gebančių jomis naudotis.

Vykdoma stacionariųjų paslaugų reforma pagrindinės SPI priskiria nacionaliniam lygmeniui, SAM pavaldumui perduoda penkių didžiųjų miestų bendro profilio apskričių ligonines, turinčias daugiau nei 800 lovų, po vieną didžiausią specializuotą kiekvieno profilio ligoninę, rajoninio lygmens ligoninių pavaldumas išlieka nepakitęs (Tvirbutas, Valentas, 2010). Rajono, regiono ir respublikos lygmenims priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų sąrašas pateiktas 13, 14 prieduose.

SPI tinklo optimizavimas, paremtas 3 R koncepcijos įgyvendinimu. Išskiriami šie pagrindiniai SPI tinklo optimizavimo kriterijai, kurie leis sumažinti šių paslaugų kiekį, bet mokėti didesnę į kainą, atitinkantį realias sąnaudas (Černiauskas, Buivydas, 2009):

- SPI, esančias arti viena kitos ir galinčias naudotis centralizuotomis laboratorijų, sterilizacinių, radiologinių tarnybų, ūkio, teisinėmis ir kitomis paslaugomis, sujungti į stambesnius juridinius vienetus;

- specializuotas onkologijos, vaikų, tuberkuliozės, psichiatrijos, infekcinės, gimdymo paslaugas teikiančias SPI integruoti į daugiaprofilines SPI;

- SPI, kurios turi aukščiausiojo lygio technologijas ir siaurų specializacijų gydytojus, teikia sudėtingiausias paslaugas, turi mokslo ir mokymo bazes, palikti pavaldžias SAM kartu su

universitetais.

3 R koncepcijos įgyvendinimą sudaro du esminiai pertvarkos aspektai. Vienas jų liečia PSP struktūrinę pertvarką, kitas – sveikatos priežiūros lėšų kaupimą ir paskirstymą (1.8 lentelė).

1.8 lentelė

3 R koncepcijos esminiai pertvarkos aspektai

Kriterijus	Priemonės
PSP struktūrinė pertvarka	vykdoma pagal nuosaikią SPI decentralizaciją, suvienodinant privačių ir valstybinių SPI teises, įvedant valdymo optimizavimą, įpareigojant sudaryti darbo kokybę įvertinančių kriterijų ir įkainių nustatymo metodikas, skelbti paslaugų kainas. Pagal naują koncepciją SPI apmokama už apsilankymus, konsultacijas, konkrečias paslaugas, o ne už prisirašiusius pacientus.
Sveikatos priežiūros lėšų kaupimas ir paskirstymas	siekiami sukurti papildomo draudimo teisinį reglamentavimą ir užtikrinti jo realizavimą, nustatyti PSDF lėšų kaupimo ir paskirstymo principus, kurie numato atskirti socialines ir sveikatos funkcijas, sukaupti visus finansavimo šaltinius į tą patį fondą, palaipsniui nustatyti ir įgyvendinti legalizuotų priemonių dydį prie kompensacijos. Paramos sveikatos paslaugoms sistemos sukūrimas mažas pajamas turintiems ir vienišiams asmenims.

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės *nutarimas Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo* 2009-12-07 Nr. 1654

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų trečio etapo restruktūrizavimo programa (2009) vertinama nevienareikšmiškai. Gydytojas A. Šimaitis, dirbantis Jungtinėje Karalystėje kardiologu konsultantu, išanalizavęs sveikatos apsaugos reformą, paremtą 3 R koncepcija, pateikė naują sveikatos apsaugos reformos planą - "Vertybėmis pagrįsta reforma". Jo nuomone, dabartinė SAM vykdoma reforma prieštarauja visoms keturioms ES rekomenduojamoms bendrosioms vertybėms, išdėstytoms 2006 m. Europos Tarybos dokumente "Tarybos išvados dėl ES sveikatos apsaugos sistemų bendrųjų vertybių ir principų". Vykdoma 5R3R2V reformą (5R reiškia 5 Lietuvos regionus, kuriuose yra trijų lygių – respublikinės, regioninės ir rajoninės – ligoninės, 2V reiškia dvi universitetines ligonines Vilniuje ir Kaune), pažeis vieną kertinių ES sveikatos sistemų principų – lygybę, nes bus sukurtos dvi skirtingo lygio zonos. 3 zonos su 3R principu (Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių) ir dvi zonos su 3R2V principu (Vilniaus ir Kauno). 60% Lietuvos gyventojų (Šiaulių, Panevėžio ir Klaipėdos regionai) 3R zonos pacientams gauti tokio pat lygio pagalbą kaip 3R2V pacientams nebus sudarytos vienodos sąlygos gauti universitetinio lygio paslaugas. Tai sąlygos, kad bus beveik neįmanoma įgyvendinti kitos ES siūlomos bendrosios vertybės – pacientų prieinamumo prie aukšto lygio paslaugų. Bus pažeidžiamas ir solidarumo principas, nes disproporcingai stiprinant universiteto ligoninės, dar labiau padidės specialistų trūkumas regionuose, o ligoninių skaičiaus mažinimas susiaurins sprendimus priimančių žmonių ratą, pažeidžiant ES rekomenduojamą universalumo principą (Šimaitis, 2009).

LGS prezidentas L. Labanauskas (2010), vertindamas 3 R koncepcija teigia, kad sveikatos priežiūros paslaugų mažinimas rajonuose didina atskirtį tarp miesto ir kaimo. L. Labanausko nuomone, rajonuose paslaugos dar labiau nutolinamos nuo žmogaus. Didelės ligoninės irgi nedžiūgauja – jos yra perpildytos ir nesuinteresuotos priimti papildomų ligonių, už kurių gydymą niekas nemoka. LGS seniai siūlė mažesnes ligonines paversti didžiųjų filialais. A. Šimaitis (2010) siūlo ligoninių sujungimo klausimą spręsti, kiekviename regione įkuriant asociaciją, atsakinga už paslaugų vystymą regione. Šią asociaciją sudarytų municipalinės valdžios, pagrindinių regiono ligoninių ir bendruomenės atstovai. SAM galėtų nurodyti tik bendrą principą – reikia mažinti lovų skaičių, o sprendimas būtų įgyvendinamas lokaliai. Taip būtų sukurta vertikalaus (centralizuoto) ir

horizontalaus (lokalaus) sprendimų priėmimo harmonija bei būtų akivaizdus savivaldos įgyvendinimas.

SPĮ ir paslaugų trečiasis restruktūrizavimo etapas turėtų užtikrinti saugių ir kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Šiuo tikslo siekiama stiprinant PSP grandį ir pagal teikiamų paslaugų apimtį bei jų sudėtingumą, optimizuojant SPĮ tinklą. SPĮ skirstymas, paremtas 3 R koncepcija, sukuria aiškius ir vienas kito nedubliuojančius SPĮ lygmenis ir sudaro sąlygas efektyvesniam žmoniškųjų, technologinių ir finansinių resursų naudojimui. Sveikatos sistemos efektyvumo užtikrinimo klausimai aktualūs daugelyje valstybių. Kitame skyriuje nagrinėjami du ES vyraujantys sveikatos priežiūros modeliai.

1.4 Europinė sveikatos sistemos reformų praktika

Pasak, J. Jobin (2010), užsienio valstybių patirties studijavimas – įžvalgios vadybos ypatybė net ir tuo atveju, kai nagrinėjama patirtis įvyko skirtingomis aplinkybėmis, visada galima rasti naudingų pamokų, kurios gali būti pritaikomos. Besivystančios valstybės palaipsniui orientuojasi į išsivysčiusias valstybes, siekdamos užtikrinti aukštą gyvenimo lygį, gerą sveikatos apsaugą, sveiką aplinką (McMahon, 2002). S. Wibulpolprasert, W. Tangcharoensathien, Ch. Kanchanachitra (2008) pažymi, kad apribojimai sveikatos apsaugos sistemose, ypač netinkamai paskirstyti išteklių prioritetai trukdo ilgalaikiam gyventojų sveikatos gerinimui. Siekiant to išvengti, C. Guy, M. Inke, B. David (2008) nuomone, dėmesys turėtų būti sutelktas ties sveikatos finansavimo funkcijomis ir susietas su pajamų bei išlaidų kolekcija. Šioje dalyje aptariama sveikatos sistemų plėtotė, pristatant du Europoje vyraujančius sveikatos sistemos modelius, atkreipiant dėmesį į esmines dedamąsias: apmokėjimą už teikiamas paslaugas ir SPĮ įstaigų privatizavimą.

Sveikatos priežiūros sistemų organizavimo pradininkėmis laikomos Švedijos ir Vokietijos valstybės. Remiantis šių valstybių modeliais, Europos šalių sveikatos priežiūros sistemos sąlyginai skirstomos į dvi grupes (1.9 lentelė):

1. „Beveridžo“ arba Nacionalinės sveikatos priežiūros modelis. Šis modelis susiformavo pagal 1942 m. Beveridžo paskelbtą ataskaitą, kurioje susistemintos 1930 m. Švedijoje įgyvendintos sveikatos apsaugos sistemos, paremtos medicininio aptarnavimo finansavimu iš bendrų mokesčių ir kontroliuojamos parlamento. Visos Šiaurės Europos šalys (Danija, Airija, Norvegija, Jungtinė Karalystė, Suomija, Švedija) įdiegė šį modelį po Antrojo pasaulinio karo. Pietų Europos šalys (Graikija, Ispanija, Italija, Portugalija) prisijungė prie šios grupės 1980 m., Kanada – 1970 m.

2. „Bismarko“ modelis. Šio modelio pagrindą sudaro 1883 m. Vokietijoje priimti socialinės apsaugos sferos įstatymai. „Bismarko“ modelio sistemos priežiūros sistemos veikė tarpukario laikotarpiu Centrinėje ir Rytų Europoje, o po Antrojo pasaulinio karo šį modelį toliau vystė Austrija, Belgija, Vokietija, Olandija ir Prancūzija.

Pagrindiniai Beveridžo ir Bismarko sveikatos priežiūros modelių bruožai

Beveridžo sveikatos priežiūros modelio bruožai	Bismarko sveikatos priežiūros modelio bruožai
<ul style="list-style-type: none"> • sveikatos priežiūros finansavimas iš mokesčių; • įnašų iš privataus sektoriaus nustatymas; • asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas iš valstybės biudžeto; • sveikatos priežiūros paslaugų pirkėjų ir teikėjų pavaldumas valstybiniam organams; • sveikatos priežiūros prieinamumas visiems piliečiams; • sveikatos priežiūros prioritetiškumas kitų socialinių poreikių atžvilgiu; • gydytojų atlyginimo už darbą priklausomybė nuo aptarnautų gyventojų skaičiaus; • kai kurios priemokos iš pacientų asmeninio biudžeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • finansavimas iš privalomų darbdavių ir darbuotojų įmokų arba iš socialinio draudimo mokesčių; • lėšų kaupimas „fondo“ t. y. nevyriausybines, tačiau įstatymu įteisintose finansų valdymo struktūrose; • kontraktų tarp paslaugų pirkėjų ir ligoninių ar šeimos gydytojų dėl sveikatos priežiūros paslaugų sudarymas; • sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas iš fiksuoto biudžeto arba honoraro principu.

Šaltinis: Sudaryta autoriaus remiantis Gustainienė, L. (2003). *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.

Sveikatos sistemos organizavimas tiesiogiai priklauso nuo valstybės pasirinkto sveikatos priežiūros modelio. Sveikatos priežiūros sistemos struktūra ir teikiamos paslaugos (15 priedas) yra įtakojamos aptartų sveikatos priežiūros modelių charakteristikų.

XX a. paskutiniajame dešimtmetyje Europos valstybės, vystydamos sveikatos sistemą, susidūrė su sparčiai didėjančiomis sveikatos apsaugos išlaidomis. Susidariusi padėtis, P. J. Mackenbach, M. Bakker, (2002) teigimu, skatino Europos valstybės pradėti rūpintis, kad sveikatos apsaugos išlaidos būtų racionaliai naudojamos ne tik makroekonomikos bet ir mikroinstitucijų lygiu. E. Dahl, J. Fritzell, E. Lahelma, (2006) pažymi, kad daugumoje Europos valstybių savivaldybės sveikatos priežiūros pinigais beveik nedisponuoja, nes jos yra pernelyg mažos, kad planuotų ir valdytų sveikatos sektorių (1.10 lentelė). Šalyse, kuriose vyrauja draudiminė medicina, didžiuosius piniginių lėšų skirstymo srautus valdo ligonių kasos. Šalyse, kuriose nėra draudiminės medicinos, sveikatos priežiūrą finansuoja arba grafystės (Danija, Švedija), arba vyriausybės regioninės paslaugų pirkimo agentūros (Jungtinė Karalystė). Privačios, pelno siekiančios sveikatos draudimo įmonės nė vienoje Vakarų Europos šalyje nėra vyraujančia sveikatos finansavimo forma, o JAV jos užtikrina apie 25 % sveikatos finansavimo.

Sveikatos draudimo sistemos modelių palyginimas

Kriterijus	Sveikatos draudimo sistemos modeliai			
	Beveridžo modelis	Bismarko modelis	Semaškos modelis	Lietuvoje taikomas modelis
Valstybinis reguliavimas	Stiprus	Vidutinio stiprumo	Absolūtus	Vidutinio stiprumo
Privatus sektorius	Yra	Yra	Yra	Yra
Finansavimas	Finansuojama iš valstybės biudžeto	Sveikatos draudimo įmokos	Finansuojama iš valstybės biudžeto	Sveikatos draudimo įmokos derinamos su biudžetiniu finansavimu
Draudimo įmokas nustato	Valstybė	Ligonių kasos	Valstybė	Valstybė
Draudimo įmokas surenka	Valstybė	Ligonių kasos	Valstybė	Sodra, VMI, ligonių kasos
Teikiamos paslaugos	Visiems gyventojams teikiama vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiama vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiama vienodos paslaugos	Visiems gyventojams teikiama vienodos paslaugos
Konkurencija tarp paslaugų teikėjų	Yra	Yra	Yra	Yra

Šaltinis: Čepulytė, G., Palubinskienė, S. (2008). Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai. *Socialiniai mokslai ekonomika jaunųjų mokslininkų darbai, Nr. 1 (17)*. Prieiga per internetą http://www.su.lt/filemanager/download/6532/19_Cepulyte%20Palubinskaite.pdf

1990 m. prasidėjo sveikatos politikų diskusijos, kaip, vadovaujantis solidarumo principu ir

laikant sveikatą didžiausia socialine vertybe, kontroliuoti sveikatos paslaugų kainų didėjimą, kad nepablogėtų paslaugų prieinamumas ir nemažėtų jų efektyvumas. Sveikatos ekonomistai apibrėžė keletą klasikinėmis tapusių stadijų, siekiant teismo sveikatos santykiuose išsaugojimo ir kainų didėjimo kontrolės problemų sprendimo:

1. pirmoji stadija – struktūriniai pokyčiai, vykdomi administracinėmis priemonėmis (gydytojų skaičiaus, ligoninių, lovų ligoninėse mažinimas ir pan.);

2. antroji stadija – maksimalių biudžetų nustatymas, t. y. nustatomos finansinės „lubos“, kurias pasiekus, sveikatos priežiūros įstaiga nebegauna apmokėjimo už suteiktas paslaugas;

3. trečioji stadija – sąnaudų pasidalijimas, t. y. pacientų priemokų už paslaugas įvedimas, papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo plėtra ir pan. (Porter, Teisberg, 2006).

Šios stadijos yra universalios ir lėčiau ar sparčiau praeinamos visose pasaulio valstybėse. T. Boerma, M. Chopra, D. Evans (2008) akcentuoja, kad kiekviena šalis turi pasirinkti savo kelią, atsižvelgdama į susiformavusias tradicijas, bendrą ekonominę situaciją ir kt. veiksnius. Išvystytose valstybėse rinkos jėgos ribotai veikia sveikatos sektoriaus raidą, o šį ribotumą kompensuoja ilgalaikė valstybės politika.

Dalis valstybių, siekdamas išspręsti lėšų sveikatos priežiūros paslaugų srityje stygių, pradėjo vykdyti SPI privatizacijos procesus. Tai sąlygojo, kad daugelyje Vakarų Europos valstybių (Švedija yra viena iš retų išimčių) ambulatorinės paslaugos yra teikiamos privačių, individualioje arba grupinėje praktikoje dirbančių gydytojų, kurių paslaugas 80-100 % apmoka biudžetas (Jungtinė Karalystė, Viduržiemio jūros baseino valstybės) arba ligonių kasos (Mackenbach, Stirbu, Roskam and other, 2008). Tačiau privačios, pelno siekiančios ligoninės, kaip teigia S. Mahroum, R. Huggins, N. Clayton, (2008), yra išimtis visoje Vakarų Europoje ir net JAV nėra vyraujanti ligoninės forma. Minėtose valstybėse daugelis ligoninių pastebima natūralios monopolijos elementų (rajone yra viena ligoninė), tad ir jų privatizavimas mažai įtakoja veiklos efektyvumą.

Vakarų Europos valstybės kaip ir Lietuva susiduria su sveikatos sistemos tinkamo funkcionavimo užtikrinimo problemomis. Siekis garantuoti visiems piliečiams prieinamą ir kokybišką paslaugas teikiančią sveikatos priežiūros sistemą, reikalauja ne tik struktūrinių pertvarkymų bet ir sveikatos priežiūros sąnaudų pasidalijimo. Sveikatos priežiūros sistemoje išskylančius finansinius sunkumus, remiantis tiek Beveridžo, tiek Bismarko sveikatos priežiūros modeliais, bandoma spręsti konsoliduotai derinant valstybinio ir privataus sektoriaus bei pačių pacientų finansinių indėlių paskirstymą.

II SVEIKATOS SISTEMOS REFORMA IR JOS ĮGYVENDINIMO ŠIAULIŲ RAJONE TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo metodologinis pagrindimas

Magistro darbas rengtas vadovaujantis A. Lileikienės, G. Šaparnio, T. Tamošiūno rekomendacijomis, pateiktomis 2004 m. išleistame leidinyje „Magistro darbo rengimo metodika“. Šio leidinio rekomendacijų pagrindu parengta magistro darbo sprendinio schema (16 priedas), iliustruojanti konceptualiosios ir analitinės – tiriamosios dalių vieningą visumą ir loginį tarpusavio sąryšį.

Sveikatos sistemos reformos ir jos įgyvendinimo Šiaulių rajone tyrimo metodika grindžiama užsienio ir Lietuvos mokslininkų teorinėmis koncepcijomis, analizuojančiomis sveikatos sistemos sektoriaus strateginius aspektus (Hillestad, Berkowitz, 2004; Walshe, Smith, 2006), vadybinius konstruktus (Stahl, 2004; Jakušovaitė, Darulis, Žekas, 2005; Buchbinder, Shanks, 2007), reformų priešasčių ir prielaidų kontekstą (Porter, Teisberg, 2006; Petkevičius, Urbanavicius, Abramavicius, 2006). Sveikatos sistemos kaip viešojo administravimo sektoriaus sudėtinės dalies tyrimo metodika paremta tarptautinių ir nacionalinių teisės aktų analize.

Pasak R. Anderson, H. Litske, H. Krieger (2005), platus ir viešas socialinių indikatorių taikymas bei naudojimas - esminis demokratinės pilietinės visuomenės bruožas. Šis veiksnys įtakojo tyrimo metodikos papildymą JTO, ES ir Lietuvos socialinės grupės indikatorių analize. Socialiniai indikatoriai - statistika, atspindinti svarbias socialines sąlygas ir palengvinanti šių sąlygų evoliucijos vertinimą (JTO, 2008). G. Merkio, R. Brazienės, G. Kondrotaitės (2008) teigimu, socialinių indikatorių sistemos sandarą sudaro rodikliai – reprezentantai, atstovaujantys įvairioms visuomenės gyvenimo ir valstybės valdymo sritims. Jie įgalina žvelgti į visuomenę apibendrintai, pažinti ir vertinti jos raidą, nepaskęstant didžiuliame informacijos sraute ir neįklimpstant į pavienes detales.

Socialinių indikatorių konceptualizacijos kontekste centrinė kategorija tampa gyvenimo kokybės sąvoka (Staponkienė, 2005), kurios viena iš sudėtinių dalių yra sveikatos apsaugos sistema. „Gyvenimo kokybė“, A. Giddens (2008) teigimu, - teorinis konstruktas, kuris susieja skirtingus socialinės gerovės faktiško realizavimo lygmenis. Tai: a) makrolygmuo (bendros socialinės sąlygos ir prielaidos); b) municipalinis lygmuo (konkrečios galimybės, paslaugų infrastruktūra ir kokybė); c) individo lygmuo (faktiškas pasinaudojimas socialiniais ištekliais). Sveikatos sistemos reformos ir jos įgyvendinimo Šiaulių rajone tyrimo metu analizuojami du gyvenimo kokybės lygmenys: makro ir municipalinis.

Siekiant detaliau ir plačiau suvokti tiriamąjį reiškinį bei objektyviai ištirti esančią problematiką, reikia atsižvelgti į tai, kad vieno metodo taikymas socialiniuose tyrimuose yra vienpusis ir ne visa apimantis. Jo naudojimas yra lyg savotiškas filtras, kuris, L. Šimanskienės (2008) teigimu, vienus tiriamojo reiškinio požymius praleidžia arba užfiksuoja, o kitų ne, todėl ne visada galima pasikliauti vieno tyrimo metodo teikiama informacija. Dėl šios priežasties Sveikatos sistemos reformos ir jos įgyvendinimo Šiaulių rajone tyrimo klausimams analizuoti naudotas empirinis kombinuotas tyrimas (Bryman, 2006), taikant keturis tyrimo metodus: teisės aktų,

socialinių indikatorių analizę, pusiau struktūruotą interviu ir anketinę apklausą. Nuoseklus kokybinių ir kiekybinių tyrimų metodų derinimas dažnai yra bazinė tyrimų metodologijos strategija socialiniuose tyrimuose, kuri paremta trianguliacijos principu, kai vieno reiškinio tyrimui taikomi keli tyrimo metodai. Jei kelių tyrimo metodų būdu gaunami panašūs rezultatai, vadinasi yra didesnė tikimybė, kad surinkti duomenys yra objektyvesni ir teisingesni (Žydžiūnaitė, 2007).

Sveikatos apsaugos sistemos reformos ir jos įgyvendinimo Šiaulių rajone tyrimas sudarytas naudojant kokybinius (turinio analizė, ekspertų apklausa) ir kiekybinius (socialinių indikatorių analizė) tyrimo metodus.

1) Sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimas, pagrindinės kryptys ir plėtotė yra reglamentuojama teisės aktu. Turinio analizės būdu nagrinėta sveikatos apsaugos sistemos reformos teisinės bazė, dėmesį sukcentruojant į pagrindinių sveikatos apsaugos sistemą reglamentuojančių teisės (tarptautinės, nacionalinės ir vietinės) aktų nuostatas. Šio tyrimo metu siekta nustatyti:

- tarptautinių sveikatos apsaugos sistemos teisės aktų nuostatų integravimo lygmenį į LR teisinę bazę;
- LR sveikatos apsaugos sistemos teisinės bazės adaptyvumą, sąlygotą kintančių ekonominės, demografinės ir socialinės aplinkos tendencijų;
- Šiaulių rajono strategijos kryptių ir prioritetų atitikimas LR sveikatos sistemos reglamentams.

2. Sveikatos sistemos politikos įgyvendinimas pirmiausia paliečia šioje sistemoje dirbančius asmenis, atsakingus už šios politikos įgyvendinimą. Šie asmenys pirmieji sužino apie naujus sveikatos sistemos veiklą reglamentuojančius teisės aktus, susipažįsta su jų turiniu, atlieka jų analizę ir priima sprendimus, susijusius su teisės aktų įgyvendinimu. Šios sistemos darbuotojai žino savo darbo srities arealo ekonominės, socialinės, demografinės ir politinės sferų aktualijas, todėl gali pateikti plataus diapazono vertinimą nagrinėjamu klausimu. Atsižvelgiant į šiuos faktorius, pasirinktas giluminis tyrimas, t. y. ekspertų apklausa. Siekiant didesnio apklausos patikimumo, stengiasi sumažinti visas galimas prielaidas, kurios gali kilti dėl respondento ir interviu gavėjo neadekvačių veiksmų. Tuo tikslu apklausa vykdyta pagal pusiau struktūrizuotą formą, kurioje iš anksto detalai numatyta visa interviu procedūra, tačiau yra ir suteikiama galimybė ekspertams pateikti savo pastebėjimus, aktualias analizuojamos temos klausimais. Tyrime dalyvavusių ekspertų atsakymai fiksuojami parengtoje protokolo formoje. Tyrimo validumui užtikrinti, kuri gali sumažinti skirtinga respondentų turima kompetencija, nustatyti šie ekspertų atrankos kriterijai:

- ne mažesnė kaip 8 metų darbo patirtis sveikatos sistemos sektoriuje;
- darbas vadovaujančiuose pareigose (vyr. gydytojas, direktorius, šeimos gydytojo kabineto vedėjas, ambulatorijos vedėjas ir kt.);
- patirtis sveikatos apsaugos sistemos reformų įgyvendinime.

Naudojant ekspertų apklausos metodą vertintas sveikatos apsaugos sistemos teisės aktų adaptyvumo lygmuo Šiaulių rajone, pirminio, antrinio ir tretinio sveikatos priežiūros lygmenų paslaugų prieinamumas ir pasiekiamumas.

3) Darbe taikomu kiekybinio tyrimo metodu (socialinių indikatorių analize) siekiama įvertinti sveikatos sistemos rodiklių pokyčius, analizuojant teisinę, politinę, ekonominę ir

sociademografinę aplinkas.

Tyrimo organizavimas. Sveikatos reformos įgyvendinimo Šiaulių rajone tyrimą sudaro šeši etapai:

1. 2009 m. spalio mėn. – 2010 m. gegužės mėn. mokslinių šaltinių, teisės aktų paieška, jų kategorizavimas, grupavimas ir analizė.

2. 2010 m. rugsėjo mėn. – 2010 m. spalio mėn. tyrimo maketo ir metodikos rengimas;

3. 2010 m. lapkričio mėn. - ekspertų apklausos protokolų ir anketos rengimas; tyrimo instrumentų bandomojo varianto testavimas.

4. 2010 m. gruodžio mėn. – ekspertų apklausos protokolų ir anketos galutinio varianto rengimas.

5. 2011 m. sausio mėn. - ekspertų apklausos vykdymas; socialinių indikatorių paieška; gautų tyrimo duomenų grupavimas, sisteminimas, apibendrinimas, analizė bei interpretavimas.

6. 2011 m. vasario mėn. – 2011 m. gegužės mėn. magistrinio darbo teorinės, tiriamosios dalių peržiūra ir koregavimas; išvadų ir rekomendacijų formavimas.

Tyrimo duomenų apdorojimui taikyti metodai. Mokslinio tyrimo atlikimui pasirinktas aprašomojo tyrimo tipas, kuriuo siekiama apibūdinti iškilusią problemą, išanalizuoti susidariusią situaciją (Tidikis, 2003). Ekspertų apklausos metu gauti duomenys apdoroti ir vertinti remiantis turinio analizės metodu (Tashakkori, Teddlie, 2003), apimančiu 1) prasminių elementų identifikavimą; 2) prasminių elementų suskirstymą į subkategorijas; 3) turinio duomenų interpretavimą. Tyrimo metu surinkti duomenys apdoroti taikant kategorizavimo, sintezės, apibendrinimo, aspektinės, lyginamosios, sisteminės analizės ir fenomenologijos (interpretavimo) metodus. Tyrimo duomenų grafiniam vaizdavimui naudota MS Excel programinė įranga. Tyrimo metu gautais duomenimis siekiama identifikuoti sveikatos sistemos reformų įgyvendinimo Šiaulių rajone pažangius ir probleminius aspektus bei pateikti rekomendacijas, skirtas šios sistemos efektyviaus funkcionavimo užtikrinimui.

2.2. Tyrimo instrumentų pagrindimas

Tyrimo strategija paremta kokybinių ir kiekybinių tyrimo metodų naudojimu, siekiant objektyviau įvertinti tyrimo objektą. Tyrimo rezultatai, gauti naudojant skirtingus metodus, suteikia galimybę palyginti gautus duomenis, įvairiapusiškiau juos analizuoti, nustatant jų tarpusavio sąryšius.

Tyrimo pradžioje kokybinių metodų pagalba (turinio analizė) analizuojama sveikatos sistemos tarptautinė ir nacionalinė teisės bazė, kuri yra reformų vykdymo pagrindas. Teisinės bazės nagrinėjimas papildytas kiekybinių metodų (socialinių indikatorių) analize, sujungta su kokybinių metodu (ekspertų apklausa), skirtu Šiaulių rajono sveikatos sistemos reformos vertinimui atlikti.

Empirinio tyrimo atlikimui parengti trys pusiau struktūruotos formos ekspertų apklausos protokolai (2.1 lentelė), sudaryti iš uždarų ir atvirų klausimų. Ekspertų apklausos tikslas - įvertinti Šiaulių rajone įgyvendinamos sveikatos sistemos reformos atitikimą teisinės bazės reglamentui, SPĮ vadybinius aspektus, turinčius laiduoti teikiamų paslaugų kokybiškumą. Apklausos klausimyną sudaro trys pagrindiniai diagnostiniai blokai:

1. sveikatos sistemos reformos formavimo aspektai (politikos tikslai, strategija ir principai);
2. sveikatos sistemos vadybiniai (techniniai, organizaciniai, finansiniai) aspektai;
3. sveikatos reformų formavimo ir įgyvendinimo vertinimas (SPI ir paslaugų restruktūrizavimo kriterijai).

2.1 lentelė

Tyrimo instrumentų apibūdinimas

Instrumento tipas	Ekspertų apklausos protokolas	Ekspertų apklausos protokolas	Anketa
Instrumento adresatas	Savivaldybės gydytojas (17 priedas)	SPI vadovai (18 priedas)	Ambulatorijų ir med. punktų darbuotojai (19 priedas)
Instrumento sandara ir apibūdinimas	Instrumentą sudaro trys klausimų grupės: <ul style="list-style-type: none"> • politikos formavimo lygmuo - sudarytas iš 3 atviro tipo klausimų; • valdymo ir organizavimo lygmuo - sudarytas iš 5 klausimų, iš kurių 4 atviro tipo klausimai ir 1 klausimas sudarytas vertinamosios skalės pagrindu; • reformų įgyvendinimo ir vertinimo lygmuo - sudarytas iš 9 klausimų, iš kurių 8 atviro tipo klausimai ir 1 klausimų blokas, parengtas naudojant Licherto skalę. 	Instrumentą sudaro dvi klausimų grupės: <ul style="list-style-type: none"> • valdymo ir organizavimo lygmuo - sudarytas iš 6 klausimų, iš kurių 5 atviro tipo klausimai ir 1 klausimas sudarytas vertinamosios skalės pagrindu; • reformų įgyvendinimo ir vertinimo lygmuo - sudarytas iš 9 klausimų, iš kurių 8 atviro tipo klausimai ir 1 klausimų blokas, parengtas naudojant Licherto skalę. 	Atsižvelgiant į kaimiškųjų vietovių respondentų gebėjimus, parengta kiek supaprastinta anketa, remiantis SPI vadovų ekspertų apklausos protokolo forma. Ši anketa sudaryta iš 9 atvirų klausimų. Anketos platinimas elektroniniu paštu, suteikė respondentams galimybę atsakyti į pateiktus klausimus jiems tinkamu laiku ir patogioje vietoje.
	Socialinės – demografinės charakteristikos identifikacinis blokas susideda iš klausimų, sudarytų, vadovaujantis hipotetine prielaida, kad sveikatos sistemos darbuotojų kompetencija sveikatos sistemos reformų vertinime gali priklausyti nuo lyties, amžiaus, išsilavinimo, užimamų pareigų, darbo stažo, gyvenamosios vietovės, kurie gali būti traktuojami kaip nepriklausomi tyrimo kintamieji. Suvestiniai tyrime dalyvavusių respondentų socialiniai – demografiniai duomenys (20 priedas) sugrupuoti taikant du matavimo skalių tipus: nominalinę ir intervalų. Taikant nominalinę skalę vertintos lyties, išsilavinimo, užimamos pareigų gyvenamosios vietovės charakteristikos. Naudojant intervalinę skalę respondentai sugrupuoti pagal amžiaus ir darbo stažo grupes.		

Šaltinis: sudaryta autoriaus

Sveikatos apsaugos sistemos reformos ir jos įgyvendinimo Šiaulių rajone tyrimo ekspertų protokolų ir anketų struktūra parengta remiantis, pagrindinių sveikatos sistemą reglamentuojančių teisės aktų (Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcija (1991), Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų trečio etapo restruktūrizavimo programa (2009), Lietuvos sveikatos sistemos pertvarkymo 2010-2015 m. metmenimis ir kt.) nuostatomis ir Jankauskienės D., ir Pečiūros, R. 2007 m. išleista knyga - Sveikatos politika ir valdymas.

2.3. Tyrimo imties charakteristikos

Siekiant gauti objektyvius tyrimo rezultatus, nuspręsta apklausti už sveikatos apsaugos sistemos politikos formavimą ir įgyvendinimą atsakingus asmenis Šiaulių rajone. Tuo tikslu tiriamųjų populiacija, naudojant tikslią atranką, sudaryta iš:

- 1) sveikatos sistemos politikos formavimo lygmens, kuriam atstovavo savivaldybės atstovas-gydytojas, atsakingas už savivaldybės pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros, plėtojimo programų projektų rengimą; SPI steigimą, reorganizavimą ar likvidavimą, lėšų šiems procesams skyrimą bei kt. klausimus.

2) sveikatos sistemos politikos įgyvendinimo lygmens. Šiuos grupės respondentai (21 priedas), atsižvelgiantį SPĮ dydį ir teikiamas paslaugas, apklausti taikant ekspertų apklausos formą arba anketinės apklausos metodą.

Ekspertų apklausos protokolas skirtas didžiųjų Šiaulių rajono SPĮ vadovų apklausai. Šiaulių rajone veikia vykdo du PSP centrai: VšĮ. Gruzdžių ambulatorija, VšĮ. Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras ir VšĮ. Kuršėnų ligoninė. Tyrimo metu buvo apklausi šių įstaigų vadovai, bei dar pasirinkta apklausti toliau nuo Šiaulių rajono centru laikomų Kuršėnų išsidėsčiusių vietovių, t.y., Ginkūnų ir Raudėnų šeimos gydytojų kabinetų vedėjus.

Likusių Šiaulių rajono SPĮ atstovai apklausti el. paštu. Ši anketa buvo pateikta dviem VšĮ. Gruzdžių ambulatorijos ir 23 VšĮ. Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centro filialams. Apklausos kokybinis rodiklis (anketų grįžtamumo kvota) tyrime siekė 76 %. Keletas SPĮ nurodė, kad neturi laiko atsakyti į anketinius klausimus dėl padidėjusio darbo krūvio ūmių susirgimų atveju. Tyrimo anketa VšĮ. Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centro filialui Meškuičių palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninei dėl šios įstaigos veiklos specifiškumo nebuvo pateikta.

2.4 Tyrimo etika

Sveikatos sistemos reformos ir jos įgyvendinimo Šiaulių rajone tyrimas vykdytas vadovaujantis pagrindiniais etikos principais: savanoriškumo, pagarbos asmens orumui, geranoriškumo ir teisingumo. Tyrimo metu taikytas ir anonimiškumo principas, suteikiantis galimybę tiriamiesiems, nepatiriant galimo išorinio spaudimo, laisvai išsakyti savo nuomonę į tyrimo metu pateiktus klausimus. Ekspertų apklausa ir anketavimas vykdytas užtikrinant respondentų konfidencialumą, įsipareigojus surinktus tyrimo duomenis naudoti tik tyrimo atlikimui ir juos skelbti statistikai apibendrintus.

Atliekant ekspertų apklausą, telefonu susisiekiama su SPĮ vadovais, pristatant tyrimo tikslą, pobūdį bei suderinat jiems priimtina laiką pokalbiui. VšĮ. Gruzdžių ambulatorijos ir VšĮ. Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centro vadovų paprašytas leidimas, apklausti jiems pavaldžių įstaigų vadovus. Gavus vadovų pritarimą apklausai vykdyti, telefonu susisiekiama su šių įstaigų filialų atstovais, supažindinat juos su tyrimo tikslu. SPĮ filialų atstovų, sutikusių dalyvauti tyrime, apklausta elektroninio pašto adresu, kurio jiems buvo išsiųstas klausimynas, ir jie trumpai supažindinti su klausimyno pildymo instrukcija.

III SVEIKATOS SISTEMOS REFORMOS IR JOS ĮGYVENDINIMO ŠIAULIŲ RAJONE TYRIMO REZULTATAI

3.1. Sveikatos sistemos politikos strategijos aspektai

Lietuvos sveikatos sistemos teisinės bazės rengimui įtakos turi šalies narystė PSO ir ES. Sveikatos sistemą reglamentuojančiuose tarptautiniuose ir nacionaliniuose teisės aktuose (3.1 lentelė), pastebimas prioriteto sveikatos sistemai skyrimas. Analizuotose teisės aktuose sveikata suvokiama plačiai, ne tik kaip pavienio individo gerovė, o kaip visos šalies socialinė ir ekonominė vertybė, nacionalinis turtas, kurios išsaugojimui turi būti sutelktos koordinuotos valstybės institucijų pastangos nacionaliniu ir tarptautiniu lygmeniu.

3.1 lentelė

Pagrindiniai sveikatos sistemos siekiai

Tarptautinės teisės tezės	Nacionalinės teisės tezės
<ul style="list-style-type: none"> • Kiekvienas turi teisę į [...] sveikatos priežiūrą bei būtinas socialines paslaugas (Visuotinė žmogaus teisių deklaracija, 1948). • Kiekvienas turi teisę į tai, kad būtų gerbiamas jo asmeninis ir jo šeimos gyvenimas, buto neliečiamybė ir susirašinėjimo slaptumas, [...] teisė laisvai rengti taikius susirinkimus, jungtis į asociacijas [...]. Viena iš priežasčių, galinčių apriboti šis teises yra siekis užkirsti kelią teisės pažeidimams ar nusikaltimams, gyventojų sveikatai ir dorovei (Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija, 1953). • Sveikatos stiprinimas turi tapti pagrindine politikų ir vyriausybės visų veiklos sričių kryptimi. Bendras politikos tikslas - padėti žmonėms išlikti sveikiems (Otavos chartija, 1986). • Sveikata – didžiausia socialinė - ekonominė vertybė bei nacionalinis turtas – tai visapusiškas individo bei visuomenės fizinės, dvasinės ir socialinės gerovės, o ne tik ligų ar fizinių defektų nebuvimas. Kuo geresnės sveikatos siekis - viena iš pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių (PSO Konstitucija, 1998). • PSO narės deklaruoja pagrindinę sveikatos gerinimo kryptį - žmonių sveikatos priežiūra ir nuolatinis jos saugojimas visą gyvenimą bei įvairių ligų, traumų bei sergamumo mažinimas (Sveikata visiems XXI a., 1998). • ES veikla turi būti siekiama gerinti visuomenės sveikatą, užkirsti kelią žmonių negalavimams bei ligoms ir nustatyti pavojaus žmonių sveikatai šaltinius. Žmonių sveikatos aukšto lygio apsauga užtikrinama nustatant ir įgyvendinant visas Bendrijos politikos ir veiklos kryptis (Lisabonos sutartis, 2007). • Sveikata - svarbiausia žmogaus gyvenime ir turi būti remiama veiksminga politika ir efektyviais veiksmais valstybėse narėse, EB lygiu ir pasauliniu mastu. Ji grindžiama 3 pagrindiniais principais: 1. dėmesys bendroms sveikatos vertybėms, orientavimasis į pacientą ir nelygybės mažinimas; 2. sveikatos ir ekonominės gerovės sąsajos pripažinimas; 3. sveikatos aspektų įtraukimas į visas politikos sritis. Sveikatos politika Bendrijos lygiu turėtų būti nukreipta sveikatos stiprinimui (White Paper: Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, 2007). • Kovoti, mažinant nelygybę sveikatos priežiūros srityje, kad apčiuopamą naudą pajustų visi ES piliečiai. ES lygmeniu Europos Komisija išsipareigoja: nustatyti būdus, kaip gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą (2020 m. Europa. Pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategija. 2010). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe, taip pat nacionaliniu turtu, sveikatos politika - sveikatos ir jos apsaugos reikalų valstybinio tvarkymo teorija bei praktika - įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija. Optimalios sveikatos būklės užtikrinimo prielaida yra visos sveikatos sistemos harmoningas plėtojimas, apimantis sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą, ligų profilaktiką, savalaikį ligų išaiškinimą, gydymą bei sergančiųjų reabilitaciją. Pagrindinė nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo strateginė kryptis - sveikatos išsaugojimo, jos stiprinimo bei ligų profilaktikos prioritetas. Šios sistemos dalies efektyvų funkcionavimą užtikrina valstybė, įtraukdama šiam tikslui įgyvendinti visas socialines-ekonomines struktūras ir tuo sudarydama būtinas sąlygas visuomenei bei kiekvienam jos nariui sveikai gyventi (Nacionalinė sveikatos koncepcija, 1991). • Valstybė rūpinasi žmogaus sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus (LR Konstitucija, 1992). • Lietuvai svarbūs ES darnaus vystymosi strategijos prioritetai – pavojaus žmonių sveikatai mažinimas, [...] skurdo ir socialinės atskirties mažinimas (Lietuvos nacionalinė darnaus vystymosi strategija, 2003). • Valstybė rūpinasi visuomenės sveikatos stiprinimu, sveikatos sauga, ligų ir traumų prevencija. Valstybė sudaro sveikatos saugos teises, ekonomines ir socialines sąlygas, ugdo individualius sveikos gyvensenos ir sveikos elgsenos įgūdžius, nuosekliai skatina veiklą, padedančią saugoti ir stiprinti gyventojų sveikatą, [...] užtikrina privalomųjų visuomenės sveikatos priežiūros funkcijų finansavimą ir atlikimą (Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategija). • Sveikatos sistemos misija – motyvuoti žmones sveikai gyventi, o susirgus, suteikti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus išteklius. Sveikatos sistemos vizija – sveikesnis žmogus, laimingesnė ir darbinesnė visuomenė, stipresnė valstybė (Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2010–2015 metų metmenys). • Gyventojų sveikata - didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, tai ne tik ligų ir fizinių defektų nebuvimas, bet ir fizinė, dvasinė bei socialinė žmonių gerovė. Sveikatos potencialą ir jo palaikymo sąlygas lemia ekonominės sistemos raidos stabilumas, visuomenės socialinio saugumo ir švietimo garantijos [...], priimtina ir tinkama sveikatos priežiūra [...], gyventojų pastangos ugdyti sveikatą. Kuo geresnė visuomenės sveikata yra būtina Lietuvos valstybės saugumo ir klestėjimo bei atviros, teisingos ir darnios pilietinės visuomenės kūrimo prielaida (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 2010).

Šaltinis: sudaryta autoriaus

3.1 lentelėje pateiktuose teisiniuose aktuose akcentuojama sveikatos priežiūros stiprinimo, jos išsaugojimo, ligų profilaktikos svarba, įvardijamas siekis kurti visiems socialiniams sluoksniams

prieinamas sveikatos sistemos paslaugas. Deklaruojamas bendras politikos tikslas - padėti žmonėms išlikti sveikiems, pripažįstant sveikatos ir ekonominės gerovės sąsajas, kurios gali būti realizuojamos, įtraukiant sveikatos apsektus į visas politikos sritis.

Atsižvelgiant į PSO ir ES teisės aktų nuostatas ir vadovaujantis LSP (1998) deklaruojamais siekiais, Lietuvoje įgyvendinamos šių prioritetinių sveikatinimo veiklos kryptių programos (Lietuvoje vykdomų sveikatos programų sąrašas pateiktas 22 priede):

- motinos ir vaiko sveikatos apsaugos;
- sveikatos politikos;
- sveikatos priežiūros reformos;
- neinfekcinių ligų profilaktikos ir kontrolės;
- užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės;
- aplinkos ir sveikatos (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2009).

Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991) teigiama, kad teisingas nacionalinės sveikatos politikos formavimas būtų pagrindas realiam tarpžinybiniam bendradarbiavimui tautos sveikatos tikslais, sudarant, koordinuojant ir įgyvendinant nacionaliniu mastu atitinkamas socialines programas. Nacionalinė sveikatos politika įgyvendinama, remiantis šiais ekonominio reguliavimo principais:

- a) valstybė užtikrina ligų profilaktikos priemonių ir programų prioritetinį finansavimą;
- b) valstybė palaiko ir skatina ūkinių subjektų investicinį aktyvumą sveikatos ir jos apsaugos prioritetų atžvilgiu.

Lietuva, įgyvendindama nacionalinės sveikatos politikos siekius, tobulina pasirengimo ir greito reagavimo į grėsmes sveikatai sistemą, 2007 m. pirmą kartą valstybės lėšomis gyventojų rizikos grupės pradėtos skiepyti sezonine gripo vakcina. Parengta ir įgyvendinama LR Vyriausybės patvirtinta Valstybinė pasirengimo gripo pandemijai programa (2008-01-23 Nr. 67) (Žin., 2008, Nr. 16-554). Šia programa siekiama saugoti gyventojų sveikatą, pasirengti galimai gripo pandemijai, sumažinti gripo pandemijos sukeltą žalą visuomenės sveikatai, siekiant sustiprinti gripo epidemiologinę priežiūrą, užtikrinti būtinuosius visuomenės poreikius gripo pandemijos metu, sumažinti žmogaus sąlyčio su paukščių gripu galimybę, kartu sumažinant pandeminio gripo viruso atsiradimo galimybę.

Valstybės deklaruojamą prioritetą prevencinių programų vykdymui liudija ir finansavimo šiai sričiai skyrimas. Ekonominio sunkmečio metu 2010 m., lyginant su 2009 m., sumažėjus PSDF biudžetui, šiek tiek sumažėjo lėšų iš jo finansuojamoms sveikatos programoms. Tačiau ir toliau prioritetinėmis yra laikomos bei šalies mastu aktyviai plėtojamos prevencinės programos, darančios įtaką Lietuvos žmonių ankstyvajam ligų diagnozavimui ir gyvenimo trukmės ilgėjimui. Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programai 2010 m. skiriama 7,7 mln. Lt (2009 m. - 6,5 mln. Lt), atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio programai - 5,6 mln. litų (2009 m. - 4,4 mln. Lt), asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programai - 7,8 mln. litų (2009 m. - 7,6 mln. Lt), priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programai - 9,2 mln. litų

(2009 m. - 8,7 mln. Lt). 2009 m. pradėtai diegti storosios žarnos ankstyvosios diagnostikos programai skirta 3,7 mln. litų (2009 m. - 1 mln. Lt). Svarbioms prevencinėms programoms 2010 m. skirta 18 % daugiau lėšų nei 2009 m., iš viso - 33,4 mln. litų. Tiek pat lėšų kiek 2009 m. skirta ES Tarybos reglamentams įgyvendinti (10,9 mln. Lt), sveikatos priežiūrai mokyklose finansuoti (9,5 mln. Lt), savivaldybių visuomenės sveikatos programų rėmimo specialiajai programai (apie 2 mln. Lt), dantų protezavimo paslaugų išlaidoms kompensuoti (28,3 mln. Lt), vaikų dantų dengimo silantinėmis medžiagomis (per 2 mln. Lt), priklausomybės ligų (1,8 mln. Lt), nacionalinei imunoprofilaktikos (17,8 mln. Lt) bei skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir finansavimo (13,2 mln. Lt) programoms (VLK, 2010).

Tyrime dalyvavusių ekspertų paprašyta įvertinti, kaip rajono SPI prisideda prie gyventojų sveikatos gerėjimo užtikrinimo, kuris yra įvardijamas kaip pagrindinis sveikatos reformos tikslas. Tyrime dalyvavę ekspertai nurodė, kad pirminio lygio ASPĮ aktyviai vykdo skiepų ir profilaktines programas, atlieka profilaktinius sveikatos tikrinimus. Be šių konkrečių prevencinių sveikatos užtikrinimo priemonių yra plėtojamas ir sanitarinis gyventojų švietimas.

Nuo 2007 m. TLK diferencijuotai moka PSI, atsižvelgdamos į jų gerus darbo rezultatus (GDR) – į vaikų ir suaugusiųjų sveikatos priežiūros intensyvumą, prevencinių gimdos kaklelio vėžio ir priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programų vykdymą (VLK, 2009). Siekiant, kad pacientai sulauktų kuo daugiau šeimos gydytojų dėmesio, geresnės pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bei prieinamumo ir skatinant SPI siekti GDR, LR SAM patvirtino naujus pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros GDR rodiklius ir jų apskaičiavimo tvarką (2008-04-29 Nr. V-343 (Žin., 2008, Nr. 54-2001)).

SPI už GDR mokama pagal šiuos rodiklius: vaikų ir suaugusiųjų priežiūros intensyvumą (vertinama, ar prisirašiusieji kreipėsi į šeimos ar vaikų ligų gydytoją bent kartą per metus dėl sveikatos patikrinimo) ir prevencinių programų vykdymą (atsižvelgiama į gimdos kaklelio, piktybinių navikų prevencinių priemonių ir priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programų rezultatus). Taip pat kreipiamas dėmesys ir į sergančiųjų lėtinėmis ligomis priežiūros rodiklius (analizuojama, kaip dažnai pacientai, sergantys lėtinėmis ligomis – arterine hipertenzija, cukriniu diabetu, bronchine astma ir lėtine obstrukcine plaučių liga, yra gydomi ligoninėse ar siunčiami konsultuoti pas specialistus (Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo ataskaita, 2009). Šiaulių rajone įgyvendinamų prevencinių programų efektyvumą galima vertinti pagal pirminio lygmės ASPĮ GDR (3.2 lentelė).

3.2 lentelė

Pirminio lygio ASPĮ gerų darbo rezultatų skaičiavimo rodikliai už 2009-07-01 - 2010-06-30 laikotarpį

ASPĮ pavadinimas	Registr-uotų vaikų sk.	Vaikų lankomu-mas %	Registruo-tų suaugusių sk.	Suaugu -sių lankom -umas %	Patikrintų moterų %	Patikrintų vyrų %	Balai už				GDR priemo -ka 1 pacient -ui
							Vaikus	Suaug.	Moteris	Vyrus	
VšĮ Šiaulių rajono PSPC	7299	86,0%	26924	58,2%	28,6%	27,8%	4	4	1	2	9,78
VšĮ Gruzdžių ambulatorija	754	80,9%	2354	55,7%	31,8%	18,9%	2	4	2	1	8,00

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Šiaulių TLK (2010). Prieiga per internetą: <http://www.siauliotlk.lt/index.php?4125240345>

Analizuojat 3.2 lentelėje pateiktus duomenis, matomas ženklus vaikų sveikatos priežiūros intensyvumas, vertinat kreipimosi dažnį į šeimos gydytojus, kuris daugiau nei ketvirtadaliu (26 %) lenkia suaugusiųjų rodiklius. Pastebimas mažas pačių Šiaulių rajono gyventojų suinteresuotumas profilaktiniu sveikatos tikrinimu, kuris vidutiniškai siekia tik 28 %. Aktyviau sveikatos profilaktiniais patikrinimais rūpinasi moterys, lenkiančios vyrus 7,5 %. Atsainų požiūri rūpintis savo sveikata dalinai gali lemti ir pasitikėjimas sveikatos apsaugos institucijomis. Remiantis Vilmorus apklausų 1998-2009 m. duomenimis, pasitikėjimas sveikatos apsaugos institucijomis svyruoja nuo 32 % (2006 m.) iki 62 % (2000 m.). 2004 m. pasitikėjimas sveikatos apsaugos institucijomis nuo 45 % pradėjo kristi žemyn, 2006 m. pasiekdamas žemiausią pasitikėjimo lygį. 2007 m. fiksuojamas neženklus (apytiksliai 5 %) pasitikėjimo kilimas, kuris iki 2009 m. svyravo tai didėdamas 1 - 2 %, tai vėl mažėdamas.

Šiaulių TLK veiklos zonoje 2009-07-01 - 2010-06-30 laikotarpiu daugiausia Šiaulių regione surinkta 15 GDR balų, mažiausiai – 7. Telšių regione atitinkamai surinkta 14 ir 2 GDR balų. Šiaulių rajono pirminio lygio SPI pagal profilaktinių patikrinimų metu diagnozuotas ligas užima aukštesnę nei vidutinę padėtį Šiaulių apskrityje. Ekspertų apklausos metu, pateiktas pastebėjimas, kad dėl per didelio šeimos gydytojų darbo krūvio, nėra galimybės daug dėmesio skirti sveikatingumo programų vykdymui. Eksperto teigimu, norint aktyvinti sveikatingumo programų vykdymą pirmiausia reikėtų bet jau apie 30 % sumažinti šeimos gydytojų darbo krūvį. Apibendrinat 3.2 lentelėje pateiktus duomenis, galima daryti hipotetinę prielaidą, kad Šiaulių TLK veiklos zonoje aukštesnių GDR pasiekimą mažina pačių gyventojų pasyvus rūpinimasis savo sveikata bei didelis šeimos gydytojų darbo krūvis.

Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaitoje (2009) akcentuojama, kad sveikatos programų įgyvendinimas siekiamų rezultatų ir skiriamų lėšų naudojimo požiūriu neduoda laukiamo rezultato. Įvardijami šie tokią situaciją sąlygojantys veiksniai, kurie tyrime dalyvavusių ekspertų vertinimu yra aktualūs ir Šiaulių rajonui:

1. Nėra konceptualaus programų koordinavimo modelio. Silpniausia programų įgyvendinimo grandis yra menkai išplėtotas programų tarpžinybinis koordinavimas ir nepakankamas kitų ūkio sektorių dalyvavimas sprendžiant sveikatos problemas.

2. Programų dėka sprendžiamos problemos yra pernelyg išskaidytos ir fragmentuotos, dėl programų gausos nėra galimybių užtikrinti jų analizės ir priežasčių tyrimo kompleksiskumą bei objektyvią ir argumentuotą įgyvendinamų priemonių prioritetų atranką.

3. Egzistuoja didelis atotrūkis tarp programos numatyto lėšų poreikio ir šio poreikio patenkinimo galimybių, tiek iš atsakingam programos vykdytojui skirtų asignavimų, tiek iš kitiems programos įgyvendinime dalyvaujantiems vykdytojams skirtų asignavimų.

4. Prioritetinis programose keliamas tikslas ir uždaviniai skiriami ligų profilaktikai ir sveikai gyvensenai, kurių įgyvendinime aktyviai turėtų dalyvauti savivaldybės, bendruomenės ir nevyriausybinės organizacijos, tačiau realiai jų dalyvavimas nereikšmingas.

5. Nekontrliuojamas ir nekoordinuojamas savivaldybių dalyvavimo sveikatos programų įgyvendinime procesas, trūksta informacijos apie jų įgyvendinamas priemones ir skiriamas lėšas, taip pat yra didelis atotrūkis tarp valstybės ir savivaldybių lygiu sprendžiamų problemų, stokojama

jų sąsajos ir suderinamumo.

Sveikatos apsaugos strategijoje be sveikatos priežiūros stiprinimo, prevencinių programų vykdymo deklaruojamas kitas svarbus siekis, t. y. galimybė visiems žmonės turėti prieigą prie būtinų sveikatos paslaugų, nepatiriant finansinių pasekmių pavojaus. Šis siekis Lietuvoje realiai nėra įgyvendinamas. Tai sąlygoja socialinės sistemos problemos. Šiaulių rajonas yra priskiriamas kaimiškų rajonų grupei, kur didžioji dauguma gyventojų gyvena kaimiškuosiuose vietovėse. Didžioji dalis kaimiškose vietovėse gyvenančių Šiaulių rajono gyventojų yra nedirbantys, nepriklauso valstybės socialiai draudžiamų gyventojų grupei, neturi pakankamai disponuojamų lėšų, kad galėtų kas mėnesį susimokėti po 72 Lt. už PSD. Šie asmenys neturi teisės nemokamai gauti ne tik pirminio lygmens sveikatos priežiūros paslaugų, bet taip pat neturi teisės dalyvauti ir profilaktiniuose sveikatos patikrinimuose. Tyrime dalyvavę ekspertai teigė, kad, esant šalies ekonomikos pakilimui, buvo skiriama daugiau lėšų sveiktos patikrinimui. Esant didesniai finansavimui VŠĮ Šiaulių rajono PSCP, siūsdavo ir neapdraustus gyventojus dalyvauti profilaktikos programose. Sumažėjus finansavimui, socialiniu draudimu neapdrausti gyventojai neturi galimybės pasinaudoti profilaktinėmis sveikatos patikrinimo programomis.

Apklausti ekspertai teigia, kad neskiriant lėšų socialiai neapdraustųjų gyventojų grupei nemokamai dalyvauti bent jau profilaktiniuose sveikatos patikrinimuose, nukenčia ne vien tik jie, bet tai kelia didelę grėsmę oro lašeliniu būdu plintančiomis ligomis užsikrėsti ir nesergančių gyventojų grupei. Tyrime dalyvavusių ekspertų pastebėjimu, tikslingiau būtų valstybės lėšas skirti profilaktiniams sveiktos patikrinimams, nei finansuoti Visuomenės sveikatos informavimo centrų vykdomą veiklą. Ekspertų nuomone, valstybės lėšos būtų daug efektyviau naudojamos ankstyvose ligos stadijose diagnozavus ligas, nei lėšų skyrimas viešų paskaitų skaitymui, kai tokio pobūdžio informaciją žmonės gali gauti masinių informacijos priemonių pagalba.

Lietuvos teisės aktuose yra integruotos PSO ir ES sveikatos apsaugos sistemos strateginės kryptys, koncentruotos į sveikatos kaip socialinės ir ekonominės vertybės pripažinimą, jos išsaugojimo, stiprinimo, ligų profilaktikos ir prevencinių programų vykdymą. Ekonominio sunkmečio metu Lietuvoje stengtasi išlaikyti stabilų finansavimą prevencinių programų vykdymui. Tačiau šių programų finansavimas ir jų įgyvendinimo efektyvumas dar nėra pakankamas. Tai sąlygoja du pagrindiniai veiksniai. Pirmasis iš jų - mažas pačių gyventojų suinteresuotumas profilaktiniais sveikatos patikrinimais. Antrasis – Lietuvoje neįgyvendinta galimybė, naudotis net ir pirminio lygmens sveikatos priežiūros paslaugomis, nepatiriant finansinių sunkumų socialiai jautrioms gyventojų grupėms. Ši aplinkybė yra ypač aktuali daugeliui kaimiškųjų vietovių gyventojų, kurie dažnai nepriklauso valstybės socialiai draudžiamų gyventojų grupei ir patys stokoja lėšų savarankiškomis PSD įmokoms. Sveikatos sistemos politikos deklaruojamas vienas iš pagrindinių siekių, koncentruoti sveikatos problemų sprendimą PSP grandyje, analizuojamas kitame skyriuje.

3.2. Pirminės sveikatos priežiūros vertinimas

3.2.1. Gyvensenos ir aplinkos veiksnių įtaka sveikatai

PSO deklaruoja nuolatinį rūpestį sveikata ir akcentuoja jos priežiūros bei prevencijos svarbą. Su šiais siekiais glaudžiai susiję PSP strateginiai elementai, akcentuojantys nuolatinę gyvensenos ir aplinkos veiksnių įtakos sveikatai įvertinimą bei bendruomenės atsakomybę už savo sveikatą. Sveikatos sistemos aktualumą liudija ir Eurobarometro 2008 m. atlikto tyrimo duomenys. Remiantis minėto tyrimo duomenimis, svarbiausios problemos lietuviams kaip ir daugelį praėjusių metų susijusios su nusikalstamumu (34 %), sveikatos apsauga (20 %) ir ekonomika (18 %).

Lietuvos statistikos departamentas 2005 m. atlikto gyventojų sveikatos vertinimo tyrimą 10 apskričių. Tyrimo metu respondentų buvo parašyta įvertinti savo sveikatos būklę (3.3 lentelė).

3.3 lentelė

Gyventojų savo sveikatos vertinimas (procentais)

	Vyrai	Moterys	Vyrai	Moterys
	Lietuvos Respublika		Šiaulių apskritis	
Labai gerai	19,7	9,5	19,2	10,1
Gerai	35,3	29,4	38,0	31,7
Vidutiniškai	35,4	42,1	32,1	45,2
Blogai	7,8	15,7	8,2	11,3
Labai blogai	1,8	3,3	2,4	1,7

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Statistikos departamento duomenimis

Remiantis 3.3 lentelėje pateiktais duomenimis, tik penktadalis Lietuvos vyrų savo sveikata vertina kaip labai gerą. Moterų tarpe, savo sveikatą, kaip labai gerą apibūdina vos dešimtadalis respondenčių. Didžioji dalis respondentų ($\approx 70\%$) tiek Lietuvos, tiek Šiaulių apskrities mastu savo sveikatą vertina kaip gerą ar vidutinišką. Apie dešimtadalis vyrų savo sveikatą apibūdina kaip blogą arba labai blogą. Moterų tarpe neigiamai savo sveikatą Lietuvos mastu vertina 19 %. Neigiamas moterų savo sveikatos vertinimas Šiaulių apskrityje yra kiek mažesnis, t.y., 13 %. Atlikto gyventojų sveikatos tyrimo vertinimo duomenys rodo, kad mažiau nei pusė Lietuvos gyventojų savo sveikatą gali įvardinti tik kaip labai gerą arba gerą. Gyventojų sveikatos būklę lemia pačių gyventojų rūpinimasis savo sveikata ir vykdoma valstybės sveikatos politika. Sveikatos sistemos plėtros 2010 – 2015 m. metmenyse įvardijamos 5 pagrindinės priežastys, sąlygojančios atsainų visuomenės požiūrį į savo sveikatą:

1. Dėl ilgą laiką buvusio „nemokamo gydymo“ įsitvirtinusi nuostata, kad asmens sveikata priklauso ne nuo paties žmogaus, o nuo valdžios priimamų sprendimų. Gyventojai stokoja motyvacijos rūpintis savo sveikata ir sąmoningai dalyvauti gydymo procese, nes sveikatos priežiūrą supranta kaip „nemokamą“ paslaugą.

2. Gydytojai, vis dar vadovaudamiesi biomedicininio požiūriu į ligą, stokoja holistinio požiūrio į sergantį žmogų, kuris nevertinamas platesniame biopsichosocialiniame kontekste. Nesigilinama į žmogaus gyvensenos ypatumus, pacientas nepripažįstamas kaip lygiavertis partneris, sprendžiant sveikatos klausimus.

3. Rengiant ir tobulinant gydytojus, nepakankamai dėmesio skiriama jų žinioms ir įgūdžiams sveikatos ekonomikos, medicinos etikos, teisės, vadybos, profesionalaus bendravimo,

bendruomenės lyderio gebėjimų ugdymo srityse.

4. Nepakankamas kitų ministerijų ir institucijų įtraukimas į visuomenės sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesą. Įvairių ūkio sektorių plėtra nesuderinta su sveikos aplinkos išsaugojimo reikalavimais, o atskirais atvejais kitų ūkio sektorių priimami sprendimai uždeda papildomą naštą sveikatos sektoriui. Vykstanti šalies socialinė ekonominė plėtra nemažina socialinių sveikatos netolygumų tarp miesto ir kaimo bei atskirų socialinių ir ekonominių gyventojų grupių. Ekonominės socialinės problemos turi neigiamos įtakos gimstamumo lygiui, psichikos sutrikimų ir savižudybių skaičiui.

5. Vyrauja dėmesys ligų gydymui, o ne jų prevencijai. Nesusiformavęs teigiamas visuomenės požiūris į sveiką gyvenimą, sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą.

Šiaulių rajone pagrindinės priežastys, susijusios su žmonių nesuinteresuotumu rūpintis savo sveikata, susijusios su žmonių sąmoningumu, atsakingumu, laiko ir materialinių resursų stoka. Du tyrime dalyvavę ekspertai atkreipė dėmesį į tai, kad jei žmonės atvyksta į SPĮ dėl profilaktinių sveikatos patikrinimų, susijusių su darbo santykiais, jie į tai dažniausiai žiūri kaip į formalumą ir tuščiai praleistą laiką. Kita grupė žmonių turi laiko ir norėtų rūpintis savo sveikata tačiau to padaryti jiems neleidžia finansinės galimybės. Dažnai žmonės atvyksta į SPĮ tuomet, kai jų ligos yra pažengusios ir reikalingas brangus gydymo kursas, kurio jie taip pat atsisako, apsiribodami vien prašymu išrašyti kiek galint pigesnius medicininius preparatus.

Tyrime dalyvavęs ekspertas teigia, kad piliečiams aktyviau domėtis ir rūpintis savo sveikata galėtų padėti šeimos gydytojai. Norint suaktyvinti šeimos gydytojų iniciatyvumą, raginant žmonės būti atsakingais už savo sveikatą, pirmiausia reikėtų, kad gydytojas į pacientą ir jo problemą žiūrėtų plačiai ir patį įtrauktų į šios problemos sprendimo paiešką. Eksperto teigimu, tai sudarys sąlygas atsirasti ir paciento pasitikėjimu mediku, padės ieškoti efektyvesnių diagnostikos ir gydymo būdų.

Tyrime dalyvavusio eksperto, atsakingo už sveikatos sistemos politikos plėtojimą, vertinimu, Šiaulių rajono lygmeniu kol kas nėra konkrečių veiksmų, siekiant centralizuotai atlikti gyvenamosios ir aplinkos veiksnių įtakos sveikatai vertinimą. Tačiau pastaraisiais metais pastebimas suaktyvėjęs vietos bendruomenių domėjimasis sveikatingumo klausimais. Otavos chartijoje (1986) įvardinti sveikatos stiprinimo principai, apimantys saugios aplinkos, padedančios sveikai gyventi sukūrimą, individualių sveikatos stiprinimo žinių ir įgūdžių tobulinimą, atsakomybės už sveikatos stiprinimą pasidalijimas tarp individų, visuomenės grupių, medicinos darbuotojų, valdžios atstovų, yra diegiami Šiaulių rajono savivaldybėje prevencinių programų pagrindu.

Kiekvienais metais Šiaulių rajono savivaldybės administracija kartu su Šiaulių rajono savivaldybės bendruomenės sveikatos taryba organizuoja konkursą Visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų priemonių projektų finansavimui. Projektus gali teikti visuomeninės organizacijos, ginančios visuomenės sveikatos interesus, biudžetines, VŠĮ ir kitos įstaigos bei organizacijos, veikiančios sveikatinimo srityse. Projektų prioritetinės kryptys:

- sveikatos išsaugojimas ir gerinimas, sveiko gyvenimo įgūdžių formavimas, fizinio aktyvumo skatinimas, šeimoje ir bendruomenėje;
- infekcinių ir neinfekcinių ligų prevencija;
- onkologinių ligų prevencija;

- alkoholio, tabako ir kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimo prevencija;
- sveikatos žinių populiarinimo ir visuomenės sveikatos plėtojimas;
- psichinės sveikatos gerinimas, socialinis neįgaliųjų sveikatinimas;
- sveikatai palankios aplinkos kūrimas ir rizikos veiksnių vertinimas (Šiaulių rajono savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos priemonių rėmimo tvarka, 2010).

Pagal minėtą visuomenės sveikatos rėmimo programą Šiaulių rajono bendruomenėms ir nevyriausybinėms organizacijoms lėšos skiriamos šioms išlaidoms apmokėti: kelialapiams į sveikatinimo stovyklas, gydytojų - specialistų konsultacijoms, trumpalaikiam turtui įsigyti (kanceliarinėms priemonėms, spaudiniams, dezinfekcinėms medžiagoms, asmens higienos priežiūros priemonėms, medicinos personalo apsaugos priemonėms, smulkiąjam sportiniam inventoriui), organizacinėms išlaidoms apmokėti (transporto, pašto, ryšių, kopijavimų), trumpalaikiai patalpų ir techninės įrangos nuomai, autoriniams atlyginimams, sociologiniams, fizikiniams ir cheminiams tyrimams atlikti.

Gyvensenos ir aplinkos veiksnių įtaka sveikatai atspindi ir Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaitoje (2008), kurioje išskiriami 3 bendrieji tikslai, siejami su siektinu gyventojų sveikatos lygiu:

- gyventojų mirtingumo sumažinimas ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilginimas;
- mirtingumo nuo pagrindinių priežasčių, t. y. nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų, širdies bei kraujagyslių ligų sumažinimas, piktybinių navikų įvertinimas;
- kūdikių mirtingumo sumažinimas.

1. Gyventojų mirtingumo sumažinimas ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilginimas. Prevencinių programų vykdymas – viena iš deklaruojamų valstybės prioritetinių sričių, sąlygojančių gyventojų sveikatos būklės gerėjimą ir ilgėjančią vidutinę gyvenimo trukmę. Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė – vienas pagrindinių gyventojų sveikatos rodiklių, tiksliausiai parodantis gyventojų mirtingumo skirtumus (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2008).

Sveikatos priežiūros reformos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo strategijoje pagrindiniu tikslu įvardijamas gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės pailginimas. Vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės duomenys pateikiami 3.4 lentelėje. 1985–1995 m. vidutinė tikėtina Lietuvos gyventojų gyvenimo trukmė mažėjo ir 1995 m. pasiekė mažiausią reikšmę – 69,08 metų. Sumažėjimas per minėtą dešimtmetį siekė beveik 2,5 metų. 1995 m. moterys gyveno vidutiniškai 11,8 metų ilgiau nei vyrai, 2000 m. – 10,6, metų 2009 m. – 11,1 metų. Nuo 1996 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pradėjo didėti ir 2000 m. ir 2003 m. pasiekė maksimalią reikšmę – 72,19 metų.

Per 1998–2003 m. minėtas rodiklis padidėjo 9,6 mėnesio ir 1,2 karto viršijo numatytus augimo tempus, tačiau nuo 2004 m. vėl pastebima vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės mažėjimo tendencija. 2007 m. vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė buvo 70,92 metų, tai yra 5,64 mėnesio trumpesnė nei 1998 m.

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Vyrai						
Lietuvos Respublika	66,31	65,36	65,31	64,87	66,30	67,51
Šiaulių apskritis	66,34	65,02	64,86	64,71	66,45	67,58
Moterys						
Lietuvos Respublika	77,64	77,42	77,06	77,20	77,57	78,56
Šiaulių apskritis	77,31	77,20	76,77	76,52	77,22	78,30
Vidutinė (vyrų ir moterų) tikėtina gyvenimo trukmė iš viso						
Lietuvos Respublika	71,96	71,39	71,19	70,92	71,94	73,04
Šiaulių apskritis	71,82	71,11	70,82	70,62	71,84	72,94

P.S. Tikimybinis rodiklis, parodantis, kiek vidutiniškai metų gyvens kiekvienas gimęs arba sulaukęs tam tikro amžiaus žmogus, jeigu visą būsimą tiriamos kartos gyvenimą mirtingumo lygis kiekvienoje gyventojų amžiaus grupėje liks nepakitęs. Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis *Darnaus vystymosi rodikliai* (2010). Statistikos departamentas. Prieiga per Internetą:

http://www.stat.gov.lt/uploads/11_Darnaus_vystymosi_rodikliai_2010.pdf?PHPSESSID=c54c359b38bb9bc7066e08e4391cd697

Analizuojant 3.4 lentelėje pateiktus duomenis matoma, kad nuo 2004 m. iki 2007 m. Lietuvoje vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė sumažėjo daugiau nei 1,5 metų. 2008 m. šis rodiklis beveik grįžo į 2004 m. lygį ir turi tendenciją didėti 2009 m. ir 2010 m. Panašios tendencijos, sietinos su vidutine tikėtina vyrų gyvenimo trukme, vyrauja ir Šiaulių apskrityje. Analizuojant moterų vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę 2004 – 2009 m. pastebimos analogiškos tendencijos aptartai vyrų tikėtinai vidutinei gyvenimo trukmei.

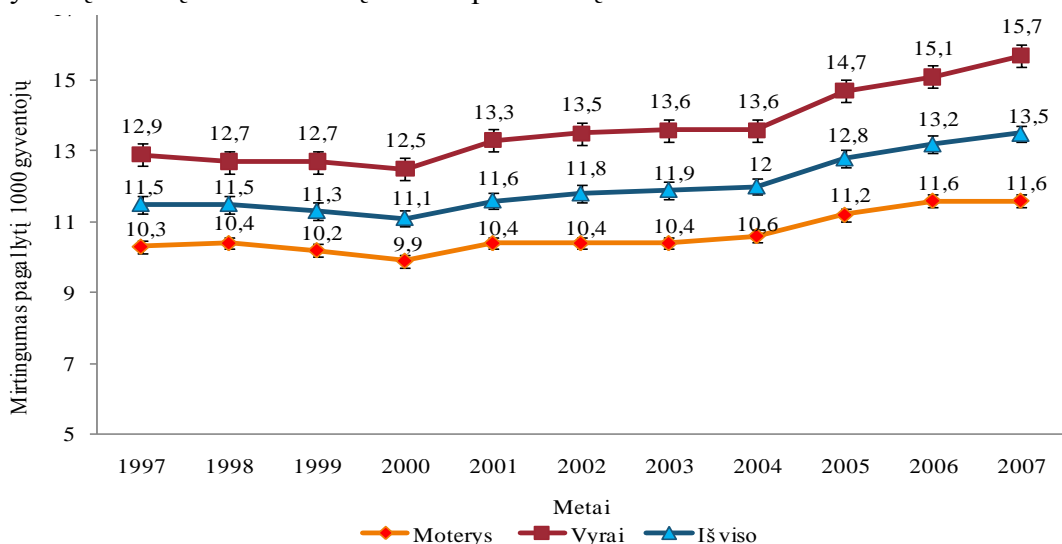
Analizuojant vidutinės trukmės socialinių indikatorių duomenis pastebima, kad išlieka itin ženklus skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės tikėtinios gyvenimo trukmės. 2007 m. užfiksuotas didžiausias atotrūkis tarp vyrų ir moterų vidutinės tikėtinios gyvenimo trukmės. Šiaulių apskrityje vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė buvo 12,3 metų trumpesnė negu moterų. 2009 m. tiek vyrų, tiek moterų gyvenančių mieste, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė buvo ilgesnė nei kaimo gyventojų: vyrų – 2,6, moterų – 2,3 metų. Remiantis 3.4 lentelėje pateiktais duomenimis, matome, kad moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė apytiksliai 11,6 metų lenkia tikėtiną vyrų vidutinę gyvenimo trukmę. Analizuojamos lentelės duomenis susiejus su gyventojų sveikatos vertino tyrimo duomenų 3.3 lentele galima teigti, kad moterys yra linkusios skeptiškiau už vyrus vertinti savo sveikatos būklę, tačiau tikėtinios vidutinės gyvenimo trukmės atžvilgiu gana ženkliai lenkia vyrus.

Taip pat išlieka ženklus skirtumas tarp Lietuvos gyventojų vidutinės tikėtinios gyvenimo trukmės ir ES valstybių narių analogiško rodiklio. ES valstybių narių moterys vidutiniškai gyvena 81,5 metų, vyrai – 75,4 metų (2005 m. duomenimis). Lietuvos moterų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 2005 m. atsiliko nuo ES vidurkio 4,08 m., tuo tarpu vyrų net 10,14 metų. ES šalyse skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės tikėtinios gyvenimo trukmės sudaro apie 6 metus, o Lietuvoje šis skirtumas yra dvigubai didesnis. Lietuvos vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė tarp ES valstybių narių (2007 m. duomenimis) yra trumpiausia (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2008).

Siekiant priartinti Lietuvos vidutinės (vyrų ir moterų) tikėtinios gyvenimo trukmės rodiklius

prie ES, pirmiausia, ekspertų vertinimu, reiktų sukcentruoti dėmesį į pačių žmonių norą rūpintis savo sveikata ir jos išsaugojimui. Vienas tyrime dalyvavęs ekspertas nurodė, kad vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilgėjimas Šiaulių rajono gyventojų tarpe bus užtikrintas tuomet kai pirmiausia pasikeis pačių žmonių požiūris į savo sveikatą ir valstybė galės skirti daugiau lėšų sveiktos priežiūros sektoriui.

2. Mirtingumo nuo pagrindinių priežasčių, t. y. nuo nelaimingų atsitikimų ir traumų, širdies bei kraujagyslių ligų mažinimas, piktybinių navikų įvertinimas (3.1 pav.). Pradėjus įgyvendinti LSP (1998) nuostatas, gyventojų mirtingumo rodiklis 1999 – 2000 m. mažėjo. Tačiau nuo 2001 m. vėl stebima gyventojų mirtingumo didėjimo tendencija. 2007 m. mirė 45,6 tūkst. žmonių. Tai 1,8 % daugiau negu 2006 m. 2007 m. teko 13,5 mirusiųjų 1000 gyventojų, tai didžiausias mirtingumo rodiklis nuo 1950 m. Lietuvos gyventojų mirtingumo rodiklis 2007 m., lyginant su 1998 m, padidėjo 2 atvejais 1000 gyventojų. Mirties priežasčių struktūra jau daugelį metų nekinta. 2000 – 2007 m. daugiausia mirties atvejų (apie 83 %) buvo dėl kraujotakos sistemos ligų, piktybinių navikų ir dėl išorinių mirties priežasčių.



3.1 pav. Gyventojų mirtingumo rodikliai

Šaltinis: SAM. (2008). *Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita*.

Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma

Mirtingumas 2007 m. buvo pasiekęs aukščiausią lygį nuo 1950 m. – 1000 gyventojų teko 13,5 mirusiojo. 2009 m. šis rodiklis sumažėjo iki 12,6 mirusiojo. 2009 m. mirė 42 tūkst. žmonių, tai 3,6 tūkst. mažiau negu 2007 m. Mirties priežasčių struktūra Lietuvoje jau daugelį metų nekinta: daugiausia žmonių miršta dėl trijų pagrindinių mirties priežasčių: kraujotakos sistemos ligų, piktybinių navikų ir dėl išorinių mirties priežasčių. Analizuojant Šiaulių rajono gyventojų mirtingumo priežastys (3.5 lentelę) pastebima, kad jos yra analogiškos respublikos mirtingumo priežastims.

Šiaulių rajono gyventojų mirtingumas pagal mirties priežastis

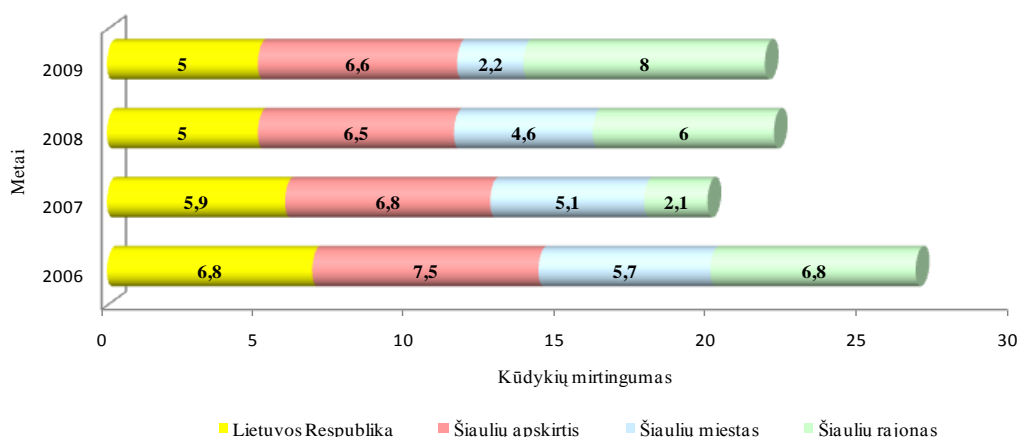
Mirties priežastys	2000 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.
Piktybiniai navikai	220,7	235,7	240,1	245,3	246,2	243,5
Kraujotakos sistemos ligos	598,1	697,7	716,6	720,1	703,5	697,5
Kvėpavimo sistemos ligos	44,6	50,8	50,4	57,9	50,1	46,7
Išorinės mirties priežastys	145,8	162,5	157,2	155,4	142,5	124,8
Iš jų tyčiniai susižalojimai (savižudybės)	46,6	38,6	30,9	30,4	33,1	34,1
Iš viso	1112,1	1282,8	1320,3	1351,6	1305,3	1258,6

Šaltinis: Šaltinis: *Darna*us vystymosi rodikliai (2010). Statistikos departamentas. Prieiga per Internetą: [http://www.stat.gov.lt/uploads/11_Darnaus_vystymosi_rodikliai_2010.pdf?PHPSESSID=c54c359b38bb9bc7066e08e4391cd697](http://www.stat.gov.lt/uploads/11_Darna%20vystymosi_rodikliai_2010.pdf?PHPSESSID=c54c359b38bb9bc7066e08e4391cd697)

Šiaulių rajone 2000 – 2009 m. laikotarpiu viena iš pagrindinių mirtingumo priežasčių buvo kraujotakos sistemos ligų paūmėjimas. Didžiausias šios kategorijos ligų paūmėjimas fiksuojamas nuo 2005 m. ir piką pasiekė 2007 m. Piktybiniai navikai daugiausia mirtingumo atvejų sąlygojo 2008 m. Išorinių mirties priežasčių ženklus padidėjimas užfiksuotas 2005 m. Nuo 2005 m. stebimas palaišnis mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažėjimas. Analogiškos mirties nuo išorinių priežasčių tendencijos vyrauja ir nagrinėjant mirties atvejus, sukeltus kvėpavimo sistemos ligų. Remiantis 3.5 lentelėje pateiktais duomenimis, Šiaulių rajono SPI, siekdamas užtikrinti vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės ilgėjimą, gydymo procese turėtų daugiau dėmesio koncentruoti piktybinių navikų ir kraujotakos sistemos ligų diagnostikai ir gydymui.

3. Kūdikių mirtingumo sumažinimas. Pasiekimai kūdikių mirtingumo mažinimo srityje yra ženkliūs. LSP (1998) iki 2010 m. numatytas siekis sumažinti šį rodiklį 30 % buvo beveik įvykdytas jau 2003 m. Tačiau 2004 m., palyginus su 2003 m., jis vėl padidėjo 1,1 atvejo 1000 gimusiųjų. Nuo 2005 m. kūdikių mirtingumas pradėjo ženkliai mažėti ir 2007 m. buvo 5,9 atvejo 1000 gyvų gimusių kūdikių, o tai 17 % geresnis rodiklis negu numatyta pasiekti pagal LSP (1998). 2007 m. daugiausia (37,4 %) kūdikių mirė nuo perinatalinio periodo ligų, 33,7 % – nuo įgimtų formavimosi ydų ir 6,8 % – nuo išorinių mirties priežasčių.

2007 m. kūdikių mirtingumo rodiklis Lietuvoje (1000 gimusių buvo 5,9) yra geresnis nei Europos vidurkis (1000 gimusių – 8,9) ir artėja prie ES vidurkio (1000 gimusių – 4,9). Didžiausią įtaką šio rodiklio įgyvendinimui turėjo medicinos darbuotojų veikla perinatologijos srityje.

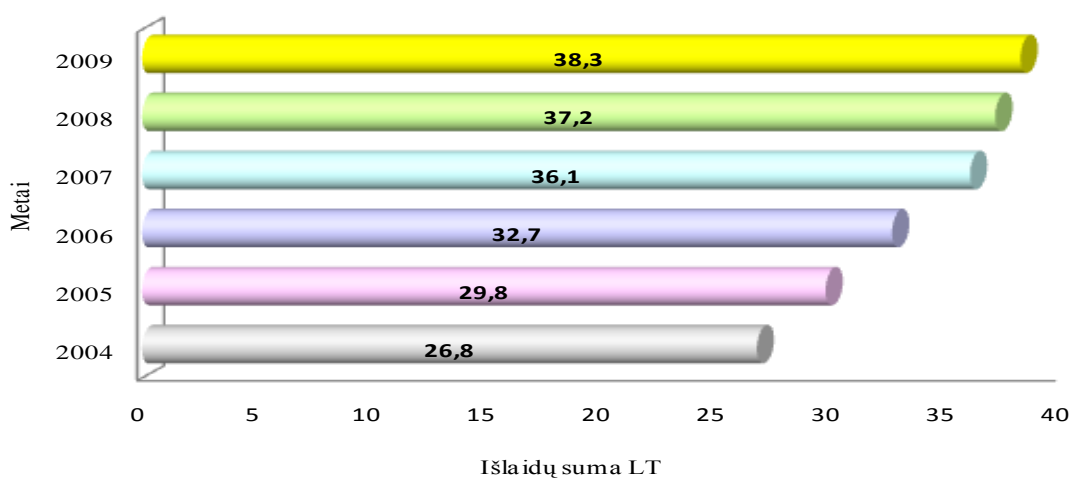


3.2 pav. Kūdikių mirtingumo rodikliai

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Lietuvos Statistikos departamento duomenimis ir Šiaulių rajono savivaldybės strateginiu veiklos planu 2011 – 2017 m (2011-02-11 Nr. T -11 (1.1))

2006 – 2009 m. Šiaulių rajono savivaldybėje užregistruotos 4 kūdikių mirtys, skirtingais metais tai sudaro 0,6 – 0,9 % visų kūdikių (3.2 pav.). Žemiausias kūdikių mirtingumo lygis Šiaulių rajone užfiksuotas 2007 m. Šiais metais kūdikių mirtingumas net 2,8 karto buvo žemesnis už Lietuvos vidurkį. Nuo 2008 m. fiksuojamas ženklus kūdikių mirtingumo didėjimas. 2009 m. Šiaulių rajonas šiuo rodikliu pirmavo Šiaulių apskrityje ir net 37,5 % viršijo respublikos vidurkį. Vertinant 3 bendruosius tikslus, siejamus su siektinu gyventojų sveikatos lygiu, Šiaulių rajonui problematiškiausias yra kūdikių mirtingumo mažinimo klausimų sprendimas.

LSP (1998) įvardytų tikslų įgyvendinimą įtakoja ir Lietuvos žmonių finansinės galimybės. Remiantis statistikos duomenimis, daugiausia lėšų šeimų ūkiai skiria maisto produktams ($\approx 40\%$) ir transportui ($\approx 11\%$). Ryšiams, poilsiui ir kultūrai ir sveikatos priežiūrai vidutiniškai skiriama maždaug po 5 % namų ūkio vartojimo išlaidų. Namų ūkių lėšų skiriamų lėšų mėnesiui sveiktos priežiūrai duomenys pateikti 3.3 pav.



3.3 pav. Vieno Lietuvos namų ūkio nario išlaidos sveikatos priežiūrai per mėnesį

Šaltinis: SAM. (2008). *Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita*. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma

Remiantis Lietuvos Statistikos departamento duomenimis, vieno Lietuvos namų ūkio nario išlaidos sveikatos apsaugai per mėnesį absoliučiais skaičiais augo nuo 26,8 Lt. 2004 m. iki 38,3 Lt 2009 m., t. y. išaugo 11,5 Lt. (34,7 %). Šie skaičiai liudija, kad namų ūkių realios pajamos sveikatos apsaugai per metus didėjo nepilnai 2 Lt. Įvertinus infliacijos faktorių, galima teigti, kad sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų suma analizuojamu laikotarpiu realiai nedidėjo. Darytina prielaida, kad mažėjančios finansinės galimybės daliai gyventojų dar labiau pablogino sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.

Gyvensenos ir aplinkos veiksnių įtaką sveikatai lemia sveikatos politikos integralumas ir konsoliduotas vystymasis, apjungiant švietimo, ūkio sektorių, aplinkos ir sveikatos apsaugos sritis, kurios tiek Lietuvoje, tiek Šiaulių rajone nėra pakankamai tarpusavyje integruotos. Aplinkos įtaka gyventojų sveikatai susijusi ne vien tik su sveikatos sektoriaus probleminių aspektų, tokių kaip vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų, piktybinių navikų, nelaimingų atsitikimų ir traumų mažinimu, bet ir nuo pačių gyventojų suinteresuotumo rūpintis savo sveikata. Abejingas gyventojų rūpinimasis savo sveikata sietinas nepasitikėjimu

sveikatos apsaugos sistema ir su ilgai išsitvirtinusia „nemokamo gydymo“ nuostata, klaidingai suvokiant, kad sveikatos priežiūra priklauso ne nuo paties žmogaus rūpinimosi ja, o nuo valstybės sveikatos politikos. Finansinė gyventojų padėtis yra kitas veiksnys, įtakojantis galimybę sukurti sveiką aplinką ir rūpintis savo sveikatingumu. Šiaulių rajono gyventojų mirtingumo ir vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės bei mirtingumo nuo pagrindinių priežasčių statistiniai duomenys atitinka Lietuvoje vyraujančias tendencijas, tačiau Šiaulių rajono ASPI turėtų sutelkti daugiau dėmesio sprendžiant pastaraisiais metais ženkliai augantį kūdikių mirtingumą. Gyventojų sveikatos priežiūros galimybės yra tiesiogiai susijusios su PSP išvystymu, aptariamu kitame skyriuje.

3.2.2. Pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo analizė

PSO teigimu, dėmesio sutelkimas PSP grandies vystymui ir jos tinkamo funkcionavimo užtikrinimui suteikia galimybę išspręsti iki 80-90% medicinos pagalbos problemų. Almatos konferencijos (1978) nuostatos, akcentuojančios PSP grandies stiprinimą, įtvirtintos ir pagrindiniuose Lietuvos sveikatos sistemą reglamentuojančiose teisės aktuose.

Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991) nurodoma, kad pirminės grandies sveikatos apsaugos plėtojimas – prioritetinga sveikatos apsaugos sistemos kryptis. Atsižvelgiant į Lietuvos Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991) įtvirtintą PSP grandies stiprinimą, parengta Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą (2009). Šios programos nuostatos įgyvendinamos 2009 – 2011 m. Svarbiausias Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos tikslas – teikti saugias, geros kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas. Be šio tikslo minėtoje programoje deklaruojami šie siekiai:

- teikti prioritetą šeimos gydytojų teikiamoms paslaugoms ir gydytojų specialistų ambulatorinėms konsultacijoms;
- optimizuoti stacionarių SPI tinklą ir restruktūrizuoti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, o sutaupytas lėšas skirti ambulatorinės grandies šeimos gydytojų ir specialistų konsultantų paslaugoms plėtoti ir apmokėjimui didinti.

Tolesnės sveikatos sistemos plėtos 2010–2015 metų metmenyse nurodoma, kad prioriteto tvarka plėtojamos šeimos gydytojo, specializuotas ambulatorines, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos, slaugos ir palaikomojo gydymo, slaugos namuose bei skubios pagalbos paslaugos, plečiamos jų teikimo apimtys ir formos.

Analizuojant PSP prieinamumą Šiaulių rajono gyventojams, tikslinga atsižvelgti į rajono geografines charakteristikas. Šiaulių rajonas išsikūręs aplink ketvirtą pagal dydį šalies miestą Šiaulius. Rajono teritorija suskirstyta į 11 seniūnijų: Bubių, Ginkūnų, Gruzdžių, Kairių, Kuršėnų kaimiškoji, Kuršėnų miesto, Kužių, Meškuičių, Raudėnų, Šakynos, Šiaulių kaimiškoji. Šiaulių rajonui priklauso Šakynos, Kurtuvėnų, Bazilionų miesteliai, Ginkūnų, Aukštelkės, Raudėnų, Verbūnų, Naisių, Bridų gyvenvietės bei 579 kaimai (2003 - 2013 m. Šiaulių rajono plėtos strateginis planas). Šiaulių rajono žiedinės konfigūracijos išsidėstymas apie Šiaulių miestą ir palyginti nedidelis iki 35 km. atstumas iki rajono centro, suteikia galimybę rajono gyventojams be

didelių sunkumų naudotis ne tik Šiaulių rajono, bet ir Šiaulių miesto SPI paslaugomis.

2003 - 2013 m. Šiaulių rajono plėtros strateginiame plane deklaruojamas tikslas gerinti rajono bendruomenės sveikatą, socialinę integraciją ir saugumą. Šio tikslo įgyvendinimo siekiama gerinant sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų kokybę, prieinamumą bei plėtrą kaimiškose vietovėse. Pagrindiniai sveikatos infrastruktūros gerinimo ir renovavimo darbai vykdyti 2010 m:

- VŠĮ. Kuršėnų ligoninėje atlikta pastatų rekonstrukcija ir medicinos aparatūros atnaujinimas;
- VŠĮ. Šiaulių rajono PSPC ir VŠĮ. Gruzdžių ambulatorijoje atlikta pastatų rekonstrukcija ir medicinos aparatūros atnaujinimas;
- suteiktos naujos patalpos VŠĮ. Kuršėnų palaikomojo gydymo ir slaugos skyriui.

Šiaulių rajono savivaldybės gydytojas, vertindamas PSO išskiriamus pagrindinius PSP strategijos elementus, teigė, formuojant rajono sveikatinimo strategiją ir plėtojant PSP tinklą, yra jų laikomasi. Šiaulių rajono sveikatos paslaugų teikimas organizuojamas taip, kad PSP taptų sistemos pagrindu, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra ją tik papildytų. Vertinat prioriteto skyrimą PSP grandžiai Šiaulių rajone, galima remtis ASPĮ statistiniais duomenimis, pateiktais 3.6 lentelėje.

3.6 lentelė

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Lietuvos Respublika						
Privačių ASPŠ skaičius	1 283	1 521	1 497	1 506	1 403	1 584
Privačių odontologinės priežiūros įstaigų skaičius	765	928	911	918	803	969
Ambulatorinių SPI skaičius SAM sistemoje	429	435	437	433	436	432
Šiaulių apskritis						
Privačių ASPŠ skaičius	124	137	131	128	101	112
Privačių odontologinės priežiūros įstaigų skaičius	73	84	79	81	57	68
Ambulatorinių SPI skaičius SAM sistemoje	55	56	55	55	55	54
Šiaulių r. sav.						
Privačių ASPŠ skaičius	5	7	5	3	3	4
Privačių odontologinės priežiūros įstaigų skaičius	5	7	5	3	3	4
Ambulatorinių SPI skaičius SAM sistemoje	8	8	8	8	8	8
Šiaulių m. sav.						
Privačių ASPŠ skaičius	91	101	95	92	73	76
Privačių odontologinės priežiūros įstaigų skaičius	47	57	53	55	36	41
Ambulatorinių SPI skaičius SAM sistemoje	10	10	10	10	9	9

P.S. Į privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų skaičių įtrauktos privačios odontologinės priežiūros įstaigos. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenys. Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Statistikos departamento duomenimis

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra teikiama PSPC, šeimos gydytojų kabinetuose, ambulatorijose, poliklinikose (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2008). Remiantis 3.6 lentelėje pateiktais duomenimis, pastebima, kad ASPĮ skaičius Lietuvoje svyruoja. Lyginat 2004 m. ir 2009 m. šių įstaigų skaičius šalyje išaugo neženkliai, o Šiaulių apskrityje jis net sumažėjo. Šiaulių apskrities ASPĮ skaičiaus mažėjimui daugiausia įtakos turėjo šių įstaigų sumažėjimas 10 % Šiaulių mieste. Šiaulių rajone nagrinėjamu laikotarpiu privačių ASPĮ skaičius įvairavo nuo 3 iki 7. Šalies mastu kiek kitokia situacija stebima privačių odontologinės priežiūros įstaigų plėtojimo srityje. Šių įstaigų skaičius nagrinėjamu laikotarpiu nuolat augo. Šalies tendencijų šioje srityje nepavyko išlaikyti Šiaulių apskrityje. Ten privačių odontologijos priežiūros įstaigų skaičius sumažėjo 5 %.

Lietuvoje 2007 m. pastebimas ambulatorinių SPI skaičius SAM sistemoje mažėjimas, tačiau 2009 m. šių įstaigų skaičius lyginat su 2004 m. neženkliai išsaugo 1,2 %. Šiaulių apskrityje ambulatorinių SPI skaičiaus mažėjimas pastebimas nuo 2006 m. Šiaulių rajone nagrinėjamu laikotarpiu šių įstaigų skaičius išliko nepakitęs.

SAM 2008 m. veiklos rezultatų ir strateginiame 2009 m. veiklos plane pažymėta, kad siekiama gerinti ASPĮ teikiamų paslaugų prieinamumą ir suteikti pacientams daugiau galimybių rinktis ne tik valstybines, bet ir privačias gydymo įstaigas. Tuo tikslu 2008 m. TLK sudarė daugiau kaip 450 sutarčių su privačiomis SPI dėl ASP paslaugų teikimo vienodomis sąlygomis su valstybės ir savivaldybių ASP viešosiomis ir biudžetinėmis įstaigomis.

Apklausus tyrime dalyvavusius ekspertus, visi vieningai teigė, kad PSP Šiaulių rajone yra tinkamai išvystyta ir prieinama tiek miestelių, tiek rajono centro gyventojams. Vystant PSP Šiaulių daugiausia pokyčių atlikta VŠĮ. Šiaulių rajono PSPC. Pasinaudojus ES lėšomis buvo renovuotos 5 ambulatorijos ir įsteigti 4 šeimos gydytojų kabinetai. Ambulatorijų vedėjai teigia, kad lyginat PSP paslaugų prieinamumą prieš 5 metus ir šiandien, ji yra daug geriau prieinama kaimo gyventojams. Šiandien kaimiškųjų vietovių gyventojams jau nebereikia vykti į Kuršėnus ar Gruzdžius, norint sulaukti šeimos gydytojo konsultacijos. Šeimos gydytojo konsultacijų kaimiškųjų vietovių gyventojai sulaukia savo gyvenamoje vietovėje. Šeimos gydytojas priklausomai nuo kaimiškosios vietovės dydžio per savaitę atvyksta 1-3 kartus.

Tačiau Šiaulių rajono pirminio lygmens SPS dėl specialistų stokos negali teikti visų pirminiam lygmeniu priskiriamų paslaugų. VŠĮ. Gruzdžių ambulatorija dėl pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo yra sudariusi sutartį su VŠĮ. Šiaulių rajono PSPC. VŠĮ. Šiaulių rajono PSPC pacientams, pagal sudarytą sutartį su VŠĮ. Šiaulių m. ASPC. Šiaulių mieste teikiamos pirminio lygio chirurginės, akušerinės - ginekologinės ir psichiatrinės paslaugos (Šiaulių TLK, 2010).

Siekiant pagerinti ligų diagnozavimą PSP grandies įstaigose, SAM ministro įsakymu papildyta šeimos gydytojo medicinos norma – jo kompetencijai priskirti papildomi laboratoriniai tyrimai. Nuo 2010 m. įsigaliojus šiam SAM ministro įsakymui, kalio, natrio, kreatinino, šlapalo koncentracijos kraujyje tyrimus ir gliukozės toleravimo mėginį gali skirti ir prireikus atlikti šeimos gydytojas, kuris įvertina ir šių tyrimų rezultatus. Tokiu būdu siekiama, kad pacientams nereikėtų dėl palyginti nesudėtingų įprastų tyrimų kreiptis į gydytojus specialistus, iš anksto gavus šeimos gydytojo siuntimą. Tikimasi, kad dėl šios medicinos normos įvedimo sumažės laukiančiųjų gydytojų specialistų konsultacijos eilės (VLK, 2009).

Gyventojų rūpinimąsi savo sveikata ir pasitikėjimą PSP grandies SPI galima analizuoti, remiantis gyventojų apsilankymu poliklinikose ir ambulatorijose statistiniais duomenimis (3.7 lentelė).

Apsilankymai poliklinikose ir ambulatorijose

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Lietuvos Respublika						
Vienas gyventojas vidutiniškai apsilankė poliklinikose ir ambulatorijose	6,5	6,7	6,5	6,8	7,0	6,9
Apsilankymų poliklinikose ir ambulatorijose skaičius, tūkst.	22 482,7	22 893,8	22 130,9	22 931,0	23 382,0	22 864,0
Šiaulių apskritis						
Vienas gyventojas vidutiniškai apsilankė poliklinikose ir ambulatorijose	5,5	5,5	5,5	5,7	5,8	6,1
Apsilankymų poliklinikose ir ambulatorijose skaičius, tūkst.	1 976,8	1 970,7	1 938,2	1 986,0	2 022,4	2 079,2
Šiaulių r. sav.						
Vienas gyventojas vidutiniškai apsilankė poliklinikose ir ambulatorijose	3,3	3,5	3,2	3,1	3,2	3,1
Apsilankymų poliklinikose ir ambulatorijose skaičius, tūkst.	170,8	178,3	159,9	157,8	160,6	153,1
Šiaulių m. sav.						
Vienas gyventojas vidutiniškai apsilankė poliklinikose ir ambulatorijose	7,8	7,5	7,2	7,5	7,7	8,4
Apsilankymų poliklinikose ir ambulatorijose skaičius, tūkst.	1 014,7	970,5	930,2	951,2	977,7	1 054,3

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro ir Privalomojo sveikatos draudimo duomenų bazės SVEIDRA duomenys.

Analizuojant Lietuvos Respublikos mastu 2004 – 2009 m. duomenis, kiek vienas gyventojas vidutiniškai apsilankė poliklinikose ir ambulatorijose, stebimas apsilankymų skaičiaus svyravimas nuo 6,5 iki 7,0 karto. Panašios apsilankymo dažnumo tendencijos stebimos ir Šiaulių apskrityje. Analizuojant Šiaulių rajono savivaldybės gyventojų lankymąsi poliklinikose ir ambulatorijose, pastebimas daugiau nei 50 % mažesnis apsilankymų aktyvumas lyginant su respublikos vidurkiu. Daugiau nei per pus mažesnis Šiaulių rajono gyventojų apsilankymas pirminės grandies SPI, gali dalinai lemti ir kiek mažesnę pirminio lygio ASPI GDR rodiklį.

Objektyviau įvertinti Lietuvos PSP tinko išplėtojamą ir jo funkcionalumą, galima analizuojant pagrindinius Lietuvos ir ES šalių sveikatos sistemos rodiklius (3.8 lentelė)

3.8 lentelė

Lietuvos ir ES šalių sveikatos sistemos rodikliai

Eil. Nr.		Lietuva 2007 m.	Lietuva 2008 m.	Lietuva 2009 m.	ES naujųjų narių vidurkis 2007 – 2008 m.	ES vidurkis 2007 – 2008 m.
1.	Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų skaičius 100 000 gyventojų *	...	28,82	...	61,32	49,32
2.	Apsilankymų skaičius pas gydytoją 1 gyventojui per metus	6,8	6,54	6,85	7,73	6,86

*Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų skaičiaus 100 000 gyventojų atitinka pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigų skaičių 100 000 gyventojų

Šaltiniai: Higienos instituto Sveikatos informacijos centro ir PSO duomenų bazės. SAM (2011). Sveikatos sistemos plėtros 2010–2015 metais metmenys.

Remiantis 3.8 lentelėje pateiktais duomenimis, matome, kad pagal PSP įstaigų skaičių tenkantį 100 000 gyventojų Lietuva beveik du kartus atsilieka nuo ES naujųjų narių vidurkio. Kiek mažesnis atotrūkis šioje srityje yra lyginant Lietuvos duomenis su ES vidurkiu. Lietuva, nepaisant to, kad deklaruoją prioritetą PSP grandžiai, PSP įstaigų skaičiumi nuo ES vidurkio atsilieka 43 %. Lietuvos gyventojų apsilankymų pas gydytoją skaičius per metus 2007 – 2009 m. laikotarpiu beveik

nepakito ir atitinka ES šalių narių vidurkį.

Kitas svarbus PSP grandies elementas yra slaugos ir palaikomojo gydymo bei slaugos namuose plėtojimas. Lietuvoje apie 30 tūkstančių asmenų turi specialiųjų slaugos paslaugų namuose poreikių ir gali gauti tokias paslaugas. Atsižvelgiant į pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatus, 2006 m. pradėta ir toliau tęsiama 2006 m. patvirtinta Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija, kuria remiantis tobulinama stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų struktūra, plėtojama slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistema (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2008). Taip pat patvirtinti Slaugos paslaugų ambulatorinėse ASPĮ ir namuose teikimo reikalavimai, plėtojama ir paliatyvioji pagalba. 2008 m. pirmą kartą patvirtintas paliatyviosios pagalbos teikimo formos (ambulatorinė, stacionario ir dienos stacionaro) bei patvirtintos 14 – os paslaugų bazinės kainos (Sveikatos apsaugos ministerijos 2008 m. veiklos rezultatai ir strateginis 2009 m. veiklos planas).

Analizuojant slaugos ir palaikomojo gydymo tinklo išvystymą Šiaulių rajone, galima teigti, kad pirminės stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tinklas nėra pakankamai išplėtotas. Šios paslaugos teikiamos VšĮ. Šiaulių rajono PSPC filiale Meškuičių palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje bei VšĮ. Kuršėnų ligoninės viename skyriuje.

Lietuva į savo teisės aktus integravo PSO ir ES teisės aktų nuostatas, skatinančias PSP grandies vystymą ir plėtojimą. PSP grandies stiprinimo nuostatos yra integruotos Šiaulių rajono teisės aktuose, kuriais remiantis yra plėtojama PSP. Tačiau statistinių duomenų analizė rodo, kad Lietuva nuo ES vidurkio pagal PSP tinklo plėtrą atsilieka beveik 50 %. Šiaulių rajone siekiama įgyvendinti deklaruojamą PSP grandies vystymo siekį, tačiau dėl nepakankamų žmoniškųjų resursų Šiaulių rajono gyventojai dėl specializuotų PSP paslaugų turi kreiptis į labiau nuo jų gyvenamosios vietos nutolusias PSP įstaigas. Nepaisant atsiliekančios nuo ES PSP grandies plėtotės, Lietuvos gyventojų kreipimasis į PSP įstaigas yra beveik analogiškas ES rodikliams. Tačiau pagal šį rodiklį Šiaulių rajono gyventojai per pus savo kreipimosi į SPI aktyvumu atsilieka nuo bendro šalies vidurkio. Demografinės tendencijos lemia, kad tiek ES, tiek Lietuvoje sparčiai vyksta gyventojų senėjimo procesas. Šis procesas reikalauja didesnių pastangų plėtojant slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas Šiaulių rajone. Kitas svarbus PSP grandies elementas yra GMP paslaugų teikimas, analizuojamas kitame skyriuje.

3.2.3. GMP paslaugų prieinamumas

Svarbus PSP sudėtinės dalies elementas yra GMP paslaugų prieinamumas. Remiantis SAM ministro įsakymo Dėl greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 metų programos patvirtinimo“ pakeitimo (2008-04-24 Nr. V-332) Šiaulių rajone veikia 3 GMP brigados, turinčios 6 GMP automobilius. Šiaulių mieste budi 10 GMP brigadų, kurios disponuoja 16 automobilių.

Analizuojant GMP paslaugų prieinamumą Šiaulių rajone, visi tyrime dalyvavę ekspertai vieningai teigė, kad šios paslaugos yra prieinamos net ir atokių kaimiškųjų vietovių gyventojams.

Šiaulių rajonas priskiriamas žiedinio tipo rajonams, kuris yra išsidėstęs aplink Šiaulių miestą. Dėl šios rajono geografinės specifikos, GMP paslaugos Šiaulių rajono gyventojams teikiamos:

- VŠĮ Šiaulių rajono PSPC GPM skyriaus, kuris aptarnauja vakarinę rajono dalį (2/3 arba maždaug 30 000 gyventojų);
- VŠĮ Šiaulių miesto GMP, kuris aptarnauja rytinę rajono dalį, išsidėsčiusią aplink Šiaulius (1/3 arba maždaug 20 000 gyventojų).

3.9 lentelė

GMP pagalbos teikimas

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Lietuvos Respublika						
1 000 gyventojų tenka asmenų, kuriems suteikta GMP	218,1	219,4	216,0	216,2	191,0	182,6
Asmenų, kuriems suteikta GMP	749 312	746 518	732 976	729 698	641 398	609 829
Šiaulių apskritis						
1 000 gyventojų tenka asmenų, kuriems suteikta GMP	229,7	230,9	235,7	234,5	204,2	196,3
Asmenų, kuriems suteikta GMP	83 262	82 850	83 765	82 508	71 057	67 496
Šiaulių r. sav.						
1 000 gyventojų tenka asmenų, kuriems suteikta GMP	167,9	173,2	185,3	174,3	150,0	149,4
Asmenų, kuriems suteikta GMP	8 632	8 849	9 392	8 777	7 524	7 415
Šiaulių m. sav.						
1 000 gyventojų tenka asmenų, kuriems suteikta GMP	232,1	235,4	241,1	241,9	214,5	223,3
Asmenų, kuriems suteikta GMP	30 311	30 491	31 029	30 903	27 160	28 093

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro ir Privalomojo sveikatos draudimo duomenų bazės SVEIDRA duomenimis.

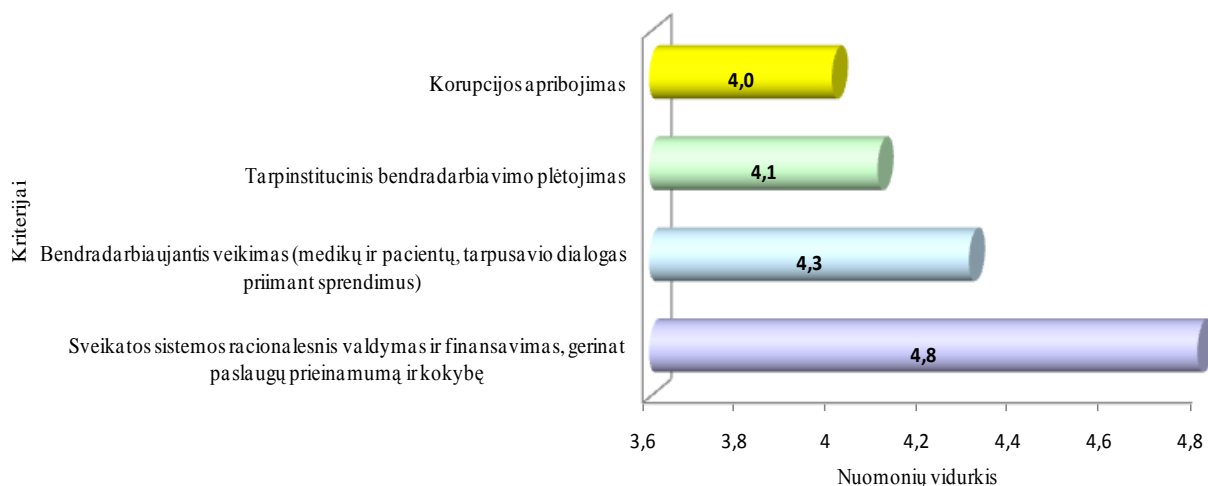
Šiaulių rajono GMP paslaugų teikimo skaidymas paremtas siekiu, kad visiems rajono gyventojams būtų užtikrintos laiku ir kokybiškai teikiamos skubios medicinos paslaugos. Remiantis 3.9 lentelėje pateiktais duomenimis, asmenų, kuriems suteikta GMP skaičius, analizuojamu laikotarpiu Lietuvoje nors ir neženkliai 1000 gyventojų, tačiau mažėjo nuo 218,1 2004 m. iki 182,6 – 2009 m. Tos pačios GMP paslaugų poreikio mažėjimo tendencijos pastebimos ir Šiaulių apskrityje. GMP paslaugų 1000 gyventojų Šiaulių rajone poreikis neženkliai padidėjo 2005 – 2007 m. Šiaulių rajone GMP poreikio mažėjimas užfiksuotas 2008 m. 2009 m. fiksuotas didžiausias (nors ir neženklius 4 %) GMP poreikio mažėjimas analizuojamu laikotarpiu. Analizuojant GMP poreikio mažėjimą, galima daryti hipotetinę prielaidą, kad nors ir neženklius šios PSP sudėtinės dalies paslaugų mažėjimas yra nulemtas augančiu gyventojų rūpinimosi savo sveikatingumu.

PSP įstaigų teikiamų paslaugų plėtojimas, jų kokybiškumo užtikrinimas ir priartinimas prie gyventojų yra neatsiejamas nuo visos eilės vadybinių aspektų, apimančių finansinių, žmogiškųjų, technologinių resursų racionalų paskirstymą ir šiuolaikiškų vadybos metodų diegimą.

3.2.4. Pirminės sveikatos priežiūros vadybiniai aspektai

Lietuvos sveikatos apsaugos sistema perima užsienio valstybių gerąją vadybinę patirtį, apimančią ne tik pačių šios sistemos įstaigų veiklos organizavimą, bet ir santykius su pacientais. Tyrime dalyvavusių ekspertų buvo prašyta įvertinti naujojo viešojo valdymo sveikatos apsaugos

siekių įgyvendinimo aktualumą, kur 5 balai – labai aktualu, 1 balas – neaktualu. 3.4 pav. pateiktas apklausoje dalyvavusių ekspertų nuomonių vidurkis.



3.4 pav. Naujojo viešojo valdymo sveikatos apsaugos sistemoje siekių įgyvendinimo aktualumas Šiaulių rajono SPĮ

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis ekspertų apklausos protokolais

Remiantis 3.4 pav. duomenimis, Šiaulių rajone naujojo viešojo valdymo sveikatos sistemoje siekių įgyvendinimas yra aukštesnis už vidutinį, o kai kuriais atvejais yra beveik maksimaliai įgyvendintas. Remiantis tyrimo rezultatais, galima teigti, kad įgyvendinamos sveikatos sistemos reformos labiausiai įtakojo SPĮ racionalių valdymą ir finansavimo joms skirstymą. Nepaisant to kad, Šiaulių rajono SPĮ deklaruoja aukštą įgyvendinimo lygį, plėtojant medikų ir pacientų dialogą, tačiau draugiškos, į pacientą orientuotos sveikatos sistemos suskūrimas, užėmė žemiausia vertinimo skalės vietą. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo plėtojimas, kuris tapo itin aktualiu įsigaliojus 3 R reformai, tyrime dalyvavusių ekspertų nuomone dar nėra pakankamai išplėtotas. Šiaulių rajono SPĮ korupcijos apribojimo vertinimo vidurkio rodiklis yra gana aukštas, t.y., 4. Korupcijos apribojimo vertinimas, ir draugiškos į pacientą orientuotos sveikatos kūrimas, rodo, kad šios sritys analizuojame rajone vis dar yra problematikos.

Analizuojant sveikatos sistemos vadybinę sferą, tikslinga dėmesį koncentruoti į pagrindinius sveikatos sistemos sektoriaus komponentus:

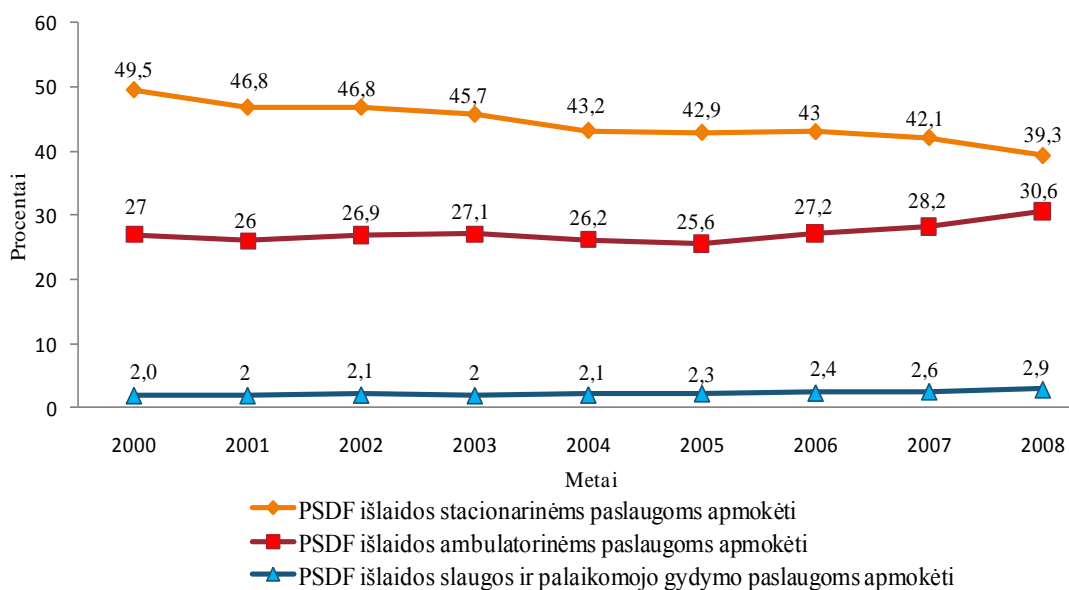
- finansinius resursus,
- technologinius įrenginius,
- žmogiškuosius išteklius,
- organizacinius procesus.

1. Finansinių resursų analizė. Plėtojant SPĮ ir medicinos technologijų vystymą, finansiniai ištekliai būtini tinkamai teikiamų paslaugų kokybei užtikrinti ir jai gerinti, yra riboti. Sveikatos sistema finansuojama iš valstybės biudžeto, PSDF lėšų ir kitų šaltinių. PSDF biudžeto pajamos – pagrindinis valstybės biudžeto šaltinis sveikatos priežiūros sektoriaus išlaidoms finansuoti. Lietuvos sveikatos draudimo sistema grįsta solidarumo principu, todėl sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas užtikrintas visiems apdraustiems gyventojams. 2009 m. pradžioje nuo gyventojų pajamų mokesčio buvo atskirtas sveikatos draudimo mokestis, padidinta valstybės

mokamo PSD įmoka už neaktyvius darbo rinkoje asmenis, išplėstas PSD įmokų mokėtojų sąrašas, sustiprinta įmokų surinkimo kontrolė. Vienas iš socialinių veiksnių, turinčių įtakos PSDF biudžetui, – valstybės lėšomis draudžiamųjų asmenų skaičius. Keletą pastarųjų metų mažėjęs valstybės lėšomis draudžiamų asmenų skaičius 2009 m. išaugo ir planuojama, kad toliau augs.

Siekiant tobulinti ASPĮ sveikatos draudimo finansavimo sistemą, nuo 2007 m. už asmens sveikatos priežiūros paslaugas pradėta mokėti nauja tvarka, kuri taikoma mokant už specializuotas ambulatorines, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo, trumpalaikio gydymo, stacionaro bei joms nepriskirtinas paslaugas. Tai leido ASPĮ pačioms pasirinkti geriausiai tinkančią pacientui ir įstaigai paslaugų teikimo formą, skatinti ekonomiškai efektyvesnių paslaugų teikimą, atsisakyti paslaugų teikimo ribojimo. 2007 m., palyginus su 2006 m. SPI suteikė 675 tūkst. arba 10 % daugiau prioritetingomis laikomų paslaugų (ambulatorinių specializuotų, priėmimo ir skubiosios pagalbos, dienos chirurgijos, stebėjimo, trumpalaikio gydymo), iš viso per 7,3 mln. Tai leido pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2008).

Išlaidos sveikatos priežiūrai pagrįdė finansuojamos iš PSDF fondo. 3.5 pav. pateikta išlaidų sveikatos apsaugai suma.



3.5 pav. PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti procentas nuo visų PSDF išlaidų mln. Lt.

Šaltinis: SAM. (2009). Sveikatos apsaugos ministerijos 2008 m. veiklos rezultatai ir strateginis 2009 m. veiklos planas. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma

Analizuojant 3.5 pav. pateiktus duomenis, matoma, kad išlaidų suma, skiriama sveikatos apsaugai, analizuojamu laikotarpiu nuolat didėjo. Tačiau analizuojant išlaidų sveikatos apsaugai iš PSDF biudžeto sumas, pastebima, kad nuolat mažėja išlaidos, skirtos stacionarioms paslaugoms apmokėti. Jos 2000-2008 m. laikotarpiu sumažėjo net 10,2 %. Neženkliai 2000 - 2008 m. laikotarpiu didėjo lėšos, skiriamos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti (nuo 2,0% iki 2,9 %). Išlaidų, skirtų ambulatorinėms paslaugoms apmokėti, mažėjimo tendencijos buvo 2001, 2004 ir 2005 m. Nuo 2006 m. PSDF išlaidos, skirtos stacionarioms paslaugoms apmokėti nuolat

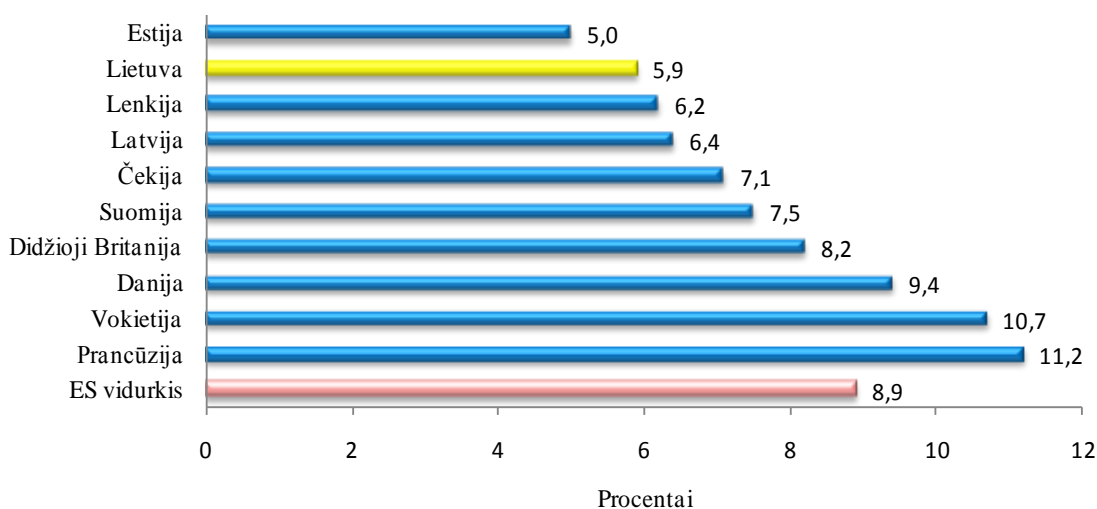
didėjo ir analizuojamu laikotarpiu išaugo nuo 27,0 % iki 30,6%.

Lietuvos sveikatos sektoriaus pagrindinis ir didžiausias finansavimo šaltinis yra valdžios sektorius. Šio sektoriaus indėlis nuo 2004 m. iki 2009 m. išaugo daugiau nei 50 %. Analogiškos lėšų sveikatos sektoriui skyrimo tendencijos stebimos analizuojant ir sveikatos draudimo fondo lėšas. Daugiausia lėšų Lietuvoje skiriama medicinos priemonių ir technologijų įsigijimui. Antrą vietą pagal lėšų skyrimo užima finansavimas ligoninėms, trečiąją – ambulatorinėms sveikatos priežiūros paslaugoms. Mažiausiai lėšų skiriama visuomenės sveikatos programų administravimui, nepaisant to, kad teisės aktuose yra deklaruojamas prioritetas ligų prevencijai. Bendrosios Lietuvos sveikatos priežiūros išlaidos pateiktos 23 priede.

Didžiausias bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų sveikatos sektoriui išaugimas fiksuojamas privataus draudimo sektoriaus srityje. Nuo 2004 m. privataus draudimo išlaidos sveikatos sektoriui palaipsniui didėjo iki 2007 m. (nuo 14,2 mln. Lt. iki 24,3 mln. Lt). 2008 m. privataus draudimo sveikatos sistemai išlaidos šoktelėjo daugiau kaip 13 mln. Lt. 2009 m. šio sektoriaus išlaidos siekė net 44,9 mln. Lt., t.y. daugiau ne tris kartus viršijo 2004 m. lygį.

Nuo 2010-01-01 įsigaliojo nauja PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų klasifikacijos redakcija. Patvirtinus LR 2010 m. PSDE biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą, VSDF valdybos administruojamos PSD įmokos 2010 m. sudarė 2 018 479 tūkst. Lt. Palyginti su 2009 m., šios pajamos sumažėjo 435 379 tūkst. Lt, arba 17,7 %. Valstybinės mokesčių inspekcijos administruojamų PSD įmokos 2010 m. sudarė 34 576 tūkst. Lt, t. y. 288 976 tūkst. Lt, arba 89,31 %, mažiau, nei numatyta patikslintame 2009 m. PSDF biudžete.

Analizuojant lėšas, skiriamas sveikatos apsaugai Lietuvoje, ir lyginat lėšų sumas, skiriamas sveikatos apsaugos sektoriui kituose valstybėse, pastebimas ženklus atotrūkis ne tik nuo ES vidurkio (3.6 pav.), bet ir nuo kitų ES valstybių narių. Remiantis PSO duomenimis, visų ES narių (privataus ir visuomeninio sektoriaus) išlaidų sveikatos apsaugai vidurkis siekia 8,9 % BVP. Tuo tarpu Lietuvos visos (privataus ir visuomeninio sektoriaus) išlaidos sveikatos apsaugai siekia 5,9 % ir nuo ES vidurkio atsilieka beveik 34 %.



3.6 pav. Visų išlaidų sveikatos apsaugai dalis nuo BVP

SAM. (2008). Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma

Siekiant įgyvendinti viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standartus ir pereiti prie buhalterinės apskaitos tvarkymo, taikant kaupimo principą, 2010 m. numatoma įdiegti Finansų valdymo ir apskaitos sistemą (FVAS). Įdiegta FVAS leistų SAM ir jai pavaldžioms biudžetinėms įstaigoms užtikrinti tikslų ir teisingą apskaitos tvarkymą, atsižvelgiant į Lietuvoje vykdomos viešojo sektoriaus buhalterinės apskaitos ir finansinės atskaitomybės sistemos reformos keliamus tikslus 2008–2012 m.

Tyrime dalyvavusių ekspertų, paprašyta įvertinti, ar jų vadovaujamos SPĮ užtenka lėšų, skiriamų iš PSDF, tinkamam funkcionavimui užtikrinti. Visi ekspertai vieningai tvirtino, kad lėšų SPĮ skiriama nepakankamai. Vienas tyrime dalyvavęs ekspertas pateikė pastebėjimą, kad lėšų, skiriamų sveikatos apsaugos sektoriui, nepakanka net aukšto ekonominio išsivystymo lygio šalyse. Lėšų trūkumo problema, ekspertų pastebėjimu, gali būti viena iš priežasčių dėl nekokybiškų SPĮ paslaugų teikimo, nes darbuotojai, gaudami mažą atlyginimą, nėra motyvuojami teikti kokybišką pagalbą. Nepakankamas sveikatos sistemos sektoriaus darbuotojų darbo užmokestis, gali būti siejamas dar ir su korupcijos mastų didėjimu ir medikų emigracija, kuri šiandien tampa vis didesne problema. Šiuo atveju išskyla grėsmė, kad artimiausiu metu gali pritrūkti kvalifikuotų medikų.

Lėšų trūkumas kelia problemą ne tik dėl sumažėjusio medikų darbo užmokesčio ir jų motyvacijos stokos, tačiau problemų ratą išplečia dar ir tai, kad trūksta lėšų reikalavimus atitinkančių darbo vietų įrengimui, modernios įrangos įsigijimui. VŠĮ Šiaulių rajono PSPC, siekiant teikti kokybiškas medicinos paslaugas bei užtikrinti pacientų saugumą, esant sumažintam finansavimui 2009-2010 m. parengė taupymo planą. Taupymo planas leido optimizuoti SPĮ veiklą, sutaupyti lėšų bei pagerėjus finansavimui iš Šiaulių TLK 2011 m. atsirado lėšų medikų atlyginimų didinimui, aparatūros įsigijimui.

Tyrime dalyvavusių ekspertų nuomonės, lėšų pakankamumo SPĮ skyrimo klausimu, kiek išsiskyrė su ambulatorijų ir medicinos punktų darbuotojų nuomonėmis. 7 iš 12 kaimiškose vietovėse įsikūrusių SPĮ nurodė, kad jiems skiriamų lėšų pakanka. Lėšų stygių patiriančių SPĮ atstovai teigė, kad joms finansavimas sumažėjo dėl to, kad dalis gyventojų prisirašo prie SPĮ, esančių Šiaulių mieste. Respondentų teigimu, pagrindinės prisirašymo prie SPĮ Šiauliuose priežastys: teikiamų paslaugų kokybė, ilgesnis darbo laikas, patogų lankytis, nes yra arčiau darbo vietos. Kaimiškųjų vietovių SPĮ darbuotojai įvardijo, kad dėl lėšų stygiaus trūksta medicinos aparatūros, medikamentų, nėra galimybės atlikti patalpų remontą, kuriant jaukesnę aplinką pacientams.

Tyrime dalyvavusių respondentų prašyta pateikti savo nuomone, kas padėtų užtikrinti pakankamą apmokėjimą už SPĮ teikiamas medicinos paslaugas. Ekspertai nurodė, kad finansavimą būtų galima padidinti dviem būdais:

1. Valstybės didesniu sveikatos priežiūros finansavimu. Valstybės didesnis sveikatos priežiūros sistemos finansavimas, ekspertų nuomone, galėtų būti pasiektas už ligos gydymo balo kainą mokant 1 Lt. ir didinat savanoriško sveikatos draudimo populiarinimą.

PSDF tarybą nuo 2010-10-01 iki 0,89 Lt padidino sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertę, rekomendavo papildomas lėšas naudoti paslaugų kokybei gerinti bei įstaigų kreditoriniam išskolinimui mažinti. Taip pat padidinta vaikų sveikatos gražinamojo gydymo

paslaugos bazinė kainą iki 95,59 balo (balo vertei esant 0,89 Lt šios paslaugos vieno lovadienio kaina siektų 85,07 Lt; šiuo metu mokama 71,48 Lt). Iš šių lėšų bus padengtos vidutinės šios paslaugos teikimo sąnaudos ir tikimasi kad, šias paslaugas vaikams teikiančios SPĮ bus suinteresuotos geriau tenkinti šių paslaugų poreikį (VLK, 2010).

2. SPĮ racionalių lėšų valdymu. SPĮ turėtų, optimizuoti savo veiklą, racionaliau naudoti gaunamas lėšas ir tikslingiau jas paskirstyti.

Tyrime dalyvavusių ekspertų prašyta įvertinti mokamų sveikatos priežiūros paslaugų populiarumą Šiaulių rajono gyventojų tarpe. Tik nedidelė dalis Šiaulių rajono gyventojų, ekspertų nuomone, naudojami mokamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis. Tai pagrįsde lemia socioekonominiai aspektai tokie, kaip: skurdžios gyvenimo sąlygos, didelė bedarbystė, didelis neįgalių ir senyvų žmonių skaičius kaimiškose vietovėse. Dažniausiai mokamomis paslaugomis naudojami pasiturintys asmenys, kurie gali susimokėti už tai, kad į specialisto konsultaciją patektų ankščiau bei iš užsienio grįžę gyventojai.

Prie sveikatos sistemos finansavimo didinimo galimybių prisideda ir ES. SAM administruoja 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ įgyvendinimo priemonės, kurių yra vienuolika. 2007–2013 m. laikotarpiu sveikatos apsaugai preliminariai numatyta skirti apie 829 mln. Lt ES struktūrinių fondų lėšų ir tai sudaro apie 3,5 % visos Lietuvai skiriamos paramos. 2007–2013 m. programavimo periodu sveikatos priežiūros investicijos numatytos 2 kryptims:

1. Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimui (sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimui, ASPĮ, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotais susirgimų atvejais, infrastruktūros atnaujinimui, GMP ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimui, ankstyvai onkologinių susirgimų diagnostikai ir visaverčiam gydymui, diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimui, psichiatrijos stacionaro modernizavimui, psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimui, psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimui, krizių intervencijos centrų įkūrimui).

2. Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumui ir sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimui (ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtrai, stacionariųjų paslaugų optimizavimui, visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros savivaldybėse plėtrai) (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2008).

2. Technologinių įrenginių analizė. Pažanga sveikatos priežiūros srityje priklauso nuo mokslo ir technologijų pažangos. Naudodamiesi naujomis technologijomis SPĮ darbuotojai gali lengviau dalytis informacija ir glaudžiau bendradarbiauti, gerindami bendrą priežiūrą. Kalbant apie tam tikras ligas ir pacientus, technologijos gali sudaryti sąlygas didžiąją dalį priežiūros perkelti iš PSP grandies ir ligoninių į bendruomenės aplinką ar net į pacientų namus, taip gali būti gerinama gyvenimo kokybė ir geriau panaudojami ištekliai (Žalioji knyga dėl Europos sveikatos priežiūros darbuotojų, 2008).

SAM, įgyvendina Lietuvos 2004 – 2006 m. bendrojo programavimo dokumento 1.4

priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“, kuriai skirta 148,05 mln. Lt. SPI pertvarkai naudojant numatytas ES struktūrinių fondų lėšas, finansavimas skiriamas dviem veiklų sritims:

- BPG paslaugų infrastruktūros plėtrai ir modernizavimui;
- kardiologinės sveikatos priežiūros paslaugų stiprinimui ir plėtrai, modernizuojant SPI.

Iš viso pagal BPD 1.4 priemonę pasirašytos 122 paramos teikimo sutartys už 154,7 mln. Lt (iš jų paramos suma – 152,5 mln. Lt, apie 98,6 %). 121 sutartis pasirašyta pagal BPG kryptį (84,6 mln. litų paramos) ir 1 pagal kardiologijos kryptį (67,9 mln. Lt paramos). Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrai modernizuoti skirtos ES struktūrinės paramos lėšos sėkmingai naudojamos SPI ir paslaugų restruktūrizavimui bei SPI modernizavimui, kartu siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei tolygų prieinamumą visiems šalies gyventojams. Struktūrinės paramos lėšos prisideda prie ilgalaikės ir stabilios sveikatos priežiūros paslaugų plėtros ne tik šalies didžiuosiuose miestuose, bet ir kaimiškose vietovėse – kompleksiskai atnaujinus čia įsikūrusias SPI (šeimos gydytojų kabinetus, ambulatorijas, PSPC), aprūpinus jas šiuolaikine diagnostikos ir gydymo įranga, automobiliais, kompiuteriais bei kitomis būtinomis priemonėmis bei įranga, sveikatos priežiūra gyventojams tapo prieinamesnė, pagerėjo teikiamų paslaugų kokybė (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2008).

Ekspertų vertinimu Šiaulių rajono SPI turi pakankamą technologinių įrenginių bazę, užtikrinančią tinkamą pacientų ligų diagnozavimą ir jų gydymą. Didžioji dalis techninės įrangos įsigyta už ES struktūrinių fondų lėšas. SPI medicinos įrenginių įsigijimui lėšų skyrė ir Šiaulių rajono savivaldybė. ES finansinių mechanizmų dėka ženkliai pagerinta medicinos paslaugų kokybė Šiaulių rajono kaimiškųjų vietovių gyventojams: renovuotos 5 ambulatorijos ir vietoje 4 medicinos punktų įsteigti šeimos gydytojų kabinetai.

Dešimtadalyje SPI, esančių kaimiškuosiose vietovėse, darbuotojai nurodė, kad jiems trūksta medicininės įrangos, o turima įranga dažnai genda ir gali sukelti sunkumų, siekiant užtikrinti tinkamą teikiamų paslaugų kokybę. Medicinos diagnostinės įrangos probleminius klausimus VšĮ Šiaulių rajono PSPC planuoja spręsti 2011 m. VšĮ įsigydamas naujos medicinos aparatūros.

3. Žmogiškųjų išteklių analizė. Strateginė žmogaus išteklių vadyba siejama su žmogaus išteklių praktikomis, žmogaus elgesiu, ir jo efektyvumu, paremtu organizacijos strategija (Christopher, 2009). Žmonėms gyvenant ilgiau, galima numatyti, kad daugės sunkią negalią turinčių vyresnių žmonių, kuriems būtina ilgalaikė priežiūra. Atsižvelgiant į tai, kad įvairios lėtinės ligos dažnesnės vyresniame amžiuje, tai turės poveikio sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, šio sektoriaus žmogiškiesiems ištekliams (Žalioji knyga dėl Europos sveikatos priežiūros darbuotojų, 2008).

Įgyvendinant strateginius sveikatos apsaugos politikos tikslus, svarbus veiksnys yra turima medicinos specialistų kvalifikacija. Pagrindinis sveikatos priežiūros žmonių išteklių pasiūlos ir poreikio planavimas yra sudėtinė sveikatos reformos dalis. Pagrindinis planavimo tikslas – užtikrinti, kad ateityje būtų reikiamas sveikatos priežiūros žmonių išteklių skaičius, jie būtų profesionaliai parengti ir tinkamai paskirstyti pagal specialybes regionuose, SPI ir teiktų kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai reikalingi specialistai

(gydytojai, gydytojai odontologai, slaugos, visuomenės sveikatos, farmacijos ir kt.) rengiami Lietuvos aukštosiose mokyklose pagal specialias programas, atitinkančias ES standartus. Slaugytojai rengiami universitetuose ir kolegijose, kvalifikaciją tobulina universitetuose, kolegijose, slaugos specialistų tobulinimo centruose.

Sveikatos sistemos funkcionalumą ir prieinamumą Lietuvoje, objektyviau galima įvertinti lyginant Lietuvos ir ES duomenis, atspindinčius sveikatos priežiūros specialistų skaičių (3.10 lentelę).

3.10 lentelė

Lietuvos ir ES šalių sveikatos sistemos rodikliai

Eil. Nr.		Lietuva 2007 m.	Lietuva 2008 m.	Lietuva 2009 m.	ES naujųjų narių vidurkis 2007 – 2008 m.	ES vidurkis 2007 – 2008 m.
1.	Šeimos gydytojų (BPG) skaičius 100 000 gyventojų	54,7	54,4	52,2	65,21	96,68
2.	Praktikuojančių gydytojų skaičius 100 000 gyventojų	370,0	368,0	366,2	253,23	321,62

Šaltiniai: Higienos instituto Sveikatos informacijos centro ir PSO duomenų bazės. SAM (2011). Sveikatos sistemos plėtros 2010–2015 metais metmenys (projektas).

Lietuva pagal 3.10 lentelėje pateiktus šeimos gydytojų, tenkančių 100 000 gyventojų skaičiumi, duomenis beveik per pus atsilieka nuo ES valstybių narių vidurkio. Kiek mažesnis atotrūkis šioje srityje yra tarp Lietuvos ir naujųjų ES valstybių narių. Šeimos gydytojų skaičiaus mažėjimas 2007 – 2009 m. gali būti siejamas su ES įtvirtintu laisvu asmenų judėjimu. Laisvas darbuotojų judėjimas reglamentuojamas EB sutarties 39 straipsnyje, kuriame numatyta ES piliečių teisė būti darbuotojais ar valstybės tarnautojais kitoje valstybėje narėje. Direktyva 2005/36/EB numato profesinių kvalifikacijų pripažinimą, įsisteigiant kitoje valstybėje narėje ir siekiant palengvinti tarpvalstybinių paslaugų teikimą kitoje nei įsisteigimo valstybėje narėje. 1995–2000 m. jaunesnių kaip 45 m. gydytojų skaičius Europoje sumažėjo 20 %, o vyresnių kaip 45 m. – padidėjo daugiau kaip 50 %. Didėja ir slaugytojų vidutinis amžius. Šiems darbuotojams artėjant prie pensinio amžiaus būtinas pakankamas skaičius juos pakeisiančių jaunesnių darbuotojų (Žalioji knyga dėl Europos sveikatos priežiūros darbuotojų, 2008). Laisvas studentų ir darbuotojų judėjimas padeda užtikrinti, kad sveikatos priežiūros specialistai vyktų ten, kur jų labiausiai reikia. Tačiau sveikatos priežiūros specialistai persikelia į kitas šalis dėl įvairių priežasčių – siekdami geresnės karjeros ir geresnių mokymosi galimybių, didesnio atlyginimo ir geresnių darbo sąlygų. Judrumas gali turėti teigiamo arba neigiamo poveikio skirtumams tam tikroje šalyje ar tarp šalių. Šiomis aplinkybėmis kai kurios valstybės narės gali nenorėti rizikuoti investuodamos į rengiamų sveikatos specialistų skaičiaus didinimą, jei specialistus sunku išlaikyti šalyje ir jei investicijų grąža nedidelė.

Laisvas asmenų judėjimas Lietuvos sveikatos apsaugos sektoriui yra pragaištingas. Dėl valstybės negebėjimo užtikrinti tinkamą ir kvalifikaciją atitinkantį medikų darbo užmokestį, Lietuva praranda daug tinkamai valstybės lėšomis parengtų medikų. Medikų stoka sąlygoja vis ilgejančias eiles pas gydytojus konsultantus ir kelia riziką gyventojų sveikatos būklės blogėjimui.

Praktikuojančių gydytojų skaičius, tenkantis 100 000 gyventojų, nors ir neženkliai tačiau mažėja. Praktikuojančių gydytojų skaičiumi Lietuva lenkia ES vidurkį. Dar ženklėsnis Lietuvos pranašumas šioje srityje yra naujųjų ES narių atžvilgiu.

Analizuojant Šiaulių rajono sveikatos sistemos žmogiškuosius išteklius, tikslinga įvertinti gydytojų skaičiaus paskirstymą (24 priedą). Lietuvoje fiksuojamos gydytojų skaičius kitimo tendencijos. Lyginat 2004 m. ir 2009 m. statistinius duomenis, gydytojų skaičius šalyje neženkliai sumažėjo. Analizuojamo laikotarpio mažėjimo tendencijos vyravo ir Šiaulių apskrityje. Šiaulių rajono savivaldybėje gydytojų skaičius analizuojamu laikotarpiu kas metai mažėjo: 2004 m. buvo 52 gydytojai, o 2009 m. gydytojų sumažėjo 15 %.

Kiek kitokia situacija Lietuvoje stebima su BPG (šeimos) gydytojais. Jų analizuojamų laikotarpiu nuosekliai daugėjo. BPG skaičiaus didėjimas atspindi valstybės siekį stiprinti PSP grandį. Priešingos tendencijos analizuojamu laikotarpiu vyravo Šiaulių apskrityje. Čia BPG skaičius 2004 - 2009 m. nuolat mažėjo. BPG skaičius Šiaulių rajono savivaldybėje neženkliai padidėjo 2005 ir 2006 m. 2007 m. sumažėjęs BPG skaičius Šiaulių rajone išliko stabilus, o 2009 m. buvo 1 bendrosios praktikos gydytojų daugiau nei 2004 m. Analizuojant gydytojų specializacijų kitimą Šiaulių rajone 2004 – 2009 m. 50 % sumažėjo vaikų specialistų, akušerių - ginekologų skaičius. Oftalmologų, otorinolaringologų, psichiatrų skaičius nagrinėjamu laikotarpiu išliko nepakitęs. Neženkliai sumažėjo slaugytojų, odontologų ir chirurgų skaičius.

Tyrime dalyvavę ekspertai nurodė, kad Šiaulių rajone yra pakankamai medicinos personalo, kuris užtikrintų PSP paslaugų prieinamumą. Tačiau Šiaulių rajono gyventojų skaičiaus mažėjimas ir valstybės mastu vykdomos taupymo programos, sąlygojo VšĮ Šiaulių rajono PSPC veiklos optimizavimą. To pasėkoje daugelyje VšĮ Šiaulių rajono PSPC filialų buvo sumažinti darbuotojų etatai. VšĮ Gruzdžių ambulatorijoje, turinčioje du medicinos punktus, darbuotojų etatų sumažinimo buvo išvengta. Neženklus etatų mažinamas palietė ir VšĮ Kuršėnų ligoninę.

SPĮ veiklos optimizavimo metu sutaupytais lėšomis finansuojamas darbuotojų kvalifikacijos kėlimas. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimui, medicinos personalas reguliariai kelia savo kvalifikaciją. VšĮ Šiaulių rajono PSPC, GMP padalinio personalas 3 metus dalyvauja mokymuose, finansuojamose iš ES struktūrinių fondų. Prie Šiaulių rajono sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos kėlimo prisideda ir Šiaulių rajono savivaldybė.

ES sveikatos priežiūros darbuotojų skaičiaus mažėjimo klausimą sprendžia diegdama inovatyvias technologijas. Artimiausiu metu naujos technologijos, tokios kaip telemedicina*, gali užtikrinti geresnę sveikatos priežiūros paslaugų teikimą nuošaliose vietovėse arba vietovėse, kuriose trūksta sveikatos priežiūros darbuotojų. Pavyzdžiui, ES yra vietovių, kuriose telemedicina suteikia galimybes teikti nuotolines diagnostikos paslaugas, taip pat nuotolinė mamografijos tyrimo rezultatų diagnostika padeda gerinti galimybes pacientams naudotis paslaugomis bei užtikrinti geresnę jų kokybę. Apie telemediciną Lietuvoje jau kalbama 10 metų. Šiandien jau yra parengti technikai planai ir jau kelios Lietuvos SPĮ, sėkmingai taiko telemedicinos technologijas ligų diagnostikos srityje (Stankevičienė, Prieskienienė, 2011).

Norint taikyti naujas technologijas sveikatos priežiūros darbuotojus būtina tinkamai

* Telemedicina - nuotolinis pacientų konsultavimas ir gydymas, pasitelkiant skaitmenines medicinines informacijos išsaugojimo ir persiuntimo priemones (Stankevičienė, Lebrikaitė, 2011).

parengti, o prireikus – ir perkvalifikuoti, kad jie galėtų šiomis technologijomis naudotis (Žalioji knyga dėl Europos sveikatos priežiūros darbuotojų, 2008). Lietuvoje didžioji dalis dirbančiųjų valstybės sektoriaus organizacijose turi aukštojo mokslo kvalifikaciją, tačiau viešojo sektoriaus darbuotojams trūksta pagrindinių (kompiuterinio raštingumo) ir kitų bendrųjų kompetencijų. Remiantis 2007–2013 m. Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programa, Lietuvoje sukurta valstybės tarnautojų mokymo ir kvalifikacijos tobulinimo sistema, numatanti investicijas į žmogiškuosius išteklius.

4. Organizacinių procesų analizė. SPI veikla organizuojama pagal LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymą (2010-11-13 Nr. I-1367). SPI personalas laikosi griežtų darbo organizacinių procesų apibrėžtų medicinos normose („Darbo medicinos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (2007-06-20 Nr. V-516), „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (2008-01-16. Nr. V-33), „Skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (2007-08-28 Nr. V-710), „Medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ ir medicinos normos MN 100:2001 „Aktyviųjų implantuojamųjų medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ patvirtinimo“ (2007-08-06 Nr. V-654) ir kt.). SPI keliami ir aukšti higieniniai reikalavimai, kurie turi būti įgyvendinami remiantis Lietuvos higienos norma HN 47-1:2008 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higieninės ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“ (2008-12-24 Nr. V-1270).

Sveikatos apsaugos sistemoje vykstantys nuolatiniai pokyčiai ir reformos yra sąlygoti ekonominių ir socialinių padarinių, kurie palietė ir Šiaulių rajono SPI. Pastaraisiais metais Šiaulių rajone ženkliai sumažėjo gyventojų skaičius, sąlygotas neigiamo natūralaus gyventojų prieauglio ir vis didėjančių emigracijos mastų.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos (2009) sąlygoti pokyčiai mažiausiai buvo aktualūs PSP paslaugas teikiančiai VŠĮ. Gruzdžių ambulatorijai ir dviem jos medicinos punktam. Vykstanti sveikatos sistemos reforma sąlygojo daug pokyčių VŠĮ Šiaulių rajono PSPC. 2010 m. buvo uždaryti 7 medicinos punktai skirtinguose rajono vietose. Tačiau, išlaikant valstybės deklaruojamą prioritetą PSP grandžiai bei racionaliai naudojant tiek finansinius, tiek žmogiškuosius resursus, sudarytos sąlygos, kad kaimiškųjų vietovių gyventojams medicinos pagalbos prieinamumas nepablogėtų. Medicinos punktų uždarymo problema spręsta kaimiškųjų vietovių gyventojams suteikiant informaciją apie jų bendruomenės slaugytojos pasiekiamumą telefonu. Kaimiškųjų vietovių gyventojai gali paskambinti savo bendruomenės slaugytojai ir ją išsikviesti į namus iš artimiausio VŠĮ Šiaulių PSPC filialo.

Šiaulių rajono PSP vystymą labiausiai įtakoja finansiniai resursai ir žmogiškieji ištekliai. Bendromis ES, PSDF ir Šiaulių rajono savivaldybės lėšomis pagerinta Šiaulių rajono PSP infrastruktūra, renovuojant SPI, atnaujinant jų turimą medicininę įrangą. Šiaulių rajono SPI žmogiškųjų išteklių stokos problema sprendžiama bendradarbiaujant su Šiaulių miesto SPI. VŠĮ Šiaulių rajono PSPC, įgyvendinant Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečio etapo programą (2009), uždaryti kai kurių kaimiškųjų vietovių medicinos punktai. Uždarytų medicinos punktų slaugytojai perkelti į artimiausius VŠĮ Šiaulių rajono PSPC filialus, iš kurių, esant poreikiui, vyksta lankyti pacientų. Prastėjanti Šiaulių rajono demografinė padėtis ir pasyvus

gyventojų rūpinimasis savo sveikata sąlygoja antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikio augimą, kuris analizuojamas kitame skyriuje.

3.3. Antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros vertinimas

Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje (1991) įtvirtinta nuostata, skelbianti, kad PSP plėtojimas – prioritetinga praktinės sveikatos apsaugos kryptis. Pirminės grandies SPI darbo veiksmingumą, galima vertinti remiantis ligonių, gydytų ligoninėse skaičiumi (3.11 pav.).

3.11 lentelė

Ligoninėse gydytų ligonių skaičius

	2005	2006	2007	2008	2009
Lietuvos Respublika					
Ligoninėse gydytų ligonių skaičius	796 974	772 462	793 572	803 979	811 398
Ligoninėse gydytų ligonių skaičius tenkantis 1000 gyventojų	233,4	227,6	235,1	239,4	243,0
Šiaulių apskritis					
Ligoninėse gydytų ligonių skaičius	90 311	88 470	89 280	90 276	89 767
Ligoninėse gydytų ligonių skaičius tenkantis 1000 gyventojų	251,6	249,0	253,8	259,4	261,0
Šiaulių m. sav.					
Ligoninėse gydytų ligonių skaičius	32 237	31 704	31 564	32 836	33 254
Ligoninėse gydytų ligonių skaičius tenkantis 1000 gyventojų	248,9	246,3	247,1	259,3	264,3
Šiaulių m. sav.					
Ligoninėse gydytų ligonių skaičius	13 042	13 072	12 913	12 665	11 324
Ligoninėse gydytų ligonių skaičius tenkantis 1000 gyventojų	255,2	257,9	256,5	252,6	228,1

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis PSDF informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis pagal ligonio gyvenamąją vietą.

Analizuojant 3.11 lentelėje pateiktus duomenis, matome, kad Lietuvoje ligoninėse gydytojų gyventojų skaičiaus neženklaus mažėjimas fiksuotas 2006 m. Nuo 2007 m. ligoninėse gydytų pacientų skaičius didėjo ir 2009 m., lyginat su 2005 m., išaugo beveik 10 pacientų 1000 gyventojų. Tos pačios tendencijos stebimos Šiaulių apskrityje ir Šiaulių mieste. Priešingos tendencijos stebimos Šiaulių rajone. Čia gydytų pacientų skaičius, tenkantis 1000 gyventojų, neženkliai padidėjęs 2006 m, nuo 2007 m. pradėjo nuosekliai mažėti. Šiaulių rajonui 2009 m. pavyko net 28 pacientais 1000 gyventojų sumažinti ligoninėse gydytų ligonių skaičių, lyginant su 2005 m. Remiantis 3.9 lentelės statistiniais duomenimis, galima hipotetinė prielaida, kad Lietuvoje nepakankamai rezultatyvi PSP grandis, išimtį sudaro tik kai kurie rajonai, pvz., Šiaulių.

Vertinat antrinės ir tretinės SPI paslaugų prieinamumą, 2003 – 2008 m. Lietuvoje įgyvendinant Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, ligoninių ir lovų jose, tenkančių santykiniam gyventojų skaičiui, sumažėjo, tačiau pagal šiuos 2007 m. rodiklius Lietuva vis dar ženkliai lenkia ES valstybių (ir senųjų, ir naujųjų) vidurkį (3.12 lentelė).

Lietuvos ir ES šalių sveikatos sistemos rodikliai

Eil. Nr.		Lietuva 2007 m.	Lietuva 2008 m.	Lietuva 2009 m.	ES naujųjų narių vidurkis 2007 – 2008 m.	ES vidurkis 2007 – 2008 m.
1.	Ligoninių skaičius 100 000 gyventojų	3,15	3,31	3,36	2,58	2,97
2.	Ligoninių lovų (be slaugos) skaičius 100 000 gyventojų	69,0	68,5	68,2	60,5	56,48
3.	Hospitalizuojamų ligonių (be slaugos) 100 gyventojų	22,92	23,3	23,75	20,72	17,6
4.	1 pacientas (be slaugos) vidutiniškai guli ligoninėje (dienių)	8,4	8,1	7,7	7,69	8,76
5.	Vidutinis lovos (be slaugos) užimtumas per metus (dienių)	283,2	274,1	270
6.	Aktyvaus gydymo ligonių skaičius 100 000 gyventojų	2,56	2,54	2,55
7.	Aktyvaus gydymo lovų skaičius 100 000 gyventojų*	51,1	50,6	50,3	46,48	39,53
8.	Hospitalizuojamų aktyvaus gydymo ligonių 100 gyventojų (įskaitanti dienos chirurgiją)	21,16	21,53	22,04	18,29	15,62
9.	Operacijų skaičius dienos ligonimas 100 gyventojų**	1,07	1,27	1,38
10.	Aktyvaus gydymo ligoninėje 1 pacientas guli vidutiniškai (dienių)	6,6	6,3	6,0	6,53	6,74
11.	Vidutinis aktyvaus gydymo lovos užimtumas per metus (dienių)	275,5	265,5	264,1	261	281

*Aktyvaus gydymo lovos – stacionaro lovos be slaugos, reabilitacijos, tuberkuliozės ir psichikos ligų gydymo lovų.

**Rodiklis skaičiuojamas remiantis PSD informacine sistema SVEIDRA, t.y., skaičiuotos operacijos stacionaro ligoniams, kurių gulėjimo stacionare trukmė – iki 24 valandų.

Šaltiniai: Higienos instituto Sveikatos ir informacijos centro ir PSO duomenų bazės. SAM (2011). Sveikatos sistemos plėtros 2010–2015 metais metmenys, Lietuvos statistikos departamentas. (2010). *Lietuvos statistikos metraštis 2010*.

Prieiga per internetą: http://www.stat.gov.lt/lt/catalog/list/?cat_y=2&cat_id=1&PHPSESSID=

Remiantis 3.12 lentelėje pateiktais duomenimis, ligoninių skaičius 100 000 gyventojų analizuojamu laikotarpiu Lietuvoje neženkliai augo ir jis yra aukštesnis už ES vidurkį. Taip pat Lietuva ES vidurkį lenkia ir ligoninių lovų skaičiumi. Lietuvoje analizuojamu laikotarpiu, nepaisant deklaruojamo valstybės siekio prevencinių sveikatos programų vykdymui ir PSP grandies plėtojimui, nuolat didėjo hospitalizuojamų ligonių skaičius. Hospitalizuotų ligonių skaičiumi Lietuva net trečdaliu lenkia ES vidurkį. Tačiau ligonio gydymo trukmė šalyje 2009 m., lyginant su 2007 m., sumažėjo beveik dešimtdaliu ir yra mažesnė už ES šalių narių vidurkį.

Remiantis Lietuvos Statistikos departamento duomenimis, lovų skaičius ligoninėse Šiaulių mieste pradėjo mažėti 2004 m. Lovų skaičius ligoninėse 2007 m. kilo ir išliko toks pat 2008 m. 2009 m. vėl fiksuojamas lovų skaičius ligoninėse mažėjimas. Analogiškos lovų skaičiaus mažėjimo tendencijos stebimos ir Šiaulių rajone. Sveikatos sistemos reformos, įgyvendinamos 3 R koncepcijos pagrindu, rajoninio lygmens ligoninėse turėtų didėti lovų skaičius, o regioninio ir respublikinio lygmens ligoninėse šie skaičiai turėtų neženkliai būti mažinami ir artinami prie ES vidurkio.

2009 m. priimtoje Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų trečiojo etapo restruktūrizavimo programoje, įtvirtintas sudėtingų ligų gydymo sutelkimas specializuotose įstaigoje. Šios programinės pertvarkos VšĮ Kuršėnų ligoninėje, įgyvendintos daug anksčiau. VšĮ Kuršėnų ligoninė persitvarkymo procesus pradėjo 2004 m. Šiais metais dėl vis mažėjančio gimstamumo buvo

uždarytas gimdymo skyrius. 2006 m. uždaryti chirurginį skyrių paskatino žmogiškųjų resursų, t.y. chirurgų stoka. VšĮ Kuršėnų ligoninė, bendradarbiaudama su Šiaulių TLK, vietoje dviejų uždarytų skyrių gavo paramą įsteigti skubios medicinos pagalbos skyrių. Pradėta teikti nauja ypač svarbi rajonų ligoninėms – stebėjimo paslauga, kuri teikiama į priėmimo ir skubiosios pagalbos skyrių atvykusiems pacientams (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2008).

Analizuojat Šiaulių rajono gyventojų sveikatingumą, tyrime dalyvavę ekspertai įvertino antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikį rajone. Didžioji dauguma tyrime dalyvavusių ekspertų nurodė, kad didėja antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikis rajono gyventojų tarpe. Pagrindinėmis didėjančio antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros poreikio priežastimis ekspertai įvardijo senėjančią visuomenę, lėtinių ligų plitimo masto didėjimą ir pastaraisiais metais vis didėjantį jaunimo sergamumą. Vienas ekspertas, vertindamas aukštesnės medicinos paslaugų poreikį nurodė, kad šis poreikis jei ir didėja, tačiau didėjimas yra neženklaus.

Antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikio kitimo tendencijų vertinimas buvo pateiktas ambulatorijų ir medicinos punktų darbuotojams. Tyrime dalyvavę respondentai beveik vienbalsiai tvirtino, kad šių paslaugų poreikis didėja. Šio poreikio didėjimo priežastys, atitinka ekspertų įvardintas priežastis. Kaimiškųjų vietovių SPI darbuotojai pateikė pastebėjimą, kad antrinės ir tretinės sveikatos paslaugų poreikio didėjimas yra susijęs su gyventojų rūpinimosi savo sveikata ir jų finansinėmis galimybėmis. Vienas tyrime dalyvavęs respondentas nurodė, kad antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikis išlieka stabilus. Trijų kaimiškųjų vietovių SPI darbuotojai nurodė, kad jų vietovėse šių paslaugų poreikis pastaruoju metu mažėja. Kaip pagrindinę priežastį, mažinančią aukštesnio lygmens sveikatos paslaugų poreikį, įvardino jaunimo emigracija bei sunkią gyventojų materialinę padėtį. Nė vienas tyrime dalyvavęs respondentas nenurodė, kad antrinės ar tretinės asmens sveikatos priežiūros mažėjimas būtų sietinas su gerėjančia gyventojų sveikata.

Didėjantis antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikis ir sveikatos sistemos specialistų trūkumas kelia rimtą susirūpinimą dėl vis ilgėjančių eilių pas gydytojus konsultantus. Tuo tikslu 2007 m. pirmą kartą šalyje įvesta eilių asmens sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos sistema. Kiekviena SPI, sudariusi sutartį su TLK, turi stebėti ir savo tinklalapyje skelbti, kokios yra susidariusios pacientų, laukiančių tam tikrų paslaugų, eilės. Tai įvertinęs pacientas gali pasirinkti jam tinkamiausią SPI. Įvesta eilių stebėjimo sistema leido sutrumpinti laukimo pas sveikatos priežiūros specialistus laiką (Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita, 2008).

Eilių stebėjimo sistema suteikia pacientui galimybę rinktis tą medicinos paslaugą teikiančią SPI, kuri gali jam greičiausiai suteikti norimą paslaugą. Remiantis 25 priede pateiktais duomenimis, ilgiausios eilės VšĮ. Telšių ligoninėje, kuri pagal 3 R koncepciją Šiaulių rajono gyventojams teikia regioninio lygmens paslaugas, yra pas kardiologą (21 d.), endoskopusuotoją (13 d.) bei kompiuterinės tomografijos tyrimo atlikimui ambulatorinėmis sąlygomis (11 d.). Ilgiausiai laukti Šiaulių rajono gyventojams respublikinio lygmens paslaugų VšĮ. Šiaulių ligoninėje reikia chirurgo, echoskopusuotojo, endokrinologo, kardiologo, onkologo chemioterapeuto, reumatologo, urologo (31

d.) neurologo, gastroenterologo (27 d.) paslaugų. VšĮ Kuršėnų ligoninėje, kuri Šiaulių rajono gyventojams teikia rajoninio lygmens paslaugas, ilgiausiai reikia laukti echoskopuotojo (10 d.), endokrinologo (7 d.), neurologo (4 d.) paslaugų.

Ilgas laukimas eilėje pas gydytoją - konsultantą finansiškai pažeidžiamų grupių gyventojams kelia grėsmę jų sveikatos pablogėjimui. Šiuo aspektu vėl pažeidžiamas sveikatos apsaugos strategijoje deklaruojama galimybė visiems žmonės turėti prieigą prie būtinų sveikatos paslaugų, nepatiriant finansinių pasekmių pavojaus.

Senėjanti visuomenė ir neaktyvus žmonių rūpinimasis savo sveikata sąlygoja vis didėjantį antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikį. Antrinio ir tretinio sveikatos priežiūros paslaugų poreikio teikimas yra apsunkintas dėl žmogiškųjų išteklių stokos. Šis veiksnys sąlygoja ilgų eilių pas gydytojus konsultantus susidarymą. Šios tendencijos stebimos ir Šiaulių rajone. Sprendžiant ilgų eilių pas gydytojus konsultantus susidarymo problemas, 2007 m. VLK įvedė eilių pas gydytojus konsultantus stebėjimo sistemą, suteikiančią galimybę pasirinkti tą SPĮ, kurioje yra trumpiausia laukimo trukmė pas reikiamą specialistą. Lyginamieji ES ir Lietuvos antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros grandžių socialinių indikatorių duomenys rodo, kad Lietuva lenkia ES vidurkį ligoninių lovų ir hospitalizuotų ligonių skaičiumi. Tai liudija, kad nėra pakankamai išplėtos ir įgyvendinamos prevencinės sveikatos priežiūros programos ir išvystyta PSP grandis. Esamą padėtį sveikatos apsaugos sistemoje bandoma keisti, įgyvendinant sveikatos sistemos reformas. Sveikatos sistemos rezultatų analizė aptariama kitame skyriuje.

3.4. Sveikatos sistemos reformų efektyvumo vertinimas

Sveikatos sistemos strateginė kryptis – gyventojų sveikatingumo didinimas, prevencinių priemonių ir programų vystymas bei PSP plėtojimas. Kintant šalies demografiniai padėčiai ir vykstant ekonominiams pokyčiams, Lietuvoje įgyvendinta 3 R koncepcijos pagrindu parengta ir į sveikatos sistemos strategines kryptis orientuota reforma. Šia reforma siekiama sustiprinti PSP grandį ir teikti kokybiškesnes antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugas.

Sveikatos sistemai svarbu turėti ir išlaikyti aiškias tolesnės plėtotos kryptis. Tuo tikslu sveikatos apsaugos sistemos reformų efektyvumo vertinimui SAM ministro A. Čapliko iniciatyva 2009 m. įsteigtas visuomeninis Sveikatos sistemos reformos biuras, kurio tikslas – išlaikyti tolesnės sveikatos sistemos plėtros kryptis. Šį biurą sudaro visuomeniniai SAM ministro konsultantai: Pilietinės minties instituto ekspertas S. Babilius, Viešosios politikos vadybos instituto direktorius H. Brožaitis, Pilietinių iniciatyvų centro direktorius G. Duoblys, Kauno medicinos universiteto kancleris V. J. Grabauskas, M. Romerio universiteto Strateginio valdymo ir politikos fakulteto prodekanė D. Jankauskienė, nepriklausomas finansų konsultantas, įmonių finansų paslaugų bendrovės vadovas J. Jurkuvėnas, LLRI prezidentė R. Vainienė (SAM, 2010). SAM 2010 – 2012 m. laikotarpiu įgyvendina „Sistemines sveikatos sektoriaus vykdomų reformų analizę, siekiant geresnio ES sveikatos politikos įgyvendinimo“ projektą. Šio projekto strateginis tikslas – atlikti sistemine sveikatos sektoriuje vykdomų reformų ir ES politikos poveikio situacijos analizę, siekiant efektyvesnio turimų išteklių panaudojimo bei visuomenės ir visuomeninių organizacijų platesnio

pritraukimo, priimant strateginius sveikatos sistemos sprendimus, sukuriant prielaidas gerinti teikiamų sveikatos paslaugų kokybę gyventojams. Projekto įgyvendinimo laikotarpiu numatoma atlikti 12 tyrimų ir analizių sveikatos sistemai aktualiais klausimais, tokiais, kaip medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „dienos fotografijos“ analizė, sveikatos sistemos reformų analizė, analizė, kaip efektyviai naudojamos investicijoms ir paslaugų apmokėjimui sveikatos sektoriuje gaunamos lėšos, tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizė, analogiškos patirties ES šalyse ir Lietuvos teisinės bazės įvertinimas ir kt. Projekto metu pagrindinis dėmesys skiriamas įvairiems sveikatos sistemos funkcionavimo aspektams integruojantis į ES, trūkumams, kylančioms problemoms ir pažangą ribojantiems veiksniams šalies ekonomikos recesijos kontekste įvertinti, sukuriant prielaidas operatyviai reaguoti į socialinius ekonominius pokyčius ir naujus iššūkius (SAM, 2011).

Tyrimo dalyvavusių ekspertų prašyta įvardinti veiksnius ir priemones, kurie galėtų padėti užtikrinti ilgalaikių sveikatos sektoriaus reformų sėkmę. Ekspertų nuomone, sveikatos sistemos reformos tęstinumą užtikrinti galima dviem būdais:

1. organizaciniu.

- sveikatos priežiūrą įteisinti kaip valstybės prioritetą;
- priimant sprendimus daugiau diskutuoti su medikų bendruomene ir visuomene;
- nesugriauti pakankamai gerų praktikoje išbadytų darbo metodų, o juos tobulinti.

2. finansiniu – užtikrinti pakankamą finansavimą SPI ir efektyviau diegti savanorišką sveikatos draudimą.

Tyrimo dalyvavę ekspertai naująją sveikatos sistemos reformą, paremtą 3 R koncepcija, vertino nevienareikšmiškai. Vienas ekspertas, vertindamas sveikatos sektoriaus reformas teigia, kad nuolat vykdomos reformos be streso ir sumaišties darbe jokio pozityvumo nei pacientui, nei medicinos personalui nesuteikia. Šio eksperto nuomone tai tėra tik būdas valdininkams parodyti, kad jie kažką veikia. Kitas ekspertas, vertindamas naująją reformą pirmiausia pastebėjo, kad ji prasidėjo krizės laikotarpiu, kai finansavimas už vieną balą buvo sumažintas beveik 20 %. Trys kaimiškųjų vietovių šeimos gydytojų kabinetų darbuotojai šią reformą vertina skeptiškai, nors ir sutinka, kad reforma buvo būtina ir net nurodo, kad ji yra pavėluota. Šių ekspertų vertinimu, reforma įgyvendinta skubotai, negalvojant apie paprastą Lietuvos gyventoją. Tyrimo dalyvavę ekspertai įvardino dvi aktualias ir iki šiol neišspręstas problemas, siejamas su Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos (2009) įgyvendinimu:

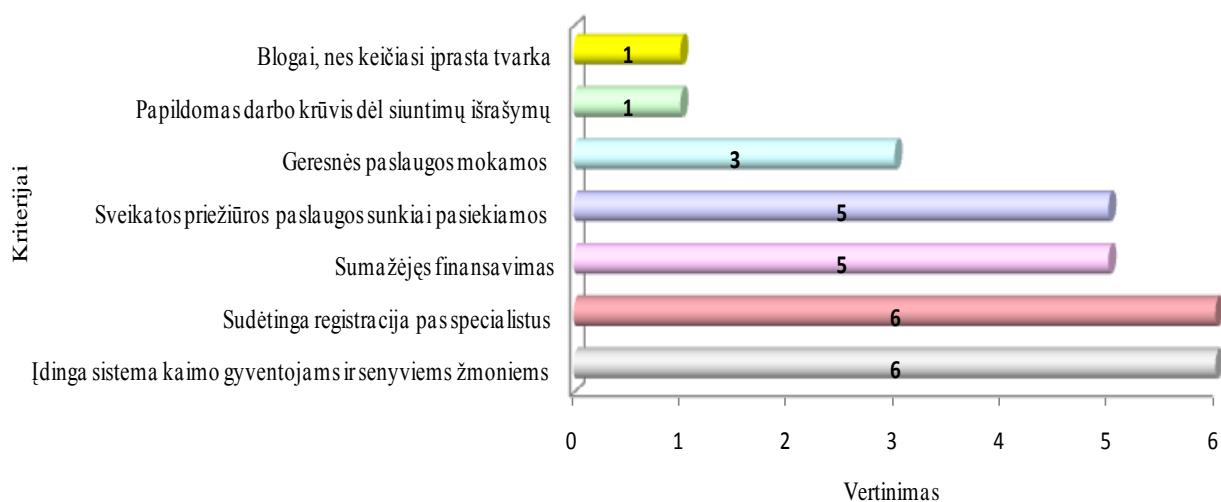
- ligonių transportavimo. Uždarius mažesnius ligoninių skyrius pagrindinė problema išskyla dėl ligonių transportavimo sistemos neišvystymo. Tam nėra skirta papildomai GMP automobilių. Ligonį į ligoninę atvežus su GMP automobiliu, jam tenka grįžti visuomeniniu transportu, kurio tenka laukti keletą valandų, o į kai kurias atokesnes vietas visuomeninis transportas vyksta tik kelias dienas per savaitę;

- ilgos eilės pas specialistus. Įgyvendinus Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą (2009), regioninio ir respublikinio lygmens ligoninėse specialistų nepadaugėjo. Padaugėjus pacientų skaičiui susidaro ilgos eilės pas specialistus, kurios apsunkina ligonių sveikatos būklę ir gali būti pragaištingos.

Trys tyrime dalyvavę ekspertai teigė, kad nuo 2010-07-01 įgyvendinama sveikatos apsaugos reforma Šiaulių rajonui nėra nauja. 3R reforma Šiaulių rajone prasidėjo keletą metų anksčiau, vykdant pirmąjį SPĮ restruktūrizavimo etapą (2003-2005 m.), VšĮ Kuršėnų ligoninėje uždariant gimdymo ir chirurginį skyrius. Šie ekspertai, vertindami VšĮ Kuršėnų ligoninės skyrių uždarymą, esamą padėtį vertina kaip neišvengiamą ir nemato dėl to kylančių neigiamų padarinių. Jų nuomone, nors kai kuriems rajono gyventojams gimdymo ir chirurginė pagalba atitolo, tačiau pagerėjo šių paslaugų kokybė, nes kai ligoninėje atliekamas nedidelis kiekis operacijų ir nevyksta daug gimdymų - blogėja medikų kvalifikacija, neįmanoma įsigyti brangiai kainuojančios šiuolaikinės medicinos aparatūros. Be to dar susidurta ir su gydytojų chirurgų trūkumu.

Kaimiškųjų vietovių ambulatorijų ir medicinos punktų darbuotojų naujosios sveikatos sistemos vertinimas išsiskyrė. Trys SPĮ darbuotojai nurodė, kad ši reforma turi ir gerų ir blogų aspektų. Devynių apklaustų SPĮ darbuotojų nuomone, reforma yra gera, nes pacientams suteikiama teisė rinktis SPĮ ir gauti kokybiškesnes medicinos paslaugas. Taip pat buvo pateiktas pastebėjimas, kad naujoji sveikatos sistemos reforma sumaišties rajono gyventojams nesukėlė, nes jie jau seniai įpratę kauptis į Šiauliuose esančias SPĮ.

Septyni respondentai naująją sveikatos sistemos reformą vertina itin neigiamai. Pagrindinės priežastys, lemiančios neigiamą reformos vertinimą pateiktos 3.7 pav.



3.7 pav. 3 R reformos probleminiai aspektai
Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis ekspertų apklausos protokolais

Remiantis 3.7 pav. duomenimis, pagrindinius 3 R reformos probleminius aspektus galima sugrupuoti į dvi grupes: organizacinius ir socialinius. Organizacines problemas tokias kaip prisitaikymą prie naujos tvarkos, siuntimų išrašymą galima išspręsti pačių SPĮ pastangomis. Valstybinės pozicijos reikėtų sprendžiant tokias organizacines problemas kaip sudėtingą registraciją pas specialistus, sveikatos priežiūros paslaugų pasiekiamumą ir finansavimo didinimo klausimus. Šiaulių rajonui kaip kaimiškajam rajonui itin opios socialinės problemos, kurios tapo dar aktualesnės įdiegus naująją sveikatos sistemos reformą. Kaimiškųjų vietovių gyventojai dėl nutolusių medicinos paslaugų pasiekiamumo patiria ir finansinių sunkumų.

Tyrime dalyvavę ekspertai, vertindami svarbiausius sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo kriterijus (atliekamų didžiųjų operacijų ir gimdymų skaičius per kalendorinius

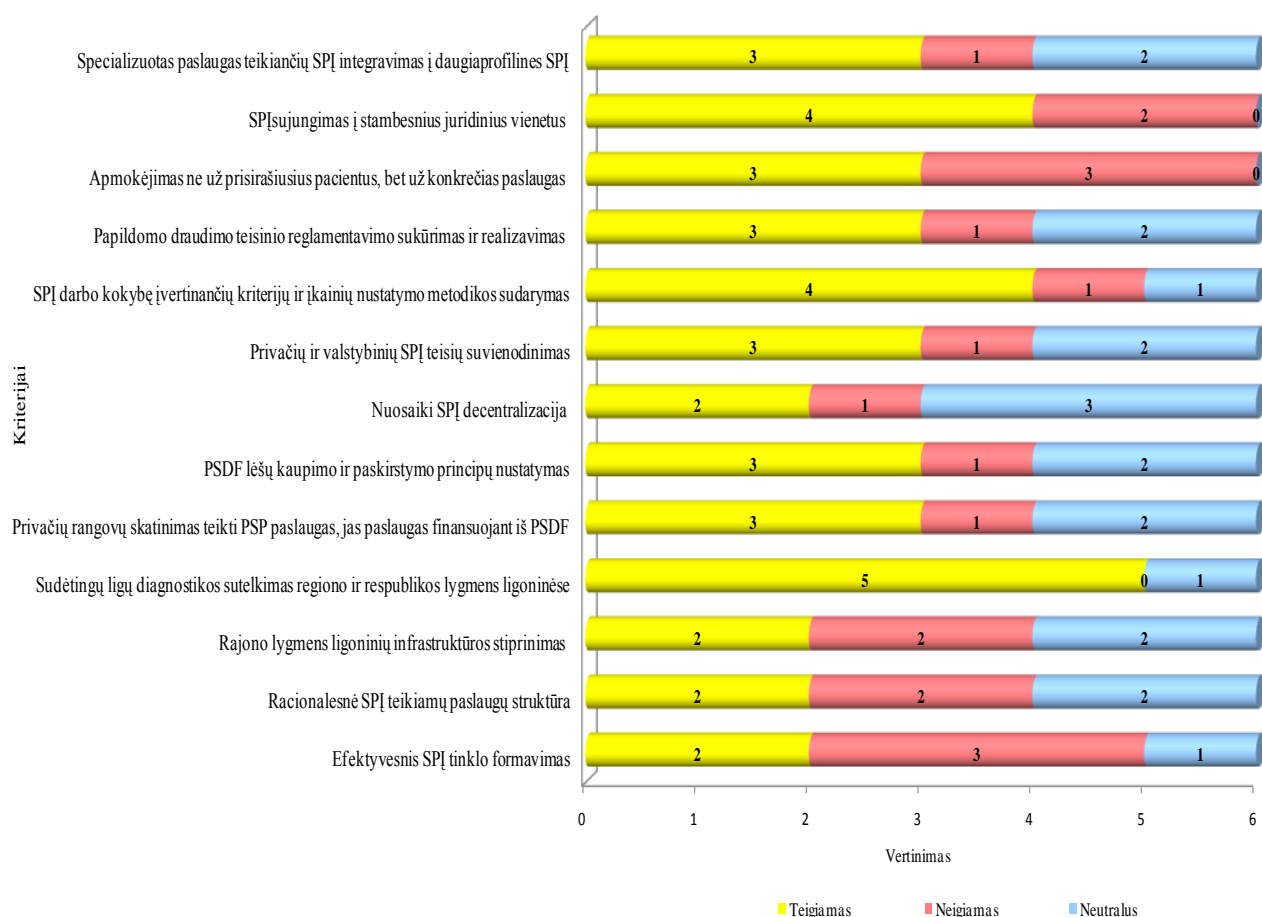
metus bei geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės) nusiteikę optimistiškai. Keturių ekspertų nuomone, dėl šių kriterijų įvedimo Šiaulių rajono gyventojų sveikatingumas nenukentės, nes prie gyventojų yra priartinta PSP grandis, o medicinos paslaugų lygis dėl reformos turėtų pagerėti, nes aukštesnio lygio paslaugos bus teikiamos didesnėse ligoninėse, kur bus daugiau kvalifikuoto medicinos personalo ir medicininės įrangos. Pateiktas pastebėjimas, kad dėl pervežimų ligonių į Šiaulius didėja GMP išlaidos. Du tyrime dalyvavę ekspertai būkštauja, dėl naujų kriterijų įvedimo gali pablogėti rajono gyventojų sveikata ir net išaugti mirtingumas. Atkreiptas dėmesys į gimdyvių padėties pabloginimą, kuris gali sąlygoti gimdymo komplikacijas ir prieššlaikinį gimdymą. Šie neigiami veiksniai gali didinti kūdikių mirtingumo statistiką, kuri nuo 2008 m. ženkliai prastėjo (žr. 3.2 pav.).

Daugiau nei 50 % anketinėje apklausoje dalyvavusių ambulatorijų ir medicinos punktų darbuotojų nurodė, kad atliekamų didžiųjų operacijų ir gimdymų skaičius per kalendorinius metus bei geografinio atstumas iki artimiausios ligoninės kriterijų įvedimas nesudarys sunkumų rajono gyventojams dėl medicinos paslaugų prieinamumo. Šių respondentų nuomone, didžioji dalis Šiaulių rajono gyventojų jau seniai yra įpratę kreiptis į Šiaulių SPI, siekdami aukštesnės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės. Šiauliuose esančias SPI kaimiškųjų vietovių gyventojams padeda pasiekti artimieji ir GMP. Likusi dalis respondentų nurodė, kad medicinos paslaugų prieinamumas sunkėja ir dėl to gali nukentėti gyventojų sveikatingumas bei išaugti mirtingumo statistika.

Kiekvienos reformos įgyvendinime iškyla sunkumų. Ne išimtis yra ir sveikatos sistemos reformos. Tyrime dalyvavusių ekspertų, prašytą įvertinti sunkumus, su kuriais jie susidūrė vykdydami reformas. Ekspertai vieningai nurodė šiuos probleminius reformų įgyvendinimo aspektus: organizacijos struktūros pokyčius, darbuotojų etatų mažinimą ir naikinimą, reikiamų medicinos specialistų trūkumą, finansinių resursų stoką. Analizuojant anketos duomenis šiuo klausimu, respondentų nuomonė nė kiek neįsiskyrė nuo ekspertų vertinimo. Absoliuti dauguma respondentų nurodė, kad jų atstovaujamosios SPI buvo sumažinti ir panaikinti etatai. Pusė tyrime dalyvavusių respondentų teigė, kad padidėjo jų darbo krūvis ir sumažėjo darbo užmokestis, taip pat nurodė, kad jiems trūksta transporto priemonių, su kuriomis galėtų lankyti pacientus.

Tyrime dalyvavusių respondentų prašyta įvertinti, ar pagerėjo medicinos paslaugos sąlygotos 3 R reformos, jų įstaigoje. Didžioji dalis respondentų nurodė, kad padėtis išliko tokia, kokia buvusi ir tai neįtakoją paslaugų kokybės augimo, nes visada buvo stengiamasi teikti kokybiškas paslaugas. Ketvirtadalis respondentų pasidžiaugė, kad reformų eigoje teikiamų paslaugų kokybė pagerėjo. Pagrindinėmis kokybės gerėjimo priežastimis įvardintos naujos medicininės įrangos įsigijimas ir atlikta pastatų renovacija.

Sveikatos sistemos reformos 2000 – 2010 m., vykdomos pagal SAM parengtas SPI ir paslaugų restruktūrizavimo programas. Tyrime dalyvavusių ekspertų paprašyta įvertinti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos (2009) pagrindinių kriterijų įgyvendinimo Šiaulių rajone pranašumus, lyginat su buvusia padėtimi (3.8 pav.).



3.8 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos (2009) kriterijų vertinimas

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis ekspertų apklausos protokolais

Analizuojat Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos (2009) kriterijus, Šiaulių rajono ekspertų vertinimu, jei yra daug pranašesni nei ankstesniųjų SPĮ restruktūrizavimo programų. Didžiausiu SPĮ ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos privalumu ekspertai nurodė sudėtingų ligos diagnostikos priemonių sutelkimą rajoninio ir respublikinio lygmens ligoninėse bei SPĮ sujungimą į stambesnius juridinius vienetus. Tyrime dalyvavusių ekspertų nuomone, privalumu laikytinas ir SPĮ darbo kokybę įvertinančių kriterijų ir įkainių nustatymo metodikos sudarymas.

Tyrimo metu analizuota restruktūrizavimo programa turi ir trūkumų. Vienas iš jų, tyrime dalyvavusių ekspertų teigimu, yra tai, kad trečioji Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo programa (2009) nesuteikia galimybių efektyviai formuoti SPĮ tinklo. Ši programa sulaukė kritikos ir dėl apmokėjimo kriterijų pasikeitimų. Siūlomą keisti apmokėjimų tvarką, kai būtų apmokama ne už prisirašiusius prie SPĮ pacientus, o už jiems suteiktas paslaugas, vertinama prieštaringai. Pusė tyrime dalyvavusių ekspertų jai pritartų, kita pusė su šia pozicija nesutinka. Pagrindinis naujai apmokėjimo tvarkai prieštaravimo aspektas yra tas, kad SPĮ būtų priverstos bankrutuoti, nes pastaruoju metu ir taip stebimas vis prastėjantis žmonių rūpinimasis savo sveikata.

Ekspertai, vertindami SPĮ ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą (2009), dėl didžiosios dalies jos kriterijų pateikė neutralią poziciją. Neutraliai vertintas SPĮ sujungimas į

stambesnius juridinius vienetus, papildomo draudimo funkcionavimas, privačių ir valstybinių teisių suvienodinimas ir kt.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa (2009) tyrime dalyvavusių ekspertų įvertinta nevienareikšmiškai. Didžioji dalis tyrime dalyvavusių ekspertų sutinka, kad ši reforma buvo būtina, o ją įgyvendinus sudarytos sąlygos piliečiams naudotis išvystytu PSP tinklu ir gauti kokybiškas antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugas. Antrinio ir tretinio lygmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimas specializuotose centruose, nesprenžiant pacientų transportavimo problemų, atokesnių kaimiškųjų vietovių gyventojams apsunkino šių paslaugų prieinamumą. Antrinio ir tretinio lygmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas taip pat pasunkėjo dėl vis didėjančio gyventojų kreipimosi į šias paslaugas teikiančias SPĮ ir jose esančio nepakankamo žmogiškųjų išteklių kiekio. Siekiant užtikrinti antrinio ir tretinio lygmens paslaugų lengvesnį prieinamumą pirmiausia reikia išspręsti žmogiškųjų, technologinių ir finansinių išteklių problemas.

IŠVADOS

1 uždavinys. Atlikti mokslinės literatūros ir sveikatos sistemą reglamentuojančių dokumentų analizę, konceptualizuojant sveikatos sistemos pozicijų kaitą viešosios politikos formavimo ir viešojo administravimo plotmėje.

Šiuolaikinė viešosios politikos ir viešojo administravimo raida neišsivaizduojama be plataus viešojo sektoriaus veiklos viešumo, demokratizavimo, piliečių įtraukimo į valdymą, valstybės institucijų veiklos modernizavimo, personalo profesionalumo, aukštos kokybės paslaugų teikimo su mažėjančiais ištekliais ir ribotais operaciniais gebėjimais, nepažeidžiant pagrindinių demokratinės visuomenės principų, žmogaus teisių ir laisvių.

Aktyvi sveikatos politika nuo pat sveikatos sistemos reformos pradžios Lietuvoje buvo vienas pagrindinių pertvarkos siekinių, derinant valstybės ir savivaldybių veiksmus, kurie skatintų žmonių norą rūpintis savo sveikata ir dalyvauti priimant sveikatos politikos sprendimus. Sveikatos sektoriaus raidos užtikrinimui svarbus darnus ir integruotas sektorių, turinčių įtakos žmonių sveikatai (ekonomika, ekologija, socialinė apsauga, švietimas, sveikatos apsauga), vystymasis, paremtas holistiniu požiūriu, ir rūpinimasis žmogaus gerove.

Sveikatos sistemos modernizavimo kaitos pozicijos krypsta į visuomenės poreikių tenkinimą, kurie sveikatos sistemos politikos formavimą perorientuoja nuo centralizuoto valdymo į decentralizaciją. Prioriteto skiriamas ligų prevencijai, PSP, ligoninių lovų skaičiaus mažinimas, vienos dienos stacionarų kūrimas, finansinių išteklių racionalus naudojimas, sveikatos priežiūros bei ligoninių vadybos gerinimas - tai sveikatos priežiūros sistemos kitimo tendencijos, kuriomis siekiama suderinti kokybiškų paslaugų teikimą ir racionalų turimų išteklių naudojimą.

2 uždavinys. Teoriniu aspektu atlikti sveikatos sistemos reformų apžvalgą, pristatant šiandienos sveikatos sistemoje vykstančią reformų politiką ir įvertinti sveikatos sistemos politikos formavimo funkcionalumą ir racionalumą reformų kontekste.

Į nepriklausomybę Lietuva įžengė turėdama „Semaškos“ sveikatos apsaugos organizavimo modelį, kuris, be pranašumų, t.y. itin išplėto plataus profilio SPI tinklo, turėjo nemažai trūkumų, kurie susiję su per dideliais kaštais dėl struktūrinės sveikatos sistemos sandaros, centralizuoto valdymo, nepakankamu finansavimu, sveikatos įstatymų ir profilaktinių programų nebuvimu, prastomis medicinos technologijomis. Šie veiksniai sąlygojo būtinybę keisti rigidišką, skirtą gydyti ligas bei ligoninėmis grindžiamą sveikatos apsaugos modelį. Patvirtinta Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija (1991) tapo pagrindiniu dokumentu, vykdant sveikatos politikos formavimą Lietuvoje. Vykstantys pokyčiai šalies administracinėje sistemoje, performavo didžiosios dalies SPI pavaldumą: SPI pavaldumas iš SAM sistemos perduotas savivaldybių ir apskričių viršininkų administracijų žinion. 1997 m. pradėta įgyvendinti įstatyminė sveikatos draudimo schema, socialinio sektoriaus raidą grindžiant Vakarų Europos socialinio draudimo modeliui būdingais principais (solidarumas, teisėtumas, lygios galimybės).

Antrąjį nepriklausomos Lietuvos dešimtmetį vykdoma esminė visuomenės sveikatos sistemos pertvarka, kuria siekiama gerinti ligų profilaktiką, plėtoti galimybes greitai reaguoti į

sveikatai iškylančias grėsmes, reformuoti visuomenės sveikatos sistemą, priartinant ją prie bendruomenės. Šiuo laikotarpiu vyko pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros administracinis atskyrimas. Pradėta SPI restruktūrizacija tačiau ji nesusieta su žmoniškųjų išteklių planavimu, neįvertinta ekonominiu aspektu. Sveikatos sistemos reformos įgyvendinimo vangumą sąlygojo žemi paslaugų įkainiai, menka infrastruktūra, didelis kvalifikuotų medikų emigravimas į kitas ES šalis.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa (2009) skirta saugių, geros kokybės ir prieinamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, efektyviai naudojant sveikatos priežiūrai skirtas lėšas; prioriteto šeimos gydytojų teikiamų paslaugų ir gydytojų specialistų ambulatorinių konsultacijų teikimui; stacionarinių SPI tinklo optimizavimui ir teikiamų paslaugų struktūros restruktūrizavimui, SPI skirstant pagal 3 R koncepciją į aiškiai apibrėžtus ir vienas kito nedubliuojančius rajono, regiono ir respublikos lygmenis.

Šios programos įgyvendinimas sudaro prielaidas PSP priartinti prie gyventojų, sutelkti medicininę įrangą ir gydytojus konsultantus specializuotose SPI, racionaliai naudoti žmoniškuosius, technologinius resursus ir biudžeto lėšas. Tačiau įgyvendinta Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa (2009) neišsprendžia ilgų eilių pas gydytojus konsultantus problemos, kuri išlieka aktuali, nes VŠĮ SPI negali koreguoti paslaugų kainų pagal poreikį, trūksta finansinių išteklių sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, nepakankama SPI vadyba, sveikatos priežiūros specialistų ir įrangos trūkumas, atskirais atvejais dirbtinai sukuriamos problemos. Kita spėjama šios programos problema - ligonių į SPI ir iš jų transportavimas, kuris ypač aktualus kaimiškųjų rajonų gyventojams.

Pasirinkta nepriklausomos Lietuvos sveikatos politikos ir sveikatos reformos strategija buvo moksliskai pagrįsta, tačiau trūko nuoseklaus jos įgyvendinimo plano. Decentralizavus valdymą tarp įgyvendinančiųjų reformos nuostatas vykdomuoju lygiu nebuvo pakankamai pasirengusių sveikatos apsaugos strateginiam planavimui ir išmanančių pokyčių valdymą rinkos ekonomikos sąlygomis specialistų. Nuolatinė valdžios pareigūnų kaita neužtikrino nuoseklaus sveikatos reformos tęstinumo, o vietos valdžios struktūros nebuvo pasirengusios vykdyti reformą. Nuo reformos pradžios į sveikatos reformos reikalus per mažai įtraukta visuomenė. LSP (1998) priėmimas sudarė sveikatos reformos teisinio reglamentavimo ir tęstinumo sąlygas. Nepakankamas strateginio valdymo principo taikymas - vienas pagrindinių veiksnių, nulėmusių sveikatos apsaugos sistemos neefektyvumą, kuris sąlygojo, kad sveikatos apsaugos srityje susitelkta ties procesu, nukreiptu į atskirus pacientus ir klinikinius vienetus (ligoninės), bet ne į pačią visuomenę, o ne ties rezultatu.

Per du nepriklausomos šalies dešimtmečius suformuota sveikatos sistemos teisinė bazė, sukurta šeimos gydytojo institucija, decentralizuotas SPI valdymas, įdiegtas PSD, pasiekti teigiami kai kurių sveikatos rodiklių (kūdikių mirtingumo, sergamumo kai kuriomis kitomis užkrečiamomis ligomis, aukšto vaikų imunizacijos lygio, prevencinių vėžio programų įgyvendinimo ir kt.) pokyčiai, skatinama ambulatorinių ir dienos chirurgijos paslaugų plėtrą, modernizuojamos SPI, diegiamos naujos technologijos, leidžiančios dalį stacionarinių paslaugų pakeisti ambulatorinėmis paslaugomis.

3 uždavinys. Išanalizuoti užsienio šalių ir Lietuvos teisės aktuose įvardintų strateginių sveikatos sistemos siekių įgyvendinimą Šiaulių rajone.

Šiaulių rajono savivaldybės dokumentuose integruotos strateginės PSO, ES ir LR sveikatos sistemos nuostatos, skirtos sveikatos stiprinimui, ligų profilaktikai ir sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui. Kiekvienais metais Šiaulių rajono savivaldybės administracija kartu su Šiaulių rajono savivaldybės bendruomenės sveikatos taryba organizuoja konkursą Visuomenės sveikatos rėmimo specialiujų programų priemonių projektų finansavimui. Pagrindinės vykdomų projektų prioritetinės kryptys: sveikatos išsaugojimas ir gerinimas, sveiko gyvenimo įgūdžių formavimas, infekcinių ir neinfekcinių, onkologinių ligų prevencija ir kt. Šiaulių rajono ASPĮ aktyviai vykdo skiepų ir profilaktines programas, atlieka profilaktinius sveikatos tikrinimus. Be šių konkrečių prevencinių sveikatos užtikrinimo priemonių yra plėtojamas ir sanitarinis gyventojų švietimas.

Sveikatos apsaugos strategijoje be sveikatos priežiūros stiprinimo, prevencinių programų vykdymo deklaruojama galimybė visiems žmonės turėti prieigą prie būtinų sveikatos paslaugų, nepatiriant finansinių pasekmių pavojaus. Šis siekis Šiaulių rajone kaip ir visoje Lietuvoje realiai nėra įgyvendinamas. Tai pagrinde sąlygoja socialinės problemos. Didžioji dalis kaimiškose vietovėse gyvenančių Šiaulių rajono gyventojų yra nedirbantys, nepriklauso valstybės socialiai draudžiamų gyventojų grupei, neturi pakankamai disponuojamų lėšų, kad galėtų susimokėti PSD įmokas. Šie asmenys neturi teisės nemokamai gauti ne tik pirminio lygmens sveikatos priežiūros paslaugų, bet taip pat neturi galimybės dalyvauti ir profilaktiniuose sveikatos tikrinimuose.

4 uždavinys. Remiantis ekspertų apklausos rezultatais, įvertinti pirminės, antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros grandžių teikiamų paslaugų prieinamumą Šiaulių rajono gyventojams.

PSP Šiaulių rajone yra tinkamai išvystyta ir prieinama tiek rajono centro, tiek miestelių, gyventojams. Šiaulių rajone veikia du PSP centrai: VŠĮ Šiaulių rajono PSpC (24 filialai) ir VŠĮ Šiaulių rajono Gruzdžių ambulatorija (2 filialai). Šio rajono gyventojams dėl BPG ar šeimos gydytojo konsultacijos nereikia vykti į Kuršėnus ar Gruzdžius, nes šių specialistų konsultacijos teikiamos jų gyvenamoje vietovėje. Tačiau Šiaulių rajono pirminio lygmens SPI dėl specialistų stokos negali teikti visų pirminiam lygmeniui priskiriamų paslaugų (chirurgijos, akušerijos - ginekologijos ir psichiatrijos). Dėl šių paslaugų Šiaulių rajono gyventojai dažniausiai kreipias į Šiaulių mieste esančias SPI. Šiaulių rajono GMP paslaugų teikimo skaidymas, jas teikiant VŠĮ Šiaulių rajono PSpC ir VŠĮ Šiaulių miesto PSpC, paremtas siekiu, kad visiems rajono gyventojams būtų užtikrintos laiku ir kokybiškai teikiamos skubios medicinos paslaugos.

Demografinės tendencijos lemia spartų gyventojų senėjimo procesą. Spartus gyventojų senėjimas susijęs su vienu sudėtinu PSP grandies elementu - slaugos ir palaikomojo gydymo bei slaugos namuose plėtojimu. Šiaulių rajone pirminės stacionarinės ASPĮ teikimo tinklas nėra pakankamai išplėtotas. Šios paslaugos teikiamos VŠĮ Šiaulių rajono PSpC filiale Meškuičių palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje bei viename VŠĮ Kuršėnų ligoninės skyriuje ir ženkliai atsilieka nuo realaus jų poreikio.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečio etapo programos (2009)

nuostatos Šiaulių rajonui nėra naujas reiškinys. 3R reforma Šiaulių rajone prasidėjo keletą metų anksčiau, vykdant pirmąjį SPI restruktūrizavimo etapą (2003-2005 m.), VšĮ Kuršėnų ligoninėje uždarančią gimdymo ir chirurginį skyrius. Dėl šių prižasčių kai kuriems rajono gyventojams gimdymo ir chirurginė pagalba atitolo, tačiau pagerėjo šių paslaugų kokybė ir pacientams suteikta teisė rinktis jų poreikius atitinkančią SPI. Ekspertų pastebėjimu, Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečio etapo programos (2009) įgyvendinimas Šiaulių rajono gyventojams nesukėlė didelės sumaišties, nes jie jau seniai įpratę kreiptis į Šiauliuose esančias SPI. Tačiau medicinos paslaugų prieinamumas socialiai jautrioms gyventojų grupėms sunkėja, dėl toliau nuo jų gyvenamosios vietos nutolus SPI ir neišvysčius ligonių transportavimo sistemos. Išskyla pavojus, kad dėl šių prižasčių gali nukentėti gyventojų sveikatingumas ir net išaugti mirtingumo statistika.

Senėjanti visuomenė ir neaktyvus žmonių rūpinimasis savo sveikata sąlygoja vis didėjantį antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikį. Šių paslaugų teikimas yra apsunkintas dėl žmogiškųjų, technologinių ir finansinių išteklių stokos. Šis veiksnys sąlygoja ilgų eilių pas gydytojus konsultantus susidarymą, kuris, kelia sveikatos pablogėjimo grėsmę finansiškai pažeidžiamų grupių gyventojams. Nepaisant to, tyrime dalyvavę ekspertai tikisi, kad 3 R koncepcijos sveikatos apsaugos sistemoje įgyvendinimas užtikrins Šiaulių rajono gyventojų sveikatingumą, nes prie gyventojų yra priartinta PSP grandis, o medicinos paslaugų lygis dėl reformos turėtų pagerėti aukštesnio lygio paslaugos teikiant didesnėse ligoninėse, kur bus daugiau kvalifikuoto medicinos personalo ir modernios medicininės įrangos.

5 uždavinys. Lyginamosios analizės metodu nustatyti trečiojo sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo pranašumus ir trūkumus Šiaulių rajone.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa (2009) ekspertų vertinama nevienareikšmiškai. Sveikatos sistemos reformos įgyvendinimas, paremtas 3 R koncepcija, padės koncentruotai sutelkti sudėtingų ligų gydymui reikalingą medicininę įrangą ir aukštos kvalifikacijos specialistus. Šio pobūdžio pertvarkymas leis sutaupyti biudžeto lėšas ir teikti kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau vis dar nepakankamai išplėta PSP grandis ir toliau didina antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugų poreikį. Šis veiksnys SPI stokojant žmogiškųjų išteklių dar labiau ilgina gyventojų eiles pas gydytojus konsultantus, už kurių konsultacija mokamas žymiai didesnis įkainis nei už PSP. Trijų lygmenų SPI skirstymo įvedimas išgrynina sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, tačiau, dėl nepakankamai išplėto susisiekiimo ir ligonių transportavimo į ir iš SPI, gali pablogėti aukštesnio lygmens specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas socialiai jautrioms gyventojų grupėms.

Atliktas sveikatos sistemos reformos įgyvendinimo tyrimas patvirtino hipotezę, kad sveikatos sistemos reformos vykdymas yra neišvengiamas dėl kintančių socialinių, demografinių ir ekonominių šalies charakteristikų. Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad, įgyvendinant sveikatos sektoriaus reformą Šiaulių rajone, sudėtinga racionaliai suderinti žmogiškųjų, technologinių ir finansinių išteklių pasiskirstymą, kas sąlygoja, ne visiems piliečiams prieinamas ir laiku teikiamas kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas.

REKOMENDACIJOS

SAM

- Viena iš deklaruojamų valstybės prioritetinių sričių, sąlygojančių gyventojų sveiktos būklės gerėjimą ir ilgėjančią vidutinę gyvenimo trukmę yra ligų profilaktika ir prevencinių programų vykdymas. Atsižvelgiant į tai, SAM turėtų inicijuoti LR Sveikatos draudimo įstatymo (2010-10-23 Nr. I-1343) pataisas, kuriomis būtų numatyta galimybė ir neapdraustiems PSD dalyvauti profilaktiniuose sveikatos patikrinimuose ir prevencinėse programose. Šiuo tikslu SAM turėtų skirti didesnę finansavimą ligų profilaktikai ir prevencinėms programoms, nes ligas diagnozavus ankstyvojoje stadijoje būtų ne tik sutaupomos biudžeto lėšos, bet ir užkertamas kelias ligų plitimui.

- Didelę medicinos personalo darbo dalį užima veikla, tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu: daug laiko sugaištama formalumams ir dokumentų pildymui (vaistų išrašymas, įvairių žurnalų, pažymų pildymas ir pan.), todėl mažiau laiko skiriama bendravimui su pacientu ir tiesioginiam ligų prevencijai, diagnostikai ir gydymo darbui. Tai didina sveikatos paslaugų sąnaudas ir mažina sveikatos priežiūros įstaigų efektyvumą. Todėl tikslinga inicijuoti ir įgyvendinti Lietuvos medicinos normos MN 73:2007 „Darbo medicinos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (2007-06-20 Nr. V-516) ir Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (2009-10-30 Nr. V-913) pataisas, kuriomis būtų mažinamas šeimos gydytojų ir BPG darbo krūvis, tvarkant dokumentaciją, kad jis galėtų daugiau dėmesio skirti pacientui.

- PSDF biudžeto lėšos, skirtos apmokėti už SPI suteiktas paslaugas, nepadengia sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų. Turimų finansinių išteklių apimtys nesudaro galimybių tenkinti augančių pacientų poreikių sveikatos priežiūros paslaugoms ir jų kokybei. Sprendžiant pakankamo finansavimo užtikrinimo SPI klausimus, reikia siekti, kad valstybės išlaidos sveikatos apsaugai pasiektų ES šalių vidurkį ir augtų ne mažesniais tempais nei bendrojo vidaus produkto augimo tempai, užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gyventojams. Plėtoti ir populiarinti papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, kuris padėtų užtikrinti pakankamą sveikatos sistemos finansavimą, sudarytų sąlygas paslaugų kokybės didėjimui ir kontrolei, skatintų paciento atsakomybę už savo sveikatą ir įgyvendintų legalias priemokas už sveikatos priežiūros paslaugas.

- Dėl ribotų finansinių išteklių, santykinai didelių valstybės išlaidų brangiai kainuojančioms stacionarinėms paslaugoms apmokėti, populiarinti viešojo ir privataus sektorių partnerystę bei privataus sektoriaus investicijas į sveikatos sistemos modernizavimą, SPI aprūpinimą medicinos įranga ir technologijomis.

- Spręsti pacientų transportavimo problemas, sukuriant SPI hospitalizuotų pacientų pervežimo į atitinkamus specializuotus SPI skyrius ir iš jų bei parengti apmokėjimo už šias paslaugas sistemą.

- Didinti specialistų skaičių rajoninio, regioninio ir respublikinio lygmens ligoninėse, ieškoti būdų, kurie padėtų efektyviau mažinti eiles pas gydytojus konsultantus. Trūkstant SPI

specialistų tikslinga skatinti ir remti inovatyvių technologijų diegimą. Telemedicina gali užtikrinti geresnį sveikatos priežiūros paslaugų teikimą nuošaliuose vietovėse arba vietovėse, kuriose trūksta sveikatos priežiūros darbuotojų. Plėtojant telemediciną reikia parengti šių paslaugų apmokėjimo modelį ir numatyti papildomas lėšas, skirtas medicinos darbuotojų kvalifikacijos kėlimui.

- Skatinti taikyti pažangią personalizuotą nuotolinės stebėsenos sistemą, paremtą telemedicinos principais, kuri leistų gydytojams nuolat sekti kintamus pacientų sveikatos būklės rodiklius, kurie ypač aktualūs lėtinėmis ligomis sergantiesiems, vyresnio amžiaus, turintiems ribotas judėjimo galimybes ar reabilitacijoje esantiems žmonėms.

- Norint užtikrinti sklandžią Lietuvos sveikatos sistemos reformos eigą, būtina suderinti valstybės pozicijas, pacientų lūkesčius ir SPI galimybes. Tai galima pasiekti įteisinus sveikatos vadybininko vaidmenį sveikatos apsaugos sistemoje, aiškiai apibrėžus jo atsiskaitomybės lygį ir kompetencijos vertinimo kriterijus, suteikus jam pakankamą autonomiją, sprendžiant regionines bei vietines sveikatos ir jos priežiūros problemas.

Šiaulių rajono savivaldybės administracija

- Skatinti bendruomenes aktyviau propaguoti ligų profilaktiką ir prevencinių programų vykdymą bendruomenės narių tarpe. Ieškoti finansinių galimybių prisidėti SPI vykdomų ligų profilaktikos ir prevencinių programų vykdymo, kad jomis galėtų pasinaudoti ir PSD neapdraudę gyventojai. Internetinėse svetainėse ir viešosiose bibliotekose nuolat skelbti informaciją apie sveikatos apsaugą ir teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas.

- Užtikrinti viešą ir skaidrų sprendimų priėmimą, kviečiant bendruomenę bei visuomenines organizacijas dalyvauti formuojant ir įgyvendinant sveikatos politiką. Siūlyti medikų, pacientų organizacijoms ir asociacijoms jungtis į stambesnius vienetus ir plačiau atstovauti savo interesams. Skatinant visuomeninių organizacijų veiklą, aktyviau jas įtraukti į įvairių sveikatos programų įgyvendinimą, finansuoti jų parengtas programas, sudaryti sutartis dėl ilgalaikio bendradarbiavimo.

- Ieškoti būdų ir priemonių, kaip pritraukti trūkstamus sveikatos priežiūros specialistus į Šiaulių rajoną (pvz. skirti socialinę pagalbą atvykstantiems specialistams, teikti vartojamosios paskolos lengvatas, aprūpinti būstu ir kt.). Esamiems SPI specialistams apmokėti kvalifikacijos tobulinimo išlaidų dalį, kurios neapmoka valstybė.

- Ieškoti galimybių papildomai remti SPI, dėl padidėjusių pervežamų pacientų srautų ir prisidėti prie GMP automobilių ir įrangos atnaujinimo, siekiant užtikrinti saugias sveikatos priežiūros paslaugas, nutolus SPI.

- Skatinanti SPI diegti sveikatos informacines sistemas, kompiuterizuoti darbo vietas, prisidėti prie darbuotojų kvalifikacijos ir SPI modernizavimo sąnaudų padengimo.

- Atsižvelgiant į vis senėjančią visuomenę, plėtoti slaugos ir palaikomojo gydymo bei slaugos namuose paslaugas Šiaulių rajone kartu su VšĮ Šiaulių rajono PSPC ir VšĮ Kuršėnų ligonine.

Šiaulių rajono SPI

- Skatinti šeimos gydytojus ir BPG aktyviau informuoti pacientus apie ligų profilaktiką ir prevencinių programų vykdymą. Rizikos grupių pacientus siųsti atlikti profilaktinius sveikatos tikrinimus. Didinti pacientų informuotumą apie ligas, jas sukeliančias priežastis, alternatyvius gydymo būdus. Šiuos duomenis skelbti SPI internetinėje svetainėje, kurioje gyventojai galėtų rasti išsamią ir kokybišką informaciją apie sveikatą, gauti kompetentingų specialistų konsultacijas. Siekti, kad gydytojas pripažintų pacientą kaip lygiavertį partnerį, sprendžiant sveikatos klausimus.

- Plėtoti ir populiarinti papildomą (savanorišką) sveikatos draudimą, supažindinat pacientus su jo teikiamomis galimybėmis.

- Kartu su Šiaulių savivaldybės administracija organizuoti pacientų transportavimo į SPI ir iš jų sistemą, ir, atsižvelgiant į pacientų pervežimo srautus, didinti transporto priemonių skaičių.

- Ieškoti būdų ir rengti motyvacines sistemas, skatinančias medikus įsidarbinti rajonų SPI.

- Diegti informacines technologijas ir telemedicinos paslaugas, kurios suteiks galimybę atlikti ankstyvą akių dugno, odos, ausų, cukrinio diabeto, arterinės hipertenzijos ir kt. ligų diagnostiką, leis nuodugniai ištirti pacientus, gyvenančius itin nutolusiose gyvenvietėse, ir jiems priartins sveikatos priežiūros paslaugas, be to elektroninis įrašas sumažintų pildomų dokumentų kiekį ir darbo krūvį SPI. Tuo tikslu Šiaulių rajono SPI turi rengti darbuotojų perkvalifikavimo projektus ir ieškoti finansinių galimybių naujų technologijų įsigijimui.

- Supažindinti pacientus su personalizuotos nuotolinės stebėsenos sistemos galimybėmis ir populiarinti jų diegimą bei naudojimą.

- VšĮ Šiaulių rajono PSPC ir VšĮ Kuršėnų ligoninė kartu su Šiaulių rajono savivaldybės administracija, atsižvelgdami į vis senėjančią visuomenę, turėtų plėtoti slaugos ir palaikomojo gydymo bei slaugos namuose paslaugas ir perkvalifikuoti dalį personalo šių paslaugų teikimui.

LITERATŪRA

1. Ališauskas, K., Karpavičius, H., Šeputienė, J. (2005). *Inovacijos ir projektai*. Šiauliai: VšĮ Šiaulių universiteto leidykla.
2. Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D., Barach, P. (2005). *Five system barriers to achieving ultrasafe health care*. *Annals of Internal Medicine*. Prieiga per internetą: <http://www.annals.org/content/142/9/756.full>
3. Anderson, R., Litske, H., Krieger, H. (2004). *Quality of Life in Europe*. European Foundation for the Improvement and Living and Working Conditions. Prieiga per internetą: <http://products.ihs.com/ohsis-seo/europeanfoundationfortheimprov.html> 2004.
4. Arimavičiūtė, M. (2005). *Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
5. Armstrong, H., Taylor, J. (2003). *Regional Economics and Policy*. Mississauga: Blackwell publishing.
6. A. Šimaitis siūlo alternatyvią sveikatos apsaugos reformą. (2009). Internetinis portalas Mano sveikata.lt., gruodžio 3. Prieiga per internetą: <http://www.manosveikata.lt/lt/naujienos/medicina-psichologija-farmacija/a-simaitis-siulo-alternatyvia-sveikatos-apsaugos-reforma/>
7. Bagdoniene, L., Hopenienė, R. (2005). *Paslaugų marketingas ir vadyba*. Kaunas: Kauno technologijos universitetas.
8. Bertucci, G. (2007). *Innovations in Governance and Public Administration: Replicating what works*. Seventh Global Forum on Reinventing Government: Building Trust in Government. United Nations: Vienna. Prieiga per internetą: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan021963.pdf>
9. Birmontienė, T. (1999). Sveikatos teisės problemos Lietuvoje. *Medicina*, Nr. 33.
10. Bivainis, J., Tunčikienė, Ž. (2009). *Viešojo sektoriaus institucijų strateginis planavimas*. Vilnius: Vilniaus Gedimino technikos universitetas.
11. Blas E, Hearst, N. (2002). *Health sector reform and equity – learning from evidence?* Oxfrd: Oxford University Press.
12. Bleich, S. N., Özaltin, E., Murray, Ch. J. L. (2009). *How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?* *Bulletin of the World Health Organization*, Apr., Vol. 87.
13. Boerma, T., Chopra, M., Evans, D. (2008). *Health systems performance assessment in the Bulletin*. *Bulletin of the World Health Organization*, Apr., Vol. 75.
14. Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative Research*, Vol. 6, Nr. 1,
15. Buchbinder, S., B., Shanks, N. H. (2007). *Introduction to health care management*. London: Jones and Bartlett Publishers.
16. Buckūnaitė, E. (2007). *Naujoji viešoji vadyba*. Kaunas: „Technologija“.
17. Buckūnaitė, E., Chkivickas, E., Civinskas, R. ir kiti. (2007). *Naujoji viešoji vadyba*. Kaunas. „Technologija“.
18. Bukh, P. N., Johansen, M. R., Mouritsen, J., Thorborjornsen S. (2004). *Intellectual capital and new public management. Reintroducing enterprise*. Prieiga per internetą: http://books.google.com/books?id=sUmTQwAACAAJ&dq=Intellectual+capital+and+new+public+management.+Reintroducing+enterprise.&hl=lt&ei=jHqUTcqoD5GSOo3KiNgH&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCkQ6AEwAA
19. Butkus, F. S. (2007). *Vadyba*. Vilnius: „Technika“.
20. Capper, S., A., Ginter, P., M., Swayne, L. E. (2002). *Public health leadership & management– cases and context*. London: Sage publications, Inc.
21. Chlivickas, E., Domarkas, V., Gaulė, E., ir kt. (2010). *Įvadas į viešąjį valdymą*. Kaunas: Kauno technologijos universitetas, „Technologija“.
22. Christopher M. Harris, (2009). *Relationships among human resource capital, overlapping tenure, behavior, and performance*. Prieiga per internetą: http://dspace.uta.edu/bitstream/handle/10106/1659/Harris_uta_2502D_10206.pdf?sequence=1
23. Civinskas, R. (2007). *Piliėtis kaip klientas naujoje viešojoje vadyboje*. Kaunas: „Technologija“.
24. Cleverley, W., O., Cameron, A., E. (2007). *Essentials of health care finance*. London: Jones and Bartlett Publishers.
25. Czaputowicz, J. (2007). The Influence of Globalisation Upon Public Governance. *Viešasis administravimas*, Nr. 1-2.
26. Čaplikas, A. (2009). *Tik pertvarkyta sistema galės išgyventi ir tarnauti žmogui*. SAM. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/lit/A.Caplikas_tik_pertvarkyta_sistema_gales/407
27. Čepulytė, G., Palubinskienė, S. (2008). Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai. *Socialiniai mokslai ekonomika jaunųjų mokslininkų darbai*, Nr. 1 (17).
28. Černiauskas, G., Buivydas, R. (2009). „Į sveikatą!“ ar „Už ligoninių skyrių uždarymą!“ Prieiga per internetą: http://www.lsveikata.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=793:-sveikat-ar-u-ligonini-skyri-udarym&catid=40:aktualijos&Itemid=210
29. Černiauskas, G. (2000). *Sveikatos apsaugos reformos antrąjį nepriklausomybės dešimtmetį*. Prieiga per

internetą: http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_zur/text/GC_txt1.html

30. Dahl, E., Fritzell, J., Lahelma, E., and other (2006). *Welfare State regimes and health inequalities: Health inequalities in Europe*. Oxford: Oxford University Press.

31. Dapšauskas, J. (2010). *Mintys pasibaigus Lietuvos sveikatos programai be rezultatų*. Internetinis portalas Tikiu.lt. Prieiga per internetą: http://www.tikiu.lt/index.php?id=mintys_pasibaigus_lietuvas_sveikatos_programai_be_rezultatu

32. Damanpour, F., Schneider, M. (2008). Characteristics of Innovation and Innovation Adoption in Public Organizations: Assessing the Role of Managers. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 3 (19).

33. Disano, J. (2009). *Indicators of Sustainable Development: Guidelines and Methodologies*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs. Prieiga per internetą: <http://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/indisd/indisd-mg2001.pdf>

34. Dixon, A., Langenbrunner, A., Mossialos, E. (2008). *Acing the challenges of health care financing*. Prieiga per internetą: <http://pubnet.moph.go.th/ebook/2005/5301001485e83108.pdf#page=52>

35. Dixon, S. E. A., Day, M. (2007). Leadership, Administrative Heritage and Absorptive Capacity. *Leadership & Organization Development Journal*, Vol. 8 (28).

36. Domarkas, V., Juknevičienė, V. (2010). Inovacijų vaidmuo viešojo administravimo organizacijų veikloje absorbcinio gebėjimo aspektu. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr. 31.

37. Drucker, P. F. (2004). *Valdymo iššūkiai XXI amžiuje*. Vilnius: D. Radkevičiaus PĮ „Rgrupė“.

38. Dubinas, V. (2005). Iššūkiai Lietuvos regionų vadybai ekonomikos globalizacijos sąlygomis. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, Nr. 1 (5).

39. Dunn, W. (2006). *Viešosios politikos analizė*. Vilnius: „Homo Libertus“.

40. Fayol, H. (2005). *Administravimas: teorija ir praktika: valdymo klasika*. Vilnius: „Eugrimas“.

41. Figueras, J., McKee, M., Cain, J., Lessof, S. (2004). *Health systems in transition: learning from experience*. European Observatory on Health Systems and Policies. Prieiga per internetą: <http://pubnet.moph.go.th/ebook/2005/5301001485e83108.pdf#page=52>

42. Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Prieiga per internetą: <http://www.google.com/books?hl=lt&lr=&id=LkgzKEx9LgC&oi=fnd&pg=PR13&dq=health+care+in+lithuania&ots=vqQDmLyMj2&sig=fYvumutO0BvIWQA7crHa8bFSu9s#v=onepage&q=health%20care%20in%20lithuania&f=false>

43. Frederickson, G., H. (2007). Etika ir naujasis valdymas. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*“ 2007, Nr. 2 (9).

44. Gaidelytė, R., Garbuviienė, M., Madeikytė, N. (2010). *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2009 m.* Vilnius: Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija.

45. Giddens, A. (2008). *Social Theory and Modern Sociology*. Cambridge: Polity Press.

46. Ginter, M., P., Swayne, L., E., Duncan, W., J. (2002). *Strategic management of health care organizations*. Oxford: Blackwell Publishers INC.

47. Grabauskas, V. (1997). *Sveikatos politikos formavimas Lietuvoje*. *Medicina*, Nr. 33.

48. Grabauskas, V., Kalėdienė, R., Valiulis, L. (2004). *Visuomenės sveikatos mokslas ir studijos: atsakas į laikmečio iššūkius*. Kaunas: Kauno medicinos universitetas.

49. Guy, C., Inke, M., David, B. M. (2008). *Universal coverage of health services: tailoring its implementation*. Bulletin of the World Health Organization, Nov, Vol. 86.

50. Guogis, A. (2009). Naujas viešojo administravimo modelis: individualizmą keičia visuomeniškumas. „Gairės“, Nr. 8.

51. Gustainienė, L. (2003). *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.

52. *Health Care Systems in Transition Lithuania*. (2000). European Observatory on Health Care Systems. Prieiga per internetą: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95127/E69920.pdf

53. Hillestad, S. G., Berkowitz, E. N. (2004). *Health care market strategy – from planning to action*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.

54. Hopenienė, R. (2011). *Paslaugų marketingas*. Prieiga per internetą: http://www.vadk.ktu.lt/informacija_bakalaurams/IV_kursas/paslaugu_marketingas/2p_Pasl_ypatumai.pdf

55. Indrūnas, V., Makštutis, A. (2008). *Viešosios vadybos strategija Lietuvoje. Penktoji konstitucija*. Vilnius, UAB „Firdas“.

56. Internetinis portalas „Delfi“. (2010). *Nauja ES direktyva sveikatos apsaugos srityje skatins vieningą elektroninę sistemą*, spalio 22 d. Prieiga per internetą: <http://myep.delfi.lt/news/nauja-es-direktyva-sveikatos-apsaugos-srityje-skatins-vieninga-elektronine-sistema.d?id=37772859>

57. Jakušvaitė, I., Darulis, Ž., Žekas, R. (2005). *Lithuanian health care in transitional state: ethical problems*. *BMC Public Health*. Prieiga per internetą: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/117>

58. Jankauskienė, D., (2009). *Nūdienos sveikatos sistemą itakojantys faktoriai*. Prieiga per internetą: djank.home.mruni.eu/.../1_nudienos-sveikatos-sistema-itakojantys-faktoriai.ppt

59. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.

60. Jobin, J. (2010). *Municipal International Co-operation: Common Problems and Common Solutions*. Prieiga per internetą: <http://www.urbanicity.org/Site/Articles/Jobin.aspx>
61. Jurgaitienė, L. (2008). *Sveikatos priežiūros išteklių valdymas šiuolaikiniame ES kontekste*. Prieiga per internetą: [HTTP://WWW.MEDICINE.LT/INDEX.PHP?PAGRID=LEIDINIAI&SUBID=GM&STRID=1165](http://www.MEDICINE.LT/INDEX.PHP?PAGRID=LEIDINIAI&SUBID=GM&STRID=1165)
62. Jurgelėnas, A., Juozulynas, S., Norvaišas, G., Šurkienė. (2004). Visuomenės sveikatos plėtros integruotas tyrimas. *Sveikatos mokslai, Nr. 3*.
63. Jurgelėnas, A., Juozulynas, A., Venalis, ir kt. (2007). Sveikatos sistemos plėtros integralumas. „*Gerontologija*“ Nr. 8(4).
64. Juškeliienė, V. (2007). *Visuomenės sveikatos įvadas: sveikatos samprata, sveikatos rizikos ir palaikantys veiksniai*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas.
65. Kaledienė, R., Petrauskienė, J., Rimpela, A. (1999). *Šiuolaikinės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa.
66. Kalėdienė, R. (2004). Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. *Medicina Nr. 40 (9)*.
67. Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas: Technologija.
68. Kiguolienė, V. (2008). *Sveikatos problemos svarba*. Prieiga per internetą: <http://rinkisrimtai.lt/pozicijos/gydytoja-kiguoliene-visuomenes-pazanga-paremta-gera-sveikata>
69. Kinney, E., D., Clark, B. A. (2004). Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World. *Cornell International Law Journal, Vol. 37*.
70. Konferencija "Telemedicina ir elektroninė sveikata šeimos gydytojo darbe" (2011). 36,6^o C, vasario 23d. Prieiga per internetą: http://www.366.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=246
71. Krupavičius, A. (2010). Valstybę reikia valdyti, o ne gelbėti. *Pinigų karta, spalio 6*. Prieiga per internetą: <http://www.pinigukarta.lt/naujienos-nuomones/makroekonomika-naujienos/krize-2010-naujienos/valstybe-reikia-valdyti-o-ne-gelbeti>
72. Kūris, E. (2001). *Konstitucija pagal Sartorį*. Kaunas: „Poligrafija ir informatika“.
73. Lammintakanen, J., Saranto, K., Kivinen, T. (2010). Use of electronic information systems in nursing management. *International Journal of Medical Informatics, Vol. 79, Issue 5*.
74. Lane, J. E. (2001). *Viešojo sektoriaus sąvokos, modeliai ir požūriai*. Vilnius: „Margi raštai“.
75. Lane, J., E. (2001). *Viešasis sektorius*. Vilnius: „Margi raštai“.
76. Laughlin, Mc., Osborne, S., Ferlie, E. (2005). *New Public Management*. London, „Routledge“.
77. Lebrikaitė, I. (2011). *Telemedicina: nuotolinės specialistų konsultacijos Lietuvoje*. Internetinis portalas Pasveik.lt., vasario 25. Prieiga per internetą: <http://www.pasveik.lt/sveikatos-ir-medicinos-naujienos/telemedicina-nuotolines-specialistu-konsultacijos-lietuvoje/60574>
78. Lietuvos sveikatos programos tikslai ir siekiamo gyventojų sveikatos lygio rodikliai. Prieiga per internetą: http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/fr_sv_p_tiksl.html
79. Lietuvių kalbos institutas (2010). *Dabartinės lietuvių klabos žodynas*. Prieiga per internetą: <http://www.lki.lt/dlkz/>
80. Lileikienė, A., Šaparnis, G., Tamošiūnas, T. (2004). *Magistro darbo rengimo metodika*. Šiauliai: VŠĮ Šiaulių universiteto leidykla.
81. Mackenbach, J., P., Stirbu, Ph.D., I., M. Sc., Roskam and other. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The new Engl journal of medicine*, June 23 d.
82. Mackenbach, P., J., Bakker, M. (2002). *Reducing inequalities in health: a European perspective*. Prieiga per internetą: http://www.google.com/books?hl=lt&lr=&id=_9GLi0XYtVgC&oi=fnd&pg=PR4&dq=health+care+in+lithuania&ots=uTFVc4zUke&sig=gviYB8mtRdMKGanNVhkROLnYpC8#v=onepage&q=health%20care%20in%20lithuania&f=false
83. Mahroum, S., Huggins, R., Clayton, N. and other. (2008). *Innovation by Adoption. Measuring and Mapping Absorptive Capacity in UK Nations and Regions*. NESTA. Prieiga per internetą: http://www.nesta.org.uk/assets/Uploads/pdf/Research-Report/innovation_by_a_doption_report_NESTA.pdf
84. Makštutis, A. (2008). *Vadybos šiuolaikinės tendencijos*. Vilnius: Generolo Jono Žemaičio Lietuvos karo akademija.
85. Maniokas, K. (2005). Pasitenkinimas demokratija, gerovė ir viešoji politika: gerovės valstybės kūrimo perspektyvos Lietuvoje. *Politologija, Nr. 2 (38)*.
86. McLaughlin, C. P., Kaluzny, A. D. (2004). *Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.
87. McMahon, S., K. (2002). The development of quality of life indicators – a case study from the City of Bristol, UK. *Ecological Indicators, Vol 2*.
88. Melnikas, B., Smaliukienė, R. (2007). *Strateginis valdymas*. Vilnius: Generolo Jono Žemaičio Lietuvos karo akademija.
89. Melnikas, B. (2008). Šiuolaikinė visuomenė: internacionalizavimo procesai ir nauji iššūkių vadybai. *Viešasis administravimas, Nr. 4 (20)*.
90. Merkys, G., Brazienė, R., Kondrotaitė, G. (2008). Subjektyvi gyvenimo kokybė kaip socialinis

- indikatorius: naujosios viešosios vadybos ir darnios plėtros kontekstas. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr. 23.
91. Mooney, G., H. (2003) *Economics, medicine and health care*. Harlow: Pearson Education Limited. Prieiga per internetą: http://www.google.com/books?hl=lt&lr=&id=fA5jEWFKPIEC&oi=fnd&pg=PR10&dq=health+care+political&ots=H4Zc1t_EWN&sig=FjY7yw2Wbm4q2cUqOh-8LRAO0mc#v=onepage&q=health%20care%20political&f=false
92. Merkys, G., Vaiktevičius, S., Urbonaitė – Šližiuvienė, D. (2004). *Užsakomųjų tyrimų ataskaitos rengimas: Švietimo ir mokslo ministerijos rekomendacijos tyrėjams*. Vilnius – Kaunas.
93. Nakrošis, V. (2008). *Strateginis valdymas Lietuvoje: ar turime rezultatų vyriausybei*. Politikos analizės studija. Vilnius: Vilniaus universiteto tarptautinių santykių ir politikos mokslų institutas.
94. Naktinienė, G., Paulauskas, J., Petrokienė, R. ir kt. (2005). *Lietuvių kalbos žodynas*. Vilnius: Lietuvių kalbos institutas. Prieiga per internetą: <http://www.lkz.lt/dzl.php>
95. Newman, J., Kuhlmann, E. (2007). Consumers enter the political stage? The modernization of health care in Britain and Germany. *Social History of Medicine*, Vol. 21, Nr. 3.
96. Norbert, T., Ritz, A. (2004). *Viešoji vadyba*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas.
97. Obama, B. (2010). Pass health care reform now. *Politico Pro*, March 15 d.
98. Obrazcovas, V. (2006). *Valdymo ir administravimo metodai: teorija ir praktika*. Vilnius: „Eugrimas“.
99. Paškauskas, J. (2009). *Emigrantas meta iššūkį Lietuvos sveikatos apsaugai*. Internetinis portalas Anglija.lt, vasario 2 d. Prieiga per internetą: http://www.anglija.lt/straipsniai/naujienos/lietuviai_pasaulyje/emigrantas_meta_issuki_lietuvos_sveikatos_apsaugai.html
100. Pancerytė, M. (2008). *Sveikatos teisinė reforma Lietuvoje*. Prieiga per internetą: http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2008~D_20090122_101852-64474/DS.005.0.01.ETD
101. Parry, J., Humphreys, G. (2009). *Health amid a financial crisis: a complex diagnosis*. Bulletin of the World Health Organization, Jan, Vol. 87.
102. Parsons, W. (2001). *Viešoji politika*. Vilnius: „Eugrimas“.
103. Paukštys, J., S., Šileikienė, L. (2005). *Sveikatos priežiūros kokybė*. Prieiga per internetą: <http://www.bpg.lt/lt/oldies/item/279>
104. Pečiūra, R., Jankauskienė, D., Gurevičius, R. (2006). Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas. *Medicina*, Nr. 42 (11).
105. Petkevičius, A., Urbanavicius, A., Abramavicius, A. (2006). *Healthcare Decentralization and Reform in Lithuania*. Prieiga per internetą: http://gi.osi.hu/publications/2005/274/7Health_Lithuania.pdf
106. Plieskis, M., Gaižauskienė, A., Garbuvienė, M. (2008). Pirminės sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje 2002–2006 m. Ar pasieksime užsibrėžtą tikslą? *Medicina*, Nr., 44(6).
107. Pollitt, Ch., Bouckaert, G. (2003). *Viešojo valdymo reforma*. Vilnius: „Algarvė“.
108. Porter, M., E., Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care – creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Publishing.
109. Prieskienienė, J. (2011). *Lietuvoje pradėtas naudoti pirmasis telemedicinos sprendimas*. *Balsas.lt*, balandžio 4. Prieiga per internetą: <http://www.balsas.lt/naujiena/532529/lietuvoje-pradetas-naudoti-pirmasis-telemedicinos-sprendimas/1>
110. Raipa A., Skietrys E. (2009). Viešosios ir privačiosios partnerystės socialinio vertinimo teoriniai aspektai. „*Socialinis darbas*“, Nr. 8 (1).
111. Raipa, A. (2007). *Viešojo administravimo efektyvumas*. Kaunas: Kauno technologijos universitetas.
112. Raipa, A. (2009). Šiuolaikinio viešojo valdymo pokyčių kryptys ir tendencijos. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr. 30.
113. Rehfuess, E. A., Bruce, N., Bartram, J. K. (2009). *More health for your buck: health sector functions to secure environmental health*. Bulletin of the World Health Organization, Nov, Vol. 87.
114. Rosen, D., J. (2007). *Viešojo sektoriaus produktyvumo didinimas: sąvokos ir praktika*. Vilnius: „Knygiai“.
115. Rowitz, L. (2009). *Public health leadership – putting principles into practice*. London: Jones and Bartlett Publishers.
116. SAM. (2011). *Pavaldžios įstaigos*. Prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/index.php?1249554830>
117. Seeburger, H-J. (2009). Medical liability reform. *Acta Informatica Medica*, Vol. 17.
118. Sines, D. Saunders, M. Bruford, J. F. (2009). *Community Health Care Nursing*. UK: Blackwell Publishing Ltd.
119. Smalskys, V. (2005). „Gerovės valstybės“ ir socialinės viešosios politikos krypties teoriniai aspektai. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr. 11.
120. Smilga, E., Janušonienė, K. (2007). Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, Nr. 44.
121. Smilga, E., Janušonienė, K. (2005). Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. „*Tiltai*“, Nr. 1.
122. Stahl, M., J. (2004). *Encyclopedia of health care management*. London: Sage Publications India PVT. Ltd.

123. Stankevičienė, A. (2011). Telemedicina pasiekė net kaimą. *Lietuvos žinios*, Nr. 55, kovo 8 d. Prieiga per internetą: http://www.lzinios.lt/lt/2011-03-08/sveikata_ir_vaistai/telemedicina_pasieke_net_kaima.html
124. Staponkienė J. (2005). Naujosios viešosios vadybos elementų identifikavimas. *Viešojo politika ir administravimas*, Nr. 13
125. Sveikatos apsaugos reforma truks trejus metus. (2009). *Lietuvos rytas*, liepos 3 d. Prieiga per internetą: www.lrytas.lt/-12466176191246093123-sveikatos-apsaugos-reforma-truks-trejus-metus.htm
126. SAM. (2008). *Sveikatos sistemos pertvarka*. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma
127. Šaparnienė, D. (2010). Principles of good governance in local self-government: experience of the Baltic states. *Journal of International Scientific Publication: Economy and Business, Volume 7, Part 3*.
128. Šaparnis, G., Merkys, G. (2000). Kokybinių ir kiekybinių metodų derinimas mokyklinės vadybos diagnostikoje: hipotezė ir pirmieji rezultatai. *Socialiniai mokslai*. Nr. 2 (23).
129. SAM. (2010). *Sisteminė sveikatos sektoriaus vykdomų reformų analizė, siekiant geresnio Europos Sąjungos sveikatos politikos įgyvendinimo*. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/lit/Sisteminė_sveikatos_sektoriaus_vykdomu_r/1182/1
130. Šimaitis, A. (2010). *Tai ne reforma, o samokslas prieš visą Lietuvos medikų ir pacientų bendruomenę*. Internetinis portalas Veidas.lt., spalio 15 d. Prieiga per internetą: <http://www.veidas.lt/veido-interviu/tai-ne-reforma-o-samokslas-pries-visa-lietuvos-mediku-ir-pacientu-bendruomene>
131. Šimanskienė, L. (2008). *Organizacinės kultūros diagnozavimo metodika*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
132. Tashakkori, A., Teddlie, C. (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Sage Publications: Thousand Oaks, CA.
133. *Tarptautinių žodžių žodynas*. 2004. Prieiga per internetą: <http://kazkas.kobra.ktu.lt/>
134. Thomas, R. K. (2006). *Health communication*. New York: Business Media.
135. Tidikis R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto leidybos centras.
136. Ties, B., Mickey, Ch., David, E. (2009). *Health systems performance assessment in the Bulletin*. Bulletin of the World Health Organization, Jan, Vol. 87.
137. Timmermans, S., Berg, M. (2003). *The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. USA: Temple University Press.
138. Tvirbutas, S. (2010). *Rajonų liginėms – nokautas*. Internetinis portalas „Delfi“, rugpjūčio 18 d. Prieiga per internetą: <http://www.delfi.lt/news/daily/Health/rajonu-liginems--nokautas.d?id=35560577>
139. Valentas, A. (2010). Fantazijos apie Mėnulį. *Lietuvos sveikata*, spalio 22 d. Prieiga per internetą: <http://www.lisveikata.lt/aktualijos/aktualijos/40-aktualijos/2044-fantazijos-apie-mnul-.html>
140. Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba. (2007). *Visuomenės sveikatos plėtra Europos Sąjungos teisėje*. Prieiga per internetą: http://www.sec.lt/pages/alfdiskusijos/pages/discuss5/docs/VS_ES.pdf
141. Vaitkienė, R. (2008). *Sveikatos priežiūros įstaigų valdymo novatoriška kultūra*. SAM. Prieiga per internetą: sena.sam.lt/.../sveikatos.../lietuvos%20sveikatos%20sistemas.ppt
142. Varkey, P. (2005). *Medical quality management – theory and practice*. London: American College of Medical Quality, Jones and Bartlett Publishers.
143. Vengrienė, B. (2006). *Paslaugų vadyba*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
144. Vienone, M. Jankauskiene, D., Vask, A (1999). *Towards evidence-based health care reform*. Bulletin of the World Health Organization, Nr. 77 (1). Prieiga per internetą: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557580/pdf/10063660.pdf>
145. VLK. (2011). *Svarbiausios ligonių kasų veiklos kryptys*. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=110>
146. Vitkus, G. (2007). *Politikos mokslų enciklopedinis žodynas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
147. VLK (2010). *Nuo spalio ligonių kasos už gydymo paslaugas mokės daugiau*. Prieiga per internetą: <http://www.siauliutlk.lt/index.php?501403405>
148. VLK. (2010). *Prioritetas – prevencinėms sveikatos programoms*. Prieiga per internetą: <http://www.siauliutlk.lt/index.php?2394010688>
149. VLK. (2009). *Šeimos gydytojai galės atlikti daugiau tyrimų*. Prieiga per internetą: <http://www.siauliutlk.lt/index.php?817328054>
150. Walshe, K., Smith, J. (2006). *Healthcare Management*. UK: Open University Press.
151. Wibulpolprasert, S., Tangcharoensathien, V., Kanchanachitra, Ch. (2008). *Three decades of primary health care: reviewing the past and defining the future*. Bulletin of the World Health Organization, Jan, Vol. 86.
152. Wikipedija. (2010). *Naujasis viešasis valdymas*. Prieiga per internetą: http://lt.wikipedia.org/wiki/Naujasis_vie%C5%A1asis_valdymas
153. World Health Organization. (2011). *About WHO*. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/countries/en/>
154. Wurster, C.J., Lichtenstein, B.B., Hogeboom, T. (2009). Strategic, political, and cultural aspects of IT implementation: improving the efficacy of an IT system in a large hospital. *Journal of Healthcare Management*. May-Jun, Nr. 54(3).

155. Zakarevičius, P., Kvedaravičius, J., Augustauskas, T. (2004). *Organizacijų vystymosi paradigma*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas.
156. Žalienenė, I., Žalys L., Išdonaitė, I. (2006). *Vadybos pagrindai: pagrindiniai terminai ir sąvokos*. Šiauliai: Šiaulių krašto vadybos, teisės ir kalbų kolegija.
157. Žydžiūnaitė, V. (2007) Šiuolaikinių socialinių tyrimų metodologinės ir konceptualios problemos. Metodologiniai svarstymai: nuosekli kokybinių ir kiekybinių tyrimų sanglauda. *Socialiniai mokslai, Nr. 1 (55)*.

Dokumentai

1. Commission of the European Communities. (2007). *White Paper: Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013* Brussels http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf
2. *Europe Commission. Cohesion policy 2007-13*. Commentaries and official texts. (2007). Ueropian Union.
3. Europos Komisija. (2008). *Žalioji knyga dėl Europos sveikatos priežiūros darbuotojų*. 2008 Briuselis, http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_lt.pdf
4. Europos komisija. (2010). *2020 m. Europa. Pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategija*. Komisijos Komunikatas. Briuselis.
5. Europos Komisijos komunikatas Europos parlamentui, tarybai, Europos ekonomikos ir socialinių reikalų komitetui ir regionų komitetui (2008). *Darnaus vystymosi aspekto integravimas į ES politiką: 2009 m. Europos Sąjungos tvaraus vystymosi strategijos peržiūra*. Prieiga per internetą: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/lt/09/st12/st12453.lt09.pdf>
6. European parliament (2007-10-23). *The Second Programme of Community Action in the Field of Health (2008-2013)*. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF>
7. *Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija* 1953-09-03. Ratifikuota LR Seimo 1995-05-11. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=19841
8. Eurostat Database (2010). *Public health*. Prieiga per internetą: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_safety_work/data/database
9. 2007 – 2013 m. Žmoniškųjų išteklių plėtros veiksnių programa 2007-07-30 Prieiga per internetą: http://www.esparama.lt/ES_Paramas/strukturines_paramos_2007_1013m._medis/titulinis/files/1VP_ZIP_2007-07-30.pdf
10. *Lisabonos sutartis* 2007-12-13. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:C:2007:306:SOM:LT:HTML>
11. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas *Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo* 1991-10-30 Nr. I-1939. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=3044&p_query=&p_tr2=
12. Lietuvos Respublikos Vidaus reikalų ministerija (2010). *Viešasis administravimas Lietuvoje 2009 metų apžvalga*. Prieiga per internetą: http://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.vakokybe.lt%2Fget.php%3Ff.207&rct=j&q=Vie%C5%A1asis%20administravimas%20Lietuvoje.%202009%20met%C5%B3%20ap%C5%BEvalga&ei=WShmTdflKIWMswbMp7TuDA&usg=AFQjCNHIZL2f11KK3u5QFt_ac_YSJcx7Dw&sig2=47GKOxcYe4r3KGVmRw6ivQ
13. *Lietuvos regioninės politikos iki 2013 metų strategija*. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/docs2/QIJKGUVU.DOC>
14. Lietuvos Respublikos apskrities valdymo įstatymo pakeitimo įstatymas 2009-12-05 Nr. I-707. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=281308.
15. Lietuvos Respublikos Konstitucija 1992-10-25. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=237975
16. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas *Dėl Seimo nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos nacionalinės kovos su korupcija programos patvirtinimo“ pakeitimo* 2009-05-14 Nr. XI-259. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=344124&p_query=&p_tr2=
17. Lietuvos Respublikos Seimo statutas 2010-11-16 Nr. I-399. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=386708&p_query=&p_tr2=
18. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymas 2010-10-23 Nr. I-1343. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=388727&p_query=&p_tr2=
19. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas 2010-11-12 Nr. I-1367. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=387488&p_query=&p_tr2=
20. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas 2010-11-16 Nr. I-552. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=259520&p_query=&p_tr2=
21. Lietuvos Respublikos Viešojo administravimo įstatymas 2010-06-22 Nr. VIII-1234. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=198296
22. Lietuvos Respublikos Vietos savivaldos įstatymas 2010-11-25 Nr. I-533. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=388925&p_query=&p_tr2=

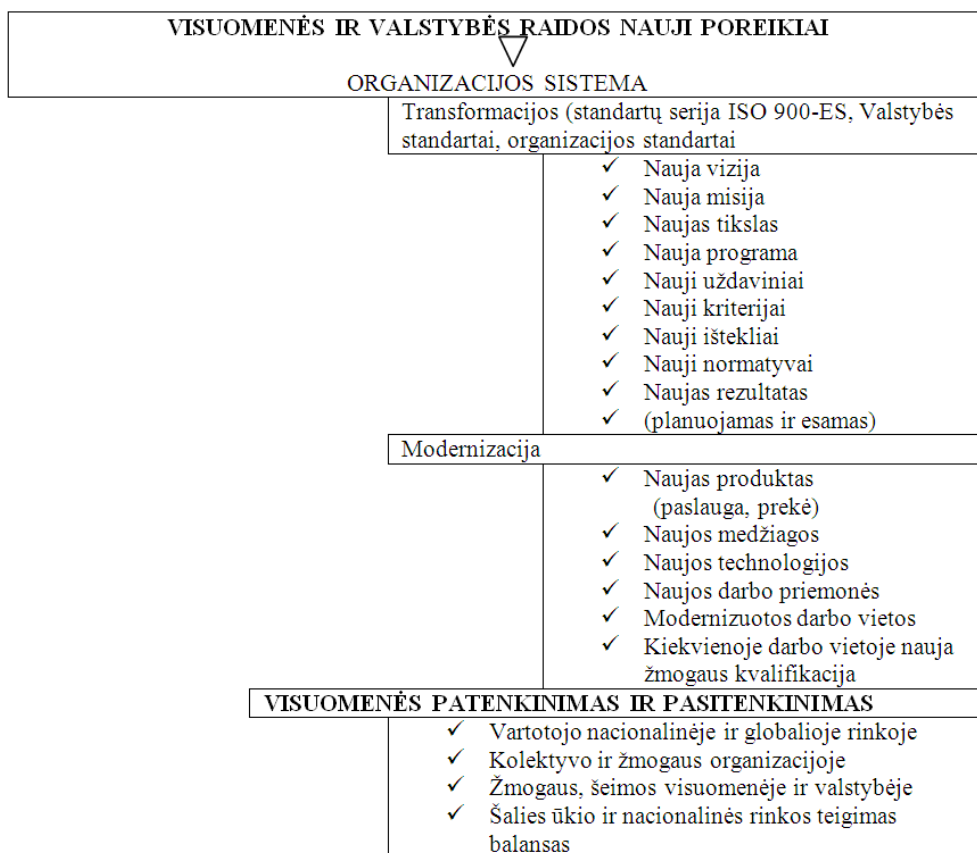
23. Lietuvos Respublikos *Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas* 2002-05-16 Nr. IX-886. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=167900&p_query=&p_tr2=
24. Lietuvos Respublikos *Vyriausybės įstatymas* 2010-11-12 Nr. I-464. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=387342&p_query=&p_tr2=
25. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas *Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo* 2006-06-29 Nr. 647. Prieiga per internetą: <http://www.litlex.lt/scripts/sarasas2.dll?Tekstas=1&Id=95434>
26. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas *Dėl Lietuvos nacionalinė darnaus vystymosi strategijos patvirtinimo* 2003-09-11 Nr. 1160. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=217644
27. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas *Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006–2008 metų plano patvirtinimo 2001-07-27 Nr. 941*. Prieiga per internetą: <http://www.kaisiadorysvsb.lt/del-lietuvos-nacionalines-visuomenes-sveikatos-prieziuros-strategijos-patvirtinimo-2006-2013-metu-strategijos-ir-jos-igyvendinimo-priemoniu-2006-2008-metu-plano-patvirtinimo/>
28. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas *Dėl savivaldybės gydytojo pavyzdinių nuostatų patvirtinimo* 2010-05-26 Nr. 1552. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=373987
29. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas *Dėl LR sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo* 2011-10-13 Nr. 926. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=384000
30. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas *Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo* 2003-03-18 Nr. 335. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=224135
31. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas *Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo* 2009-12-07 Nr. 1654. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=361419&p_query=&p_tr2=
32. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas *Dėl valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo* 2011-10-13 Nr. 1444. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=383405&p_query=&p_tr2=
33. Lietuvos Respublikos Vyriausybė (2008). *Penkioliktosios vyriausybės veiklos programa 2008-12-04 Nr. XIP-127*. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=332226&p_query=&p_tr2=
34. *Lietuvos sveikatos programa* 1998-07-02 Nr. VIII-833. Prieiga per internetą: <http://www.litlex.lt/scripts/sarasas2.dll?Tekstas=1&Id=29284>
35. Lietuvos statistikos departamentas. (2010). *Darnaus vystymosi rodikliai*. Prieiga per Internetą: http://www.stat.gov.lt/uploads/11_Darnaus_vystymosi_rodikliai_2010.pdf?PHPSESSID=c54c359b38bb9bc7066e08e4391cd697
36. Lietuvos statistikos departamentas. (2010). *Lietuvos statistikos metraštis 2010*. Prieiga per internetą: http://www.stat.gov.lt/lt/catalog/list/?cat_y=2&cat_id=1&PHPSESSID=
37. *Lietuvos ūkio (ekonomikos) plėtros iki 2015 metų ilgalaikės strategijos projektas*. Ūkio ministerija. Prieiga per internetą: <http://www.ekm.lt>
38. Mokslo ir studijų departamentas prie Švietimo ir mokslo ministerijos. (2001). *Lietuvos mokslo ir technologijų baltoji knyga*. Prieiga per internetą: http://www.smm.lt/smt/docs/eksp_stud/bk.pdf
39. SAM (2009). *Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo ataskaita*. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/get_file.php?file=eEdkb241ZW1aZEhNeG0xa2JhcWJjcHlaYUdxY2E1Um5hNWlicDJpZWxKZVd vV1NsYWFXVGs1dlVtcFp3b0dwbnh0R1hwc1JubGFoc3FaYWFsWjFtbjVlYmw1Wm9uMnJZbjg1cm9YQmlhcXlieH BlZm1tZkNwV1pqbGFwCwtKYWNscUZubzJIY21OZWFrSEdzY0pscG9wZlJaNWVicTVsbmJKcVZvWmlkYXB2 Q2FaWm9aMjVsbE1tUGJhVnFsMjZmbEtCbWU1ZUJrMWhscHNIZGxxUnFxcG1xWmF4b29talltZFPycDNDY2FiU EV4bWVveHFWnBXZWP4RmhsbHBhcWs1bHFwNvdtaZRTZXdweXBjSIJuckpmUWxaT2JvWktzbFpXVVptU2h hWnFUbm1weVluS1Y=&view=1
40. SAM. (2011). *Darbo grupės Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos pertvarkos veiksmų planui parengti baigiamosios išvados* 2009-09-09. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma
41. SAM 2008 m. veiklos rezultatai ir strateginis 2009 m. veiklos planas. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma
42. SAM ministro įsakymas *Dėl bazinių kainų balo vertės* 2010-09-10 Nr. V-788. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=380973&p_query=D%EB1%20pirmin%EBs%20ambulatorin %EBs%20asmens%20sveikatos%20prie%FEi%FBros%20&p_tr2=2
43. SAM ministro įsakymas *Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2008 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higieninės ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“ patvirtinimo* 2008-12-24 Nr. V-1270. Prieiga per internetą: http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/higienos_normos?id=243401

44. SAM ministro įsakymas *Dėl Lietuvos medicinos normos MN 73:2007 „Darbo medicinos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo* 2007-06-20 Nr. V-516. Prieiga per internetą: http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/medicinos_normos?id=43953
45. SAM ministro įsakymas *Dėl Lietuvos medicinos normos MN142:2007 „Skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo* 2007-08-28 Nr. V-710. Prieiga per internetą: http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/medicinos_normos?id=51024
46. SAM ministro įsakymas *Dėl LR SAM 2006-07-01 įsakymo Nr. V-455 „Dėl greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros automobilių parko atnaujinimo 2006–2008 metų programos patvirtinimo“ pakeitimo* 2008-04-24 Nr. V-332. Prieiga per internetą: http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/higienos_normos?id=142702
47. SAM ministro įsakymas *Dėl LR SAM 2001-02-08 įsakymo Nr. 101 „Dėl Lietuvos Medicinos normos MN 4:2001 „Medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ ir medicinos normos MN 100:2001 „Aktyviųjų implantuojamųjų medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ patvirtinimo“ taikymo* 2007-08-06 Nr. V-654. Prieiga per internetą: http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/medicinos_normos?id=49387
48. SAM ministro įsakymas *Dėl LR SAM ministro 2005-12-22 įsakymo Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ papildymo* 2009-10-30 Nr. V-913. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=357098&p_query=D%EB1%20Lietuvos%20medicinos%20normos%20MN%2014%202005%20%22%20D0eimoms%20gydytojas.%20&p_tr2=2
49. SAM ministro įsakymas *Dėl LR SAM ministro 2005-12-05 įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo* 2010-07-02 Nr. V-609. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=378078&p_query=D%EB1%20pirmin%EBs%20ambulatorin%EBs%20asmens%20sveikatos%20prie%FEi%FBros%20&p_tr2=2
50. SAM ministro įsakymas *Dėl LR SAM ministro 2007-09-05 įsakymo Nr. V-717 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ pakeitimo* 2010-04-02 Nr. V-260. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=369300&p_query=D%EB1%20pirmin%EBs%20ambulatorin%EBs%20asmens%20sveikatos%20prie%FEi%FBros%20&p_tr2=2
51. SAM ministro įsakymas *Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo* 2004-09-14 Nr. V-642. Prieiga per internetą: <http://www.litlex.lt/scripts/sarastas2.dll?Tekstas=1&Id=77395>
52. SAM ministro įsakymas *Dėl LR SAM ministro 2002-10-02 įsakymo Nr. 495 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“ pakeitimo* 2010-07-09 Nr. V-617. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=378380&p_query=&p_tr2=
53. SAM ministro įsakymas *Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos įgyvendinimo 2009–2011 metų priemonių plano patvirtinimo* 2009-10-09 Nr. V-853. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=355050&p_query=D%EB1%20pirmin%EBs%20ambulatorin%EBs%20asmens%20sveikatos%20prie%FEi%FBros%20&p_tr2=2
54. SAM įsakymas *Dėl privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuostatų patvirtinimo* 2003-04-18 Nr. V-230. Prieiga per internetą: http://www.vlk.lt/vlk/pag/?page=taryb_nuost
55. SAM (2009). *Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita*. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma
56. SAM (2008). *Projektų finansavimo sąrašo aprašas pagal 2007-20113 metų sanglaudos skatinimo veiksmų programinę priemonę Nr. VP3-2.1-SAM-03 Greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas*. Prieiga per internetą: [http://esparama.sam.lt/repository/teises%20aktai/SAM%202008-04-29Nr.%20V-337\(VP3-2.1-SAM-03-V%20priemones%20PFSA,%20GMP\).pdf](http://esparama.sam.lt/repository/teises%20aktai/SAM%202008-04-29Nr.%20V-337(VP3-2.1-SAM-03-V%20priemones%20PFSA,%20GMP).pdf)
57. SAM įsakymas *Dėl valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo* 2007-03-02 Nr. V-142. Prieiga per internetą: [http://www.vvspt.lt/pub/imagelib/file/vvspt_nuostatai20070302_V-142\(1\).pdf](http://www.vvspt.lt/pub/imagelib/file/vvspt_nuostatai20070302_V-142(1).pdf)
58. SAM. (2008). *Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita*. Prieiga per internetą: http://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fsena.sam.lt%2Frepository%2Fdokumentai%2Fveikla%2FLSP%2520tarp%2520vert%2520ataskaita.doc&rct=j&q=Lietuvos%20sveikatos%20programos%20C4%AFgyvendinimo%20tarpinio%20vertinimo%20ataskaita&ei=EeDTdCTPMYUOo_1oekF&usg=AFQjCNEDV9tQ4mGhM0T5pV4QymbXnSa6iQ&sig2=uMW2eaOP_YVGB-lpdnPvcQ
59. *Sanglaudos skatinimo veiksmų programa 2008*. Prieiga per internetą: http://www.vrm.lt/fileadmin/Padaliniu_failai/RPD/Vietine_pletra_Situacijos_analize_ir_tendencijos_SSGG_analize.doc
60. *Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos*

- regione. (2000). Vilnius: Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija.
61. Šiaulių rajono savivaldybės taryba. *Šiaulių rajono savivaldybės strateginis veiklos planas 2011 – 2017 m (2011-02-11 Nr. T-11 (I.1))*. Šiauliai: Šiaulių rajono savivaldybės administracija.
62. *Šiaulių rajono savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos priemonių rėmimo tvarka 2010-12-20 Nr. A-1719 (8.1)*. Prieiga per internetą: <http://www.siauliai-r.sav.lt/index.php?-111916975>
63. Šiaulių apskrities viršininko administracija. (2010). *Šiaulių regiono 2007–2013 metų plėtros planas*. Prieiga per internetą: http://www.vrm.lt/nrp/assets/files/Siauliai/SRPP/SAVA_SRPP_1dalis_2dalis20105933512.pdf
64. Šiaulių rajono savivaldybė. (2003). 2003-2013 m. Šiaulių rajono plėtros strateginis planas. Prieiga per internetą: <http://www.siauliai-r.sav.lt/>
65. Šiaulių TLK. (2011). *Eilės pas gydytojus specialistus*. Prieiga per internetą: <http://www.siauliutlk.lt/index.php?1760259825>
66. Šiaulių TLK. (2010). *Pirminio lygio ASPI gerų darbo rezultatų skaičiavimo rodikliai už 2009-07-01-2010-06-30 laikotarpį*. Prieiga per internetą: <http://www.siauliutlk.lt/index.php?4125240345>
67. *Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2010 – 2015 metų metmenys*. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma
68. *Visuotinė žmogaus teisių deklaracija 1948-12-10 rezoliucija 217 A (III)*. Ratifikuota LR Seimo 1996-06-11. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=278385&p_query=&p_tr2=
69. WHO. (2011). *Europe databases updated with new data*. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/who-europe-databases-updated-with-new-data>

PRIEDAI

XXI amžiaus modernios sistemos valdymo medelis



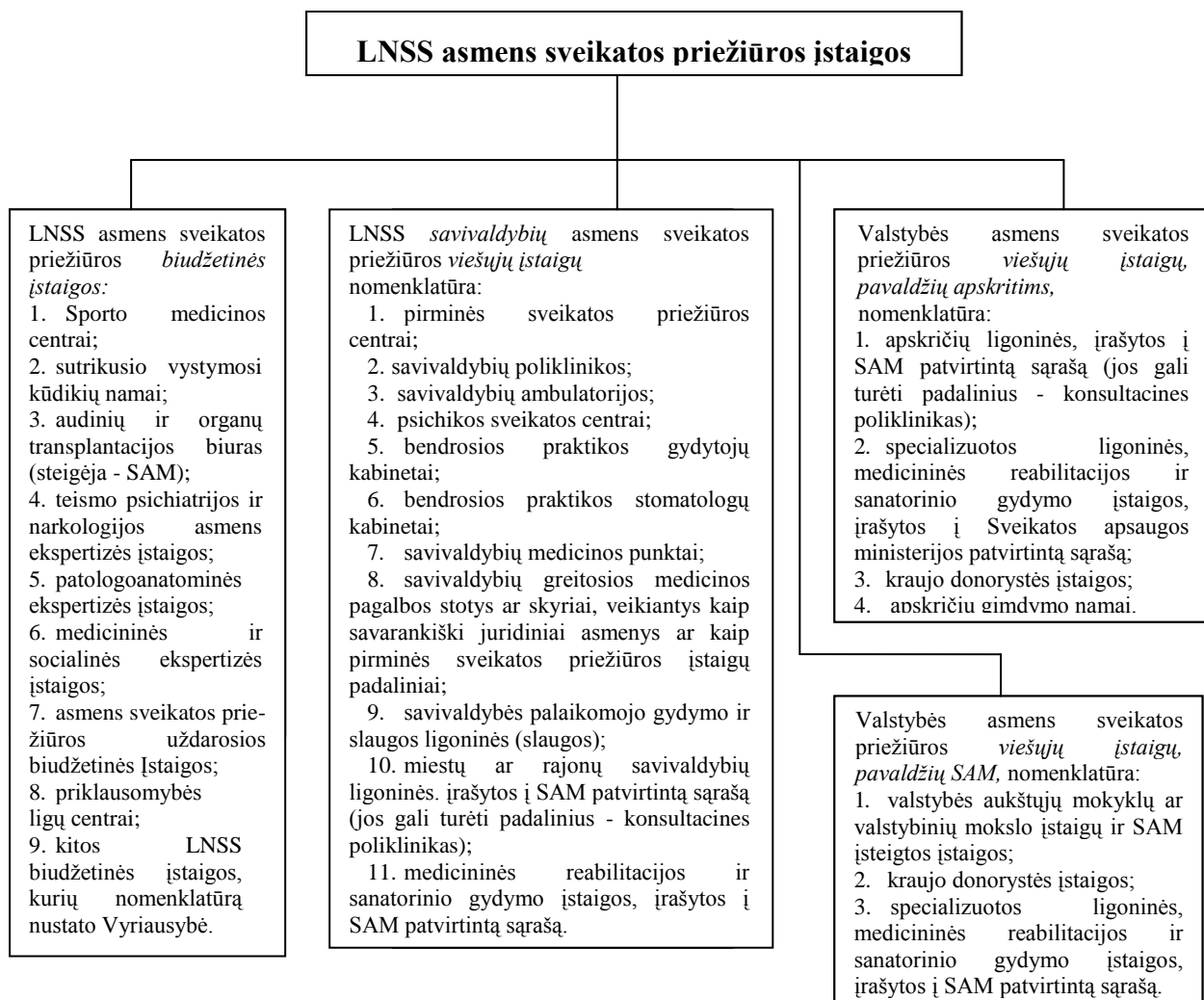
Šaltinis: Makštutis, A. (2008). *Vadybos šiuolaikinės tendencijos*. Mokslo darbų rinkinys. Vilnius: Generolo Jono Žemaičio Lietuvos karo akademija, „Technologija“.

**Pagrindinių sveikatos apsaugos sistemą formuojančių ir įgyvendinančios institucijų
įgaliojimai ir vykdomos funkcijos**

<p>LR Seimo Sveikatos reikalų komiteto veiklos kryptys:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rengti gyventojų sveikatos priežiūrą ir visuomenės sveikatą ir sveikatinimo veiklą reglamentuojančių įstatymų projektus ir teikti išvadas dėl tokių įstatymų bei kitų aktų; 2) koordinuoti suinteresuotų valstybės institucijų ir kitų organizacijų darbą rengiant įstatymų projektus komiteto kompetencijai priklausančiais klausimais; 3) svarstyti ir teikti pasiūlymus dėl valstybės sveikatos politikos formavimo; 4) atlikti sveikatos sistemos institucijų ir kitų su asmens ir visuomenės sveikatos problemų sprendimu susijusių institucijų parlamentinę kontrolę, teikti pasiūlymus ir rekomendacijas dėl jų veiklos pagerinimo; 5) kontroliuoti sveikatos apsaugos reformos įgyvendinimą ir Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos kūrimo procesą. 	<p>LR Vyriausybės pagrindiniai įgaliojimai sveikatinimo veiklai valdyti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tvirtinti ir užtikrinti valstybinių sveikatos programų įgyvendinimą; 2) nustatyti ministerijų, Vyriausybės įstaigų ar kitų valstybės institucijų kompetenciją sveikatinimo veiklos klausimais; 3) užtikrinti tarpžinybinės sveikatinimo veiklos koordinavimą valstybiniu lygiu; 4) steigti valstybines tarnybas ir inspekcijas ar kitas valstybės institucijas ir vykdo jų steigėjo funkcijas ir kt. 	<p>PSDF taryba vykdo privalomąjį sveikatos draudimą. Jai pavesta svarstyti perspektyvinius ir einamuosius privalomojo sveikatos draudimo uždavinius; teikti siūlymus dėl PSDF biudžeto lėšų skyrimo valstybinėms ir savivaldybių sveikatos programoms finansuoti bei dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, sąrašo, bazinių kainų, kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašų ir įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarkos, galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimo tvarkos ir sąrašo, dėl bazinės medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo kainos.</p>
<p>VLK veiklos kryptys:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rengti PSDF biudžeto metinį projektą, LR Seimui įstatymu jį patvirtinus - vykdyti; 2. tvarkyti apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų įskaitą; 3. apmokėti gydymo įstaigoms už pagal sutartis su TLK pacientams suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vaistinėms – už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus; 4. kompensuoti vaistų, medicinos pagalbos priemonių, ortopedijos technikos gaminių įsigijimo, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo, pagyvenusių asmenų dantų protezavimo, prevencinių ir kitų sveikatos programų vykdymo, Europos sveikatos draudimo kortelės išdavimo bei ES šalyse Lietuvos gyventojams suteiktų gydymo paslaugų, sąnarių endoprotezavimo ir kitas išlaidas; 5. centralizuotai pirkti ir gydymo įstaigas aprūpinti kai kuriais brangiai kainuojančiais vaistais bei medicinos pagalbos priemonėmis. 	<p>SAM atsakinga už visą sveikatos sistemą Lietuvoje ir organizuoja asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą jai pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose. Įvardijami šie starteriniai SAM tikslai:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Užtikrinti visuomenės sveikatos priežiūrą, stiprinant ligų prevenciją ir kontrolę, įgyvendinti visuomenės sveikatos sistemos reformą, atitinkančią ES teisės reikalavimus. 2. Užtikrinti, kad Lietuvos rinkoje būtų tik geros kokybės, saugūs, veiksmingi ir įperkami vaistai, atitinkantys ES reikalavimus. 3. Užtikrinti veiksmingą sveikatos priežiūrą, tobulinant sveikatos sistemos administravimą ir finansavimą. <p>SAM rengia LR įstatymų, LR Vyriausybės nutarimų ir kitų teisės aktų projektus; nustato pagrindines Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos plėtojimo kryptis ir prioritetus, licencijuoja ir akredituoja sveikatos priežiūros ir farmacinę veiklą; steigia, reorganizuoja ir likviduoja jai pavaldžias sveikatos priežiūros bei farmacijos įmones, įstaigas ar tarnybas ir vykdo jų steigėjo funkcijas; nustato mokamų medicinos paslaugų kainas, vaistų, vaistinių medžiagų, medicinos pagalbos priemonių prekybos antkainius.</p>	

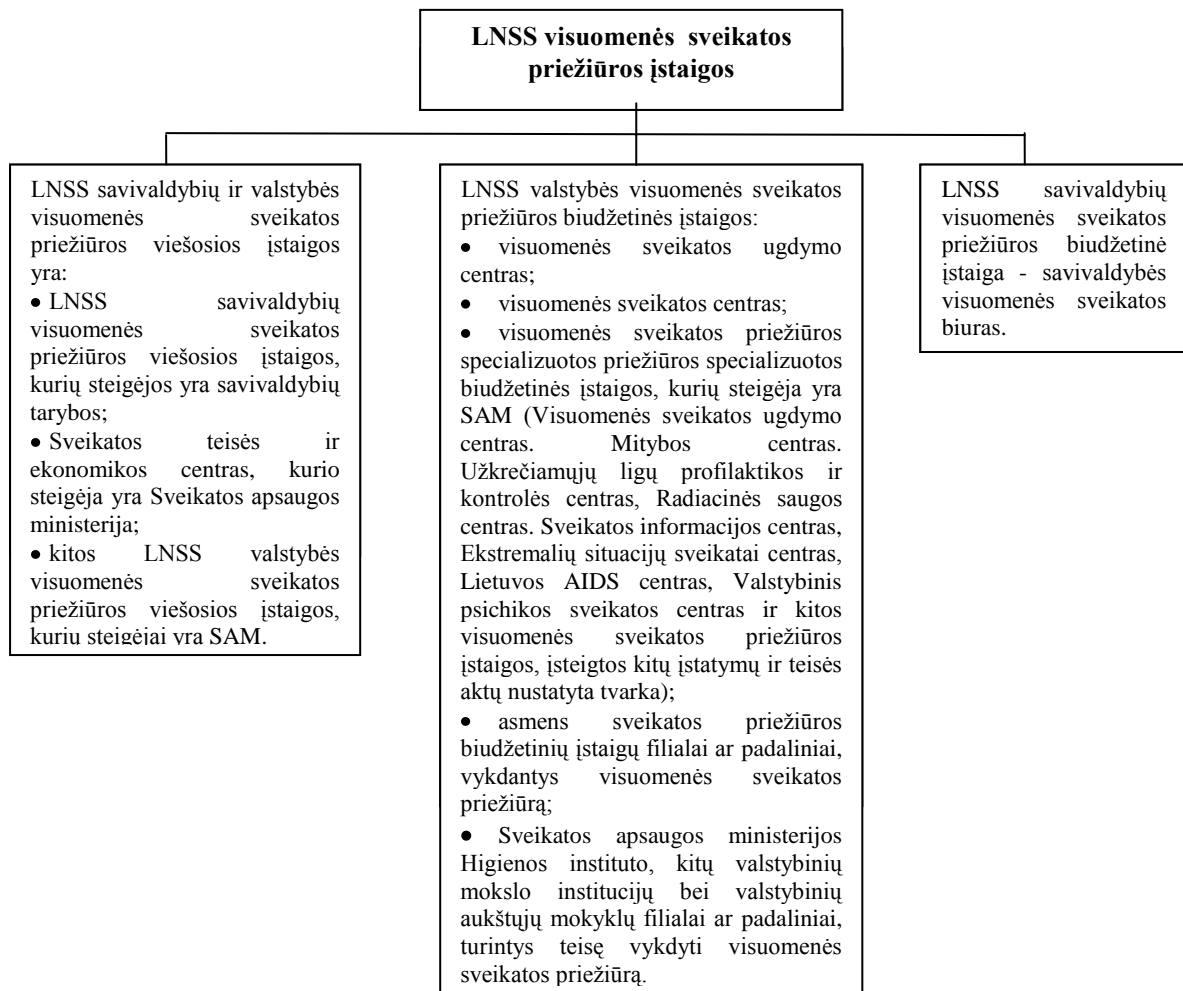
Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis LR Seimo statutu (2010-11-16 Nr. I-399), LR Vyriausybės įstatymu (2010-11-12 Nr. I-464), PSDF nuostatais (2003-04-18 Nr. V-230), VLK. (2011). Svarbiausios ligonių kasų veiklos kryptys. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/vlk/?page=info&id=110>, SAM nuostatais (2010-10-13 Nr. 926).

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų klasifikacija



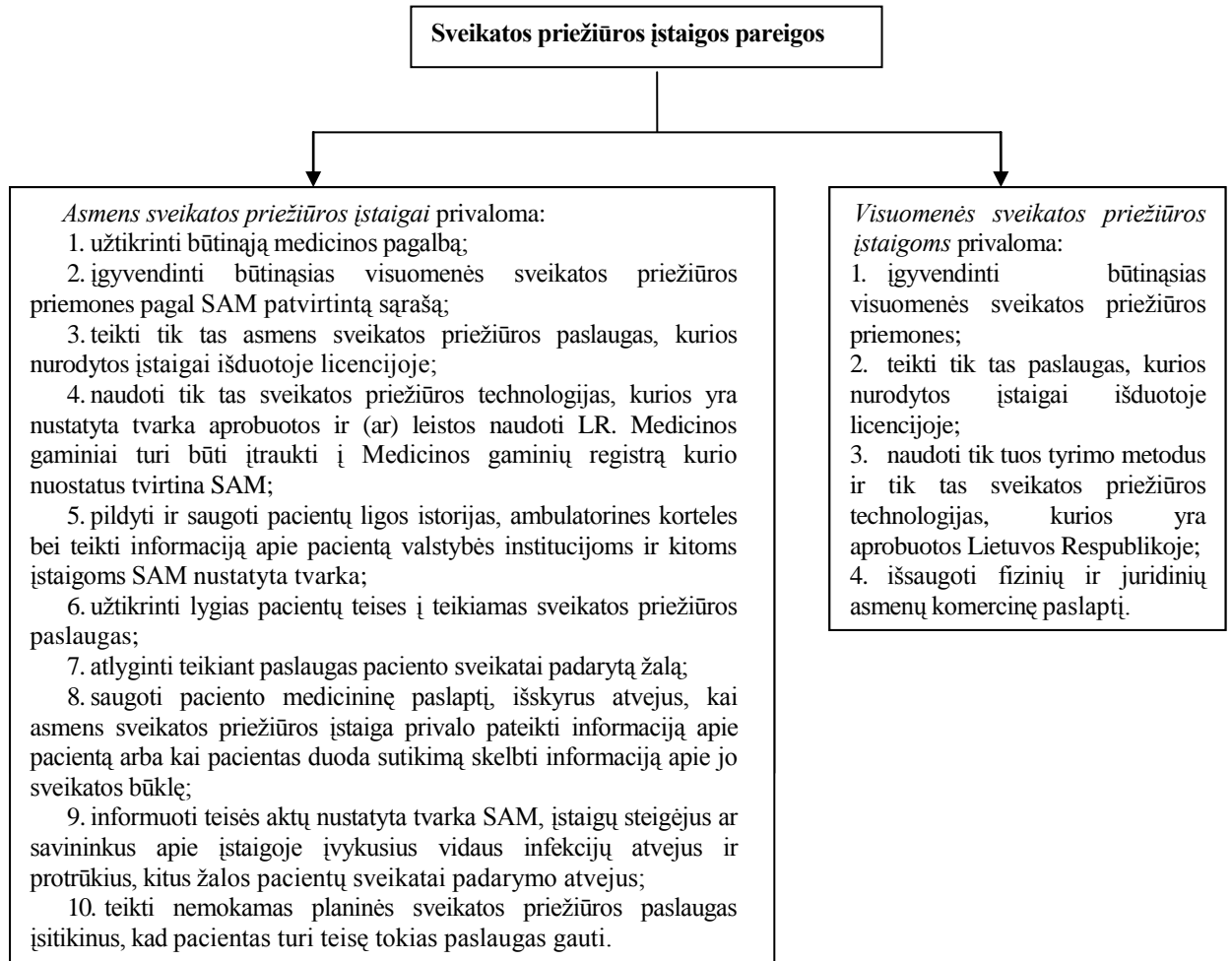
Šaltinis: Gustainienė, L. (2003). *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. Kaunas.

LNSS visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų klasifikacija



Šaltinis: Gustainienė, L. (2003). *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. Kaunas.

Sveikatos priežiūros įstaigų pareigos



Šaltinis: Gustainienė, L. (2003). *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. Kaunas.

Pasaulio ir regionų politikos „Sveikata visiems XXI a.“ siekiniai

Europos regiono politikos „Sveikata visiems XXI a.“ 21 siekinys	Strategijos siekiant įgyvendinti siekinius (svarbiausi akcentai)	Politikos „Sveikata visiems XXI a.“ 10 siekinių
1. Bendradarbiauti siekiant pagerinti sveikatos priežiūrą Europos regione	Pasidalyti vizija ir perteikti Europos išteklius, žinias ir patirtį. Gausesnė ir geriau koordinuota parama šalims, kurioms jos reikia, atsižvelgiant į programos remiamus plėtros planus	1. Skatinti sveikatos priežiūros teisumą
2. Sveikatos priežiūros teisumas	Mažinti politikų, įstatymų bei akcijų sukeltus socialinius ir ekonominius gyventojų grupių prieštaravimus	2. Ilginti gyvenimo trukmę ir gerinti gyvenimo kokybę
3. Sveika gyvenimo pradžia	Investuoti į socialinę šeimų gerovę	3. Keisti pasaulio penkių pagrindinių pandemijų tendencijas
4. Jaunų žmonių sveikata	Sukurti saugią socialinę ir ekonominę aplinką. Skatinti sveikatos, mokslo bei socialinių tarnybų bendradarbiavimą	4. Išnaikinti ir kontroliuoti tam tikras ligas
5. Sveika senatvė	Spresti būsto, pajamų problemas, imtis priemonių, padedančių užtikrinti savarankiškumą ir socialinį produktyvumą. Gerinti ir visą gyvenimą prižiūrėti sveikatą	5. Keisti pasaulio penkių pagrindinių pandemijų tendencijas
6. Gerinti psichikos sveikatą	Gerinti gyvenimo ir darbo sąlygas, nuosekliai padedančias įsitraukti į socialinę aplinką, užtikrinančias socialinius santykius. Užtikrinti darbo su psichikos neįgaliaisiais kokybę	6. Gerinti vandens, higienos, maisto ir pastogės prieinamumą visiems žmonėms
7. Mažinti užkrečiamąsias ligas	Nustatyti poliomielite, tymų ir naujagimių stabilgės atvejus ir riboti jų plitimą. Suderinti tarptautinius šio siekio planus, imunizacijos ir kontrolės strategiją	7. Propaguoti sveiką gyvenimą ir kovą su žalingais įpročiais
8. Mažinti neužkrečiamąsias ligas	Vykdyti neužkrečiamųjų ligų rizikos veiksnių prevenciją ir kontrolę, sveikos visuomenės politiką įtraukiant visą Europą į judėjimą už sveiką gyvenimą	8. Siekti, kad būtų prieinama visapusiška, būtina, gera sveikatos priežiūra
9. Mažinti smurto ir nelaimingų atsitikimų traumas	Daugiau dėmesio skirti gyvenimo ir darbo aplinkos saugumui, socialiniam tolygumui	9. Remti mokslinius tyrimus sveikatos labui
10. Sveika ir saugi fizinė bei psichinė aplinka	Rengti nacionalinių ir vietinių akcijų už sveiką aplinką planus. Sukurti teisinius ir ekonominius svetus atliekų sankaupoms ir taršai mažinti	10. Diegti pasaulio ir nacionalinių sveikatos informacijos bei apžvalgos sistemas
11. Sveikesnė gyvenimo	Rengti akcijas, skatinančias sveikai maitintis, pasirinkti tinkamą fizinį krūvį ir gyventi sveiką lytinį gyvenimą	
12. Mažinti alkoholio, narkotikų ir tabako žalą	Kurti išplėstines strategijas siekiant kovoti su alkoholio, narkotikų bei tabako potraukiu ir gydyti priklausomybę nuo jų	
13. Sveikatingumo i prielaidos	Derinti daugelio sektorių veiksmus sudarant sąlygas siekti geresnės sveikatos namuose, mokyklose, darbo vietose, miestuose	
14. Sektorių atsakomybė už sveikatą	Siekti visų sektorių atsiskaitomybės už jų įtaką sveikatai	
15. Integruotas sveikatos sektorius	Tobulinti pirminę sveikatos priežiūrą šeimose ir bendruomenėse, kurti lanksčią ligoninių sistemą	
16. Vertinti sveikatos priežiūros kokybę	Nustatyti sveikatos rodiklius vertinant sveikatos gerinimo programas ir pacientų sveikatos priežiūrą	
17. Paskirstyti sveikatos tarnybų lėšas ir išteklius	Kurti finansavimo sistemas, skatinančias universalų sveikatos sąnaudų dengimą, solidarumą ir rėmimą. Skirti pakankami finansinių išteklių prioritetinėms sveikatos reikmėms	
18. Rengti darbuotojus sveikatos reikmėms	Plėtoti mokymą, paremtą „Sveikatos visiems XXI a.“ principais. Visuomenės sveikatos profesionalus parengti taip, kad jie galėtų atstovauti visuomenės interesams	
19. Plėtoti mokslinius tyrimus ir žinias apie sveikatą	Vykdyti mokslinius sveikatos reikmių tyrimus. Skatinti būdus, padedančius derinti praktiką ir mokslo laimėjimus	
20. Sutelkti partnerius sveikatos siekiamiems įgyvendinti	Plėtoti atstovavimą, koalicijas ir bendrus veiksmus už sveikatą. Telkti sektorius ir asmenis, suprantančius, kad investicijų į sveikatą nauda abipusė	
21. Įgyvendinti bei kontroliuoti sveikatos politiką ir strategiją	Suformuluoti ir įdiegti atskirose bendruomenėse ir šalyje politikos „Sveikata visiems XXI a.“ siekinius ir rodiklius įtraukiant svarbiausius sektorius ir organizacijas	

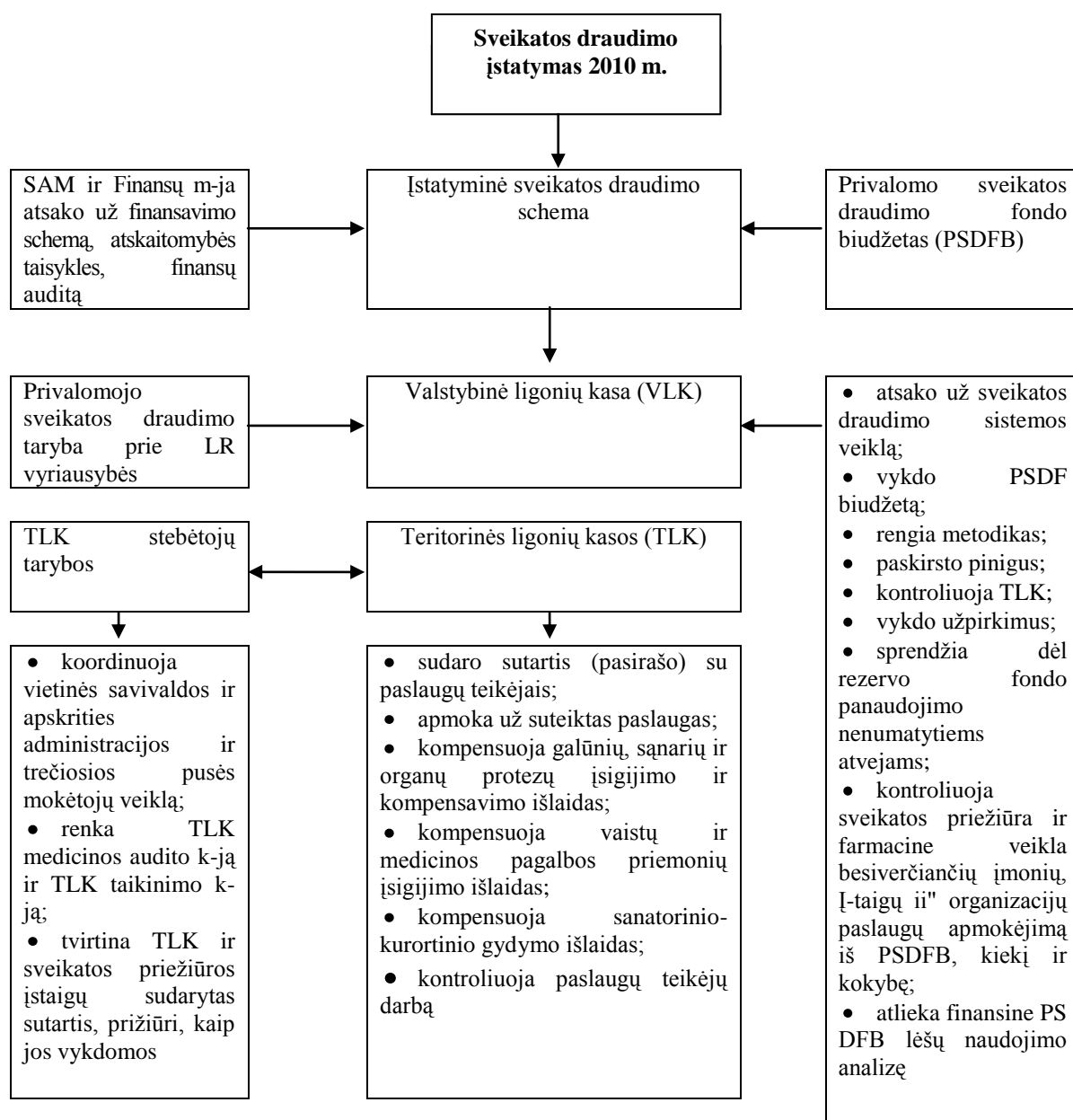
Šaltinis: Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*: Vilnius.

Specialūs sveikatos srities įstatymai

Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymai	Asmens sveikatos priežiūros įstatymai	Sveikatos priežiūros praktikos įstatymai	Asmens (paciento) teisių gynimo įstatymai
<ul style="list-style-type: none"> • Visuomenės sveikatos priežiūros (2010-04-29 Nr. IX-886) • Visuomenės sveikatos • stebėsenos (2007-05-24 Nr. IX-1023) • Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės (2010-04-20 Nr. I-1553) • Geriamojo vandens (2010-11-30 Nr. IX-433) • Nuodingųjų medžiagų (2004-10-26 Nr. IX-456) • Maisto (2005-11-17 Nr. VIII-1608) • Produktų saugos (2004-01-29 Nr. VIII-1206) • Tabako kontrolės (2010-11-30 Nr. I-1143) • Alkoholio kontrolės (2010-11-30 Nr. I-857) • Narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės (2010-11-11 Nr. VIII-602) • Narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakų kontrolės (2010-12-11 Nr. VIII-1207) • Radiacinės saugos (2010-09-21 Nr. VIII-1019) • Triukšmo valdymo (2010-04-20 Nr. IX-2499) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sveikatos priežiūros įstaigų (2007-06-26 Nr. X-1044) • Sveikatos draudimo (2010-11-23 Nr. I-1343) • Odontologų rūmų (2010-06-08 Nr. IX-1929) • Psichikos sveikatos priežiūros (2005-07-05 Nr. I-924) • Narkologinės priežiūros (2005-06-30 Nr. VIII-156) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicinos praktikos įstatymo, Odontologijos praktikos įstatymo, Sveikatos sistemos įstatymo, Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo, Narkologinės priežiūros įstatymo pakeitimo 2005-06-30 Nr. X-298 • Odontologų rūmų (2010-06-08 Nr. IX-1929) • Slaugos praktikos (2010-06-08 Nr. IX-413) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo (2009-11-19 Nr. I-1562) • Kraujo donorystės (2010-11-18 Nr. I-1611) • Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių (2008-06-14 Nr.68-2567) • Biomediciniųjų tyrimų etikos (2007-11-15 Nr. VIII-1679) • Žmogaus mirties registravimo ir kritinių būklių (2008-06-03 Nr. VIII-157) • Žmogaus audinių ir organų donorystės ir transplantacijos (2006-10-19 Nr. I-1626)

Šaltinis: atnaujinta autoriaus, remiantis Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*: Vilnius.

Sveikatos draudimo institucijų sistema



Šaltinis: atnaujinta autoriaus, remiantis Gustainienė, L. (2003). *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija*. Kaunas.

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų struktūra pagal teisinę formą ir pagalbos organizavimo lygius

Sveikatos priežiūros įstaigos			
	Viešosios (asmens)		Biudžetines (asmens ir visuomenės)
	Ambulatorinės	Stacionarios	
Pirmo lygio sveikatos priežiūra	<ul style="list-style-type: none"> • Pirminės sveikatos priežiūros centrai • Poliklinikos • BPG kabinetai • Odontologijos poliklinikos ir kabinetai • Medicinos punktai • GMP skyriai/stotys • Psichikos sveikatos centrai 	<ul style="list-style-type: none"> • Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės 	<ul style="list-style-type: none"> • Savivaldybių visuomenės sveikatos biurai • Privalomojo profilaktinio aplinkos kenksmingumo pašalinimo įmonės
Antro lygio sveikatos priežiūra	<ul style="list-style-type: none"> • Specializuotos poliklinikos, iš jų: <ul style="list-style-type: none"> ✓ infekcinės ✓ tuberkuliozės ✓ odos ir Veneros ligų ✓ onkologijos ✓ psichikos sveikatos ir psichoterapijos centrai • Neatidėliotinos ir planinės konsultacinės pagalbos skyriai 	<ul style="list-style-type: none"> • Rajonų ir apskričių ligoninės • Miestų ligoninės • Specializuotos ligoninės, iš jų: <ul style="list-style-type: none"> ✓ infekcinės ligoninės ✓ tuberkuliozės ligoninės ✓ onkologijos ligoninės ✓ psichiatrijos ligoninės ✓ narkologijos ligoninės • Reabilitacijos ligoninės • Sanatorijos iš jų: <ul style="list-style-type: none"> ✓ suaugusiųjų ✓ vaikų 	<ul style="list-style-type: none"> • Sporto medicinos centrai • Priklausomybių gydymo centrai • Sveikatos ugdymo centrai • Kūdikių namai • Kraujo donorystės centrai • Visuomenės sveikatos centrai apskrityse
Trečio lygio sveikatos priežiūra	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultacinės poliklinikos prie universiteto ir universitetinių ligoninių 	<ul style="list-style-type: none"> • Universitetų ir universitetinės ligoninės • Specializuotos ligoninės iš jų: <ul style="list-style-type: none"> ✓ infekcinė ir tuberkuliozės ligoninė ✓ onkologijos institutas ✓ psichiatrijos ligoninė 	<ul style="list-style-type: none"> • Visuomenės sveikatos tarnyba • AIDS centras • Mitybos centras • Užkrečiamųjų ligų centras • Ekstremalių situacijų valdymo centras • Radiacinės saugos centras • Higienos institutas • Lietuvos sveikatos informacijos centras • VLK ir 5TLK • VMAI • VASPVTI • VVKT • Farmacijos departamentas • Bioetikos komitetas

Šaltinis: Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*: Vilnius.

Sveikatos politikos principai

Principas	Komentaras
Teisumas	lygių galimybių siekti maksimalaus sveikatos potencialo sudarymas kiekvienam asmeniui, paskirstant sveikatos priežiūros išteklius ir panaikinant kliūtis bei skirtumus.
Prieinamumas	sveikatos priežiūra turi būti prieinama kiekvienam žmogui tiek atstumo iki gydymo įstaigos, tiek finansų, tiek sveikatos paslaugų apimtį ir kokybės požiūriu. Tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominę, komunikacinę ir organizacinę priimtumą asmeniui ir visuomenei.
Priimtumas	sveikatos paslaugos kiekvienam žmogui turi būti suteikiamos priimtina forma. Tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį.
Tinkamumas	valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei aptarnavimo kokybę ir efektyvumą.
Solidarumas	principas, taikomas renkant sveikatos draudimo įmokas. Sveikatos draudimo įmokos surenkamos solidariai teisingai, t. y. dirbantis moka už nedirbantį, sveikas už ligonį, jaunas už seną. Surinktomis įmokomis naudojasi visi gyventojai darant prielaidą, kad visi rizikuoja susirgti.
Lygybė	sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems žmonėms lygiai, nesvarbu, kokios jie rasės, tautybės, socialinės grupės.
Visapusiškumas	sveikatos priežiūra visiems turi būti prieinama visapusiškai: pirminio, antrinio, tretinio lygio, profilaktika, diagnostika, gydymas, rehabilitacija, slauga.
Laisvas pasirinkimas	žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir gydymo įstaigą, gydymo būdą.
Tęstinumas	laipsnis, kuriuo koordinuojama pacientą prižiūrinčių sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų veikla.
Saugumas	saugios sveikatos priežiūros ir jos aplinkos pacientams bei sveikatos priežiūros sektoriuje dirbantiems darbuotojams užtikrinimas įdiegiant bendrą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą.

Šaltinis: Sudaryta autoriaus remiantis Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*: Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. 293 p.

Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo plano esminės nuostatos

Programinė nuostata	Pagrindiniai proceso veiksmai
1. Plėtojant ir artinant prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą, siekti, kad iki 2008 m. pabaigos ne mažiau kaip 60 % pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teiktų privačiai dirbantys šeimos gydytojai, sudarantys sutartis su TLK dėl teikiamų paslaugų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis.	Sustiprinta šeimos gydytojo institucija: daugėjo šeimos gydytojų ir mažėjo komandomis (vidaus ligų gydytojas, vaikų ligų gydytojas, gydytojas chirurgas, gydytojas akušeris-ginekologas) dirbančių gydytojų.
	Įvestas diferencijuojamas apmokėjimas už suteiktas paslaugas, įtvirtinant atsiskaitymą su pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiomis įstaigomis pagal mišrų modelį: mokant atsižvelgiama į prisirašiusių gyventojų skaičių ir už realiai suteiktas paslaugas.
	Skatinamųjų paslaugų diegimas leido siekti aukštesnės PAASP paslaugų kokybės, tikslesnės ir ankstyvesnės įvairių ligų diagnostikos bei profilaktikos bei mažino pacientų srautus pas specialistus.
2. Plačiai paplitusias ligas gydant arčiau gyventojų esančiose sveikatos priežiūros įstaigose, o naujausias technologijas koncentruojant universitetinėse ligoninėse ir ligoninėse, kuriose pacientų daugiausia, tobulinti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą.	Stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų struktūra tobulinama šiomis priemonėmis: optimizuojamas stacionarių ir ambulatorinių paslaugų santykis, stiprinami skubios pagalbos skyriai, plėtojamos ambulatorinės reabilitacijos, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos ir kt.
	Įdiegta paslaugų stebėsenos sistema, leidžianti analizuoti paslaugų prieinamumą sveikatos priežiūros įstaigose bei užtikrinti paciento teisę kuo greičiau gauti reikiamą gydytojo specialisto konsultaciją.
	Priėmimo-skubios pagalbos skyrių atnaujinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kurio siekiama, kad šie skyriai sugebėtų teikti įvairaus profilio būtinąją medicinos pagalbą ne tik hospitalizuojamiems pacientams, bet užtikrintų ir skubų ambulatorinės pagalbos paslaugų teikimą visą parą. Skubios pagalbos skyriai buvo rekonstruojami ir juose nuo 2007 m. pradėta teikti nauja – stebėjimo paslauga.
	Daugiau dėmesio skirta trumpalaikio gydymo (paslaugos teikimo trukmė iki 72 val.) paslaugų plėtrai, plėtojama dienos chirurgija, dienos stacionaras. Šios paslaugos neformuoja naujo ligonių srauto, o jį perskirsto, dėl to sutrumpėja planinės operacijos laukiančių pacientų sąrašai, taupomos PSDF biudžeto lėšos.
3. Plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, siekti, kad iki 2008 m. ne mažiau kaip 80% šių paslaugų būtų teikiama bendrojo pobūdžio ligoninėse ir ne mažiau kaip 50 % slaugos paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis.	Asmens sveikatos priežiūros įstaigose kuriami palaikomojo gydymo ir slaugos padaliniai, gerinama jų infrastruktūra. Dalis slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių prijungta prie stacionarių bendrojo pobūdžio paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų.
	2008 m. įteisintas savarankiškas slaugytojų darbas pacientų namuose, nustatyti slaugos paslaugų teikimo reikalavimai, kuriais siekiama pagerinti pacientų gyvenimą ir užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę.
	Nuo 2008 metų gegužės mėnesio iš PSDF biudžeto pradėta mokėti ir už paliatyviosios pagalbos paslaugas iš PSDF biudžeto. Tai pagerino šių paslaugų prieinamumą nepagydomomis, progresuojančiomis ligomis sergantiems pacientams.
4. Gerinant medicininės reabilitacijos paslaugų kokybę, siekti, kad kiekvienos savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigose būtų kuriami ambulatorinės reabilitacijos skyriai, o stacionarinė reabilitacija optimizuojama.	Didėjant medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo poreikiui, tobulinami medicininės reabilitacijos paslaugų teikimą reglamentuojantys teisės aktai, dėmesys skiriamas ambulatorinės reabilitacijos paslaugų plėtrai, skatinant savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose kurti ambulatorinės reabilitacijos skyrius ar praplečiant esamus, aprūpinant reikalinga medicinos įranga.
	2008 m. patvirtinta medicininės reabilitacijos tvarka, praplečianti ambulatorinės reabilitacijos galimybes stacionarinės reabilitacijos sąskaita ir nustatanti optimalų reabilitacijos laiką. Įteisinta nuostata, kad iš pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų suaugusieji pacientai galėtų būti siunčiami tik pakartotinės, palaikomosios ir ambulatorinės reabilitacijos.
	Optimizuojant stacionarinę reabilitaciją, prioritetas teikiamas vaikų medicininei reabilitacijai. Išliko nuostata, kad ne mažiau kaip 20 % lėšų, numatytų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti, turi būti skirta vaikų gydymui.
5. Gerinant GMP paslaugų teikimo kokybę ir operatyvumą, reorganizuoti GMP teikimo sistemą.	2005 m. patvirtinta nauja GMP koncepcija ir jos įgyvendinimo priemonių planas (iki 2010 m.), kuriame numatytos priemonės dėl GMP paslaugas teikiančių įstaigų dispečerinių pertvarkymo.
	Įgyvendinant sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją, ir siekiant užtikrinti efektyvią ir prieinamą akušerinę pagalbą, 17 B kategorijos GMP automobilių skirti ligoninėms, kuriose pirmajame ir antrajame sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapuose uždaryti akušerijos skyriai.

Šaltinis: Sudaryta autoriaus, remiantis SAM. (2008). Lietuvos sveikatos programos įgyvendinimo tarpinio vertinimo ataskaita

Sveikatos apsaugos reformos strateginės kryptys

- atlikti išlaidų, skirtų sveikatos prevencinėms programoms ir kitoms medicinos sritims, efektyvumo analizę, didinti ir koncentruoti finansinius bei kitus išteklius toms sveikatos sritims, kurios gali efektyviausiai sumažinti žmonių sergamumo ir mirtingumo rodiklius.
- pertvarkyti įmokų surinkimo į PSDF sistemą, įvesdami atskirą sveikatos draudimo įmoką.
- apskaičiuoti realius įkainius kaip pagrindinę prielaidą savanoriškam papildomam sveikatos draudimui įgyvendinti.
- skatinti papildomą savanorišką sveikatos draudimą, aiškiai apibrėžiant tokio draudimo objektą.
- aiškiai nustatyti sveikatos paslaugas, finansuojamas iš valstybės lėšų ir papildomo sveikatos draudimo.
- pritraukti privatų kapitalą į sveikatos sistemą ir skatinti privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų plėtrą.
- sukurti paslaugų apmokėjimo modelį, skatinantį žmogų sveikai gyventi ir investuoti į savo sveikatą.
- siekiant įgyvendinti principą „pinigai seka paskui pacientą“, sukurti informacinę sistemą, kad kiekvienam mokesčių mokėtojui būtų lengvai prieinama informacija, kiek sveikatos draudimo įmokų jis sumokėjo ir kokią jų dalį panaudojo savo sveikatai.
- sparčiau didinti valstybės įmokas už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis.
- nustatyti savivaldybių atsakomybę formuojant ir įgyvendinant visuomenės sveikatos politiką vietos lygiu. Parengsime valstybės biudžeto dotacijų, skirtų savivaldybėms perduodamoms sveikatos apsaugos funkcijoms finansuoti, apskaičiavimo metodiką.
- užtikrinti privačių ir valstybinių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų lygiateisiškumą.
- ypatingą dėmesį skirti vaikų sveikatai. Sieksime įgyvendinti privalomą vaikų sveikatos stebėsenos ir ligų prevencijos nuo darželio iki mokyklos baigimo programą.
- plėtoti mokslinius tyrimus sveikatos politikos ir kitose srityse.
- diegti nacionalinę elektroninę sveikatos sistemą.

Šaltinis: Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo 2009-12-07 Nr. 1654

Rajono, regiono ir respublikos lygmenims priskiriamos sveikatos priežiūros paslaugos

Rajono lygmuo	Regiono lygmuo	Respublikos lygmuo
<ul style="list-style-type: none"> ❖ priėmimo ir skubiosios pagalbos; ❖ terapijos I (nedetalizuotų vidaus ligų); ❖ terapijos II, kai nebūtina reanimacijos ir intensyvios terapijos tarnyba (reanimacija II) pagal vidaus ligų profilio paslaugų teikimo specialiuosius reikalavimus; ❖ slaugos ir palaikomojo gydymo; ❖ asmens sveikatos priežiūros dienos stacionaruose; dienos chirurgijos (I–II grupių); ❖ stebėjimo; ❖ reanimacijos I–2; ❖ pediatrijos I (nedetalizuotos); ❖ vaikų ligų; ❖ ambulatorinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos; ❖ ambulatorinės medicininės reabilitacijos; ❖ specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros; ❖ kitos ambulatorinės. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ priėmimo ir skubiosios pagalbos; terapijos I (nedetalizuotų vidaus ligų); ❖ terapijos II, kai nebūtina reanimacijos ir intensyvios terapijos tarnyba (reanimacija II) pagal vidaus ligų profilio paslaugų teikimo specialiuosius reikalavimus; ❖ slaugos ir palaikomojo gydymo; ❖ asmens sveikatos priežiūros dienos stacionaruose; dienos chirurgijos (I–II grupių); ❖ stebėjimo; ❖ reanimacijos I–2; pediatrijos I (nedetalizuotos); ❖ vaikų ligų; ❖ ambulatorinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos; ❖ ambulatorinės medicininės reabilitacijos; ❖ specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros; ❖ akušerijos I; ❖ akušerijos II; ❖ neonatologijos IIA; ❖ nėštumo patologijos IIA; ❖ reanimacijos I–1; ❖ reanimacijos II; ❖ antrinio lygio chirurgijos; ❖ antrinio lygio abdominalinės chirurgijos; ❖ antrinio lygio ortopedijos ir traumatologijos; ❖ antrinio lygio ginekologijos; dienos chirurgijos (I–VI grupių); ❖ terapijos II (antrinio lygio vidaus ligų); ❖ antrinio lygio otorinolarinologijos; ❖ stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos; ❖ neurologijos; ❖ psichiatrijos profilių; ❖ antrinio lygio suaugusiųjų specializuotos vidaus ligų; ❖ antrinio lygio specializuotos vaikų ligų, jeigu ligoninėje užtikrinamas vaikų reanimacijos (vaikų reanimacijos II) paslaugų teikimas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ priėmimo ir skubiosios pagalbos; ❖ terapijos I (nedetalizuotų vidaus ligų); ❖ terapijos II, kai nebūtina reanimacijos ir intensyvios terapijos tarnyba (reanimacija II) pagal vidaus ligų profilio paslaugų teikimo specialiuosius reikalavimus; ❖ slaugos ir palaikomojo gydymo; ❖ asmens sveikatos priežiūros dienos stacionaruose; ❖ dienos chirurgijos (I–II grupių); ❖ stebėjimo; ❖ reanimacijos I–2; ❖ pediatrijos I (nedetalizuotos); ❖ vaikų ligų; ❖ ambulatorinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos; ❖ ambulatorinės medicininės reabilitacijos; ❖ specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros; ❖ akušerijos I; ❖ akušerijos II; ❖ neonatologijos IIA; ❖ nėštumo patologijos IIA; ❖ reanimacijos I–1; ❖ reanimacijos II; ❖ antrinio lygio chirurgijos; ❖ antrinio lygio abdominalinės chirurgijos; ❖ antrinio lygio ortopedijos ir traumatologijos; ❖ antrinio lygio ginekologijos; ❖ dienos chirurgijos (I–VI grupių); ❖ terapijos II (antrinio lygio vidaus ligų); ❖ antrinio lygio otorinolarinologijos; ❖ stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos; ❖ neurologijos; ❖ psichiatrijos profilių, antrinio lygio suaugusiųjų specializuotos vidaus ligų; ❖ antrinio lygio specializuotos vaikų ligų, jeigu ligoninėje užtikrinamas vaikų reanimacijos (vaikų reanimacijos II) paslaugų teikimas) gali būti teikiamos tuo atveju, jeigu visiškai patenkinamas tik respublikos lygmens ligoninėse teikiamų paslaugų poreikis.

Šaltinis: Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo 2009-12-07 Nr. 1654

Gydymo įstaigų pavaldumas 3R koncepcijos kontekste

Eil. Nr.	Dabar veikiančys juridiniai asmenys	Juridiniai asmenys, veiksiantys optimizavus įstaigų tinklą	Sveikatos priežiūros įstaigų priskyrimas tam tikram lygmeniui
RESPUBLIKOS LYGMUO			
1.	Viešoji įstaiga Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė, viešoji įstaiga Vilniaus gimdymo namai	viešoji įstaiga Vilniaus ligoninė	respublikos
2.	Viešoji įstaiga Kauno apskrities ligoninė, viešoji įstaiga Žiegdrių psichiatrijos ligoninė, viešoji įstaiga Kauno V. Tumėnienės vaikų reabilitacijos centras, viešoji įstaiga Kačerginės vaikų sanatorija „Žibutė“, viešoji įstaiga Kulautuvos vaikų tuberkuliozės ligoninė	viešoji įstaiga Kauno ligoninė	respublikos
3.	Viešoji įstaiga Klaipėdos jūrininkų ligoninė, viešoji įstaiga Klaipėdos universitetinė ligoninė, viešoji įstaiga Švėkšnos psichiatrijos ligoninė	viešoji įstaiga Klaipėdos ligoninė	respublikos
4.	Viešoji įstaiga Šiaulių apskrities ligoninė, viešoji įstaiga Šiaulių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninė, viešoji įstaiga Šiaulių psichiatrijos ligoninė, viešoji įstaiga Šaukėnų psichiatrijos ligoninė	viešoji įstaiga Šiaulių ligoninė	respublikos
5.	Viešoji įstaiga Panevėžio apskrities ligoninė, viešoji įstaiga Panevėžio infekcinė ligoninė, viešoji įstaiga Likėnų reabilitacijos ligoninė	viešoji įstaiga Panevėžio ligoninė	respublikos
6.	Viešoji įstaiga Vilniaus miesto universitetinė ligoninė, viešoji įstaiga Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė	viešoji įstaiga Vilniaus savivaldybės ligoninė	respublikos
7.	Viešoji įstaiga Klaipėdos apskrities ligoninė, viešoji įstaiga Klaipėdos tuberkuliozės ligoninė, viešoji įstaiga Klaipėdos vaikų ligoninė	viešoji įstaiga Klaipėdos savivaldybės ligoninė	respublikos
8.	Viešoji įstaiga Kauno 2-oji klinikinė ligoninė, viešoji įstaiga Kauno Raudonojo Kryžiaus klinikinė ligoninė	viešoji įstaiga Kauno savivaldybės ligoninė	respublikos
9.	Viešoji įstaiga Kauno medicinos universiteto klinikos, Kauno vaiko raidos klinika „Lopšelis“	viešoji įstaiga Kauno medicinos universiteto klinikos	respublikos
10.	Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, viešoji įstaiga Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų ligoninė, viešoji įstaiga Vilniaus universiteto vaikų ligoninė, biudžetinė įstaiga Vilniaus universiteto onkologijos institutas, biudžetinė įstaiga Valstybinis patologijos centras, viešoji įstaiga Valkininkų sanatorija, viešoji įstaiga Valkininkų vaikų sanatorija „Pušėlė“, viešoji įstaiga Druskininkų vaikų sanatorija „Saulutė“	viešoji įstaiga Vilniaus universiteto Santariškių klinikos (atskyrus Vilniaus universiteto Onkologijos instituto mokslo dalį)	respublikos
REGIONO LYGMUO			
11.	Viešoji įstaiga Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė	viešoji įstaiga Alytaus S. Kudirkos ligoninė	regiono
12.	Viešoji įstaiga Marijampolės ligoninė	viešoji įstaiga Marijampolės ligoninė	regiono
13.	Viešoji įstaiga Utenos apskrities ligoninė	viešoji įstaiga Utenos ligoninė	regiono
14.	Viešoji įstaiga Tauragės apskrities ligoninė	viešoji įstaiga Tauragės ligoninė	regiono
15.	Viešoji įstaiga Telšių apskrities ligoninė	viešoji įstaiga Telšių ligoninė	regiono
16.	Viešoji įstaiga Ukmergės ligoninė	viešoji įstaiga Ukmergės ligoninė	regiono
17.	Viešoji įstaiga Mažeikių ligoninė	viešoji įstaiga Mažeikių ligoninė	regiono
18.	Viešoji įstaiga Jonavos ligoninė	viešoji įstaiga Jonavos ligoninė	regiono
RAJONO LYGMUO			
19.	Viešoji įstaiga Šilutės ligoninė	viešoji įstaiga Šilutės ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas)
20.	Viešoji įstaiga Radviliškio ligoninė	viešoji įstaiga Radviliškio ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas)
21.	Viešoji įstaiga Rokiškio ligoninė	viešoji įstaiga Rokiškio ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas)
22.	Viešoji įstaiga Pasvalio ligoninė	viešoji įstaiga Pasvalio ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas)
23.	Viešoji įstaiga Kėdainių ligoninė	viešoji įstaiga Kėdainių ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas)

Eil. Nr.	Dabar veikiančys juridiniai asmenys	Juridiniai asmenys, veiksiantys optimizavus įstaigų tinklą	Sveikatos priežiūros įstaigų priskyrimas tam tikram lygmeniui
24.	Viešoji įstaiga Visagino ligoninė	viešoji įstaiga Visagino ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas)
25.	Viešoji įstaiga Raseinių ligoninė	viešoji įstaiga Raseinių ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas)
26.	Viešoji įstaiga Trakų ligoninė	viešoji įstaiga Trakų ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas)
27.	Viešoji įstaiga Šalčininkų rajono ligoninė	viešoji įstaiga Šalčininkų rajono ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas)
28.	Viešoji įstaiga Lazdijų ligoninė	viešoji įstaiga Lazdijų ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos ir akušerijos paslaugas)
29.	Viešoji įstaiga Druskininkų ligoninė	viešoji įstaiga Druskininkų ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
30.	Viešoji įstaiga Švenčionių rajono ligoninė	viešoji įstaiga Švenčionių rajono ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
31.	Viešoji įstaiga Plungės rajono savivaldybės ligoninė	viešoji įstaiga Plungės rajono savivaldybės ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
32.	Viešoji įstaiga Kelmės ligoninė	viešoji įstaiga Kelmės ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
33.	Viešoji įstaiga Vilkaviškio ligoninė	viešoji įstaiga Vilkaviškio ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
34.	Viešoji įstaiga Anykščių rajono savivaldybės ligoninė	viešoji įstaiga Anykščių rajono savivaldybės ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
35.	Viešoji įstaiga Varėnos ligoninė	viešoji įstaiga Varėnos ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
36.	Viešoji įstaiga Kretingos ligoninė	viešoji įstaiga Kretingos ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
37.	Viešoji įstaiga Jurbarko ligoninė	viešoji įstaiga Jurbarko ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
38.	Viešoji įstaiga Joniškio ligoninė	viešoji įstaiga Joniškio ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
39.	Viešoji įstaiga Elektrėnų ligoninė	viešoji įstaiga Elektrėnų ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
40.	Viešoji įstaiga Biržų ligoninė	viešoji įstaiga Biržų ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
41.	Viešoji įstaiga Šakių ligoninė	viešoji įstaiga Šakių ligoninė	rajono (teikia stacionarines chirurgijos paslaugas)
42.	Viešoji įstaiga Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė	viešoji įstaiga Mykolo Marcinkevičiaus ligoninė	rajono (teikia stacionarines neurologijos medicininės reabilitacijos ir reanimacijos II paslaugas)
43.	Viešoji įstaiga Sapiegos ligoninė	viešoji įstaiga Sapiegos ligoninė	rajono
44.	Viešoji įstaiga Šilalės rajono ligoninė	viešoji įstaiga Šilalės rajono ligoninė	rajono
45.	Viešoji įstaiga Gargždų ligoninė	viešoji įstaiga Gargždų ligoninė	rajono
46.	Viešoji įstaiga Kaišiadorių ligoninė	viešoji įstaiga Kaišiadorių ligoninė	rajono
47.	Viešoji įstaiga Pakruojo ligoninė	viešoji įstaiga Pakruojo ligoninė	rajono
48.	Viešoji įstaiga Ignalinos rajono ligoninė	viešoji įstaiga Ignalinos rajono ligoninė	rajono
49.	Viešoji įstaiga Prienų ligoninė	viešoji įstaiga Prienų ligoninė	rajono
50.	Viešoji įstaiga Naujosios Akmenės ligoninė	viešoji įstaiga Naujosios Akmenės ligoninė	rajono
51.	Viešoji įstaiga Zarasų ligoninė	viešoji įstaiga Zarasų ligoninė	rajono
52.	Viešoji įstaiga Širvintų ligoninė	viešoji įstaiga Širvintų ligoninė	rajono
53.	Viešoji įstaiga Molėtų ligoninė	viešoji įstaiga Molėtų ligoninė	rajono
54.	Viešoji įstaiga Kupiškio ligoninė	viešoji įstaiga Kupiškio ligoninė	rajono
55.	Viešoji įstaiga Kalvarijos ligoninė	viešoji įstaiga Kalvarijos ligoninė	rajono
56.	Viešoji įstaiga Kazlų Rūdos ligoninė	viešoji įstaiga Kazlų Rūdos ligoninė	rajono
57.	Viešoji įstaiga Kuršėnų ligoninė	viešoji įstaiga Kuršėnų ligoninė	rajono

Šaltinis: Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo 2009-12-07 Nr. 1654

Kai kurių Vakarų Europos šalių sveikatos priežiūros sistemos struktūra ir teikiamos paslaugos

	Italija	Liuksemburgas	Olandija	Portugalija	Ispanija
Stacionari priežiūra	1000 gyventojų tenka 4,1 lovos. Iš 365,000 lovų 79,3 % - valstybinėse ligoninėse, 15,8 % - privačiose ligoninėse, 2,4 % - mokslo institucijų, 2,4 % - specializuotose ligoninėse	1000 gyventojų tenka 6,7 lovos. 4443 lovos 16-oje bendrojo profilio ligoninių. 1 psichiatrijos ligoninė. 1 reabilitacijos centras	1000 gyventojų tenka 4,5 lovos. 174 305 lovos 156 ligoninėse, dažniausiai privačiose ne pelno siekiančiose institucijose (daugelis jų priklauso bažnyčiai). 24 valstybinės institucijos	1000 gyventojų tenka 3,6 lovos. 40 548 lovos 260 ligoninių. 15 centrinių ligoninių. 38 provincijos ligoninės. 24 rajono ligoninės. 15 specializuotų klinikų (akušerijos, pediatrijos, reabilitacijos), 6 psichiatrijos klinikos	1000 gyventojų tenka 4,0 lovos. 157 500 lovų 787 ligoninėse. 323 valstybinės ligoninės. 130 privačių ne pelno siekiančių ligoninių. 23 ligoninės susižeidusiems darbo vietose. 11 privačių ligoninių
Ambulatorinė priežiūra	BPG dažniausiai užsiima individualia praktika. Specialistai dirba valstybinėse poliklinikose, privačiuose kabinetuose, privačiose klinikose ir valstybinėse ligoninėse. BPG atlieka „vartininko“ funkcijas	Bendruomenėje dirba 822 gydytojai. Specialistai sudaro sutartis dėl aptarnaujamų ligoninių lovų. Salyje užtenka ne visų specialybių gydytojų. BPG neatlieka „vartininko“ vaidmens	7100 BPG. 50 % jų užsiima individualia praktika, dirba grupėmis arba sveikatos priežiūros centruose. 30 000 specialistų (dauguma jų savarankiškai sudaro sutartis ir dirba ligoninėse). BPG atlieka „vartininko“ funkciją	7500 BPG ir specialistų dirba viename iš 353 sveikatos priežiūros centrų arba 1901 minėtųjų centrų padalinyje. BPG atlieka „vartininko“ funkciją	26 500 BPG dažniausiai dirba sveikatos priežiūros centruose (kiekvienas jų aptarnauja po 5000-30 000 klientų). 206 užsiima individualia praktika. 1000-2000 pacientų tenka 1 BPG. BPG atlieka „vartininko“ funkciją
Valstybinių stacionarios priežiūros įstaigų pajėgumas	59 % visų ligoninių (1118)	8 bendrojo profilio ligoninės. 1 psichiatrijos ligoninė. 1 reabilitacijos klinika	15 bendrojo profilio ligoninių. 9 universitetinės ligoninės	60 % visų institucijų. 78 proc. visų lovų	69 % visų lovų
Privačių stacionarios Priežiūros įstaigų pajėgumas	794 privačios klinikos (41 % visų ligoninių). Vienos sudariusios sutartis su valstybiniu sektoriumi, kitos dirba tik privačiai, o už jų teikiamas paslaugas pacientas moka tiesiogiai	7 bendrojo profilio ligoninės (priklausančios bažnyčiai, ne pelno siekiančios). 1 pelno siekianti ligoninė	85 % visų ligoninių (beveik visos ne pelno siekiančios)	40 % visų institucijų. 22 % visų lovų	18 % visų lovų yra privačiose, ne pelno siekiančiose ligoninėse. 12 proc. lovų - pelno siekiančiose ligoninėse. 1 % lovų susižeidusiems darbo vietose (Katalonijoje: 63 % lovų privačiose institucijose)
Ligoninėse dirbantys gydytojai	85 % gydytojų visą darbo dieną dirba valstybiniame sektoriuje (38 val. per savaitę). Dalį darbo dienos dirbantys gydytojai dažniausiai užsiima privačia praktika (29 val. per savaitę). 75 % privačiose ligoninėse dirbančių gydytojų dirba ne visą darbo dieną	Specialistai savarankiškai sudaro sutartis su ligoninėmis: Liuksemburgo centrine ligoninė, reabilitacijos centru ir psichiatrijos institucijomis (šiuo atveju gydytojai turi darbuotojų statusą)	Specialistai savarankiškai sudaro sutartis su ligoninėmis (kai kurie ligoninėje užsiima grupine praktika)	Valstybinėse įstaigose dirbantys gydytojai yra valstybės tarnautojai, dirbantys 35 arba 42 val. per savaitę. Jie gali verstis ir privačia praktika. Valstybinėse institucijose dirbančių ir privačia praktika papildomai nesiverčiančių gydytojų atlyginimai yra 30 % didesni	Valstybinėse ligoninėse dirbantys gydytojai yra nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos darbuotojai. Visą darbo dieną dirbantys asmenys dirba 6 vai. per dieną. Jie gali verstis ir privačia praktika

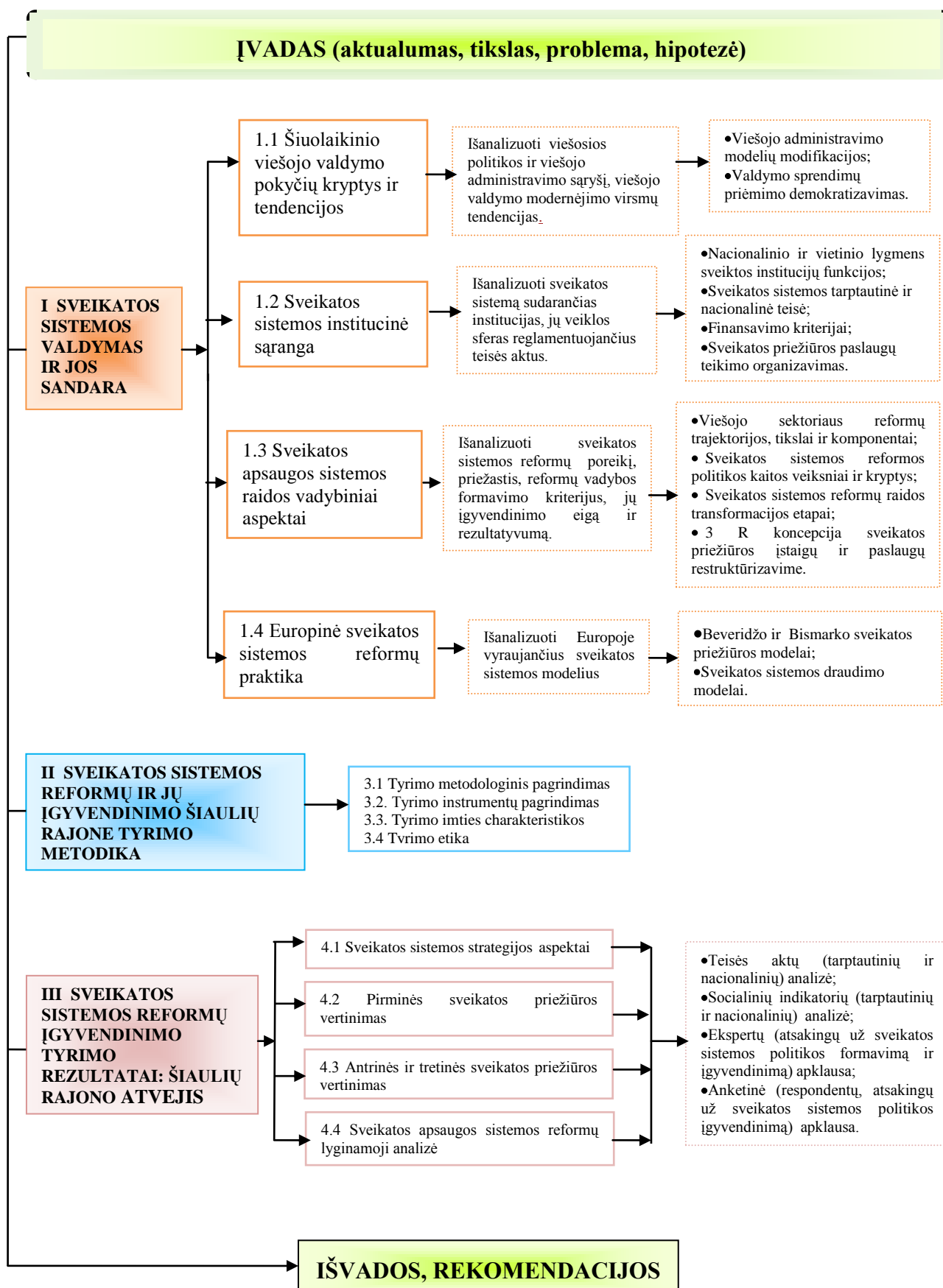
Pacientų laisvė rinktis sveikatos priežiūros paslaugų teikėją	Įsiregistravę sistemoje gali laisvai rinktis BPG	Galima laisvai rinktis gydytoją arba ligoninę. Siuntimo pas specialistą nereikia	Per BPG pacientas gali rinktis specialistą arba ligoninę.	Galima laisvai rinktis sveikatos priežiūros centruose dirbančius BPG arba specialistus	Gyvenamosios vietovės ribose galima laisvai rinktis BPG
Sveikatos priežiūros paslaugų ir pasirinkimo ribojimas	Norint apsilankyti pas specialistą (privaciai arba ligoninėje) reikalingas BPG siuntimas	Norint apsilankyti pas specialistą ar pasinaudoti ligoninės paslaugomis reikalingas BPG siuntimas	Sveikatos draudikas privalo pritarti siuntimui į ligoninę	Norint apsilankyti pas specialistą arba pasinaudoti ligoninės paslaugomis reikalingas BPG siuntimas	Ribojamas BPG pasirinkimas. Norint apsilankyti pas specialistą arba pasinaudoti ligoninės paslaugomis reikalingas BPG siuntimas
Apribojimai: pajėgumas/ laukimo laikas	Ambulatorinė priežiūra: dėl vizitų pas specialistus tariasi su sistemos administracija. Stacionari priežiūra: ilgi laukiančiųjų sąrašai. Kai kurios operacijos atliekamos užsienyje. Iš šiaurės į pietus prastėja sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir mažėja apimtis	Trūksta kai kurių specialistų, todėl kai kurios paslaugos perkamos iš užsienio	Stacionari priežiūra: kai kuriose srityse kyla sunkumų dėl ilgų laukiančiųjų sąrašų (plastinės chirurgijos, oftalmologijos, ortopedijos, širdies chirurgijos srityse). Ambulatorinė priežiūra: ne daugiau kaip 9 nemokami fizioterapijos seansai per metus	Pacientai paslaugos gali laukti iki 3 mėn. Po 3 mėn. laukimo suteikiama galimybė gydytis privačioje įstaigoje, tačiau nacionalinė sveikatos priežiūros sistema retai kada sutinka apmokėti sąskaitas	Asmenys savo eilės, kad gautų ligoninių teikiamas paslaugas, laukė daugiau nei 1 metus. Vidutinė laukimo trukmė-135 dienos

	Belgija	Danija	Prancūzija	Didžioji Britanija	Airija
Stacionari priežiūra	1000 gyventojų tenka 7 lovos. 288 ligoninės, 76 908 lovos - universitetinėse ligoninėse. Yra bendrojo profilio ligoninės, specializuotos ligoninės: psichiatrijos ligoninės	1000 gyventojų tenka 4,1 lovos. 96 ligoninės, 25 500 lovų. 6 universitetinės ligoninės, turinčios daugiau nei 1000 lovų kiekviena. 7 privačios klinikos sudaro 0,2 % visų ligoninių lovų	1000 gyventojų tenka 7,8 lovos. 516 361 lova. 54 % lovų - skubios pagalbos ligoninėse, 46 % reabilitacijos centruose, sanatorijose ir slaugos namuose. Du trečdaliai lovų valstybiniame sektoriuje	1000 gyventojų tenka 4,7 lovos. 275 000 lovų skubios pagalbos ir psichiatrijos ligoninėse, 520 NSS (NHS) treštų: dažniausiai savarankiškos, atskirus biudžetus turinčios valstybinės ligoninės (pavaldžios NSS (NHS))	1000 gyventojų tenka 3,5 lovos. 16 516 lovų valstybinėse ligoninėse. 37 sveikatos taryboms pavaldžios ligoninės, 42 rajoninės ligoninės, 27 valstybinės savanoriškos ligoninės, 19 privačių ligoninių
Ambulatorinė priežiūra	16 940 BPG dažniausiai užsiima individualia praktika; BPG skaičius neribojamas; BPG lanko pacientus namuose. Specialistai dažniausiai užsiima individualia praktika. BPG neatlieka „vartininko“ vaidmens	3700 BPG. 1 BPG aptarnauja 1600-2096 pacientų. 900 specialistų užsiima privačia praktika. 33 % minėtųjų gydytojų užsiima individualia praktika. BPG atlieka „vartininko“ funkciją	Gydytojai bendruomenėje dirba pavieniui arba grupėmis. I sektorius: už paslaugas mokama pagal nustatytus įkainius. II sektorius: gydytojai patys nustato paslaugų įkainius. BPG neatlieka „vartininko“ vaidmens	26 500 BPG, 25 % jų dirba dideliuose sveikatos priežiūros centruose. 13 000 jų valdo lėšas (specialų biudžetą, skirtą specialistų ir kai kurioms stacionarų teikiamoms paslaugoms įsigyti). Privacia praktika verčiasi mažai specialistų. BPG atlieka „vartininko“ funkciją	1800 BPG, 1650 iš jų priskiriami pirmai kategorijai. Kai kurie ligoninių gydytojai verčiasi privačia praktika. BPG atlieka „vartininko“ funkciją
Valstybinių stacionarios priežiūros įstaigų pajėgumas	34 % ligoninių yra valstybinės	98 % valstybinių ligoninių lovų	Du trečdaliai ligoninių lovų - valstybinės	88 % (apie 242 000) skubios ir psichiatrinės priežiūros lovų - valstybinės	13 500 ligoninių lovų yra valstybiniame sektoriuje

Privačių stacionarios prižiūros įstaigų pajėgumas	66 % lovų. 61 %. iš jų yra ne pelno siekiančios, išlaikomos bažnyčios arba finansuojamos iš sveikatos draudimo. 5 % – privačių klinikų	0,2 % lovų - 7 privačiose klinikose	Pusė visų klinikų yra ne pelno siekiančios ir vadovaujasi tomis pačiomis taisyklėmis, kaip ir valstybiniam sveikatos priežiūros sektoriui priklausančios institucijos. Pusė iš jų yra pelno siekiančios	12 % skubios ir psichiatrinės priežiūros lovų (33 000), 1400 privačių lovų, pavaldžių valstybiniam NSS (NHS), tačiau 75 % šių lovų yra skirtos tik ilgalaikiai priežiūrai	2500 ligoninių lovų
Sveikatos priežiūros paslaugų ir pasirinkimo ribojimas	Pasirinkimas ribojamas. Didesnė įkainio dalis, kurią vartotojas moka už specialisto konsultacijas	1 kategorija: į ligoninę arba pas specialistą siunčia tik BPG	Stacionarios paslaugos: privataus sektoriaus gydytojais reikalauja, kad vartotojo mokama dalis būtų didesnė	Į ligoninę arba pas specialistą siunčia tik BPG. Galimybė rinktis specialistą arba ligoninę priklauso nuo sutarties, sudarytos su sveikatos priežiūros valdymo institucija arba bendrosios praktikos lėšų valdytoju	Norint pakeisti BPG reikalingas sveikatos tarybos pritarimas. Į ligoninę arba pas specialistą siunčia tik BPG
Apribojimai: pajėgumas/laukimo laikas		Laukiančiųjų sąrašai būdingi ortopedijos, kardiologijos, oftalmologijos ir reabilitacijos sritims. Tikslas: maksimalų laukimo laiką sutrumpinti iki 3 mėn.	Stacionari priežiūra: Pirmame sektoriuje kai kurių skyrių pajėgumas yra itin ribotas (ypač tankiai apgyvendintose vietovėse)	Laukiančiųjų sąrašai būdingi ligoninių sektoriui. Kai kuriais atvejais laukti tenka daugiau nei metus	Laukiančiųjų sąraše yra apie 26 000 pacientų

Šaltinis: Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*: Vilnius: Mykolo Romerio universitetas

Magistro darbo sprendinio schema



SVEIKATOS SISTEMOS REFORMA IR JOS ĮGYVENDINIMAS: ŠIAULIŲ RAJONO ATVEJO TYRIMAS

Savivaldybės gydytojo apklausos protokolas



Sveikatos sistemų raida ir kitimas – natūralus nuolatinis ir neišvengiamas procesas, vykstantis tiek išsivysčiusiose, tiek ir besivystančiose šalyse. Sveikatos sistemos reforma - tai vyksmas, kuriam reikalingas sveikatos santykių teisumas bei lygybė, tobulesnės sveikatos technologijos, teisingas išteklių paskirstymas, naujos sveikatos profesionalų kvalifikacijos, šiuolaikinės komunikacijos, kokybės garantavimo sistemos, tarpsektoriniai ir intresektoriniai ryšiai. Lietuvoje jau antrąjį dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tampa išbandymu politikams, sveikatos profesionalams ir pacientams.

Tyrimo tikslas – ištirti sveikatos sistemos reformos įgyvendinimą Šiaulių rajone.

Prašome Jūsų skirti 30 - 45 min. laiko ir atsakyti į pateiktus klausimus. Tyrimas yra anoniminis, o jo metu gauti duomenys bus naudojami tik apibendrinti. Jūsų nuomonė labai svarbi, todėl tikimės nuoširdžių ir atvirų atsakymų.

Sveikatos apsaugos sistemos reformos politikos formavimo lygmuo

1. Interviu metu kalbėsime apie sveikatos apsaugos sistemos reformų įgyvendinimą ir naująją reformą, įgyvendintą 3 R koncepcijos pagrindu. Kokie būtų Jūsų pirmieji pastebėjimai, išgirdus nagrinėjamą temą?

2. Pasaulio sveikatos organizacija išskiria 3 pagrindinius PSP* strategijos elementai: 1. perorientuoti sveikatos paslaugų teikimą, kad PSP taptų sistemos pagrindu, o antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra ją tik papildytų; 2. gyvenamosios ir aplinkos veiksnių įtakos sveikatai įvertinimas bei sektorių bendradarbiavimas turėtų tapti sveikatos politika; 3. padidinti bendruomenės ir individo atsakomybę už savo sveikatą ir sprendimus dėl sveikatos apsaugos bei veiksmingai naudoti išteklius ir daugiau jų skirti PSP stacionariai grandžiai. Kaip šie siekiai įgyvendinami Šiaulių rajone?

* Pirminė sveikatos priežiūra

3. Kaip rajono lygmeniu užtikrinamas sveikatos politikos plėtros nuoseklumas ir jos įgyvendinimo tęstinumas?

Sveikatos apsaugos sistemos reformos valdymo ir organizavimo lygmuo

4. Pasaulio sveikatos organizacija įvardija šiuos sveikatos reformos valdymo principai: 1. rengti ir tobulinti sveikatos apsaugos politiką remiantis „Sveikata visiems“ koncepcija; vyriausybės dialogu su visuomene; 2. reorganizuoti medicinos pagalbos teikimo sistemą; 3. rūpintis žmogiškaisiais ištekliais; 4. tobulinti valdymo mechanizmą. Kiek šie principai aktualūs ir ar yra įgyvendinami Šiaulių rajono gydymo įstaigose rajone?

5. Lentelėje pateikti naujojo viešojo valdymo sveikatos apsaugos sistemoje siekiai. Įvertinkite, šių siekių laikymosi svarbą Jums pavaldžioje įstaigoje penkiabalėje skalėje (5 balai - visiškai įgyvendinta, 1 balas – neaktualu).

Siekiai	Vertinimas
Sveikatos sistemos racionalesnis valdymas ir finansavimas, gerinat paslaugų prieinamumą ir kokybę	
Korupcijos apribojimas	
Draugiškos ir į pacientą orientuotą sveikatos sistemos, užtikrinančios pagarbą paciento teisėms, paslaugų prieinamumą ir kokybę, kūrimas	
Bendradarbiaujantis veikimas (medikų ir pacientų ryšiai sprendimų priėmime)	
Tarpinstitucinis bendradarbiavimas	
Kita	

6. Ar daug rajono gyventojų naudojami mokamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis ir papildomu sveikatos draudimu?

7. Kas padėtų užtikrinti pakankamą apmokėjimą už teikiamas medicinos paslaugas?

Sveikatos apsaugos sistemos reformos įgyvendinimo ir vertinimo lygmuo

8. Įvertinkite kaip rajone išvystyta: 1. pirminė ambulatorinės asmens sveikatos priežiūra; 2. pirminė stacionarinės asmens sveikatos priežiūra?

9. Kaip rajone išdėstyta GMP*? Kaip užtikrinamas GMP prieinamumas kaimiškų vietovių gyventojams?

10. Kaip kinta antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų (ambulatorines asmens sveikatos priežiūros ir suaugusiųjų ir vaikų stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas) poreikis rajone?

11. Svarbiausi sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo kriterijai - atliekamų didžiųjų operacijų ir gimdymų skaičius per kalendorinius metus bei geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės. Kaip, Jūsų nuomone, pasikeis medicinos paslaugų lygis bei gyventojų sveikatingumas dėl naujų kriterijų sveikatos apsaugos sistemoje įvedimo?

12. Pagal lentelėje pateiktus kriterijus įvertinkite 3 R reformą turinio atžvilgiu, lyginant su iki tol buvusia sveikatos apsaugos sistema (*tinkantį atsakymo variantą žymėti x*).

Kriterijai	Vertinimas				
	Tikrai taip	Taip	Nežinau	Ne	Tikrai ne
Efektyvesnis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo formavimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Racionalesnės sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų struktūros formavimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rajono lygmens ligoninių infrastruktūros, skirtos plačiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti stiprinimas, sudėtingų ligų diagnostikos ir gydymo technologijas sutelkiant regiono ir respublikos lygmens ligoninėse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privačių rangovų skatinimas prisiimti pirmines sveikatos priežiūros paslaugas, šias paslaugas finansuojant iš privalomojo sveikatos draudimo fondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSDF lėšų kaupimo ir paskirstymo principų nustatymas, atskiriant socialines ir sveikatos funkcijas (sveikatos paslaugų finansavimą nuo socialinės paramos ir slaugos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuosaiki SPĮ [†] decentralizacija, privačių ir valstybinių SPĮ teisių suvienodinimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPĮ darbo kokybę įvertinančių kriterijų ir įkainių nustatymo metodikos sudarymas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papildomo (savanoriškojo) draudimo teisinio reglamentavimo sukūrimas ir realizavimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apmokama ne už prisirašiusius pacientus, bet už apsilankymus, konsultacijas, konkrečias paslaugas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sveikatos priežiūros įstaigų, esančių arti viena kitos ir galinčių naudotis centralizuotomis laboratorijų, sterilizacinių, radiologinių tarnybų, ūkio, teisinėmis ir kitomis paslaugomis, sujungimas į stambesnius juridinius vienetus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specializuotų onkologijos, vaikų, tuberkuliozės, psichiatrijos, infekcinės, gimdymo paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų integravimas į daugiaprofilines sveikatos priežiūros įstaigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Greitosios medicinos pagalba

* Sveikatos priežiūros įstaiga

13. Kokių veiksmų ar priemonių reikėtų siekiant užtikrinti ilgalaikį sveikatos apsaugos sistemos reformos sėkmingumą?

14. Ką Jūs dar norėtumėte pasakyti apie sveikatos apsaugos sistemos reformą?

Atsakykite į keletą klausimų apie save:

(Tinkantį atsakymo variantą žymėti x)

15. Jūsų lytis:

- moteris
- vyras

16. Jūsų gyvenamoji vieta:

- miestas
- rajono centras
- kaimas

17. Jūsų amžius:

- 18 – 30 m.
- 31 – 43 m.
- 44 – 56 m.
- 57 m. ir daugiau

18. Kiek laiko dirbate sveikatos apsaugos sektoriuje:

- 1 – 5 metų
- 6 - 11 metų
- 12 – 17 metų
- 18 ir daugiau metų

Dėkojame už Jūsų pastangas, padedant atlikti tyrimą.

SVEIKATOS SISTEMOS REFORMA IR JOS ĮGYVENDINIMAS: ŠIAULIŲ RAJONO ATVEJO TYRIMAS

Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų apklausos protokolas



Sveikatos sistemų raida ir kitimas – natūralus nuolatinis ir neišvengiamas procesas, vykstantis tiek išsivysčiusiose, tiek ir besivystančiose šalyse. Sveikatos sistemos reforma - tai vyksmas, kuriam reikalingas sveikatos santykių teisingumas bei lygybė, tobulesnės sveikatos technologijos, teisingas išteklių paskirstymas, naujos sveikatos profesionalų kvalifikacijos, šiuolaikinės komunikacijos, kokybės garantavimo sistemos, tarpsektoriniai ir intresektoriniai ryšiai. Lietuvoje jau antrąjį dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tampa išbandymu politikams, sveikatos profesionalams ir pacientams.

Tyrimo tikslas – ištirti sveikatos sistemos reformos įgyvendinimą Šiaulių rajone.

Prašome Jūsų skirti 30 - 45 min. laiko ir atsakyti į pateiktus klausimus. Tyrimas yra anoniminis, o jo metu gauti duomenys bus naudojami tik apibendrinti. Jūsų nuomonė labai svarbi, todėl tikimės nuoširdžių ir atvirų atsakymų.

Sveikatos apsaugos sistemos reformos valdymo ir organizavimo lygmuo

1. Interviu metu kalbėsime apie sveikatos apsaugos sistemos reformos įgyvendinimą. Kokie būtų Jūsų pirmieji pastebėjimai, išgirdus nagrinėjamą temą?

2. Sveikatos apsaugos sistemos strategijos šerdis - visuomenės sveikatos palaikymo strategija, turinti apimti visuomenės sveikatingumą, pagerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, suteikti galimybę visiems žmonės turėti prieigą prie būtinų sveikatos paslaugų, nepatiriant finansinių pasekmių pavojaus. Kokiomis priemonėmis Jūsų įstaiga prisideda prie gyventojų sveikatos gerėjimo užtikrinimo?

3. Lentelėje pateikti naujojo viešojo valdymo sveikatos apsaugos sistemoje siekiai. Įvertinkite, šių siekių realizavimo lygį Jūsų įstaigoje penkiabalėje skalėje (5 balai - visiškai įgyvendinta, 1 balas – neaktualu).

Siekiai	Vertinimas
Sveikatos sistemos racionalusis valdymas ir finansavimas, gerinat paslaugų prieinamumą ir kokybę	
Korupcijos apribojimas	
Draugiškos ir į pacientą orientuotą sveikatos sistemos, užtikrinančios pagarbą paciento teisėms, paslaugų prieinamumą ir kokybę, kūrimas	
Bendradarbiaujantis veikimas (medikų ir pacientų ryšiai sprendimų priėmimo, visų sveikatos priežiūros subjektų ir objektų tarpusavio priklausomybė ir atsakomybė)	
Tarpinstitucinis bendradarbiavimas	
Kita	

4. Ar pakanka Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų tinkamam sveikatos priežiūros įstaigų funkcionavimui užtikrinti? Kaip organizuojamas darbas, jei trūksta šių lėšų, siekiant užtikrinti pacientų saugumą?

5. Ar daug Jūsų įstaigos pacientų naudojami mokamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis?

6. Kas padėtų užtikrinti pakankamą apmokėjimą už teikiamas medicinos paslaugas?

Sveikatos apsaugos sistemos reformos įgyvendinimo ir vertinimo lygmuo

7. Įvertinkite, kaip rajone išvystyta: 1. pirminė ambulatorinės asmens sveikatos priežiūra; 2. pirminė stacionarinės asmens sveikatos priežiūra?

8. Kaip rajone išdėstyta GMP*? Kaip užtikrinamas GMP prieinamumas kaimiškų vietovių gyventojams?

* Greitosios medicinos pagalba

9. Kaip kinta antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikis rajone?

--

10. Svarbiausi sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo kriterijai - atliekamų didžiųjų operacijų ir gimdymų skaičius per kalendorinius metus bei geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės. Kaip, Jūsų nuomone, pasikeis medicinos paslaugų lygis bei gyventojų sveikatingumas dėl naujų kriterijų sveikatos apsaugos sistemoje įvedimo?

--

11. Pagal lentelėje pateiktus kriterijus įvertinkite 3 R reformą turinio atžvilgiu, lyginant su iki tol buvusia sveikatos apsaugos sistema (*Tinkantį atsakymo variantą žymėkite x*).

Kriterijai	Vertinimas				
	Tikrai taip	Taip	Nežinau	Ne	Tikrai ne
Efektyvesnis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo formavimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Racionalesnės sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų struktūros formavimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rajono lygmens ligoninių infrastruktūros, skirtos plačiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti stiprinimas, sudėtingų ligų diagnostikos ir gydymo technologijas sutelkiant regiono ir respublikos lygmens ligoninėse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privačių rangovų skatinimas prisiimti pirmines sveikatos priežiūros paslaugas, šias paslaugas finansuojant iš privalomojo sveikatos draudimo fondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSDF lėšų kaupimo ir paskirstymo principų nustatymas, atskiriant socialines ir sveikatos funkcijas (sveikatos paslaugų finansavimą nuo socialinės paramos ir slaugos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuosaiiki SPI* decentralizacija, privačių ir valstybinių SPI teisių suvienodinimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPI darbo kokybę įvertinančių kriterijų ir įkainių nustatymo metodikos sudarymas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papildomo (savanoriškojo) draudimo teisinio reglamentavimo sukūrimas ir realizavimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apmokama ne už prisirašiusius pacientus, bet už apsilankymus, konsultacijas, konkrečias paslaugas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sveikatos priežiūros įstaigų, esančių arti viena kitos ir galinčių naudotis centralizuotomis laboratorijų, sterilizacinių, radiologinių tarnybų, ūkio, teisinėmis ir kitomis paslaugomis, sujungimas į stambesnius juridinius vienetus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specializuotų onkologijos, vaikų, tuberkuliozės, psichiatrijos, infekcines, gimdymo paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų integravimas į daugiaprofilines sveikatos priežiūros įstaigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Lentelėje pateikti pagrindiniai 3 R reformos komponentų. Apibūdinkite šių komponentų parengimo Jūsų vadovaujamoje įstaigoje lygį, įgyvendinat 3 R reformą.

Komponentas	Apibūdinimas
Finansiniai resursai	
Technologiniai įrenginiai	
Personalas	
Organizaciniai procesai	
Veiklos rezultatai	
Kita	

* Sveikatos priežiūros įstaiga

13. Su kokiomis kliūtimis susidūrėte įgyvendindami 3 R reformą?

14. Kokių veiksmų ir priemonių reikėtų, siekiant užtikrinti ilgalaikių sveikatos sektoriaus reformų sėkmę?

15. Ką Jūs dar norėtumėte pasakyti apie sveikatos apsaugos sistemos reformą?

Atsakykite į keletą klausimų apie save:

(Tinkantį atsakymo variantą žymėti x)

16. Jūsų lytis:

- moteris
- vyras

17. Jūsų gyvenamoji vieta:

- miestas
- rajono centras
- kaimas

18. Jūsų amžius:

- 18 – 30 m.
- 31 – 43 m.
- 44 – 56 m.
- 57 m. ir daugiau

19. Kiek laiko dirbate sveikatos apsaugos sektoriuje:

- 1 – 5 metų
- 6 - 11 metų
- 12 – 17 metų
- 18 ir daugiau metų

20. Jūsų pareigos

(įrašyti)

Dėkojame už Jūsų pastangas, padedant atlikti tyrimą.

SVEIKATOS SISTEMOS REFORMA IR JOS ĮGYVENDINIMAS: ŠIAULIŲ RAJONO ATVEJO TYRIMAS

Gerb. Respondente,



Sveikatos sistemų raida ir kitimas – natūralus nuolatinis ir neišvengiamas procesas, vykstantis tiek išsivysčiusiose, tiek ir besivystančiose šalyse. Sveikatos sistemos reforma - tai vyksmas, kuriam reikalingas sveikatos santykių teisingumas bei lygybė, tobulesnės sveikatos technologijos, teisingas išteklių paskirstymas, naujos sveikatos profesionalų kvalifikacijos, šiuolaikinės komunikacijos, kokybės garantavimo sistemos, tarpsektoriniai ir intresektoriniai ryšiai. Lietuvoje jau antrąjį dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tampa išbandymu politikams, sveikatos profesionalams ir pacientams.

Tyrimo tikslas – ištirti sveikatos sistemos reformos įgyvendinimą Šiaulių rajone.

Prašome Jūsų skirti 20-30 min. laiko ir atsakyti į pateiktus klausimus. Tyrimas yra anoniminis: tyrimo metu gauti duomenys bus naudojami tik apibendrinti. Prašome anketoje pateiktus klausimus iki **2010 m. gruodžio mėn. 7 d.** ir atsiųsti adresu – svajones@gmail.com. Jūsų nuomonė labai svarbi, todėl tikimės nuoširdžių ir atvirų atsakymų.

1. 2010 m. liepos mėn. 1 d. pradėjo funkcionuoti nauja sveikatos apsaugos reforma, įgyvendinta 3 R koncepcijos pagrindu. Kokie būtų Jūsų pirmieji pastebėjimai apie šią sveikatos apsaugos sistemos reformą?

2. Sveikatos apsaugos sistemos strategijos šerdis - visuomenės sveikatos palaikymo strategija, turinti apimti visuomenės sveikatingumą, pagerinti Lietuvos gyventojų sveikatą, suteikti galimybę visiems žmonėms turėti prieigą prie būtinų sveikatos paslaugų, nepatiriant finansinių pasekmių pavojaus. Kokiomis priemonėmis Jūsų įstaiga prisideda prie gyventojų sveikatos gerėjimo užtikrinimo ir su kokias sunkumais susiduriate šioje srityje?

3. Įvertinkite, ar pirminė sveikatos priežiūra yra pakankama ir prieinama Jūsų vietovės gyventojams?

4. Ar tinkamai užtikrinamas GMP* paslaugų prieinamumas Jūsų vietovės gyventojams? Kaip būtų galima pagerinti GMP paslaugų teikimą?

5. Kaip kinta antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikis Jūsų gyvenamojoje vietovėje per 5 metus?

6. Svarbiausi sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo kriterijai - atliekamų didžiųjų operacijų ir gimdymų skaičius per kalendorinius metus bei geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės. Kaip, Jūsų nuomone, pasikeis medicinos paslaugų lygis bei gyventojų sveikatingumas dėl naujų kriterijų sveikatos apsaugos sistemoje įvedimo?

7. Ar pakanka Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų tinkamam Jūsų įstaigos funkcionavimui ir pacientų saugumui užtikrinti? (*Jums tinkantį atsakymo variantą pažymėkite x, ir pateikite trumpą esamos situacijos komentarą*).

- Taip
- Ne
- Neturiu nuomonės

8. Ar pastebimas medicinos paslaugų kokybės gerėjimas ir prieinamumas Jūsų įstaigoje, sąlygotas 3 R reformos? (*Jums tinkantį atsakymo variantą pažymėkite x, ir pateikite trumpą esamos situacijos komentarą*).

- Taip
- Ne
- Neturiu nuomonės

9. Su kokiais pagrindinėmis kliūtimis susidūrėte įgyvendindami 3 R reformą?

* Greitosios medicinos pagalba

Atsakykite į keletą klausimų apie save:
(Jums tinkantį atsakymo variantą pažymėkite x)

10. Jūsų lytis:

- moteris
- vyras

11. Jūsų gyvenamoji vieta:

- miestas
- rajono centras
- kaimas

12. Jūsų amžius:

- 18 – 30 m.
- 31 – 43 m.
- 44 – 56 m.
- 57 m. ir daugiau

13. Kiek laiko dirbate sveikatos apsaugos sektoriuje:

- 1 – 5 metų
- 6 - 11 metų
- 12 – 17 metų
- 18 ir daugiau metų

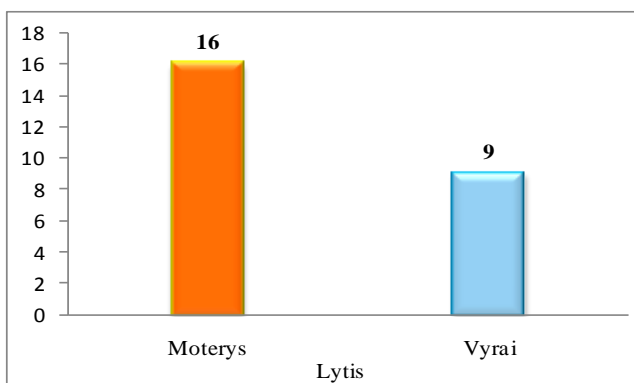
14. Jūsų pareigos

(įrašykite)

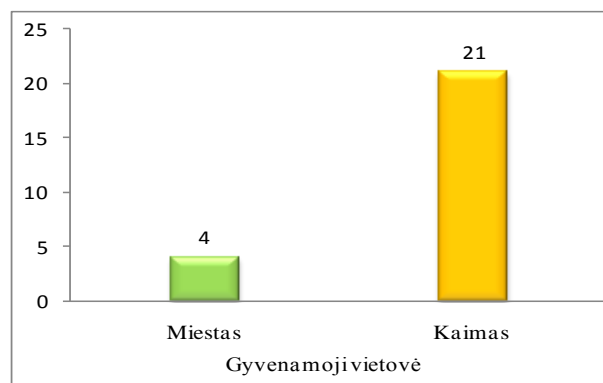
Dėkojame už Jūsų pastangas, padedant atlikti tyrimą.

Iškilius klausimas susisiekiite el. paštu svajones@gmail.com arba skambinkite tel. Nr. 8 675 34 042.

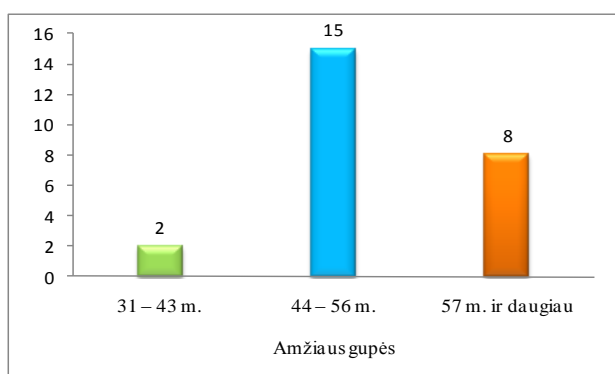
Tyrimo dalyvių socialinės – demografinės charakteristikos



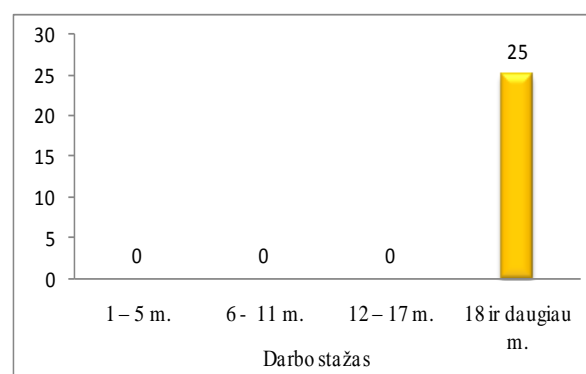
1. pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal lytį
Šaltinis: sudaryta autoriaus



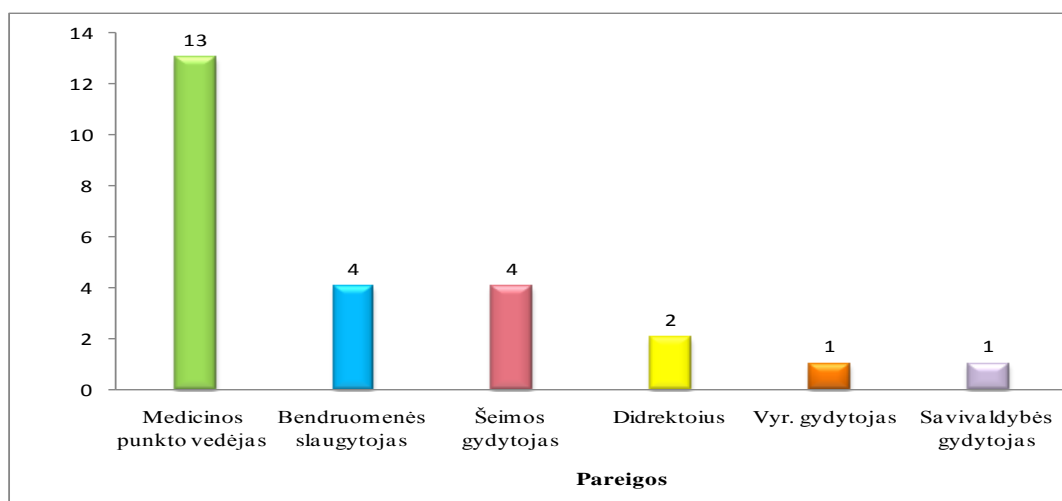
2 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietovę
Šaltinis: sudaryta autoriaus



3 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal amžiaus grupes
Šaltinis: sudaryta autoriaus



4 pav. Tyrimo dalyvių darbo stažas sveikatos apsaugos sektoriuje
Šaltinis: sudaryta autoriaus



5 pav. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal pareigas
Šaltinis: sudaryta autoriaus

Šiaulių rajono sveikatos priežiūros įstaigų sąrašas

SPI pavadinimas	Filialai
<p>1. Viešoji įstaiga Šiaulių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras</p> <p>J.Basanavičiaus g. 6, 81183 Šiaulių r. Tel. +370 41 582954 Faksas +370 41 585737</p> <p>El. paštas pspc.sekretore@kursenai-medicina.lt</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aukštelkės medicinos punktas Poilsio g. 7, LT-80181 AUKŠTELKĖ, ŠIAULIŲ R. - (41) 371296 2. Bazilionų ambulatorija Pageluvio g. 13, LT-80162 BAZILIONAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 373815 3. Bridų medicinos punktas LT-76100 BRIDAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 456037 4. Bubių ambulatorija Dubysos g. 16, LT-80201 BUBIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 388634 5. Dirvonėnų medicinos punktas LT-81309 DIRVONĖNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 375887 6. Drašučių šeimos gydytojo kabinetas Laisvės g. 30, LT-81108 DRAŠUČIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 376285 7. Gilvyčių medicinos punktas LT-80254 GILVYČIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 373317 8. Ginkūnų šeimos gydytojo kabinetas Aušros g. 4, LT-81492 GINKŪNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 579699 9. Kairių šeimos gydytojo kabinetas Plento g. 2, LT-80114 KAIRIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 374191 10. Kuršėnų poliklinikos Daugėlių filialas Daugėlių g. 88, LT-81117 KURŠĖNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 580600 11. Kuršėnų poliklinika J.Basanavičiaus g. 18, LT-81183 KURŠĖNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 581157 12. Šiaulių r. PSPC Kuršėnų greitosios medicininės pagalbos skyrius J.Basanavičiaus g. 6, LT-81183 KURŠĖNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 585003 13. Kurtuvėnų medicinos punktas P.Višinskio g. 10, LT-80224 KURTUVĖNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 370131 14. Kužių ambulatorija Statybininkų g. 1, LT-80266 KUŽIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 375374 15. Meškuičių ambulatorija Rupeikių g. 27, LT-81444 MEŠKUIČIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 370610 16. Meškuičių palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė Rupeikių g. 27, LT-81444 MEŠKUIČIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 370641 17. Micaičių medicinos punktas Saulės g. 1, LT-81211 MICAIČIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 378892 18. Naisių medicinos punktas LT-81030 NAISIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 386044 19. Pakapės medicinos punktas LT-80146 PAKAPĖ, ŠIAULIŲ R. - (41) 377325 20. Raudėnų šeimos gydytojo kabinetas LT-81322 RAUDĖNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 376638 21. Ringuvėnų medicinos punktas LT-81201 RINGUVĖNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 583205 22. Šakynos ambulatorija LT-81342 ŠAKYNA, ŠIAULIŲ R. - (41) 377610 23. Varputėnų medicinos punktas LT-80242 VARPUTĖNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 376945 24. Voveriškių medicinos punktas LT-77194 VOVERIŠKIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 558465 25. Žarėnų medicinos punktas Draugystės g. 21, LT-81335 ŽARĖNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 378516
<p>2. Viešoji įstaiga Šiaulių rajono Gruzdžių ambulatorija</p> <p>Dariaus ir Girėno 19a, Gruzdžiai, 81418 Šiaulių r. Tel. 370 41 372405 Faksas +370 41 372405 El. paštas gruzd.ambulat@delfi.lt</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Šiupylių medicinos punktas LT-81356 ŠIUPYLIAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 378310 2. Verbūnų medicinos punktas Gluosnių g. 2, LT-81372 VERBŪNAI, ŠIAULIŲ R. - (41) 377081
<p>3. Viešoji įstaiga Kuršėnų ligoninė</p> <p>J.Basanavičiaus g. 6, Kuršėnai, 81183 Šiaulių r. Tel. +370 41 581435 Faksas +370 41 58741 El. paštas viki.direktorius@kursenai-medicina.lt</p>	

Šaltinis: sudaryta autoriaus remiantis Šiaulių TLK duomenimis

Sveikatinimo veiklos kryptų programos

Eil. Nr.	Programos pavadinimas	Trukmė
1.	Kūdikių ir vaikų iki 3 m. mitybos gerinimo	1995–2000
2.	Darbu saugos ir darbo medicinos	1995–2000
3.	Sutrikusio vystymosi vaikų sveikatos	1997–2001
4.	Vaikų dantų ėduonies profilaktikos	1995–2006
5.	Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės	1998–2000
6.	Tabako kontrolės	1998–2010
7.	Valstybinė vėžio profilaktikos ir kontrolės	2003–2010
8.	Valstybinė tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės	2007–2010
9.	Valstybinė traumatizmo profilaktikos	2000–2010
10.	Valstybinė ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės	2003–2008
11.	Valstybinė psichikos ligų profilaktikos	1999–2009
12.	Valstybės alkoholio kontrolės	1999–2011
13.	Valstybės tabako kontrolės	1998–2010
14.	Valstybinė lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės	2006–2009
15.	Valstybinė triukšmo strateginio kartografavimo	2006–2012
16.	Valstybinės triukšmo prevencijos veiksmų	2007–2013
17.	Maudyklų vandens kokybės stebėsenos	2006–2008
18.	Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse	2007–2010

Šaltinis: SAM (2009). *Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo ataskaita*. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/get_file.php?file=eEdkb241ZW1aZEhNeG0xa2JhcWJjcHlaYUdxY2E1Um5hNWlicDJPZWxKZVdvV1NsYWFxVGs1dlVtcFp3b0dwbnh0R1hwc1JubGFoc3FaYWFsWjFtbjVlYmw1Wm9uMnJZbjg1cm9YQmlhcXlieHBIZm1tZkNwV1pqbGFwcWtKYWNscUZubzJIY21OZWFrSEdzY0pscG9wZlJaNWVicTVsbmJKcVZvWmlkYXB2Q2FaWm9aMjVsbE1tUGJhVnFsMjZmbEtCbWU1ZUJrMWhscHNIZGxxUnFxcG1xWmF4b29talltZFPycDNDY2FiUEV4bWVveHFHwnBXZWP4RmhsbHBhcWw1bHFwNVdtazRTZXdweXBjSlJuckpmUWxaT2JvWktzbFpXVvptU2hhWnFUbm1weVluS1Y=&view=1

Sveikatos priežiūros išlaidos

Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Valdžios sektorius	2 414,3	2 862,5	3 584,4	4 507,2	5 354,2	5 089,2
Valdžios sektorius, neįskaitant socialinio draudimo fondų	308,3	396,3	563,1	887,3	1 000,7	854,4
Socialinio draudimo fondai	2 106,0	2 466,3	3 021,3	3 619,9	4 353,5	4 234,8
Privatus sektorius	1 159,5	1 360,9	1 571,8	1 668,1	2 041,3	1 841,8
Privatus draudimas	14,2	15,2	20,6	24,3	37,1	44,9
Privačių namų ūkių tiesioginės išlaidos	1 141,4	1 341,1	1 546,1	1 640,2	1 999,8	1 792,8
Ne pelno institucijos, teikiančios paslaugas namų ūkiams	0,4	0,7	1,0	1,0	1,3	0,8
Bendrovės	3,5	3,9	4,0	2,5	3,1	3,3
Kitos šalys	0,3	0,7	0,5	0,6	0,3	0,5
Iš viso	3 574,1	4 224,2	5 156,7	6 175,9	7 395,9	6 931,5
Sveikatos priežiūros išlaidos palyginti su BVP	5,7 %	5,9 %	6,3 %	6,3 %	6,6 %	7,6 %

P.S. Duomenys apskaičiuoti naudojant EBPO Sveikatos sąskaitų sistemos metodiką.

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Statistikos departamento duomenimis

Sveikatos priežiūros išlaidos pagal veiklos sritis

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ligoninės						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1 262,8	1 545,3	2 063,5	2 397,1	2 709,6	2 512,5
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	35,3	36,6	40,0	38,8	36,6	36,2
Slaugos ir rezidentinės priežiūros įstaigos						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	62,9	72,3	69,8	82,8	104,4	108,0
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	1,8	1,7	1,4	1,3	1,4	1,6
Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	703,9	778,7	1 031,7	1 291,1	1 670,8	1 550,9
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	19,7	18,4	20,0	20,9	22,6	22,4
Mažmeninės prekybos įmonės ir kiti medicinos prekių teikėjai						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	1 285,8	1 530,8	1 694,0	1 836,0	2 101,9	2 024,1
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	36,0	36,2	32,9	29,7	28,4	29,2
Visuomenės sveikatos programų administravimas						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	43,1	45,5	35,7	57,1	35,3	19,4
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	1,2	1,1	0,7	0,9	0,5	0,3
Bendrasis sveikatos priežiūros administravimas ir draudimas						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	154,0	148,2	139,1	271,6	383,3	229,6
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	4,3	3,6	2,7	4,4	5,2	3,3
Kitos veiklos rūšys						
Bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, mln. litų	61,7	102,7	117,1	234,6	384,6	477,9
Bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų struktūra, %	1,7	2,4	2,3	3,8	5,2	6,9

P.S. Duomenys apskaičiuoti naudojant EBPO Sveikatos sąskaitų sistemos metodiką.

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Statistikos departamento duomenimis

Gydytojų ir konsultantų pasiskirstymas

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Lietuvos Respublika						
Gydytojas	13 397	13 650	13 510	13 729	13 403	13 228
Bendrosios praktikos (šeimos)	1 665	1 730	1 794	1 844	1 822	1 838
Vidaus ligų	3 234	3 127	3 151	3 076	3 105	3 015
Vaikų ligų specialistas	1 341	1 316	1 270	1 249	1 255	1 194
Chirurgas (įskaičiuoti vaikų chirurgai ir ortopedai-traumatologai)	1 232	1 234	1 257	1 254	1 249	1 257
Akušeris-ginekologas	778	777	801	777	744	716
Oftalmologas	351	353	340	339	346	353
Otorinolaringologas	292	288	291	286	293	292
Psichiatras	592	604	594	596	578	568
Slaugytojas	25 620	25 364	25 169	24 804	24 908	24 290
Odontologas	2 272	2 453	2 249	2 395	2 287	2 408
Šiaulių apskritis						
Gydytojas	831	824	825	820	803	783
Bendrosios praktikos (šeimos)	163	165	168	174	171	172
Vidaus ligų	215	211	206	200	196	186
Vaikų ligų specialistas	108	101	94	94	95	89
Chirurgas (įskaičiuoti vaikų chirurgai ir ortopedai-traumatologai)	90	86	83	82	82	86
Akušeris-ginekologas	62	57	64	60	55	50
Oftalmologas	22	20	22	19	18	21
Otorinolaringologas	23	22	22	23	24	22
Psichiatras	38	41	38	35	35	37
Slaugytojas	2 535	2 518	2 482	2 482	2 448	2 382
Odontologas	154	158	146	145	128	146
Šiaulių m. sav.						
Gydytojas	507	509	515	514	503	487
Bendrosios praktikos (šeimos)	90	87	87	91	92	91
Vidaus ligų	125	129	125	122	117	108
Vaikų ligų specialistas	62	59	56	58	59	56
Chirurgas (įskaičiuoti vaikų chirurgai ir ortopedai-traumatologai)	61	59	58	57	56	59
Akušeris-ginekologas	35	32	38	36	32	31
Oftalmologas	13	13	14	12	11	14
Otorinolaringologas	15	14	14	15	15	15
Psichiatras	27	27	25	23	24	24
Slaugytojas	1 263	1 292	1 281	1 294	1 306	1 277
Odontologas	93	96	84	86	71	83
Šiaulių r. sav.						
Gydytojas	52	51	50	47	45	46
Bendrosios praktikos (šeimos)	22	25	25	23	23	23
Vidaus ligų	11	11	12	11	9	11
Vaikų ligų specialistas	6	4	4	4	4	3
Chirurgas (įskaičiuoti vaikų chirurgai ir ortopedai-traumatologai)	3	3	2	2	2	2
Akušeris-ginekologas	4	2	2	2	2	2
Oftalmologas	1	1	1	1	1	1
Otorinolaringologas	1	1	1	1	1	1
Psichiatras	2	2	2	2	2	2
Slaugytojas	194	187	176	177	176	167
Odontologas	12	14	13	13	13	13

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Statistikos departamento duomenimis

Eilės pas gydytojus specialistus (2011-01-12 duomenys)

	Trumpiausia laukimo trukmė	Ilgiausia laukimo trukmė
VšĮ Regioninė Telšių ligoninė		
Echoskopuotojo	1	9
Endoskopuotojo	13	13
Kardiologo	20	21
Neurologo	1	17
Vaikų kardiologo	2	4
Vaikų pulmonologo	6	10
Ambulatorinėmis sąlygomis: kompiuterinė tomografija	21	21
Viešoji įstaiga Šiaulių ligoninė		
Anesteziologo reanimatologo	0	7
Chirurgo	0	31
Dermatovenerologo	0	14
Echoskopuotojo	3	31
Endokrinologo	0	31
Endoskopuotojo	4	24
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo	2	21
Gastroenterologo	0	27
Genetiko	8	8
Hematologo	4	4
Infektologo	0	20
Kardiologo	3	31
Klinikinio fiziologo	0	20
Klinikinio toksikologo	0	0
Koloproktologo	3	3
Kraujagyslių chirurgo		
Nefrologo	3	17
Neurochirurgo	0	13
Neurologo	3	27
Oftalmologo	3	26
Onkologo chemioterapeuto	12	31
Onkologo radioterapeuto	4	18
Ortopedo traumatologo	3	11
Otorinolaringologo	0	28
Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydytojo	0	0
Psichiatro	0	0
Pulmonologo	0	3
Radiologo / Rentgenodiagnostikos gydytojo	0	0
Reumatologo	3	31
Širdies chirurgo		
Urologo	19	31
Vaikų alergologo	2	9
Vaikų chirurgo	0	0
Vaikų endokrinologo	5	21
Vaikų gastroenterologo	0	0
Vaikų hematologo	0	0
Vaikų ir paauglių psichiatro	0	0
Vaikų kardiologo	21	21
Vaikų ligų gydytojo	0	0
Vaikų nefrologo	0	0
Vaikų neurologo	0	0
Vaikų oftalmologo	11	12
Viešoji įstaiga Kuršėnų ligoninė		
Echoskopuotojo	8	10
Endokrinologo	7	7
Neurologo	4	4

Šaltinis: sudaryta autoriaus, remiantis Šiaulių TLK. (2011). Eilės pas gydytojus specialistus. Prieiga per internetą:
<http://www.siauliutlk.lt/index.php?1760259825>