

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

**Rolandas BURKAUSKAS**  
Vadybos studijų programos studentas

**MINIMALIAI INVAZINĖS CHIRURGIJOS PASLAUGŲ  
PLĖTROS TENDENCIJOS RESPUBLIKINĖJE ŠIAULIŲ  
LIGONINĖJE**

Magistro darbas

Šiauliai, 2013

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

**Rolandas BURKAUSKAS**

**MINIMALIAI INVAZINĖS CHIRURGIJOS PASLAUGŲ  
PLĖTROS TENDENCIJOS RESPUBLIKINĖJE ŠIAULIŲ  
LIGONINĖJE**

Magistro darbas  
Socialiniai mokslai, Vadyba (N200)  
Specializacija – Viešasis administravimas

**Darbo vadovas:  
prof. dr. Teodoras TAMOŠIŪNAS**

Teigiu, kad magistro darbas, kurį teikiu vadybos studijų krypties magistro kvalifikaciniam laipsniui įgyti yra originalus autorinis darbas.

---

(Studento parašas)

## SANTRAUKA

Rolandas Burkauskas (2013). **Minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros tendencijos Respublikinėje Šiaulių ligoninėje**. Magistro darbas.

Magistro darbe nagrinėjami teoriniai sveikatos priežiūros reformų ir tolimesnės plėtros aspektai: sveikatos politikos pasaulinė raida, sveikatos priežiūros reformos, kaip viešojo administravimo reformų dalis. Darbe analizuojama strateginio planavimo, regionų plėtros, vadybos ir marketingo įtakos problemos sprendimui. Teoriniame tyrime pateikiama sveikatos priežiūros paslaugų kokybės samprata, įvardinami Lietuvos sveikatos politikos pagrindiniai principai, atlikta Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros sistemos reformos situacijos analizė, išnagrinėjus sveikatos priežiūros sistemos ir jos reformos teisinį reglamentavimą, integracijos į ES įtaką sveikatos reformos eigai, ES komisijos ataskaitas. Remiantis šia analize, darbe patvirtina, kad Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros politika turi atitikti tiek bendrą ES politiką, tiek LR Vyriausybės prioritetinius strateginius tikslus.

Darbe pateikiama ekspertų: sveikatos priežiūros profesionalų ir ekspertų – pacientų sveikatos priežiūros įstaigų, pagrinde – Respublikinės Šiaulių ligoninės, pertvarkymo, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vadybos ir sveikatos reformos vertinimo nuomonių analizė. Atskirai ekspertai – profesionalai vertino pagrindinį šio magistro darbo klausimą: minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų situaciją pasaulyje, Lietuvoje ir Respublikinėje Šiaulių ligoninėje. Ypatingas dėmesys ekspertų – profesionalų tarpe buvo skiriamas minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros perspektyvoms Respublikinėje Šiaulių ligoninėje.

Tyrimu pagrįsta, kad, vykdant Lietuvos Respublikos sveikatos reformą, Respublikinė Šiaulių ligoninė tampa LR lygmens ir ES standartus atitinkanti gydymo įstaiga. Ligoninėje teikiamos minimaliai invazinės chirurgijos paslaugos atitinka bendrą pasaulinę ir Lietuvos situaciją šioje srityje. Tačiau šios paslaugos, jų apimtis dar nėra pilnai pakankamos, bet tai didžia dalimi priklauso nuo bendros sveikatos priežiūros sistemos situacijos Lietuvoje. Magistro darbo pabaigoje suformuluotos išvados, rekomendacijos, sudaryta schema, kuri iš dalies leistų pagerinti šių paslaugų teikimą ir prieinamumą Respublikinėje Šiaulių ligoninėje.

**Reikšminiai žodžiai:** sveikatos priežiūros reforma, minimaliai invazinė chirurgija, Respublikinė Šiaulių ligoninė.

## SUMMARY

Rolandas Burkauskas (2013). **The service development tendencies of minimally invasive surgery in Šiauliai Republican hospital.** Master's thesis.

Master's thesis aims to discuss the theoretical aspects of health care reform and further development features: the development of global health policy, health care reforms as the public administration reforms. The paper analyzes the problems of influence due to strategic planning, regional development, management and marketing. The theoretical study provides the concept of health care services, indicates the main principles of Lithuanian health policy, the situational analysis of health care reform of the Republic of Lithuania has been done while examining the health care system and its reform of the legal framework, the influence of integration into the EU's on the course of health care reform, the EU commission reports. According to this analysis, the paper confirms that the Lithuanian health policy must satisfy both: the general EU policies and the priorities of the Republic of Lithuania government's strategic objectives.

The paper provides the experts – health care professionals and the experts from the health care organizations, basically – Šiauliai Republican hospital, the reorganization, the opinion analysis of health care quality management and evaluation of health reform. Separately experts – professionals have evaluated the main question of this thesis – the world based situation of minimally invasive surgery, in Lithuania and in Šiauliai Republican hospital. Particular attention among the experts – professionals has been paid to the perspectives of service development tendencies of minimally invasive surgery in Šiauliai Republican hospital.

The research confirmed that, during the implementation of the health reform in the Republic of Lithuania Šiauliai Republican hospital gains the hospital standards of LR level as well as the EU standard. The hospital provides a minimally invasive surgery coincide with the general global situation and Lithuanian as well in this field. However, these services, their scope has not fully reached the needed satisfactory level yet but this is largely dependent on the overall health care situation in Lithuania. At the end of master's thesis conclusions, recommendations, the scheme, which can partly improve the provision and availability of services in Šiauliai Republican hospital are provided.

**Key words:** health care reform, minimally invasive surgery, Šiauliai Republican hospital.

## TURINYS

ĮVADAS.....	10
1. TEORINIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PLĖTROS TENDENCIJŲ KAIP VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO REFORMŲ SUDĖTINĖS DALIES DISKURSAS, LIETUVOS RESPUBLIKOS SITUACIJOS ANALIZĖ .....	15
1. 1. Sveikatos priežiūros reformų analizė viešojo administravimo ir marketingo požiūriais .....	15
1. 1. 1. Sveikatos politikos raidos analizė .....	15
1. 1. 2. Sveikatos priežiūros reformos kaip šiuolaikinių viešojo administravimo reformų dalis .....	17
1. 1. 3. Strateginis planavimas, pokyčiai, inovacijos sveikatos priežiūros paslaugų plėtroje ...	18
1. 1. 4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikšmė sveikatos priežiūros plėtrai .....	28
1. 1. 5. Sveikatos priežiūros vadybos ir marketingo koncepcijų integracija į sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų plėtros modelį .....	36
1. 2. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros sistemos reformos situacijos analizė .....	37
1. 2. 1. Lietuvos Respublikos sveikatos reformos ir sveikatos priežiūros paslaugų bei įstaigų restruktūrizavimo teisinis reglamentavimas .....	37
1. 2. 2. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos vertinimas ES komisijos ataskaitoje .....	42
1. 2. 3. Lietuvos Respublikos integracijos į ES įtaka sveikatos reformos eigai .....	43
1. 2. 4. Sveikatos politikos klausimai Lietuvos Respublikos nacionalinėje darnaus vystimosi strategijoje.....	44
1. 2. 5. Apskričių reformos Lietuvoje vaidmuo sveikatos priežiūros įstaigų ir jų veiklos pertvarkyme .....	45
1. 2. 6. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos tolimesnės plėtros būtinybė .....	48
1. 2. 7. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos tolimesnės plėtros metmenys.....	50
1. 3. Minimaliai invazinė chirurgija.....	50
2. MINIMALIAI INVAZINĖS CHIRURGIJOS PASLAUGŲ PLĖTROS TENDENCIJOS RESPUBLIKINĖJE ŠIAULIŲ LIGONINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS REFORMOS METU.....	54
2. 1. Tyrimų metodika .....	54
2. 2. Medicinos reformos ir minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje analizė .....	60
2. 2. 1. VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės stacionaro veiklos analizė .....	63
2. 2. 2. VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės kokybės vadybos sistemos analizė .....	70

2. 2. 3. Všį Respublikinės Šiaulių ligoninės finansinė – ekonominė analizė .....	74
2. 3. Minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros Respublikinėje Šiaulių ligoninėje ekspertinis vertinimas.....	81
IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS .....	86
LITERATŪRA .....	89
PRIEDAI .....	96

## PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

- 1 pav.** Magistro darbo tyrimo loginė schema.
- 2 pav.** Magistro darbo loginė schema.
- 3 pav.** Lovų skaičius.
- 4 pav.** Pacientų skaičius.
- 5 pav.** Mirusių pacientų skaičius.
- 6 pav.** Šiaulių miesto ir rajonų gyventojų santykis, gydomų RŠL.
- 7 pav.** Lovos funkcionavimas (dienomis).
- 8 pav.** Lovos apyvarta.
- 9 pav.** Vidutinė gulėjimo trukmė (dienomis).
- 10 pav.** Letališkumas (%).
- 11 pav.** Operacijų skaičius.
- 12 pav.** Operacinis aktyvumas (%).
- 13 pav.** Apsilankymų skaičius konsultacijų poliklinikoje.
- 14 pav.** Ambulatorinės specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (atvejų skaičius).
- 15 pav.** Dienos stacionaro paslaugos (lovadienių skaičius).
- 16 pav.** Dienos chirurgijos paslaugos (atvejų skaičius).
- 17 pav.** Apklaustų pacientų pasiskirstymas pagal lytį.
- 18 pav.** Gydytojų darbo vertinimas.
- 19 pav.** Slaugytojų darbo vertinimas.
- 20 pav.** Gydančio gydytojo pateikta informacija apie paskirtus vaistus.
- 21 pav.** Ligoninės ir teritorinių ligonių kasų 2011 m. sutartinės sumos paslaugų suma.
- 22 pav.** 2011 m. ligoninės ir jos filialų faktiškai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų suma.
- 23 pav.** Ligoninės pajamų iš PSDF kitimas 2009 – 2011 m.
- 24 pav.** 2011 m. pajamų struktūra pagal paslaugų rūšis.
- 25 pav.** Pajamų už mokamas paslaugas dinamika 2009 – 2011 m. laikotarpiu.
- 26 pav.** Lėšų, skirtų skubios konsultacinės pagalbos programai vykdyti, dinamika 2009 – 2011 m. laikotarpiu.
- 27 pav.** Skubios konsultacinės pagalbos lėšų dinamika pagal išlaidų straipsnius 2009 – 2011 m. laikotarpyje.
- 28 pav.** Respublikinės Šiaulių ligoninės minimaliai invazinės chirurgijos plėtros schema.

## LENTELIŲ SARAŠAS

- 1 lentelė** Visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros sistemų reformos kryptys.
- 2 lentelė** Inovacijų klasifikavimas.
- 3 lentelė** Sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimai.
- 4 lentelė** Paslaugų kokybės koncepcijos palyginimas sveikatos priežiūros ir marketingo požiūriais.
- 5 lentelė** Pirmosios minimaliai invazinės pilvo ertmės operacijos.
- 6 lentelė** Pirma ekspertų grupė: pacientų organizacijų atstovai.
- 7 lentelė** Antra ekspertų grupė: gydytojai profesionalai.
- 8 lentelė** Respublikinės Šiaulių ligoninės teikiamų paslaugų lygiai pagal atskiras specialybes
- 9 lentelė** Pagrindinės operacijos, atliekamos Respublikinėje Šiaulių ligoninėje.
- 10 lentelė** Pacientų apklausų skaičius 2009 –2011 metais.
- 11 lentelė** 2011 metų asmens sveikatos priežiūros paslaugų vykdymas VšĮ RŠL.
- 12 lentelė** Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 metų sąnaudos.
- 13 lentelė** Magistro darbo išvados ir rekomendacijos.



## ĮVADAS

*Tyrimo problematika ir aktualumas.* Siekdamas gerinti veiklos ir paslaugų kokybę vis daugiau organizacijų yra priverstos pertvarkyti bei optimizuoti savo veiklą ir atlikti veiksmingas reformas. Pagrindinis reformų siekis ir tikslas – pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę bei efektyvumą.

Lietuvos, kaip ir daugelio kitų šalių, visuomenė gyvena transformacijų laikotarpiu, kuriam būdingos politinės, ekonominės, socialinės reformos. Reformų neišvengia ir sveikatos sistemos apsauga. Daugelyje Europos šalių vyksta sveikatos priežiūros sistemų reformos. Jos vyksta dėl to, kad tų šalių gyventojų, politikų ir sveikatos priežiūros sistemos bei jos organizacijų vadovų netenkina esama padėtis sveikatos priežiūros finansavimo, organizavimo bei paslaugų teikimo prasme. Pagrindinis sėkmingų sveikatos priežiūros sistemų reformų rodiklis yra ne trumpalaikis biudžeto išlaidų sveikatos priežiūrai sumažinimas, bet teigiami gyventojų sveikatos pokyčiai. Taigi, didėjanti kokybės svarba mūsų šalies sveikatos priežiūrai verčia naujai pažvelgti į dabartinę situaciją ir analizuoti medicinos kokybės klausimus (Paukštys, Šileikienė, 2004).

Reformas, susijusias su sveikatos apsaugos paslaugomis, siejamos ir su visuomenės, kaip vartotojų visuomenės, ar vartotojų kultūros tapsmu. Kaip teigia J. Clarke (2006), vartotojas užima svarbią vietą šioje reformos trajektorijoje, nes būtent jis skatina, kad viešosios paslaugos daugiau atitiktų rinkos modelį. Visuomenė reikalauja iš viešojo sektoriaus institucijų ne tik efektyvumo, atskaitomybės ar naujų veiklos formų (Puškorius, Raipa, 2002), bet ir daugiau rinkos subjektams būdingų tarpusavio santykių, teikiant paslaugas. Viešųjų paslaugų teikėjai turi pasiekti pusiausvyrą tarp finansinių, institucinių pajėgumų, sveikatos apsaugos sistemos, politikos reikalavimų ir klientų lūkesčių dėl paslaugos vertės. Taigi organizacijos, atsakingos už sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir administravimą, klientų poreikių tenkinimą, nuolat susiduria su problema, kaip efektyviau organizuoti paslaugų teikimą ir užtikrinti klientų pasitenkinimą.

Vadinasi į analizuojamą problemą galima pažvelgti iš dviejų perspektyvų: *viešojo valdymo ir marketingo*.

Žvelgiant į šiame darbe analizuojamą problemą iš viešojo administravimo perspektyvos, domėjimosi centras persikelia į viešojo sektoriaus efektyvumo, viešojo intereso paisymo, viešosios politikos formavimo, biurokratijos suvaržymo, atskaitomybės, atsakomybės ir kitus su viešojo sektoriaus valdymu susijusius aspektus, strateginio planavimo, regionų plėtros tendencijas.

Žvelgiant iš marketingo perspektyvos, pagrindinis paslaugas teikiančios įmonės (tame tarpe ir sveikatos priežiūros) tikslas – didinti vartotojų pasitenkinimą, gerinant paslaugų kokybę, kadangi egzistuojantys tyrimai nurodo paslaugų kokybės ir vartotojų pasitenkinimo ryšius su tolimesniais vartotojų ketinimais paslaugų įmonės atžvilgiu, rekomendacijomis, elgsenos pasikeitimu,

pelningumu, paslaugos vertės suvokimu (Piligrimienė, 2010). Šiandieninė sveikatos priežiūros įstaigų kasdienybė reikalauja sugebėjimo teikti kokybiškas paslaugas. Keičiantis visuomenės požiūriui į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, pradėta vis daugiau reikalauti kokybiškesnių ir įvairiapusiškesnių paslaugų. Todėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės tyrimai šiuolaikinės rinkos sąlygomis įgauna vis didesnę reikšmę ir naudą, kurie reikalauja teorinio ir praktinio pagrindimo.

Norint paskatinti ligoninių reformą ir atkurti visuomenės pasitikėjimą sveikatos sistema, reikės ilgalaikio politinio ryžto, bendrų sveikatos apsaugos ministerijos ir valstybinės ligonių kasos pastangų. Būtina tęsti ligoninių infrastruktūros reformą ir siekti, kad žemesnio lygmens įstaigose būtų teikiamos tik tam tikros paslaugos, kurios atitinka ligonių poreikius saugioje aplinkoje. Reikėtų keisti paslaugų apmokėjimo teikėjams sistemą bei išlaikyti paskatas kuo plačiau taikyti dienos, minimaliai invazinę chirurgiją. Taigi, sveikatos apsaugos sistemų reformų gerinimas tampa aktualia praktinių ir teorinių diskusijų tema.

Šiame darbe sistema kuriama tik vienam iš sveikatos apsaugos sistemos elementų – minimaliai invazinei chirurgijai. Ko gero, nei vienoje medicinos srityje technika ir praktikos įgūdžiai nėra tiek reikšmingi, kiek chirurgijoje. Šiuolaikinę chirurgijos lygį lėmė didžiuliai įvairių mokslo sričių, o ne tik medicinos pasiekimai. Taip sparčiai atsiranda galimybės atlikti sudėtingas, saugias, anksčiau neįmanomas operacijas, taikyti naujus gydymo metodus. Chirurgų ir jų bendradarbių mintys pagrįdė kryptą į operacijas. Todėl chirurginių skyrių darbo esmė, prasmė ir tikslas – efektyvi, techniškai kuo tobulesnė ir saugi operacija. Visiškai natūralu, kad, esant tokioms sąlygoms, šitaip tobulėjant operacijoms, truputį ėmė atsilikti kompleksinio požiūrio į žmogų, kaip ypač sudėtingą visumą, formavimas.

Be abejonės šio darbo autorius sutinka, kad, siekiant sveikatos apsaugos sistemos reformos efektyvumo, neužtenka apsiriboti tyrimais vienoje iš sveikatos paslaugų sričių – minimaliai invazine chirurgija, tačiau laikomasi požiūrio, jog, siekiant tyrimo rezultatų prasmingumo ir praktinio pritaikomumo, kiekvieną sritį (chirurgiją, ginekologiją ar kt.) reikia analizuoti atskirai.

*Mokslinės problemos pagrindimas ir ištyrimo lygis.* Sveikatos priežiūros sistemos įtaka individo ar visos populiacijos sveikatos būklei pradėta tirti XX amžiaus pradžioje, kai chirurgas Ernestas A. Codmanas pasiūlė ligoninėms viešai skelbti chirurginių intervencijų rezultatus. Šiuo metu sveikatos reformos nuolat vyksta daugumoje šalių. Tik skiriasi jų mastas, eiga, spartumas, tikslai. Dauguma užsienio šalių mokslininkų sveikatos priežiūros reformas aprašo, kaip sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo procesą (A. Donabedian, 1988, 2003). K. Hurst (1996), A. Lang (2002) pacientų sveikatos priežiūros reformų metu aprašo kaip pagrindinę ašį, apie kurią

vyksta reformos. Pasaulio globalizacijos įtaką sveikatos priežiūros reformų vyksmui savo darbuose nagrinėjo R. P. Clark (2000), R. Wood (2006), A. D. Lopez (2006), A. Deaton (2004) ir kt.

Lietuvos mokslininkų darbuose sveikatos apsaugos reforma taip pat analizuojama. Tik nenagrinėjamos chirurgijos ir jos šakos – minimaliai invazinės chirurgijos, paslaugų tendencijos vykstančios sveikatos reformos metu. Šie duomenys pateikiami tik oficialiai LR Seimo, Vyriausybės, SAM, VLK, TLK ataskaitose. Sveikatos reformos tikslus, uždavinius, pasiekimus ir trūkumus nagrinėja D. Jankauskienė (2009). A. Rapolevičiūtė (2006). D. Jankauskienė (2005) apžvelgia vartotojų požiūrį į sveikatos reformą. R. Kalėdienė (2004) nagrinėja šiuolaikinės sveikatos vadybos svarbą Lietuvos sveikatos reformos sėkmei. Ta pati autorė (2007) lygina sveikatos rodiklių pokyčius sveikatos reformos metu, tapatina su Europos sąjungos šalių analogiškais rodikliais. R. Pečiūra (2010) nagrinėja sveikatos politikos efektyvumo užtikrinimo instrumentus. G. Černiauskas, D. Jankauskienė (2010) apžvelgia antrąjį sveikatos reformų dešimtmetį. A. Jociūtė (2010) pateikia duomenis apie Lietuvos žmonių sveikatos pokyčius sveikatos reformos eigoje.

Minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtra šiame darbe analizuojama ne kaip procesas, bet kaip būtinų priimtų sprendimų visuma, siekiant sveikatos priežiūros sistemos reformos efektyvumo. Kaip žinia, viešosios reformos efektyvios sąlyginai galimos laikyti tuomet, kai jų padariniai tenkina ir visuomenės (šiuo atveju pacientų – klientų), ir viešojo valdymo interesus. Todėl šiame darbe kuriama sistema, integruojanti viešojo valdymo ir marketingo požiūrius, tikėtina leis pasiekti efektyvios minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų, kaip sveikatos apsaugos sistemos dalies, plėtos.

Apibendrinant galima teigti, kad mokslinėje literatūroje nėra gausu darbų, kuriuose chirurgijos ir tuo labiau minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų reformos būtų sistemingai analizuojamos. Darbų, kuriuose į šią problemą būtų pažvelgta iš dviejų perspektyvų autorius nerado. Todėl šiame magistriniame darbe keliamas toks *probleminis klausimas*: kokie turi būti priimti sprendimai, kad minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtra sveikatos apsaugos reformos kontekste atitiktų visuomenės poreikius ir sistemos (politikos ir viešojo valdymo) reikalavimus, o pati sveikatos apsaugos sistemos reforma būtų pripažinta kaip sėkminga (efektyvi)?

*Tyrimo objektas* – minimaliai invazinės chirurgijos paslaugos.

*Tyrimo dalykas* – minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtos tendencijos Respublikinėje Šiaulių ligoninėje.

*Darbo tikslas* – parengti ir pagrįsti integruotą, t.y. viešojo valdymo ir marketingo požiūrius integruojančią minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtos sistemą, kurios taikymas iš dalies laiduotų sveikatos apsaugos sistemos reformos Respublikinėje Šiaulių ligoninėje efektyvumą.

Tikslo siekiama realizuojant šiuos *uždavinius*:

1. Atlikti viešojo sektoriaus reformos koncepcijos ir struktūros teorinę analizę, akcentuojant sveikatos apsaugos aspektą.
2. Išanalizuoti sveikatos apsaugos paslaugų plėtros koncepcijas, integruojančias viešojo valdymo ir marketingo požiūrius.
3. Atlikti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros dekompoziciją ir išskirti savo turiniu ir tikslais skirtingas sistemos dimensijas.
4. Sudaryti integruotą, t.y. viešojo valdymo ir marketingo požiūrius integruojančią minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros sistemą Respublikinėje Šiaulių ligoninėje.

Minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros tendencijas apibūdina šie *pagrindiniai ginamieji teiginiai*:

1. Vykdant Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros reformą ir Respublikinei Šiaulių ligoninei tampant tvirta respublikinio lygmens daugiaprofiline gydymo įstaiga, būtina minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtra.

2. Būtinai minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų prieinamumo gerinimas organizacine, komunikacine, ekonomine prasme.

3. Aktyviai dalyvauti Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros reformoje, respublikinėje chirurgijos pertvarkoje. Parengti, patvirtinti ir siekti įgyvendinti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros sistemą Šiaulių krašte.

4. Siekti kokybiškų, LST EN ISO 9001 standartus atitinkančių, minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų teikimo, gerinant materialinę – techninę bazę, pritraukiant naujus – jaunus specialistus, skatinant personalo mokymus, kvalifikacijos kėlimą, mokslinių darbų ruošimą ir gynimą.

5. Plėsti dienos stacionaro minimaliai invazinės chirurgijos paslaugas, mažinant lovdienių skaičių.

6. Chirurginių operacijų kaitos tendencijos – minimaliai invazinė chirurgija tausoja ligonį, trumpina stacionarinį gulėjimo laiką, nedarbingumą, sumažina pooperacinių komplikacijų riziką.

7. Šiaulių krašto rajonų ligoninėse turi išlikti būtinoji – skubi ir ambulatorinė konsultacinė chirurginė pagalba, atsisakant sudėtingų, reikalaujančių aukštos kvalifikacijos, atvirų ir minimaliai invazinių operacijų, tuo pačiu pagerinant rajonų gyventojų prieinamumą šioms operacijoms Respublikinėje Šiaulių ligoninėje. Jie į šią ligoninę turi patekti pirmumo tvarka.

*Tyrimo metodika.* Kaip jau minėta, modelis rengiamas integruojant dvi perspektyvas: viešojo valdymo (sveikatos reformos dalyvių kaip ekspertų nuomones) ir marketingo (klientų – pacientų nuomones). Darbo tikslui pasiekti pasirinkta kokybinio tyrimo strategija (konstruktyvistinė prieiga).

Turint omenyje tyrimė analizuojamą problemą bei minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų teikimo valdymo ir plėtros ypatumus, bei faktą, jog šia tematika yra mažai analizuojama, galima daryti prielaidą, kad konstruktyvistinė prieiga — kuo daugiau remtis tiriomojo požiūriais į tiriama situaciją, leis tinkamai pažinti tyrimo objektą. Ir, kaip teigia B. Bitinas ir kt. (2008), kokybinio tyrimo rezultatai nebūtinai yra nauji, esmė ta, kad jie nėra tyrėjo asmeninė išmonė, o pagrįsti grupės informantų nuomonių apibendrinimu. Kokybinio tyrimo atveju svarbiu informacijos šaltiniu tampa tai, kas pasakoma interviu metu, kokios reikšmės tam suteikiamos. Čia atsižvelgiama į įvairius nagrinėjamos problemos niuansus, subtilumus, subjektyvumus (Ruškus ir kt., 2005).

Kokybinės prieigos pagrindu yra siekiama identifikuoti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros valdymo sprendimus (ekspertų –gydytojų (chirurgų) interviu). Remiantis gautais atliktų tyrimų rezultatais, parengti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros sistema, atspindinčią sveikatos apsaugos reformos ir visuomenės poreikius. Šiame darbe bus taikomas iš dalies struktūruotasis interviu. Pagrindinis šio tyrimo privalumas: interviu gaunama išsamesnių, susistemintų duomenų, lyginant su neformalioju interviu, o pats interviu lieka neformalus, t.y. vyksta pokalbio (bendravimo) forma (Bitinas, Rupšienė, Žydžiūnaitė, 2008). Galima teigti, kad atliekant tokio pobūdžio tyrimus, kur apklausiamieji yra chirurgijos paslaugų plėtros ekspertai, pats tinkamiausias metodas – kryptingasis (iš dalies struktūruotasis) interviu, jo metu yra galimybė užmegzti psichologinį kontaktą su informantais, įgyjamas jų pasitikėjimas, o tai gali įtakoti teisingus bei tikslus rezultatus.

# 1. TEORINIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PLĖTROS TENDENCIJŲ KAIP VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO REFORMŲ SUDĖTINĖS DALIES DISKURSAS, LIETUVOS RESPUBLIKOS SITUACIJOS ANALIZĖ

## 1. 1. Sveikatos priežiūros reformų analizė viešojo administravimo ir marketingo požiūriais

### 1. 1. 1. Sveikatos politikos raidos analizė

Šalies žmonių sveikata priklauso nuo socialinių ir ekonominių sąlygų, o nuo žmonių sveikatos priklauso valstybės ekonominis klestėjimas. Tik sveiki žmonės gali produktyviai dirbti, aktyviai dalyvauti ekonominiame, socialiniame ir politiniame gyvenime. Piliečių sveikata yra šalies pažangos matas. Gyventojų sveikatos gerinimas ir sveikatos priežiūros užtikrinimas yra svarbi ir ekonominio augimo sąlyga. Kad suprasti, įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą, būtina paanalizuoti socialinę politiką, ją apibūdinančius rodiklius, sveikatos priežiūros paslaugų bendrą suvokimą, turinį, raidą, jų vystymąsi įtakančius veiksnius. Visuomenės sveikatos infrastruktūra tiesiogiai lemia gyvenimo kokybę, žmonių darbingumą ir darbingo amžiaus trukmę. Gyventojų sveikatos gerinimas bei sveikatos priežiūros užtikrinimas yra svarbi ir ekonominio augimo sąlyga.

McGraw – Hill Modernios Medicinos žodynas (2002) sveikatos priežiūros paslaugas apibūdina kaip: 1) veiklos vienetą, teikiantį stacionarias arba ambulatorines žmogaus ligų ar disfunkcijų diagnostikos ar gydymo paslaugas; vaistų ar medicinos technologijos (įrangos) naudojimą, gydant žmogaus ligas ar disfunkciją; 2) procedūrą, atliekamą asmens ligos diagnozei ar gydymui. PSO (Pasaulinė sveikatos organizacija) (2000) nurodo, kad sveikatos priežiūra apima visas prekes ir paslaugas, skirtas gerinti sveikatą, įskaitant „prevencines, gydančias ir sveikatos būklę lengvinančias intervencijas, nukreiptas į individą ar visuomenę“.

Pasaulyje egzistuoja daug įvairių sveikatos priežiūros sistemų. Vienose šalyse sveikatos priežiūros planavimas paskirstytas tarp skirtingų rinkos dalyvių, kitose jis atliekamas labiau centralizuotai, dažniausiai šalies vyriausybės, rečiau įvairių asociacijų ar kitų suinteresuotų institucijų, kurios teikia sveikatos priežiūros paslaugas (Piligriminė, 2010). Dėl sveikatos priežiūros paslaugų kompleksiskumo ir sudėtingumo egzistuoja įvairios sveikatos priežiūros paslaugų klasifikacijos (pagal jų pobūdį, aprėpimo lygį, organizavimo būdus, specializaciją ir kt.).

Sveikatos priežiūros vadybos tobulinimas susietas su sektoriaus, sistemų ir organizacijų strategijų, infrastruktūros, technologijų ir procesų pokyčiais (Janušonis, 2008). Tobulinimo tikslas – efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas. Galimybės čia yra didelės – beveik trečdalis sveikatos priežiūrai skirtų lėšų naudojama neefektyviai (Alper, 2002). Sveikatos vadybos pokyčiams labai svarbios yra sistemos ir jos organizacijų strategijos. Todėl, norint užtikrinti sveikatos apsaugos sistemos architektūros planavimo ir organizavimo proceso kokybišką

funkcionavimą ir ypač strateginio proveržio – strateginio efekto galimybę, būtina išugdyti strateginį raštingumą, strateginį mąstymą ir analizę (Smilga, Janušonienė, 2006). Kaip ir viešajame administravime sveikatos priežiūros sektoriuje būtinas platus bendradarbiavimas. Sveikatos priežiūros sistema negali veikti izoliuotai – būtinas nuolatinis bendravimas su bendruomenių organizacijomis, asmens sveikatos priežiūros sektoriumi, akademinėmis institucijomis, nevyriausybinėmis organizacijomis.

Sveikatos politika – tai suderintas visų visuomenės politinių, socialinių bei ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų prevencijai bei savalaikiai efektyviai medicinos pagalbai teikti (Grabauskas, 1997). Visuomenės sveikatos politika – tai priemonių kompleksas aplinkos pokyčiams vykdyti, siekiant geresnės žmonių sveikatos (Janušonis, 2008). Sveikatos politikos formavimas ne visada yra loginis ir racionalus, tęstinis ir moksliskai pagrįstas. Dažniau sveikatos politikos procesą lemia politinės jėgos ir interesai (Ham, 1991). Sveikatos politikos procesas – tai formų ir metodų, naudojamų pokyčiams daryti, visuma, siekiant geresnės žmonių ir visuomenės sveikatos (Janušonis, 2008). Šiame procese mokslininkai (Ritsatakis, 2000) išskiria kelias sudedamąsias: pagrindinis tikslas, tikslai, politika, strategijos, objektai.

Pagrindinė sveikatos politikos formavimo strategija – PSO suformuoti „sveikata visiems“ principai, išvystyti ir tikslinti po to vykusiose tarptautinėse konferencijose Alma – Atoje (WHO, 1978), Otavoje (WHO, 1986), Adelaidėje (WHO, 1988), Sandsvole (WHO, 1991), Džakartoje (WHO, 1997) (Pangonienė, 2010). Europos Sąjungos ir jos šalių sveikatos politikos strategijos buvo vystomos remiantis PSO strategijomis. Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų šalių, palaikomos sveikų miestų, sveikos aplinkos, sveiko maisto, gyvenimo kokybės ir kitos iniciatyvos. Sveikatos politika, pereinant iš sovietinio į dabartinį draudiminį modelį, Lietuvoje buvo pakankamai nuosekli, laipsniška, bet akivaizdu – per lėta, bet orientuota į PSO ir Europos Sąjungos politiką (Pangonienė, 2010). Tai didžia dalimi sąlygojo visiškai naujos teisinės bazės, naujų struktūrų sukūrimas ir nuolatinis jos tobulinimas .

Mokslininkų dažniausiai išskiriamos priežastys, kurios verčia keisti sveikatos priežiūros politiką, formuoti naują strategiją ir tolimesnę plėtrą (Janušonis, 2008) : socialinės – ekonominės ir gamtinės aplinkos pokyčiai; žmonių gyvensenos ir elgsenos pokyčiai; augantys sveikatos priežiūros kaštai ir nepakankamas finansavimas; išteklių paskirstymo netolygumai viduje sistemos; funkcijų dubliavimas. Pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos reformos, tuo pačiu ir sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą, skatinančios jėgos (Hadrige, Hodgson, 1994; Burdred, 2001): ekonominis stresas; informacijos prieinamumo didėjimas; inovacijų pasiūlos augimas; finansavimo pokyčiai; paslaugų teikimo sistemose pokyčiai; tarptautinės perspektyvos; socialinių normų pokyčiai; visuomeninių

vertybių pokyčiai; demografiniai pokyčiai; sveikatos priežiūros poreikių pokyčiai; politiniai sprendimai.

Bet vykdant sveikatos reformas, sveikatos priežiūros plėtrą, sveikatos politikai susiduria su strateginėmis problemomis (M. E. Porter, E. O. Teisberg, 2005): per daug platūs sveikatos priežiūros profiliai; per daug siauras vidinis požiūris į sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, teikiamos paslaugos yra dezintegruotos; pacientų ir paslaugų rinka geografiškai per daug lokalizuota. Reformos rezultatai netenkina gyventojų, nes mažinant vietų skaičių stacionariose sveikatos priežiūros įstaigose, neplečiamas pirminių sveikatos priežiūros įstaigų tinklas, lygiagrečiai nevykdoma socialinių paslaugų plėtra ir todėl šių paslaugų prieinamumas, ypač atokesnių vietovių gyventojams, mažėja.

Modernioji vadyba leidžia pažvelgti į sveikatos apsaugos sistemą kaip į vieną sudėtinių valstybės strateginio valdymo posistemių. Mokslininkai teigia, kad efektyvesnė sveikatos apsaugos sistemos politika įmanoma tik suderinus visų valstybės vystymo strategijos posistemių tikslus ir veiklą tiek šalies viduje, tiek ES regiono atžvilgiu.

### **1. 1. 2. Sveikatos priežiūros reformos kaip šiuolaikinių viešojo administravimo reformų dalis**

XX a. pabaigoje viešojo administravimo vidinė ir išorinė aplinka tapo ypač sudėtinga. Išaugo valdžios apimtis, o tai apsunkino valstybės tarnautojų darbą. Išsiplėtę viešųjų organizacijų veiklos mąstai lėmė, kad jų tarpusavio ryšiai su kitomis viešosiomis ir privačiomis organizacijomis tapo itin sudėtingi. Padidėjo reikalavimai valstybės tarnautojų kompetencijai ir įgūdžiams. Riboti materialiniai ištekliai kėlė vis daugiau konfliktų tarp viešųjų organizacijų ir piliečių. Ypač sustiprėjo piliečių budrumas valdžios ir viešųjų įstaigų atžvilgiu. Anot V. Juknevičienės (2008), viešojo administravimo žmogiškieji ištekliai – kompetetingas personalas, atliekantis jam priskirtas funkcijas ir tenkinantis vartotojų poreikius viešojo administravimo institucijose. Apie valstybės valdymo kokybę žmonės dažniausiai sprendžia iš to, kaip veiksmingai jie aptarnaujami valstybės institucijose ir kaip racionaliai ten yra tvarkomi jų reikalai (Juknevičienė, 2008). Todėl siekiant įveikti šiuos iššūkius, praėjusio amžiaus paskutiniais dviem dešimtmečiais daugelyje valstybių buvo pradėtos reformos, kurios tęsiasi ir dabar. Terminas „reforma“ turi gilią šaknis tobulinimo praktikoje (Pollit, Bouckaert, 2003). Reformas galima suskirstyti į tris lygmenis: „Pačiame bendriausiame lygmenyje vyksta jau pripažintų praktikų pritaikymas ir derinimas. Antro lygio reformos – tai metodų parinkimas. Trečio lygio reformos – tai pokyčiai idėjų sistemose, sudarančiose bendruosius tikslus ir struktūras, kurios yra veiksmų gairės“ (Petrauskienė, 2006 cituotas Halligan, 1997). Anot A. Raipos, skiriamos trys šiuolaikinio viešojo administravimo plėtros kryptys: viešojo administravimo



institucijų pastangos, siekiant efektyvumo; inovacijos ir modernizavimo tendencijos viešajame administravime bei viešojo administravimo institucijų santykis su demokratinėmis vertybėmis ir tradicijomis. Analizuojant viešojo administravimo institucijų veiklos efektyvumo didinimo galimybes, jos pirmiausiai suprantamos kaip kokybiškesnių paslaugų teikimas, naudojant tas pačias sąnaudas (R. Petrauskienė, 2006).

Toliau norėčiau panagrinėti keletą, mano manymu, svarbiausių, viešojo administravimo institucijų tobulinimo veiksnių. Jų analizė turės didelę reikšmę tolimesnėje medicinos reformų, chirurgijos paslaugų plėtros tendencijų supratime bei analizėje. Šiuolaikinės medicinos reformų tendencijose galima išvystyti tuos pačius bendrus vykdomų reformų principus: požiūrio į pacientą kaita, didelis dėmesys kokybės vadybai, strateginiam planavimui, inovacijoms ir kt.

### **1. 1. 3. Strateginis planavimas, pokyčiai, inovacijos sveikatos priežiūros paslaugų plėtroje**

Pastaraisiais metais išaugo strateginio planavimo, kaip viešojo administravimo efektyvumo didinimo priemonės, vaidmuo ir reikšmė šiuolaikinėje visuomenėje. Tam didelės reikšmės turėjo spartūs technologiniai ir socialiniai pokyčiai, privačiame sektoriuje naudojami strateginio planavimo metodai. Laikui bėgant paaiškėjo, kad strateginis planavimas viešajame sektoriuje taip pat didina institucijų veiklos efektyvumą.

Mokslinėje literatūroje dažnai vartojamos sąvokos „strateginis planavimas“ ir „strateginis valdymas“. T. Ambang (2010) apibrėžia strateginį valdymą, kaip sprendimų ir veiksmų rinkinį, naudojamą sukurti ir įgyvendinti strategijas, kurios suteiktų konkurencinį pranašumą, atitinkantį organizaciją ir jos aplinką, tam, kad būtų pasiekti organizacijos tikslai. Strateginis valdymas suprantamas kaip nuolatinis, dinamiškas, nuoseklus procesas, kuriuo remdamasi institucija laiku prisitaiko prie išorinės aplinkos pokyčių ir veiksmingiau panaudoja savo išteklius (Arimavičiūtė, 2005), o J. M. Bryson dar 1998 metais manė, kad strateginis planavimas – tai problemos sprendimo procesas, siekiant pritaikyti organizaciją jos ateities aplinkai. Tai yra procesas, kuriam vykstant, būtina numatyti įvykius ir spręsti, kas įmanoma ir būtina padaryti, kad organizacija pasinaudotų galimybėmis ir gautų naudos, apsisaugotų nuo visko, kas trukdo jos sėkmei ir gresia išlikimui. Bet, anot R. Petrauskienės, strateginis planavimas, nors ir yra orientuotas į ateitį, tačiau skirtas dabartinių sprendimų, priimtų organizacijose, tobulinimui (Petrauskienė, 2006). O kaip teigia A. Raipa, strateginis planavimas viešajame administravime yra suprantamas kaip visuma koncepcijų, procedūrų ir priemonių, kurios turi padėti politikams, vadybininkams strategiškai gebėti veikti, formuluojant ir įgyvendinant viešosios politikos kryptis (A. Raipa, 2001). Dauguma mokslininkų strateginį planavimą pradeda nagrinėti nuo strateginio planavimo tikslų supratimo ir iškėlimo.

Strateginio planavimo tikslas – nuolat nagrinėti organizacijos veiklą tiek dabarties, tiek ateities požiūriu ir numatyti strategines permainas, kad organizacija žengtų į įsivaizduojamą ateitį sėkmingai (Barauskienė, Bivainienė, 2005).

Anot E. Smilgos ir K. Janušonienės (2005) modernioji vadyba leidžia pažvelgti į sveikatos apsaugos sistemą kaip į vieną sudėtinių valstybės strateginio valdymo posistemių. Autoriai teigia, kad efektyvesnė sveikatos apsaugos sistemos politika įmanoma tik suderinus visų valstybės vystymo strategijos posistemių tikslus ir veiklą tiek šalies viduje, tiek ES regiono atžvilgiu. Strateginio valdymo problematika sveikatos apsaugos sistemoje apima tikslų sistemos aspektą ir išteklius, tokius kaip: finansai, personalas, technologijos, valdymo schemos, informacija, patirtis ir žinios (Mintzberg, Lampel, Quinn, Ghoshal, 2002). Taikant strateginio valdymo metodus, reikia rasti naujų galimybių (ne išteklių), kaip sveikatos apsaugos sistemos raidą pakelti į aukštesnį išsivystymo lygį. Sveikatos apsaugos sistemos raidos kokybė – tai naujos technologijos ir nauji valdymo metodai. Be to, globalizacijos sąlygomis sveikatos apsaugai būtina tarptautinė kooperacija. Tokia reikmė atsiranda dėl ligų pernešimo rizikos padidėjimo ir pačių medicinos problemų evoliucijos (Smilga, Janušonienė, 2005).

Norint pakeisti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą, jos raidą, būtina nauja valdymo sistema, kur būtų nustatyti ilgalaikiai ir sinerginiai tikslai, jų turinys tenkintų visuomenės šiandienos ir rytdienos poreikius, ši valdymo sistemos veikla turi būti suderinta su kitų valstybės valdymo posistemių veikla bei regiono plėtros politika (Grebliauskas, Smilga, 1999). Strateginio valdymo aspektas sveikatos apsaugos sistemoje labiau atskleidžia ryšius tarp valstybės valdymo institucijų ir leidžia geriau koordinuoti bei patikslinti sveikatos priežiūros reformos ir tolimesnės plėtros tikslus, siekiant suderinti bendrą veiklą. Šiandien strateginiame sveikatos priežiūros valdyme akcentuojamas suvokimas ir įvertinimas, technologinių, ekonominių, politinių, kultūrinių, psichologinių ir socialinių pokyčių valdymas, kurie turės įtakos naujai sveikatos apsaugos sistemai, ir pati sveikatos apsaugos sistema lems šiuos pokyčius (abipusė įtaka) (Janušonis, 2008).

Strateginio valdymo problematika sveikatos apsaugos sistemoje apima tikslų sistemos aspektą ir išteklius, tokius kaip: finansai, personalas, technologijos, valdymo schemos, informacija, patirtis ir žinios (Mintzberg et al., 2002; Ackoff, 1981; Janušonis, 2000). Taikant strateginio valdymo metodus, reikia rasti naujų galimybių (ne išteklių), kaip sveikatos apsaugos sistemos raidą pakelti į aukštesnį vystymosi lygį. Jei valstybės, regiono, šeimos ar asmenybės mastu „neturima strategijos, tai nuolatos reaguojama ir esama dalimi kažkieno kito strategijos“ (Toffler, 2001). Todėl nepakankamas strateginio valdymo principo taikymas yra vienas pagrindinių veiksnių, nulėmusių sveikatos apsaugos sistemos neefektyvumą.

Strateginio valdymo aspektas sveikatos apsaugos sistemoje labiau atskleidžia ryšius tarp valstybės valdymo posistemių ir leidžia geriau koordinuoti bei patikslinti jų tikslus, siekiant suderinti bendrą veiklą. Strateginiam valdymui svarbūs ryšiai, kurie padėtų siekti valdymo efektyvumo ir suteiktų naują kokybę.

Šiandien strateginiame valdyme akcentuojamas suvokimas ir įvertinimas, technologinių, ekonominių, politinių, kultūrinių, psichologinių ir socialinių pokyčių valdymas, kurie turės įtakos naujai sveikatos apsaugos sistemai, ir pati sveikatos apsaugos sistema lems šiuos pokyčius (abipusė įtaka) (Janušonis, 2008). Strategijoje akcentuojama, kad mokymasis turi būti prieinamas visai visuomenei visais gyvenimo tarpsniais ir bet kokioje aplinkoje – tai ypač svarbu sveikatos priežiūros reformų ir tolimesnės plėtros metu.

Visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros sistemų reformos ekonomiškai išsivysčiusiose ES šalyse vyksta dviem kryptimis (Janušonis, 2008):

### 1 lentelė

#### Visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros sistemų reformos kryptys

Eilės Nr.	Pirma kryptis – asmens sveikatos priežiūra	Antra kryptis – visuomenės sveikatos priežiūra
1.	Paslaugų prieinamumo didinimas	Aplinkos stebėseną ir kontrolę
2.	Paslaugų kaštų mažinimas	Veikiančių sveikatą socialinių veiksnių įtakojimas
3.	Racionalus išteklių paskirstymas	Gyvenimo būdo veiksnių įtakojimas
4.	Veiklos efektyvumo didinimas	Epidemiologiniai tyrimai ir kontrolė
5.	Pacientų saugumo ir jų pasitenkinimo sveikatos priežiūra didinimas	Visuomenės sveikatos stebėseną ir kontrolę
6.	Integracija su socialinėmis paslaugomis	Sveikos aplinkos kūrimas (sveiki miestai, mokyklos)
7.	Pacientų mokymas	

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: (Janušonis, 2008)

Sveikatos apsaugos sistema turėtų apimti visas veiklos kryptis, kurios turi įtakos žmonių sveikatai: ekonomika, ekologija, socialinė apsauga, sveikatos apsauga. Problemos turėtų būti sprendžiamos kompleksiskai, integruotai. Būtinos investicijos į modernią bei šiuolaikinę visuomenės sveikatos priežiūrą: įstaigų įrangą, modernias technologijas, visuomenės sveikatos tyrimų atlikimą, kad būtų galima efektyviai vykdyti ligų prevenciją. Aktyvesnis bendruomenės dalyvavimas sveikatos išsaugojimo ir ligų profilaktikos veikloje padeda ugdyti sveiko gyvenimo įpročius, užkirsti kelią ligoms ir geriau suvokti kiekvieno atsakomybę už savo sveikatą. Siekiant suaktyvinti šiuos procesus bei sumažinti gyventojų sveikatos rodiklių netolygumus, pagerinti gyventojų informavimą ir konsultavimą sveikos gyvensenos klausimais, numatoma stiprinti sveikatos stebėseną ir ugdymą, visuomenės sveikatos priežiūrą bendruomenėse, įkuriant visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas (materialinės bazės sukūrimas),

didinti gebėjimą nustatyti sveikatą lemiančius veiksnius ir juos valdyti. Strateginio potencialo plėtra sveikatos apsaugos sistemoje (kaip, beje, ir pramonės, verslo, paslaugų, kultūros, mokslo ir kt. sferose) yra svarbi sudedamoji siekiant strateginių tikslų (Ansoff, 1989; Koteen, 1988; Drucker, 1995).

Remiantis moksline literatūros analize, galima išskirti dar vieną veiksnį, plačiai naudojamą sveikatos priežiūros efektyvumui didinti ir glaudžiai susijusį su strateginio valdymo diegimu. Tai strateginių organizacijos pokyčių valdymas. Strategija gali būti sėkmingai įgyvendinta tik tada, kai jos idėjas supras ir palaikys visa visuomenė, t. y. potencialūs ar esami pacientai, tačiau valstybės institucijų vaidmuo čia ypač svarbus. Valstybės misija nusako pagrindines valstybės tikslines nuostatas ir veiksmus, skirtus strategijai įgyvendinti. Kaip teigia P. Zakarevičius, vienas iš aktualiausių šios dienos organizacijų vadybos aspektų – jos viduje ir išorėje vykstančių pokyčių reikšmės veiklos organizavimui ir rezultatams įvertinimas, šių pokyčių galimos neigiamos įtakos eliminavimas bei galimų teigiamų pasekmių numatymas ir panaudojimas (Zakarevičius, 2003). Todėl svarbiausias šio laikmečio iššūkis vadovybei – sveikatos priežiūros įstaiga turi tapti permainų lydere. Permainų lyderis ieško permainų, žino, kaip rasti tinkamas permainas ir kaip padaryti, kad jos būtų efektyvios tiek už organizacijos ribų, tiek jos viduje (Klimas, Rudzevičius, 2009). Anot D. Klimo, J. Rudzevičiaus (2009) išskiriamos tokios pagrindinės išorinės pokyčių priežastys: globaliniai pasikeitimai pasaulio visuomenės vystymosi procesuose, neprognozuojami kitų organizacijų veiklos veiksmi, ekonomikos globalizacijos bei internacionalizacijos procesai, nauji mokslo atradimai, regionų plėtra ir kt.

Silpna sveikatos priežiūros įstaigų kaip ir Lietuvos regionų vadybos vieta – regiono socialinių ir ekonominių rezultatų kompleksinis vertinimas, regiono ekonominių veiksmų nustatymas. Regionų plėtros teorijų įvairovė leidžia plėtrą analizuoti kaip daugiaplanį procesą, kuris veda prie permainų socialinėse, institucinėse, politinėse, administracinėse struktūrose ar net žmonių elgsenoje (Kilijonienė, Simonavičienė, 2010). Todėl sveikatos priežiūros reformos eigai, medicinos paslaugų plėtrai regionuose didelę reikšmę turi institucinės, ekonominės, socialinės, politinės ir kultūrinės priežastys bei jų raida. Medicinos įstaigų tinklas, dydis ir plėtra regionuose tiesiogiai priklauso nuo to, kokiam administraciniame vienetė (kaimas, miestelis, rajono ar regiono centras) randasi gydymo įstaiga, kokie jos vadovų santykiai su vietos ir aukštesnio lygio valdžios institucijomis. Iš ekonominių priežasčių, įtakojančių medicinos paslaugų plėtrą, galima išskirti regiono pramonės ir verslo įmonių skaičių, pelningumą, plėtrą, darbo užmokesčio dydį, vartojimą, kapitalo ir investicijų pritraukimą į regioną (Kilijonienė, Simonavičienė, 2010). Taip pat nemažiau svarbios ir socialinės bei kultūrinės įtakos priežastys. Jų sinergija bei įtaka viena kitos vyksmui yra akivaizdi. Aiškiai pastebima, kad problematiniuose regionuose gyventojų poreikiai ir reikalavimai šiais klausimais

menkesni nei sparčiai ir darniai besivystančiuose regionuose. Regiono politinė sandara įtakoja rūpinimosi vietinių gyventojų sveikata politiką. Neapgalvoti ir nemotyvuoti politiniai sprendimai akivaizdžiai iki šiol stabdė sėkmingą sveikatos reformos, sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos bei reorganizacijos eigą respublikoje bei regionuose. Vidinėmis pokyčių priežastimis dažniausiai būna sveikatos priežiūros įstaigų personalo kokybinis augimas, kiekybinis organizacijos plėtimasis ir kt.

Daugeliu atvejų strateginius pokyčius lydi tam tikra rizika ir neapibrėžtumas, kurių įvertinti personaliniu požiūriu neįmanoma. Strategijai, tame tarpe ir sveikatos apsaugoje, įgyvendinti valstybė turi imtis įvairių teisinių, ekonominių ir organizacinių priemonių, pasitelkti valstybės ir visuomenines institucijas (Kilijonienė, Simonavičienė, 2010). Strateginiai pokyčiai sukelia kai kurių individų pasipriešinimą ir apsunkina strategijos įgyvendinimą. Anot R. Bagdzevičienės (2003), strateginį planavimą progresyvios bendruomenės naudoja savo ateities kontroliavimui, o ne reakcijai į pasikeitimus, jiems įvykus. Kiekvienu atveju atskirų sričių specialistai renkasi, kokių būdu valdyti šį procesą ir nustato, kada pribrešta strateginio plano poreikis (Bagdzevičienė, 2003).

Visiškai universalių būdų sveikatos priežiūros pokyčių numatymui nėra, nes pokyčiai vyksta skirtingose organizacijose, įtakoja skirtingiems veiksniams. Tiesiogiai su sveikatos priežiūros pokyčiais ir efektyvumu yra siejamas ir racionalus išteklių naudojimas. Šiuolaikiniame pasaulyje puikiai suprantama, kaip yra būtina racionaliai naudoti finansinius, intelektinius ir kt. išteklius. Deja, sveikatos priežiūroje tai yra pernelyg lėtai suvokiama. Viena iš aktualiausių problemų, turint galvoje išteklių panaudojimą, yra žmogiškojo kapitalo išsaugojimas ir tinkamas jo panaudojimas sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai.

Įvairių organizacijų įtraukimas į bendrą sprendimų priėmimo procesą pastaruoju metu susilaukia vis didesnio dėmesio. Šis procesas stebimas tarp valdžios institucijų, tarp valdžios, piliečių ir nevyriausybinų organizacijų, tarp valdžios institucijų ir privataus sektoriaus, sveikatos priežiūros sistemoje (Petrauskienė, 2006). Šiuolaikinės modernios visuomenės plėtra ir darna pirmiausiai remiasi partneryste tarp jos narių. Anot R. Petrauskienės (2006), partnerystės principas leidžia privačiam, nevyriausybiniam ir valdžios sektoriams, išnaudojant jų unikalias prigimtis ir misijas, kompetencijas bei išteklius, susijungti į kryptingos ir subalansuotos plėtros visumą. Partnerystės koncepcija daugiau suprantama kaip bendra veikla su visuomene, o ne vadovavimas jai „iš viršaus“ (Petrauskienė, 2006). Partnerystės principas sveikatos priežiūroje aiškiai pastebimas tiek vertikaliai, susiejant skirtingus administravimo lygius, tiek horizontaliai, tarp įvairių sveikatos priežiūros įstaigų.

Institucinė partnerystė sveikatos priežiūroje kaip ir viešajame administravime gali būti dviejų tipų: partnerystė apimanti partnerystę tarp valdžios institucijų ir viešojo– privataus sektoriaus

partnerystė, kuri apima bendradarbiavimą tarp atskirų organizacijų viešajame ir privačiame sektoriuose bei kurio esmė: teikti tradiciškai viešojo sektoriaus kompetencijai priskiriamas paslaugas ir plėtoti šių paslaugų teikimui reikalingą infrastruktūrą (Gudelis, Rozembergaitė, 2004).

Racionalesnį įvairių išteklių naudojimą sąlygoja informacinių technologijų plėtra (Petrauskienė, 2006). Todėl svarbu, kad sveikatos priežiūros įstaigose kaip ir viešojo administravimo institucijose būtų skiriamas didelis dėmesys jų diegimui. „Informacinių technologijų“ sąvoka apima informacijos bei komunikacijos technologijas, telekomunikacijas ir internetą. Pasak A. Augustinaičio, informacijos visuomenė – tai kitoks mąstymo bei elgesio būdas, kuris lemia informacinių racionalizavimo priemonių vyravimą, tuo pat metu kitą vadybos stilių bei sprendimų priėmimo būdą visose gyvenimo srityse (Augustinaitis, 2000). Viešajame sektoriuje informacinės technologijos yra svarbios socialiniu ir politiniu požiūriu. Jų reikšmė pasireiškia skatinant demokratinius pokyčius, didinant valdžios institucijų ir piliečių pasitikėjimą bei tarpusavio santykių skaidrumą, didinant valdymo efektyvumą, įtraukiant daugumą gyventojų į viešojo administravimo procesus, tobulinant viešųjų paslaugų teikimą bei vadybą, padedant veiksmingiau spręsti socialines problemas, keičiant viešojo administravimo stilių, skatinant naujų vadybos būdų ir koncepcijų taikymą (Augustinaitis, 2000).

Kadangi pastaruoju metu Lietuva dalyvauja sparčiuose ir sudėtinguose visuotinės globalizacijos, Eurointegracijos procesuose, šie procesai neatsiejami nuo jų strateginio planavimo ir pokyčių suvokimo, kam didelę reikšmę turi inovacinės veiklos plėtojimas ir aktyvinimas. Tai leidžia modernizuoti sveikatos priežiūros įstaigas, tobulinti kuriamas paslaugas bei naudojamas technologijas. Anot B. Melniko (2002), inovacijų plėtojimo problematika tampa labai aktuali ir reikšminga, ypač suvokiant, kad būtent inovacijų efektyvumas daugeliu atvejų sąlygoja transformacijų sėkmę ir lemia politikos, socialinės srities ir ekonomikos reformų rezultatus. Pagal N. Thom, A. Ritz (2004), inovacija – tai platus procesas, turintis kūrybinių, analitinių ir į rezultatą orientuotų elementų. B. Melnikas (2002) rašo, kad inovacijų sąvoka plačiąja prasme reprezentuoja naujovių formavimo ir įgyvendinimo procesą. Japonijos vadybos sistemos specialistas K. Urabe pateikia tokį inovacijų turinio apibūdinimą: „Inovacijas sudaro naujų idėjų generavimas ir jų įgyvendinimas naujų gaminių, procesų ar paslaugų, kurie sąlygoja tiek nacionalinės ekonomikos ir užimtumo didėjimą, tiek pelno didėjimą inovacijas diegiančiai kompanijai“. Anot P. F. Drucker, inovacija – tai novatoriškas vadybos instrumentas, kurio pagalba pokyčiai yra panaudojami kaip galimybė sukurti naujus verslus, produktus ir paslaugas, gauti didesnę pelną. Apibendrinus galima teigti, kad inovacijos – tai praktiškai realizuotos naujos idėjos.

## Inovacijų klasifikavimas

Autoriai	Inovacijų klasifikacija
Subramanian and Nilakanta (1996)	1) Technologinės inovacijos, apimančios produktus, paslaugas ir procesus. 2) Administracinės inovacijos, apimančios organizacinę struktūrą, administracinius procesus ir programas
Pacharn and Zhang (2006)	1) Organizacinės inovacijos 2) Technologinės inovacijos
Desouza et al. (2007)	1) Vartotojų inovacijos 2) Organizacinės inovacijos
Johne (1998)	1) Rinkos inovacijos 2) Produkto inovacijos 3) Administracinės inovacijos
Similarly, Popadiuk and Choo (2006)	1) Technologinės inovacijos 2) Rinkos inovacijos 3) Administracinės inovacijos
Subramaniam (2005)	1) Organizacinės inovacijos 2) Inovacijų klimatas 3) Komandos inovacijos 4) Individualios inovacijos

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu (Ho, 2011)

Sveikatos priežiūros reformos, kaip ir vadyboje, glaudžiai siejasi su inovacijomis sveikatos sistemoje bei jos organizacijose. Šie procesai stimuliuoja naujų sveikatos priežiūros technologijų atsiradimą bei vystymąsi, geresnius sveikatos priežiūros sistemos rezultatus politikų, paslaugų teikėjų bei pacientų vertinimu. Inovacijų proceso plėtrą apsprendžia (Fleuren et al., 2004): socialinio – politinio konteksto charakteristikos (įstatymdavystė, tvarka ir taisyklės, pacientų charakteristikos); organizacijų charakteristikos (personalo kaita, sprendimų priėmimo procesas); inovacijų naudotojų charakteristikos (žinios, įgūdžiai ir gebėjimai, kolegų parama); inovacijų charakteristikos (sudėtingumas, pranašumas, kaštai).

Sveikatos priežiūros technologijas sudaro sveikatos priežiūros specialistai, darbo priemonės, darbo sąlygos, pacientų bei inovacinių procesų bendros sąsajos ir sąveika. Jei ši sąveika racionali ir teisinga – tai sveikatos priežiūros rizika bus maža. Šiuolaikinės sveikatos priežiūros technologijos skatina sistemos ir organizacijų tobulėjimą ir vystymąsi, sąlygoja sveikatos priežiūros specializaciją ir plėtrą, inicijuoja įrodymais pagrįstos sveikatos priežiūros atsiradimą ir vystymąsi, padeda vystyti medicinos mokslui, gerina žmonių sveikatą, leidžia prognozuoti ligas, skatina dar naujesnių technologijų atsiradimą, didina medikų ir pacientų atsakomybę sveikatos priežiūros procese, leidžia greičiau ir tiksliau nustatyti, parinkti tinkamą gydymą, keičia žmonių mąstymą (Schrader– Frechett, Westra, 1997; Hofmann, 2002; Fredriksen, 2003; Janušonis, 2006).

Dabartinėms sveikatos priežiūros technologijoms keliami griežti reikalavimai. Jos pačios priima optimalius sprendimus konkrečioje situacijoje, save kontroliuoja, reguliuoja, ištaiso klaidas ir gedimus, dirba atsinaujinančiais naudojamų medžiagų ištekliais, gali nesunkiai įsijungti į kitų technologijų sistemas, atitinka sveikatos priežiūros reikalavimus. Sąlyginai šias technologijas

galima suskirstyti į informacines technologijas, įprastos medicinos technologijas ir aukštasias medicinos technologijas. Nemodernios ir nepakankamos informacinės technologijos neleidžia sparčiai apdoroti medicininės dokumentacijos. Didžioji dalis medicininės įrangos bei technikos regiono asmens sveikatos priežiūros įstaigose sena, todėl neužtikrinamas paciento saugumas, diagnostinių tyrimų kokybė, ribojamas tyrimų skaičius.

Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 metų programoje, patvirtintoje LR Sveikatos apsaugos ministro, sveikatos technologijos apibrėžiamos kaip metodai, metodikos, procedūros, įranga, vaistai, kuriuos naudoja sveikatos priežiūros specialistai, teikdami sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, taip pat pagalbinės technologijos šių paslaugų teikimui bei sveikatos priežiūros organizavimas.

Inovacinė veikla – praktiškai vienintelė veikla, kuri savyje akumuliuoja padidintą riziką. Svarbūs visi inovacinės veiklos aspektai, dedamosios. Inovacinės veiklos sėkmės sąlyga – kompleksas žmogiškųjų, organizacinių, vadybinių, techninių ir pan. veiksmų. Žinoma, lemiamą įtaką, dažniausiai, tenka žmogiškajam faktoriui – asmenų, dalyvaujančių inovacinėje veikloje, gebėjimams, kompetencijai, motyvacijai ir pan. Žmogiškasis kapitalas susijęs su sukaupta investicijų į darbuotojų mokymą bei kompetencijų verte. Išsilavinimas, mokymasis visą gyvenimą, sveikata yra labai svarbios investicijos į žmogiškąjį kapitalą. Užsienio mokslininkų atlikti tyrimai parodo, jog įgytas išsilavinimas prisideda prie individo pajamų augimo. Investicijų į žmogiškąjį kapitalą grąža yra teigiama, netgi įvertinus patirtas tiesiogines ir netiesiogines išlaidas. Taigi ekonominę vertę kuria žmogiškasis kapitalas, kuris yra grindžiamas žiniomis ir gebėjimais (Gižienė, Simanavičienė, 2009). Organizacinis kapitalas yra palanki infrastruktūra, kuri suteikia galimybę žmogiškajam kapitalui veikti, t. y. procesai, inovacijos, struktūros ir kt. Vartotojų kapitalas remiasi tokiais aspektais, kaip pasitikėjimas, supratimas, ryšių su vartotojais stiprumas bei lojalumas.

Sveikatos priežiūros žmoniškųjų išteklių efektyvus vystymas dabartiniu laikotarpiu įgyja vis didesnę svarbą. Žmogiškasis kapitalas, kaip žmogaus savybių visuma, apima žmogaus žinias, įgūdžius ir kitus sugebėjimus, įgalinančius didinti produkciją ir pajamas. Įgytų žmogaus sugebėjimų plėtra ir naudingų žinių kaupimas yra ateities ekonominio našumo ir skatinamos žmonių gerovės kilimo pagrindas (Lavrova, 2006). Todėl asmenys, atsakingi už žmoniškuosius išteklius sveikatos priežiūros organizacijose, bei patys tų organizacijų darbuotojai turi atsakingai reaguoti į aplinkos pokyčius, ekonominę, politinę situaciją, žinių poreikį ir nuolat atsinaujinančias technologijas. Anot V. Domarko, V. Juknevičienės (2007), pasirenkant žmoniškųjų išteklių vystymo strategiją, tenka sintezuoti apibendrinančius reikalavimus personalui, atsižvelgiant į tradicinio viešojo administravimo principus – bešališkumas ir nuopelnai; naujojo viešojo administravimo – vadyba ir



profesionalumas, jautrumas piliečių bei socialinių partnerių poreikiams. Šiuolaikinėmis darbo rinkos sąlygomis žmogiškieji ištekliai yra svarbiausia visuomenės vertybė bei pagrindinis ekonomikos augimo veiksnys (Juknevičienė, 2008). Žmogiškųjų išteklių plėtra sveikatos priežiūros reformos metu plačiau aptarta 13 priede.

Sveikatos priežiūros įstaigos, kaip ir kitos viešosios įstaigos dirba specifinėje paslaugų srityje. Formuojant šių įstaigų žmogiškuosius išteklius, būtina nustatyti pagrindinius kriterijus, kuriais remiantis būtų įmanoma tinkamai valdyti personalą, veikiant specifinėje paslaugų rinkoje. Paslaugas gaunančiam asmeniui ganėtinai svarbūs tokie veiksniai, kaip paslaugas teikiančių asmenų moralinė nuostata, todėl žmogiškųjų išteklių valdymas yra svarbi kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos vidinio administravimo dalis (Kaziliūnas, 2004). Vienas svarbiausių sveikatos priežiūros įstaigos valdymo uždavinių – medicinos personalo žinių, gebėjimų ir savybių suderinimas, nes visa tai garantuoja gerą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, todėl įstaigos personalo strategija glaudžiai siejasi su organizacijos strategija, kuri sukuriama įvertinus išorinės ir vidinės aplinkos poreikius bei informaciją, taip pat pagrindinius organizacijos tikslus, jos valdymo strategijos ypatumus ir vadybos vertybių sistemos elementus (Stankevičienė, Lobanova, 2006).

Šiuo metu gydytojų ir slaugos specialistų kvalifikacija užtikrina sveikatos sistemai keliamų reikalavimų įgyvendinimą. Sveikatos priežiūros specialistai nuolatos tobulina savo profesinę kvalifikaciją pagal Europos sąjungos standartus atitinkančias rengimo ir kvalifikacijos kėlimo programas. Pasak D. Jankauskienės ir R. Pečiūros (2007), formuojami sveikatos priežiūros personalo veiklai būtini teisiniai pagrindai bei sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimo profesinės veiklos licencijavimo, sertifikavimo, atestavimo, profesinės kvalifikacijos vertinimo ir pripažinimo, nuolatinio specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo sistemos. Tai užtikrina racionalų sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą, jų laisvą judėjimą, sveikatos priežiūros specialistų siekimą nuolat tobulinti profesinę kvalifikaciją, galimybes naudoti pažangiausias informacines technologijas, tiekiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Nepakanka tik kompetencijos, būtini ir kūrybinio mąstymo įgūdžiai – tai yra gebėjimas kurti, apjungti, sisteminti žinias, identifikuoti ryšius, daryti prielaidas bei išvadas, pastebėti tai, ko nepastebi kiti. Taip pat būtina motyvacija – noras ir poreikis kurti, imtis iniciatyvos, nenustygti vietoje. Vertinant aplinkybes, skatinančias sveikatos priežiūros įstaigas diegti inovacinius procesus, galima skirti inovacijų diegimo reikšmės organizacijai aspektus pagal A. Miečinską (2001): inovacijos didina įmonės konkurentabilumą; inovacijos didina organizacijos produktyvumą; inovacijos didina turimą rinkos dalį ir sudaro palankias sąlygas skverbtis į naujas rinkas; didina mokslinį techninį potencialą; formuoja dinamišką pažangios ir stiprios įmonės įvaizdį

visuomenėje.

Tačiau dėl sveikatos priežiūroje būdingo dažno sustabarėjimo kyla pavojus inovacinius siekius formuoti ne iki galo arba juos atmesti. Paskatos inovacijoms ir jų rezultatai stabilioje modernioje „teisinės valstybės“ demokratijoje vis dar išlieka gana blogi (Albury, 2005). Efektyvi valdžia ir valstybės tarnyba priklauso nuo sėkmingų inovacijų – plėtoti geresnius būdus, kaip patenkinti poreikius, spręsti problemas bei naudoti išteklius ir technologijas (Mulgan ir Albury, 2003). Akivaizdžią tiesą, kad nuo to laiko, kai viešosios organizacijos yra susijusios su visuomenės interesais ir yra susietos su svarbiomis socialinėmis problemomis, inovacijos šiame sektoriuje yra svarbiausia (Donahue, 2005). Inovacijų nesėkmės ar jų iškraipymas sukelia atitinkamai didelį potencialios naudos praradimą visuomenei. Sveikatos priežiūros veiklos priklausomumas nuo politikos trukdo savarankiškai reikšti iniciatyvą bei formuoti naujas idėjas. Šios sistemos veikloje visiškai netoleruojamos klaidos, todėl vengiama turėti inovacinių siekių, t. y. vengiama rizikos, atsakomybės už klaidas ir jų pasekmes. Dažnai stebimi vertybių konfliktai gydytojų ir administracijos vadovų tarpe: ar veikti naujoviškai, ar prisitaikyti prie esamų sąlygų. Tai reiškia, kad reikėtų vertinti visos inovavimo komandos gebėjimus. Todėl tikslus institucijos inovacinių gebėjimų vertinimas – sudėtingas uždavinys (Bareika ir kt., 2009).

Dabartinėje žinių visuomenėje inovaciniai gebėjimai tampa svarbia sveikatos priežiūros įstaigų veiklos priemone, kuri yra siejama su globalizacijos procesais, veiklos etiškumu, visuotinės kokybės, krizių ir pasekmių valdymu. Ypač svarbios inovacijos sveikatos priežiūros įstaigose, kurios yra biurokratinės, mėgstančios rutiną, vengiančios pokyčių. Inovacijos tokiose institucijose kaip tik turi sudaryti strategijos branduolį – jos turinį. Vadybos požiūriu galima teigti, kad jokia strateginė vadyba nėra įmanoma be atvirumo inovacijoms (Arimavičiūtė, 2008).

Visos inovacijos, nepriklausomai nuo jų klasifikacijos grupės ar klasifikacinių požymių pobūdžio, turi ypatingą reikšmę sveikatos priežiūrai, tiek tiesiogiai – subordinuojant visas pastangas struktūros, procesų ar veiklos tobulinimo ir efektyvinimo tikslų siekimui, tiek netiesiogiai – įtakojant politinę, ekonominę ir socialinę aplinką, sveikatos priežiūros įstaigų vidinius ir išorinius ryšius (Puškorius, Raipa, 2002). Nuolatinės kaitos sąlygomis sveikatos priežiūros įstaigos privalo lanksčiai reaguoti į aplinkos sąlygotą naujovių poreikį, palaikyti naujas idėjas ir inovacijas bei skatinti jų atsiradimą, ieškoti geresnių būdų, kaip kuo efektyviau įgyvendinti savo misiją (Juknevičienė, 2006).

Strateginis planavimas medicinos praktikoje glaudžiai siejasi su sprendimų priėmimo teorija, kurios aspektai chirurgijoje aptarti 14 priede.

#### **1. 1. 4. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikšmė sveikatos priežiūros plėtrai**

Šiuolaikinės kokybės vadybos koncepcijos sėkmingai taikomos gamybos ir paslaugų versle, privačiame ir viešajame sektoriuje. Jos įrodo savo naudingumą, nes organizacijos geriau tenkina vartotojus ir partnerius, gerina darbuotojų bendradarbiavimą ir stiprina partnerystę su kitomis suinteresuotomis šalimis (Pociūtė, 2002).

Bendrieji kokybės principai paremti žymiausių kokybės pradininkų ir kokybės tobulinimo propaguotojų idėjomis. E. Deming pagrindė 14 kokybės principų: laikytis nuolatinio tikslo – gerinti produktą ar paslaugą; priimti naują filosofiją; liautis priklausyti nuo nuolatinių tikrinimų; nustoti vertinti paslaugos teikėją pagal paslaugos kainą; nuolat gerinti paslaugų sistemą; organizuoti darbuotojų mokymą, taikyti vadovavimo priemones; atsikratyti baimės; laužyti barjerus, skiriančius organizacijos padalinius; atsisakyti lozungų ir beprasmių pamokymų; mažinti orientaciją į kiekybę; pašalinti kliūtis, trukdančias didžiuoti darbą; įgyvendinti veiksmingą savišvietos programą; veikti, kad įvyktų teigiami poslinkiai (Cohen, 2009).

J. Juran suformulavo tris pagrindinius vadybos principus: kokybės planavimas, kokybės kontrolė ir kokybės tobulinimas bei apibrėžė 10 kokybės gerinimo žingsnių: skatinti tobulinimo poreikį; nustatyti tobulinimo tikslus; organizuoti darbą taip, kad tikslai būtų pasiekti; mokyti darbuotojus; įgyvendinti projektus, skirtus problemų sprendimui; fiksuoti pažangą; pripažinti pasiekimus ir trūkumus; informuoti apie pasiekimus; išlaikyti pasiektą kokybės lygį; kasmetinių tobulinimo planų veiksmus integruoti į įstaigoje vykstančius procesus (Ross, 2009).

Philip B. Crosby teigia, jog šie 14 žingsnių būtini ir padeda organizacijai siekti kokybės: aiškus vadovybės supratimas, kokį kokybės lygį išgyvena organizacija; kokybės tobulinimas – būtina įsteigti kokybės tobulinimą koordinuojančią specialistų grupę; būtina įvertinti procesus, nustatyti dabartines ir galimas kokybės problemas; nustatyti kokybės kainą ir naudą įstaigai; didinti darbuotojų supratimą apie kokybę ir motyvuoti kiekvieną darbuotoją jos siekti; imtis veiksmų, norint išspręsti esamas problemas; vykdyti pažangos stebėjimą; mokyti vadovus, kad jie veiktų tinkamai įgyvendinami kokybės tobulinimo programą; skirti laikotarpį, per kurį būtų galimybė šalinti trūkumus; skatinti darbuotojus nustatyti bendrus ir individualius kokybės tobulinimo tikslus; skatinti darbuotojus informuoti vadovus apie problemas su kuriomis jie susiduria siekdami tobulinimo tikslų; motyvuoti aktyvius darbuotojus, kurie siekia kokybės; organizuoti susirinkimus kokybės klausimais; pakartoti visus veiksmus, akcentuojant, kad kokybės tobulinimas niekada nesibaigia (Quality Gurus, 2009).

Priklausomai nuo disciplininės paradigmos, kokybė gali būti suprantama skirtingais būdais, naudojant skirtingus terminus, pavadinimus ir modelius (Piligrimienė, 2010). Daugelio tyrėjų nuomone, kokybės koncepcija sveikatos priežiūroje yra per daug abstrakti ir neaiški, kad ją būtų

galima tiksliai apibrėžti ir išmatuoti. Remiantis A. Donabedian (1988), pirmas žingsnis sveikatos kokybės vertinime yra apibrėžti, kaip suprantama kokybė.

### 3 lentelė

Sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimai

AUTORIUS/ORGANIZACIJA	APIBRĖŽIMAS
A. Donabedian (1980)	Sveikatos priežiūros kokybė yra tokia priežiūra, kuri padidina paciento gerovę, įvertinus balansą tarp tikėtinų laimėjimų ir praradimų, lydinčių sveikatos priežiūros procesą kiekvienoje iš jo dalių.
Amerikos Medicinos Asociacija (1984)	Sveikatos priežiūros kokybė yra tokia priežiūra, kuri nuolat daro teigiamą įtaką gyvenimo kokybei ir/arba jo trukmei.
Medicinos Instituto IOM (1990)	Sveikatos priežiūros kokybė yra laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos individams ir visuomenei padidina trokštamų sveikatos rezultatų tikimybę ir atitinka naujausias profesionalias žinias.
Ovretveit (1992)	Sveikatos priežiūros kokybė yra pilnutinis poreikių patenkinimas tų, kuriems paslauga yra reikalingiausia, mažiausiais kaštais organizacijai, pagal nurodytas direktyvas ir ribas, nustatytas aukštesniųjų institucijų bei vartotojų.
Europos Taryba (1997)	Sveikatos priežiūros kokybė yra laipsnis, kuriuo paskirstomas gydymas padidina pacientų galimybes pasiekti trokštamų rezultatų ir sumažina nepageidaujamų rezultatų galimybes, atsižvelgiant į naujausias žinias.
PSO (2000)	Sveikatos priežiūros kokybė yra esminių sveikatos sistemų tikslų, susijusių su sveikatos pagerinimu ir reagavimu į teisėtus visuomenės lūkesčius, pasiekimo lygis.
J. Rudzevičius (2007)	Kokybė – tai visuma produkto savybių, lemiančių jo tinkamumą tenkinti išreikštus ir numanomus vartotojo poreikius apibrėžtomis produkto vartojimo (eksploatavimo) pagal paskirtį sąlygomis. Kokybė apima produkto defektiškumą ir jo poveikį gamtai.

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: (Piligrimienė, 2010)

Eiriz ir Figueired (2005) sveikatos priežiūros kokybę nagrinėja dviem lygiais. Pirmajame lygmenyje kokybė gali būti vertinama kaip veikla, susijusi su visa sveikatos priežiūros sistema. Antrasis lygmuo – organizacijos lygmuo, kuriame sveikatos priežiūros kokybė gali būti vertinama iš paslaugos teikėjo ir paslaugos gavėjo perspektyvos.

Saturno ir bendraautoriai išskiria tris kokybės lygius, susijusius su sveikatos priežiūros teikimu (Saturno, Gascon and Parra, 1997). Pirmas lygmuo atspindi bendrą kokybės koncepciją ir pritaikomas bet kokiai paslaugai, produktui ar įstaigai sveikatos sistemoje. Antras lygmuo yra tinkamas konkrečiai paslaugų grupei, o trečias – konkrečiam produktui ar paslaugai, teikiamai sveikatos priežiūros įstaigose.

A. Donabedian (1988) siūlo 4 lygių sveikatos priežiūros kokybės klasifikaciją. Jos centre yra sveikatos priežiūra, teikiama individualių gydytojų specialistų. Ši priežiūra apibrėžiama dviem veiklos tipais: technine veikla ir tarpasmeninių santykių valdymu. Antras lygis apima sveikatos priežiūros patogumus, koncentruojantis į trokštamą aplinką, kurioje priežiūra teikiama savybes. Trečias lygmuo atspindi realų sveikatos priežiūros įgyvendinimą, atsakomybę, kuria dalijasi tiek paslaugų teikėjai, tiek pacientai. Paskutinis, ketvirtas lygmuo, atspindi sveikatos priežiūrą, gaunamą visos visuomenės, ir analizuoja socialinių kokybės lygių paskirstymo klausimus (Donabedian, 1988).

Toliau sveikatos priežiūros kokybė gali būti charakterizuojama keliomis dimensijomis: veiksmingumas, efektyvumas, produktyvumas, optimalumas, priimtumas, teisėtumas ir teisingumas. A. Donabedian (2003) nuomone, šios dimensijos, kiekviena atskirai ir jų kombinacijos, atstovauja sveikatos priežiūros kokybės apibrėžimą, ir leidžia ją išmatuoti.

Apibendrinant galima teigti, kad sveikatos priežiūros kokybės koncepcija yra daugiadimensinė. Todėl vertinamų dimensijų pasirinkimas priklauso nuo konteksto, kuriame vyksta kokybės vertinimas, nuo to, kokie klausimai konkrečiame tyrime yra aktualiausi, už ką konkrečiai kokybės vertintojas yra atsakingas, nuo to, ką galima kontroliuoti ir kt. (Piligriminė, 2010).

Sveikatos priežiūros kokybės apibūdinimui A. Donabedian (1980, 2003) pasiūlė sveikatos priežiūros kokybės konstrukta, kuris tapo plačiai žinomas pasaulyje kaip „struktūros – proceso – rezultatų“ modelis. Struktūra šiame modelyje nusako sąlygas, kuriomis sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos. Procesas apibrėžia veikas, kurios sąlygoja sveikatos priežiūrą. Rezultatai reiškia pokyčius (trokštamus, nepageidaujamus) individų ir visuomenės sveikatoje, kurie gali būti priskirti sveikatos priežiūrai. Šis modelis tapo plačiai pripažintu ir taikomas sveikatos priežiūros specialistų tarpe, vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Bet kokybės vertinimas dažnai koncentruodavosi tik į vieną kurią nors modelio dalį, ir dažniausiai į sveikatos priežiūros rezultatus (Closs and Tierney, 1993). Vien tik rezultatų vertinimas yra labai pavojingas kelias, vertinant sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (McGlynn, 1997).

Norint suprasti sveikatos priežiūros įstaigos paslaugų kokybės koncepciją, būtina išsiaiškinti, kaip kokybę vertina skirtingos suinteresuotos grupės, t. y., jos vertintojai. Sunku pasiekti vieningo, standartinio kokybės apibrėžimo, nes šių paslaugų teikėjai ir gavėjai suvokia kokybę skirtingai (Turner and Pol, 1995). Gydytojai ir slaugytojai sveikatos priežiūros kokybę apibrėžia kitaip nei pacientai (Backhouse and Brown, 2000; Stichler and Weiss, 2001; Oermann and Templin, 2000; Tasso et al., 2002). Gydytojams ir slaugytojams kokybiška sveikatos priežiūra yra tokia, kuri atspindi, kaip gerai yra gydomi ir prižiūrimi pacientai (Donabedian, 1980). Tuo tarpu pacientai didesnę dėmesį skiria tarpasmeniniams sveikatos priežiūros aspektams (Donabedian, 1980; Stichler and Weiss, 2001). Vis dar nėra bendros koncepcijos, kas yra kokybė sveikatos apsaugoje. Tam tikra prasme, kokybė yra tai, kaip ją supranta vertintojas.

Nors sveikatos priežiūros įstaigų administratoriai retai patys teikia medicininės paslaugas pacientams, pacientų pasitenkinimas gydymo rezultatais jiems taip pat yra esminis klausimas. Administratoriai turi atsižvelgti tiek į pacientų, tiek į darbuotojų poreikius ir reikalavimus, bei atsakingai valdyti resursus, patikėtus jiems vyriausybės, privačių organizacijų bei bendruomenės. Sveikatos priežiūros įstaigų administratoriai, apibūdinant kokybę, dažnai naudoja vadybos indėlius (McGlynn, 1997). Pagal Brown et al. (1992), administratoriams svarbiausios kokybės

dimensijos yra prieinamumas, efektyvumas, techninė kompetencija ir produktyvumas. Jun et al. (1998) nurodo, kad , apibūdinant sveikatos priežiūros kokybę, administratorių nuomonė daugiau panaši į pacientų, nei į gydytojų. Jie, kaip ir pacientai, labiau koncentruojasi į funkcines kokybės dimensijas, bet skirtingai tiek nuo pacientų, tiek ir nuo gydytojų, pagrindinį dėmesį skiria finansinių ir kitų institucijos tikslų tenkinimu.

Transformacijos ir globalizacijos laikotarpiu viešajame sektoriuje būtina teikti daugiau geresnės kokybės paslaugų, mažinant kaštus. Viešųjų paslaugų teikėjai turi pasiekti pusiausvyrą tarp finansinių, institucinių pajėgumų bei tenkinti piliečių lūkesčius dėl paslaugos. Tai siekiant įgyvendinti, kai kurias paslaugas galima panaikinti, įvesti paslaugos mokesčius ar priimti kitus sprendimus. Bet galima alternatyva – sukurti bendrą (teikėjo ir kliento) viešąją paslaugą (Petukienė, 2010). Todėl viešajame sektoriuje paslaugų teikimas interpretuojamas naujai: paslaugos nebėra suprantamos vienašališkai, nes vis didesnę vaidmenį, jas kuriant ir įgyvendinant, vaidina vartotojai ir kiti visuomenės nariai. Efektyvus klientų gebėjimų, žinių, laiko panaudojimas yra neatskiriamas nuo bendrojo paslaugos kūrimo idėjos (Lucie et al., 2008), nes visuomenė iš viešojo sektoriaus institucijų reikalauja efektyvumo, naujų veiklos formų, nuolat gerėjančių kokybinių veiklos rodiklių (Bovaird, 2007). Viešųjų paslaugų teikėjų užduotis yra teikti piliečiams reikiamas paslaugas. Pats pilietis vertinamas ne kaip pavaldinys, bet kaip klientas, kuris, mokėdamas mokesčius valstybei, iš jos reikalauja kokybiškų paslaugų suteikimo (Petukienė, 2010). Bet nepakanka vien orientuotis į klientus, būtina, kad ir patys piliečiai išsilaisvintų iš nerealių lūkesčių valstybei (Vanagas, 2006). Naujosios viešosios vadybos kontekste vartotojų įgalinimas dalyvauti visuose lygmenyse: politikos, planavimo ir paslaugos teikimo, yra pagrindinis orientuotos į vartotoją sistemos komponentas, ir, anot V. Pestoff, piliečiai turi atlikti gerokai svarbesnį vaidmenį, teikdami viešąsias paslaugas, kad būtų įveiktas augantis demokratijos deficitas (Pestoff, 2008).

Paslaugų rinkodarą analizuojantys mokslininkai jau seniai pripažįsta svarbų paslaugų klientų dalyvavimo vaidmenį ir ištyrė klientų dalyvavimo įtaką paslaugų produktyvumui bei kokybei, klientų nuomonei apie kokybę, pasitenkinimą, vertę. Dėl šio dalyvavimo sustiprėjo kliento įgūdžiai naudotis paslauga, didėja tikimybė, kad poreikiai yra patenkinti ir nauda gauta, didėja kliento pasitenkinimas (Chua, Sweeney, 2003). G. Whitaker nurodo, kad klientų dalyvavimas, teikiant paslaugą, dažnai yra lemiamas jo sėkmei (Chua, Sweeney, 2003). Klientų dalyvavimas paslaugoje apibrėžiamas įvairiai: kaip elgsena ir kaip procesas. B. Dong ir kt. dalyvavimą apibrėžia kaip „mastą, koku klientas yra įtrauktas į paslaugos kūrimą ir teikimą“ (Dong et al., 2008). Kliento dalyvavimas yra svarbus paslaugoje, ir ypač kur kliento būsenos ar elgesio pokyčiai yra pirminis paslaugos rezultatas, t. y. paslaugose, kurios labiau skirtos tiesiogiai pakeisti žmones (švietimo, sveikatos apsaugos) , o ne jų fizinę aplinką. Tokios paslaugos reikalauja aukšto klientų dalyvavimo

lygio, kai klientas (pacientas) ir paslaugos teikėjas (pvz., gydytojas) bendrai dalinasi kokybiškai paslaugai kurti reikalinga informacija, žiniomis, pastangomis, kitais indėliais. Tokiose paslaugose klientai yra sudedamoji paslaugų teikimo sistemos dalis (Lengnick – Hall et al., 2000). Patį bendrojo kūrimo terminą pasiūlė E. Astrom (1990). Šis terminas buvo sukurtas, kad aptartų santykius tarp įprasto kūrėjo, tokio kaip mokytojas, slaugytojas, socialinis darbuotojas ir kliento (Gannon, Lawson, 2008). Kiek vėliau buvo atlikti bendrojo kūrimo tyrimai su gydytojais ir pacientais.

Mokslininkai ir praktikai vieningai sutaria, kad paslaugų kokybę tiksliai apibūdinti yra labai sunku, kadangi ji gali būti suvokiama ir vertinama tiek objektyviai, tiek ir subjektyviai. Anot Rosander (1989), kokybė yra objektyvi, kai ji suvokiama kaip sudaryta iš išorinių apčiuopiamų dalykų, kurie gali būti išmatoti. O kokybės subjektyvumas atsiskleidžia, kai jos matavimas apima vertintojo jausmus, emocijas, lūkesčius, požiūrį ir kt. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai daugiau pasitiki objektyviais ir techniniais kokybės matais, kaip antai, statistiniais klinikinės veiklos matais. O sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai savo kokybės suvokimą grindžia mažiau techniškai sudėtingais ir subjektyvesniais teiginiais, tokiais kaip „pasitenkinimas“.

Žvelgiant iš marketingo perspektyvos, pagal Ž. Piligriminę (2010), pagrindinis paslaugas teikiančios įmonės (tame tarpe ir sveikatos priežiūros) tikslas – didinti vartotojų pasitenkinimą, gerinant paslaugų kokybę, nes egzistuojantys tyrimai nurodo paslaugų kokybės ir vartotojų pasitenkinimo ryšius su tolimesniais vartotojų ketinimais paslaugų įmonės atžvilgiu (Reichheld and Sasser, 1990; Headley and Miller, 1993), rekomendacijomis (Bittner, 1990), elgsenos pasikeitimu (Butile, 1996), pelningumu (Rust, Zahorik, 1994), paslaugos vertės suvokimu (Bolton and Drew, 1991). Todėl marketingo disciplinoje akcentuojamas vartotojo kokybės suvokimas, o ne kokybė, matuojama nuo vartotojo nepriklausomu būdu. Marketingo srities mokslininkai didžiausią dėmesį skiria vartotojų suvokiamos kokybės išmatavimo ir pagerinimo poreikiui. Tuo tarpu, kai iš sveikatos priežiūros vadybos perspektyvos, svarbiausia matuoti kokybę remiantis sveikatos priežiūros procesų ir rezultatų matais, o ne tiesiog kaip vartotojo suvokimą.

Pacientų poreikiai sveikatos priežiūrai, jų interesai ir lūkesčiai, realios sveikatos priežiūros galimybės ir rezultatai labiausiai įtakoja pačių pacientų sveikatos priežiūros vertinimą ir jų lūkesčių išsipildymą. Būsimai paslaugų paklausai sveikatos priežiūroje vertinti rekomenduojama taikyti šiuos metodus (sudaryta autoriaus pagal įmonių socialinės atsakomybės padėties Lietuvoje bazinį tyrimą, 2008): pacientų ketinimų apklausą; pacientų nuomonę ir vertinimus; ekspertų nuomonę; praeities paslaugų prognozavimą; rinkos testavimą.

Tinkama sveikatos priežiūra – tai, kai tinkami žmonės tinkamu laiku teikia tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas, tai daro teisingai, visa tai atitinka pacientų lūkesčius ir jie tokia sveikatos

priežiūra yra patenkinti (Janušonis, 2008). Tai , kad pacientas yra centrinė figūra sveikatos priežiūros procese, ašis, apie kurią sukasi visas šis procesas, buvo pagrindinė ekonomiškai išsivysčiusių šalių sveikatos priežiūros sistemų reformų, prasidėjusių 1980 m., nuostata (Hurst, 1996; Laing, 2002). Pacientų sveikatos priežiūros kokybės supratimas apsprendžia jų nuomonę apie sveikatos priežiūros tinkamumą. Jie, kaip vartotojai, paslaugų kokybę vertina pagal kriterijus (Kurtz, Clon, 1998; Palmer, 1998): patirtis, įvaizdis, pasitikėjimas, patikimumas, reakcija, dėmesingumas ir kt. Šie vertinimo kriterijai vėliau transformuojami į lūkesčius, kurie priklauso nuo vertintojo patirties ir įvaizdžio. Sveikatos priežiūros organizacijos įvaizdį sudaro jos išvaizda, elgsena, technologijos ir santykis (bendravimas) su išorine aplinka (Janušonis, 2000). Šiandien pacientui nepakanka vien gerai organizuoto sveikatos priežiūros proceso. Jis nori geresnės gyvenimo kokybės: komforto, užuojautos, bendravimo, gero maisto ir kt. Dėl to pacientų suvokiamą sveikatos priežiūros kokybę sudaro ne tik sveikatos priežiūros procesas ir jo rezultatai, bet ir į pacientą orientuota, jo lūkesčius atspindinti sveikatos priežiūra, geras jos prieinamumas ir prieinama kaina, visuminis humaniškas požiūris į pacientą, kaip į asmenybę.

S. Sofaer, K. Firminger (2005) išskiria kelias pacientų įsivaizduojamos kokybės sudedamąsias: į pacientą orientuota sveikatos priežiūra; prieinamumas; bendravimas ir informacija; pagarba ir emocinė parama; sveikatos priežiūros efektyvumas; techninė kokybė; organizacijos struktūra, paslaugos (nemedicininės), galimybės.

Pacientai sveikatos priežiūros pokyčius vertina trim aspektais: 1) sveikatos priežiūros politikos (sisteminiu) aspektu; 2) sveikatos priežiūros organizacijos aspektu; 3) sveikatos priežiūros profesionalo aspektu (Janušonis, 2008). Pacientų lūkesčiai susieti su ateitimi, futuristiniu mąstymu apie galimą ateitį, apie tikėtiną ateitį, apie norimą ateitį (Bezold, Hancock, 1996; Rogers, Tough, 1996). Atsižvelgiant į pacientų lūkesčius ir poreikius, juos analizuoti ir maksimaliai tenkinti reikia dėl kelių priežasčių (Mead, Bauer, 2000; Laughlin, Kaluzny, 2000; IOM, 2001): pacientas yra svarbiausia sveikatos priežiūros proceso figūra; reformuojant ir teikiant tinkamą sveikatos priežiūrą, mažinant jos kaštus, reikia vadovautis rinkos ir rinkodaros principais; pacientai yra svarbi tinkamos sveikatos priežiūros proceso kontrolės grandis; tai atitinka paslaugų teikėjų ir užsakovų interesus.

Be to, sveikatos priežiūros bei medikų įvaizdį stipriai formuoja žiniasklaida. Skleisdama informaciją apie sveikatą, ji tampa neatsiejama nacionalinės sveikatos dalimi (V. Grabauskas, 2006). Žiniasklaidai reikia plataus stebėtojų, klausytojų, skaitytojų rato. Todėl dažniausiai akcentuojami neigiamą medikų įvaizdį atspindintys įvykiai ir jie apibendrinami arba teigiamą įvaizdį formuojantys įvykiai, kurie suasmeninami. Pirmuoju atveju blogu pavyzdžiu formuojama nuomonė, kad „daug tokių medikų“, o antruoju – kad „yra ir tokių medikų“. Todėl gerai organizuota rinkodara sveikatos priežiūroje padeda formuoti tiek bendruosius pacientų lūkesčius, tie



jų lūkesčius konkrečios ligos, konkretaus gydytojo ir konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos atžvilgiu ( Janušonis, 2008).

Pacientų lūkesčius patenkinti yra svarbu, nes nepatenkinti pacientų lūkesčiai sąlygoja naujų lūkesčių atsiradimą. Daugiau nei pusei pacientų, kurių lūkesčiai nepatenkinti, atsiranda „antriniai“ lūkesčiai (Johnston, Fern, 1998; Dasu, Rao, 1999): kompensacijos, didesnio dėmesio ir atsakomybės, atsiprašymo, autoritetingų alternatyvių specialistų konsultacijos, neišsipildžiusių lūkesčių paaiškinimo ir priežasčių įvertinimo, organizacijos politikos pakeitimo. Geriau tenkinant pacientų lūkesčius, didėja organizacijos pajamos, konkurencingumas, stabilumas. Nuolatiniai pacientai padeda didinti naujų pacientų skaičių, kurių dalis tampa nuolatiniais.

Todėl vien pasitenkinimo sveikatos priežiūra neužtenka, reikia stengtis dirbti taip, siekti tokios kokybės, kad pacientas liktų visiškai patenkintas, kad gautos sveikatos priežiūros paslaugos viršytų jo lūkesčius. Bet gerėjant organizacijos darbui, jos veiklai, auga ir pacientų lūkesčiai ir atvirkščiai– organizacijos veiklai blogėjant, pacientų lūkesčiai yra nedideli ir dar labiau mažėja. Kuo daugiau pacientai nori iš sveikatos priežiūros – tuo daugiau skatinama keistis sveikatos priežiūros sistema ir jos organizacijos, nes jos priverstos geriau tenkinti pacientų lūkesčius. Kita vertus, kuo didesnis pacientų lūkesčių sveikatos priežiūrai ir jų išsipildymo neatitikimas, tuo jie sveikatos priežiūrą vertina prasčiau. Gydytojai sveikatos priežiūroje vertina atskiras jos proceso dalis (prevenciją, sveikatos diagnostiką, gydymą, slaugą, vadybą). Pacientai daugiau vertina sveikatos priežiūrą, kaip visumą. J. Sizia ir N. Wood (1997) pasitenkinimą apibrėžia kaip lūkesčių, poreikių ir norų realizavimo laipsnį. Pacientų pasitenkinimas sveikatos priežiūra ligoninėse (Johnson et al. 1995)– tai visuminis pacientų sveikatos priežiūros patirties ligoninėse įvertinimas.

Didelę įtaką pacientų pasitenkinimui sveikatos priežiūra turi prieinamumas– vienas svarbiausių sveikatos priežiūros vertinimo rodiklių. Šis rodiklis atspindi sveikatos priežiūros politiką ir strategiją, sistemos ir organizacijos veiklą, medikų veiklą ir elgseną. F. Akinsi ir T. Sinay (2003) duomenimis, pasitenkinimą sveikatos priežiūros prieinamumu apsprendžia sveikatos priežiūros kainos, sveikatos būklė, siuntimo konsultacijai problemos, šeimyninė padėtis ir amžius. Vyresni, mažesnio išsilavinimo, pensininkai (nedirbantys) yra labiau patenkinti sveikatos priežiūra nei jauni, labiau išsilavinę žmonės ir bedarbiai (Lewis, 1997; Nguyen et al., 2002). Spalvotieji, moteriškos lyties ir silpnesnės sveikatos pacientai pažymi daugiau sveikatos priežiūros problemų (Lee Hargraves et al., 2002). Labiau patenkinti sveikatos priežiūra religingi žmonės (Benjamins, 2006).

S. N. Weingatz ir kt. (2006) nustatė, kad pacientai ligoninėse labiausiai nepatenkinti laukimu ir paslaugų teikimo vėlavimu (24 proc.), blogu bendravimu su personalu (19,7 proc.), aplinka ir maistu (19,1 proc.), bloga medikų veiklos koordinacija (11,5 proc.), neprofesine elgsena ir blogais

tarpusavio santykiais (10,9 proc.), nepakankamu atsaku į pacientų poreikius (9,8 proc.), kitomis problemomis (4,9 proc.).

Pagal V. Janušonį (2008) veiktos priežiūros paslaugų ir pacientų rinka yra specifinė, jai negali tikt ir būti taikomi visi laisvosios rinkos dėsniai ir veiklos mechanizmai. Visų pirma ši rinka yra monopolizuota valstybės. Antra – šiai rinkai monopolinę įtaką turi medikai profesionalai, kurie informuoja pacientus, formuoja technologijų ir vaistų paklausą. Medikai profesionalai iš esmės kontroliuoja patys save ir jų profesinės grupės gali daryti didelį spaudimą politikų priimtiems sprendimams bei rinkai. Be to sveikatos priežiūros pajamas daugelyje šalių lemia ne paslaugų spektras ir kokybė, o jų kiekis. Todėl rinkoje siūloma kuo daugiau paslaugų, kurios ne visos yra būtinos. Sveikatos priežiūros rinkodara yra sudėtinga, daugiapakopė, nerutinė (Boyd, Walker, 1990). Nėra paciento – nėra pajamų, nėra pajamų – nėra sveikatos priežiūros įstaigos. Norint pacientą išlaikyti savo įstaigoje, reikia jo poreikius tenkinti geriau nei konkurentai ir tai daryti nuolat. Rinkodara apima pacientų poreikių ir interesų tenkinimą nuo sveikatos priežiūros paslaugos atsiradimo iki tų poreikių patenkinimo. Rinkodara sunkiau taikoma ten, kur nėra tikrosios konkurencijos (Boyd, Walker, 1990).

Didelę reikšmę pacientams pasirenkant sveikatos priežiūros įstaigą turi daugumos pacientų nuomonė apie šią įstaigą. Ji gali būti neobjektyvi, bet rinkodaros požiūriu tai nesvarbu. Dauguma pacientų rinksis aukštą reitingą, gerus atsiliepimus turinčią sveikatos priežiūros įstaigą. Paciento pasirinkimui įtakos turi: žinios apie sveikatos priežiūros paslaugą, paciento priklausymas vienam ar kitam socialiniam sluoksniui, jo aplinkos žmonių nuomonė apie paslaugą, jo poreikių ir interesų sistema (Janušonis, 2008). Jei pacientui sveikata nėra prioritetas, jis sveikatos priežiūros paslaugą gali rinktis bet kokią ir bet kur. Jos suteikimo rezultatai pacientui bus ne taip svarbūs. Ir atvirkščiai – pacientams, kurie rūpinasi savo sveikata, bus svarbu visa, kas susiję su paslauga. Norit, kad pacientai rinktųsi konkrečios sveikatos priežiūros įstaigos paslaugas, jos turi būti: pigesnės, kokybiškesnės, prieinamesnės, greitesnės, naudingesnės, platesnio asortimento. Sveikatos priežiūros organizacijos turi reguliariai turėti informaciją apie pacientų poreikius paslaugoms ir jų tendencijas bei apimtis. Atsirandančios naujos technologijos tuoj pat sukelia jų paklausos augimą. Tik turint šią informaciją galima tikėtis pacientų rinkos dalies.

Rinkodaros marketingo sprendimai – tai iš esmės valdymo sprendimai, tik orientuoti į tam tikrą veiklos sritį – rinkodarą (Janušonis, 2008). Sveikatos priežiūros įstaigų sprendimai turi ne tik analizuoti rinką, bet ir ją formuoti, kurti rinką savo paslaugoms, atkovoti jos dalį iš konkurentų. Naujų pacientų paieška vykdoma per tikslinių rinkų paiešką bei tiriant rinkos segmentaciją sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo požiūriu. Informacija apie teikiamas paslaugas turi būti reguliari, diskretiška, neįkyri, Ji turi būti teikiama prieinamomis informavimo priemonėmis.

Sveikatos priežiūros paslaugų reklama yra palyginti nauja ir neįprasta rinkodaros veiklos dalis. Reklamos poveikio algoritmas: dėmesys, susidomėjimas, noras pirkti, veiksmas (Pranulis ir kt., 2012). Reklama turi būti teisinga, korektiška, morali, naudinga pacientams (Janušonis, 2008).

### 1. 1. 5. Sveikatos priežiūros vadybos ir marketingo koncepcijų integracija į sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų plėtros modelį

Paslaugų kokybę tiksliai apibūdinti praktiniu bei moksliniu požiūriu gana sunku. Anot V. Janušonio (2008) pagal Rosander (1989), kokybė yra objektyvi, kai ji suvokiama kaip sudaryta iš išorinių apčiuopiamų dalykų, kurie gali būti išmatuoti. O kokybės subjektyvumas apsprendžiamas vertintojo jausmais, emocijomis, lūkesčiais, požiūriais ir kt. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai daugiau pasitiki objektyviais ir techniniais kokybės matais (pvz. statistiniais klinikinės veiklos matais), sveikatos priežiūros paslaugų gavėjai savo kokybės suvokimą grindžia mažiau techniškai sudėtingais, subjektyvesniais teiginiais (pvz. pasitenkinimas).

Remiantis sveikatos priežiūros vadybos ir marketingo teorijų nagrinėtais klausimais darbe, galima apžvelgti šių disciplinų sankirtos taškus paslaugų kokybės vertinime. Šių apibrėžčių palyginimas leis nustatyti jų integravimo prielaidas į sveikatos priežiūros įstaigų plėtros modelį, tame tarpe ir chirurgijos paslaugų.

#### 4 lentelė

Paslaugų kokybės koncepcijos palyginimas sveikatos priežiūros ir marketingo požiūriais

	MARKETINGAS	SVEIKATOS PRIEŽIŪRA
Kokybės samprata	Vartotojo sprendimas apie bendrą paslaugų teikėjo veiklos tobulumą	Laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos individams ir visuomenei padidina trokštamų sveikatos rezultatų tikimybę ir atitinka naujausias profesionalias žinias
Dominuojantis kokybės suvokimas	Subjektyvus	Objektyvus
Kokybės vertinimo šaltinis	Vartotojų nuomonė	Medicininiai įrašai, administracinės duomenų bazės
Pagrindinis kokybės vertinimo tikslas	Vartotojo pasitenkinimo pagerinimas	Sveikatos rezultatų pagerinimas
Pagrindinis dėmesys kokybės vertinime	Funkcinei kokybei	Techninei kokybei

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: (Piligrimienė, 2010)

Žvelgiant iš marketingo perspektyvos, pagrindinis paslaugas teikiančios įmonės tikslas yra didinti vartotojų (sveikatos priežiūroje – pacientų) pasitenkinimą paslaugomis, gerinant jų kokybę. Todėl marketingo disciplinoje akcentuojamas vartotojo kokybės suvokimas, o ne kokybė, matuojama nuo vartotojo nepriklausomu būdu. Anot Ž. Piligrimienės (2010) tuo tarpu, iš sveikatos priežiūros vadybos perspektyvos, svarbiausia matuoti kokybę remiantis sveikatos priežiūros procesų ir rezultatų matais, o ne tiesiog kaip vartotojo suvokimą. Sveikatos rezultatų pagerinimas yra

pagrindinis sveikatos priežiūros paslaugų įstaigų tikslas, todėl ir kokybės apibrėžimo dėmesys sutelktas į rezultatus. Tradicinis medicinos mokslo atstovų požiūris daugiau orientuotas į techninę sveikatos priežiūros paslaugų prigimtį. Pagrindinis dėmesys čia skiriamas gydytojų mokymui ir reikalingų įgūdžių tobulinimui, bei realiems klinikiniam rezultatams (O'Connor et al., 1994). Tačiau sveikatos priežiūros kokybės vertinimas, ilgą laiką grindžiamas tik profesionalių standartų pritaikymu, vis labiau siekia integruoti ir pacientų kokybės suvokimą (Haddal et al., 2000).

Siekiant integruoti sveikatos priežiūros vadybos ir marketingo atstovų požiūrius į sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir jos vertinimą, būtina apimti visus svarbius šių paslaugų kokybės aspektus. Kaip teigia McGlynn (1997), sutarimo tarp skirtingų perspektyvų sritys turėtų apibrėžti kokybės vertinimo pagrindą. Remiantis kokybės koncepcijų palyginimu, matosi, kad abiejose disciplinose sveikatos priežiūros personalas traktuojamas kaip didelę įtaką kokybei turintis veiksnys. Medicinos personalo įtaka kokybei pasireiškia per funkcinę ir techninę požiūrį į ją. Funkcinę kokybę atspindėtų medicinos personalo jautrumas pacientui, pagarba paciento norams ir vertybėms, tinkamas informacijos suteikimas. Techninei kokybei atstovauja personalo kompetencija, įgūdžiai ir kt. Marketingo disciplinoje klientas ir jo poreikiai visada yra pirmoje vietoje. Medicinos praktikai į savo kokybės suvokimą taip pat yra įtraukę paciento, kaip sprendimų priėmėjo, aspektą, bet sveikatos priežiūros paslaugų specifika lemia, kad pacientas ne visada yra geriausias sprendimų priėmėjas ir, dėl kompetencijos stokos, negali būti visiškai atsakingas už savo sprendimus.

Ši palyginamoji sveikatos priežiūros vadybos ir marketingo analizė leidžia apibendrinti sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą (Piligriminė, 2010): įtraukti įvairių suinteresuotų grupių (tiek paslaugų gavėjų, tiek paslaugų teikėjų) kokybės suvokimą; apimti tiek funkcinis, tiek techninius kokybės aspektus; kaip galutinį ir svarbiausią tikslą akcentuoti ne tik sveikatos rezultatų, bet ir pacientų bei sveikatos priežiūros profesionalų pasitenkinimo pagerinimą; akcentuoti sveikatos priežiūros profesionalų ir pacientų tarpusavio sąveiką; paslaugų kokybės vertinimas turėtų apimti tiek subjektyvius (pacientų ir paslaugų teikėjų nuomonė), tiek ir objektyvius kriterijus.

## **1. 2. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros sistemos reformos situacijos analizė**

### **1. 2. 1. Lietuvos Respublikos sveikatos reformos ir sveikatos priežiūros paslaugų bei įstaigų restruktūrizavimo teisinis reglamentavimas**

Įgyvendinant Lietuvoje sveikatos reformą, nuo 1990 metų parengta ir priimta eilė naujų įstatymų bei anksčiau priimtų su sveikatos priežiūra susijusių įstatymų pakeitimo bei papildymo įstatymų. Autoriaus nuomone, pagrindiniai Lietuvos nacionaliniai strateginiai dokumentai,

atspindintys sveikatos priežiūros reformą yra: Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija, Lietuvos sveikatos programa, Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006 – 2013 metų strategija, sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 metų programa. Šiame skirsnyje išnagrinėti svarbiausi sveikatos priežiūros reformą ir sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimą reglamentuojantys aktai. Dabar vykstančio trečio restruktūrizavimo etapo esmė nurodyta 19, 20 prieduose.

Lietuvos Respublikos sveikatos politika formuojama bei nustatomi sveikatos priežiūros tikslai ir uždaviniai vadovaujantis sveikatos priežiūros sistemą reglamentuojančiais teisiniais dokumentais, kurių paskirtis – nustatyti pagrindines asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kryptis teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei užtikrinti. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimas atspindi eilėje Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos strateginių dokumentų ar vykdomų programų.

*Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija*, priimta Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. Nr. I – 1939 (Žin., 1991, Nr. 33 – 893). Koncepcijoje teigiama, jog Lietuvos nacionalinei sveikatos politika formuojama remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos principais, numatomi Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos, pirminės sveikatos priežiūros plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, sveikatos priežiūros specialistų rengimo pertvarka pagal Europos Sąjungos standartus. Joje pažymima, kad iki šiol plėtotas ekstensyvus sveikatos apsaugos modelis – daugiau medicinos personalo, daugiau ligoninių – nepasiteisino. Teigiama, kad visuomenė ir pats žmogus, siekdamas sveikatos, gali padaryti gerokai daugiau sprendžiant sveikatos problemas.

*Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas*, priimtas 1994 m. liepos 19 d. Nr. I – 552. Nauja įstatymo redakcija: 1998 m. gruodžio 1 d. Nr. VIII – 946 (Žin., 1994, Nr. 63 – 1231; 1998, Nr. 112 – 3099). Įstatyme apibrėžiami Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sudarymo pagrindai, struktūra, išvardinami vykdomieji subjektai, sveikatinimo veiklos valdymo subjektai, išvardinami turimi išteklių, vykdomųjų subjektų veikla ir teikiamos paslaugos, nusakomi Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros lygiai. Įstatymas reglamentuoja sveikatos saugos, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių pagrindus, gyventojų sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas. Vadovaujantis šiuo įstatymu kiekvienos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, įmonės, turinčios teisę vykdyti asmens sveikatos priežiūrą, administracija privalo organizuoti vidaus medicininį auditą įstaigos veiklai ir paslaugų kokybei vertinti ir gerinti. Numatyti sveikatinimo veiklos tikslai: mažinti atskirų visuomenės socialinių ir profesinių grupių atsilikimą nuo kitų visuomenės grupių pagal sveikatos būklės rodiklius, nepabloginant bendrojo gyventojų sveikatos lygio; saugoti gyventojus nuo ligų, išvengiamos mirties

ir neįgalumo; ilginti gyvenimo be ligų ir traumų laiką bei gerinti gyvenimo kokybę; didinti gyvenimo ekonominį ir socialinį našumą. Įstatyme taip pat numatoma atsakomybė už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus: padarytos žalos sveikatai atlyginimas, moralinės žalos atlyginimas, ekonominių sankcijų taikymas, atsakomybė už neteisėtą vertimąsi sveikatinimo veikla, apibrėžiamas privalomas asmens sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimas.

*Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas*, priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I – 1343. Nauja įstatymo redakcija: 2002 m. gruodžio 3 d. Nr. IX – 1219 (Žin., 1996, Nr. 55 – 1287; 2002, Nr. 123 – 5512). Įstatyme apibrėžiama, jog privalomąjį sveikatos draudimą vykdo: Privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, teritorinės ligonių kasos. Įstatymas nustato sveikatos draudimo rūšis, privalomojo sveikatos draudimo sistemą. Apibrėžiamas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, biudžeto pajamos, privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo tvarka, įmokų dydis, taip pat privalomojo sveikatos draudimo lėšų naudojimas.

*Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas*, priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. birželio 6 d. Nr. I – 1367. Nauja įstatymo redakcija: 1998 m. lapkričio 24 d. Nr. VIII – 940 (Žin., 1996, Nr. 66 – 1572; 1998, Nr. 109 – 2995). Įstatymas nustato sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimą, įstaigų grupes pagal sveikatos priežiūros paslaugų rūšis, įstaigų sveikatos priežiūros licencijavimo tvarką, įstaigų akreditavimo reikalavimus, teisės aktus ir norminius dokumentus, nustatančius įstaigų veiklą. Įstatyme reglamentuojamas Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai nepriklausančių įstaigų steigimas, apibrėžiama Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos biudžetinių ir viešųjų įstaigų samprata, nurodomi teisės aktai, reguliuojantys šių įstaigų steigimo, veiklos, valdymo, veiklos, lėšų naudojimo ypatumus, reorganizavimą ir likvidavimą.

*Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas*, priimtas Lietuvos Respublikos Seimo 1996 m. spalio 3 d. Nr. I – 1562. Nauja įstatymo redakcija: 2009 m. lapkričio 19 d. Nr. XI – 499 (Žin., 1996, Nr. 102 – 2317; 2009, Nr. 145 – 6425). Šis įstatymas reglamentuoja kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, t.y. prieinamas, saugias, veiksmingas sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugas, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami. Pacientas teises įgyja, pareigas prisiima ir jas įgyvendina pats arba per savo atstovus.

Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 – 2004 metų programos (Žin, 2001, Nr. 62 – 2244) nuostatas sveikatos apsaugos srityje, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m.

kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 patvirtinta *Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija* (Žin., 2003, Nr. 28 – 1147). Vadovaujantis esamos situacijos Lietuvoje analize, sveikatos reformų rezultatų vertinimu, suformuotos nuostatos, pagrindiniai pirmojo sveikatos priežiūros restruktūrizavimo etapo (2003 – 2005 m.) tikslai: „gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.“ Konstatuota, jog didelę dalį teikiamų paslaugų užima stacionarinės paslaugos, didžioji dalis sveikatos priežiūros įstaigų įsteigtos didžiuosiuose miestuose, trūksta specialistų atokiose rajonų vietose. Strategijos tikslus buvo planuojama pasiekti įvykdžius ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtrą; stacionarių paslaugų optimizavimą ir alternatyvių veiklos formų plėtrą; medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtrą. Tuo būdu buvo norima pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir pagrindinius sveikatos sistemos veiklos rodiklius.

Siekiant optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir gerinti paslaugų struktūrą, parengta *Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija*, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 (Žin. 2006, Nr. 74 – 2827). Strategijoje įvertinti pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatai, pažymima, jog per 2003 – 2005 metų laikotarpį reorganizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, ligoninių Lietuvoje sumažėjo 22 juridiniais vienetais: eilė ligoninių buvo reorganizuotos skaidymo būdu, išdalijant paslaugas kitoms ligoninėms, prijungiant mažesnes ligonines prie didesnių. Numatomi antrojo restruktūrizavimo etapo tikslai yra: nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą; tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą; toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą; optimaliau naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius.

Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimą Nr. 647 Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo (Žin., 2006, Nr. 74 – 2827, Nr. 88 – 3458) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 7 d. įsakymu Nr. V – 1031 buvo patvirtintos *Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų rengimo metodinės rekomendacijos* (Žin., 2006, Nr. 137 – 5234), kuriomis remiantis turėjo būti parengti kiekvienos apskrities sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planai 2007 – 2008 metų laikotarpiui.

Penkioliktosios *Lietuvos Respublikos Vyriausybės programoje*, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. XI – 52 (Žin., 2008, Nr. 146 – 5870) šalia kitų aktualių klausimų didelis dėmesys skiriamas sveikatos apsaugos reformai. Numatyta parengti tolesnės sveikatos apsaugos sistemos plėtros 2008 – 2012 m. strateginį planą, jame numatyti

konkrečias jo įgyvendinimo priemones, terminus, atsakingus vykdytojus, plano vykdymo nuolatinę stebėseną ir kontrolę. Nustatyti tolesnės sveikatos sistemos pertvarkos principai, numatytos sveikatos sistemos politikos pagrindinės strateginės kryptys: didinti ir koncentruoti finansinius bei kitus išteklius toms sveikatos sritims, kurios gali efektyviausiai sumažinti žmonių sergamumo ir mirtingumo rodiklius; pertvarkyti įmokų surinkimo į Privalomojo sveikatos draudimo fondą sistemą, įvedant atskirą sveikatos draudimo įmoką bei skatinti privalomąjį savanorišką sveikatos draudimą; sukurti paslaugų apmokėjimo modelį, skatinantį žmogų sveikai gyventi ir investuoti į savo sveikatą; pritraukti daugiau Europos Sąjungos lėšų, užtikrinti skaidrų ir efektyvų jų naudojimą; plėtoti mokslinius tyrimus sveikatos politikos ir kitose srityse. Numatomi ir sveikatos sistemos valdymo pokyčiai: numatoma peržiūrėti steigėjų funkcijas, Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių įstaigų veiklą ir skaičių.

Todėl Lietuvos Respublikos Vyriausybė, įgyvendindama savo programą, 2009 m. gruodžio 7 d. priėmė nutarimą Nr. 1654, kuriuo patvirtino *Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą* (Žin., 2009, Nr. 150 – 6713), įgyvendinamą 2009 – 2011 metais, kurioje numatytos dvi užduotys: sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas. Svarbiausias šios programos tikslas – teikti saugias, geros kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas.

*Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenys*, priimti 2011 m. LR Seimo nutarimu Nr. XI – 1430 – tai conceptualus dokumentas, kuriame, siekiant įgyvendinti svarbiausius valstybės siekius, taip pat sveikatos sistemos misiją, viziją ir pagrindinius principus, išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys ir numatyta jų įgyvendinimo strategija. Metmenys parengti vykdant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 – 2012 metų programos įgyvendinimo priemones, patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. vasario 25 d. nutarimu Nr. 189. Plėtros metmenyse iki 2020 metų pateikta ir esamos situacijos analizė sveikatos priežiūros sistemoje.

*Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2012 – 2014 m. strateginis veiklos planas* (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. kovo 14 d. įsakymas Nr. V – 203 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2012 – 2014 metų strateginio veiklos plano patvirtinimo“) numato patobulintą sveikatos sistemos valdymo programą, asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo procesą, visuomenės sveikatos stiprinimo programą, nacionalinę vaistų politikos programą, sveikatos draudimo plėtros programą, investicijų sveikatos sistemoje projektus ir asignavimus, LR Vyriausybės nuostatų sveikatos politikoje įgyvendinimą.



Išanalizavus minėtus ir kitus (22 priedas) dokumentus, galima teigti, kad per visą sveikatos reformos laikotarpį sukurta gana nuosekli teisinių dokumentų, reglamentuojančių tiek sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tiek sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimą, bazė. Lietuvos kuriama sveikatos politika, glaudžiai siejasi su Europos Sąjungos sveikatos politika, vadovaujasi Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijomis ir atitinka Lietuvos Vyriausybės prioritetinius strateginius tikslus.

### **1. 2. 2. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos vertinimas ES komisijos ataskaitoje**

Europos Komisija 2009 m. tyrė padėtį Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje ir jos pagrindines tendencijas, kaip Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) įstaigos teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas trimis lygiais (savivaldybės, apskritys ir valstybės). Konstatuota, kad paslaugų teikimas Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje dalinai yra decentralizuotas, bet daugiausiai – valstybinis. Visiškai arba iš dalies nemokama priežiūra teikiama privalomai apsidraudusiems gyventojams pagal privalomąją sveikatos draudimo sistemą, kuriai priklauso visi įmokas mokantys gyventojai ir tam tikros grupės (vaikai). Iš viso sistemai priklauso 99 % gyventojų.

Pirminę sveikatos priežiūrą teikia medicinos personalas sveikatos centruose, bendrosios praktikos gydytojų kabinetuose, bendruomenės punktuose, ambulatorijose ir poliklinikose. Bendrosios praktikos gydytojai sprendžia dėl specialistų konsultacijos arba stacionarizavimo, tačiau daug konsultacijų vyksta be siuntimo, jos yra mokamos. Specializuota ambulatorinė pagalba teikiama poliklinikose ir ligoninių ambulatoriniuose skyriuose. Stacionarinė priežiūra vykdoma bendrosiose ir specializuotose ligoninėse. Privačių specializuotos ambulatorinės priežiūros paslaugų, kurias daugiausiai teikia valstybinių ligoninių specialistai, skaičius auga. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai dirba pagal sutartį su įstatymų numatytais sveikatos draudimo fondais. Įstatymų numatyti sveikatos draudimo fondai tvarkomi per valstybinę ligonių kasą (VLK) ir jos regioninius padalinius – teritorines ligonių kasas (TLK). TLK sudaro sutartis su gydymo įstaigomis dėl paslaugų teikimo ir kompensuoja apdraustųjų išlaidas (medicines ir papildomas). Lėšos TLK skiriamos, atsižvelgiant į apskrities gyventojų skaičių ir naudojimąsi paslaugomis. Bendro finansavimo principas taikomas įvairioms paslaugoms (apsilankymams, gydymui ligoninėje, vaistams, dantų priežiūros paslaugoms). Įprasti ir neoficialūs atsiskaitymai. Valstybinės valdžios institucijos siekia, kad sveikatos priežiūros paslaugomis galima būtų naudotis lengviau, ypač kaimo vietovėse.

### 1. 2. 3. Lietuvos Respublikos integracijos į ES įtaka sveikatos reformos eigai

ES regioninė politika – tai investavimo politika. Ja remiamas darbo vietų kūrimas, konkurencingumas, ekonomikos augimas, gyvenimo kokybės gerinimas ir tvarus vystymasis. Regionine politika siekiama mažinti didelius Europos regionų ekonominius, socialinius ir teritorinius skirtumus.

Įstojus į Europos Sąjungą, Lietuvai atsirado ypatingai didelės galimybės atnaujinti ir sparčiai vystyti sveikatos priežiūros infrastruktūrą. Tam didžiausią reikšmę turėjo Europos struktūrinių fondų parama. Fondų lėšos iki 2013 metų yra panaudojamos dviem programoms:

- „Sveikatinimo veiklos tobulinimas, sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimas“ iki 60 % lėšų (pagalbą traumų atvejais teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimas, sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas, ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas, diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas, psichiatrijos stacionaro modernizavimas, psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas, krizių intervencijos centrų įkūrimas);
- „Sveikatos priežiūros reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“ iki 40 % lėšų (ambulatorinių paslaugų plėtra, asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines paslaugas, infrastruktūros optimizavimas ir dienos stacionaro bei dienos chirurgijos paslaugų plėtra, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų plėtra ir integravimas į bendrojo pobūdžio ligonines, visuomenės sveikatos priežiūros plėtra).

Pagrindinė nauda Lietuvai, kurią ji gauna iš stojimo į ES – tai naujų rinkų atsivėrimas, demonopolizacija, efektyvumo padidėjimas, prekių ir paslaugų pasiūlos padidėjimas, BVP augimas, tuo pačiu – PSDF (Privalomojo sveikatos draudimo fondo) biudžeto augimas. Taigi didžiausią naudą šiuo atveju gauna vartotojai (pacientai). Remiantis rinkos ekonomikos principais, įsijungimas į bendrąją rinką iš esmės yra naudingas Lietuvos ūkiui bei jo šakai – medicinos paslaugų plėtrai. Pašalinus kliūtis tarpusavio mainams tarp Lietuvos ir ES, geriau naudojami gamybos išteklių – darbo jėga, kapitalas bei gamtos išteklių. Lietuvoje išaugo konkurencija, ekonominė veikla tapo efektyvesnė, padidėjo prekių bei paslaugų pasirinkimas ir kyla šalies gerovė. Tiksliai įvertinti narystės ES poveikį labai sunku, nes nelengva atskirti, kas yra Lietuvoje vykdomų reformų, o kas – integracijos į ES padariniai. Kita vertus, žmonių sveikatos gerovė ateityje (turbūt daugiausia) priklausys nuo ekonominės politikos pačioje Lietuvoje. Iki šiol daug ES ar kitų tarptautinių organizacijų patarimų ir siūlymų Lietuvos vyriausybei teigiamai įtakojo Lietuvoje vykdomą sveikatos politiką. Pagrindiniai principai, kuriais grindžiama ES, tai pagarba žmogaus laisvėms ir

teisėms, demokratija, įstatymo viršenybė ir rinkos ekonomika. Šie principai visiškai atitinka ir Lietuvos žmonių interesus. Tačiau Lietuvoje jie dar nėra visiškai įgyvendinti, o integracija į ES yra vienas iš jų diegimo būdų. Anot Lietuvos laisvosios rinkos instituto požiūriu, nors yra konkrečių ES normų, netinkamų Lietuvai, paprastai sunkumai kyla ne tiek dėl jų turinio, kiek dėl nepakankamo jų poveikio įvertinimo bei pasirenkamų jų įgyvendinimo Lietuvoje metodų.

Regionų plėtros, globalizacijos, ES regionų politikos, subalansuotumo įtaka plačiau aptarta 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12 prieduose.

#### **1. 2. 4. Sveikatos politikos klausimai Lietuvos Respublikos nacionalinėje darnaus vystimosi strategijoje**

Plėtojamas medicininis visuomenės sveikatos priežiūros modelis, t. y. prie šios veiklos mažai prisideda kitos ministerijos ir savivaldos, mokslo institucijos, vyrauja ligų ir traumų gydymo, profilaktikos, o ne sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos skatinimo veikla. Didėja Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos plėtros socialiniai ir ekonominiai netolygumai. Senstanti šalies visuomenė, didėjanti jaunų darbingo amžiaus gyventojų emigracija didina krūvius ir sveikatos priežiūros sistemos išlaidas, gausėja privalomojo sveikatos draudimo sistemos finansinių problemų. Intensyvi gyventojų, pirmiausia jaunimo, migracija iš kaimiškųjų ir atokių regionų mažina galimybes juose plėtoti modernią visuomenės sveikatos priežiūrą. Nedarbas, kitos ekonominės ir socialinės problemos mažina gimstamumą, gausėja savižudybių, prastėja gyventojų sveikata: didėja jų priklausomybė nuo alkoholio, tabako, narkotikų. Daugelį metų mažėjęs natūralus gyventojų prieaugis ir toliau neigiamas. Didelį susirūpinimą kelia su alkoholio vartojimu susiję sveikatos sutrikimai, ypač baugina alkoholio poveikio vaikams situacija. Neefektyvi reagavimo į visuomenės sveikatai gresiančius pavojus sistema.

Pagal nacionalinę darnaus vystimosi strategiją (2003) pagrindiniai sveikatos rodikliai iš socialinio vystymosi rodiklių grupės yra būtent šie: gyventojų prieaugis proc., gyventojų mirtingumas nuo kvėpavimo sistemos ligų, tenkantis 100 000 gyventojų, gyventojų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, tenkantis 100 000 gyventojų, naujagimių iki 1 m. amžiaus mirtingumas (skaičius, tenkantis 1 000 gimimų duotais metais), dirbančiųjų mirtingumas dėl nelaimingų atsitikimų darbe, žuvusiųjų skaičius per metus, švietimui, sveikatos apsaugai ir mokslui skiriamų lėšų kiekis (BVP dalis procentais), investicijos į mokslą ir technologijų vystymą (mln. Lt).

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė – vienas iš svarbiausių gyventojų sveikatos rodiklių. Palyginti su 1995 m., vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pailgėjo 4 metais, vyrų – 4,2 metų, moterų – 3,5 metų. 1995 m. moterys gyveno vidutiniškai 11,8 metų ilgiau nei vyrai, 2000 m. – 10,6, 2009

m. – 11,1 metų. Lietuvoje skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės yra didžiausias Europos Sąjungoje.

Sergančių kokia nors lėtine liga ar turinčių ilgalaikių sveikatos sutrikimų su amžiumi daugėja. Iš 65 metų amžiaus ir vyresnių gyventojų, ilgalaikių sveikatos sutrikimų turėjo 64 procentai, iš 16–24 metų amžiaus asmenų – 5 procentai. Vidutinė tikėtina sveiko žmogaus gyvenimo trukmė kiekvienais metais po truputį ilgėja, tačiau išlieka viena iš trumpiausių ES. Vyrų vidutinė tikėtina sveiko žmogaus gyvenimo trukmė trumpesnė nei moterų ir šis skirtumas yra didžiausias ES. 2008 m. vyrų tikėtina sveiko žmogaus gyvenimo trukmė Lietuvoje buvo 54,6 metų, moterų – 59,3 metų ir, palyginti su 2005 m., pailgėjo atitinkamai 3,4 ir 5 metais (Statistikos departamentas, 2010).

2009 m. mirė 42 tūkst. žmonių, tai 3,6 tūkst. mažiau negu 2007 m. 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. Mirties priežasčių struktūra jau daugelį metų nekinta: daugiausia žmonių miršta dėl trijų pagrindinių mirties priežasčių: kraujotakos sistemos ligų, piktybinių navikų ir dėl išorinių mirties priežasčių. 2009 m. nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau kaip pusė visų mirusiųjų (23,3 tūkst. arba 55,4%). Kraujotakos sistemos ligos buvo 46,4 procento mirusių vyrų ir 65,2 procento mirusių moterų mirties priežastis. 2009 m. dėl išorinių mirties priežasčių mirė 4,2 tūkst. žmonių: 15 procentų visų mirusių vyrų ir 4,4 procento mirusių moterų. 2009 m., palyginti su 2005 m., kuomet mirusiųjų dėl išorinių mirties priežasčių skaičius buvo didžiausias, mirusių skaičius dėl šių priežasčių sumažėjo 24,9 procento.

Nacionalinės darnaus vystimosi strategijos įtaka sveikatos apsaugos, chirurgijos plėtrai trumpai aprašyta 9 priede.

### **1. 2. 5. Apskričių reformos Lietuvoje vaidmuo sveikatos priežiūros įstaigų ir jų veiklos pertvarkyme**

Lietuvai atkūrus nepriklausomybę ir pasikeitus socialinei bei ekonominei sistemai, išliko būtinybė reformuoti teritorijos administracinį suskirstymą ir įtvirtinti naujas teritorinės savivaldos institucijas. Daugelis Rytų ir Vidurio Europos šalių per paskutinį XX a. dešimtmetį įvykdė savo teritorijos administracinio suskirstymo reformas. Svarbų vaidmenį atliko ir ES iškelti savivaldos organizavimo ir regioninės politikos vykdymo reikalavimai. Skirtingai negu kitos vidurio Europos pokomunistinės šalys, Lietuvos valdžia prioritetą teikė regioninei reformai, o ne vietinių teritorinių vienetų įtvirtinimui. Nors apskričių steigimas buvo siejamas su valdymo decentralizacija, Vyriausybei taip ir neperdavus svarbesnių funkcijų į apskritis bei nesukūrus regioninės savivaldos institucijų, regioninė reforma šalies valdymo nesugebėjo pasukti decentralizacijos linkme. Regioninė reforma apsiribojo tik regiono administracinio tinklo įtvirtinimu.

Pagrindiniu reformos tikslu siūloma laikyti jau minėtą šalies valdymo optimizavimą, bei efektyvaus regioninės plėtros proceso vykdymo užtikrinimą. Tokiu atveju tampa aiškesni ir tolimesni reformos etapai. Žinoma, šiuo atveju reforma turi būti vykdoma, atsižvelgiant į ilgalaikę perspektyvą, o ne siekiant laikino situacijos pagerinimo dalinėmis reformomis. Sisteminiu požiūriu, šalies valdymo optimizavimui būtinas aiškus valstybės valdymo perspektyvinis modelis, kuris leistų atsakyti į klausimą, kokią valstybę su jos valdymo organizacine bei institucine struktūra norime matyti ateityje. Remiantis šiuo modeliu, pirmiausia turėtų būti detalai peržiūrėtos visos šiuo metu vykdomos valdymo funkcijos tiek centriniam, tiek apskričių, tiek savivaldybių lygmenyje, ir nubrėžtos aiškios ribos ir kompetencija tarp atskiruose lygmenyse vykdomų funkcijų pagal pasirinktą valdymo modelį, o taip pat įvertintas funkcijoms šiuo metu skiriamas bei po valdymo reformos numatomas skirti finansavimas.

Kaip ir kitos pokomunistinės šalys, Lietuva pradėjo reformas. Tačiau istorinio tęstinumo tradicijų nebuvimas, ilga politinė ir ekonominė priklausomybė Sovietų Sąjungai lėmė sunkų šių reformų kelią.

1991 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybė prie Ekonomikos Ministerijos sudarė darbo grupę savivaldos ir teritorinei administracinei reformai rengti. Ši darbo grupė parengė Lietuvos reformos koncepciją, kuriai pritarė Vyriausybė. Buvo pasinaudota sovietiniu dešimties regionų modeliu, sudaryti 10 apskričių (įvestos 1995 m.), mechaniškai sujungiant administracinius rajonus.

2000 m., priėmus Regioninės plėtros įstatymą, apskritys tapo teritorijomis, kuriose turi būti įgyvendinama nacionalinė regioninė politika. Tačiau iki šiol apskritys ir jų Regioninės tarybos nevaicina svarbaus vaidmens regionų raidos procese. Nepakankamas decentralizacijos laipsnis regioniniu lygmeniu yra viena priežasčių, kodėl Lietuva iki šiol nevykdo aktyvios regioninės politikos.

2001 m., kai Vyriausybė savo programoje numatė apskričių reformą (numatytos 5 apskritys Lietuvoje), vėl pradėta daugiau kalbėti apie Lietuvos regionalizaciją. Vertindama apskričių valdymo reformos koncepciją, V. Juknevičienė (2008) konstatuoja, jog joje trūksta sisteminio požiūrio į iškeltą problemą. Koncepcijoje išvardinti pagrindiniai tikslai rodo, jog iš tiesų reformą sąlygoja tos pačios prielaidos, kaip ir kitose CRE šalyse. Tačiau iš keleto išvardintų tikslų nei vienas nėra išskirtas prioritetais. Neturint pagrindinio reformos tikslo, tampa nebeaiški pati reformos prasmė – dėl ko ji yra vykdoma. Svarbiausio tikslo išskyrimas metodiškai yra būtinas, tik tuomet galima nustatyti tolimesnius valdymo reformos, o tuo labiau – teritorinės reformos etapus. Šiuo metu šie etapai nėra aiškūs, o tai lemia ir dar vienas veiksnys – nėra pateikta reformos etapų bei teritorinio administracinio suskirstymo alternatyvų ekonominio–socialinio pagrindimo.

Lietuvos apskritys netapo teritorinės savivaldos institucijomis, nes neturi tos teritorijos gyventojams atstovaujančių renkamųjų organų. Centrinės valdžios skiriami apskričių viršininkai tapo politinio pasitikėjimo pareigūnais, kurie keičiami po kiekvienų Seimo rinkimų ir pasikeitus Vyriausybei. Apskrities viršininkų funkcijomis tapo dekoncentruotos centrinių valdžios institucijų funkcijos. Taip pat apskritys gavo tik nedidelę dalį planuotų joms perduoti ministerijų ir Vyriausybės institucijų funkcijų (taip pat ir Respublikinė Šiaulių ligoninė buvo perduota Šiaulių apskrities viršininko administracijos pavaldumui, kuri tapo ligoninės steigėju).

Lietuvos vyriausybė po paskutiniųjų (2008 m.) Seimo rinkimų inicijavo apskričių reformos tęsinį. Reformos tikslas: panaikinti tarpinį centrinės valdžios lygmenį – apskrities viršininkų administracijas, jų funkcijas ir įstaigas, persikirstyti jas savivaldybėms ir valstybės valdžios institucijoms, o dubliuojamas ar perteklines funkcijas panaikinti. Apskritys, kaip teritoriniai administraciniai vienetai, nenaikinamos. Iš 88 apskrities viršininko vykdomų funkcijų 10 nutarta perduoti savivaldybėms, 58 panaikinti, 20 perduoti vykdyti ministerijoms. Savivaldybėms perduodamos 124 apskričių viršininkų įsteigtos įstaigos, iš kurių 12 ligoninių, 7 socialinių paslaugų ir reabilitacijos centrai, 5 pensionatai, 4 sutikusio vystimosi kūdikių namai ir kt. Dalis įstaigų perduodama ministerijų (sveikatos apsaugos, žemės ūkio, vidaus reikalų, ūkio) pavaldumui. Apskričių reforma didžia dalimi ir lėmė gydymo įstaigų tolimesnės pertvarkos strategiją. Iki 2010 m. liepos 1 d. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumas buvo trijų lygių: sveikatos apsaugos ministerijos; apskričių; savivaldybių. Pagal teikiamų paslaugų struktūrą jos nuo šiol suskirstytos į tris lygmenis– 3R: *rajono, regiono, respublikos*. Anksčiau pradėta Šiaulių apskrities gydymo įstaigų reforma tęsiama (prieš keletą metų uždarytas chirurgijos skyrius Kuršėnuose, akušerijos – ginekologijos skyriai Kuršėnuose, Akmenėje, Pakruojuje, Joniškyje). Šiaulių apskrities ligoninė, Šiaulių apskrities tuberkuliozės ir plaučių ligoninė, Šiaulių apskrities psichiatrijos ligoninė, Šaukėnų psichiatrijos ligoninė optimizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, veikia kaip vienas juridinis vienetas – Viešoji įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė. Iš Šiaulių apskrityje esančių Akmenės, Joniškio, Kelmės, Pakruojo, Radviliškio, Kuršėnų ligoninių – visos priskirtos rajono lygmeniui. Tik Radviliškio ligoninėje yra teikiamos stacionarinės akušerijos ir chirurgijos paslaugos, o Kelmės ir Joniškio ligoninėse tik chirurgijos .

Bet skubotai vykdoma sveikatos reforma nepateisino į ją dėtų vilčių. Pasirodo, kad pinigų nesutaupyta, ligoninės skęsta skolose, jų darbuotojai laiku negauna atlyginimų, visuomenė nepatenkinta sveikatos paslaugų prieinamumu, kokybe. Akivaizdu, kad sistema, valdanti daugiau kaip 4 milijardų litų biudžetą, dirba neracionaliai: nesugeba tinkamai paskirstyti pinigų bei teikti aukšto lygio paslaugas gyventojams. Pilnai nemokamų medicinos paslaugų nėra – ligoniams reikia primokėti už vieną ar kitą paslaugą. Pagal nustatytas bazines kainas apmokama tik dalis gydymo

įstaigų išlaidų, nes realių įkainių už gydymo, slaugos paslaugas iki šiol nėra. Sveikatos sistema disponuoja vienu iš didesnių biudžetų – po Valstybės biudžeto ir Valstybinio socialinio fondo biudžeto. Beje reikia paminėti, kad net krizės metais Vyriausybė jo drastiškai nemažino. Valstybės kontrolė, įvertinusi 63 stacionarių gydymo įstaigų infrastruktūros finansavimą, yra konstatavusi, kad nebuvo užtikrintas tinkamas gydymo įstaigoms skirtų lėšų panaudojimas.

Prasidėjus ligoninių reformai, paaiškėjo, kad didžiausi jos priešininkai – ligoninių, kurias ketinama jungti ar pertvarkyti, vyriausieji gydytojai arba direktoriai. Jie baiminasi prarasti ir taip ilgai užimamas pareigas. Ieškoma užtarėjų Seimo sveikatos reikalų komitete, parlamentarų tarpe, ministerijoje. Lietuvos sveikatos reformos detalesnė analizė (išorinių ir vidinių veiksmų, SSGG, problemos sprendimo strategija) pateiktos 1, 2, 3 prieduose.

### **1. 2. 6. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos tolimesnės plėtros būtinybė**

Pasaulio banko ekspertų 2009 m. birželio mėnesį atlikta valstybės išlaidų Lietuvos Respublikos socialiniuose sektoriuose studija rodo, kad ligoninių ir lovų skaičius, tenkantis santykiniam gyventojų skaičiui, Lietuvoje yra didesnis už kaimynines Baltijos valstybes ir net 1/3 vidutiniškai didesnis už ES vidurkį. Tūkstančiui gyventojų tenka beveik penkios ligoninės, arba dvigubai daugiau nei naujų ES narių vidurkis. Penkiasdešimt trijose ligoninėse yra mažiau nei 50 lovų, o dar dvidešimt penkiose – mažiau nei 100 lovų. Paprastai žinoma, kad mažiau nei 200 lovų turinčios ligoninės yra per mažos visam ligoninės bendrųjų paslaugų spektrui užtikrinti. Atstumai Lietuvoje nėra dideli, todėl yra galimybių apjungti ligoninių infrastruktūras, nesumažinant paslaugų prieinamumo.

Apibendrinti duomenys rodo, kad ligoninių produktyvumas yra priimtinas, tačiau daugiau ligonių turi būti gydoma ambulatoriškai, nes Lietuva pasižymi vienu didžiausiu stacionaraus gydymo rodikliu Europoje. Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, mažinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo netolygumus, būtina toliau decentralizuoti ir plėtoti pirminę sveikatos priežiūrą, artinant ją prie gyventojų, stiprinti specializuotą ambulatorinę pagalbą ir reabilitaciją. Būtinios investicijos į ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros atnaujinimą, modernizuojant bei aprūpinant jas šiuolaikine įranga bei technologijomis. Tai padės greičiau diagnozuoti sveikatos sutrikimus, o pigesnės ir veiksmingesnės, arčiau gyventojų išdėstytos paslaugos leis sumažinti gyventojų sergamumą ir padidinti jų darbingumą, taip pat leis racionaliau naudoti privalomojo sveikatos draudimo fondo ir valstybės biudžeto lėšas. Nuo 2006 m. Valstybinė ligonių kasa stengiasi skatinti dienos chirurgijos plėtrą, riboti stacionarines paslaugas. Siekiant užtikrinti teikiamų paslaugų

kokybę visiems Lietuvos gyventojams, būtina pertvarkyti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų tinklą. Yra būtinos investicijos į stacionarių paslaugų apskrityse ir savivaldybėse optimizavimą, numatant teikiamų paslaugų, personalo struktūrą, aprūpinimą reikiama įranga ir patalpomis, gerinant tyrimų kokybę. Šiuo metu Lietuvoje yra apie 40 rajono ligoninių, kurias reiktų pertvarkyti pagal šiuolaikinius reikalavimus. Pirmi rezultatai yra džiuginantys. Šias priemones reiktų derinti su ligoninių infrastruktūros dydžio mažinimu ir pirminės sveikatos priežiūros skatinimu.

Kita aktualių problemų ligoninių sistemoje grupė yra susijusi su skaidrumo stoka ir netinkamu administravimu. Didelė problema yra įvairių lygių korupcija. Daugelis sveikatos priežiūros pareigūnų taip pat įsitikinę, kad būtina stiprinti ligoninių vadovų vadybos gebėjimus ir profesionalumą. Esant tokioms aplinkybėms, labai sunku siekti reformų bei ekonomiškai naudingai valdyti investicijas į brangias technologijas. Sveikatos priežiūros įstaigų, tame tarpe ir Respublikinės Šiaulių ligoninės, vadovavimo ypatumai aptarti 15 ir 16 prieduose.

Kokybės valdymas ir kontrolė sveikatos apsaugos sistemoje vis dar yra silpnos. Sveikatos priežiūros įstaigos teikia informaciją ar jos atitinka tam tikrus licencijuojamai veiklai keliamus reikalavimus. Šiuo pagrindu Akreditavimo agentūra joms išduoda licencijas veiklai. Nors ši agentūra veikia 10 metų, akreditavimo teisinė bazė, procesai dar pilnai nesukurti. Maždaug 30 ligoninių savo iniciatyva gavo ISO sertifikatus (2007 m. ir Respublikinė Šiaulių ligoninė), tačiau negavo nei finansinės paramos, nei norimo pripažinimo. Nėra sukurtos sveikatos priežiūros technologijų vertinimo sistemos, kuri užtikrintų, kad sprendimai investuoti būtų priimami, atsižvelgiant į poreikius ir ekonomiškumą, arba leistų stebėti brangios įrangos saugumą ir tinkamą naudojimą.

Valstybė galėtų persvarstyti ligoninių finansavimo sistemos poreikius ir stiprinti strateginius pirkimus, centralizuotai vykdyti viešuosius pirkimus. Ligoninių finansavimo sistema turėtų skatinti naudoti efektyviau sanaudas ir gerinti paslaugų kokybę.

Norint paskatinti ligoninių reformą ir atkurti visuomenės pasitikėjimą sistema, reikės ilgalaikio politinio ryžto, bendrų sveikatos apsaugos ministerijos ir valstybinės ligoninių kasos pastangų. Būtina tęsti ligoninių infrastruktūros reformą ir siekti, kad žemesnio lygmens įstaigose būtų teikiamos tik tam tikros paslaugos, kurios atitinka ligoninių poreikius saugioje aplinkoje. Reiktų keisti paslaugų apmokėjimo teikėjams sistemą bei išlaikyti paskatas kuo plačiau taikyti dienos chirurgiją.



### **1. 2. 7. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos tolimesnės plėtros metmenys**

Pagrindinis restruktūrizavimo programos tikslas – teikti saugias ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai panaudojant sveikatos priežiūrai skirtas lėšas. Restruktūrizacijos programą sudaro 2 dalys: sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas; sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas. Pagal sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programą sveikatos priežiūros įstaigų tinklą reikia optimizuoti vadovaujantis šiais pagrindiniais kriterijais:

1. Sveikatos priežiūros įstaigas, esančias arti viena nuo kitos ir galinčias naudoti centralizuotomis laboratorijų, sterilizacinių, radiologinių tarnybų, ūkio, teisinėmis ir kitomis paslaugomis, apjungti į stambesnius struktūrinius vienetus (Respublikinės Šiaulių ligoninės atvejis);

2. Specializuotas onkologijos, vaikų, tuberkuliozės, psichiatrijos, infekcines, gimdymo paslaugas teikiančias gydymo įstaigas integruoti į daugiaprofilines sveikatos priežiūros įstaigas (Respublikinės Šiaulių ligoninės atvejis);

3. Sveikatos priežiūros įstaigas, turinčias aukščiausio lygio technologijas ir siaurų specialybių gydytojus, teikiančias sudėtingiausias paslaugas bei turinčias mokymo ir mokslo bazes, palikti pavaldžias sveikatos apsaugos ministerijai kartu su universitetais;

4. Valstybės pavaldumui perduoti po vieną daugiaprofilinę sveikatos priežiūros įstaigą penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose, kur koncentruojasi didžiausi pacientų srautai (Šiaulių ligoninės atvejis);

5. Likusias sveikatos priežiūros įstaigas perduoti savivaldybių pavaldumui.

Sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo kriterijai: atliekamų didžiausių operacijų skaičius per kalendorinius metus; gimdymų skaičius per kalendorinius metus; geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės; atliekamų operacijų skaičius nakties metu; aprūpinimas reikalingais asmens sveikatos priežiūros specialistais; įstaigos ir atskirų padalinių veiklos ekonominiai–finansiniai rezultatai.

### **1. 3. Minimaliai invazinė chirurgija**

Jau beveik prieš 150 metų buvo bandoma kurti pirmuosius prietaisus, kurie gali būti vadinami minimaliai invazinės chirurgijos pradainkais. Georg Kelling, Drezdene, Saksonijoje, 1902 metais atliko pirmą laparoskopinę procedūrą šunims, o 1910 metais Hansas Christianas Jacobaeus iš Švedijos pranešė, kad atliko pirmąją laparoskopinę operaciją žmonėms. Tačiau dėl to meto nepakankamų techninių galimybių, optikos netobulumo šie prietaisai praktikoje metu neprigijo. Bet 1928 metais, išradus šviesolaidį, šeštajame dešimtmetyje, pritaikius Hopkinso strypinius lęšius, ir septintajame dešimtmetyje, pradėjus naudoti vaizdo techniką, vėl sustiprėjo susidomėjimas kūno

ertmių tyrimu, naudojant minimaliai invazinę techniką. Pirmieji šią techniką pradėjo naudoti ginekologai ir vidaus gydytojai. Pamažu greta tik diagnostinių procedūrų, kurių metu būdavo įvertinama vidaus organų būklė, pradėtos ir nesudėtingos gydomosios procedūros: polipo nudeginimas, kraujosruvos ar cistos pašalinimas.

Persilaužimas minimaliai invazinėje chirurgijoje įvyko 1985 metais Vokietijoje, atlikus pirmą laparoskopinę ginekologinę operaciją, 1987 metais, kai Lione (Prancūzija), naudojant laparoskopinę techniką, pirmą kartą buvo pašalinta tulžies pūslė. Dar daugiau galimybių audinių pjovimui ir kraujavimo stabdymui atsirado, pradėjus naudoti elektros energiją. Šiuo metu daug vilčių siejama su visai neseniai pradėtais naudoti šviesos lazeriais, robotais. Praėjusiame amžiuje pradėtas ir šiuo metu ypač sparčiai plintantis šis operavimo būdas pakeičia tradicinę chirurgiją ir didelius pjūvius, kurie visą gyvenimą neleidžia pamiršti ligos. Medicinos technika vis tobulėja, atsiranda naujų gydymo būdų. Vienas iš jų – minimaliai invazinė chirurgija. Minimaliai invazinė chirurgija – tai viena iš prioritetinių chirurgijos kryptų. Pati minimaliai invazinės chirurgijos koncepcija yra pažangi, nes siekiama diagnozuoti ir gydyti chirurgines ligas, sukeltas kaip galima mažesnę traumą organizmui. Šios chirurgijos sritys operacijos plačiai atliekamos ginekologijoje, traumatologijoje, urologijoje, vaikų chirurgijoje, kardiologijoje, kraujagyslių ir kitose srityse.

Plačiausiai naudojama minimaliai invazinės chirurgijos sritis yra laparoskopinė chirurgija. Laparoskopinės operacijos skirstomos į paprastesnes ir sudėtingas. Paprastesnėms laparoskopinėms operacijoms priskiriamos tulžies pūslės pašalinimas ir appendektomija (kirmėlinės ataugos pašalinimas), kurias atlieka praktiškai visi chirurgijos gydytojai. Atlikti sudėtingas laparoskopines operacijas chirurgai paprastai daugiau specializuojasi, nes joms atlikti reikia daugiau chirurgijos įgūdžių, patirties. Tuo siekiama, kad pagerėtų operacijų rezultatai, sumažėtų komplikacijų skaičius.

Minimaliai invazinė chirurgija – tai tokia pat chirurgija kaip ir klasikinė, tačiau pasiekti pažeistą organą nereikia didelio pjūvio. Pro nedidelį pjūvį pilvo sienoje, naudojantis specialia adata, kurią duriant pro pilvo sieną, nepažeidžiami po ja esantys organai, į pilvo ertmę suleidžiama anglies dvideginio dujų. Jos pakelia pilvo sieną nuo viduje esančių organų ir sudaro pakankamą erdvę apžiūrėti pilvo ertmėje esančius organus bei atlikti diagnostines ir gydomąsias procedūras. Vėliau pro papildomus mažus pjūvius (jų ilgis ir skaičius priklauso nuo atliekamos operacijos sudėtingumo ir turimos technikos dydžio), į pilvo ertmę įleidžiami specialūs chirurginiai instrumentai, kurių darbinė dalis tokia pati kaip įprastų chirurginių instrumentų, tačiau chirurgas juos valdo už pilvo ertmės ribų. Kas vyksta pilvo ertmėje, chirurgas mato monitoriuje. Į jį vaizdą perduoda nedidelė telekamera, kurios objektyvas taip pat įleidžiamas į pilvo ertmę.

Patvirtinta, kad laparoskopinė chirurgija saugi, veiksminga ir ligonių gerai toleruojama. Palyginti su tradicine chirurgija, ji turi šiuos privalumus: ligoniai greičiau pasveiksta ir greičiau

atsistato jų darbingumas, sutrumpėja gulėjimo ligoninėje laikas, sumažėja gydymo išlaidos, gaunamas geresnis kosmetinis rezultatas. Įrodyta, kad pilvo žaizdos dydis tiesiogiai susijęs su ligonio pooperaciniu aktyvumu. Tai labai svarbu vyresnio amžiaus ar turintiems antsvorio bei gretutinių ligų pacientams, kuriems, norint pasiekti operuojamą organą, reikia atlikti gana didelį pjūvį. Tokiu atveju pažeidžiama daug raumenų, nervai ir kraujagyslės. Ankstyvu pooperaciniu periodu dėl didelių pjūvių daugiau skauda, ypač keliantis ar judant, todėl ligonis priverstas ilgiau gulėti lovoje. Vėlyvame pooperaciniame periode dėl nervų ir kraujagyslių pažeidimo gali sunkiau gyti operacinė žaizda, atrofuoja pilvo siena, blogai sugyja fascijos ir gali atsirasti pooperacinė išvarža. Tuo tarpu, operuojant laparoskopu, ligonio pilvo sienos storis neturi įtakos operacinių pjūvių dydžiui. Ligonis jau kitą parą gali keltis ir eiti. Dėl didesnio aktyvumo būna mažiau pooperacinių komplikacijų, greičiau išrašomas į namus, mažiau reikia skausmą malšinančių vaistų, greičiau grįžta į darbą ir aktyvų visuomeninį gyvenimą.

Tačiau kaip ir kiekviena operacija, laparoskopija turi savo neigiamų savybių: skiriasi matomų organų dydis nuo tikroviško jų dydžio, negalima tiesiogiai ranka ar akimi įvertinti organo pažeidimo, nevisada pavyksta organus gerai apžiūrėti, prie jų patogiai prieiti, kai kada trūksta uoslės suvokimo ir kt. Be to, dėl pilvo sienos ištempimo, kitą pooperacinę parą ligonis gali jausti skausmus, primenančius pilvo raumenų skausmą po didesnio fizinio krūvio. Taip pat dėl žarnyno suspaudimo išsiskiria daugiau serotonino, dėl kurio po operacijos ligonį labiau pykina. Kadangi laparoskopija yra palyginti dar naujas gydymo metodas, tikslų indikacijų ir kontraindikacijų jai dar nėra iki galo nustatyta.

Atsiradus laparoskopinei technikai, buvo manoma, kad tai bus tik labai siaura operacinės chirurgijos sritis, t.y. atliekamos tik nesudėtingos operacijos. Vėliau, tobulėjant technikai, gaunant vis geresnių rezultatų, buvo pradėta sakyti, kad nėra tokios operacijos, kurios nebūtų galima atlikti laparoskopu. Bet ankstyvųjų ir vėlyvųjų pooperacinių rezultatų analizė parodė, kad ne visas operacijas galima gerai atlikti vien tik laparoskopu. Šiuo metu visuotinai patvirtinta, kad laparoskopu turėtų būti operuojama tulžies pūslė, gastroezofaginis refliuksas, prakiurusi skrandžio opa, šalinamos kiaušidžių cistos, atliekamos kitos ginekologinės operacijos. Tačiau tikslias indikacijas laparoskopinei operacijai gali nustatyti chirurgas, susipažinęs su konkrečiu atveju. Dėl kitų operacijų nėra vieningos nuomonės.

Šiuo metu laparoskopiskai operuojami žarnų augliai, žarnų nepraeinamumas, šalinama blūžnis, mažinamas ar apjuosiamas žiedu skrandis, suformuojamos žarnų apylankos, taip pat atliekamos išvaržų plastikos, kirmėlinės ataugos pašalinimo operacijos. Šiuo metodu operuojami ir plaučiai – šalinami augliai, susiuvami plyšimai ir kt. Paskutinįjį dešimtmetį bandoma operuoti ne tik natūraliose ertmėse, bet ir sukuriant dirbtinę erdvę. Taip pradėta operuoti išsiplėtusias kojų venas,

skydliaukę, prieskydines liaukas, antinksčius, atliekamos kai kurios poodinės plastinės operacijos. Reikia pasakyti, kad laparoskopinė technika sukurta ne chirurgo patogumui, bet ir galvojant, kad ligoniui būtų lengviau ir geriau. Kol kas tai gana brangi aparatūra, brangios operacijos, tačiau pamažu tobulėjant mokslui, kaupiantis patyrimui ir vis plačiau naudojant chirurgijoje, ji jau tapo nepakeičiama chirurgijos dalimi. Artima ir tolima šiuolaikinės chirurgijos plėtra turi užduoti pritaikyti laparoskopinį metodą atliekant sudėtingiausias operacijas, diegti naujas minimaliai invazinės chirurgijos metodikas (vieno dūrio, natūralių organizmo angų).

Minimaliai invazinės pilvo operacijos pasaulyje atliekamos virš trisdešimties metų. Autorius lentelėje surinko bei išanalizavo pirmųjų ir pagrindinių minimaliai invazinių pilvo operacijų palyginamąją plėtrą pasaulyje, Lietuvoje ir Šiauliuose:

## 5 lentelė

### Pirmosios minimaliai invazinės pilvo ertmės operacijos

Eilės Nr.	Operacija	Pasaulis	Lietuva	Šiauliai
1.	Tulžies pūslės pašalinimas	1987 m.	1992 m.	1994 m.
2.	Kirmėlinės ataugos pašalinimas	1981 m.	1992 m.	2000 m.
3.	Kirkšnies išvaržos plastika, nepatenkant į pilvo ertmę	1991 m.	1995 m.	2006 m.
4.	Kirkšnies išvaržos plastika, per pilvo ertmę	1990 m.	1996 m.	2012 m.
5.	Pooperacinės išvaržos plastika	1993 m.	2005 m.	2006 m.
6.	Storosios žarnos pašalinimas	1991 m.	2003 m.	2007 m.
7.	Diafragmos išvaržos, refluksezofagito operacija	1990 m.	1998 m.	2002 m.
8.	Skrandžio žiedo uždėjimas	1986 m.	2004 m.	2010 m.
9.	Skrandžio mažinimas, žarnų apylanka	1993 m.	2005 m.	2010 m.
10.	Akmenų pašalinimas iš tulžies latakų laparoskopu	1990 m.	2009 m.	2008 m.
11.	Blūžnies pašalinimas	1992 m.	2004 m.	2012 m.

Sudaryta autoriaus, remiantis interneto ir kitų dokumentų duomenimis

Pateikti duomenys akivaizdžiai rodo, kad visos pagrindinės laparoskopinės (minimaliai invazinės) pilvo operacijos, kurios atliekamos pasaulyje, yra sėkmingai atliekamos ir Lietuvoje bei Šiauliuose. Jų spartesnę plėtrą ilgą laiką stabdė užsitęsusi sveikatos reforma, informacijos stoka ir nepakankamas prieinamumas, galimybės tobulėti stoka, materialinio bei techninio aprūpinimo problemos. Šiuo metu ši chirurgijos sritis Lietuvoje ir Šiauliuose akivaizdžiai įgijo pagreitį, pasiekti gražūs rezultatai, pacientai jais dažniausiai lieka patenkinti.

## 2. MINIMALIAI INVAZINĖS CHIRURGIJOS PASLAUGŲ PLĖTROS TENDENCIJOS RESPUBLIKINĖJE ŠIAULIŲ LIGONINĖJE SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS REFORMOS METU

### 2.1. Tyrimų metodika

*Magistro darbo problemos sprendimo vizija* – prisidėti prie minimaliai invazinės chirurgijos propagavimo ir plėtros, įvertinant veiklos efektyvumui būtiną aplinkos stebėseną VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje. Tai sudarytų sąlygas gerinti šių paslaugų prieinamumą, kokybę ir tęstinumą.

*Magistro darbo problemos sprendimo misija* – plečiant minimaliai invazinės chirurgijos paslaugas, didinant chirurgų aktyvumą bei pacientų informuotumą apie VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės veiklos efektyvumą minimaliai invazinės chirurgijos srityje, skatinti VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės steigėjus, administraciją sudaryti sąlygas efektyviau diegti šiuos progresyvius gydymo metodus praktikoje.

*Metodinis tyrimo pagrindimas.* Remiantis V. Židžiūnaite (2007), tyrimo dizaino struktūrą galima nusakyti tokiais klausimais: kokia epistemologija sudaro tyrimo pagrindą; kokia metodologija leidžia susieti tyrimo metodus ir rezultatus bei lemia metodų pasirinkimą ir taikymą; kokius metodus tyrėjas taikys. Plačiąja prasme metodologiją galima apibrėžti kaip bendriausius pažinimo principus (žodis metodologija kilęs iš graikų kalbos žodžių "*methodos*" ir "*logos*"). Kiti autoriai metodologiją apibūdina kaip pažinimo metodus ir būdus konkrečioje mokslo kryptyje. Dar vieni teigia, kad konkrečioje kryptyje metodologija – tai žinių sistema apie mokslinio pažinimo procesą, metodus ir konkrečių tyrimų metodiką. Nepaisant sąvokų įvairovės, Kardelis (2002) metodologiją apibrėžia kaip teoriją, kuri nagrinėja mokslinio pažinimo procesą ir jo principus bei mokslinio tyrimo metodus ir techniką (mokslų krypties metodologija).

Kaip jau minėta, modelis rengiamas integruojant dvi perspektyvas: viešojo valdymo (sveikatos reformos dalyvių kaip ekspertų nuomones) ir marketingo (klientų – pacientų nuomones). Darbo tikslui pasiekti pasirinkta kokybinio tyrimo strategija (konstruktyvistinė prieiga).

Epistemologinė pozicija lemia problemų pasirinkimą ir tyrimo rezultatų pateikimą, todėl šioje dalyje siekiama aiškiai identifikuoti metodologinę prieigą, kuria bus remiamasi. Svarbiausia, anot E. G. Guba ir Y. S. Lincoln (1989), pagrindinis pragmatinis bet kokios metodologijos kriterijus – kad ji turi vesti geresnių priemonių reiškiniams nuspėti ir valdyti link. Esminis procesas yra aiškinimas: kažko priežasties išaiškinimas (Guba, Lincoln, 1989).

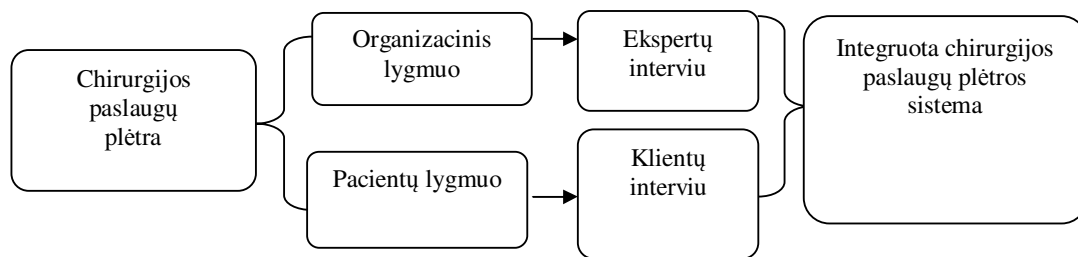
Šiame tyrime pasirinkta konstruktyvistinė metodologinė prieiga. Pasak N. K. Denzin ir Y. Lincoln (1994) (cituojami Mikulėnienės, 2003), kokybiniai tyrimai remiasi interpretaciniu natūralistiniu požiūriu į tiriamąjį objektą, t. y. jis tiriamas natūralioje aplinkoje, siekiant suprasti

arba interpretuoti reiškinius, remiantis žmonių jiems teikiamomis prasmėmis. Kokybinis tyrimas tinkamas tuo atveju, kai apie analizuojamą problemą nėra žinoma daug. Žinios, gautos kokybinio tyrimo metu, apimą platesnę problemą paaiškinančią perspektyvą (Bitinas ir kt., 2008).

Turint omenyje tyrime analizuojamą problemą bei minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų teikimo valdymo ypatumus, bei faktą, jog šia tematika yra neanalizuojama, galima daryti prielaidą, kad konstruktyvistinė prieiga — kuo daugiau remtis tiriamojo požiūriais į tiriamą situaciją, leis tinkamai pažinti tyrimo objektą. Ir, kaip teigia B. Bitinas ir kt. (2008), kokybinio tyrimo rezultatai nebūtinai yra nauji, esmė ta, kad jie nėra tyrėjo asmeninė išmonė, o pagrįsti grupės informantų nuomonių apibendrinimu. Tik kokybiniu interviu galima patirti ir rekonstruoti tuos įvykius, kuriuose neteko dalyvauti (Rubin, 1995, cituojami Dilely, 2004, cituojami Girdzijauskienė, 2006). Kokybinio tyrimo atveju svarbiu informacijos šaltiniu tampa tai, kas pasakoma interviu metu, kokios reikšmės tam suteikiamos. Čia atsižvelgiama į įvairius nagrinėjamos problemos niuansus, subtilumus, subjektyvumus (Ruškus ir kt., 2005). Taigi, remiantis kokybine prieiga, šiame tyrime yra siekiama sužinoti chirurgijos paslaugų sistemos valdymo sprendimus, taip pat tokiu būdu atskleisti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros, kaip proceso interpretacijas.

Pasak G.Merkio (1995), kokybinis tyrimas – tai platus požiūris į socialinius reiškinius, natūralus ir interpretatyvus, apimantis įvairius metodus. Iš dalies kokybinis tyrimas ir yra apibūdinamas pagal tai, kokios metodologijos ar procedūros yra naudojamos subjektyviems duomenims gauti, kurie sudaro analizės ir tolesnio supratimo pagrindą. Šio darbo tikslui pasiekti, duomenims rinkti tinkamiausias – interviu metodas. Pasak autoriaus, tai yra labai geras priartėjimo prie žmonių suvokimo, reikšmių, situacijų apibrėžimo ir realybės konstravimo (aiškinimo) būdas. Tai taip pat yra viena įtaigiausių žmonių tarpusavio supratimo priemonių.

Pagrindinis empirinio tyrimo tikslas — identifikuoti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros valdymo sprendimus bei nustatyti pacientų – klientų lūkesčius (ar poreikius) minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų atžvilgiu, kad būtų galima parengti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros sistemą. Pirmiausia, kokybinės prieigos pagrindu yra siekiama identifikuoti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros valdymo sprendimus (ekspertų – gydytojų (chirurgų) interviu). Antra: atlikti kokybinį tyrimą (klientų–pacientų interviu), siekiant nustatyti klientų lūkesčius jiems teikiamų minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų atžvilgiu. Trečia: remiantis gautais atliktų tyrimų rezultatais, parengti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros sistemą, atspindinčią sveikatos apsaugos reformos ir visuomenės poreikius.



**1 pav.** Magistro darbo tyrimo loginė schema

Sudaryta autoriaus

Kaip teigia J. Lewis (2003, cituojamas Bitino ir kt., 2008), kokybiniame tyrime neįmanomas tikslus dizaino sudarymas ir pagrindimas prieš duomenų rinkimą. Visgi šiame darbe yra siekiama kuo aiškiau apibrėžti objekto pažinimo kelią. Nors kokybinis tyrimas yra subjektyvus, tyrėjo santykis su informantu įtakoja duomenų interpretaciją, tačiau subjektyvios žinios taip pat yra vertingos ir gali egzistuoti greta objektyvių. Kokybinis tyrimas, kaip teigia B. Bitinas ir kt. (2008), siekiama atskleisti objekto ypatumus natūralioje aplinkoje. Kaip teigia V. A. Jadov (Ядов, 2009), kokybinio tyrimo interesas visų pirma yra lokalus, specifinis atskirų mažų grupių gyvenimo būdo objektas. Kasdieninė patirtis ir praktika gali būti suprasta tik per individualių likimų šiose grupėse studijavimą. Individualios patirtys yra ypatingas bendros socialinės patirties fragmentas. Visuma tokių privačių praktikų kaip mozaika leidžia atvaizduoti socialinį tam tikros visuomenės paveikslą tam tikrame laiko periode. Taigi, siekiant identifikuoti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų valdymo sprendimus, jų gerinimo perspektyvas, pagrindinis tyrimo dėmesio centras yra atskiros patirtys ir jų nagrinėjimas apskritai visuminio valdymo praktikos paveikslo atkūrimui.

Kokybinio tyrimo hipotezės neformuluojamos iki empirinio tyrimo pradžios, nes hipotezių kompleksas yra (gali būti) tik vienas iš empirinio tyrimo rezultatų (Žydzžiūnaitė, 2006). Požymių identifikavimas gali vykti ne tik naudojant integruotą mokslinės literatūros ar koncepto analizę, bet ir kokybinio tyrimo duomenis (Knapp, 1998). Tyrėjas, ypač susidūręs su nauju ir beveik netyrinėtu reiškiniu, operacionalizavimo procese gali atlikti kokybinį tyrimą ir surinkti informaciją stebėdamas tyrimui pasirinktą reiškinį, imdamas interviu iš ši reiškinį patiriančių/patyrusių žmonių, diskutuoti apie šį reiškinį su tais žmonėmis, kurie vienaip ar kitaip yra su juo susiję. Chirurgai, kurie savo profesinėje veikloje susiduria su paslaugų plėtros klausimais traktuotini kaip šios srities ekspertai, galintys identifikuoti tiriamo reiškinio požymius, apibūdinti kitus su reiškiniumi susijusius dalykus.

Interviu, tai populiariausias ir plačiausiai taikomas kokybinis tyrimo metodas. Taikant šį metodą per trumpą laiką ir su nedidelėmis lėšų sąnaudomis galima apklausti gana daug ekspertų ir sužinoti mus dominančią informaciją. Teigiama, kad 90 proc. kokybinių tyrimų duomenų yra surenkama, naudojant interviu kaip duomenų rinkimo metodą.

Kryptingasis interviu yra priimtinausias, atliekant kokybinius tyrimus (Bitinas ir kt., 2008). Interviu metu tyrėjas gali lengviau suprasti tiriamą problemą, atskleisti visiškai netikėtus ir iš anksto nenumatytus tiriamosios problemos aspektus. Tyrėjas iš anksto numato temas arba problemas, kurias aptars interviu metu, bet „neprisiriša“ prie klausimų tvarkos ar numatytų pasakyti žodžių (Bitinas ir kt., 2008). Pagrindinis kryptingojo interviu metodo privalumas: gaunama išsamesnių, susistemintų duomenų, lyginant su neformaliuoju interviu, o pats interviu lieka neformalus, vyksta pokalbio forma (Bitinas ir kt., 2008), kas leidžia tyrėjui bei informantui laisviau jaustis ir dėl to neventgi gilesnių klausimų ar atsakymų. Interviu metu buvo naudojama konstruktyvistinėje prieigoje leidžiama eiga: laisva informanto minčių išreiškimo forma leidžia pasireikšti jo subjektyvumui, t. y. jo patirčiai refleksuoti. Interviu – tai pokalbis tarp žmonių, santykinė komunikacija su išankstiniu ir aiškiu tikslu – klausiant ir atsakant įtakoti elgesį, gauti, surinkti informaciją. Interviu apima informantų klausinėjimą ir įdėmų klausymąsi. Interviu, kaip kokybinių duomenų rinkimo metodo, taikymas grindžiamas prielaida, kad prasminga žinoti informantų požiūrius, vertinimus ir nuomones. Interviu siekiama suvokti informantų patirtį, sužinoti nuomones tiriamuoju klausimu, kurias jie išsako savais žodžiais. Juk kiekvienas žmogus naudoja savus terminus gyvenimo įpročiams nusakyti, ar asmeniniam požiūriui išsakyti. Interviu, atliekant kokybinį tyrimą, kartu yra ir stebėjimas: tyrėjas ne tik girdi, ką informantas sako, bet ir mato, kaip jis kalba, kaip tuo metu elgiasi. Vis dėlto pagrindinius duomenis interviu metu tyrėjas gauna iš informantų pasisakymų. Interviu metodo taikymas suteikia visai kitų galimybių negu stebėjimas. Svarbiausia, kad jis padeda tyrėjui suvokti informantų požiūrius, nuomones, įsitikinimus (Bitinas, Rupšienė, Žydžiūnaitė, 2008). Interviu, kaip atskiras tyrimo metodas, gali būti skirstomas į daugelį įvairių variantų, pradedant nuo formalizuotų (standartizuotų) interviu, kur klausimai iš anksto numatyti, iki neformalių interviu, kur klausimų seka bei jų formalizavimas visiškai laisvi (Kardelis, 2002).

Šiame darbe buvo taikomas iš dalies struktūruotasis interviu. Tai priimtinausias tyrimo metodas, atliekant tokio pobūdžio kokybinius tyrimus. Tyrėjas iš anksto numato temas ar problemas, kurias aptars interviu metu, tačiau griežtai „neseka“ klausimų sekos ar tvarkos, lengvai juos keičia vietomis priklausomai nuo temos „nuokrypio“. Tačiau galiausiai visi klausimai būna paliesti ir į juos atsakyta. Taip pat tokio tyrimo metu informantams galima pateikti papildomų dominančių klausimų. Pagrindinis šio tyrimo privalumas: interviu gaunama išsamesnių, susistemintų duomenų, lyginant su neformaliuoju interviu, o pats interviu lieka neformalus, t. y. vyksta pokalbio (bendravimo forma) (Bitinas, Rupšienė, Žydžiūnaitė, 2008).

Galima teigti, kad, atliekant tokio pobūdžio tyrimus, kur apklausiamieji yra gydymo įstaigų pacientai, ir chirurgijos paslaugų plėtros ekspertai, pats tinkamiausias metodas – kryptingasis (iš dalies struktūruotasis) interviu, jo metu yra galimybė užmegzti psichologinį kontaktą su informantais,



igyjamas jų pasitikėjimas, o tai gali įtakoti teisingus bei tikslius rezultatus. Bendrąja prasme interviu yra pagal mažiau ar daugiau struktūruotą planą klausėjo vedamas pokalbis (todėl čia labai svarbus kontaktas tarp interviu ėmėjo ir davėjo).

*Tyrimo vieta.* Tyrimas atliktas VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės administruojamose patalpose bei ekspertams pageidaujamosiose vietose.

*Tyrimo imtis.* Tyrimo imties atrankos principas – tikslinė atranka. Tyrimui buvo pasirinktos dvi tiriamųjų grupės: 3 ekspertai pacientų organizacijų atstovai ir 7 ekspertai iš gydytojų profesionalų grupės.

## 6 lentelė

### Pirma ekspertų grupė: pacientų organizacijų atstovai

Kodas	Pareigos	Charakteristika
P1	Šiaulių miesto moterų krūties patologijos asociacija „Salvia”, vadovė.	Dauguma asociacijos narių vieną ar kelis kartus operuotos
P2	Šiaulių inkstų ligomis sergančiųjų draugija „Atgaja”, vadovė.	Urologinės operacijos – sritis, kurioje minimaliai invazinės chirurginės procedūros atliekamos gana seniai iš visų medicinos sričių ir šiuo metu jų skaičius dar labiau didėja.
P3	Šiaulių kaulų, raumenų ir sąnarių ligomis sergančiųjų draugija „Artis”, vadovė.	Sergantiems šiomis ligomis dažnai taikomos minimaliai invazinės operacijos

Sudaryta autoriaus

## 7 lentelė

### Antra ekspertų grupė: gydytojai profesionalai

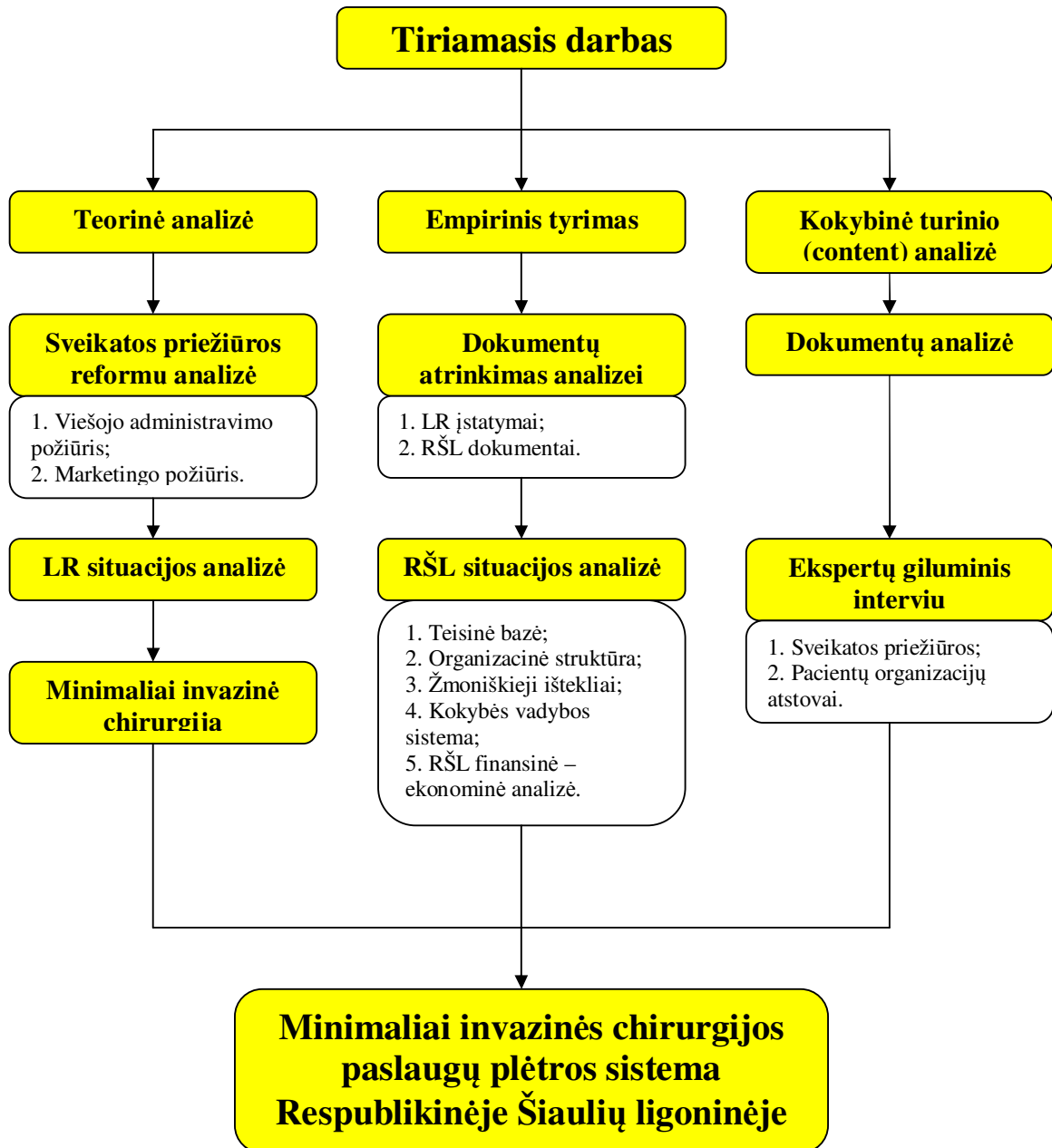
Kodas	Pareigos	Charakteristika
E1	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų vaikų traumatologijos ir ortopedijos sektoriaus vadovas	Chirurginio darbo patirtis 23 metai, mokslų daktaras, 13 metų vadovauja vaikų traumatologijos – ortopedijos sektoriui
E2	Vilniaus universitetinė ligoninė „Santariškių klinikos“ ir „Santariškių klinikos“ Centro filialas, gydytojas – chirurgas	Mokslų daktaras
E3	Respublikinės Šiaulių ligoninės II chirurgijos skyriaus vedėjas	Chirurginio darbo patirtis 38 metai, chirurgijos skyriui vadovauja 20 metų
E4	Respublikinės Šiaulių ligoninės skyriaus vedėjas	10 metų buvęs Šiaulių gydytojų sąjungos pirmininkas, 3 metus buvęs Lietuvos gydytojų sąjungos viceprezidentas
E5	Lietuvos gydytojų sąjungos prezidentas	Mokslų daktaras, profesorius
E6	Sindelfingeno – Bioblingeno (Vokietija) klinikų gydymo reikalų direktorius, chirurgijos vadovas	Mokslų daktaras, profesorius, bendrosios, pilvo, kraujagyslių chirurgijos specialistas, darbo stažas nuo 1978 metų.

E7	Sindelfingeno (Vokietija) klinikų kraujagyslių ir minimaliai invazinės kraujagyslių chirurgijos vadovas	Habilituotas mokslų daktaras, 25 metų darbo patirtis chirurgijoje
----	---	---

Sudaryta autoriaus

E1, E2, E3, E4, E5, ekspertams buvo pateiktos keturios pagrindinių klausimų grupės, susietos su minimaliai invazinės chirurgijos pagrindiniais kriterijais ir pagrindinius klausimus papildantys klausimai. Interviu metu buvo bandoma išsiaiškinti, kokie kokybės vadybos metodai diegiami VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, kokie sunkumai iškyla, taikant kokybės vadybą, ar pakanka informacijos, taip pat kokios galimybės yra siekti efektyvesnės organizacijos veiklos, diegiant minimaliai invazinės chirurgijos paslaugas. Interviu klausimynas pateiktas 18 priede. Su ekspertais E6, E7 buvo bendraujama betarpiškai stažuotės Štutgarte metu 2011 m. kovo – balandžio mėnesiais apie minimaliai invazinę chirurgiją, jos plėtrą Vokietijoje, Lietuvos ir konkrečiai Šiaulių perspektyvas šioje srityje. Su P1, P2, P3 buvo bendraujama laisvo pobūdžio medicininiais klausimais, tame tarpe apie minimaliai invazinę chirurgiją.

Autorius, apibendrinamas magistro darbo tiriamojoje dalyje taikomus metodus, eigą, sudarė ir pavaizdavo viso magistro darbo rengimo procesą:



2 pav. Magistro darbo loginė schema

Sudaryta autoriaus

## 2. 2. Medicinos reformos ir minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros VŠĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje analizė

Viešoji įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė yra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti įstatuose numatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas

pagal įstaigai suteiktą licenciją. Ligoninės steigėjas šiuo metu yra Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Ligoninėje sukurta, įforminta dokumentais, prižiūrima bei atnaujinama kokybės vadybos sistema, atitinkanti standarto LST EN ISO 9001: 2008 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“ bei Lietuvoje galiojančių teisės aktų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros veiklą, reikalavimus. Viešoji įstaiga LST Sert 2011 m. lapkričio 30 d. ligoninėje atliko antrąjį priežiūros auditą dvidešimtyje klinikinių skyrių ir pateikė išvadas: *ligoninės kokybės vadybos sistema pagal ISO reikalavimus jau yra įgyvendinta praktikoje*. Ekspertai E3, E4, P1, P2, P3 mano, kad, įdiegus LST EN ISO 9001: 2008 standartus atitinkančią kokybės vadybos sistemą, teigiama linkme pasikeitė medicinos personalo ir pacientų požiūris į Respublikinėje Šiaulių ligoninėje teikiamas medicininės paslaugas, bet vis dar ženkliai tebesiskiria medikų ir pacientų kokybės principų supratimas: medikai akcentuoja paslaugos kokybę ir rezultatą, o pacientai – paslaugos proceso kokybę.

Pagrindinis ligoninės veiklos tikslas – saugoti Lietuvos gyventojų sveikatą, siekiant sumažinti jų sergamumą ir mirtingumą, organizuoti ir teikti specializuotą bei kvalifikuotą II ir III lygio asmens sveikatos priežiūros stacionarinę ir ambulatorinę – konsultacinę pagalbą. I lygio asmens sveikatos priežiūros pagalba teikiama tik ambulatoriniuose šeimos gydytojų centruose ir yra žemiausio kvalifikacinio lygio. Nuo šių lygių priklauso gydymo įstaigų gaunamų pajamų suma už suteiktas paslaugas. Valstybinė akreditavimo tarnyba 1999 m. spalio 14 d. Respublikinei Šiaulių ligoninei suteikė licenciją Nr. 784 teikti II lygio, 2004 m. birželio 29 d. leista teikti ir III lygio sveikatos priežiūros paslaugas. 33 ligoninėje veikiančiuose įvairių profilių klinikiniuose skyriuose teikiamos šios sveikatos priežiūros paslaugos:

## 8 lentelė

Respublikinės Šiaulių ligoninės teikiamų paslaugų lygiai pagal atskiras specialybes

II lygio paslaugos	III lygio paslaugos
Terapija I Terapija II	Terapija III
Dermatovenerologija II	Dermatovenerologija III
Gastroenterologija II	Gastroenterologija III
Endokrinologija II	Endokrinologija III
Infektologija II	
Kardiologija II	Kardiologija III
Neurologija II	Neurologija III
Pulmonologija II	
Reumatologija II	Reumatologija III
Nefrologija II	Nefrologija III
Alergologija II	
Hematologija II	
Radioterapija	
Onkologijos chemoterapija II	Onkologijos chemoterapija III
Onkologija	
Klinikinė toksikologija II	
Chirurgija I (suaugusiųjų ir vaikų)	Įgimtų vaikų ligų chirurgija III

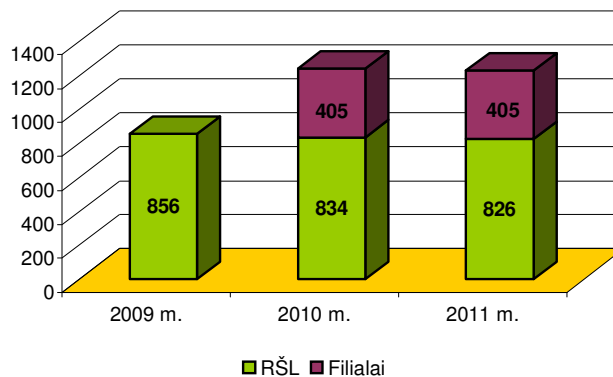
Abdominalinė chirurgija II A , II B (suaugusiųjų ir vaikų)	Abdominalinė chirurgija III A, III B, III C (suaugusiųjų)
Plastinė ir rekonstrukcinė chirurgija II A, II B (suaugusiųjų)	
Neurochirurgija II A, II B (suaugusiųjų)	Neurochirurgija III A, III B, III C (suaugusiųjų)
Urologija II A, II B (suaugusiųjų )	Urologija III A, III B, III C (suaugusiųjų )
Ortopedija – traumatologija II A, II B, II C (suaugusiųjų ir vaikų)	Ortopedija traumatologija III (suaugusiųjų ir vaikų)
Krūtinės chirurgija II A, II B (suaugusiųjų)	Krūtinės chirurgija III (suaugusiųjų)
Veido, žandikaulių ir burnos chirurgija II (suaugusiųjų ir vaikų )	
Oftalmologija – otorinolaringologija I (suaugusiųjų ir vaikų)	Oftalmologijos – otorinolaringologijos chirurgija, Oftalmologijos – otorinolaringologijos mikrochirurgija
Akušerija I	
Akušerija II	
Ginekologija I	
Ginekologija II A, II B, II C	Ginekologija III
Nėštumo patologija II A, II B	
Neonatologija II A, II B	
Naujagimių intensyvioji terapija II	
Pediatrija I	
Vaikų ligos	
Vaikų nefrologija II	Vaikų nefrologija III
Vaikų hematologija ir onkologija II	
Vaikų gastroenterologija II	Vaikų gastroenterologija III
Vaikų pulmonologija II	Vaikų pulmonologija III
Vaikų kardiologija II	
Vaikų neurologija II	
Vaikų alergologija II	
Reanimacija I–1 (suaugusiųjų ir vaikų)	
Reanimacija I– 2 (suaugusiųjų ir vaikų)	
Reanimacija II (suaugusiųjų ir vaikų)	Reanimacija III, III–3 (suaugusiųjų ir vaikų)
Psichosomatiniai susirgimai II	
Endogeniniai psichikos sutrikimai II	
Neuroziniai susirgimai II	
Psichoaktyviųjų medžiagų sukeltos psichozės	
Sergančių psichikos ligomis ilgalaikis gydymas	
Vaikų ir paauglių psichiatrija II B	
Tuberkuliozė I–1 (vaikams)	
Tuberkuliozė I–2	
Tuberkuliozė II–1	
Tuberkuliozė II–2	
Tuberkuliozė II–3	
Tuberkuliozė II–4	
Dienos chirurgija I, II, III, IV, V, VI	

Sudaryta autoriaus, remiantis 2004 – 06 – 29 d. SAM Respublikinei Šiaulių ligoninei suteikta licencija

Ekspertų E1, E2, E3, E4, E5 teigimu, RŠL teikiamos gana aukšto lygio diagnostinės ir gydomosios (ypač chirurgijos) paslaugos. Bet tuo pačiu aukštesnio lygio paslaugas reikia plėsti, nes šiaurės Lietuvoje dar trūksta III lygio medicininių paslaugų. P1, P2, P3 ekspertai vieningai pasisakė ne tik už esamų, bet ir naujų, aukštų technologijų ir aukštos kvalifikacijos reikalaujančių naujų tyrimo ir gydymo metodų prieinamumo gerinimą šio regiono gyventojams. Jie nurodė informacijos stoką apie ligoninės teikiamas ar naujai numatomas paslaugas bei jų plėtrą.

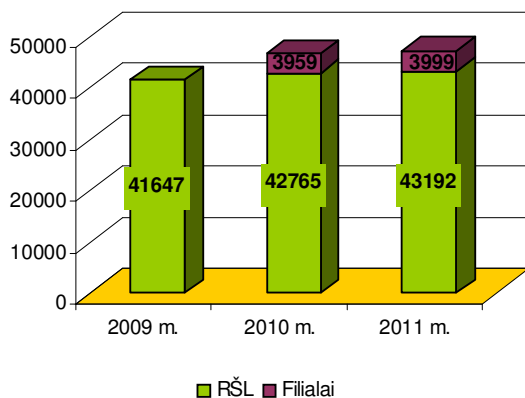
## 2. 2. 1. Vši Respublikinės Šiaulių ligoninės stacionaro veiklos analizė

Analizuojant ligoninės stacionaro darbą, pastebima, kad Lietuvoje vykstantys socialiniai ir ekonominiai pokyčiai daro įtaką sveikatos priežiūrai ir pačiai žmogaus sveikatai. Visose Lietuvos gydymo įstaigose nuolat siekiama sumažinti lovų skaičių stacionaruose, tuo pačiu nemažinant aptarnaujamų pacientų skaičių, o dar daugiau gerinant gydymo paslaugų prieinamumą, kokybę ir apimtį. RŠL bendras lovų skaičius kasmet mažėja. Požiūryje į lovų, neefektyviai dirbančių medicinos įstaigų skaičiaus mažinimą išsiskyrė ekspertų – profesionalų ir ekspertų – pacientų nuomonės. Pirmieji medicinos paslaugų efektyvumui pagerinti šias priemones nurodo kaip vienas iš esminių medicinos reformos metu. Jie vienareikšmiškai nurodo ambulatorinių paslaugų išplėtimą, didesnės atsakomybės suteikimą šeimos gydytojo institucijai. O pacientų organizacijų atstovai tame išvelgia grėsmę sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui. Jie pageidautų nemažinti stacionaro paslaugų apimtį, o kai kada – jas ir išplėsti.



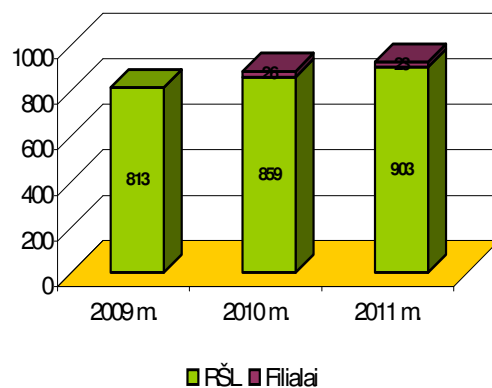
3 pav. Lovų skaičius

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita



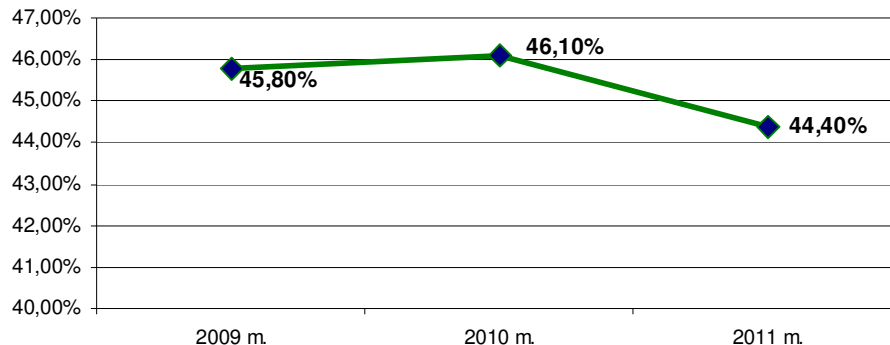
4 pav. Pacientų skaičius

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita



5 pav. Mirusių pacientų skaičius

Esant dabartiniam apmokėjimui už suteiktas medicininės paslaugas, labai aktualu yra, ką nuolat akcentuoja ligonių kasos (VLK, TLK), miesto ir rajonų gyventojų, gydomų RŠL, santykis. Šiuo santykiu nuolat bandoma stacionarizuojamų ligonių santykį didinti rajonų, o ne miesto gyventojų naudai, parodant visuomenei, kad stacionarinės paslaugos medicinos reformos metu yra vienodai gerai prieinamos tiek miestų, tiek rajonų bei kaimų gyventojams. Ekspertai E1, E2, E3, E4, E5 vienbalsiai šioje ministerijos ir TLK tvarkoje mato politinius žaidimus, o ne esminius sveikatos reformos pertvarkymus. Tuo pačiu taip bandoma sumažinti stacionarizuojamų ligonių skaičių, kas blogina medicinos personalo ir pacientų santykius, didina įtampą tarp jų, o tuo pačiu ir medicinos darbuotojų tarpe. Bet, kita vertus, ekspertai supranta, kad be gydomų pacientų skaičiaus mažinimo stacionaruose nebus sutaupyta lėšų, nevyks pertvarka, sumažės investicijos, galiausiai ir atlyginimai. Miesto ir kaimo gyventojų santykio pokyčiai atsispindi diagramoje:

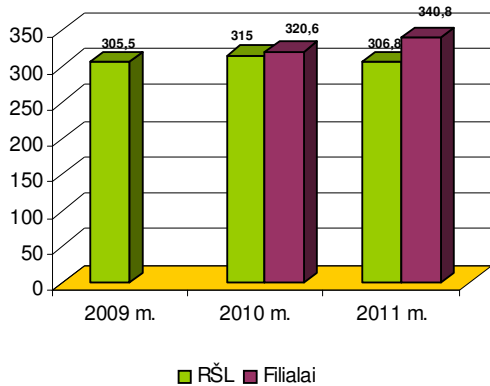


**6 pav.** Šiaulių miesto ir rajonų gyventojų santykis, gydomų RŠL

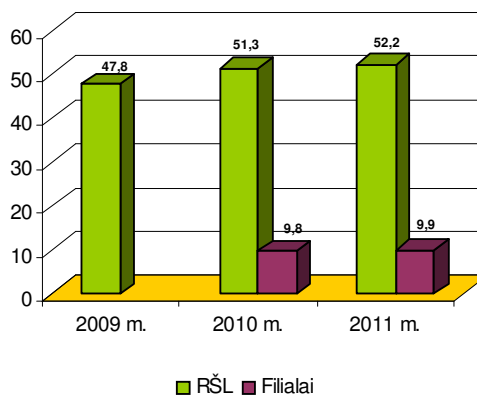
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

Ekspertai P1, P2, P3 šio santykio dirbtinėje korekcijoje vėl išvelgia pavojų natūraliam paslaugų prieinamumo pabloginimui, bet tuo pačiu supranta, kad kažką šioje situacijoje reikia keisti, nes lėšų sveikatos apsaugai daugiau nebus skiriama, reikia panaudoti vidinius resursus, struktūrinius pertvarkymus.

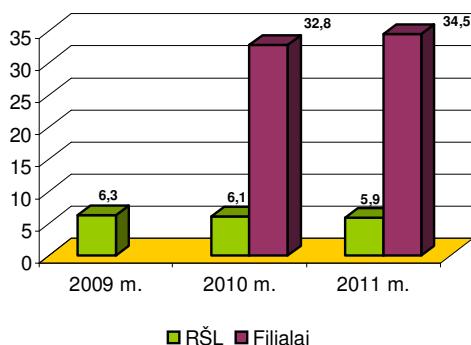
Pagrindiniai ligoninės stacionarinės veiklos rodikliai yra lovos funkcionavimo rodiklis, lovos apyvarta, vidutinė gulėjimo trukmė, letališkumas. Lovos funkcionavimo rodiklis rodo kiek dienų per metus stacionaro lova buvo užimta. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime 2003 m. kovo 18 d. Nr.335 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ rekomenduojama siekti 300 – 320 lovos funkcionavimo rodiklio. Lovos apyvartos rodiklis rodo, kiek vidutiniškai vienoje stacionaro lovoje gulėjo ligonių per metus. Anot medicinos profesionalų – ekspertų nuomone, šis rodiklis savarankiškos reikšmės neturi, nes priklauso nuo kitų rodiklių.



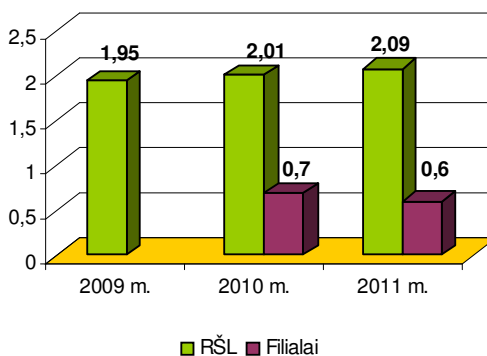
**7 pav.** Lovos funkcionavimas (dienomis)



**8 pav.** Lovos apyvarta



**9 pav.** Vidutinė gulėjimo trukmė (dienomis)



**10 pav.** Letališkumas (%)

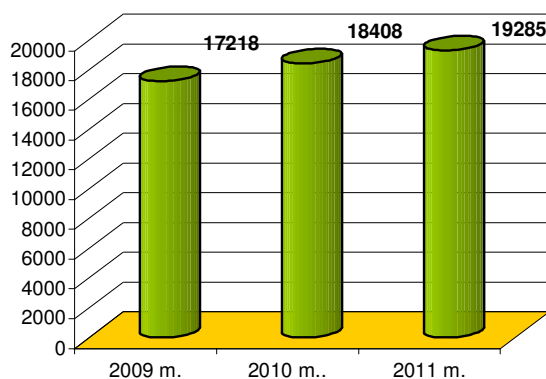
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

Tie patys ekspertai teigia, kad, vadovaujantis vien tik stacionaro letališkumo rodikliu, vertinti gydymo kokybės negalima, nes šis rodiklis priklauso ne tik nuo diagnostikos ir gydymo kokybės stacionare, bet ir nuo pacientų amžiaus sudėties, hospitalizacijos savalaikiškumo, ambulatorinio gydymo kokybės iki ligonio stacionarizavimo bei kitų veiksnių. Ligoninės stacionaro veikla intensyvėja: mažėja lovų skaičius, trumpėja vidutinė gulėjimo trukmė, didėja lovos apyvarta. Per praėjusį dešimtmetį beveik visi stacionaro veiklos rodikliai RŠL gerėjo.

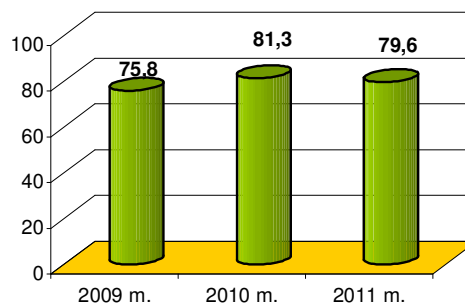
Ligoninėje tiriami ir gydomi pacientai, taikant šiuolaikinius, modernius medicinos ir mokslo laimėjimus. Atliekamos įvairaus sudėtingumo chirurginės operacijos, procedūros bei diagnostiniai intervenciniai tyrimai. Šiuo metu ligoninėje veikia 23 operacinės. 10 operacinių šiuolaikiškai rekonstruotos, o, pastačius Moters ir vaiko kliniką, įrengtos dar 8 modernios operacinės. Operacijų skaičiaus didėjimas tolygiai didina ir operacinį aktyvumą. Šis rodiklis turėtų siekti 70 – 80 %. Ekspertų E1, E2, E3, E4, E5 nuomone šis rodiklis Respublikinėje Šiaulių ligoninėje atitinka pasaulinius chirurginių skyrių standartus, tačiau yra nemažai galimybių jį dar daugiau pagerinti:



būtina išplėsti ir daugiau kontroliuoti per TLK šeimos gydytojo instituciją, gerinti priėmimo skyriaus darbą, jo apimtis, stiprinti čia dirbančio personalo kvalifikaciją, atsakant nuomonės, kad priėmimo skyriuje turi dirbti jauni, nepatyrę ar pensijinio amžiaus gydytojai. Tai turi būti prestižinė, gerai apmokama darbo vieta – ligoninės veidas. Nemaža reikšmė šio rodiklio pagerinimui turi būti ir stacionaro terapinių skyrių, operacinių darbo optimizavimui. Lyginant šį rodiklį su kitomis didžiosiomis Lietuvos gydymo įstaigomis, šis rodiklis yra geras, o rajono ligoninių atžvilgiu – puikus. Todėl vienbalsiai ekspertų – profesionalų pripažįstama, kad Respublikinė Šiaulių ligoninė yra viena iš vedančiųjų Lietuvoje.



**11 pav.** Operacijų skaičius



**12 pav.** Operacinis aktyvumas (%)

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

Respublikinėje Šiaulių ligoninėje vyksta nuolatinė operacijų apskaita, nes duomenys dėl apmokėjimo už suteiktas paslaugas kas mėnesį pateikiami Šiaulių TLK.

**9 lentelė**

Pagrindinės operacijos, atliekamos Respublikinėje Šiaulių ligoninėje

Eilės nr.	Operacijos	2009 m.		2010 m.		2011 m.	
		I pusmetis	II pusmetis	I pusmetis	II pusmetis	I pusmetis	II pusmetis
1.	Endokrininės sistemos	18	17	13	10	2	4
2.	Kvėpavimo organų	23	40	41	43	35	43
3.	Širdies	1	–	2	–	–	–
4.	Kraujagyslių	164	124	130	126	135	133
5.	Pilvo organų	232	251	302	334	346	374
6.	Kirmėlinės ataugos	266	281	280	284	272	253
7.	Išvaržų	305	288	302	307	315	366
8.	Tulžies pūslės	332	275	312	296	350	344
9.	Tulžies latakų	6	7	5	–	4	–
10.	Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos	79	68	65	60	55	55

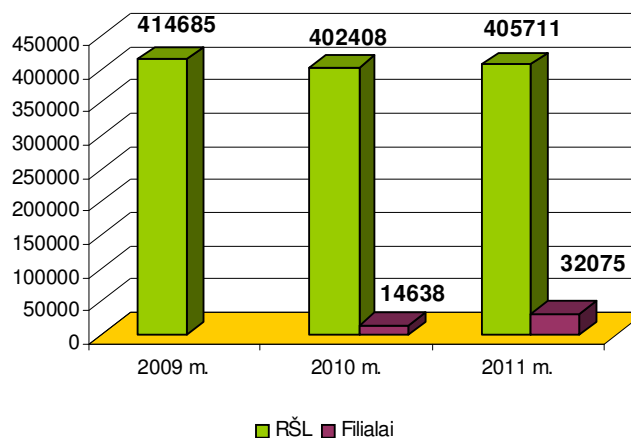
11.	Blužnies	2	7	4	3	3	3
12.	Storosios žarnos	189	171	159	140	147	179
13.	Kasos	14	3	5	3	4	6
14.	Kepenų	1	6	3	1	–	1
15.	Pieno liaukos	137	149	131	117	134	94
16.	Odos ir poodinio sluoksnio	1469	1686	1802	1920	1759	1824
17.	Vyrų lyties organų	141	180	170	165	187	158
18.	Ausų, nosies ir gerklės	1103	1049	1103	1109	1121	1116
19.	Veido ir žandikaulių	190	175	199	182	260	378
20.	Kaulų, sąnarių ir raumenų	1831	1714	1754	1776	1685	1895
21.	Akių	570	594	621	606	680	681
22.	Moters lyties organų	355	330	402	582	553	598
23.	Galvos smegenų	52	66	59	60	56	84
24.	Periferinių nervų sistemos	119	142	154	153	160	195
25.	Inkstų ir šlapimtakių	207	237	174	167	164	171
26.	Prostatos	280	265	296	279	332	239
27.	Akušerinės	735	472	598	738	698	769
28.	Ginekologinės	669	629	599	545	521	535
Viso operacijų		9490	9226	9685	10006	9978	10498

Sudaryta autoriaus, remiantis RŠL orgmetodinio skyriaus 2009 – 2011 metų ataskaitomis

Supažindinus ekspertus– profesionalus su Respublikinėje Šiaulių ligoninėje atliekamomis operacijomis, jie bendrą operacijų skaičių vertina palankiai, bet kiekvienas turėjo savo pastabų dėl operacijų plėtros RŠL. Ekspertas E1 (traumatologijos – ortopedijos specialistas) mato galimybę plėtoti sudėtingesnes ortopedines (tame tarpe minimaliai invazines ) operacijas. Šiauliuose būtina plačiau vystyti plastinę chirurgiją, į ją papildomai integruojant mikrochirurgijos paslaugas (dirbantys plastiniai chirurgai privalo įsisavinti mikrochirurginę techniką, reikia ieškoti naujai paruoštų traumatologų – mikrochirurgų). Ekspertai E2 ir E3 atkreipė dėmesį, kad sumažėjo sudėtingų pilvo chirurginių operacijų, bet ta pati tendencija stebima ir kitose vedančiose Lietuvos ligoninėse. Jų skaičiaus padidimui didelės reikšmės turi administracijos požiūrio formavimas, personalo patriotizmas, motyvacija ligoninės atžvilgiu, kvalifikacijos kėlimas, konkurencija. E4, E5 ekspertai šioje problemoje išvelgė personalo motyvacijos stoką, pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo netobulumus, privataus pacientų draudimo nebuvimą. Ekspertai E6, E7 pastebi, kad pagal operacijų skaičių ir apimtį ligoninė atitinka Vokietijos regioninės ligoninės darbo apimtį, tačiau Vokietijoje panašus operacijų skaičius yra atliekamas mažiau lovų turinčiose ligoninėse, dirba nežymiai mažesnis personalo skaičius, darbas efektyviau organizuojamas, darbuotojai atlieka tik tiesiogiai su specialybe ir pareigomis susijusį darbą. Nors Lietuvoje medicinos įstaigose darbo ir poilsio sąlygos, atlyginimas už sunkų darbą gerėja, bet, kol kas, ženkliai atsilieka nuo Vokietijos

ligoninėse suteikiamų sąlygų darbuotojams. Šie ekspertai stebėjosi šiuolaikinėmis moderniomis operacijomis, kurios atliekamos Lietuvoje, Šiauliuose: turima labai aukšto pasaulinio lygio specialistų bei šiuolaikinės technikos, kai kurių operacijų ar procedūrų jie neatlieka ar atlieka labai nedaug. E6, E7 ekspertai net pageidautų atskirų specialybių ar aukštos kvalifikacijos specialistų iš Lietuvos, nes tokių jau trūksta ne tik Vokietijoje, bet ir visame pasaulyje. Pasaulinė krizė labai jaučiama ir medicinoje, jų sprendimai ir perspektyva nėra pilnai aiški. Vienintelė neesminė problemos sprendimo priežastis – kalbos mokėjimas, bet ją, investuojant į specialistus, valstybė ar gydymo įstaiga savo sąskaita apsiima greitai išspręsti.

*VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės konsultacinės poliklinikos veikla.* 1997 m. lapkričio 1 d. RŠL pradėta teikti II lygio sveikatos priežiūros ambulatorinė–konsultacinė pagalba, o nuo 2004 m. birželio 29 d. teikiamos ir III lygio ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos. Ekspertai E3, E4 šių paslaugų optimizavimą mato per šeimos gydytojo institucijos paslaugų ir prieinamumo gerinimą (TLK kontrolė, bendra valstybės politika), informacijos skleidimą, greitesnę ir kokybiškesnę ligonių ištyrimą, efektyvios motyvacinės sistemos sukūrimą, naujų gydytojų pritraukimą, kito personalo optimizavimą.



### 13 pav. Apsilankymų skaičius Konsultacijų poliklinikoje

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

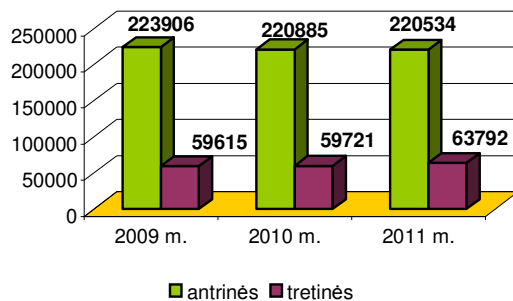
*VšĮ RŠL prioritetinių paslaugų teikimas.* Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2010 m. liepos 12 d. įsakymu Nr. 1K–138 „Dėl 2011 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto prioritetinių kryptių sąrašo patvirtinimo“ numatyta prioritetinė kryptis „Ekonomiškai efektyvių (ambulatorinių) sveikatos priežiūros paslaugų plėtra“. Iš jų ligoninėje teikiamos: ambulatorinės specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, dienos stacionaro paslaugos, dienos chirurgijos paslaugos.

Anot ekspertų P1, P2, regiono gyventojams svarbu, kad regiono gyventojai šias paslaugas daugiau gautų regiono centre – Šiauliuose. Tam yra sudarytos visos sąlygos (ligonė nenutolusi toli nuo greta esančių rajonų, geras susisiekimasis su ja, paruoštas ir sukomplektuotas personalas, pakankamai gera aparatūra). Bet, pasak eksperto P3, retais, neaiškiais atvejais ligoniai kartais bus priversti vykti konsultuotis ir gydytis į kitus Lietuvos medicinos centrus. Todėl reikia neužmiršti kelti personalo kvalifikaciją, administracijai skatinti, o ne slopinti teigiamą iniciatyvą, rūpintis ligoninės technine pažanga, informacijos apie gydymo įstaigą, teikiamas paslaugas skleidimu.

Ekspertai – profesionalai lietuviai akcentuoja medikų visuomenės senėjimo problemas (vidutinis gydytojų amžius Lietuvos gydymo įstaigose yra apie 50 – 55 metai), jaunų specialistų emigraciją, netobulą studentų, internų, rezidentų ruošimą, jiems suteikiamos atsakomybės stoką, žemą atlyginimą, medicinos reformos neefektyvumą, politinių sprendimų baimę.

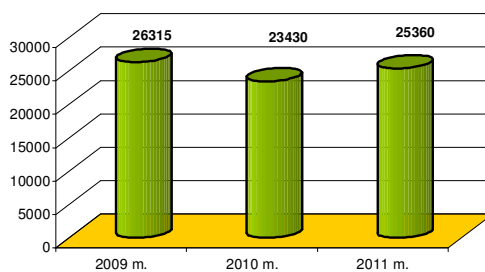
Vokiečiai ekspertai E6, E7 nurodo, kad prioritetinės kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos, visų pirma, yra gydymo įstaigos, visos sveikatos priežiūros sistemos prestižas, didesnė paslaugų kaina bei uždarbis, o , tuo pačiu, ir atsakomybė prieš pacientus. Vokietijoje medicina atvirai suprantama kaip verslo rūšis. Todėl nuo teikiamų paslaugų, požiūrio į personalo plėtrą priklauso gydymo įstaigos pajamos, pačių administracijos ir kitų darbuotojų darbo užmokestis. Administracijos darbuotojų darbo užmokestis niekada neviršija aukštos kvalifikacijos gydytojo atlygio. Jų pareiga apsaugoti gydytoją nuo bereikalingų nemedicininų rūpesčių ir klaidų, sudaryti geras, adekvačias darbo sąlygas bei saugias, prieinamas paslaugas pacientams. Gydytojai dirba pacientams, gydymo įstaigai, o administracija padeda tai tinkamai įgyvendinti.

E6 ir E7 nurodo ir būtinumą daugiau plėtoti ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos paslaugas, kas sudaro sąlygas sutaupyti gydymo įstaigos lėšas. Šios pagalbos teikime turi dalyvauti visi stacionare dirbantys chirurgai, nes tik taip galima užtikrinti aukštą šių paslaugų kokybę, o pacientams – prieinamumą. Teigiamą visuomenės požiūrį į šias paslaugas galima pasiekti per informacijos skleidimą, bet svarbiausia – turi pasikeisti pacientų mentalitetas, o tam reikia daug laiko. Ekspertai P1, P2, P3 į šias paslaugas žiūri atsargiai, bet supranta jų būtinumą. Jie akcentuoja ir nepakankamą šeimos gydytojo prieinamumą po to, nėra užtikrintas geras ryšys tarp dienos stacionaro ir šeimos gydytojo. Pacientai įpratę stacionare gydytis iki siūlų išėmimo iš operacinės žaizdos, iki pilnos pooperacinės reabilitacijos. Bet jie pastebi ir teigiamus poslinkius: pacientai daugiau pasitiki gydytoju, jo rekomendacijomis, dauguma jų supranta sveikatos priežiūros sistemos problemas ir aktualijas.



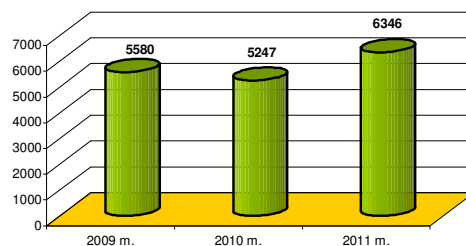
**14 pav.** Ambulatorinės specializuotos asmens sveikatos priežiūros paslaugos (atvejų skaičius)

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita



**15 pav.** Dienos stacionaro paslaugos (lovadienių skaičius)

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita



**16 pav.** Dienos chirurgijos paslaugos (atvejų skaičius)

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

## 2. 2. 2. Vši Respublikinės Šiaulių ligoninės kokybės vadybos sistemos analizė

Ligoninėje sukurta, įforminta dokumentais, prižiūrima bei atnaujinama kokybės vadybos sistema, atitinkanti standarto LST EN ISO 9001: 2008 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai“ bei Lietuvoje galiojančių teisės aktų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros veiklą,

reikalavimus. 2011 m. lapkričio 30 d. viešoji įstaiga *LST Sert* atliko antrąjį priežiūros auditą 20 – yje ligoninės skyrių. Audito grupė konstatavo, jog ligoninėje didelis dėmesys skiriamas gydymo proceso analizei ir gerinimui, nuolat keliamas darbuotojų kvalifikacijos lygis, kokybės vadybos procedūros atnaujintos pagal standarto LST EN ISO 9001:2008 reikalavimus. Pateiktos neatitiktys ir rekomendacijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimui. Audito grupės išvados: *ligoninės kokybės vadybos sistema pagal LST EN ISO 9001: 2008 reikalavimus įgyvendinta praktikoje ir toliau tęsiamas sertifikato atitikties standarto LST EN ISO 9001:2008 reikalavimams, teikiant antrines, tretines stacionarines ir ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas suaugusiems ir vaikams, galiojimas*. Gerinant kokybės vadybos sistemą, ligoninės veikla skirstoma į tokius procesus: vadyba (valdymas); asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas; išteklių valdymas; matavimas ir gerinimas. „Kokybės vadove“ pateikiama ligoninės kokybės politika, reikalavimai bei nuorodos į visas procedūras. Jis yra pagrindinis dokumentas, kurio atžvilgiu ligoninėje valdomi kokybės vadybos sistemos procesai, atliekamas kokybės vadybos sistemos auditas.

Ekspertų E1, E2, E3, E4, E5 manymu, kad kokybės vadybos sistemos (KVS) plėtra daugiau vyksta „popieriuje“, o iš esmės medicinoje ji yra taikoma seniai tik nebuvo pilnai teisiškai įvertinta bei aprašyta. Medikai visada priversti dirbti kokybiškai ir atsakingai, nes jų darbas yra reglamentuotas įstatymų, teisės aktų, įsakymų, nutarimų (pagrindinis iš jų – Paciento teisių ir žalos atlyginimo įstatymas). Ekspertai tuo pačiu pripažįsta, kad šis galiojantis įstatymas medicinos darbuotojams yra pats griežčiausias Europoje ir jo turinį būtina tobulinti.

E3 ekspertas galvoja, kad ligoninės darbuotojai suvokia KVS, nes reglamentuoti procesai palengvina darbą, komunikaciją tarp skyrių, atsiranda pamatuojami kriterijai, padedantys užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. KVS naudingumą medikai suvokia nevienodai: aukštos rizikos darbą dirbantys medikai KVS vertina labai teigiamai ir kaip būtinybę pagrindiniam paslaugų kokybės rodikliui – savo bei pacientų saugumui užtikrinti. Tai būdinga anesteziologijos – operacijų, reanimacijos – intensyvaus gydymo, dializių skyriuose. Šiuose skyriuose KVS naudingumą daugiaž vienodai suvokia tiek gydytojai, tiek slaugos personalas. Žemesnės rizikos skyriuose didelė dalis darbuotojų KVS veiklos principų dar laikosi formaliai, nesuprasdami esmės, reikalingumo ir naudingumo.

Respublikinė Šiaulių ligoninė kaupia pacientų pasiūlymus ir skundus specialiaame registre, analizuoja juos ne rečiau kaip kartą per metus. Skundų ir pasiūlymų nagrinėjimo tvarka aprašyta kokybės vadybos sistemos procedūroje „Prašymų ir skundų valdymo procedūra“. Du kartus per metus atliekama anoniminė pacientų apklausa. Pacientų apklausos anketa patvirtinta generalinio direktoriaus įsakymu. Anketoje yra 17 uždaro tipo klausimų, susijusių su sveikatos priežiūros

paslaugomis ligoninėje: į skyrių patekimo laikas, palatų švara, informacijos apie gydymą pateikimas, gydytojų darbo vertinimas, slaugos personalo darbo vertinimas, komplikacijų išaiškinimas, tolimesnio gydymo eiga ir kt. Apklausa atliekama kiekviename klinikiniame skyriuje. Pacientui išvykstant, paprašoma užpildyti pacientų apklausos anketą, paaiškinamas apklausos tikslas, garantuojamas atsakymų anonimiškumas.

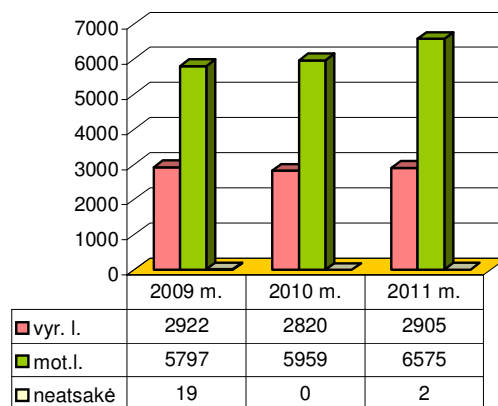
Ekspertai E3, E4 mano, kad ši apklausa padeda nuolat atkreipti dėmesį į susidariusias problemas, nustatyti ir laiku pašalinti tyrimo, gydymo, slaugos, etikos nesklaidumus. Tai motyvuoja personalą, skatina tobulėjimą, atkreipia pacientų dėmesį, skatina ir juos iš dalies dalyvauti šiame procese. Jie jaučia, kad jų nuomonė irgi yra reikalinga. Kartais ši apklausa padeda išvengti didesnių konfliktų.

## 10 lentelė

Pacientų apklausų skaičius 2009 – 2011 metais

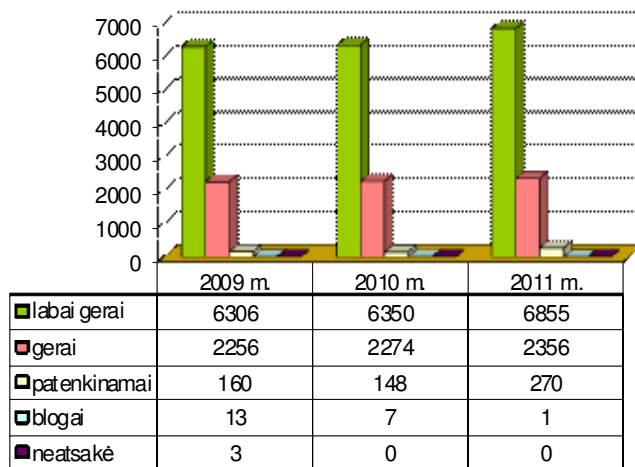
Metai	Išrašyta pacientų	Anketų skaičius	%
2009 m.	46289	8738	18,88
2010 m.	46725	8779	18,79
2011 m.	48940	9482	19,37

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita



## 17 pav. Apklaustų pacientų pasiskirstymas pagal lytį

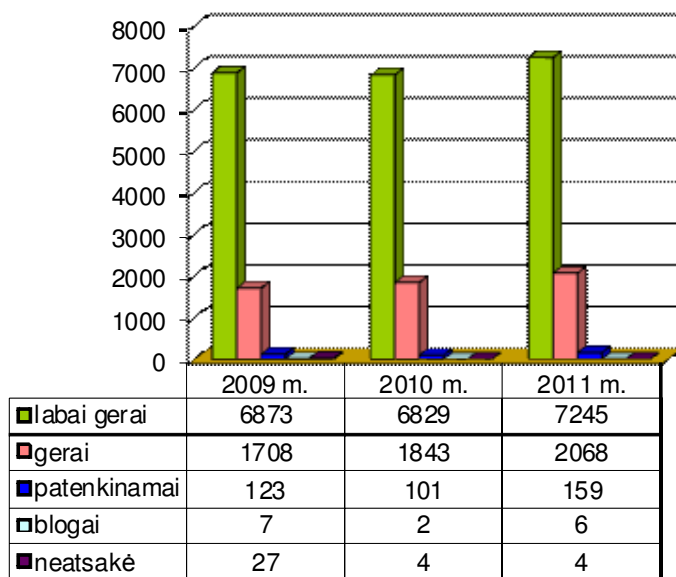
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita



### 18 pav. Gydytojų darbo vertinimas

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

Gydytojų darbą labai gerai ir gerai vertina: 2009 m. – 98 proc., 2010 m. – 98,2 proc. 2011 m. – 97, 1 proc. apklaustų pacientų . Nepatenkinti gydytojų darbu 2009 m. – 13, 2010 m. – 7, o 2011 m. tik vienas pacientas.

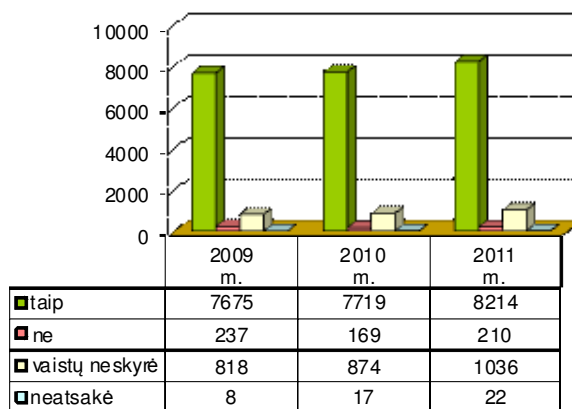


### 19 pav. Slaugytojų darbo vertinimas

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita



Slaugytojų darbą labai gerai ir gerai vertina: 2009 m. – 98,15 proc., 2010 m. – 98,78 proc., 2011 m. 98,2 proc. respondentų. Rodiklis eilę metų panašus. Nepatenkinti slaugytojų darbu 2009 m. – 7, 2010 m. – 2, 2011 m. 6 pacientai.



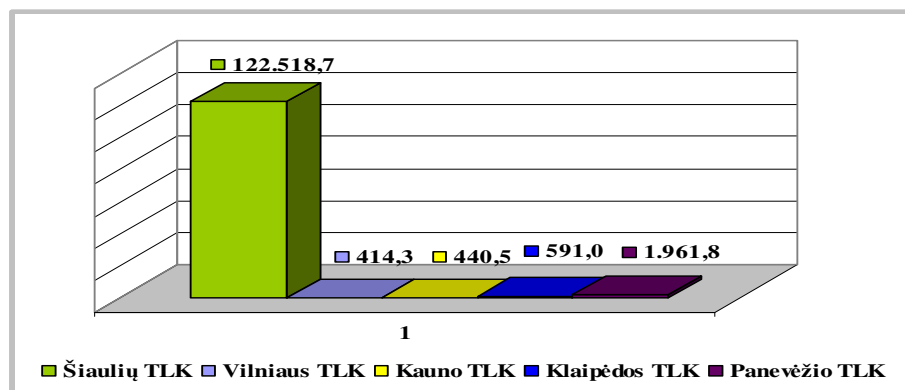
**20 pav.** Gydančio gydytojo pateikta informacija apie paskirtus vaistus  
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

Aiškumo kaip vartoti paskirtus vaistus pasigedo: 2009 m. – 2,71 proc., 2010 m. – 1,92 proc., 2011 m. – 2,21 proc. apklaustų pacientų.

### 2. 2. 3. Všį Respublikinės Šiaulių ligoninės finansinė – ekonominė analizė

Ligoninė yra priskiriama prie pelno nesiekiančių organizacijų, kurių veiklos tikslas nėra pelno siekimas ir kurios pagal jų veiklą reglamentuojančius teisės aktus gauto pelno neturi teisės skirstyti savo steigėjams ir (ar) dalyviams. Ligoninės pagrindines pajamas sudaro pajamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) už teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, t.y. 89,3 proc. visų įstaigos pajamų. Pajamos už mokamas medicininės paslaugas sudaro 1,6 proc. visų pajamų. Kitos veiklos pajamas sudaro: mokamos nemedicininės paslaugos, banko palūkanos, kitos pajamos. Finansavimo pajamas sudaro pajamos iš valstybės ir savivaldybės biudžetų, iš ES fondų ir kitų šaltinių. Ligoninės 2011 m. pajamos buvo – 140.943.664 Lt.

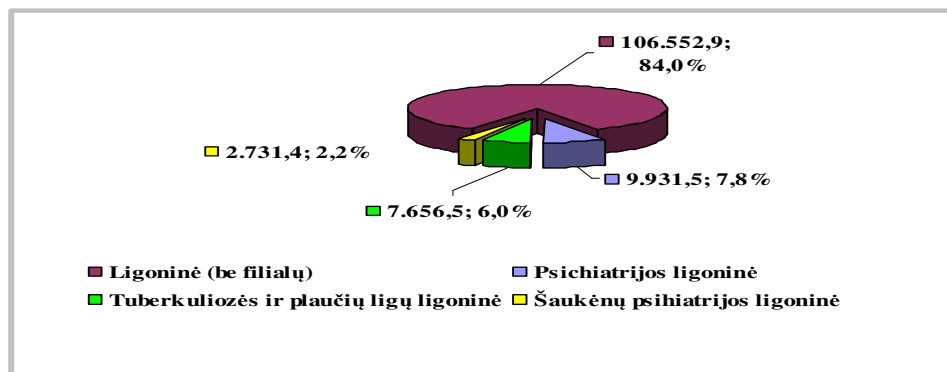
RŠL pagrindines pajamas sudaro pajamos iš PSDF už teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Ligoninė yra sudariusi sutartis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo su teritorinėmis ligonių kasomis (toliau – TLK): Šiaulių, Vilniaus, Kauno, Klaipėdos ir Panevėžio.



**21 pav.** Ligoninės ir teritorinių ligonių kasų 2011 m. sutartinės sumos, tūkst. Lt  
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

2011 m. sutartyse su Šiaulių TLK ir kitomis TLK dėl teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo numatyta lėšų suma – 125.926.270 Lt. 2011 metų sutartinė suma, lyginant su 2010 m. paslaugų apmokėjimui skirtomis lėšomis, buvo didesnė 5.006.186 Lt arba 4,1 proc.

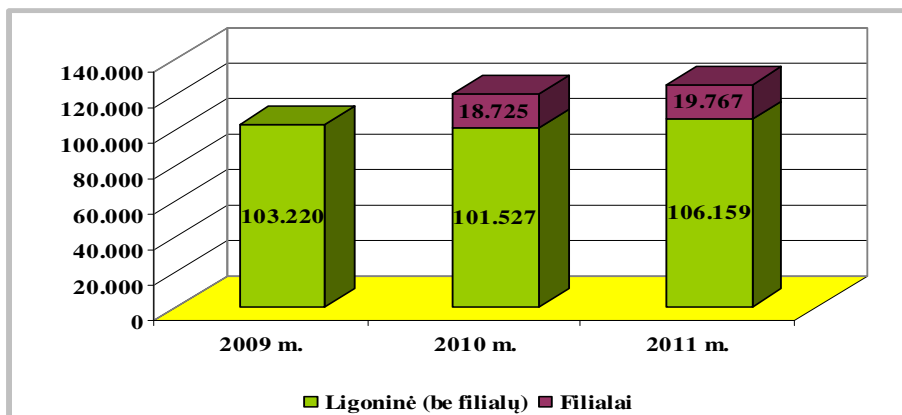
RŠL 2011 m. suteikė asmens sveikatos priežiūros paslaugų už 126.872.259 Lt, t.y. 6,8 proc. daugiau nei 2010 metais. Ligoninėje (be filialų) 2011 m. suteikta asmens sveikatos priežiūros paslaugų už 106.552.864,94 Lt ir tai sudaro 84,0 proc. visų ligoninėje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų.



**22 pav.** 2011 m. Ligoninės ir jos filialų faktiškai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų suma, tūkst. Lt; proc.  
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

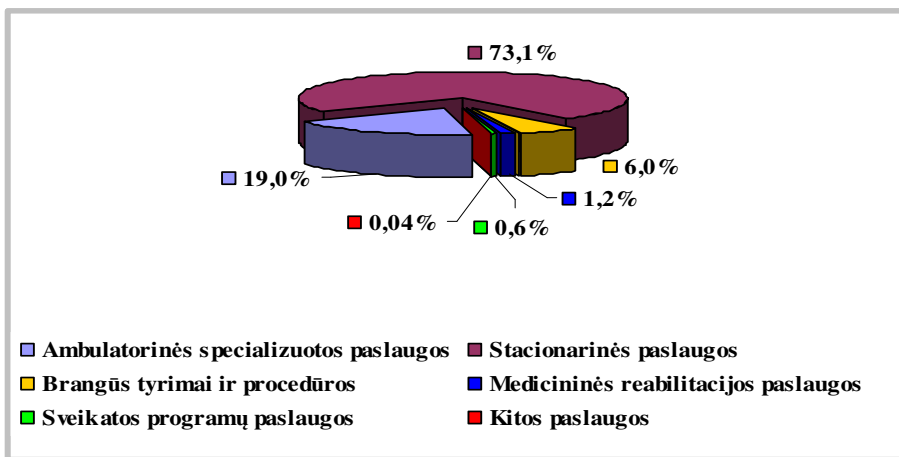
2011 m. Šiaulių TLK pateikta sąskaitų apmokėjimui už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas – 125.926.263 Lt, iš jų: ligoninės (be filialų) – 106.159.555 Lt, Psichiatrijos ligoninės – 9.815.214 Lt, Tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninės – 7.553.177 Lt, Šaukėnų psichiatrijos

ligoninės – 2.398.317 Lt. Ligoninės 2011 metų pajamos už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas 4,7 proc. arba 5.668.021 Lt didesnės nei 2010 metų.



**23 pav.** Ligoninės pajamų iš PSDF kitimas 2009–2011 m., tūkst. Lt  
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

Bendra ligoninės pajamų suma 2011 metais, lyginant su 2009 m., padidėjo 22.706 tūkst. Lt, iš jų 19.767 tūkst. Lt padidėjo dėl filialų prijungimo prie ligoninės 2010 metais. Ligoninės (be filialų) 2011 m. pajamos padidėjo, lyginant su 2010 metais, 4.632 tūkst. Lt arba 4,6 proc.



**24 pav.** 2011 m. pajamų struktūra pagal paslaugų rūšis, proc.  
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

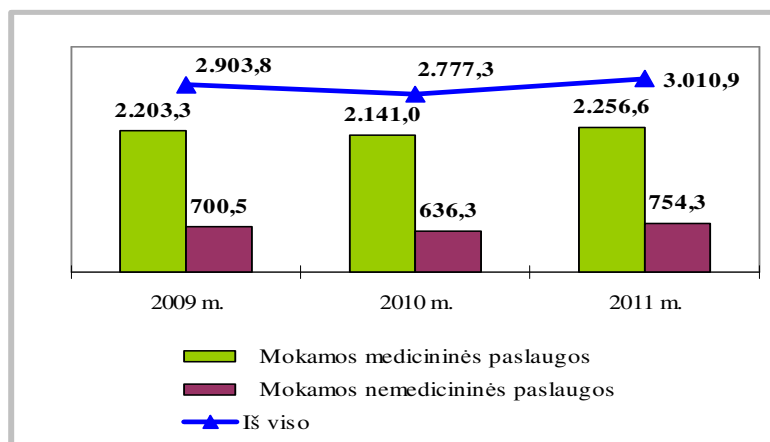
2011 metais didžiausia dalis pajamų t.y. 73,1 proc. teko stacionarinėms paslaugoms. Pajamos už 2011 m. suteiktas ambulatorines paslaugas sudaro 19,0 proc., už brangių tyrimus ir procedūras – 6,0 proc., už medicininės rehabilitacijos paslaugas – 1,2 proc., už vykdomas sveikatos programas ir kitas paslaugas – 0,64 proc. visų iš PSDF gautų lėšų. 2011 m. paslaugų vykdymo pagal paslaugų rūšis palyginimas su sutartine suma ir pateiktų sąskaitų apmokėjimui už suteiktas asmens sveikatos paslaugas pateiktas lentelėje.

## 2011 m. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vykdymas VšĮ RŠL

Paslaugos	2011 m.					
	Sutartinė suma	Faktiškai suteiktų paslaugų suma	Sutarties įvykdymo procentas	Pateikta sąskaitų apmokėjimui už suteiktas paslaugas suma	Pateiktų sąskaitų apmokėjimui procentas, lyginant su įvykdymu	Pateiktų sąskaitų apmokėjimui procentas, lyginant su sutartine suma
Ambulatorinės paslaugos	22.992.950	23.727.276	103,2	23.658.246	99,7	102,9
Stacionarinės paslaugos	88.724.199	89.796.609	101,2	88.983.852	99,1	100,3
Rezervas	924.949					
Iš viso ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos	112.642.098	113.523.885	101,2	112.642.098	99,2	100,0
Brangūs tyrimai ir procedūros	7.529.252	7.617.519	101,2	7.529.252	98,8	100,0
Medicininės reabilitacijos paslaugos	1.510.132	1.510.132	100,0	1.510.132	100,0	100,0
Programinės lėšos ir paslaugos užsieniečiams	832.434	832.434	100,0	832.434	100,0	100,0
Multiorganinio donoro paruošimas	4.738	4.738	100,0	4.738	100,0	100,0
Iš viso Šiaulių TLK	122.518.654	123.488.708	100,8	122.518.654	99,2	100,0
Kitos TLK	3.407.616	3.383.551	99,3	3.407.609	100,7	99,0
Iš viso:	125.926.270	126.872.259	100,8	125.926.263	99,3	100,0

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

2011 m. ligoninės pajamos už mokamas paslaugas sudarė 3.010.914 Lt, iš jų už mokamas medicininės paslaugas – 2.256.568 Lt bei už mokamas nemedicininės paslaugas – 754.346 Lt.



**25 pav.** Pajamų už mokamas paslaugas dinamika 2009–2011 m. laikotarpiu tūkst. Lt

Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

2011 m. didžiausią pajamų už mokamas paslaugas dalį – 75,9 proc. – sudarė ligoninės (be filialų) pajamos – 2.286,9 tūkst. Lt. 2011 m. ligoninės (be filialų) pajamos už mokamas

nemedicininės paslaugas sudarė – 694,2 tūkst. Lt, už mokamas medicininės paslaugas – 1.592,7 tūkst. Lt., iš jų pajamos.

2011 m. ligoninės finansinis veiklos rezultatas yra teigiamas 489.693 Lt. Ligoninės 2011 m. sąnaudos iš viso – 140.453.971 Lt, iš jų:

**12 lentelė**

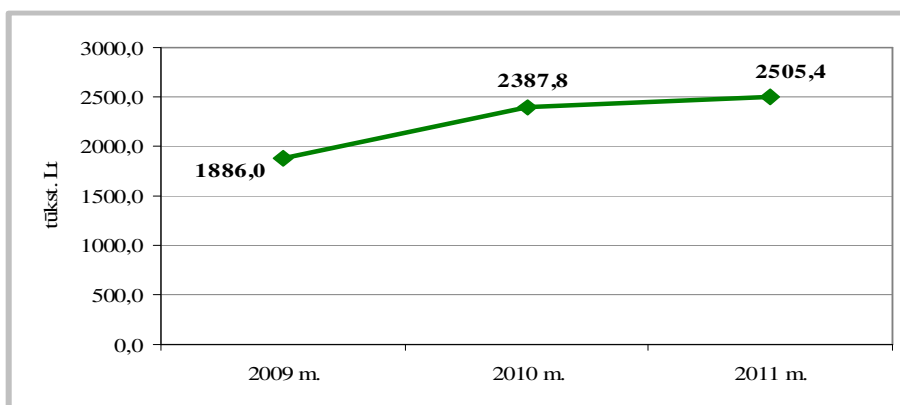
Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 metų sąnaudos

1. Pagrindinės veiklos sąnaudos	139.910.752 Lt
1.1. darbo užmokestis ir socialinio draudimo įmokos	88.412.078 Lt
1.2. nusidėvėjimo ir amortizacijos	3.369.484 Lt
1.3. komunalinių paslaugų ir ryšių	7.004.334 Lt
1.4. komandiruočių	72.256 Lt
1.5. transporto	1.120.627 Lt
1.6. kvalifikacijos kėlimo	81.310 Lt
1.7. paprastojo remonto ir eksploatavimo	5.245.630 Lt
1.8. sunaudotų atsargų savikaina	25.915.782 Lt
1.9. kitų paslaugų	7.976.327 Lt
1.10 kitos	712.924 Lt
2. Kitos veiklos sąnaudos	441.307 Lt
3. Finansinės investicinės veiklos sąnaudos	101.912 Lt
3.1. Banko palūkanos	98.328 Lt
3.2. Kitos	3.584 Lt

Sudaryta autoriaus, remiantis RŠL 2011 m. finansine ataskaita

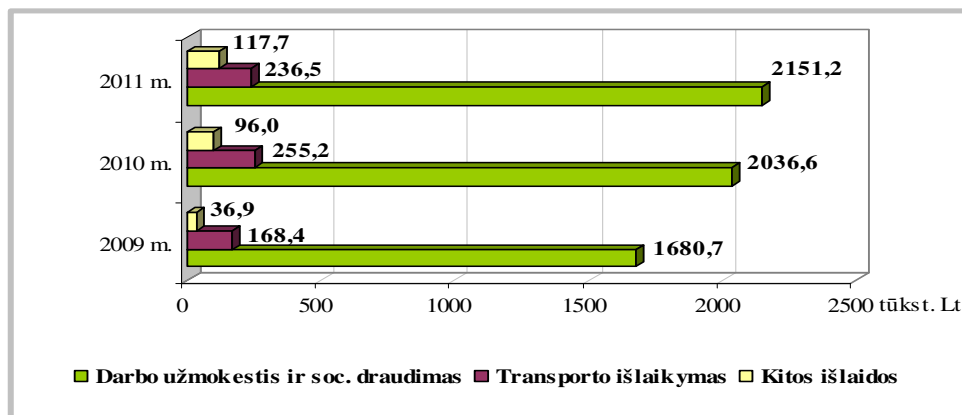
2011 m. ligoninės sąnaudos valdymo (administracijos) išlaidoms – 1.617.880 Lt ir sudaro 1,2 proc. nuo visų pagrindinės veiklos sąnaudų. 2011m. ligoninės sąnaudos darbo užmokesčiui (su darbdavio socialinio draudimo įmokomis)– 88.412.078 Lt ir sudaro 63,2 proc. nuo visų pagrindinės veiklos sąnaudų.

Ligoninei skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir finansavimo programai skirta lėšų suma per 2009 – 2011 m. laikotarpį padidėjo 32,84 proc. 2010 m. lėšos, skirtos skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo programai, padidėjo 26,61 proc., lyginant su 2009 m., o 2011 m. šios lėšos padidėjo 4,93 proc., lyginant su 2010 m.



**26 pav.** Lėšų, skirtų skubios konsultacinės pagalbos programai vykdyti, dinamika 2009– 2011 m. laikotarpiu  
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

2011 m. ligoninei skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir finansavimo programai skirta lėšų suma – 2.505,4 tūkst. Lt.



**27 pav.** Skubios konsultacinės pagalbos lėšų dinamika pagal išlaidų straipsnius 2009 – 2011 m. laikotarpiu  
Sudaryta autoriaus, remiantis šaltiniu: Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita

Didžiausią skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos programos lėšų dalį – 85,9 proc. – 2011 m. sudarė lėšos darbuotojų darbo užmokesčiui ir socialinio draudimo įmokoms. Transporto ir kitoms išlaidoms buvo skirta 14,1 proc. programos lėšų.

Ekspertai E4, E5 mano, kad sveikatos apsaugai per metus skiriami apie 4,2 milijardai litų yra nepakankama suma užtikrinti pilnavertę sveikatos priežiūrą Lietuvos gyventojams (reikia siekti 5 – 6 proc. nuo BVP), tačiau ir esamos pinigų sumos užtenka padengti būtiniausioms gydymo įstaigoms išlaidoms bei Europos sąjungos fondų pagalba vykdyti tolimesnę paslaugų plėtrą. Akivaizdu, kad esamos lėšos valstybės ir gydymo įstaigų mastu panaudojamos neracionaliai, daugiau akcentuojant brangios aparatūros įsigijimo, statybų, remonto darbus, trūksta strategijos, planavimo, nėra prioritetų. Personalo, pacientų problemos nueina į antrą planą. Šiais klausimais susirūpinama, tik

iškilius problemoms, skundams, straipsniams spaudoje. Gydytojų vadovai daugelyje atvejų nutolę nuo medikų ir pacientų problemų. Šią padėtį šiuo metu dalinai būtų galima pagerinti, įvykdytų gydytojų vadovų rotaciją. Tada su šiuo metu gydytojų vadovams už paslaugas skiriamomis lėšomis būtų galima pasiekti geresnių gydytojų rezultatų, pagerinti pacientų pasitenkinimą paslaugomis.

Ligoninė pagal galimybes užtikrina informacinių technologijų plėtrą, taiko pažangias informacines technologijas. Nuo 2007 m. įstaigoje yra įdiegta ligoninės informacinė sistema (toliau – LIS), kuri pastoviai tobulinama, tobulinamas jos funkcionalumas. Šiuo metu įstaigos struktūriniuose padaliniuose įrengta 420 kompiuterizuotų darbo vietų. Dalis ligoninėje naudojamų personalinių kompiuterių moraliai pasenę (apie 70%). Visos kompiuterizuotos darbo vietos sujungtos į vietinį tinklą ir naudoja plačiajuosčio interneto prieigą. 5 Mbps spartos interneto srautą radijo ryšiu tiekia LitNET. Ligoninėje veikia 6 tarnybinės stotys, iš kurių 4 – įsigytos 2008 ir vėlesniais metais, kurios iš dalies tenkina ligoninės poreikius, tačiau plėtojant įstaigos informacinę sistemą (toliau – LIS) bei siekiant užtikrinti tarnybinių stočių keliamus reikalavimus saugumui, patikimumui ir našumui, šią infrastruktūrą būtina išplėsti ir modernizuoti. 2011 m. buvo parengtas investicijų projektas „E. sveikatos paslaugų ir pacientams kūrimas VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje ir VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje“, kuriame atlikta poreikių ir turimų LIS analizė Šiaulių, Panevėžio, Klaipėdos ir Kauno Respublikinėse ligoninėse. 2011 m. gruodžio 29 d. pasirašyta projekto „E. sveikatos paslaugų gyventojams ir pacientams kūrimas VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje ir VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje“ finansavimo ir administravimo sutartis Nr. VP2 – 3.1 – IVPK – 10 – V – 01 – 002 . Projekto įgyvendinimui skirta 9.931.977,96 Lt. Projekto veiklų įgyvendinimo pabaiga 2014 m. birželio mėn.

Visi ekspertai lietuviai (ir profesionalai, ir pacientai) informacinių technologijų (IT) plėtroje įžvelgia neabejotiną naudą gydymo ir diagnostikos procese, informacijos sisteminime, plėtroje, išsaugojime, apibendrinime bei dalinį atsilikimą šioje srityje nuo kitų išsivysčiusių šalių. Bet jie taip pat pastebi, kad Lietuvoje ir Respublikinėje Šiaulių ligoninėje šiuo metu sparčiai vykdoma IT plėtra: skiriamos lėšos, sudaromos ar įsigyjamos naujos programos bei technika, apmokomas personalas. Vokiečių ekspertai – profesionalai šiuo metu jau pilnai įvaldę ir savo tiesioginiame darbe pagrįdę dirba tik IT pagalba (medicininės dokumentacijos tvarkymas, saugojimas, tyrimų peržiūrėjimas, vertinimas, operacinės technikos valdymas ir kt.). Todėl tolimesnį progresą ir perspektyvą medicinoje jie vienareikšmiškai mato pagrįdę IT plėtroje.

Ligoninės informacijos valdymą ekspertas E3 vertino kaip nepakankamą, o E4 – labai blogai. Priežastys: kadangi ligoninė yra didelė, atskiri padaliniai, klinikos yra išsidėstę toli nuo pagrindinio korpuso, o informacinių technologijų įdiegimas ligoninėje nepakankamas, neužtikrinama, kad informacija laiku ir sklandžiai pasiektų visus darbuotojus. Tik įdiegus bendrą informacinio ryšio sistemą ir pateikus informaciją elektroniniu būdu, tikėtina, kad ji būtų prieinama visiems darbuotojams. Tai būtų galima pasiekti įdiegus Lietuvos e. sveikatos sistemą visose sveikatos priežiūros įstaigose.

Respublikinėje Šiaulių ligoninėje 2012 – 2014 m. vykdomi projektai apžvelgti 21 priede.

### **2. 3. Minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros Respublikinėje Šiaulių ligoninėje ekspertinis vertinimas**

Aukščiau minėti ekspertai – profesionalai ir ekspertai – pacientų atstovai išsakė savo nuomonę apie Lietuvos sveikatos apsaugos reformą, jos eigą Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, ligoninės kokybės vadybos sistemą, veiklos rodiklius, finansinę veiklą. Šiame skyriuje pateikiami apibendrinti ekspertų pastebėjimai apie minimaliai invazinės chirurgijos raidą, jos pranašumus ir trūkumus, artimą ir tolimą perspektyvą, akcentuojant Respublikinės Šiaulių ligoninės atvejį.

*Minimaliai invazinės chirurgijos raida, dabartis ir ateitis pasaulyje bei Lietuvoje.* Visi ekspertai – profesionalai vienbalsiai minimaliai invazinės chirurgijos atsiradimą ir plėtrą pripažįsta, kaip vieną iš didžiausių XX a. pabaigos – XXI a. pradžios chirurgijos pasiekimų. Su technikos pasiekimais ši chirurgijos sritis labai sparčiai tobulėja. Šia metodika atliekamos vis naujos operacijos, tačiau ne visų jų prasmė pasiteisino. Dar diskutuojama apie kai kurių operacijų tikslingumą (kaklo endokrininių liaukų dėl ir taip mažų naudojamų pjūvių, kai kurių onkologinių operacijų dėl radikalumo problemų). Lietuvos ir Vokietijos ekspertai chirurgai (E1, E2, E3, E6, E7) pastebi šių operacijų sparčią plėtrą jų klinikose: vienos operacijos akivaizdžiai efektyvios ir jų atliekama daug, o apie kai kurių progresą ir naudą bei pacientų saugumą reikėtų pagalvoti (kai kurių atliekama per mažai, kad būtų galima jas atlikti kokybiškai ir saugiai, ypač mažose ligoninėse). Ekspertas E5 mano, kad, esant dabartiniam pacientų žalos atlyginimo įstatymui, dauguma šių operacijų turi būti atliekamos tik universitetinėse, regioninėse ir didesnių miestų ligoninėse. Anot E3 eksperto, tik tulžies pūslės minimaliai invazinės operacijos (kadangi jų atliekama santykinai daugiausiai) gali būti sėkmingai atliekamos rajonų ligoninėse, bet ir tai jas pilnai pagal darbo krūvį, operacinių ir personalo užimtumą gali atlikti didesnių Lietuvos ligoninių chirurgai.

Visi ekspertai – chirurgai profesionalai atkreipia dėmesį, kad chirurginių rezidentūrų metu būsiami chirurgai savarankiškai išmokomi atlikti pagrinde tik tulžies pūslės pašalinimo operacijas, o apie kitas būna tik girdėję ar matę, o visų kitų minimaliai invazinių operacijų, jei yra tam sąlygos,



išmokstama nuolatinėse jų darbo vietose. Didžia dalimi šių operacijų įsisavinimas priklauso nuo chirurgo įgimtų būdo savybių, imlumo, užsispyrimo, kolegų palaikymo, kolektyvo vidaus atmosferos, atliekamų šių operacijų skaičiaus. Ekspertas E2 galvoja, kad minimaliai invazinės chirurgijos plėtra didžia dalimi priklauso ir nuo administracijos požiūrio į šią chirurgijos sritį, kartais reikia nebijoti pateisinamai rizikuoti, nebausti personalo dėl nesėkmių, o atvirkščiai – nuodugnai išsiaiškinti nesėkmių priežastis, skatinti naujoves, remti progresyviai mąstančius ir norinčius tobulėti chirurgus.

Didžioji chirurgijos ateitis – tai minimaliai invazinės operacijos (ekspertai E1, E2, E3, E6, E7). Bet šiuo metu jau susiduriama su chirurgų, kurie yra pilnai įsisavinę šią operacinę techniką, stoka: operacijos sudėtingos, atsakingos – mažuma chirurgų nori rizikuoti, jie apsiriboja paprastesnėmis operacijomis; kadangi darbas ypatingai kruopštus, reikalaujantis didelio susikaupimo, gero regėjimo – šioms operacijoms atlikti reikalingi jaunesnio amžiaus chirurgai (ekspertas E3).

Pacientų ekspertai P1, P2, P3 nurodo, kad dauguma pacientų jau yra girdėję apie šių operacijų pažangą, o kai kada net prašo ar reikalauja operaciją atlikti būtent šiuo būdu. Jie pastebi, kad šių operacijų prieinamumas yra gana geras, rajonų ligoninėse net geresnis nei didžiuosiuose Lietuvos miestuose. Pacientai po šių operacijų greitai sveiksta, lengvesnis pooperacinis periodas, mažesni radai ir skausmas, o kas daugumai pacientų aktualiausia – jie greičiau grįžta į darbą. Ekspertai P1 ir P2 pastebi informacijos stoką apie šias operacijas, bet dalinai dėl to kalti ir patys pacientai (trūksta domėjimosi savo sveikatos problemomis, mažai parodoma iniciatyvos, kartais reikia mokėti pareikalauti).

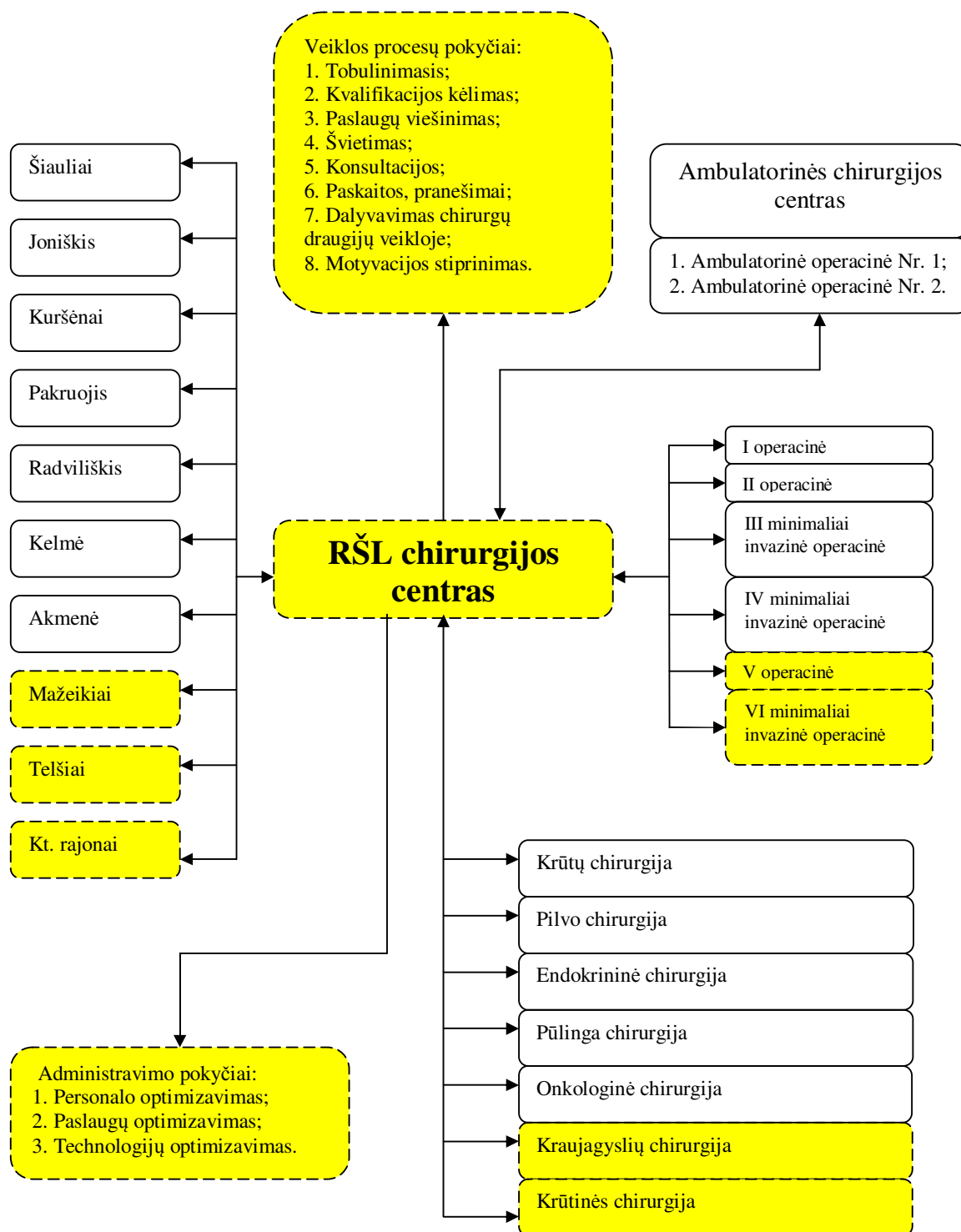
*Minimaliai invazinės chirurgijos situacija Respublikinėje Šiaulių ligoninėje.* Autoriaus stažuotės metu 2011 metų kovo – balandžio mėnesiais Štutgarte, diskutuojant su ekspertais E6 ir E7, jie pastebėjo, kad iš Lietuvos atvykstantys chirurgai nuolat tobulėja, beveik nebelieka minimaliai invazinės chirurgijos sričių, kuriose jie nedirbtų. Lietuviai nebesimoko, o kaip lygiaverčiai kolegos diskutuoja, kaip geriau ir kokybiškiau atlikti vienas ar kitas operacijas. Jie nustebė sužinoję, kad Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, kur dirba darbo autorius, šios srities operacijos atliekamos nuo 1995 metų. Įdomus buvo ir šių operacijų skaičius bei įvairovė: ypač sudėtingų skrandžio mažinimo bei žarnų apylankos operacijų – pas juos šių operacijų atlikta žymiai mažiau nei Šiauliuose. O kitų minimaliai invazinių operacijų techniniame atlikime jie išvelgė tik nedidelius skirtumus, kas visada yra būdinga skirtingoms klinikoms. Jų, kaip regioninės ligoninės, operacijų spektras pilnai atitinka autoriaus klinikoje atliekamas operacijas. Chirurgų pasiruošusių ir norinčių tobulėti šioje srityje, kaip ir Lietuvoje trūksta, pagrindinį darbą minimaliai invazinėje chirurgijoje atlieka 2 – 3 chirurgai. Kiti daugiau atlieka atviras ar kitų sričių operacijas.

Ekspertai E1, E2, E5 teigiamai įvertino šių operacijų apimtį ir lygį RŠL. Kai kurios operacijos yra neatliekamos ar atliekamos, bet kita, senesne metodika net jų atstovaujamose didesnėse klinikose (Kauno medicinos universiteto, Santariškių). Jie nurodė, kad chirurgas negali sustoti ties pasiektu: reikia nuolat tobulėti, domėtis pokyčiais, esama situacija Lietuvoje, Europoje ir pasaulyje. Tačiau tai daug priklauso asmeniškai nuo chirurgų bei jų aplinkos. Lietuvoje nepakankamai dalinamasi patyrimu, kai kada net slepiami duomenys, rezultatai. Reti chirurgų suvažiavimai, konferencijos šia tematika.

Ekspertai E3, E4 nurodė nepakankamą ligoninės administracijos supratimą ir palaikymą, vystant šią chirurgijos sritį. Progresas vyksta tik atskirų chirurgų dėka. Reikia padėkoti, kad administracija nedaro kliūčių minimaliai invazinės chirurgijos plėtrai, neeskaluoja nesėkmių, sudaro sąlygas šias operacijas atlikti. Santykiuose su administracija pagrindinė kliūtis šių operacijų plėtrai yra amžinos finansinės problemos. Todėl visi ekspertai – profesionalai galvoja, kad gydytoją, chirurgą turėtų jaudinti tik profesiniai, o ne vadybiniai klausimai.

Pacientų visi atstovai sutartinai išsakė pasitenkinimą atliekamomis pacientus tausojančiomis operacijomis, geru šių operacijų prieinamumu ir kokybe. Retais atvejais tenka išgirsti apie atskiras nesėkmes ar komplikacijas. Iš esmės – pacientai patenkinti paslaugomis. Žinių trūkumą pacientų tarpe jie aiškina, nepakankamu rūpinimusi savo sveikata, naudingos informacijos stoka spaudoje, televizijoje, ne visiems prieinamu internetu. Didelį susidomėjimą pacientų tarpe turi kojų venų operacijos lazeriais, radiodažnuminiais aparatais. Nors jos didžia dalimi Lietuvoje yra mokamos, pacientai jų labai pageidauja. P2 ekspertas pageidautų, kad didesnę spektrą minimaliai invazinių operacijų atliktų daugiau chirurgų, nes kartais, atostogų ar stažuočių metu, kai kurių operacijų reikia ilgiau laukti eilėje. Ekspertai P1 ir P3 pageidauja pasirinkti ir verčiau ilgiau palaukti norimo chirurgo, nes jie įsitikinę, kad nuo to didžia dalimi priklauso operacijos sėkmė.

## 2. 4. Respublikinės Šiaulių ligoninės minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros sistema



28 pav. Respublikinės Šiaulių ligoninės minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros schema  
Sudaryta autoriaus

Darbo autorius, remdamasis medicinos teorijos ir medicinos reformų analize, ekspertų vertinimu, daugkartinių užsienio stažuočių, asmenine patirtimi, minimaliai invazinės chirurgijos plėtrą supranta, kaip RŠL chirurgijos centro sukūrimą. Jį kuriant, būtų apjungti du dabar esantys chirurgijos skyriai, ambulatorinės chirurgijos centras. Akivaizdu, kad pirmiausiai būtų sutaupytos valdymo išlaidos. Be to pagerėtų administravimas, sumažėtų darbo organizavimo, valdymo bei planavimo nesklandumų, atsirastų sveikesnė konkurencija, pagerėtų darbo pasidalijimas, specializacija, pacientams pagerėtų paslaugų prieinamumas.

Autoriaus sudarytoje schemoje geltona spalva pavaizduotos ir apvestos punktyrinėms linijom naujai planuojamos struktūros, siektini veiklos metodai bei priemonės, o baltame fone su ištisinėm kraštinėm pavaizduoti jau veikiantys padaliniai bei ryšiai tarp jų.

Schemoje didelis dėmesys skiriamas paslaugų plėtrai kituose Lietuvos rajonuose, pacientų pritraukimui iš jų į gydymo įstaigą. Chirurginę veiklą būtina išplėsti į Mažeikių, Telšių ir kitus rajonus bei miestus. Tam trūksta paslaugų viešinimo, aktyvių konsultacijų šiuose rajonuose, paslaugų prieinamumo pirmumo tvarka šių rajonų gyventojams, paskaitų, pranešimų skaitymo. Didelis dėmesys turi būti sutelktas personalo, paslaugų, technologijų plėtrai bei optimizavimui. Šių numatomų paslaugų užtikrinimui pirmiausiai trūksta kvalifikuotų specialistų. Reikia numatyti jų pareikalavimą iš universitetų, pakeisti motyvavimo, paruošimo bei tobulinimosi sistemą.

Ligoninėje būtina plėsti chirurgines, tame tarpe ir minimaliai invazinės chirurgijos, paslaugas. Ateityje būtina įkurti kraujagyslių, krūtinės chirurgijos, mikrochirurgijos poskyrius. Iki šiol pacientai sergantys šiomis ligomis priversti vykti konsultuotis ir gydytis į kitus centrus: lėšos atiduodamos kitoms ligoninėms, ne pilnai užtikrinamos chirurgijos paslaugų apimtys, girdimas pacientų nepasitenkinimas paslaugomis, prieinamumu, bereikalingai eikvojamos lėšos pacientų pervežimui į kitas ligonines, smunka, o ne kyla ligoninės prestižas.

Esamas chirurgijos sritis būtina modernizuoti, plėsti, atnaujinti. Tam reikalingos ir investicijos, kurias galima pritraukti, plečiant bei viešinant paslaugas, garsinant ligoninę naujais pasiekimais. Būtina motyvuoti ir sudaryti pilnavertes sąlygas personalui siekti chirurgijos naujovių.

Tiesioginiame chirurgo darbe būtinas požiūrio į operacinių darbą pasikeitimas. Plečiant chirurgijos apimtį, reikalingi ne tik operacinių skaičiaus plėtra, bet ir darbo operacinėse organizavimo, personalo pokyčiai. Operacinių skaičiaus didinimas būtinas dėl operacijų sudėtingėjimo, jų įvairovės, skaičiaus didėjimo. Tam skirtos papildomos lėšos atsipirktų iš atliekamų operacijų lygio pakėlimo (daugiau III, o ne II lygio operacijų, už kurias turi būti geriau apmokama), skaičiaus padidinimo (ateityje chirurginės paslaugos bus ribojamos rajonuose), įvairovės išplėtimo (papildomų chirurgijos sričių įsteigimas ir vystymas), pacientų pasitenkinimo atliekamomis operacijomis pagerinimo.

## IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Magistro darbe atlikta teorinė sveikatos apsaugos sistemos reformos koncepcijos ir struktūros teorinė analizė, išanalizuotos sveikatos apsaugos paslaugų plėtros koncepcijos ir galimybės, integruojančios viešojo valdymo ir marketingo požiūrius, atlikta minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros dekompozicija, išskirtos savo turiniu ir tikslais skirtingos sistemos dimensijos bei parengta integruota, t. y. viešojo valdymo ir marketingo požiūrius integruojanti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros sistema Respublikinėje Šiaulių ligoninėje leidžia formuoti šias išvadas ir rekomendacijas:

### 13 lentelė

#### Magistro darbo išvados ir rekomendacijos

IŠVADOS	REKOMENDACIJOS
<p>1. 1. Magistro darbe atlikta viešojo administravimo ir marketingo sampratų lyginamoji teorinė analizė, LR sveikatos reformos, minimaliai invazinės chirurgijos plėtros analizė, Lietuvos ir Vokietijos ekspertų vertinimas leidžia teigti, kad vykdant LR sveikatos priežiūros sistemos reformą ir Respublikinei Šiaulių ligoninei tampant respublikinio lygmens daugiaprofiline gydymo įstaiga, šioje ligoninėje būtina minimaliai invazinės chirurgijos plėtra. Remiantis viešojo administravimo teorija šios plėtros butinybė suprantama, kaip visuomenės sveikatos būklės pagerinimas, o marketingo disciplinoje minimaliai invazinės chirurgijos pagrindinis plėtros vertinimo tikslas – paciento pasitenkinimo pagerinimas.</p> <p>2. 1. Remiantis viešojo valdymo ir marketingo perspektyva, minimaliai invazinės chirurgijos prieinamumą pacientams būtina gerinti organizacine, komunikacine ir ekonomine prasme. Kadangi sveikatos priežiūroje, kaip vienoje iš viešojo administravimo sričių, dominuoja objektyvus kokybės suvokimas, tai pagrindiniu jos vertinimo šaltiniu tampa administracinių, klinikinių duomenų bazių, medicininių dokumentų analizė. Tuo tarpu marketingo disciplinoje dominuoja subjektyvus kokybės suvokimas ir pagrindinis jos vertinimo šaltinis yra pacientų nuomonė.</p> <p>3. 1. Remiantis ekspertiniu vertinimu, minimaliai invazinė chirurginė pagalba Respublikinėje Šiaulių ligoninėje daugeliu atvejų teikiama pagal šiuolaikinius pasaulinius</p>	<p>1. 2. Respublikinėje Šiaulių ligoninėje minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtra turi būti vykdoma keičiant chirurginės pagalbos organizacinę struktūrą; plėtojant informacines technologijas; gerinant techninį aprūpinimą; pertvarkant personalo politiką, motyvaciją; plečiant teikiamas chirurgijos paslaugas; gerinant jų prieinamumą; optimizuojant operacinių veiklą; plačiau viešinant teikiamas paslaugas; siekiant įstaigos investicijų finansinio atsiperkamumo bei pelno.</p> <p>2. 2. RŠL ambulatoriniame chirurgijos centre paeiliui reguliariai turi konsultuoti ir teikti pagalbą visi gydytojai chirurgai. Prioritetą, teikiant paslaugas, formuojant operacijų eiles, skirti rajonų gyventojams. Viešinant chirurginės pagalbos paslaugas, tikslinga tam tikrais periodais organizuoti išvykstamąsias konsultacijas į rajonų centrus, skatinti ligoninės chirurgų darbą juose. Plečiant ir gerinant minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų kokybę bei prieinamumą, pacientams ekonomiškai priimtinau šias paslaugas gauti arčiau namų.</p> <p>3. 2. Teikiant ir plėtojant minimaliai invazinės chirurgijos paslaugas, būtinas nuolatinis chirurgų kvalifikacijos kėlimas respublikos bei užsienio vedančiosiose klinikose,</p>

standartus. Atliekamų operacijų įvairovė Šiaulių chirurgai yra aukšto kvalifikacinio lygio. Ekspertai, sveikatos priežiūros, chirurgijos profesionalai, vertindami paslaugų apimtį ir kokybę, didžiausią dėmesį skiria techninei kokybei (operacinių įranga, instrumentai, chirurgų ar kito medicinos personalo pasiruošimas), bet šie ekspertai nepakankamai įvertina funkcinę kokybės pusę. O pagrindinis ekspertų – pacientų kokybės vertinimo dėmesys yra daugiau nukreiptas į marketingo sritį, t. y. funkcinį kokybės supratimą.

4. 1. Minimaliai invazinės chirurgijos operacijos RŠL atliekamos, laikantis LST EN ISO 9001 kokybės standartų. Sveikatos priežiūros vadybos literatūroje kokybę apibūdinama remiantis objektyvios kokybės terminais. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė yra techninė savo prigimtimi ir apibūdinama kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimas, siekiant trokštamų sveikatos būklės rezultatų, ką sąlygoja naujausios profesionalios žinios, techninis aprūpinimas. Marketingo literatūroje paslaugų kokybę apibūdinama suvokiamos kokybės terminais. Paslaugų kokybę apibrėžiama kaip paciento nuomonė apie bendrą paslaugų teikėjo veiklos tobulumą, t. y. paslaugų kokybę analizuojama iš paslaugų gavėjo perspektyvos.

5. 1. Respublikinėje Šiaulių ligoninėje gana sėkmingai plečiamos dienos chirurgijos paslaugos. Šio proceso vystymuisi didelę įtaką turi minimaliai invazinės chirurgijos plėtra. Tai sudaro sąlygas sumažinti lovdienių skaičių, sėkmingiau reguliuoti finansų srautus, sutaupyti lėšas, daugiau jų skirti personalo papildomai motyvacijai, IT ir medicinos technologijų plėtrai.

6. 1. Šiuo metu aiškiai matoma, kad šiuolaikinių operacijų tendencija – tai minimaliai invazinė chirurgija. Ši chirurgijos sritis labai sparčiai vystosi ir pasiekė gerų rezultatų pasaulyje, Lietuvoje bei Šiauliuose. Magistro darbe atlikti teoriniai bei empiriniai tyrimai leido nustatyti problemines minimaliai invazinės chirurgijos plėtros sritis, kurių pašalinimo galimybes numatytos darbo autoriaus parengtoje minimaliai invazinės chirurgijos plėtros sistemoje ir pavaizduotos plėtros schemoje:

naujovių paieška ir pasiekimų sklaida konferencijose, suvažiavimuose. Šiam procesui sklandžiai vykti būtina inicijuoti bei įgyvendinti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugų plėtros sistemą Šiaulių krašte.

4. 2. Kokybiška sveikatos priežiūros paslauga turi tenkinti visų pirma paciento poreikius bei atitikti klinikinius standartus. Didžia dalimi sveikatos priežiūros paslaugų kokybę lemia atliekamų operacijų skaičius bei įvairovė, t. y. chirurgo patirtis. Be to šių paslaugų teikime būtinas ir šiuolaikinės naujosios vadybos principų taikymas darbe.

5. 2. Inicijuoti per gydytojų, gydytojų vadovų sąjungas reikalavimus SAM dėl dienos chirurgijos, trumpalaikio gydymo paslaugų adekvataus apmokėjimo už suteiktas paslaugas, kas motyvuotų personalą daugiau ir kokybiškiau jas teikti. O šių paslaugų plėtra akivaizdžiai duotų ekonominį efektą ne tik RŠL, bet ir visos Lietuvos sveikatos apsaugos biudžetui.

6. 2. Norint sėkmingai plėtoti minimaliai invazinės chirurgijos paslaugas, būtinos ne tik chirurgų, bet bendros su ligoninės administracija pastangos. Vadovams pilnai neįsigilinus į šią problemą, būtina motyvuotai išaiškinti šios plėtros teigiamas pasekmes pacientams bei pačiai ligoninei. Šios chirurgijos srities plėtrai reikalinga aktyvi kadrų politika, kuri apima specialistų paiešką nuo pat universitetų, chirurgas turi būti motyvuotas visapusiškai dirbti Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, matyti geras,

<p>6. 1. 1. Ligoninėje nėra aiškiai parengtos motyvavimo sistemos. Būtina išsiaiškinti individualius ir grupinius darbuotojų poreikius, tarpusavyje derinant jų motyvus ir ligoninės galimybes, nustatant tinkamiausius motyvavimo būdus.</p> <p>6. 1. 2. Chirurgai dažniausiai mokosi, tobulinasi savo iniciatyva, nes įstaigos ir padalinių vadovai tam neskiria tinkamo dėmesio. Būtina reguliariai identifikuoti darbuotojų mokymo poreikius bei sudaryti individualius kvalifikacijos tobulinimo planus, susietus su darbo užmokesčiu ir karjeros galimybe.</p> <p>6. 1. 3. Trūksta chirurgijos, tame tarpe ir minimaliai invazinės, pasiekimų, plėtos viešinimo. Šioje srityje akivaizdu, kad būtina skatinti informacinių technologijų plėtos galimybių panaudojimą, viešų paslaugų teikimo tobulinimą, kas didintų pacientų pasitikėjimą ligonine ir tarpusavio santykių skaidrumą.</p> <p>7. 1. Vykstant sveikatos priežiūros reformai Lietuvoje, esant ribotam medicinos paslaugų finansavimui ir žinant, kad jis artimiausiu laiku nepagerės, chirurgijos, tame tarpe ir minimaliai invazinės chirurgijos, paslaugos centralizuojamos į didesnes miestų bei rajonų ligonines. Chirurginės operacijos atliekamos daugiau patyrusių chirurgų, chirurginės paslaugos tampa kokybiškesnės, gerai prieinamos. Tačiau ligonių pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis lieka nepakankamai geras. Todėl, remiantis viešojo administravimo reformų analize, galima teigti, kad vykdomos reformos turi remtis ligoninių veiklos efektyvumo didinimu (ligoninės, administravimo modernizavimas, kokybės kontrolė, personalo kvalifikacijos kėlimas, strateginio planavimo diegimas, informacinių technologijų plėtra ir kt.), inovacijų diegimu (orientacija į rinką ir pacientus, konkurencija, teikiant paslaugas, kokybės vadyba ir kt.), demokratiškesniu, t. y. naujuoju viršuoju administravimu (personalo, pacientų įtraukimas į sprendimų priėmimą, elektroninės demokratijos plėtra ir kt.).</p>	<p>perspektyvias darbo bei tobulėjimo sąlygas, kurias šiuo metu reikėtų nemažai peržiūrėti.</p> <p>7. 2. Toliau vykdant medicinos reformą, chirurgijos paslaugas reikia koncentruoti centruose, kur chirurginių operacijų skaičius yra ženkliai didesnis nei rajonų ligoninėse. Didžiosiose ligoninėse chirurgų, atliekančių minimaliai invazines operacijas, kvalifikacija, patyrimas yra aukštesnis, sukonzentruotos bei nuolat atnaujinamos aukštesnės technologijos. Dabartinė patirtis rodo, kad medicininė aparatūra įsigyjama, panaudojama neplaningai, neracionaliai, akivaizdžiai neišnaudojami jos pajėgumai, švaistomos lėšos jos įsigijimui. Skiriamos lėšos sveikatos priežiūrai turi būti panaudojamos racionaliau. Visuomeninės organizacijos, medikų profesinės sąjungos, visuomenė įvairiomis priemonėmis turi įtakoti politikus dėl tolimesnės medicinos reformos, skaidraus ir prasmingo lėšų, skirtų Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūrai panaudojimo. Didelę įtaką sveikatos priežiūros reformos lėtai eigai turi nevykstanti vadovų kaita. Daug vilties dedama į šios problemos sprendimą nuo 2013 – 07 – 01, kada įsigalios vadovų rotacijos įstatymas.</p>
--	---

Sudaryta autoriaus

## LITERATŪRA

1. Akinci, F., Sinay, T., (2003). Perceived Access in a managed care environment: determinants of satisfaction. *Health Services Management Research*, 16: 85–95.
2. Akučkaitė, J. ir Svirskienė, G. (2007). Strategijos įgyvendinimo probleminiai aspektai. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*.
3. Alamil, R., L., (2010) Customer – Focused Business Architecture and Strategic Management. *Contemporary PNG Studies: DWU Research Journal Volume 12 May*.
4. Albury, D., (2005). 'Fostering Innovation in Public Services' *Public Money and Management*, 25: 51–6.
5. Alper, M. (2002). Managing in the „new“ era of managed care. *Managed Care Quarterly*, No. 10.
6. Appleby, R., C. (2003). Šiuolaikinio verslo administravimas. Vilnius: Charibdė.
7. Arimavičiūtė, M. (2005). *Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas*. Vilnius: Mykolo Riomerio universitetas.
8. Arimavičiūtė, M. (2008). *Inovacinė veikla ir jos ypatumai vietos savivaldos institucijose*. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 4(13).
9. Benjamins, M., R. (2006). *Does Religion Influence Patient Satisfaction?* *American Journal of Health Behavior*, no. 30.
10. Berman, M. (2011). L. From Health Care Reform to Public Health Reform. *Journal of law, medicine and ethics*.
11. Bertašiūtė, D. (2001). *Regioninio valdymo tobulinimas kaip aktuali viešojo administravimo problema*. Respublikinės konferencijos „Regionų plėtra – 2001“ pranešimų medžiaga. Kaunas.
12. Bitinas, B. (2006). *Edukologinis tyrimas: sistema ir procesas*, Vilnius: Kronta. ISBN 9955 – 595 – 92.
13. Bitinas, B.; Rupšienė, L.; Žydžiūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija*. I dalis. Klaipėda: S. Jokužio leidykla – spaustuvė. ISBN 9789986312581.
14. Bitinas, B.; Rupšienė, L.; Žydžiūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija*. II dalis. Klaipėda: S. Jokužio leidykla – spaustuvė. ISBN 9789986312598.
15. Bivainis, J., Tunčikienė, Ž. (2006). *Viešojo sektoriaus institucijų strateginio planavimo metodai: teorinis potencialas ir perspektyvos*. *Verslas: teorija ir praktika*. Nr. 2, p. 114 – 127.



16. Bosas, A. (2002). *Strateginis valdymas: nuo korporacijos iki valstybės*. Monografija. Klaipėda: KU leidykla.
17. Brassington, F., Pettitt, S. (2000). *Principles of Marketing*. London: Pitmat Publishing.
18. Brazauskienė, D., M. (2004). *Dabartinės ekologinės problemos pasaulyje ir Lietuvoje bei sąsajos su darnaus vystymosi strategija*. Akademija
19. Bražėnas, V. (2000). *Nauja pasaulio santvarka*. Vilnius
20. Bryson, J., M. (1995). *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organisations*. Jossey–Bass Publishers.
21. Brogienė, D., Gurevičius, R. (2009). *Pacientų nuomonė apie stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę*. Medicina, 45 (3).
22. Bruneckienė, J., Cibinskienė, A., Guzavičius, A. (2010). Theoretical and Expert Assessment of the Effect of Infrastructure on Regional Competitiveness (Lithuanian Case). Social Research. Nr. 3 (20).
23. Bučinskas, A.; Raipa, A. (2003). *Viešoji politika ir viešasis administravimas valdymo tobulinimo metodologijoje*. Tiltai, Klaipėdos universitetas. Nr. 2 (23).
24. Bučiūnienė, I., Blaževičienė, A., Bliudžiūtė, E. (2005). *Health care reform and jobs satisfactions of primary health care physicians in Lithuanian*. BMC Family Practice. No. 6.
25. Butkus, F., S. (2007). *Vadyba: Mokomoji knyga*. Vilnius: Technika.
26. Chow, R., P., M., Yau, O., H., M. (2010). Harmony and cooperation: their effects on IJV performance in China. *Cross Cultural Management: An International Journal*, 17 (3).
27. Chripko, S., V. (2010). Институциональные предпосылки устойчивого развития региона в трансформационной экономике. Проблемы экономики и менеджмента. No. 3.
28. Denhardt, R., B. (2001). *Viešųjų organizacijų teorijos*.
29. Doherty, T., L. (2010). Emergent Strategy. <http://planningskills.com/glossary/154.php>.
30. Dixon, S., E. A., Day, M. (2007). Leadership, Administrative Heritage and Absorptive Capacity. *Leadership & Organization Development Journal*. Vol. 8 (28).
31. Domarkas, V., Juknevičienė, V. (2007). *Viešojo administravimo paradigmos kaitos iššūkiai šio sektoriaus žmogiškųjų išteklių raidai*. KTU. ISSN 1648–2603 • Viešoji politika ir administravimas. Nr. 19.
32. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.

33. Donabedian, A. (1988). *Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means*. Inquiry, Spring.
34. Dopfer, K. , Potts, J. (2008). *The general theory of economic evolution*. Routledge: London.
35. Europos Sąjungos darnaus vystymosi strategija. Europos sąjungos taryba, 2006.
36. Филипов, Ю., В., Авдеева, Т., Т. (2000). *Основы развития местного хозяйства*. – Москва: Дело.
37. Fiscella, K. (2011). *Health Care Reform and Equity: Promise, Pitfalls and Prescriptions*. *Annals of family medicine*, Vol. 9, No. 1.
38. Fredriksen, S. (2003). *Instrumental colonization in modern medicine*. *Medicine, Health Care and Philosophy*, no. 6.
39. Girdzijauskienė, S. (2006). *Kokybinis interviu: metodiniai nurodymai*. Vilnius, Vilniaus universiteto Specialiosios psichologijos laboratorija. ISBN 9955636033.
40. Gerasimov, A. (2007). Как разработка Видения и Миссии помогает составлять Логические уровни бизнес–организации. [interaktyvus] [žiūrėta 2011–03–11]. Prieiga per internetą: <http://www.nifontoff.ru/article/detail.php?ID=30>.
41. Gižienė, V., Simanavičienė, Ž. (2009). Žmogiškųjų išteklių ekonominis vertinimas. *Ekonomika ir vadyba*, 14.
42. Grabauskas, V. (2001). *Pagrindinės epidemiologijos sąvokos*. Kaunas: Saugos leidybos centro spaustuvė.
43. Grabauskas, V. (2003). *Fundamentinė epidemiologija*. Kaunas: KMU leidykla.
44. Jakubavičius, A., Strazdas, R., Gečas, K. (2003). *Inovacijos. Procesai, valdymo modeliai, galimybės*. Vilnius: Lietuvos inovacijų centras.
45. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: Mykolo Riomerio leidybos centras.
46. Janušonis, V. (2000). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant*. Monografija. Klaipėda: Klaipėdos rytas.
47. Janušonis, V. (2005). *Rizikos valdymas sveikatos apsaugos organizacijose*. Monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla– spaustuvė.
48. Janušonis, V. (2008). *Sveikata ir valdoma sveikatos priežiūra*. Monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla – spaustuvė.
49. Juknevičienė, V. (2008). Kintamas žmogiškųjų išteklių vaidmuo šiuolaikiniuose demokratijos vystymo procesuose. *Viešoji politika ir administravimas*, 23.

50. Gaižutis, A. *Marketingo strategija ir valdymas*. [žiūrėta 2011–03–22]. Prieiga per internetą:<[www.marketing.lt](http://www.marketing.lt)>.
51. Grunkemeyer, W., Moss, M. (2008). *Key Concepts in Sustainable Development*. The Web Book of Regional Science.
52. Haddad, S., Potvin, L., Roberte, D., Pineault, R., Remondin, M. (2000). *Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit*. Family Practice, Vol. 17, No. 1.
53. Harrison, J., S., (2003). *Strategic managemnt*. United stataes:John Wiley & Sons.
54. Kardelis, K. (2002). *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas. ISBN 9986948657.
55. Klimas, D., Ruževičius, J. (2009). Procesinio valdymo ir pokyčių diegimo organizacijoje metodologiniai aspektai. *Verslo ir teisės aktualijos, 4 tomas. Mokslo darbai*. Vilnius: Tarptautinė teisės ir verslo aukštoji mokykla.
56. Kvedaravičius, J. (2006). *Organizacijų vystymosi vadyba*. Kaunas: VDU.
57. Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. XI – 52// Valstybės žinios, 2008, Nr.146 – 5870.
58. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 – 2012 metų programos įgyvendinimo priemonės, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. vasario 25 d. nutarimu Nr.189// Valstybės žinios, 2009, Nr.33–1268.
59. Lin, Ch., Tan, B., Chang, Sh. (2002). The Critical Factors for Technology Absorptive Capacity. *Industrial Management & Data Systems*. Vol. 6 (102).
60. Lynch, R. (1997). *Corpotate Strategy*. – London: Pitman Publishing.
61. Logačiova, N., M. , (2011). *Пути развития социальной инфраструктуры регионовою*. Проблемы экономики и менеджмента. No. 4.
62. Lopez, A., D., Mathers, C., D., Ezrati, M., et al., eds. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. New York: Oxford University Press.
63. Makštutis, A. (2001). *Strateginio valdymo pricipai*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
64. McGlynn, E., A. (1997). *Six Challenges in Measuring the Quality of Health Care*. Health Affairs, Vol. 16, No. 3.
65. Mendelson, D., Johnso, B. (2011). *Hit adoption key to provider success under healthcare reform*. Healthcare linancial managemet, No. 6.
66. Miečinskis, A. (2001). *Inovacijų asktyvinimo priemonių taikymas įmonių ekonominiai plėtrai*. Ekonomika.

67. Mielnikas, B., Jokubavičius, A., Strazdas, R. (2000). *Inovacijų vadyba: mokomoji knyga*. Vilnius: Technika.
68. Mikulis, J. (2007). Pažangūs vadybos principai.
69. Morgan, G. (1986). *Images of Organization*. London.
70. Mossholder, K. W., Richardson, H. A., Setton, R. P. (2011). *Human Resource Systems and helping in Organizations: A Relational Perspective*. *Academy of Management Review*, 36 (1).
71. O'Connor S. J., Shewchuk R. M., Carney L. W. (1994). *The great gap*. *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 14, No. 2.
72. Oprime, P., C., Tristão, H., M., Pimenta, M., L. (2011). Relationships, cooperation and development in a Brazilian industrial cluster. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60 (2).
73. Pakalkaitė, L. *Transformacinis vadovavimas*. [Žiūrėta 2011-04-28]. <<http://www.straipsniai.lt/vadovavimas/puslapis/15291>>.
74. Paukštys, J. S., Šileikienė, L. (2005). *Kokybės valdymas sveikatos priežiūros organizacijoje. Sveikatos priežiūros paslaugų kultūra*. Vilnius: Sveikatos politikos centras.
75. Pauliuvienė, S. (2010). *Sveikatos reforma: medikai persiskirstė įtaką*. [Žiūrėta 2011-05-15]. Prieiga per internetą: <[http://www.alfa.lt/straipsnis/10411866/?Sveikatos.reforma..medikai.persiskirste.itaka=2010-09-29\\_13-14](http://www.alfa.lt/straipsnis/10411866/?Sveikatos.reforma..medikai.persiskirste.itaka=2010-09-29_13-14)> .
76. Paškevičius, L. (2005). *Bausti negalima pasigailėti*. Slėpti negalima mokytis. Sveikatos priežiūra.
77. Piligrimienė, Ž. (2010). *Asmens sveikatos priežiūros įstaigos paslaugų kokybė tarpdisciplininiu požiūriu: daktaro disertacija*. KTU, Kaunas.
78. Petrauskienė, R. (2006). *Viešojo administravimo institucijų tobulinimas transformacijų laikotarpiu: daktaro disertacija*. LŽŪU, Kaunas.
79. Ployhart, R. E., Moliterno, T. P. (2011). Emergence of Human Capital Resource: a Multilevel Model. *Academy of Management Review*, 36 (1)
80. Poots, J. (2009). The innovation deficit in public services: The curious problem of too much efficiency and not enough waste and failure. *Innovation: Management, Policy & Practice*. Vol. 11 Issue 1.

81. Porter, M., E., Teisberg, E., O. (2005). Redefining Competition in Health Care. Harvard Business Review, no. 6.
82. Pranulis, V., Pajuodis, A., Urbonavičius, S., Virvilaitė, R. (2000). *Marketingas*. Vilnius: The Baltic Press.
83. Raipa, A.; Urbonavičius, D. (2007). Visuotinės kokybės vadyba viešajame sektoriuje. *Viešojo administravimo efektyvumas*, ats. red. Raipa, A. Kaunas: Technologija. ISBN 9955–09–095–2.
84. Rosander, A., C. (1989). *The Quest for Quality in Service*. Quality Press.
85. Schalk , R., Curs, P. L. (2010). Cooperation in organizations. *Journal of Managerial Psychology*, 25 (5).
86. Serrat, O. (2009). Working in teams [žiūrėta 2011–09–25]. Prieiga per internetą: <<http://www.adb.org/Documents/Information/Knowledge-Solutions/Working-in-Teams.pdf>>.
87. Smilga, E., Janušonienė, K. (2006). Galimybės taikyti strateginį valdymą sveikatos apsaugos sistemoje. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai, Nr. 40.
88. Smilga, E., Janušonienė, K., Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. TILTAI , 2005, 1. ISSN 1392–3137.
89. Staponkienė, J. (2004). Strateginis valdymas privataus ir viešojo sektoriaus organizacijose: panašumai ir skirtumai. *Socialiniai tyrimai*, 4 (14), 89.
90. Stoškus, S., Beržinskienė, D. (2005). *Pokyčių valdymas*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
91. Stoškus, S., Beržinskienė, D. (2005). *Vadyba*. Kaunas: Technologija.
92. Stoner, J. A. F., Freeman, R. E., R.Gilbert, D. ir kt. (2005). *Vadyba*. Kaunas: Poligrafija ir informatika.
93. Šavareikienė, D., Dubinas, V. (2003). Integruota vadybos proceso motyvacija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
94. Šimanskienė, L. (2002). *Organizacinės kultūros formavimas. Monografija*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
95. Šimelevič, K., Bagdzevičienė, R., (2002). Regionalizacijos procesas – vienas iš svarbiausių veiksmų, užtikrinančių regionų ekonominę plėtrą. *Regionų plėtros vadyba 2002. Tarptautinės konferencijos pranešimų medžiaga*. Kaunas: Technologija. 179 p.
96. Trakų rajono subalansuotos plėtros strategija (2006).

97. What Is the Prescriptive Approach to Strategic Management? J. Van Baren (2010). [http://www.ehow.com/facts\\_7606569\\_prescriptive-approach-strategic-management.html#ixzz1MFk8SU00](http://www.ehow.com/facts_7606569_prescriptive-approach-strategic-management.html#ixzz1MFk8SU00).
98. Valstybės išlaidų Lietuvos socialiniuose sektoriuose apžvalga. Pasaulio banko ataskaita Nr. 48604 – LT (2009 m. birželis).
99. Vanagas, P. (2004). *Visuotinės kokybės vadyba*. Kaunas: Technologija.
100. Webster, M. (2010). *Strategic Information Systems Planning: Approaches to Strategic Management*. <http://martinwebster.eu/2010/09/17/approaches-to-strategic-management/>.
101. Vengrienė, B. (2006). *Paslaugų vadyba*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
102. Verkulevičiūtė, D. (2009). *Gyvenimo lygio teritoriniai skirtumai Lietuvoje pagal socialinius ekonominius rodiklius*. Daktaro disertacija.
103. Vilys, M., Jakubavičius, A., Damkus, J. (2008). Inovacijų politika: žinioms imlių pramonės sektorių kontekstas. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 4 (13).
104. Viešosios įstaigos Respublikinės Šiaulių ligoninės 2011 m. veiklos ataskaita.
105. Weingart, S., N., Pagovich, O., Sands, D., Z., et al. (2006). Patien – reported service quality on a medicine unit. In *J Qual Health Care*, no. 18.
106. Zakarevičius, P. (2006). Pokyčių organizacijose kliūtys ir jų priežastys. *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*, 38.
107. Zykienė, I., Snieška, V. (2011). Fizinės infrastruktūros įtaka regioniniam patrauklumui. *Ekonomika ir vadyba*. Nr. 16.
108. Žydžiūnaitė, V. (2007). *Tyrimo dizainas: struktūra ir strategijos: mokomoji knyga*. Kaunas: Technologija. ISBN 9789955252191.
109. Žydžiūnaitė, V. (2006). *Taikomųjų tyrimų metodologijos charakteristikos*. Vilnius: ciklonas. ISBN 9955 – 695 – 36 – 6.
110. Žemgulienė, J. (2008). *Sveikatos priežiūros ekonominių teorijų apžvalga*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
111. *Respublikinėje Šiaulių ligoninėje vykdomi projektai*. [Žiūrėta 2012 – 04 – 17 ]. Prieiga per internetą:  
<[http://www.siauliuligonine.lt/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=74&Itemid=193&lang=lt](http://www.siauliuligonine.lt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=74&Itemid=193&lang=lt)>.
112. *Respublikinė Šiaulių ligoninė*. [Žiūrėta 2012 – 04 – 17 ]. Prieiga per internetą:  
[http://www.siauliuligonine.lt/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=72&Itemid=175&limit=20&limitstart=0&lang=lt](http://www.siauliuligonine.lt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=72&Itemid=175&limit=20&limitstart=0&lang=lt) >.

## PRIEDAI

### 1 priedas

#### Sveikatos priežiūros išorinių ir vidinių veiksnių analizė

Lietuvai atkūrus nepriklausomybę ir pasikeitus socialinei bei ekonominei sistemai, išliko būtinybė reformuoti teritorijos administracinį suskirstymą ir įtvirtinti naujas teritorinės savivaldos institucijas. Daugelis Rytų ir Vidurio Europos šalių per paskutinį XX a. dešimtmetį įvykdė savo teritorijos administracinio suskirstymo reformas. Svarbų vaidmenį atliko ir ES iškelti savivaldos organizavimo ir regioninės politikos vykdymo reikalavimai. Skirtingai negu kitos vidurio Europos pokomunistinės šalys, Lietuvos valdžia prioritetą teikė regioninei reformai, o ne vietinių teritorinių vienetų įtvirtinimui. Nors apskričių steigimas buvo siejamas su valdymo decentralizacija, Vyriausybei taip ir neperdavus svarbesnių funkcijų į apskritis bei nesukūrus regioninės savivaldos institucijų, regioninė reforma šalies valdymo nesugebėjo pasukti decentralizacijos linkme. Kaip ir kitos pokomunistinės šalys, Lietuva pradėjo reformas. Tačiau istorinio tęstinumo tradicijų nebuvimas, ilga politinė ir ekonominė priklausomybė Sovietų Sąjungai lėmė sunkų šių reformų kelią.

1991 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybė prie Ekonomikos Ministerijos sudarė darbo grupę savivaldos ir teritorinei administracinei reformai rengti. Ši darbo grupė parengė Lietuvos reformos koncepciją, kuriai pritarė Vyriausybė. Buvo pasinaudota sovietiniu dešimties regionų modeliu, sudaryti 10 apskričių (įvestos 1995 m), mechaniškai sujungiant administracinius rajonus.

2000 m., priėmus Regioninės plėtros įstatymą, apskritys tapo teritorijomis, kuriose turi būti įgyvendinama nacionalinė regioninė politika. Tačiau iki šiol apskritys ir jų Regioninės tarybos nevaicina svarbaus vaidmens regionų raidos procese. Nepakankamas decentralizacijos laipsnis regioniniu lygmeniu yra viena priežasčių, kodėl Lietuva iki šiol nevykdo aktyvios regioninės politikos.

2001 m., kai Vyriausybė savo programoje numatė apskričių reformą (numatytos 5 apskritys Lietuvoje), vėl pradėta daugiau kalbėti apie Lietuvos regionalizaciją. Vyriausybės patvirtintose „Apskričių teritorinės reformos kryptyse“ buvo numatyti 3 regioninio lygmens teritorinių vienetų pertvarkymo variantai, kuriuose išskiriami 4–5 apskritys – regionai. Tačiau vidaus politinės problemos ir stojimo į ES rūpesčiai lėmė, kad naujos regionalizacijos idėja nebuvo įgyvendinta iki šiol.

Galiausiai, 2010 m., panaikintos apskričių viršinių administracijos, o jų funkcijos perduotos ministerijoms, savivaldybėms bei kitoms valdžios institucijoms.

Visais šiais administracinės reformos etapais buvo bandoma pertvarkyti ir Lietuvos medicinos įstaigas, jų pavaldumą, struktūrą, bet iš esmės medicinos reforma nevyko.

Dabartinės sveikatos sistemos problemas, kurios susikaupė per keletą praėjusių metų, galima išskirstyti į keturias pagrindines grupes:

1. Nepakankamai nuosekli sveikatos politika, nėra ilgalaikės sveikatos sistemos plėtros politikos, nepakankama politinių partijų atsakomybė, nėra sveikatos politikos tęstinumo, neatsižvelgiama į valstybės nustatytą sveikatos prioritetą;

2. Nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema, skirtingas sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumas, nepakankama konkurencija sveikatos sektoriuje tarp paslaugų tiekėjų ir tarp paslaugų pirkėjų (vienintelis pirkėjas – valstybinė ligonių kasa);

3. Atsainus visuomenės požiūris į savo sveikatą, motyvacijos stoka dėl „nemokamo gydymo“, vyraujantis dėmesys gydymui, o ne prevencijai, gydytojų rengime mažai dėmesio skiriama nemedicininėms disciplinoms;

4. Nepakankama paslaugų kokybė ir prieinamumas.

Pasaulio banko ekspertų 2009m. birželio mėnesį atlikta valstybės išlaidų Lietuvos Respublikos socialiniuose sektoriuose studija rodo, kad ligoninių ir lovų skaičius, tenkantis santykiniam gyventojų skaičiui, Lietuvoje yra didesnis už kaimynines Baltijos valstybes ir net 1/3 vidutiniškai didesnis už ES vidurkį. Tūkstančiui gyventojų tenka beveik penkios ligoninės, arba dvigubai daugiau nei naujų ES narių vidurkis. Penkiasdešimt trijose ligoninėse yra mažiau nei 50 lovų, o dar dvidešimt penkiose – mažiau nei 100 lovų. Paprastai žinoma, kad mažiau nei 200 lovų turinčios ligoninės yra per mažos visam ligoninės bendrųjų paslaugų spektrui užtikrinti. Atstumai Lietuvoje nėra dideli, todėl yra galimybių konsoliduoti ligoninių infrastruktūras, nesumažinant paslaugų prieinamumo.

Apibendrinti duomenys rodo, kad ligoninių produktyvumas yra priimtinas, tačiau daugiau ligonių turi būti gydoma ambulatoriškai, nes Lietuva pasižymi vienu didžiausiu stacionaraus gydymo rodikliu Europoje. Nuo 2006 m. Valstybinė ligonių kasa stengiasi skatinti dienos chirurgijos plėtrą. Pirmi rezultatai yra džiuginantys. Šias priemones reiktų derinti su ligoninių infrastruktūros dydžio mažinimu ir pirminės sveikatos priežiūros skatinimu.

Kita aktualių problemų ligoninių sistemoje grupė yra susijusi su skaidrumo stoka ir netinkamu administravimu. Didelė problema yra įvairių lygių korupcija. Daugelis sveikatos priežiūros pareigūnų taip pat įsitikinę, kad būtina stiprinti ligoninių vadovų vadybos gebėjimus ir profesionalumą. Esant tokioms aplinkybėms, labai sunku siekti reformų bei ekonomiškai naudingai valdyti investicijas į brangias technologijas.



Kokybės valdymas ir kontrolė sveikatos apsaugos sistemoje vis dar yra silpnos. Sveikatos priežiūros įstaigos teikia informaciją ar jos atitinka tam tikrus licencijuojamai veiklai keliamus reikalavimus. Šiuo pagrindu Akreditavimo agentūra joms išduoda licencijas veiklai. Nors ši agentūra veikia 10 metų, akreditavimo teisinė bazė, procesai dar pilnai nesukurti. Maždaug 30 ligoninių savo iniciatyva gavo ISO sertifikatus (2007 m. ir Respublikinė Šiaulių ligoninė), tačiau negavo nei finansinės paramos, nei norimo pripažinimo. Nėra sukurtos sveikatos priežiūros technologijų vertinimo sistemos, kuri užtikrintų, kad sprendimai investuoti būtų priimami, atsižvelgiant į poreikius ir ekonomiškumą arba leistų stebėti brangios įrangos saugumą ir tinkamą naudojimą.

Valstybė galėtų persvarstyti ligoninių finansavimo sistemos poreikius ir stiprinti strateginius pirkimus, centralizuotai vykdyti viešuosius pirkimus. Ligoninių finansavimo sistema turėtų skatinti naudoti efektyviau sanaudas ir gerinti paslaugų kokybę.

Norint paskatinti ligoninių reformą ir atkurti visuomenės pasitikėjimą sistema, reikės ilgalaikio politinio ryžto, bendrų sveikatos apsaugos ministerijos ir valstybinės ligonių kasos pastangų. Būtina tęsti ligoninių infrastruktūros reformą ir siekti, kad žemesnio lygmens įstaigose būtų teikiamos tik tam tikros paslaugos, kurios atitinka ligonių poreikius saugioje aplinkoje. Reikėtų keisti paslaugų apmokėjimo teikėjams sistemą bei išlaikyti paskatas kuo plačiau taikyti dienos chirurgiją.

Pagal sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programą sveikatos priežiūros įstaigų tinklą reikia optimizuoti vadovaujantis šiais pagrindiniais kriterijais:

1. Sveikatos priežiūros įstaigas, esančias arti viena nuo kitos ir galinčias naudotis centralizuotomis laboratorijų, sterilizacinių, radiologinių tarnybų, ūkio, teisinėmis ir kitomis paslaugomis, apjungti į stambesnius struktūrinius vienetus (Respublikinės Šiaulių ligoninės atvejis);

2. Specializuotas onkologijos, vaikų, tuberkuliozės, psichiatrijos, infekcinės, gimdymo paslaugas teikiančias gydymo įstaigas integruoti į daugiaprofilines sveikatos priežiūros įstaigas (Respublikinės Šiaulių ligoninės atvejis);

3. Sveikatos priežiūros įstaigas, turinčias aukščiausio lygio technologijas ir siaurų specialybių gydytojus, teikiančias sudėtingiausias paslaugas bei turinčias mokymo ir mokslo bazes, palikti pavaldžias sveikatos apsaugos ministerijai kartu su universitetais;

4. Valstybės pavaldumui perduoti po vieną daugiaprofilinę sveikatos priežiūros įstaigą penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose, kur koncentruojasi didžiausi pacientų srautai (Šiaulių ligoninės atvejis);

5. Likusias sveikatos priežiūros įstaigas perduoti savivaldybių pavaldumui.

Sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo kriterijai:

1. Atliekamų didžiausių operacijų skaičius per kalendorinius metus;
2. Gimdymų skaičius per kalendorinius metus;
3. Geografinis atstumas iki artimiausios ligoninės;
4. Atliekamų operacijų skaičius nakties metu;
5. Aprūpinimas reikalingais asmens sveikatos priežiūros specialistais;
6. Įstaigos ir atskirų padalinių veiklos ekonominiai – finansiniai rezultatai.

Dabartinė Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos reforma reikalinga, tačiau ji yra kritikuojama, nes jai įgyvendinti pasirinkti netinkami instrumentai, abejojama ir pertvarkos atitikimu pagrindiniam šalies įstatymui, Konstitucijai, kuri garantuoja valstybės rūpestį žmonių sveikata.

Skubotai vykdoma sveikatos reforma nepateisino į ją dėtų vilčių. Pasirodo, kad pinigų nesutaupyta, ligoninės skęsta skolose, jų darbuotojai laiku negauna atlyginimų, visuomenė nepatenkinta sveikatos paslaugų prieinamumu, kokybe. Akivaizdu, kad sistema, valdanti daugiau kaip 4 milijardų litų biudžetą, dirba neracionaliai: nesugeba tinkamai paskirstyti pinigų bei teikti aukšto lygio paslaugas gyventojams. Pilnai nemokamų medicinos paslaugų nėra – ligoniams reikia primokėti už vieną ar kitą paslaugą. Pagal nustatytas bazines kainas apmokama tik dalis gydymo įstaigų išlaidų, nes realių įkainių už gydymo, slaugos paslaugas iki šiol nėra. Sveikatos sistema disponuoja vienu iš didesnių biudžetų – po Valstybės biudžeto ir Valstybinio socialinio fondo biudžeto. Beje reikia paminėti, kad net krizės metais Vyriausybė jo drastiškai nemažino. Valstybės kontrolė, įvertinusi 63 stacionariųjų gydymo įstaigų infrastruktūros finansavimą, Valstybinės ligonių kasos rezervinio fondo panaudojimą, yra konstatavusi, kad nebuvo užtikrintas tinkamas gydymo įstaigoms skirtų lėšų panaudojimas.

Prasidėjus ligoninių reformai, paaiškėjo, kad didžiausi jos priešininkai – ligoninių, kurias ketinama jungti ar pertvarkyti, vyriausieji gydytojai arba direktoriai. Jie baiminasi prarasti ir taip ilgai užimamas pareigas. Ieškoma užtarėjų Seimo sveikatos reikalų komitete, parlamentarų tarpe, ministerijoje. Tik dauguma didžiųjų Lietuvos ligoninių vadovų pritarė prasidėjusiai reformai, bet ir tai tų, kurių nebuvo numatoma sujungti (taip ir liko nesujungtos Klaipėdos Jūrininkų ir Universitetinė miesto ligoninės; pagaliau pavyko sujungti Kauno Raudonojo Kryžiaus ir II ligoninės).

Socialiniai sveikatos reformos aspektai:

- visi žmonės yra potencialūs pacientai;
- pacientai už suteiktas paslaugas nemoka tiesiogiai pinigais (išskyrus retus atvejus);
- sveikatos priežiūros paslaugų kainos nereguliuoja tiesiogiai pati rinka;
- paslaugų kokybė yra sunkiai pamatuojama.

Visa tai įvertinusi, sveikatos priežiūros įstaigos vadovybė, norėdama neprarasti pacientų, turi neužmiršti kelių svarbių momentų:

- įstaigos darbą organizuoti taip, kad, jeigu reikia, būtų galima priimti, konsultuoti ir stacionarizuoti visus besikreipiančius pacientus nedelsiant, jų kreipimosi metu;
- neužmiršti, kad, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, didelę reikšmę turi išorinė aplinka: gražios patalpos, išvaizdi medicinos įranga, garsios technologijos, reti ir brangūs vaistai, personalo apranga, „viešbučio aptarnavimai“ ir kt.;
- sveikatos priežiūros paslaugų kokybė priklauso ne nuo sukurtų kokybės sistemų ir įdiegtų kokybės standartų, o nuo to, kaip šias paslaugas vertina pacientas;
- pacientą domina tik pati sveikatos priežiūros paslauga ir visiškai nedomina tos paslaugos teikimo procesas (ko trūksta, dėl ko trūksta ir panašiai);

Kiekviena sveikatos priežiūros paslauga, teikiama konkrečiam pacientui – yra individuali. Šiame darbe modelis kuriamas tik vienam iš sveikatos apsaugos sistemos elementų – chirurgijai. Ko gero, nei vienoje medicinos srityje technika ir praktikos įgūdžiai nėra tiek reikšmingi, kiek chirurgijoje. Tai yra pagrįsta. Šiuolaikinę chirurgijos lygį lėmė didžiuliai įvairių mokslo sričių, o ne tik medicinos pasiekimai. Taip sparčiai atsiranda galimybės atlikti sudėtingas, saugias, anksčiau neįmanomas operacijas, taikyti naujus gydymo metodus. Chirurgų ir jų bendradarbių mintys pagrįdė kryptis į operacijas. Todėl chirurginių skyrių darbo esmė, prasmė ir tikslas – efektyvi, techniškai kuo tobulesnė ir saugi operacija. Visiškai natūralu, kad, esant tokioms sąlygoms, šitaip tobulėjant operacijoms, truputį ėmė atsilikti kompleksinio požiūrio į žmogų, kaip ypač sudėtingą visumą, formavimas. Tai nurodė R. Leriche ir kiti, remdamiesi Cannon, Selye darbais.

Be abejonės šio darbo autorius sutinka, kad, siekiant sveikatos apsaugos sistemos reformos efektyvumo, reikia atsižvelgti į politinių, ekonominių, techninių veiksnių visumą ir neužtenka apsiriboti tyrimais vienoje iš sveikatos paslaugų sričių – chirurgija.

Lietuvoje jau antrą dešimtmetį vykstanti sveikatos sistemos reforma tapo nemažu išbandymu ir sveikatos politikams, ir sveikatos profesionalams, taip pat ir pacientams. Pagrindinis sveikatos sistemos reformos tikslas – gerinti gyventojų sveikatą. Šį tikslą galima pasiekti didinant sveikatos sistemos efektyvumą, užtikrinant sveikatos paslaugų kokybę, tenkinant pacientų poreikius, teisingai paskirstant išteklius bei garantuojant sveikatos santykių teisumą ir lygybę. Sveikatos sistemos raida ir kitimas – natūralus procesas, vykstantis ir išsivysčiusiose, ir besivystančiose šalyse. Tačiau dėl besikeičiančios socialinės, politinės, ekonominės situacijos į sveikatos sistemos pokyčius reaguojama ypač jautriai. Bet sveikatos sistemos pokyčiai – neišvengiami. Per pastaruosius dešimtmečius akivaizdžiai pakito pacientų charakteristikos bei jų lūkesčiai. Tam reikia ir tobulesnių

sveikatos technologijų, naujų sveikatos profesionalų kvalifikacijų, šiuolaikinių komunikacijų, kokybės užtikrinimo sistemų, tarpsektorinių ir intrasektorinių ryšių.

Taigi į sveikatos sistemos reformą reikia žiūrėti kaip į nuolatinį procesą. Kintant sveikatos paradigmai, sveikatos problemų sprendimo būdai gali būti įvairūs, pavyzdžiui, skirti daugiau lėšų, žmogiškųjų ir technologinių išteklių sveikatos problemų sprendimui. Tačiau pokyčių apimtys yra didžiulės ir tokie reikalavimai, ypač esant dabartinei Lietuvos ekonomikai, yra nerealiūs. Finansiniai sunkumai, nors jie nuolat akcentuojami, nėra pagrindinė sveikatos sistemos reformos problema. Įgyvendinant pokyčius, išryškėja sveikatos profesionalų ir politikų solidarumo trūkumas. Taigi būtina ieškoti naujų sprendimų, kurie dažniausiai yra nepopuliarūs. Šiuolaikinės sveikatos sistemos funkcijos – tai ne tik sveikatos paslaugų teikimas. Tai sveikatos strategijos sukūrimas ir įgyvendinimas, finansų bei atsakomybės paskirstymas, žmogiškųjų išteklių planavimas ir rengimas bei daugybė kitų visuomenės sveikatos sričių.

Strategijos uždavinys – įmonei prisitaikyti prie išorinės aplinkos, įvertinti galimybes ir pavojus veiklai. Įmonė dirba išorinei aplinkai ( Vasiliauskas A, 2002 ). Todėl pagrindinis strategijos kūrimo žingsnis – išorinės aplinkos analizė. O pagrindinis išorinės aplinkos elementas sveikatos apsaugos įstaigoje – pacientas. Sveikatos apsaugos įstaigos pagrindinis tikslas – surasti tai, ko reikia pacientui. Jei įstaiga suranda, ko sveikatos rinkai reikia – gali numatyti sveikatos paslaugų strategiją. Dažniausiai išorinė aplinka suskaidoma į tam tikrus elementus, kuriuos ir reikia analizuoti.

Išorinė aplinka – visuma už įstaigos ribų veikiančių jėgų, darančių tiesioginę ir netiesioginę įtaką įstaigos veiklai ir jos priimamiems sprendimams. Vidinę aplinką kuria pati įstaiga.

Išskiriami išorinės aplinkos veiksniai: ekonominiai; socialiniai – kultūriniai; politiniai; moksliniai – technologiniai. Jų įtaka aiškiai matoma ir sveikatos reformos metu.

Ekonominiai veiksniai susiję su šalies makroekonominių rodiklių raida ( BVP, valstybės biudžetu, infliacija, bedarbyste, ekonomikos augimu, palūkanų normomis, investicijų klimatu, gamybos veiksnių kaštais). Jie turi didelę įtaką sveikatos priežiūros įstaigų strateginiams tikslams ir veiklai.

Socialiniai veiksniai – demografiniai, vertybių, gyvenamosios, visuotinių įsitikinimų ir kiti pokyčiai, būdingi tam tikram visuomenės raidos etapui ir darantys įtaką sveikatos reformos eigai bei sveikatos priežiūros įstaigų pertvarkai. Jie apima gyventojų pajamų, vartojimo pokyčius, darbo santykių raidą. Visos šios priežastys tiesiogiai įtakoja gyvenimo amžiaus trukmės pokyčius, vaikų iki vienerių metų mirštamumą, susirgimą kai kuriomis neinfekcinėmis ( širdies – kraujagyslių sistemos, vėžinėmis ) ligomis, traumų – nelaimingų atsitikimų dažnumą, tuberkuliozės, alkoholizmo, narkomanijos, AIDS paplitimą.

Politiniai veiksniai nubrėžia sveikatos priežiūros įstaigų veiklos reguliavimo ribas ir sveikatos reformos teisinius pagrindus. Tai politikos, reguliavimo, įstatymų raidos pokyčiai, kurie gali priversti sveikatos priežiūros įstaigą patikrinti ir pertvarkyti savo strategiją. Politinis teisinis makroaplinkos aspektas apima tarptautinę politinę padėtį, jos stabilumą ( pasaulio, Europos Sąjungos) , vidinę šalies politinę padėtį ( valdančiosios daugumos požiūrį į žmonių sveikatą, sveikatos apsaugos politikos tęstinumą, valstybės prioritetus) , santykius su valdžios institucijomis, teisinį reglamentavimą. Visą sveikatos reformos laikotarpį buvo stebima sveikatos apsaugos aukščiausių pareigūnų kaita bei politinių jėgų, esančių valdžioje, švytavimas iš kairės į dešinę ir atvirkščiai, o tai stabilumo sveikatos sistemai nesuteikė, bet atvirkščiai– davė peno nuolat žiniasklaidoje skleisti daug neigiamos informacijos, kas kėlė gyventojų nepasitenkinimą vykdoma sveikatos reforma. Bet, nežiūrint į tai, sveikatos sistemą reglamentuojantys teisės aktai leido užtikrinti patenkinamą sveikatos reformos tempą.

Technologiniai veiksniai susiję su techninės pažangos procesu. Tam ypač jautri šiuolaikinė sveikatos apsauga, kurios progresas didžia dalimi priklauso nuo sugebėjimo panaudoti naujas medicinines ir kompiuterines technologijas. Jos progresas, sveikatos reformos sėkmė ir tempai didžia dalimi priklauso nuo supratimo, kokią įtaką jos darys sveikatos priežiūros įstaigų veiklai, sveikatos reformos eigai, naujų paslaugų plėtrai, pacientų lūkesčių pateisinimui.

Nemažiau svarbūs yra sveikatos reformos vidiniai veiksniai: teisinė bazė, organizacinė struktūra, žmonių ištekliai, finansiniai ir materialiniai ištekliai, planavimo sistema, apskaitos tinkamumas, ryšių sistema, vidaus audito sistema.

Sveikatos priežiūros sistemos perėjimas iš sovietinio į draudiminį modelį vyko ir tebevyksta palaipsniui, akivaizdu – net per lėtai. Tai didžia dalimi sąlygojo visiškai naujos teisinės bazės, naujų struktūrų sukūrimas ir nuolatinis jos tobulinimas:

1990–03–11 LR Seimas paskelbė Lietuvos Respublikos nepriklausomybę;

1991 m. Priimtas farmacinės veiklos įstatymas;

1991 m. gegužės mėn. patvirtintas socialinio draudimo įstatymas;

1991 m. spalio mėn. LR Seimas patvirtino Nacionalinę sveikatos koncepciją;

1991 m. Valstybinio sveikatos priežiūros administravimo decentralizavimas;

1992 m. Universitetinio sveikatos priežiūros darbuotojų ruošimo reforma;

1992 m. LR Vyriausybės nutarimu įkurta Valstybinė ligonių kasa ( VLK);

1993 m. įsteigtas Sveikatos apsaugos reformos biuras ( SARB);

1994 m. priimtas Sveikatos sistemos įstatymas;

1995 m. priimtas Alkoholio kontrolės, Psichikos sveikatos priežiūros, Tabako kontrolė įstatymai, pradėta pirminės sveikatos priežiūros reforma;

1996 m. parengti Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo draudimo sąlygomis principai, Stomatologinės priežiūros įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Sveikatos draudimo įstatymas, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Teritorinių ligonių kasų įstatymas;

1997 m. patvirtintas Sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas;

1998 m. patvirtinta Lietuvos sveikatos programa;

1999 m. LR Seimo rezoliucija dėl Lietuvos sveikatos politikos principų, Visuomenės sveikatos ugdymo veiklos kryptys;

2000 m. patvirtinta Būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarka ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų sąrašas;

2001 m. patvirtinta Lietuvos visuomenės sveikatos priežiūros strategija;

2002 m. nauja LR sveikatos draudimo įstatymo redakcija, Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcija;

2003 m. LRV patvirtino Valstybės visuomenės sveikatos stebėsenos programą, parengta LR sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programa;

2004 m. LR SAM patvirtinta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005 – 2010 m. programa;

2005 m. LRV patvirtino Nacionalinę Lisabonos strategijos įgyvendinimo programą;

2006 m. patvirtintas antrasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas;

2009 m. patvirtintas trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas;

2010 m. įvykdyta apskričių reforma, pasikeitė daugelio Lietuvos ligoninių pavaldumas;

2011 m. LRS Seimo nutarimas dėl tolimesnių sveikatos reformos metmenų.

Sveikatos reformos metu nemažai įvykdyta ir organizacinių– struktūrinių pakeitimų: mažinamas gydymo įstaigų skaičius, pertvarkomas jų tinklas, pavaldumas, dėl ko pasikeitė gydymo įstaigų medicinos paslaugų apimtys ir turinys.

Vykdamas sveikatos reformą, didėjant prieštaravimams tarp sveikatos politikų ir sveikatos profesionalų, neišvengiamai auga pastarųjų nepasitenkinimas darbu, mažėja motyvacija, prarandama profesinė padėtis visuomenėje, mažėja darbo efektyvumas– visa tai grėšia žmogiškųjų išteklių trūkumu. Taip pat panašu, kad žymi Lietuvos valstybės tarnautojų, įstaigų administratorių bei medicinos elito dalis per dvidešimt sveikatos reformos metų vis dar neatsikratė mito apie tai, kad sveikatos sektorius yra negamybinis sektorius, kad vertybė yra ne efektyviai dirbti, o daug kalbėti, diskutuoti apie nepakankamus žmonių išteklius. Mažai tikėtina, kad artimiausiais metais pastebimai išaugtų sveikatos sektoriaus profesionalų skaičius. Šiuolaikinis sveikatos profesionalas– tai ne tik geras gydytojas. Jam reikalingi nauji įgūdžiai, pavyzdžiui, ne tik ligos, bet ir sveikatos

priežasčių žinojimas, sugebėjimas naudotis šiuolaikinėmis informacinėmis technologijomis, ieškant naujos informacijos, apibendrinant ir analizuojant sveikatos rodiklius, sugebėjimas aktyvinti pacientus ir bendruomenę, sprendžiant sveikatos problemas, komandinio darbo įgūdžiai, sveikatos ekonomikos, sveikatos psichologijos, sveikatos teisės ir daugybė kitų žinių bei kompetencijų.

Šiuolaikiniai sveikatos reformos finansiniai ištekliai daug priklauso nuo esamos finansų krizės tolimesnės eigos, surenkamo LR biudžeto, Europos Sąjungos finansinės paramos, kitų išsivysčiusių šalių ( Danija, Norvegija, JAV) paramos. Nemažą vaidmenį fiskalinėje politikoje vaidina bankinė politika ( stabilumas, kreditų, overdraftų politika). Reikia tikėtis, kad LR piliečių sveikata taps valdžios prioritetu ir valstybės biudžeto dalis, skirta sveikatos apsaugai, išaugs iki išsivysčiusių šalių lygio.

Dvidešimt metų vykdoma Lietuvos sveikatos reforma remiasi ilgalaikiais, trumpalaikiais, strateginiais planais, kurių tikslas – sukurti šiuolaikinę, aukšto profesinio lygio, saugią, prieinamą, konkurencingą sveikatos apsaugos sistemą. Paskutinis sveikatos reformos priimtas strateginis planas – Tolesnės sveikatos sistemos plėtros metmenys 2008 – 2015 metams.

Plečiantis visuomenės, sveikatos priežiūros įstaigų kompjuterizacijai, žymiai gerėja duomenų, ataskaitų apskaita, jų išsaugojimas, grupavimas. Tai ypač svarbu asiskaitymuose už suteiktas paslaugas su valstybine, teritorine ligonių kasomis, SODRA, apskaičiuojant darbo užmokestį, teikiant paraiškas struktūriniams fondams, ministerijai, vyriausybei ir kt.

Gydymo įstaigose išplėtotos laidinio, mobilaus, radio ryšio priemonės, internetinis ryšys. Prieš 2 metus pradėta vykdyti bendra visos Lietuvos medicinos įstaigų kompjuterizavimo programa, nuo kurios galutinio įdiegimo priklausys ir paslaugų kokybė, greitis, apimtis, galiausiai – pacientų pasitenkinimas suteiktomis paslaugomis, jų prieinamumas.

Daugelyje Lietuvos gydymo įstaigų įdiegtos ar diegiamos vidaus audito tarnybos, įvairios kokybės vadybos sistemos. Tačiau neišvengta didelės problemos – jų neefektyvi, bet popierinė veikla. Tai išlieka didelis neatliktas darbas, požiūrio pakeitimas kolektyvuose, ir pačiame sveikatos apsaugos sistemos darbuotojų mastyme bei apsisprendime.

**Sveikatos priežiūros SSGG analizė***Stiprybės:*

- Suformuota sveikatos sistemos teisinė bazė;
- Sukurta šeimos gydytojo institucija;
- Decentralizuotas sveikatos priežiūros įstaigų valdymas;
- Įdiegtas privalomas sveikatos draudimas, sveikatos draudimo fondas atskirtas nuo valstybės biudžeto;
- Lietuvos aukštosiose mokyklose rengiami aukštos kvalifikacijos sveikatos priežiūros specialistai;
- Pasiiekti teigiami kai kurių sveikatos rodiklių – kūdikių mirtingumo, neišnešiotų naujagymių skaičiaus mažėjimo, sergamumo tuberkulioze (nors sergamumo lygis išlieka aukštas, lyginant su Europos Sąjungos vidurkiu) ir kai kuriomis užkrečiamomis ligomis, aukšto vaikų imunizacijos lygio, prevencinių vėžio programų įgyvendinimo ir kitų rodiklių pokyčiai;
- Tobulinama sveikatos priežiūros paslaugų struktūra, skatinant šeimos gydytojo, ambulatorinių ir dienos chirurgijos paslaugų plėtrą, kitas alternatyvias šių paslaugų teikimo formas bei atsisakant perteklinio ir nepagrįsto stacionarinių paslaugų vartojimo;
- Plėtojamos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos, ypatingą dėmesį skiriant pagyvenusių žmonių sveikatos priežiūrai;
- Modernizuotos sveikatos priežiūros įstaigos, diegiamos naujos technologijos, kurios leidžia dalį stacionarinių paslaugų pakeisti ambulatorinėmis paslaugomis;
- Galimybė privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms sudaryti sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl pirminio, antrinio lygio ambulatorinių ir dienos stacionaro bei dienos chirurgijos paslaugų teikimo;
- Pasiiektas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto augimas, o ekonominio nuosmukio laikotarpiu – stabilumas;
- Medikų atlyginimai turi tendenciją didėti, nors dar smarkiai atsilieka nuo kitų Europos Sąjungos šalių;
- Pradėtos labiausiai paplitusių neinfekcinių ligų (širdies ir kraujagyslių bei vėžio) prevencinių, sąnarių protezavimo programų įgyvendinimas;
- Pradėtos diegti paliatyvios slaugos paslaugos;
- Pakeista apmokėjimo už sveikatos priežiūros paslaugas tvarka;



- Pradėtas sveikatos priežiūros įstaigų turto nusidėvėjimo įskaičiavimas į sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas;
- Pacientų eilių stebėsenos sistemos įvedimas ir informacijos apie laikimo eiles, sveikatos priežiūros paslaugų ar profilaktinių sveikatos patikrinimų galimybes teikimas Lietuvos gyventojams teritorinių ligonių kasų internetinėse svetainėse;
- Žymiai pagerėjo šiuolaikinių medicinos technologijų naudojimas susirgimų diagnostikai, ligų gydymui, reabilitacijai ir slaugai bei jų prieinamumas šalies gyventojams;
- Sudėtinų technologijų panaudojimas tapo ne tik išrinktųjų privilegija, bet ir daugelio gyventojų teise;
- Pacientų žalos sveikatai atlyginimo įstatymas.

*Silpnybės:*

1. Nepakankamai nuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas:
  - Nėra ilgalaikės sveikatos plėtros politikos, nepakankama politinių partijų atsakomybė;
  - Į valstybės nustatytą sveikatos prioritetą nepakankamai atsižvelgiama skirstant lėšas;
  - Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšos, skirtos apmokėti už suteiktas paslaugas, nepadengia sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų;
  - Neišvystytas papildomas sveikatos draudimas;
  - Nepakankamas valstybės dėmesys visuomenės sveikatos politikai, samprata neatitinka šiandienos visuomenės problemų;
  - Nepakankamas tarpinstitucinis bendradarbiavimas, priimtų sprendimų koordinavimas, kontrolė;
  - Nepakankamai aiškus santykis tarp sveikatos apsaugos ir socialinės politikos.
2. Nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema:
  - Skirtingas viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumas trukdo kurti vientisą sveikatos priežiūros sistemą, planuoti išteklius, diegti naujas, brangias, sudėtingas paslaugas;
  - Neišspręstas biudžetinių sveikatos priežiūros įstaigų statuso ir finansavimo klausimas;
  - Nepakankamai veikiantys kontrolė bei stebėsenos mechanizmai;
  - Nepakankama informacijos sklaida, trūksta socialinės reklamos gyventojams;
  - Nepakankama konkurencija sveikatos sektoriuje: ir tarp paslaugų teikėjų, ir tarp paslaugų pirkėjų;
  - Nevienodos valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų veiklos sąlygos;
  - Neišspręstas valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų turto valdymo klausimas;

- Esanti sveikatos priežiūros paslaugų skirstymo į lygius sistema dirbtinai skatina tretinio lygio paslaugų paklausą;
  - Daugelyje sričių dominuoja stacionarinės paslaugos, stokojama paskatų plėtoti alternatyvias ambulatorines paslaugas;
  - Didelę medicinos personalo darbo dalį užima veikla, tiesiogiai nesusijusi su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu.
3. Atsainus visuomenės požiūris į savo sveikatą:
- Įsitvirtinusi nuostata, kad asmens sveikata priklauso ne nuo paties žmogaus, o nuo valdžios priimamų sprendimų;
  - Gydytojai stokoja visapusiško požiūrio į sergantį žmogų;
  - Rengiant gydytojus, nepakankamai skiriama dėmesio jų žinioms ir įgūdžiams sveikatos ekonomikos, medicinos etikos, teisės, vadybos, profesionalaus bendravimo, bendruomenės lyderio gebėjimų ugdymo srityse;
  - Nepakankamas kitų ministerijų, institucijų įtraukimas į visuomenės sveikatos politikos formavimą;
  - Vyrauja dėmesys ligų gydymui, o ne jų prevencijai.
4. Nepakankama paslaugų kokybė bei prieinamumas:
- Pacientų eilės, norint gauti medicinos paslaugas;
  - Valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose paplitusi piktnaudžiavimo praktika, naudojant įstaigų turtą ( pastatus, medicininę įrangą ir kt.), teikti pacientams mokamas paslaugas. De jure laikoma, kad sveikatos priežiūra yra nemokama, de facto dalis pacientų už paslaugas, ypač stacionarines, moka oficialiai arba neoficialiai;
  - Žemas kompiuterinis raštingumas ir informacinių technologijų vartojimo lygis bei nepakankama internetinė prieiga pacientų tarpe bei sveikatos priežiūros įstaigose;
  - Sveikatos priežiūros paslaugos sukonzentruotos netolygiai– daugiausiai didžiuosiuose šalies miestuose;
  - Neįgyvendintas pirminės sveikatos priežiūros prioritetas;
  - Pacientas negali rinktis paslaugų pagal kainos ir kokybės santykį;
  - Daug sveikatos priežiūros įstaigų neįdiegta paslaugų kokybės vadybos sistema arba ji egzistuoja tik formaliai;
  - Neišplėtotą pacientų teisių gynimo institucija, susiskaldžiusios pacientų organizacijos;
  - Dėl įstatyminio reguliavimo nuostatų nesiformuoja sveikatos priežiūros įstaigų civilinės atsakomybės draudimo rinka, o tai lemia aukštas draudimo kainas;

- Pacientų organizacijos gina siaurus savo interesus, remiamos farmacijos pramonės;
- Galiojanti ambulatorinių skatinamųjų paslaugų sistema neskatina teikti daugiau šių paslaugų, ypač ambulatorinės slaugos ir palaikomojo gydymo, nes nėra fiksuotų šių paslaugų įkainių bei tvarkos.

*Galimybės:*

- Europos Sąjungos finansinės paramos efektyvus panaudojimas;
- Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų rotacijos įstatymas;
- Sveikas žmogus–darbinga visuomenė – stipresnė valstybė;
- Kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio;
- Sveikatos draudimo įmokos surenkamos beveik iš visų gyventojų jų sveikatos išlaidoms finansuoti;
- Sveikatos priežiūra turi būti prieinama kiekvienam žmogui tiek sveikatos paslaugų kokybės, tiek paslaugos laukimo, komunikacijos ir kt. aspektais;
- Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti suteiktos kiekvienam priimtina forma;
- Amžiaus, rasės, tautybės, lyties, socialinės grupės neturi įtakos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui bei kokybei;
- Laisvo pasirinkimo principas – pacientas turi teisę pasirinkti gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą;
- Žmogus turi galimybę gauti reikiamą sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, rehabilitacijos, slaugos ir kitą sveikatos priežiūrą;

*Grėsmės:*

- Žmonių sveikata nėra valstybės politikos prioritetas;
- Nestabili ir neaiški Europos Sąjungos bei kai kurių jos valstybių – narių finansinė padėtis.
- Nestabili Lietuvos ekonominė padėtis, didėjančios užsienio skolos gali priversti sumažinti Privalomo sveikatos draudimo fondo lėšas;
- Sveikatos reforma užsitęsė;
- Gydytojo, slaugytojos profesijų prestižo sumažėjimas;
- Ilgas, brangiai kainuojantis, neefektyvus gydytojų paruošimas;
- Gydytojų, slaugytojų emigracija;
- Senstanti pacientų bei gydytojų visuomenė;
- Sveikatos priežiūros įstaigų vadovų „nepakeičiamumas“.

### Magistro darbo problemos sprendimo strategija

#### *Vizija*

Respublikinė Šiaulių ligoninė turi tapti prestižine Lietuvos sveikatos priežiūros įstaiga, kuri teikia daugiaprofilines ( tame tarpe ir chirurgijos) sveikatos priežiūros paslaugas pagal tarptautinius ir Europos sąjungos reikalavimus bei PSAO ( Pasaulinės sveikatos apsaugos organizacijos) rekomendacijas, taikant pažangiausias, mokliškai pagrįstas technologijas ir vaistus.

#### *Misija*

Gerinti Lietuvos žmonių sveikatą, teikiant tik aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugas veiklos licencijose nurodytose srityse.

#### *Strateginiai tikslai:*

- Teikti kvalifikuotas, kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, atitinkančias reglamentuojančių dokumentų reikalavimus;
- Siekti optimalių diagnostikos, gydymo, prevencijos rezultatų, atitinkančių pacientų ir visuomenės poreikius;
- Diegti ligoninėje naujas medicinos ir kitas technologijas;
- Optimaliai patenkinti pacientų poreikius, teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas;
- Nuolat kelti darbuotojų kvalifikaciją, dirbti kokybiškai ir pilnai atsakyti už savo darbo rezultatus;
- Užtikrinti pacientų ir personalo saugą bei sveikatą, nekenkti aplinkai;
- Nuolat gerinti kokybės vadybos sistemą pagal *LST EN ISO 9001: 2001* standarto reikalavimus.

#### *Strategijos realizavimo programos dalys:*

1. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas;
2. Sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas.

*Pagrindinis tikslas* – teikti saugias ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, efektyviai panaudojant sveikatos priežiūrai skirtas lėšas.

#### *Papildomi tikslai:*

1. Prioritetą teikti šeimos gydytojų centrų teikiamų paslaugų apimčiai ir kokybei bei gydytojų specialistų ambulatorinėms konsultacijoms;
2. Optimizuojant stacionarių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir restruktūrizuojant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, sutaupytas lėšas nukreipti specialistų konsultantų, dirbančių ambulatorinėje grandyje, paslaugų plėtrai, dienos chirurgijos vystymui ir skatinimo už šias paslaugas didinimui;

3. Sumažinti bei optimizuoti sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimo sąnaudas.

*Uždaviniai:*

1. Suformuoti efektyvesnes sveikatos priežiūros įstaigų vidines struktūras ir šių įstaigų tinklą;
2. Suformuoti racionalesnę sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų struktūrą, kuri užtikrins saugias ir kokybiškas paslaugas;
3. Rajono lygmens ligoninėse stiprinti infrastruktūrą, skirtą plačiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti, o sudėtingų ligų diagnostikos ir gydymo technologijas koncentruoti regiono, respublikinėse ir universitetinėse ligoninėse;
4. Sveikatos priežiūros įstaigos turi būti valstybės pavaldume bei privačios;
5. Sumažinti stacionarinių ir padidinti ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų skaičių, kas leistų pagerinti paslaugų prieinamumą, sutaupyti lėšas;
6. Stambiose sveikatos priežiūros įstaigose diegti tobulesnį – kolektyvinį, o ne autokratinį, valdymo modelį.

*Priemonės:*

1. Siekis, kad šeimos gydytojo institucija pilnai teiktų jai priskiriamas funkcijas – pilnas minimalus ištyrimas, smulkios procedūros, operacijos, palaikyti stacionarų atgalinį ryšį su jomis, padėti įgyvendinti jiems priskiriamas funkcijas, už jas skatinti;
2. Rajonų ligoninėse turi būti gydomi ir operuojami mažiau sudėtingi ligoniai. Tačiau būtina užtikrinti greitą, be eilės ir kliūčių sudėtingų bei komplikuočių ligonių priėmimą ir gydymą regioninėse, respublikinėse, universitetinėse ligoninėse;
3. Modernizuoti, atnaujinti ligoninių priėmimo skyrius medicinine technika, informacinėmis technologijomis, pakankamu kvalifikuotų specialistų skaičiumi;
4. Ambulatorinei sveikatos priežiūros pagalbai steigti bei juos dalinai integruoti į stacionarinius skyrius atitinkamų specialybių konsultacinius centrus;
5. Stambesnius stacionarus būtina pagal centralizuotus, planingus, racionalius paskaičiavimus aprūpinti šiuolaikine, modernia diagnostikos, reanimacijos ir operacinių technika. Tai ypač svarbu pradant taikyti ar modernizuojant ypatingai brangius tyrimo ir gydymo metodus;
6. Plačiau naudoti dienos chirurgijos, terapijos paslaugas;
7. Racionalizuoti vidinę sveikatos priežiūros įstaigų struktūrą bei paslaugas;
8. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovai privalo mokytis naujos vadybos ir naujo viešojo administravimo pagrindų ir principų;

9. Keisti ir tobulinti jaunų specialistų paruošimo sistemą bei įdarbinimo principinius kriterijus;
10. Gana griežtai reglamentuoti medicinos darbuotojų darbo krūvius ir darbo užmokesčio skaičiavimo kriterijus;
11. Inicijuoti savanoriško papildomo sveikatos draudimo atsiradimą;
12. Reguliariai kaupti, analizuoti ir platinti, įskaitant ir žiniasklaidą, turimą informaciją apie gydymo įstaigos veiklos aspektus. Tam pasitelkti ir ligonių apklausas, pacientų nuomonę;
13. Plačiau neformaliai bendrauti su pacientų atstovais, jų organizacijomis, įtraukiant juos į įvairias organizuojamas konferencijas, mokymus, sveikos gyvensenos propagavimą.
14. Per politikus, gydytojų sąjungą ir kitas nepolitines organizacijas siekti, kad sveikatos apsauga, piliečių sveikata taptų prioritetine valstybės politika.

*Numatomi rezultatai:*

1. Sėkmingai vystosi pertvarkytos į modernias ir šiuolaikiškas sveikatos priežiūros įstaigas;
2. Optimizuotas sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių chirurgijos paslaugas, tinklas;
3. Realiai įgyvendinti *LST EN ISO 9001: 2001* standarto reikalavimai;
4. Pacientai patenkinti gydymo paslaugų kokybe ir prieinamumu;

### Regionų plėtros sąsajos su sveikatos reforma

Regionas (ang. region) – tai vientisa valstybės teritorijos dalis, kurioje įgyvendinama nacionalinė regioninė politika, o regiono plėtra (angl. region development) – tai atskiros šalies teritorijos ekonominių ir socialinių sąlygų gerėjimo skatinimas, kuris remiasi žmogiškaisiais ištekliais, esama infrastruktūra bei strategijų ir planų įgyvendinimu, siekiant tobulinti gyvenimo kokybę. J. Bruneckienė, A. Kilijonienė (2011) regioną apibrėžia kaip didesnės ekonominės–socialinės erdvės sudedamąją dalį, kuri nuo kitų ją supančių teritorijų skiriasi materialiniais ir informaciniais ryšiais susijusiomis ekonominėmis, socialinėmis, demografinėmis, kultūromis istorinėmis, gamtinėmis, politinėmis ar infrastruktūros sistemomis. Regionų konkurencingumo problematikos nagrinėjime šių mokslininkų „regionas“ suprantamas kaip valstybės integrali dalis, mažesnė už pačią valstybę. Tam tikras skaičius (n) regionų sudaro šalį. Toks požiūris į regioną leidžia žiūrėti kaip į kompleksinę, gyvą socialinę ekonominę sistemą didesnėje erdvėje. A. Šileika, R. Šimulienė (2011) teigia, jog regionas siejamas su tam tikros erdvės išskyrimu iš visumos. Regionas – tai administracinis vienetas, išsiskiriantis tik jam būdingais ekonominiais, socialiniais, kultūriniais, istoriniais ir etniniais savitumais, kuriame galioja šalies konstitucijoje įteisinta jame veikianti institucinė sistema. Šie autoriai teigia, kad Lietuva šiuo metu neturi tokio darinio, kuris visiškai atitiktų regiono apibrėžimą, būtų etnografinis ir kartu pripažintas kaip administracinis vienetas. Vartojama regiono sąvoka yra iracionali, regioną atspindi tik pagal formą ir ne visai išreiškia pagal turinį.

Regionų plėtrą R. Bagdzevičienė, J. Rimas, A. Venckus (2008) apibūdina, kaip bendruomenės gyvenimo socialinio, ekonominio, aplinkosaugos, sveikatos apsaugos, technologijos, kultūros ir rekreacijos aspektų vystymą tam tikroje teritorijoje. Regionų plėtra turi būti paremta jų potencialo (galinčio būti konkurencinio pranašumo šaltiniu) reprodukcija, optimalia jų plėtros dedamųjų (socialinis, gamtinis, ekonominis regionų plėtros aspektai) proporcija ir nukreipta į gyvenimo lygio bei kokybės gerinimą per šias (Bagdzevičienė ir kt., 2008).

Plėtrą reikia nagrinėti kaip daugiaplanį procesą, kuris veda prie radikalių permainų socialinėse, institucinėse, administracinėse struktūrose, žmonių elgsenoje, taip pat prie spartėjančio ekonomikos augimo bei skirtumų panaikinimo. Regioninė plėtra turėtų būti apibrėžiama ne tik ekonominio augimo, bet ir gyvenimo sąlygų gerėjimo, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo sąvoka. Ji turėtų būti siejama su bendrojo vidaus produkto (BVP), realių pajamų, tenkančių vienam gyventojui, išaugimu. Kai kas regioninę plėtrą supranta kaip pramonės išvystymą, siekiant pakeisti pragyvenimo lygį. Tačiau tai tik viena regioninės plėtros pusė. Kita ir svarbiausia regioninės plėtros pusė yra susijusi su gyvenimo kokybės užtikrinimu. Tai visų pirma gyventojų

skurdo, aprūpinimo gyvenamuoju plotu, viešųjų paslaugų, tame tarpe ir sveikatos priežiūros, kokybės ir galimybės jas gauti problemų sprendimas. Apibrėžiant regiono plėtrą, numatomi du jos tikslai pilnai tinkami pritaikyti ir sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai regionuose: ekonominių ir socialinių skirtumų šalies ar kitos numatytos teritorijos mastų mažinimas, subalansuotos gyvenimo kokybės gerinimas.

Regiono plėtros proceso aspektai yra persipynę tarpusavyje ir griežtų ribų tarp jų nėra, bet juos sąlyginai galima suskirstyti į tris stambias grupes: socialinius regionų plėtros aspektus, gamtinius regionų plėtros aspektus, ekonominius regionų plėtros aspektus. Toks suskirstymas palengvina regionų plėtros supratimą, kur atsispindi mokslinių požiūrių į regionų plėtros procesą integracija.

Prie veiksnių galima priskirti žmoniškąjį faktorių, vyrų ir moterų lygias teises, įvairius stabilumo aspektus, politinio gyvenimo demokratizavimą, decentralizuotą sprendimų priėmimą, sugebėjimą priešintis neigiamai materialinių ir socialinių aplinkos sąlygų įtakai, asmeninį saugumą, sveikatos priežiūrą bei jos paslaugų plėtrą ir kt. Socialinis regionų plėtros aspektas yra labai svarbus ta prasme, kad jis tiesiogiai susijęs su gyventojų gyvenimo lygiu, trukme ir kokybe – socialine orientacija – esminiu regionų plėtros principu.

Siekiant įvertinti šalių regionų struktūros ir ekonominės plėtros dėsningumus bei regioninės politikos formavimo ypatumus, svarbu identifikuoti regionų augimo veiksniai ir moksliskai pagrįstas plėtros kryptis konkrečiai teritorijai. Ši mokslinė problema svarbi dar ir dėl to, kad efektyvią nacionalinę politiką galima formuoti tik remiantis vietinių galimybių ir perspektyvų analize bei įvertinimu bei taikant bendruosius klasikinės ekonomikos teorijos principus regionų ekonominei plėtrai pagrįsti (Ginevičius, Podvezko, 2009). Mokslinėje literatūroje pateikiama keletas regionų augimo ir plėtros teorijų. Daugumoje teorijų valstybės augimo modeliai tiesiogiai pritaikomi regionams. Tai priimtina, nes regiono plėtros šaltiniai yra tokie patys, kaip ir nacionaliniai. Regionų plėtros teorijos pateikia ir regioninių skirtumų raidos bei priemonių ir veiksmų, kurie pakeitė regionų ekonomikos trajektorijas, aiškinimus. Sukurtos teorijos ir modeliai yra išskirtiniai dėl regioninių bendrojo vidaus produkto ir bendrųjų nacionalinių pajamų skirtumų mažėjimo (konvergencijos) arba didėjimo (divergencijos) raidos interpretacijų (Kilijonienė, Bruneckienė, 2011). Plačiausiai taikomos šios regionų plėtros teorijos: visuomenės raidos etapų teorija; išteklių teorija; eksportu pagrįsta teorija; metropolijos – periferijos teorija; urbanizacijos masto ekonomijos teorija. Plėtros modelio pasirinkimą lemia įvairūs veiksniai: šalies regiono tikslai, ekonomikos lygis bei vystymosi tendencijos, išorinis poveikis ir kt. Siekiant įvertinti plėtros modelių taikymo šalyje galimybes, efektyvumą bei perspektyvas, pirmiausia reikia išanalizuoti šalies (regiono) ekonomikos būklę bei jos kitimo tendencijas. Visos nagrinėjamos teorijos remiasi



neoklasikinė ekonomikos plėtros teorija. Be to, daugelis šiuolaikinių ekonominės plėtros modelių grindžiami ekonomiškai stipriausių šalių ekonominės plėtros teorija. Šiuo požiūriu ekonomistai tarsi pasidaliję į dvi stovyklas: vieni ieško panašumų tarp išsivysčiusių šalių praeities bei besivystančių ir einančių į rinką šalių, kiti tuo tarpu bando išvelgti skirtumus.

Sveikaros priežiūros politikos aspektu Lietuvos ir jos regionų plėtrą daugiau tikslinga panagrinėti regionų ekonomikos konvergencija ir divergencija grįstomis teorijomis. Regionų ekonomikos konvergencijos teorijų grupę sudaro dvi pagrindinės teorijos – tai eksportu grįstas modelis bei neoklasikinė išorinio augimo teorija. Konvergencijos teorijos aiškina skurdesnių šalių ar regionų spartesnio augimo tendenciją labiau išsivysčiusių regionų atžvilgiu, kai periferiniai regionai gali naudotis daugiau išsivysčiusių regionų pasiekimais (Barro, Sala–i–Martin, 1991; Cardoso, 1993; Badinger, Muller, Tondl, 2004). Eksportu grįsta teorija yra sudėtingo nacionalinių gyventojų pajamų bendrosios pusiausvyros modelio supaprastinta versija (Dawkins, 2003). Bet ši teorija ignoruoja galimybę gaminti įvairių rūšių produktus ir paprastai seka modelio logika, prieidama išvados, kad ilgalaikėje perspektyvoje regionas ar šalis gali augti vien dėl savo eksporto augimo. Priešingai nei eksportu grįsta teorija, kuri formuojama paklausos pagrindu, neoklasikinėse augimo teorijose regionų augimas modeliuojamas, panaudojant pasiūlos modelius. Regionų konvergencijos teorijos neigia regioninės politikos būtinybę.

Kad regioninė politika Lietuvoje yra progresyvaus pobūdžio, orientuota į palankių plėtrai sąlygų sukūrimą, nesunku įrodyti, analizuojant regioninės politikos formavimą ir įgyvendinimą reglamentuojančius dokumentus. Lietuvos regioninė politika formuojama, remiantis regionų divergencijos teorijomis, teigiančiomis, jog rinka nepajėgia tolygiai ir efektyviai paskirstyti gamybos, paslaugų ir žmogiškųjų išteklių. Kai kuriuose Lietuvos regionuose, ypač kaimų vietovėse netolygiai prieinamos kvalifikuotos medicinos paslaugos dėl technologijų ir personalo trūkumo. Todėl išsivystymo skirtumams didėjant, būtina kurti teoriškai argumentuotą valstybės regioninės politikos modelį bei įgyvendinti apgalvotas regionų išsivystymo skirtumų mažinimo bei plėtros skatinimo priemones. Lietuvos Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje (LRS, 2002) ir Regionų ekonomikos plėtotės strategijoje (LRV, 2002) teigiama, kad ekonominis šalies augimas siejamas su eksporto didinimu bei diversifikacija. Lietuva atitinka trečiąją ekonomikos vystymosi stadiją pagal eksportu grįstą teoriją, t. y. dominuojantis eksporto sektorius yra apdirbamosios pramonės produktai.

Metropolijos–periferijos teorija, populiariausia aštuntajame dešimtmetyje, nagrinėja regioninį disbalansą, atsirandantį ekonominės plėtros metu. Pasak teorijos šalininkų, ekonominė veikla koncentruojasi didžiausiuose šalies miestuose (Lietuvos atveju: visų pirma – Vilniuje bei kituose didmiesčiuose), t.y. metropolijose. Metropolijai būdingas aukštas urbanizacijos bei

industrializacijos laipsnis, didelis potencialas inovacijoms ir pokyčiams. Tuo tarpu periferiniai regionai vis daugiau apleidžiami, nes darbo jėga bei organizacijos juda link metropolijų. Tai skatina regresiją, didina regioninius skirtumus bei periferijų skurdą. Analizuojant situaciją regione, metropolijos bei periferijos nustatomos, atsižvelgiant į prekybos bei gamybos mastus. Šiuo atveju metropolija gali būti apibrėžiama kaip sparčios industrializacijos centras, eksportuojantis produkciją į kitus regionus. Tuo tarpu periferiniai rajonai labiau eksportuoja maisto prekes bei žaliavas į metropolijas. Tad metropolija, kaip ekonomiškai stipresnis regionas, gali daryti įtaką periferijos ekonominei politikai. Metropolijos įtaka periferijai yra kartu ir teigiama (teikia aukštai kvalifikuotą medicininę pagalbą), ir neigiama (nepakanka lėšų vietose gauti gana kokybišką sveikatos pagalbą). Metropolijos– periferijos teorija yra vienas iš daugelio bandymų paaiškinti ryšį tarp išsivysčiusių ir besivystančių šalių bei regionų.

Dabar dar paminėsiu visiškai kito pobūdžio – regiono urbanizacijos masto augimo teoriją, kur pagrindinis vaidmuo regiono plėtroje tenka miestui. Jau senai buvo pastebėta, kad urbanizuota teritorija yra augimo variklis regione. Lietuvoje, mažoje valstybėje, aukštą urbanizacijos laipsnį vargu ar kada įmanoma bus pasiekti, tačiau urbanizacija ir Lietuvoje ne tik skatina aplink miestus besitęsiančių sričių ekonominę plėtrą, bet ir sąlygoja dideles aplinkosaugines, socialines ir subalansuotumo problemas, didina miesto ir kaimo atskirtį. Nepaslaptis, kad miestuose kvalifikuota ir savalaikė medicininė pagalba yra greičiau ir lengviau prieinama nei kaimo vietovėse. Ateityje, gerėjant šalies ekonominei būklei, gyventojų skaičius Lietuvos miestuose neišvengiamai augs, kaimuose– mažės. Todėl būtina ateityje daugiau dėmesio skirti šios regionų plėtros teorijos analizei.

Plėtros modeliai yra gana universalūs: paprastai jie gali būti taikomi tiek šalies regionams, tiek ir visai šaliai, kartais net ir šalių grupėms. Nėra vieno metodo ar panacėjos užtikrinti plėtrą, tereikia integruotos politikos bei institucinės aplinkos, skatinančios iniciatyvą, plečiančios žmonių galimybes dalyvauti veikloje ir priimti sprendimus. Vyriausybės įtaka plėtrai yra gyvybiškai svarbi, bet neįmanoma nurodyti tikslų taisyklių, kurių jos turi laikytis – daug kas priklauso nuo savitų vidaus ir išorės sąlygų bei kitų veiksnių. Regionų plėtros teorijos paaiškina ir netolygią sveikatos apsaugos reformos eigą, disbalansą tarp centrų ir periferijos, medicinos pagalbos skirtingą prieinamumą miesto ir kaimo gyventojams. Šie skirtumai akivaizdžiai stebimi Lietuvos atveju, tačiau šie prioritetai pagrįsti formuojasi dėl ekonominių regionų plėtros aspektų.

**Globalizacijos įtaka žmonių sveikatai ir sveikatos priežiūros reformų eigai**

Globalieji šiuolaikiniai pasaulio pokyčiai tampa vis svarbesniu veiksmu, lemsiančiu kiekvienos visuomenės ilgalaikės raidos galimybes ir perspektyvas. Daugelis žmonių tikriausiai nesusimąsto, kokią didelę įtaką globalizacija daro mūsų gyvenimui. Globalizacija yra sudėtingas procesas, apimantis įvairias pasaulio ūkio, politikos ir visuomenės sritis, didinantis jų tarpusavio integraciją, stiprinantis tarpusavio priklausomybę bei kuriantis bendro veikimo šablonus. Globalizaciją kai kuriais aspektais galima suvokti kaip neišvengiamą delokalizacijos procesą, į kurį tradiciniai teritoriniai vienetai gali tik vienaip ar kitaip reaguoti. Globalizacija yra suvokiama kaip darbo našumo didėjimas ir prieinamumas prie visų tautų kultūrų. Anot Bražėno (2002), globalizacija yra natūralus ir savaime vykstantis procesas. Sumažėjęs pasaulis, kurio visos dalys darosi daugiau vienos nuo kitų priklausomos. Tai procesas, vykstantis dėl technologijų pažangos, kuriame savaime ima vyrėti pažangiausias, ir technologijos, ir veržlumas, ir santvarka kuo tobuliausia, nes garantuoja žmonių ir tautų laisvę (Bražėnas, 2002). Guogis (2004) teigia, jog globalizacija neigiamai įtakoja socialinę apsaugą ir didina socialinę atskirtį: tokiomis sąlygomis socialinė atskirtis atsiranda dėl padidėjusios socialinės rizikos. Globalizacija, skatindama pelno normos didinimą ir beatodairišką pelno vaikymąsi, pradeda grasinti visuomenės sveikatai, žmogaus teisėms, išsilavinimui, pakankamam medicinos lygiui ir ekologiškai pusiausvyrai. Pasak sociologo Z. Bauman, vieniems globalizacija reiškia tai, ką mes įpareigoti daryti, jei norime būti laimingi, o kitiems ji - mūsų nelaimių priežastis. Tačiau visiems globalizacija yra neperaldaujama pasaulio lemtis, negrįžtamas procesas, veikiantis mus visus taip pat ir vienodu mastu. Šie pokyčiai daro įtaką ir visuomenės sveikatai.

Globalizacija įtakoja pasaulyje socialinės atskirties formavimąsi, todėl reikšminga aptarti dėl jos išaugusios socialinės rizikos reiškinį. Globalizacijos sąlygomis socialinė atskirtis atsiranda dėl padidėjusios socialinės rizikos – sisteminės pačios visuomenės veiklos, kurioje tykoja grėsmės ir pavojai, nulemti industrinių ir gamybinių modernizacijos procesų. Daugeliu atvejų socialinę realybę globalizacijos sąlygomis galima interpretuoti kaip rizikos pasireiškimą, egzistuojantį visose gyvenimo sferose – išaugęs pelno normos didinimas ir beatodairiškas pelno vaikymasis pradeda grasinti visuomenės sveikatai, žmogaus teisėms, išsilavinimui, pakankamam medicinos lygiui ir ekologiškai pusiausvyrai.

Socialinė ir sveikatos apsauga, žmogaus teisės, išsilavinimas ir ekologija pradeda užimti žemesnes nacionalinių prioritetų vietas (Guogis, 2004). Globalizacijos sąlygomis prie to prisideda sumažėjęs visuomenės aktyvumas: vietinės iniciatyvos, savivalda ir socialiniai, visuomeniniai judėjimai turi menką politinę vertę. Nuo to ypač kenčia besivystančių valstybių politinės ir

socialinės sistemos. Vieno, nepriklausomo asmens balsas nebevertinamas ir pradeda nieko nebelemti. Todėl, esant globalizacijos sąlygoms, susidaro nekontroliuojamos situacijos, keliančios grėsmę ne tik atskiram individui, bet ir bendruomenėms, socialinėms grupėms, nacionalinėms valstybėms.

Daugelis globalizacijos sukeltų pokyčių kelia mums ir naujas sveikatos rizikos formas, kurios labai skiriasi nuo egzistavusiųjų anksčiau. Iš praeities atkeliavusios sveikatos rizikos formos turi nustatytas priežastis ir žinomas pasekmes, o dabartinių rizikos veiksnių kilmė yra nenuspėjama, pasekmės - neapibrėžtos. Pavyzdžiui, dėl pasaulyje vykstančių globalizacijos procesų išaugo ir sveikatai naudingų, ir žalingų maisto produktų pasiūla, žemė pradėta nuodyti milijonais tonų trąšų ir pesticidų, stiprėjo reklamos poveikis, keitėsi gyventojų perkamoji galia. „Nervų ir psichikos ligų“ (2006) specializuoto leidinio straipsnyje „Globalizacijos procesas ir depresija“ rašoma, kad pakitęs socialinio palaikymo tinklas kartu su prastomis gyvenimo sąlygomis didina labiausiai pažeidžiamos visuomenės dalies psichikos sutrikimų riziką. Dėl to labai daugėja elgesio sutrikimų, ypač susijusių su šeimų irimu, smurtu prieš sutuoktinį, vaikus ir senyvus žmones. Dėl skurdo, perpildytos fizinės aplinkos, didelio smurto ir nelaimingų atsitikimų, nesaugumo labai daugėja depresijos ir nerimo ligų. Taigi globalizacijos keliamos problemos gali neigiamai veikti individualaus ir socialinio palaikymo išteklius, apsaugančius nuo somatinės bei psichikos sveikatos problemų.

Kad šių žalojančių veiksnių poveikis būtų kuo mažesnis, PSO strategija „Sveikata visiems“ skatina daugiausia dėmesio skirti ne ligai, kaip anksčiau, bet sveikatos būsenai. Sveikatos būseną yra daugiau kokybinis nei kiekybinis sveikatos vertinimo dydis. Todėl norint jį tinkamai suvokti, reikia sveikatos sąvoką sieti su socialinių, ekonominių, politinių, aplinkos veiksnių integracine sąveika. Esant tokiai darniai plėtros koncepcijos svarbiausių elementų sąveikai ir susiformavo nauja sveikatos politikos paradigma, kurios svarbus bruožas - visumiškumas.

Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą (ES) atsiradė sienos, atsirado galimybės tarptautiniams mainams prekėmis bei paslaugomis, laisvam kapitalo, bet svarbiausia – žmonių judėjimui. Žinant, kad žmonės šiuo metu yra svarbiausias kapitalas, organizacijų vadovams iškilto rimta aukštos kvalifikacijos specialistų išsaugojimo problema. Tai akivaizdžiai pastebima senstančioje gydytojų visuomenėje: daug darbingo amžiaus gydytojų išvyksta dirbti į Vakarų Europos šalis, JAV; jauni gydytojai baigti ar tęsti mokslus emigruoja, o vėliau ir įsitvirtina, didesnę darbo užmokestį, geresnes tobulėjimo ir gyvenimo sąlygas garantuojančiose šalyse. Tikėtina, kad reikės didesnių investicijų ne tik personalui ugdyti, bet ir atlyginimams didinti, kitaip tariant, teks mažinti ekonominę diferenciaciją. Tai lems geresnius darbo rezultatus, nes didės darbuotojų pasitenkinimas darbu.

Kadangi globalizacijos reiškiniai lemia organizacijoms nelauktus ir nenumatytus išorinius pokyčius, suprantama, jie neišvengiamai inspiruoja ir vidinius organizacijų pokyčius, sukeldami organizacijų vadovams papildomų valdymo problemų. Atsižvelgiant į vadovų gebėjimus, tie pokyčiai gali grėsti organizacijų išlikimui arba tapti naujomis galimybėmis. Taigi problema teorinis ir praktinis vadovų pasiruošimas, gebėjimas reaguoti į globalizacijos reiškinius taip pat tampa aktuali ir gydymo įstaigų prisitaikymui prie globalizacijos keliamų pokyčių. Globalizacijos procesai pastaruosius dešimtmečius vertė daugelį organizacijų vadovų keisti elgseną, ypač buvusiose socialistinėse šalyse (tame tarpe ir Lietuvoje), kurios privatizuota daug įmonių ir buvo improvizuotas laisvosios rinkos sistemos modelis, o medicinos srityje plėtojantis rinkos dėsniams, pasikeitė finansavimo tvarka, pasikeitė santykiai su pacientais, kaip medicinos paslaugų vartotojais .

Vykstant globaliems procesams, kuriuos skatina mokslo ir technikos bei žinių plėtra („žinių visuomenė“, „informacinė visuomenė“), Lietuvai integruojantis į Europos Sąjungą ir NATO, efektyvesnė sveikatos apsaugos sistemos politika įmanoma tik suderinus visų valstybės vystymo strategijos posistemių tikslus ir veiklą tiek šalies viduje, tiek ES regiono atžvilgiu. Sveikatos apsauga yra viena valstybės vystymo strategijos posistemių, glaudžiai susijusi su bendru ekonomikos ir infrastruktūros raidos tikslu ar jų sistema (Smilga, Grebliauskas, 2000; Smilga, 1997). Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje neatlikta kokybinė (strateginė) reforma, nes nebuvo suvokta, kad tikslų sistema turi atitikti visuomenės narių (potencialių klientų) poziciją ir būti daugiau išgryninta (Smilga, Janušonienė, 2005). Strateginio valdymo problematika sveikatos apsaugos sistemoje apima tikslų sistemos aspektą ir išteklius, tokius kaip: finansai, personalas, technologijos, valdymo schemas, informacija, patirtis ir žinios (Mintzberg, Lampel, Quinn, Ghoshal, 2002; Ackoff, 1981; Janušonis, 2000). Keliamos globalinės problemos ir remiamasi pasauliniais darbais, kurie skirti šiai problematikai: globali subalansuota plėtra, apimanti visuomenę (socialinė sritis), verslą (finansus), politiką ir ekologiją:

- 1) strateginė problemos analizė;
- 2) problemos kontekstas;
- 3) strateginė sintezė (Smilga, Janušonienė, 2005) .

Sveikatos apsaugos sistema turėtų apimti visas globalinės veiklos kryptis, kurios turi įtakos žmonių sveikatai: ekonomika, ekologija, socialinė apsauga, sveikatos apsauga. Problemos turėtų būti sprendžiamos kompleksiskai, integruotai.

### ES ir Lietuvos regioninė politika ir jos įtaka sveikatos reformai Lietuvoje

Praėjusio amžiaus pabaiga Europoje pasižymėjo dideliais ekonominiais pokyčiais: šalims, taip pat ir buvusioms socialistiniame bloke, atsivėrė naujos prekybinės galimybės, susijusios su bendrosios rinkos sukūrimu, vyko bendra tarptautinės prekybos liberalizacija. Ekonomikos globalizacijos pokyčius lydėjo ir augantis vietinių gamybos sistemų vaidmuo. Tokiomis sąlygomis didelę reikšmę įgijo regioninė politika, nes atskiri regionai, gaudami nevienodą naudą iš minėtų pokyčių, stengiasi pagerinti savo poziciją, o nacionalinės vyriausybės ir tarptautinės institucijos bando sumažinti tarpregioninius skirtumus. Europos šalių regioninės politikos srityje jau porą dešimtmečių vyksta dideli pokyčiai ir atliekami eksperimentai. Tradicinę erdvinę politiką, orientuotą į ekonominių veiklų persikirstymą tarp išsivysčiusių ir atsiliekančių regionų, remia ir Europos Sąjungos programos, tačiau, nepaisant šių inovacinių bandymų, regioniniai skirtumai išlieka dideli, todėl toliau tebeieškoma efektyvesnių regioninės politikos strategijų ekonominio neapibrėžtumo ir politinių pokyčių aplinkoje. Tai skatina ieškoti geriausių regioninės politikos įgyvendinimo modelių ir institucinio organizavimo formų.

Regioninė politika – tai svarbi viešosios politikos dalis, kuria siekiama sumažinti socialinius ir ekonominius skirtumus tarp regionų. Regioninę politiką galima traktuoti kaip visumą priemonių, skirtų skatinti ekonominę plėtrą regione, kuo efektyviau panaudojant vietinius išteklius. Pirmenybė teikiama ekonominei plėtrai, siekiant galutinio tikslo – spartesnio šalies ekonomikos augimo. Regioninė politika gali būti pateikiama kaip visuma priemonių, užtikrinančių vienodą gyvenimo lygį ir gyvenimo sąlygas visiems piliečiams, nepriklausomai nuo to, kurioje šalies vietoje jie gyvena (Bagočiūtė, 2001). Regioninės politikos pagrindiniams objektams priskiriami (Montvilaitė, Strikulytė, 2006): gamybiniai objektai (pirmiausia – įmonė, kaip pirminė visuomenės darbo pasidalinimo grandis); socialiniai objektai (pirmiausia – žmogus kaip sociumo, šeimos atstovas); finansiniai objektai.

Regioninės politikos subjektas gali būti vyriausybės atstovai, regioninė valdžia, atskiros institucijos, organizacijos bei įmonės. Vykdamas regioninę politiką, labiau išsivystę regionai pasidalija dalimi savo išteklių su skurdesniais. Lietuvoje vykdomos dvi regioninės politikos:

1. *Europos Sąjungos regioninė politika;*

2. *Nacionalinė regioninė politika.*

1. *Europos Sąjungos regioninė* (dar vadinama struktūrine) *politika*, kurios priemonėmis siekiama sumažinti gerovės lygio (vertinant pagal BVP vienam gyventojui) skirtumus tarp labiausiai ir mažiausiai išsivysčiusių ES regionų. ES regioninės politikos požiūriu Lietuva laikoma vienu regionu, kurio artėjimo prie vidutinio ES ekonominio išsivystymo lygio yra siekiama.

Pagrindinis ES regioninės politikos įgyvendinimo instrumentas – struktūriniai fondai. Struktūrinės politikos fondai visų pirma siekia padėti sunkumus išgyvenantiems regionams prisitaikyti prie besikeičiančių ekonominių ir socialinių sąlygų. Struktūriniai fondai finansuoja projektus, padedančius sunkiai besiverčiančioms įmonėms ir darbuotojams imtis kitos, perspektyvesnės veiklos. Kita galimybė – didinti krizę išgyvenančių ūkio šakų ekonominės veiklos efektyvumą ir padėti joms atlaikyti konkurencinį spaudimą. Pvz., bedarbiai gali mokytis, kad įgytų perspektyvesnių specialybių. Tačiau struktūriniai fondai nefinansuoja pasyvios socialinės politikos priemonių (bedarbystės pašalpos ir pan.).

- Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programa skirta visų darbingo amžiaus Lietuvos gyventojų mobilizavimui, nes investicijos į žmonių žinias, gebėjimus, aktyvumą, verslumą patikimai garantuoja ilgalaikį ūkio augimą. Šiai veiksmų programai skirta 13,8 proc. ES struktūrinės paramos lėšų.

- Sanglaudos skatinimo veiksmų programa turi įgyvendinti viziją apie darnesnę visuomenę. Gyvenimo aplinkos ir kokybės gerinimui, mažinant atskirų regionų skirtumus, skiriama 39,1 proc. visos 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos.

- Techninės paramos veiksmų programa – specialioji, papildoma veiksmų programa, skirta administruoti teminėms veiksmų programoms. Šiai veiksmų programai skirta 1,4 proc. ES struktūrinės paramos lėšų.

Kad regioninė politika Lietuvoje yra progresyvaus pobūdžio, orientuota į palankių plėtrai sąlygų sukūrimą, nesunku įrodyti, analizuojant regioninės politikos formavimą ir įgyvendinimą reglamentuojančius dokumentus. Lietuvos regioninė politika formuojama, remiantis regionų divergencijos teorijomis, teigiančiomis, jog rinka nepajėgia tolygiai ir efektyviai paskirstyti gamybos, paslaugų ir žmogiškųjų išteklių (pvz. sveikatos priežiūros sritis). Todėl išsivystymo skirtumams didėjant, būtina kurti teoriškai argumentuotą valstybės regioninės politikos modelį bei įgyvendinti apgalvotas regionų išsivystymo skirtumų mažinimo bei plėtros skatinimo priemones (Kilijonienė ir kt., 2010). Pastaraisiais dešimtmečiais vis labiau plinta sąvoka „regionų Europa“. Kaip žinoma, Europos Sąjungoje galioja unifikuota teritorijos skirstymo į regionus sistema (NUTS). ES regioninė politika įgyvendinama per aukščiausio lygmens administracinius – teritorinius vienetus – NUTS I ir NUTS II. ES regioninės politikos bendrasis tikslas – siekti valstybių socialinės ir ekonominės sanglaudos. Regioninės politikos objektas yra laisvos ekonomikos rinkų augimo tarpinių rezultatų koregavimas, siekiant dviejų susijusių tikslų: ekonomikos plėtros ir socialinės gerovės augimo. Esant ekonomikos nuosmukiui ar sąstingui pirmenybė teikiama ekonomikos augimui, o pasiekus tam tikrą ekonomikos lygį vis daugiau dėmesio skiriama gyvenimo lygio bei gyvenimo sąlygų suvienodinimui. Pagrindinis dabartinės regioninės politikos principas – telkti

pagalbą regionams, kurių plėtra atsilieka nuo kitų dėl rimtesnių problemų infrastruktūroje, ekonominėse veiklose ir švietime. ES regioninė politika remia Europos solidarumo idėją, todėl reikia derinti šalių narių veiksmus atsižvelgiant į subalansuotą Europos integraciją, o taip pat ir juos tikslingai nukreipti vykstančių globalizacijos procesų kontekste. Regioninė politika ES kontekste suprantama kaip bendruomenės gyvenimo socialinio, ekonominio, aplinkosaugos, technologijos, kultūros ir rekreacijos aspektų vystymas. Bendruomenės narių gyvenimo kokybės lygis nepriklausomai nuo žmogaus rasės, tautybės, dislokacijos vietos ar pagaliau jo fizinės galios turi būti tiek pakankamas, kad sistema, kurioje gyvena bendruomenė, funkcionuotų efektyviai. ES šalys, siekdamos skatinti plėtrą ir mažinti skirtumus tarp regionų, skiria daug lėšų atsilikusių regionų pakėlimui ir vystymui. Kam reikalinga ES regioninė politika (Hübner, 2006):

- Kad būtų panaikinti ekonominiai ir socialiniai skirtumai.
- Kad būtume solidarūs ir konkurencingi. Europos regioninės politikos tikslas – stiprinti ES solidarumą. To siekiama užtikrinant ekonominę ir socialinę sanglaudą bei mažinant regionų išsivystymo lygio skirtumus. Regioninė politika remiami vietoje įgyvendinami veiksmai, finansuojami konkretūs regionų, miestų ir jų gyventojų rėmimo projektai. Siekiama užtikrinti, kad regionai būtų pajėgūs visapusiškai skatinti augimą bei konkurencingumą ir keistis idėjomis bei gerąja patirtimi. Regioninė politika vykdoma atsižvelgiant į ES augimo ir užimtumo strategijos prioritetus.
- Kad galėtume sėkmingai spręsti XXI amžiaus uždavinius. „Kokioje Europoje norėtume gyventi – mes ir ateities kartos? Norėtume, kad Europa būtų dinamiška ir pirmautų mokslo bei technologijų srityje, būtų produktyvi ir kiekvienas jos pilietis turėtų darbą, būtų solidari ir rūpintusi ligoniais, vyresnio amžiaus žmonėmis bei neįgaliaisiais, kad klestėtų teisingumas, nebūtų diskriminacijos ir visi turėtų tas pačias teises į darbą bei mokslą, kad Europa būtų švari, tausotų aplinką ir aktyviai dalyvautų sprendžiant svarbias pasaulines problemas, kad saugotų visų gerbiamas bendras vertybes.“

*2.Nacionalinė regioninė politika.* Pagal Regioninės plėtros įstatymą, nacionalinė regioninė politika yra valstybės institucijų ir kitų subjektų tikslinė veikla, kuria daromas diferencijuotas poveikis valstybės regionų socialinei ir ekonominei plėtrai, siekiant mažinti regionų socialinius ir ekonominius skirtumus bei išsivystymo netolygumus pačiuose regionuose, skatinti visoje valstybės teritorijoje tolygią ir tvarią plėtrą. Nacionalinė regioninė politika įgyvendinama ir regioninės plėtros planavimas atliekamas apskrityse. Nacionalinės regioninės politikos tikslui ir uždaviniams įgyvendinti Vyriausybė gali sudaryti regionus iš kelių bendras ribas turinčių apskričių ar savivaldybių /arba sudaryti ir kitokio dydžio tikslines teritorijas (regionus). Nacionalinei regioninei politikai įgyvendinti identifikuojamos teritorijos, kuriose labiausiai pasireiškia socialinės ir



ekonominės problemos, atitinkamu laikotarpiu įvardintos kaip aktualiausios. Šios problemos sprendžiamos taikant visą kompleksą intervencinių priemonių, kurios apima įvairius šalies ūkio sektorius ir yra tiek ekonominės (plėtros skatinimas), tiek socialinės (gyvenimo sąlygų gerinimas). Nacionalinė regioninė politika Lietuvoje vykdoma dviem kryptimis: skatinama ekonominė plėtra ir didinamas konkurencingumas regioniniuose centruose (ilgalaikės plėtros kryptis), gerinama gyvenimo kokybė probleminėse savivaldybėse (trumpalaikės plėtros kryptis).

Regioninės politikos sėkmė neabejotinai priklauso nuo jos turinio – priemonių ir instrumentų, kuriais siekiama įgyvendinti užsibrėžtus tikslus. Regioninės plėtros proceso veiksmingumui, be daugelio kitų veiksnių, ypač didelę reikšmę turi tai, kaip valstybė suvokia plėtrą, kokį plėtros kelią ji pasirenka. Daugelis mokslininkų, nagrinėdami regioninės plėtros problemas, ypatingą dėmesį skiria ekonominėms problemoms (Melnikas, 2003; Šimelevič, Bagdzevičienė, 2004). Tačiau kai kurie mokslininkai teigia, kad „... plėtrą būtina nagrinėti kaip daugialypį procesą, kuris veda prie radikalių permainų socialinėse, institucinėse, administracinėse struktūrose, žmonių elgsenoje, taip pat prie spartėjančio ekonomikos augimo bei skirtumų panaikinimo“ (Šimelevič, Bagdzevičienė, 2004). Taigi vienas iš pagrindinių regioninės plėtros principų yra socialinės plėtros orientacija. Socialiniam plėtros aspektui – išsilavinimui, sveikatos apsaugai, demografinėi aplinkai – turi būti skiriamas ypatingas dėmesys, nes jis tiesiogiai veikia gyvenimo kokybę ir kartu skatina ekonomikos bei kitų valstybės veiklos sričių efektyvumą, lemia nuolatinio valdymo metodų tobulinimą. Socialinė politika apima žmonių gyvenimo reguliavimo formas, pavyzdžiui, aprūpinimą darbu, būstu, taip pat užtikrina visuomenės gerovę ir socialinį saugumą. Skirtingai nei kitų autorių, D. Verkulevičiūtės (2009) pateikiami socialinę šalies / regiono būklę apibūdinantys rodikliai išskaidomi labai plačiai, susisteminant ir suskirstant juos į keturias stambias grupes: sveikatos, išsimokslinimo, socialinės paramos bei saugumo. Sveikatos rodiklių grupė: gydytojų skaičius (100000 gyventojų), išlaidos sveikatos apsaugai (% nuo BVP), išlaidos sveikatos apsaugai (vienam gyventojui), lovų ligoninėse skaičius (1000 gyventojų), neprivalgantys gyventojai, užsikrėtusių ir sergančių ŽIV/AIDS dalis, sergančiųjų tuberkulioze dalis, kūdikių mirtingumas (1000 gimusių), moterų mirtingumas (100000 gimimų), duomenys apie įvairius sveikatos sutrikimus, hospitalizacija, gebėjimas normaliai judėti ir dirbti, sirgimo laikas, dvasinis stresas, nuovargis;

Tai požymiai, socialinėje plotmėje labiausiai atspindintys socialinius bei sveikatos problemų sprendimo netolygumus tarp šalies regionų. Taigi regionų plėtros efektyvumas priklauso nuo visapusiško suvokimo, kaip derinti visus veiksnius – ekonominius, socialinius ir pan.

**Lietuvos integracijos į ES įtaka sveikatos reformos eigai**

ES regioninė politika – tai investavimo politika. Ja remiamas darbo vietų kūrimas, konkurencingumas, ekonomikos augimas, gyvenimo kokybės gerinimas ir tvarus vystymasis. Šiomis investicijomis padedama siekti strategijos „Europa 2020“ tikslų. Vykdydama regioninę politiką ES taip pat išreiškia solidarumą su mažiausiai išsivysčiusiomis šalimis ir regionais, daugiausiai lėšų skiria tiems sektoriams ir sritims, kuriuose pokyčių poveikis didžiausias. Regionine politika siekiama mažinti didelius Europos regionų ekonominius, socialinius ir teritorinius skirtumus. Jeigu šie skirtumai nebūtų mažinami, būtų pakenkta kai kuriems pagrindiniams ES elementams, tarp jų ir didžiulei bendrajai rinkai ir jos valiutai eurui. 2007 – 2013 m. ES į Europos regionus iš viso investuos 347 mlrd. eurų. Šios lėšos padės pagerinti transporto ir interneto linijas į atokius regionus, suteiks papildomą impulsą mažosioms ir vidutinėms įmonėms nepalankiose sąlygose esančiose srityse, padės investuoti į švaresnę aplinką, prieinamą bei kokybišką sveikatos apsaugą, tobulinti švietimą. ES lėšos taip pat investuojamos į inovaciją, naujų produktų bei gamybos metodų kūrimą (šiuolaikinėje medicinoje ypač svarbi sritis), efektyvius energijos naudojimo būdus bei kovą su klimato kaita (gydymo įstaigų renovacijos, modernizacijos).

Vertinant Europos Sąjungos struktūrinės paramos įtaką Lietuvos regionų plėtrai, išskiriami du vertinimo etapai: 1) regionų plėtra iki 2006 m.; 2) regionų plėtra nuo 2007 m. Jie išskirtini todėl, kad ES struktūrinių fondų parama Lietuvai 2004 – 2006 m., teikta pagal Lietuvos 2004 – 2006 m. bendrąjį programavimo dokumentą, galėjo dėl „daromos įtakos vėlavimo“ turėti poveikį regionų plėtrai 2007 ir vėlesniais metais. Atsižvelgiant į šią situaciją, reitinguojami regionai pagal 2007 – 2010 metų laikotarpiui skiriamą finansavimą, vidutinį regionų gyventojų skaičių 2007 – 2010 m. laikotarpiu, projektams skirto finansavimo dalį vienam gyventojui bei ES dalį nuo viso skirto finansavimo.

Lietuvos integracija į Europos Sąjungą (ES) ir pasirengimas narystei – tai ilgalaikis procesas, įtakojantis įvairiausias viešojo gyvenimo sritis: daugelio valstybės institucijų darbą, Lietuvos įmonių veiklą bei įvairias visuomenės grupes. ES principų bei teisės normų įgyvendinimas įtakoja Lietuvos ekonomiką bei visuomenę. Įgyvendinant Lietuvoje ES standartus, tarkim, griežtesnes nei buvę mūsų sveikatos normas, būtinos nemažos investicijos. Kita vertus, pavyzdžiui, šalinant kliūtis prekybai tarp ES ir Lietuvos, integracija gali paspartinti šalies ekonominį augimą. Lietuvos žmonėms narystė ES – tai priemonė ir galimybė pasinaudoti turimais sugebėjimais bei pranašumais ir kurti savo pačių gerovę, rūpintis savo sveikata. Lietuvos integracijos į ES procesas turi spartinti Lietuvoje vykdomą sveikatos reformą ir prisidėti prie sąlygų laisvai ir klestinčiai

visuomenei įgyvendinimo. Skiriami Lietuvos integracijos į Europos Sąjungą veiksniai: geopolitiniai ir ekonominiai veiksniai, politiniai veiksniai, saugumo veiksniai.

Pirmiausia galima išskirti tiesioginį ir netiesioginį integracijos priemonių bei ES institucijų politikos poveikį Lietuvos sveikatos apsaugai per ekonominę politiką. Tiesioginis poveikis pasireiškia per sutartinius Lietuvos įsipareigojimus (pvz., prekybos liberalizavimą, numatytą laisvosios prekybos sutartyje, arba su naryste susijusių įsipareigojimų įgyvendinimą, kurie bus įtvirtinti stojimo sutartyje). Netiesioginis poveikis pasireiškia įvairiomis formomis – reaguojant į Europos Komisijos nuomonę ir rekomendacijas ar tiesiog perimant ES taikomas ekonominės politikos nuostatas ir idėjas. Integracijos poveikį taip pat galima analizuoti laiko skalėje, t.y. prieš stojant į ES ir po stojimo ar kai kuriais atvejais po pereinamųjų laikotarpių. Šis skirstymas iliustruoja, kiek integracija veikia Lietuvos sveikatos apsaugą per ekonominę politiką, dar neturint galimybės dalyvauti ES politikos formavime. Galiausiai priklausomai nuo to, ar integracijos priemonės skatina ar stabdo ekonomines reformas, jų poveikis vertinamas kaip teigiamas, neigiamas arba neapibrėžtas. Pagrindinė nauda Lietuvai, kurią ji gauna iš stojimo į ES – tai naujų rinkų atsivėrimas, demonopolizacija, efektyvumo padidėjimas, prekių ir paslaugų pasiūlos padidėjimas, BVP augimas, tuo pačiu – PSDF (Privalomojo sveikatos draudimo fondo) biudžeto augimas. Taigi didžiausią naudą šiuo atveju gauna vartotojai (pacientai). Remiantis rinkos ekonomikos principais, įsijungimas į bendrąją rinką iš esmės yra naudingas Lietuvos ūkiui bei jo šakai – medicinos paslaugų plėtrai. Pašalinus kliūtis tarpusavio mainams tarp Lietuvos ir ES, geriau naudojami gamybos ištekliai – darbo jėga, kapitalas bei gamtos ištekliai. Lietuvoje išaugo konkurencija, ekonominė veikla tapo efektyvesnė, padidėjo prekių bei paslaugų pasirinkimas ir kyla šalies gerovė. Tiksliai įvertinti narystės ES poveikį labai sunku, nes nelengva atskirti, kas yra Lietuvoje vykdomų reformų, o kas – integracijos į ES padariniai. Kita vertus, žmonių sveikatos gerovė ateityje (turbūt daugiausia) priklausys nuo ekonominės politikos pačioje Lietuvoje. Iki šiol daug ES ar kitų tarptautinių organizacijų patarimų ir siūlymų Lietuvos vyriausybei teigiamai įtakojo Lietuvoje vykdomą sveikatos politiką. Pagrindiniai principai, kuriais grindžiama ES, tai pagarba žmogaus laisvėms ir teisėms, demokratija, įstatymo viršenybė ir rinkos ekonomika. Šie principai visiškai atitinka ir Lietuvos žmonių interesus. Tačiau Lietuvoje jie dar nėra visiškai įgyvendinti, o integracija į ES yra vienas iš jų diegimo būdų. Nors yra konkrečių ES normų, netinkamų Lietuvai, paprastai sunkumai kyla ne tiek dėl jų turinio, kiek dėl nepakankamo jų poveikio įvertinimo bei pasirenkamų jų įgyvendinimo Lietuvoje metodų.

Grėsmė vienai bendrijos narei – tai grėsmė nukreipta prieš visą bendriją. Tai iliustruoja politinę naudą, kurią Lietuvos visuomenė patiria, įstojus į ES. Reikia atkreipti dėmesį į tai, kad Lietuvai tapus ES nare, joje įsigalėjo Sąjungos nuostatos šalių – narių gyventojų atžvilgiu. Visų

šalių– narių piliečiai kartu yra ir ES piliečiai. Galima išskirti keletą reikšmingų pokyčių politikoje: dalyvavimas Europos Sąjungos institucijose leidžia Lietuvai įtakoti Europos Sąjungos sprendimus, įsijungimas į ES, t.y. ir į jos bendrą užsienio ir saugumo politiką, gerokai padidina Lietuvos užsienio politikos potencialą ir padeda atsverti kaimyninių šalių įtaką regione, Lietuvos įstatymai, normatyviniai aktai adaptuojami prie ES reikalavimų, tuo sudarydami sąlygas kokybiškai, prieinamai sveikatos priežiūrai.

Narystė ES dažnai siejama su saugumo garantijomis – saugumas rodomas kaip vienas svarbiausių narystės motyvų. Pažymėtina, kad narystė ES nesuteikia jokių formalių saugumo garantijų, tačiau pati narystė jau gali būti kaip tam tikra apsauga nuo išorinės agresijos. Be to, narystė sustiprina ir vidinį saugumą, kadangi ekonomikos augimas mažina visuomenės socialinius prieštaravimus, didina socialinį stabilumą, o tai stiprina demokratiją ir šalies vidaus saugumą. Be to, narystė ES sustiprina tvarką bei saugumą pačioje šalyje: jos narės bendrai sprendžia nusikalstamumo, sienų kontrolės, terorizmo, aplinkos taršos, sveikatos priežiūros ir kitas piliečių saugumui svarbias problemas.

### Subalansuotumo idėja ir Lietuvos sveikatos reforma

Darnus vystymasis (*angl.* sustainable development) – kompromisas tarp aplinkosauginių, ekonominių ir socialinių visuomenės tikslų, sudarantis galimybes pasiekti visuotinę gerovę dabartinei ir ateinančioms kartoms, neperžengiant leistinų poveikio aplinkai ribų. Tai toks vystymasis, kuris tenkina dabartinius visuomenės poreikius, nemažinant ateinančių kartų galimybių tenkinti savus poreikius. Subalansuoto gyvenimo strategija (Brazauskienė D., 2004) pagrįsta trimis pagrindinėmis nuostatomis, kurios sutrumpintai skamba taip: žmonės nori ir gali ne tik išlikti, bet ir gyventi geromis ir pasiturimomis gyvenimo sąlygomis; iki šiol žmonija per mažai rūpinosi aplinka ir neracionaliai naudojo išteklius, todėl atsidūrė ties riba, keliančia pavojų jos pačios išlikimui; tolesnė visuomenės plėtra turi užtikrinti, kad ekonominės pažangos vaisiai bus naudojami ne tik paties žmogaus, bet ir aplinkos labui.

Subalansuotos plėtros tikslas galėtų būti apibrėžtas taip: pasiekti socialinę–ekonominę gerovę bei visuomenės ir aplinkos harmoniją, subalansuojant socialinių, ekonominių bei ekologinių interesų tenkinimą ir garantuojant kitų kartų bei visos žemės ateitį. Taip suprantamos subalansuotos plėtros kryptys būtų: plėsti socialines garantijas, stiprinti ekonominį pajėgumą, saugoti aplinkos kokybę bei įvairovę, palaikyti geopolitinį stabilumą, neutralizuoti ilgalaikį aplinkos bei visuomenės pažeidžiamumą.

Subalansuota plėtra reikalauja sveikos visuomenės, siekiančios aukštesnių gyvenimo standartų, kurios nauda yra teisingai padalinta žmogaus teisių apsaugai, pilietinei visuomenei ir demokratiniam dalyvavimui, kur aplinka nesuniokota ir žmonės mėgaujasi aukštesniu pragyvenimo lygiu.

Išskiriami šie subalansuotos plėtros nacionaliniai tikslai:

1. *Sveikata ir aplinka.* Užtikrinti, kad kiekvienas žmogus turėtų galimybę mėgautis švari oru, vandeniu, sveika aplinka namuose, darbe ir kt.
2. *Ekonominis klestėjimas.* Siekti, kad ekonomika sėkmingai augtų, kurdama prasmingus darbus, mažindama skurdą ir teiktų galimybę aukštam pragyvenimo lygiui.
3. *Teisingumas.* Užtikrinti, kad visi gyventojai turėtų galimybę teisingai vertinti ekonomiką, aplinką ir socialinę gerovę.
4. *Gamtosauga.* Naudoti, saugoti ir atgaivinti natūralius išteklius: žemę, orą, vandenį, biologinę įvairovę, tokiais būdais, kurie padėtų užtikrinti ilgalaikius socialinius, ekonominius veiksmus bei aplinkos pelną sau ir ateities kartoms.
5. *Valdymas.* Sukurti etišką valdymą, kuris stipriai skatintų individus ir institucijas prisiimti atsakomybę už ekonomiką, aplinką ir socialinę reikšmę jų veiksmuose.

6. *Subalansuota bendruomenė.* Drąsinti žmones kartu dirbti ir kurti sveikas bendruomenes, kuriose yra išsaugoti natūralūs ir istoriniai resursai, užimtumas, saugi kaimynystė, mokymasis visą gyvenimą, prieinamas susisiekimas ir sveikatos apsauga, sudarytos galimybės visiems gyventojams pagerinti savo gyvenimo kokybę.

7. *Pilietinis įsipareigojimas.* Sukurti galimybes gyventojams, verslui ir bendruomenėms dalyvauti ir veikti priimant natūralius išteklius, aplinką ir ekonomiką liečiančius sprendimus.

8. *Populiacija.*

9. *Tarptautinė atsakomybė.* Lyderiavimo rolė globalios subalansuotos plėtros politikos vystyme ir įgyvendinime.

10. *Išsilavinimas.* Užtikrinti, kad visi turėtų vienodas galimybes mokytis visą gyvenimą, kuris paruoš juos prasmingam darbui, aukštai gyvenimo kokybei, padėtų suprasti konceptus, įtrauktus į balansuotą vystimąsi.

Nacionalinė darnaus vystymosi strategija Lietuvoje patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 – 09 – 11 nutarimu Nr. 1160 (Žin., 2003, Nr. 89 – 4029). Už šios Strategijos įgyvendinimo koordinavimą atsakinga paskirta Aplinkos ministerija. Be to, numatyta, kad turi būti rengiamos dvimetės Strategijos įgyvendinimo ataskaitos ir jos teikiamos Nacionalinei darnaus vystymosi komisijai (kuri veikia Lietuvoje nuo 2000 – 07 – 28). Komisija teikia pasiūlymus LR Vyriausybei, nustato darnaus vystymosi prioritetus, analizuoja ir vertina ekonominius ir socialinius procesus, teikia informaciją darnaus vystymosi klausimais.

2009 m. rugsėjo 16 d., Vyriausybė patvirtino gerokai atnaujintą Nacionalinę darnaus vystymosi strategiją. Ją mūsų šalis, kaip ir kitos ES valstybės, ėmėsi tobulinti, atnaujinus ES darnaus vystymosi strategiją. Naujasis dokumentas numato Lietuvos darnaus vystymosi prioritetus, principus, tikslus ir uždavinius, nustato šalies vystymosi stiprybes, silpnybes, galimybes ir grėsmes, nusako valstybės misiją, pateikia atnaujintą nacionalinių darnaus vystymosi rodiklių sąrašą su nurodytomis atsakingomis institucijomis.

Pateikiama darnaus vystymosi vizija: Lietuva – visateisė ir lygiavertė ES narė, išsaugojusi kultūros savitumą ir sėkmingai prisitaikiusi prie globalizacijos sąlygų, nuosekliai įgyvendinanti darnaus vystymosi politiką, užtikrinančią sveiką aplinką, tinkamą gamtos ir intelektinių išteklių naudojimą, nuosaikų, bet stabilų ekonomikos augimą, visuotinę visuomenės gerovę ir patikimas socialines garantijas. Pagal pagrindinius ekonominius ir socialinius rodiklius iki 2020 metų Lietuva bus pasiekusi 2003 metų ES – 15 valstybių vidurkį, o pagal aplinkos kokybės rodiklius vykdys visus ES normatyvus ir laikysis tarptautinių konvencijų, ribojančių aplinkos taršą ir poveikį pasaulio klimatui, reikalavimų.

Darnaus vystymosi koncepcijoje yra susiejami du neatidėliotini tikslai: užtikrinti tinkamą, saugų, gerą gyvenimą visiems žmonėms – tai plėtros tikslas; gyventi ir dirbti atsižvelgiant į biofizines aplinkos ribas – tai darnumo tikslas, kuris taip pat yra vienas iš ES ir Lietuvos sveikatos politikos tikslų. Kaip pastebi Čiegis (2003), šie tikslai gali pasirodyti prieštaringi, bet, nepaisant to, jie turi būti pasiekti kartu.

Socialinė žmonių gerovė, darnus visuomenės, regionų vystymasis tiesiogiai priklauso nuo piliečių sveikatos lygio. Todėl galima išskirti šiuos socialinio vystymosi indikatorius, turinčius įtakos žmonių sveikatai: ekonominio aktyvumo ir užimtumo lygis; nedarbo ir ilgalaikio nedarbo lygis; išlaidų socialinei apsaugai lygis; skurdo lygis; gyventojų pajamų nelygybės rodiklis; vidutinė būsimąjo gyvenimo trukmė; gyventojų prieaugis; gyventojų mirtingumas nuo kvėpavimo sistemos ligų; gyventojų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų; naujagimių iki 1 m. amžiaus mirtingumas; gyventojų, gyvenančių netinkamos kokybės būste, dalis; dirbančiųjų mirtingumas dėl nelaimingų atsitikimų darbe; švietimui ir mokslui skiriamų lėšų kiekis; investicijos į mokslą ir technologijų vystymą.

Taigi, socialinis regionų plėtros aspektas yra labai svarbus ta prasme, kad jis tiesiogiai susijęs su gyventojų sveikatos rodikliais, gyvenimo lygiu ir kokybe – socialine orientacija – esminiu regionų plėtros principu.

Pagal nacionalinę darnaus vystymosi strategiją (2003) pagrindiniai sveikatos rodikliai iš socialinio vystymosi rodiklių grupės yra būtent šie: gyventojų prieaugis, proc.; gyventojų mirtingumas nuo kvėpavimo sistemos ligų, tenkantis 100 000 gyventojų; gyventojų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų, tenkantis 100 000 gyventojų; naujagimių iki 1 m. amžiaus mirtingumas, skaičius, tenkantis 1 000 gimimų duotais metais; dirbančiųjų mirtingumas dėl nelaimingų atsitikimų darbe, žuvusiųjų skaičius per metus; švietimui, sveikatos apsaugai ir mokslui skiriamų lėšų kiekis, BVP dalis procentais; investicijos į mokslą ir technologijų vystymą, mln. Lt.

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė – vienas iš svarbiausių gyventojų sveikatos rodiklių. Palyginti su 1995 m., vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pailgėjo 4 metais, vyrų – 4,2 metų, moterų – 3,5 metų. 1995 m. moterys gyveno vidutiniškai 11,8 metų ilgiau nei vyrai, 2000 m. – 10,6, 2009 m. – 11,1 metų. Lietuvoje skirtumas tarp vyrų ir moterų vidutinės tikėtinos gyvenimo trukmės yra didžiausias Europos Sąjungoje.

Sergančių kokia nors lėtine liga ar turinčių ilgalaikių sveikatos sutrikimų su amžiumi daugėja. Iš 65 metų amžiaus ir vyresnių gyventojų, ilgalaikių sveikatos sutrikimų turėjo 64 procentai, iš 16–24 metų amžiaus asmenų – 5 procentai. Vidutinė tikėtina sveiko žmogaus gyvenimo trukmė kiekvienais metais po truputį ilgėja, tačiau išlieka viena iš trumpiausių ES. Vyrų vidutinė tikėtina sveiko žmogaus gyvenimo trukmė trumpesnė nei moterų ir šis skirtumas yra didžiausias ES. 2008

m. vyrų tikėtina sveiko žmogaus gyvenimo trukmė Lietuvoje buvo 54,6 metų, moterų – 59,3 metų ir, palyginti su 2005 m., pailgėjo atitinkamai 3,4 ir 5 metais (Statistikos departamentas, 2010).

2009 m. mirė 42 tūkst. žmonių, tai 3,6 tūkst. mažiau negu 2007 m. 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. Mirties priežasčių struktūra jau daugelį metų nekinta: daugiausia žmonių miršta dėl trijų pagrindinių mirties priežasčių: kraujotakos sistemos ligų, piktybinių navikų ir dėl išorinių mirties priežasčių. 2009 m. nuo kraujotakos sistemos ligų mirė daugiau kaip pusė visų mirusiųjų (23,3 tūkst. arba 55,4%). Kraujotakos sistemos ligos buvo 46,4 procento mirusių vyrų ir 65,2 procento mirusių moterų mirties priežastis. 2009 m. dėl išorinių mirties priežasčių mirė 4,2 tūkst. žmonių: 15 procentų visų mirusių vyrų ir 4,4 procento mirusių moterų. 2009 m., palyginti su 2005 m., kuomet mirusiųjų dėl išorinių mirties priežasčių skaičius buvo didžiausias, mirusių skaičius dėl šių priežasčių sumažėjo 24,9 procento.



**Nacionalinės darnaus vystymosi strategijos įtaka medicinos reformai, chirurgijos plėtrai**

Ekonominiai ir socialiniai Lietuvos regionų skirtumai pastaruosius metus ne tik nesumažėjo, bet dar padidėjo. Taigi regionų gyvenimo lygio skirtumo mažinimas išsaugant jų savitumą – vienas Lietuvos darnaus vystymosi prioritetų. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacija ir reorganizacija šiame procese vaidina taip pat nemažą vaidmenį. Rajoninės ligoninės gana tolygiai aprūpintos reikiama technika, dauguma naudojami struktūrinių fondų parama, bet išlieka gana opi žmoniškųjų išteklių (personalo) problema. Medikų bendruomenė sensta, jauni specialistai emigruoja arba nenori važiuoti dirbti į atokius, „problematinius“ rajonus. Todėl dėl šios esminės priežasties jaunus specialistus po universitetų baigimo numatoma, laikinai, privalomam laikui įdarbinti šiuose, specialistų trūkumą patiriančiuose rajonuose. Bet priverstiniai sprendimai dažniausiai duoda menkus rezultatus. Todėl į šios svarbiausios sveikatos reformos vangios eigos priežasties sprendimą būtina ieškoti esminių politinių sprendimų.

Lietuvai svarbūs ir šis ES darnaus vystymosi strategijos prioritetas – pavojaus žmonių sveikatai mažinimas. Per paskutinius dvidešimt metų pasiekti didžiuliai laimėjimai ligonių gydyme, diagnostikoje, įsisavinti nauji tyrimo ir gydymo metodai, maksimaliai priartėta prie išsivysčiusių šalių sveikatos priežiūros lygio. Čia ypač pastebimas mokslo ir žinių bei technologinės pažangos principas. Vadovaujantis šiuo principu, įvairių sektorių ir jų šakų vystymasis turi būti pagrįstas šiuolaikiškais mokslo laimėjimais, žiniomis, naujaisiomis aplinkai kuo mažesnę neigiamą poveikį darančiomis technologijomis. Pasikeitė ligų prevencijos ir profilaktikos metodai bei kryptys. Vis daugiau dėmesio skiriama moderniajai, socialinių partnerių bendradarbiavimu pagrįstai visuomenės sveikatai ir jos stiprinimui. Kuriama efektyvi visuomenės sveikatos priežiūros ir kontrolės sistema, skatinanti sveiką gyvenseną, sveikos aplinkos kūrimą ir išsaugojimą, užtikrinanti tinkamą sveikatos priežiūrą, pagrįstą tarptautine patirtimi ir moksliniais įrodymais. Gyventojai gauna daugiau informacijos apie sveikatos išsaugojimą ir ligų prevenciją, daugiau domisi aplinkos poveikiu sveikatai ir sveika gyvensena.

Plėtojamas medicininis visuomenės sveikatos priežiūros modelis, t. y. prie šios veiklos mažai prisideda kitos ministerijos ir savivaldos, mokslo institucijos, vyrauja ligų ir traumų gydymo, profilaktikos, o ne sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos skatinimo veikla. Didėja Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos plėtros socialiniai ir ekonominiai netolygumai. Senstanti šalies visuomenė, didėjanti jaunų darbingo amžiaus gyventojų emigracija didina krūvius ir sveikatos priežiūros sistemos išlaidas, gausėja privalomojo sveikatos draudimo sistemos finansinių problemų. Intensyvi gyventojų, pirmiausia jaunimo, migracija iš kaimiškų ir atokių regionų mažina galimybes juose plėtoti modernią visuomenės sveikatos priežiūrą. Nedarbas, kitos ekonominės ir socialinės

problemos mažina gimstamumą, gausėja savižudybių, prastėja gyventojų sveikata: didėja jų priklausomybė nuo alkoholio, tabako, narkotikų. Daugelį metų mažėjęs natūralus gyventojų prieaugis ir toliau neigiamas. Didelį susirūpinimą kelia su alkoholio vartojimu susiję sveikatos sutrikimai, ypač baugina alkoholio poveikio vaikams situacija. Neefektyvi reagavimo į visuomenės sveikatai gresiančius pavojus sistema.

**Regionų plėtros strateginio vystymo elementų įtaka sveikatos reformos eigai**

Anot E. Smilgos ir K. Janušonienės (2005) modernioji vadyba leidžia pažvelgti į sveikatos apsaugos sistemą kaip į vieną sudėtinių valstybės strateginio valdymo posistemių. Autoriai teigia, kad efektyvesnė sveikatos apsaugos sistemos politika įmanoma tik suderinus visų valstybės vystymo strategijos posistemių tikslus ir veiklą tiek šalies viduje, tiek ES regiono atžvilgiu. Strateginio valdymo problematika sveikatos apsaugos sistemoje apima tikslų sistemos aspektą ir išteklius, tokius kaip: finansai, personalas, technologijos, valdymo schemos, informacija, patirtis ir žinios (Mintzberg, Lampel, Quinn, Ghoshal, 2002). Taikant strateginio valdymo metodus, reikia rasti naujų galimybių (ne išteklių), kaip sveikatos apsaugos sistemos raidą pakelti į aukštesnį išsivystymo lygį. Sveikatos apsaugos sistemos raidos kokybė – tai naujos technologijos ir nauji valdymo metodai. Be to, globalizacijos sąlygomis sveikatos apsaugai būtina tarptautinė kooperacija. Tokia reikmė atsiranda dėl ligų pernešimo rizikos padidėjimo ir pačių medicinos problemų evoliucijos (Smilga, Janušonienė, 2005). Norint pakeisti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą, jos raidą, būtina nauja valdymo sistema, kur būtų nustatyti ilgalaikiai ir sinerginiai tikslai, jų turinys tenkintų visuomenės šiandienos ir rytdienos poreikius, ši valdymo sistemos veikla turi būti suderinta su kitų valstybės valdymo posistemių veikla bei regiono plėtros politika (Grebliauskas, Smilga, 1999). Strateginio valdymo aspektas sveikatos apsaugos sistemoje labiau atskleidžia ryšius tarp valstybės valdymo institucijų ir leidžia geriau koordinuoti bei patikslinti sveikatos priežiūros reformos ir tolimesnės plėtros tikslus, siekiant suderinti bendrą veiklą. Šiandien strateginiame sveikatos priežiūros valdyme akcentuojamas suvokimas ir įvertinimas, technologinių, ekonominių, politinių, kultūrinių, psichologinių ir socialinių pokyčių valdymas, kurie turės įtakos naujai sveikatos apsaugos sistemai, ir pati sveikatos apsaugos sistema lems šiuos pokyčius (abipusė įtaka).

**Regionų infrastruktūros įtaka sveikatos priežiūros reformai**

Tradiciškai infrastruktūra yra keliai, magistralės, vamzdynai, oro uostai, geležinkeliai, elektros energijos tiekimo linijos. Anksčiau infrastruktūra buvo visų šių dalykų turėjimas. Tačiau šiandien vien turėti šių tradicinių infrastruktūros elementų nepakanka, labai svarbiu kriterijumi tapo jų kokybė (Šimelevič, Bagdzevičienė, 2002). Sveikatos apsaugos įstaigos taip pat dabar laikomos labai svarbia jos dalimi. Tokiu būdu didinant investicijas į infrastruktūrą, didėja investicijų grąža– t.y. gerėja piliečių sveikata, spartėja ekonominis vystymasis. Įstojus į Europos Sąjungą, Lietuvai atsirado ypatingai didelės galimybės atnaujinti ir sparčiai vystyti sveikatos priežiūros infrastruktūrą. Tam didžiausią reikšmę turėjo Europos struktūrinių fondų parama. Fondų lėšos iki 2013 metų yra panaudojamos dviem programoms:

1. „Sveikatinimo veiklos tobulinimas, sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimas“ iki 60 % lėšų (pagalbą traumų atvejais teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimas, sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas, greitosios medicinos pagalbos ir skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos infrastruktūros atnaujinimas, ankstyva onkologinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas, diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas, psichiatrijos stacionaro modernizavimas, psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas, krizių intervencijos centrų įkūrimas);

2. „Sveikatos priežiūros reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas“ iki 40 % lėšų (ambulatorinių paslaugų plėtra, asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines paslaugas, infrastruktūros optimizavimas ir dienos stacionaro bei dienos chirurgijos paslaugų plėtra, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų plėtra ir integravimas į bendrojo pobūdžio ligonines, visuomenės sveikatos priežiūros plėtra).

**Institucinės, ekonominės, socialinės, politinės ir kultūrinės aplinkų regione įtaka sveikatos reformos eigai**

Silpna Lietuvos regionų vadybos vieta – regiono socialinių ir ekonominių rezultatų kompleksinis vertinimas, regiono ekonominių veiksmų identifikavimas. Regionų plėtros teorijų įvairovė leidžia plėtrą analizuoti kaip daugiaplanį procesą, kuris veda prie permainų socialinėse, institucinėse, politinėse, administracinėse struktūrose ar net žmonių elgsenoje (Kilijonienė, Simonavičienė, 2010). Sveikatos priežiūros reformos eigai, medicinos paslaugų plėtrai regionuose didelę reikšmę turi institucinės, ekonominės, socialinės, politinės ir kultūrinės priežastys bei jų raida. Medicinos įstaigų tinklas, dydis ir plėtra regionuose tiesiogiai priklauso nuo to, kokiame administraciniame vienetė (kaimas, miestelis, rajono ar regiono centras) randasi gydymo įstaiga, kokie jos vadovų santykiai su vietos ir aukštesnio lygio valdžios institucijomis, sveikatos apsaugos bei socialine ir darbo ministerija. Iš ekonominių priežasčių, įtakančių medicinos paslaugų plėtrą, galima išskirti regiono pramonės ir verslo įmonių skaičių, pelningumą, plėtrą, darbo užmokesčio dydį, vartojimą, kapitalo ir investicijų pritraukimą į regioną. Taip pat nemažiau svarbios ir socialinės bei kultūrinės įtakos priežastys. Jų sinergija bei įtaka viena kitos vyksmui yra akivaizdi. Tai regiono gyventojų skaičius, pragyvenimo ir bedarbystės lygis, urbanizacija, socialinis saugumas bei užimtumas, švietimo, kultūros sistemų būklė regione. Akivaizdu, kad problematiniuose regionuose gyventojų poreikiai ir reikalavimai šiais klausimais menkesni nei sparčiai ir darniai besivystančiuose regionuose. Regiono politinė sandara įtakoja rūpinimosi vietinių gyventojų sveikata politiką. Šia valia nustatomi centrinės bei vietinės valdžios pasirinkti prioritetai. Neapgalvoti ir nemotyvuoti politiniai sprendimai akivaizdžiai iki šiol stabdė sėkmingą sveikatos reformos, sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos bei reorganizacijos eigą respublikoje bei regionuose.

**Žmogiškųjų išteklių plėtros galimybės sveikatos priežiūros reformos metu**

Sveikatos priežiūros įstaigos, kaip ir kitos viešosios įstaigos dirba specifinėje paslaugų srityje. Formuojant šių įstaigų žmogiškuosius išteklius, būtina nustatyti pagrindinius kriterijus, kuriais remiantis būtų įmanoma tinkamai valdyti personalą veikiant specifinėje paslaugų rinkoje. Paslaugas gaunančiam asmeniui ganėtinai svarbūs tokie veiksniai, kaip paslaugas teikiančių asmenų moralinė nuostata, todėl žmogiškųjų išteklių valdymas yra svarbi kiekvienos sveikatos priežiūros įstaigos vidinio administravimo dalis (Kaziliūnas, 2004).

Vienas svarbiausių sveikatos priežiūros įstaigos valdymo uždavinių – medicinos personalo žinių, gebėjimų ir savybių suderinimas, nes visa tai garantuoja gerą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, todėl įstaigos personalo strategija glaudžiai siejasi su organizacijos strategija, kuri sukurama įvertinus išorinės ir vidinės aplinkos poreikius bei informaciją, taip pat pagrindinius organizacijos tikslus, jos valdymo strategijos ypatumus ir vadybos vertybių sistemos elementus (Stankevičienė, Lobanova, 2006).

Mokslinėje literatūroje žmogiškasis kapitalas siejamas su ekonomikos augimu ir laikomas papildomu indėliu į gamybos funkciją kartu su fiziniu kapitalu ir darbo jėga. Kitur žmogiškojo kapitalo ištekliai susiejami su naujų technologijų kūrimu ir įsisavinimu. Anot V. Atkočiūnienės (2008), gyventojų žmogiškojo kapitalo dydis lemia šalies žmogiškųjų išteklių galias ir kokybę. Socialinės ekonominės plėtros perspektyvą lemia žmogiškieji ištekliai ir gebėjimai juos tinkamai panaudoti. Tai reiškia, kad, svarstant įvairius socialinės ekonominės raidos bei valstybės plėtros strategijų klausimus, ypatingas dėmesys turi būti skiriamas žmogiškųjų išteklių potencialo plėtros vadybos klausimams (Atkočiūnienė, 2008).

Šiuo metu gydytojų ir slaugos specialistų kvalifikacija užtikrina sveikatos sistemai keliamų reikalavimų įgyvendinimą. Sveikatos priežiūros specialistai nuolatos tobulina savo profesinę kvalifikaciją pagal Europos sąjungos standartus atitinkančias rengimo ir kvalifikacijos kėlimo programas. Pasak D. Jankauskienės ir R. Pečiūros (2007), formuojami sveikatos priežiūros personalo veiklai būtini teisiniai pagrindai bei sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimo profesinės veiklos licencijavimo, sertifikavimo, atestavimo, profesinės kvalifikacijos vertinimo ir pripažinimo, nuolatinio specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo sistemos. Tai užtikrina racionalų sveikatos priežiūros specialistų poreikio planavimą, jų laisvą judėjimą, sveikatos priežiūros specialistų siekimą nuolat tobulinti profesinę kvalifikaciją, galimybes naudoti pažangiausias informacines technologijas, tiekiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams (Jankauskienė, Pečiūra, 2007).

Sveikatos priežiūros darbuotojai ne visada gali gauti gerus rezultatus – tai sveikatos priežiūros specifika. Todėl tokiais atvejais (pavyzdžiui, kai pacientas serga nepagydoma liga) medicinos darbuotojai turi padaryti viską, kad pacientas būtų ypač patenkintas pačiu sveikatos priežiūros procesu. Sveikatos priežiūros procesas tokiais atvejais tampa medicinos darbuotojų veikos rezultatas. Kita vertus, jeigu bus geri darbo rezultatai (pavyzdžiui, pacientas pasveiks), bet pats sveikatos priežiūros procesas pacientui bus nemalonus (pavyzdžiui, grubus gydytojo, nemandagus slaugytojos elgesys, skausmas, nepaaiškinimas apie ligą ir vaistus, paciento sutikimo procedūroms neprašymas ir pan.) – pacientas greičiausiai nesikreips dėl šios paslaugos kitą kartą, o pasirinks kitą sveikatos priežiūros įstaigą.

**Ligonio tyrimo ir gydymo plano sudarymas chirurgijos skyriuje sprendimų priėmimo teorijų aspektu***Ivadas*

Kasdien žmonės, tame tarpe ir gydytojai, priima daugybę sprendimų, t. y. sprendžia daugiau ar mažiau svarbias problemas, pasirinkdami vieną iš daugelio alternatyvų. Kadangi sprendimų priėmimas yra neatsiejamas nuo kasdienės žmonių veiklos, šio reiškinio mokslinė analizė ir tyrimai yra aktualūs bei reikalingi.

Sprendimų rengimą kaip fenomeną itin detalai nagrinėja beveik visos be išimties mokslų disciplinos: vadyba, politika, ekonomika, sociologija, medicina ir kt. mokslai. Skiriasi tik nagrinėjamas sprendimų rengimo aspektas. Pavyzdžiui medicinoje sprendimų priėmimas yra neatsiejamas nuo planavimo, individualaus bei komandinio darbo, intuicijos, ekspertinio vertinimo ir kt. faktorių.

Sprendimų priėmimą viešosiose įstaigose nagrinėjo H. Simon, Ch. Lindblom, E. Woodhouse, W. Parsons, J. Lane, A. Etzioni, H. Lasswell, D. Stone, S. Robbins ir kt. žinomi mokslininkai. Anot H. Lasswello, sprendimų priėmimo analizė siekia išsiaiškinti, „kas, ką, kada ir kaip gauna“. Kadangi priimti sprendimai (tame tarpe ir gydytojų) yra tiek individų, tiek institucijų veiklos pamatas, pagrindinis šio straipsnio tikslas yra, remiantis sprendimų priėmimą nagrinėjančios literatūros metaanalize, aptarti svarbiausias sprendimų priėmimo teorijas taikomas medicinos praktikoje ir apibendrinti sprendimų priėmimo chirurgijos skyriuose kriterijus, sąlygas, juos įtakančią aplinką bei išskirti sprendimų rengėjų (gydytojų) gebėjimus analizuoti ir argumentuoti priimtų sprendimų būtinumą bei teisingumą praktikoje.

*Teorinis diskursas*

Sprendimų priėmimas dažniausiai apibrėžiamas kaip procesas, kurio metu iš visų galimų alternatyvų pasirenkama viena. Kitaip sakant, tam tikrai alternatyvai yra suteikiamas prioritetas kitų alternatyvų atžvilgiu. J. Stoneris (2001) sprendimų priėmimą apibrėžia kaip veiksmų konkrečiai problemai spręsti krypties nustatymą ir pasirinkimą arba pasinaudojimą susidariusia padėtimi. Sprendimų priėmimas– tai procesas, kurį sudaro institucijų ir oficialių asmenų veikla, kai yra priimamos, keičiamos ar atmetamos vienos ar kitos alternatyvos (A. Raipa, 1999). Tiek individų, tiek kolektyvinių sprendimų priėmimas apima procesą, kuris prasideda nuo informacijos gausos, kuria remiantis apibrėžiama esama situacija, įvertinama laukiama nauda, numatomi įmanomi pasirinkimai ir galiausiai prognozuojami galimi padariniai, priėmus sprendimą. Svarbu, kad sprendimų priėmimas dažnai suvokiamas kaip diskusijų procesas, galintis būti tiek racionalus, tiek iracionalus, paremtas aiškiai suformuluotomis ar tik numanomomis prielaidomis. Dažniausiai



mokslinėje literatūroje yra pateikiama tradicinė linijinė sprendimų priėmimo samprata, kitaip sakant, pateikiama seka žingsnių, padedančių sprendimo priėmėjui priimti geriausią sprendimą.

B. Hogwood ir L. Gunn skiria šiuos svarbiausius žingsnius priimant sprendimą: apsisprendimas priimti sprendimą; apsisprendimas kaip spręsti; problemos apibrėžimas, prognozė, tikslų ir prioritetų nustatymas; alternatyvų analizė; politikos įgyvendinimas, monitoringas ir kontrolė; įvertinimas, politikos tąsa, kaita ir baigtis. W. Jenkins akcentuoja keletą pagrindinių etapų: inicijavimas; svarstymas; sprendimas; įgyvendinimas; įvertinimas, politikos tąsa, kaita ir baigtis. R. Mack manymu, priimant sprendimus, skiriami etapai: problemos pripažinimas; alternatyvų formulavimas; sprendimas; realizavimas; taisymas ir papildymas. Apibendrinant galima nurodyti teoretikų skiriamus pagrindinius sprendimų priėmimo etapus: problemos nustatymas; sprendimų rengimas; sprendimų priėmimas; sprendimų įgyvendinimas; sprendimų priėmimo vertinimas.

Egzistuoja daugybė formalių sprendimų priėmimo modelių, bet jų pamatas yra trijose svarbiausiose ir plačiausiai žinomose sprendimų priėmimo teorijose, akcentuojančiose intelektualinę sprendimų rengėjų veiklą ir procedūrinį aspektą – tai racionalaus visapusiškumo, inkrementalizmo ir mišraus skenavimo teorijos.

Racionalių sprendimų priėmimo viešajame administravime vystymo srityje labiausiai išsiskiria H. Siman. Pasak jo, sprendimo priėmimo procesą sudaro trys dalys: mąstymas, projektavimas ir pasirinkimas. Mąstymu H. Simon pripažino tokią veiklą, kai žmogus atidžiai stebi aplinką ir tam tikru momentu priima sprendimą, projektavimu – alternatyvių veiklos formų paiešką ir jų suradimą, pasirinkimu – išsirinkimą tos alternatyvos, kuri atrodo sėkmingiausia. Atsižvelgiant į sprendimus priimančią, racionalumą gali riboti tam tikri veiksniai. Tai nesąmoningi įgūdžiai, įpročiai, refleksai; individų vertybių ir paskirties supratimas – jis gali skirtis ir priklausyti nuo institucijų ar asmeninių tikslų, turimų žinių ir informacijos kiekio. Racionalus sprendimų priėmimo modelis – tai linijinis modelis, kurį taikant didesnė svarba skiriama analizei, sisteminiam tyrinėjimui bei metodiniam planavimui. Šis modelis reikalauja iš sprendimų priėmėjo ieškoti visų galimų alternatyvų, jas palyginti, įvertinti ir pasirinkti tinkamiausią. Šį modelį sudaro šeši etapai: problemos apibrėžimas; sprendimo kriterijų išsiaiškinimas; kriterijų pasvėrimas; alternatyvų numatymas; kiekvienos alternatyvos įvertinimas pagal kiekvieną kriterijų; tikamiausio sprendimo apskaičiavimas. Be jau minėtų etapų racionalus sprendimų modelis remiasi prielaidomis: problemos aiškumas; žinomos pasirinkimo galimybės; aiškūs ir pastovūs prioritetai; laiko ar sąnaudų suvaržymų nebuvimas; maksimali nauda ir kt.

Inkrementalizmo teorija siejama su Ch. Lindbloom vardu ir su racionalaus sprendimų priėmimo modelio kritika. Jis teigė, kad nėra realaus visuomenės sutarimo dėl vertybių bei nėra realių kriterijų daugumos nuomonių ir vertybių prioritetams išmatuoti viešose diskusijose, kurios

būtinai lydi politikos formavimą. Daugelis klausimų, kuriuos reikia išspręsti, suderinant vertybių ir nuomonių įvairovę, iš tikrųjų remiasi efektyvumu, tarnavimu, nešališkumu ir atsakomybe (C. Lindbloom, E. Woodhouse, 1999). Esminiai inkrementalizmo bruožai yra šie:

1. tikslų ir sąlygų atranka bei empirinė veiklos analizė daugiau reikalauja siekti jų tarpusavio sąveikos ir bendrumo negu skirtumų ar priešpriešos viena kitai;
2. sprendimų priėmėjams sprendžiant problemas, rekomenduojama atsižvelgti ne į visas alternatyvas, o tik į tas, kurios tik kai kuriais požymiais skiriasi nuo esamos politikos, bet nėra kardinaliai priešingos jai;
3. kiekvienai alternatyvai skiriama pakankamai dėmesio, tik ją įvardijus kaip svarbią sprendimų priėmimui;
4. tarp sprendimų priėmėjų sumažėja konfliktų ir nesibaigiančių diskusijų galimybė, nes inkrementalizmas leidžia taikyti nesuskaičiuojamą galimybę reguliavimo variantų, vadybinių metodų, derinant teorinių ir praktinių pozicijų skirtumus;
5. inkrementalizmo teorija eliminuoja absoliučiai teisingus ir pozityvius sprendimus. Geriausi sprendimai pasiekiami susitarimų, kompromisų pagrindu;
6. nors laipsniškai sprendimų priėmimo procesas teoriškai yra pakankamai nušlifluotas ir metodų, ir procedūrų požiūriu, toliau tolydus šių procesų tobulinimas aktualus visoms visuomenėms.

Sprendimai klasifikuojami pagal įvairius požymius. Pagal sprendžiamos problemos mastą skiriami bendrieji, daliniai, lokaliniai, strateginiai, taktiniai sprendimai. Pagal pasikartojimo dažnumą skiriami standartiniai – programuojami ir unikalūs – neprogramuojami sprendimai. Pagal turimos informacijos apimtį:

- \* tikrumo būsenoje priimti sprendimai, kai visos alternatyvos ir veikiančios sąlygos yra žinomos;
- \* rizikos būklėje priimti sprendimai, kai sąlygos ir su jomis susijusios alternatyvos yra tikimybinės;
- \* netikrumo būsenoje priimti sprendimai, kai žinomos ne visos sąlygos ir dėl to alternatyvos gali būti nepagrįstos.

#### *Sprendimų teorijų aspektai chirurginio ligonio tyrimo ir gydymo plano sudaryme*

Esama didelės priklausomybės tarp priimamų sprendimų kokybės ir visos įstaigos, tame tarpe ir ligoninės, veiklos efektyvumo. Neretai sprendimų priėmimas neatsiejamas nuo jo realizavimo. Bet tai nereiškia, kad šie abu procesai turi būti atliekami tų pačių asmenų. Priimant sprendimą, susiduriama su daugeliu daugiau ar mažiau priimtų alternatyvų. Todėl sprendimai medicinoje skiriasi nuo matematikos uždavinių sprendimo, kur galimas tik vienas atsakymas. Priimant sprendimus ligoninėse, t.y. chirurgijos skyriuose, privalu derinti mokslinį ir kūrybinį pradą. Mokslinis pradas medicinoje padeda įvertinti labai aiškius priežastinius ryšius, kūrybinis –

patvirtina, kad medicina yra menas ir kad šioje srityje vienodų, nekintančių sprendimų negali būti ir juos nuolat reikia gebėti pritaikyti naujai situacijai.

Medicinoje paprastai susiduriama su daugeliu veiklos galimybių ir visas įvertinti gana sunku, todėl pirmame etape dažniausiai atmetamos akivaizdžiai netinkamos alternatyvos. Norint parinkti tinkamiausią, reikia turėti atrankos kriterijus. Jei esama aiškių kriterijų ir informacija patikima, alternatyvą parinkti nesunku. Ligoninėje visada priimant sprendimą, labai svarbus yra jį priimantis asmuo, šiuo atveju – gydytojas. Visada pasirengęs rizikuoti asmuo tikisi didelio pasisekimo, bet medicinoje daugumoje atvejų rizika yra nepateisinama ar išimtiniais atvejais gerai pamatuota ir pateisinama, kai tai vienintelis šansas – išgelbėti gyvybę. Medicinos mokslo, medicininės etikos, deontologijos yra suformuluotos gana griežtos sprendimų priėmimo taisyklės, tačiau sprendimų praktikoje patartina vadovautis pačiais bendriausiais reikalavimais. Jie turi būti:

1. kryptingi, t. y. orientuoti į sprendžiamą problemą;
2. teisėti, t. y. priimti laikantis veikiančių įstatymų ir įgaliojimų;
3. savalaikiai, t. y. nei per ankstyvi, nei per vėlyvi;
4. nepriekaištingi, t. y. suderinti su kitais medicinos sistemoje priimamais sprendimais;
5. aiškūs, lakoniški, vienareikšmiai;
6. sprendimai naujoje, nepažįstamoje srityje reikalauja ypatingo pagrindimo, dėmesio ir atidumo;
7. dažnai priimami skubūs sprendimai, kuriems privalu: remtis tuo, kas gerai žinoma ir patirta; remtis patikima informacija, mokslu, o ne spekuliacijomis; nuolat ieškoti ir remtis teorija, aiškinančia ligos esmę ir lengvinančia sprendimo priėmimą; priimtus sprendimus įgyvendinti ryžtingai bei atsakingai, neleidžiant abejoti jų teisingumu.

Medicinos praktikoje iškilusi problema yra liga ar kita patologinė būklė, kuri daugiau ar mažiau grėšia ligonio gyvybei. Todėl sprendimai turi būti kryptingi problemai spręsti, būti teisėti, t. y. priimti suteiktų įgaliojimų ribose, būti šiuolaikiški, neprieštarauti kitiems, su jais susijusiais sprendimais. Jie turi būti aiškūs, lakoniški ir tiksliai suformuluoti. Sprendimo turinys, pvz. tyrimo ir gydymo planas parodo, kaip turėtų būti sprendžiama ligos problema. Organizacinė dalis turi numatyti veiksmų eigą, o sprendimą priėmęs gydytojas dažniausiai ir koordinavimą tarp jų. Kartais pagal turimos informacijos apimtį ir patikimumą sprendimai priimami apibrėžtumo ir neapibrėžtumo sąlygomis. Pastarieji yra mažiau formalizuoti ir sudėtingesni. Medicinos praktikoje priimami sprendimai dažnai akcentuoja atskirų asmenų (ligonių, artimųjų, giminių) valios pasireiškimus, į ką gydytojas turi didžia dalimi atsižvelgti.

Kad sumažinti medicininių klaidų, nepageidautinų pasekmių ( statistikai patikimai įrodyta, kad pilnai išvengti – neįmanoma) , reikalingos individualios ir grupinės sprendimų priėmimo bei

realizavimo pastangos. Ar sprendimai medicinos praktikoje yra priimami individualiai ar grupėmis priklauso nuo sprendimo, t. y. ligos sudėtingumo laipsnio, reikšmės ir aplinkybių. Individualūs sprendimai susiję su atskiro individo asmenybe, yra labai personifikuoti, nes priklauso nuo vieno žmogaus orientacijos ir sugebėjimų. Kartu jie yra labai operatyvūs. Visada yra aiškus, atsakingas už jų priėmimą asmuo. Sudėtingiems sprendimams priimti medicinoje dažnai taikomi grupiniai protinio darbo metodai (konsultacijos, konsiliumai, konferencijos, suvažiavimai). Grupinis darbas sudaro labai geras galimybes žmogaus kūrybinėms galioms pasireikšti ir sukurti kokybiškai naują informacijos visumą. Šis darbas skatina darbo dalyvius pasijusti sprendimo bendraautoriais, priverčia dirbti nepalyginamai aktyviau. Bet grupinis darbas turi ir trūkumų: reikalauja daugiau laiko, sumažina asmeninę atsakomybę už sprendimus ir dėl to padidėja jų rizika, jis brangesnis, kartais kompromisiniai sprendimai nėra patys geriausi, grupėje gali būti žmonių, kurie dėl neryžtingumo nesugeba ginti gerų idėjų, grupėje kartais ir neteisingai gali dominuoti vienas žmogus, kartais medicinoje grupiniai sprendimai priimami išvengti konfliktų. Be to gydytojai turi būti psichologiškai ir dalykiškai pasirengę dirbti grupinio protinio darbo režimu. Kad grupinis darbas medicinos įstaigoje būtų efektyvus reikia šių sąlygų: grupės nariams būtinos reikalingos žinios ir įgūdžiai; grupės nariai turi nusiteikti bendradarbiauti, o ne rungtyniauti; grupės nariai skatina vienas kitą ieškoti vertingų minčių; grupės dydis turi atitikti užduoties reikalavimus; grupės darbe vengti hierarchiškumo; visų grupės narių dalyvavimas yra vienodai svarbus; intensyviai panaudoti visų grupės narių kompetenciją, žinias ir sugebėjimus; gauti bendrus rezultatus, kuriems pritaria visi grupės nariai; darbo metu vengti konfliktų.

Medicinos praktikoje sprendimų priėmime gali būti išskiriamas kompetetingiausias asmuo – ekspertas (skyriaus vedėjas, klinikos vadovas, konsultantas). Jam suteikiama galimybė nuspręsti. Šiuo atveju grupė problemos neaptaria, nesvarsto, tik laukia eksperto nuomonės. Bet šis metodas turi ir trūkumų: kartais sunku nustatyti, kuris grupės narys yra geriausias ekspertas; dažnai žmonės, esantys aukštuose postuose, pervertina save ir neįvertina kitų; sudėtingose situacijose, ypač medicinoje, vieno žmogaus sprendimas gali būti klaidingas ir lemtingas. Todėl vien ekspertinis sprendimų priėmimo metodas medicinos praktikoje yra labai retas bei turi derintis ir su individualiais, ir su grupiniais sprendimų priėmimo metodais.

Ne visi medicininiai sprendimai gali būti priimti naudojantis informacija bei racionaliuoju mąstymu. Dažnai reikia pasikliauti tik intuicija. Filosofine prasme – tai tiesos suvokimas be įrodymų. Psichologine – įsitikinimas, kurio negalima visiškai pagrįsti. Ji reikalinga tada, kai neužtenka loginio ir racionalaus mąstymo, o tai ne taip retai būna žmogaus organizme, ypač priimant sprendimus prieš skubias operacijas. Intuicija paremta informacija iš gausios pasąmonės, todėl apie jos teisingumą mes dažnai net neįtariame. Todėl akivaizdu, kad gydytojas be intuityvaus,

kūrybingo mąstymo šių dienų medicinoje negali būti efektyvus ir konkurentabilus savo sprendimais.

Reziumuojant galima teigti, kad medicinos praktikoje pagal požiūrį daugiau priimtini normatyviniai, mažiau – tiriamieji sprendimų priėmimo metodai; pagal poveikio sprendžiamai sistemai mastą – evoliuciniai metodai; pagal duomenų tipą – kiekybiniai ir kokybiniai metodai; pagal duomenų gavimo šaltinį – ekspertine nuomone, sąveika, įrodymais grįsti metodai.

*X ligonio atvejo tyrimo ir gydymo plano sudarymo analizė*

SITUACIJA	SPRENDIMO BŪDAI
Ligonis atvyko į ligoninę su įtariamu chirurginiu susirgimu	1.Ligonis neserga chirurginiu susirgimu, atiduoti kt. specialistų apžiūrai ir gydymui 2.Ligoniu nustatomas chirurginis susirgimas: 2.1.Paskiriamas gydymas medikamentais, išleidžiamas į namus 2.2.Atliekama chirurginė intervencija, išleidžiamas į namus 2.3.Stacionarizuojamas į chirurgijos skyrių <i>Dažniausiai sprendimai priimami individualiai, rečiau – grupiniu metodu</i>
Kokia chirurgine liga serga ligonis?	1.Ligonio apklausa 1.1.Ligonio nusiskundimai 1.2.Ligos anamnezė 2.Ligonio apžiūra 2.1.Bendra apžiūra 2.2.Speciali apžiūra 3.Kokius tyrimus atlikti? 3.1.Kraujo tyrimai 3.1.1.Bendras kraujo tyrimas 3.1.2.Šlapimo tyrimas 3.1.3.Biocheminiai kraujo tyrimai 3.1.3.1. 3.1.3.2. 3.1.4.Sonoskopija 3.1.5.Rentgenologiniai tyrimai 3.1.6.Endoskopiniai tyrimai 4.Kokio specialisto reikalinga papildoma konsultacija? 4.1.Terapeuto 4.2.Ginekologo 4.3.Kt.specialisto 5.Grupinis ligonio aptarimas(konsiliumas) 6.Lieka neaiški chirurginė liga, bet požymiai nustatomi <i>Dominuoja linijiniai sprendimų priėmimo metodai</i>
Kaip greitai reikia suteikti chirurginę pagalbą?	1.Neatidėliotina 1.1.Kraujuoja 1.2.Durtas 1.3.Šautas 1.4.Žemas ar nėra AKS 1.5.Nekvėpuoja ar sunkiai kvėpuoja 1.6.Stiprus skausmas 1.7.Be sąmonės 1.8.Kt. priežastys 2.Skubiai 2.1.Traumos negręsiančios gyvybei 2.1.Ūmios chirurginės ligos 3.Planiška

Kaip nugabenti ligonį į skyrių?	1.Gali eiti 2.Vežamas sėdimais ratais 3.Vežamas gulimais ratais
Kaip gydyti ligonį chirurgijos skyriuje?	1.Tik stebėti 2.Gydyti medikamentais 2.1.Kokiais medikamentais? 2.2.Kokiomis medikamentų dozėmis? 2.3.Kokiais būdais skirti medikamentus? 2.3.1.Geriami 2.3.2.Leidžiami į raumenis 2.3.3.Leidžiami į veną 2.3.4.Klizmos, žvakutės 3.Operuoti 3.1.Kaip greitai operuoti? 3.1.1.Skubiai 3.1.2.Neatidėliotinai(per 1 parą) 3.1.3.Planiškai 3.2.Kokiu būdu operuoti? 3.2.1.Atviru 3.2.2.Laparoskopiniu 3.3.Kokį pasirinkti nuskausminimą? 3.3.1.Vietinis 3.3.2.Regioninis 3.3.3.Spinalinis, peridūrinis 3.3.4.Bendrinis 3.3.4.1.Intubacinis 3.3.4.2.Larynginis 3.3.4.3.Intraveninis

### *Išvados*

1. Medicinos ir jos šakos chirurgijos praktikoje iš esmės naudojami dauguma mokslinėje literatūroje aprašytų sprendimų priėmimo metodų.
2. Medicinoje dominuoja tradicinė linijinė sprendimų priėmimo praktika, kai naudojama seka žingsnių, padedančių gydytojui priimti geriausią sprendimą iš visų įmanomų numatomų alternatyvų.
3. Sprendimų priėmimas yra vienas svarbiausių ir sudėtingiausių ligonių tyrimo ir gydymo procesų klausimų, nes sprendimų priėmimui įtakos turi labai daug skirtingų veiksnių bei procesų. Negalima išskirti nei vieno sprendimų priėmimo metodo kaip geriausio, kadangi kiekvienoje situacijoje veikia skirtingos aplinkybės, kitos sprendimų priėmėjų vertybės, sprendimų priėmimo metodai, skiriasi santykiai su ligoniais ir artimaisiais. Galima teigti, kad vienos medicininės situacijos geresni racionalūs ar inkrementiniai, kitose– mišraus skenavimo priėmimo metodai ar jų deriniai.

### **Ligoninės vadovo veikla apskričių ir sveikatos reformų metu**

#### **Subjektyvus Respublikinės Šiaulių ligoninės vadovavimo vertinimas**

Šiaulių ligoninės vadovavime pastebimi keli vadovavimo stiliai. Daugiausiai dominuoja autokratinis stilius, bet yra ir demokratinio (pasitarimai su pavaldiniais, atsakomybės paskirstymas pagal deleguotus įgaliojimus, iniciatyvos skatinimas, kvalifikacijos kėlimas, bendravimas ir kt.), ir liberalaus (kartais iniciatyva perduodama pavaldiniams, bendravimas su pavaldiniais jų iniciatyva ir kt.). Tai paaiškinama įstaigos dyžiu, padalinių, sprendimų gausa, dideliu personalo skaičiumi. Sprendimai dažniausiai priimami vienasmeniškai, kartais išorinių konsultantų pagalba, rečiau – diskutuojant. Paliepimai pavaldiniams dažniausiai pateikiami įsakymų forma (sveikatos apsaugos valdymo specifika). Tačiau neišvengiamos situacijos, kai tikslas pasiekiamas bendraujant, įkalbinėjant, prašant. Atsakomybe vadovavime dalinai prisiimama, dalinai dalinamasi su kitais vadovais (valdymo schema, raštiški įsakymai ir kt.). Kitų iniciatyva dažnai atmetama, tačiau kartais, po ilgesnio apmąstymo, priimama. Santykiams su personalu skiriamas didžiulis dėmesys, tuo pačiu jautriai reaguojama į jų atsaką. Nesvetimas bendražmogiškas bendravimas, problemų supratimas, atjautimas, užtarimas. Dažniau taikomos teigiamos skatinimo priemonės (pagyrimai, sveikinimai, esant galimybei – premijavimas), rečiau – drausminės.

Gana stipriai išreikšta ateities vizija. Ji gerai jaučiama asmeniškai ir sugebėjimu ją perduoti personalui (motyvavimas gerai, sąžiningai dirbti, aukotis, siekti progreso, tobulėjimo, mokslo ir kt.). Kūrybiškumas pasireiškia platesniu galimybių, o ne problemų matymu. Problemos ne kliūtis, o tam tikra sąlyga, kurioje reikia pamatyti atsiveriančią naują galimybę. Empatija pasireiškia žmonių pažinimu, sugebėjimu palaikyti su jais šiltą santykį. Žmonės yra taip pat svarbūs, kaip ir užduotis. Vadovas išlieka stabilus, net esant spaudimui (išoriniam, vidiniam). Tai kyla iš pasitikėjimo savo jėgomis, plataus pažinčių rato, tikėjimo. Todėl sugebama kovoti su kritika, sunkumais, iššūkiams ir likti išoriškai ramiam. Vadovas vengia blaškymosi nuo vieno reikalo prie kito. Jis mokosi skirti, kas yra svarbu ir būtina, kas – ne. Jis sugeba fokusuoti savo ir grupės jėgas į tikslą.

Vadovas yra geras verslininkas. Jis sugeba sudalyvauti ir išspausti kad ir menkiausią naudą iš investicinių projektų, pats juos sukurti ir inicijuoti. Šiam tikslui sugebama panaudoti savo, personalo energiją, įvairius išorinius veiksnius, įtaką.

Vadovo darbe ne paskutinę reikšmę turi tvarka, pedantiškumas, meilė šeimai, giminėms, aplinkiniams, religingumas.

#### **Objektyvus Respublikinės Šiaulių ligoninės vadovavimo vertinimas**

Turbūt sunku būtų užginčyti sėkmingą Šiaulių ligoninės vadovavimą. Ligoninė yra antra pagal dydį Lietuvoje, apie ją yra daug ir plačiai žinoma. Kartais ir kai kurie neigiami atsiliepimai

(pvz.apie naujos aparatūros įsigijimą, brangiai kainavusią Motinos ir vaiko klinikos statybą) pakelia ligoninės įvaizdį kitų tarpe. Paskutinių metų bėgyje, kai keitėsi sveikatos apsaugos finansavimas, atsirado papildomos ES, struktūrinių fondų, PB, kt. fondų lėšos, Šiaulių ligoninė pastoviai viena iš pirmųjų jomis pasinaudoja, dalyvauja ir įgyvendina įvairius naujus projektus. O tai gerai matosi įvertinant materialinę ligoninės bazę: skyrių, pastatų renovacija; operacinių, sterilizacinės remontai; naujos, sudėtingos, brangios aparatūros įsigijimas; naujų klinikų, padalinių statyba, prijungimas. Visą tai pajunta personalas (motyvuoja darbui), bet ypač tai pastebi ir pacientai.

Šiauliuose teikiama ypač sudėtinga pagalba bei diagnostika, pacientams nereikia jos ieškoti kituose miestuose (spindulinis gydymas onkologijoje; angiografija kardiologijoje, neurologijoje; sudėtingos chirurginės operacijos pilvo chirurgijoje, urologijoje, ortopedijoje– traumatologijoje, intervencinėje radiologijoje, vaikų chirurgijoje; neurochirurgijoje; Moters ir vaiko klinika; kompiuterinė tomografija, branduolinis magnetinis rezonansas irk t.).

Šiaulių ligoninė gana sparčiai įsitvirtina vedančių Lietuvos ligoninių tarpe, yra moderniausias Šiaurės Lietuvos sveikatos paslaugų centras, kuris ir toliau sparčiai vystosi.



**Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, sieniniame stende, nurodytos motyvacinės priemonės:**

1. Darbo vieta:

- kruopščiai susitvarkyk;
- apšvietimas;
- apsaugokite nuo karščio ir šalčio;
- darbo vietos tinkamas įrengimas;
- vizijos ir aplinka;
- lentynos;
- priedangos;
- gėlės;
- smeigtukų lenta;
- atlaisvinkite kelią.

2. Laikrodis, laiko skaičiavimai.

3. Prioritetų, tikslo nusistatymas.

4. Nemėgstamo darbo planavimas, atlikimas.

5. Susidomėjimo minutė.

6. Tikslų koregavimas.

7. Atlygis už darbą.

8. Pavyzdžio modeliai.

9. Dirbkime kartu, tinkami žmonės, kavos ir arbatos pertraukėlės.

10. Rezultatų apžvalga, laukia malonumai.

11. Truputis pagalbos.

12. Prašau šypsotis ,pajuokauti.

*Pasiūlymai*

1. Darboholizmas nepasitvirtina.

2. Nusistatyti aukštesnius tikslus.

3. Geresnis darbo organizavimas.

4. Aukštesnis kvalifikacijos kėlimas, mokslo skatinimas.

5. Nesikratyk nemėgstamo darbo.

6. Minčių lietus.

7. Skatinti individualią savimotyvaciją.

8. Tobulintinas atlygis už darbą.

9. Kova su aplaidumu, tingėjimu.

10. Siekti aukštesnio, platesnio tobulėjimo.
11. Nebijoti, bet vengti klaidų.
12. Tobulinti rezultatų aptarimą, apžvalgą.
13. Dirbti išradingiau, o ne daugiau.
14. Daugiau šypsotis.....

**Magistro darbe ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančiuose teisės aktuose vartojamos pagrindinės sąvokos**

- *Akreditavimas* – įstaigos savanoriškai inicijuotas įvertinimas, ar ji atitinka nustatytus sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės standartus, ir akreditavimo pažymėjimo išdavimas (Žin., 1998, Nr. 112 – 3099).
- *Anoniminė sveikatos priežiūra* – šio įstatymo ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pacientui, kai asmens duomenys, leidžiantys nustatyti jo asmens tapatybę, nenurodomi medicinos dokumentuose (Žin., 2009, Nr.145 – 6425).
- *Asmens sveikatos priežiūra* – valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti atgauti ir sustiprinti sveikatą (Žin., 2008, Nr. 50 – 1850).
- *Atlygintina paciento sveikatai padaryta (turtinė ir neturtinė) žala* – pakenkimas paciento sveikatai, jo sužalojimas ar mirtis, atsiradę dėl sveikatos priežiūros paslaugas teikusio asmens neteisėtos kaltos veikos (Žin., 2009, Nr.145 – 6425).
- *Chirurginė operacija* – medicininė procedūra, kai gydytojas, siekdamas diagnozuoti, gydyti ar koreguoti ligos ar traumos pažeistų organų ir jų sistemų funkciją, medicinos prietaisais veikia paciento audinius ir (ar) organus, pažeisdamas audinių ir (ar) organų vientisumą (Žin., 2009, Nr.145 – 6425).
- *Diagnostikos ir gydymo metodika* – universitetų, mokslo tiriamųjų įstaigų, gydytojų profesinių draugijų parengtas, medicinos mokslo ir praktikos įrodymais pagrįstas dokumentas, kuriuo nustatomi bendrieji sveikatos sutrikimų ir ligų diagnozavimo ir gydymo principai (Žin., 2009, Nr.145 – 6425).
- *Diagnostikos ir gydymo protokolas* – sveikatos priežiūros įstaigos vadovo patvirtintas dokumentas, kuriuo nuosekliai nustatoma diagnostikos ir gydymo eiga (Žin., 2009, Nr.145 – 6425).
- *Didesnė pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybė* reiškia, kad kokybė nėra tapati teigiamiems rezultatams. Nepaisant geros priežiūros rezultatai gali būti blogi, ir priešingai – pacientai gali pasveikti, net blogai prižiūrimi. Tikimybė – nežinomas sveikatos priežiūros aspektas, todėl vertinant kokybę, reikia atkreipti dėmesį ir į priežiūros procesą, ir į jo rezultatus (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Ekonomiškai pagrįstas efektyvumas* – aukščiausios kokybės sveikatos priežiūros bei SP paslaugų derinio, duodančio geriausius sveikatos rezultatus, užtikrinimas mažiausiomis sąnaudomis (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).

- *Invazinė ir (ar) intervencinė procedūra* – medicininė procedūra, kai sveikatos priežiūros specialistas, siekdamas diagnozuoti, gydyti ar koreguoti organų ir jų sistemų funkciją, medicinos prietaisais veikia paciento audinius ir (ar) organus, pažeisdamas audinių ir (ar) organų vientisumą arba jo nepažeisdamas (Žin., 2009, Nr.145 – 6425).
- *Įrodymais pagrįsta medicina* – mokslinių tyrimų įrodymų, klinikinės patirties ir paciento vertybių integracija medicinos praktikoje (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Kokybės rodiklis* – kiekybiškai įvertinamas sveikatos priežiūros proceso ar rezultato matas (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Kokybės rodiklių stebėsena* – neatitiktųjų kokybės rodikliams registravimas, jų periodinė analizė ir analizės rezultatais pagrįstų pakeitimų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo procesams įgyvendinimas (Žin., 2008, Nr. 96 – 3732).
- *Kokybės užtikrinimas* – visi veiksmai, kuriais siekiama sukurti, saugoti, skatinti ir gerinti sveikatos priežiūros kokybę (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Kokybės vertinimas* – nustatymas, kaip teikiama sveikatos priežiūra atitinka nustatytus dabartinius reikalavimus, taip pat kaip tenkina paciento poreikius (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos* – prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos, kurias tinkamam pacientui, tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį ir gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami (Žin., 2009, Nr.145 – 6425).
- *Konsiliumas* – ne mažiau kaip trijų gydytojų pasitarimas, kurio tikslas – įvertinti paciento sveikatos būklę, diagnozuoti ligą, išsiaiškinti ir nustatyti gydymo galimybes. Konsiliumo sudarymo tvarką nustato sveikatos priežiūros įstaigos vadovas (Žin., 2009, Nr.145 – 6425).
- *Licencijavimas* – nustatymas, kad įstaigos veikla atitinka teisės aktų reikalavimus, įstaigos teisės teikti paslaugas pripažinimas ir licencijos išdavimas (Žin., 1998, Nr. 112 – 3099).
- *Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema* – valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema (Žin., 2008, Nr. 50 – 1850).
- *Neatitiktis* – sveikatos priežiūros įstaigos ar jos darbuotojų veiklos neatitikimas teisės aktais bei įstaigos vidaus dokumentais nustatytų reikalavimų (Žin., 2008, Nr. 96 – 3732).
- *Nemokamos paslaugos* – paslaugos, apmokamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų ar privalomojo sveikatos draudimo fondo, ar valstybinio ir savivaldybių sveikatos fondų lėšų.

Šias paslaugas įstaigoms užsako ir už jas apmoka LNSS veiklos užsakovai (Žin., 1998, Nr. 112 – 3099).

- *Nepageidaujamas įvykis* – įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės. Nepageidaujamą įvykį paprastai sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių tarpusavio sąveika (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Nuolatinis kokybės gerinimas* – organizacijos ketinimas sukurti organizacijos kultūrą (klimatą), kurioje pokyčiai ir tobulėjimas yra pripažintos normos; kurioje tikima, kad pagerinti procesai sudaro tolimesnio tobulėjimo pagrindą siekiant aukštesnio kokybės lygio (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Orientacija į pacientą* (aktyvų paslaugų vartotoją): SP paslaugų vartotojo ir visuomenės įtraukimas į SP paslaugų planavimą, teikimą ir vertinimą, užtikrinant paciento teisę gauti informaciją, pateikiamą jam suprantama forma ir reikalingą priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros, bei galimybę suteikti grįžtamąjį ryšį apie gautas SP paslaugas (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Pacientas* – asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis (Žin., 1998, Nr. 112 – 3099).
- *Paciento atstovas* – atstovas pagal įstatymą arba atstovas pagal pavedimą (Žin., 2009, Nr.145 – 6425).
- *Paciento skundas* – asmens rašytinis kreipimasis į sveikatos priežiūros įstaigą ar kompetentingą valstybės instituciją, kuriame nurodomos teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pažeistos jo teisės ar teisėti interesai (Žin., 2009, Nr.145 – 6425).
- *Pacientų pasitenkinimas gautomis sveikatos priežiūros paslaugomis* – paciento nuomonė, koku laipsniu sveikatos priežiūros paslaugos atitinka jo lūkesčius, poreikius ar norus (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Pacientų sauga* – sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Pageidaujami sveikatos rezultatai* – tai sveikatos priežiūros ir jos poveikio sveikatai tikslas, kurio siekiama pacientą informavus apie galimas alternatyvias sveikatos priežiūros intervencijas ir galimus rezultatus. Ši sąvoka apima ir pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).

- *Prieinamumas* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Priimtinumumas* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Rizikos valdymas* – sveikatos priežiūros įstaigos vadybinė ir klinikinė veikla, skirta nustatyti, įvertinti ir sumažinti nepageidaujamų įvykių riziką pacientams, sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančiam personalui ir šios įstaigos lankytojams bei nuostolių riziką pačiai įstaigai (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Saugumas* – saugios SP ir jos aplinkos pacientams bei SP sektoriuje dirbantiems darbuotojams užtikrinimas, įdiegiant vieningą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Sistema* – tarpusavyje susijusių elementų, veikiančių vienas kitą siekiant bendro tikslo, visuma. Šiuos elementus sudaro žmonių, finansiniai, materialūs ir kiti ištekliai (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – įstaiga):*
  - 1) įstaiga ar įmonė, šio ir kitų įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus (toliau – paslaugos);
  - 2) įstaigos ar įmonės, kuri verčiasi kita (ne sveikatos priežiūros) veikla, filialas ar padalinys, turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas (Žin., 1998, Nr. 112 – 3099).
- *Sveikatos priežiūros kokybė* – laipsnis, kuriuo sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios šiuolaikines profesines žinias, asmeniui ir visuomenei padidina pageidaujamų sveikatos rezultatų tikimybę (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Sveikatos priežiūros paslaugos (toliau – paslaugos)* – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti LNSS veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys (Žin., 1998, Nr. 112 – 3099).
- *Sveikatos priežiūros paslaugos apima* sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, pacientų gydymo, reabilitacijos ir kitas paslaugas, kurias teikia sveikatos priežiūros specialistai sveikatos priežiūros įstaigose ir pacientų namuose (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Sveikatos priežiūros technologijos* – metodai, metodikos, procedūros, įranga, vaistai, kuriuos naudoja sveikatos priežiūros specialistai, teikdami sveikatos priežiūros paslaugas

pacientams; taip pat pagalbinės technologijos sveikatos priežiūros paslaugų teikimui bei sveikatos priežiūros organizavimas (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).

- *Sveikatos priežiūros technologijų vertinimas* – sveikatos politikos tarpdisciplininių tyrimų forma, sistemiskai analizuojanti sveikatos priežiūros technologijų taikymo medicininės, socialinės, etinės ir ekonominės pasekmes ir suteikianti moksliskai pagrįstą informaciją, reikalingą sprendimų priėmėjams (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Tęstinumas* – laipsnis, kuriuo paciento priežiūra yra koordinuojama tarp sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Tinkamumas* – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų bei patarnavimų kokybę ir efektyvumą (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Valstybinis medicininis auditas* – oficiali visų nuosavybės formų juridinių ir fizinių asmenų, kurie verčiasi asmens sveikatos priežiūra, teikiamų paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) bei ekonominio efektyvumo kontrolė ir ekspertizė (Žin., 1998, Nr. 112 – 3099).
- *Veiksmingumas* – sveikatos priežiūros intervencijų galimybės pasiekti užsibrėžtus sveikatinimo veiklos tikslus ir rezultatus įprastoje aplinkoje (Žin., 2007, Nr. 95 – 3864).
- *Visuomenės sveikatos priežiūra* – organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma (Žin., 2008, Nr. 50 – 1850).
- *Visuomenės sveikatos stiprinimas* – valstybės institucijų, savivaldos vykdomųjų institucijų, kitų juridinių ir fizinių asmenų įgyvendinamos organizacinės, teisinės, socialinės ir ekonominės priemonės, kurios padeda gausinti bei racionaliau naudoti sveikatos priežiūros išteklius, formuoti visuomenės sveikatos problemų sprendimo socialinės kontrolės sistemą, skatina visuomenės dalyvavimą formuojant valstybės ir savivaldybių sveikatos politiką, padeda kurti sveiką aplinką, skatina žmones gyventi sveikai ir didina sveikos gyvensenos motyvacijos efektyvumą, skatina sveikatos draudimo organizacijas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigas orientuoti į ekonomiškai efektyvesnes sveikatinimo priemones, grindžiamas ligų profilaktika (Žin., 2008, Nr. 50 – 1850).

**Ekspertams profesionalams interviu metu pateikti klausimai**

*I. Lietuvos sveikatos apsaugos reformos raida, situacija, perspektyvos:*

1. Kokius šiuo metu dar matote didžiausius Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos trūkumus ir problemas, lyginant su išsivysčiusiomis pasaulio ir Europos valstybėmis?
2. Ar sustiprėtų universitetiniai, 5 didžiausių Lietuvos miestų gydymo centrai, jei dar sumažėtų rajoninių ligonių skaičius bei jų teikiamos specializuotos paslaugos?
3. Ar jaučiate teigiamų dabartinės sveikatos apsaugos sistemos reformų pasekmes?
4. Ar Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje pastebėjote dalykų, kuriais būtume pranašesni už išsivysčiusias pasaulio bei Europos šalis?

*II. Lietuvos sveikatos apsaugos reformos vertinimas Respublikinės Šiaulių ligoninės atveju:*

1. Kaip atrodo Respublikinės Šiaulių ligoninės teikiamos paslaugos kitų Lietuvos ligoninių tarpe?
2. Ko reikia, kad šioje ligoninėje paslaugų kokybė ir apimtis lygiuotųsi į geriausias Lietuvos, Europos ir pasaulio gydymo įstaigas?

*III. Minimaliai invazinės chirurgijos dabartis ir ateitis Lietuvoje:*

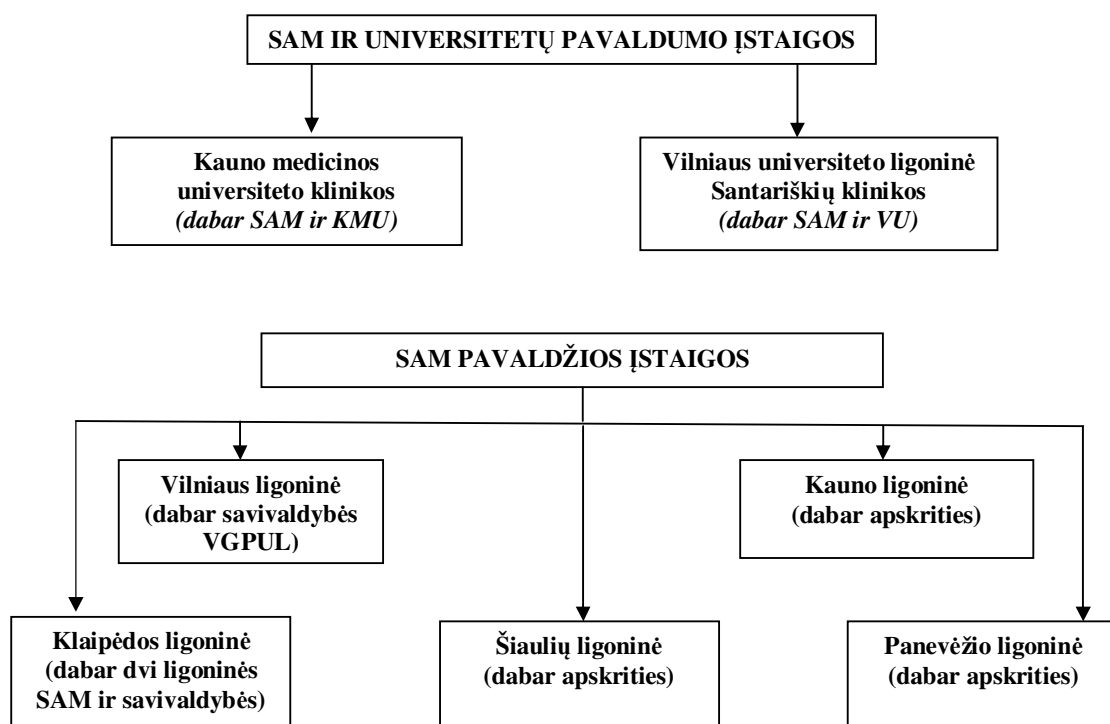
1. Kokia pasaulinė minimaliai invazinės chirurgijos raida. Ar ji reikalinga? Ir kam?
2. Ar pakankamai gerai ir sparčiai minimaliai invazinė chirurgija vystosi Lietuvoje?
3. Kokios kliūtys jai vystytis ir perspektyva Lietuvoje?

*IV. Minimaliai invazinės chirurgijos padėtis Respublikinėje Šiaulių ligoninėje:*

1. Kokie Respublikinės Šiaulių ligoninės chirurgų rezultatai minimaliai invazinės chirurgijos srityje?
2. Ko trūksta, kad ligoninės chirurgai sėkmingai plėtotų minimaliai invazinės chirurgijos sritį?
3. Kokios apimtys minimaliai invazinės chirurgijos paslaugas reikia teikti Respublikinėje Šiaulių ligoninėje?

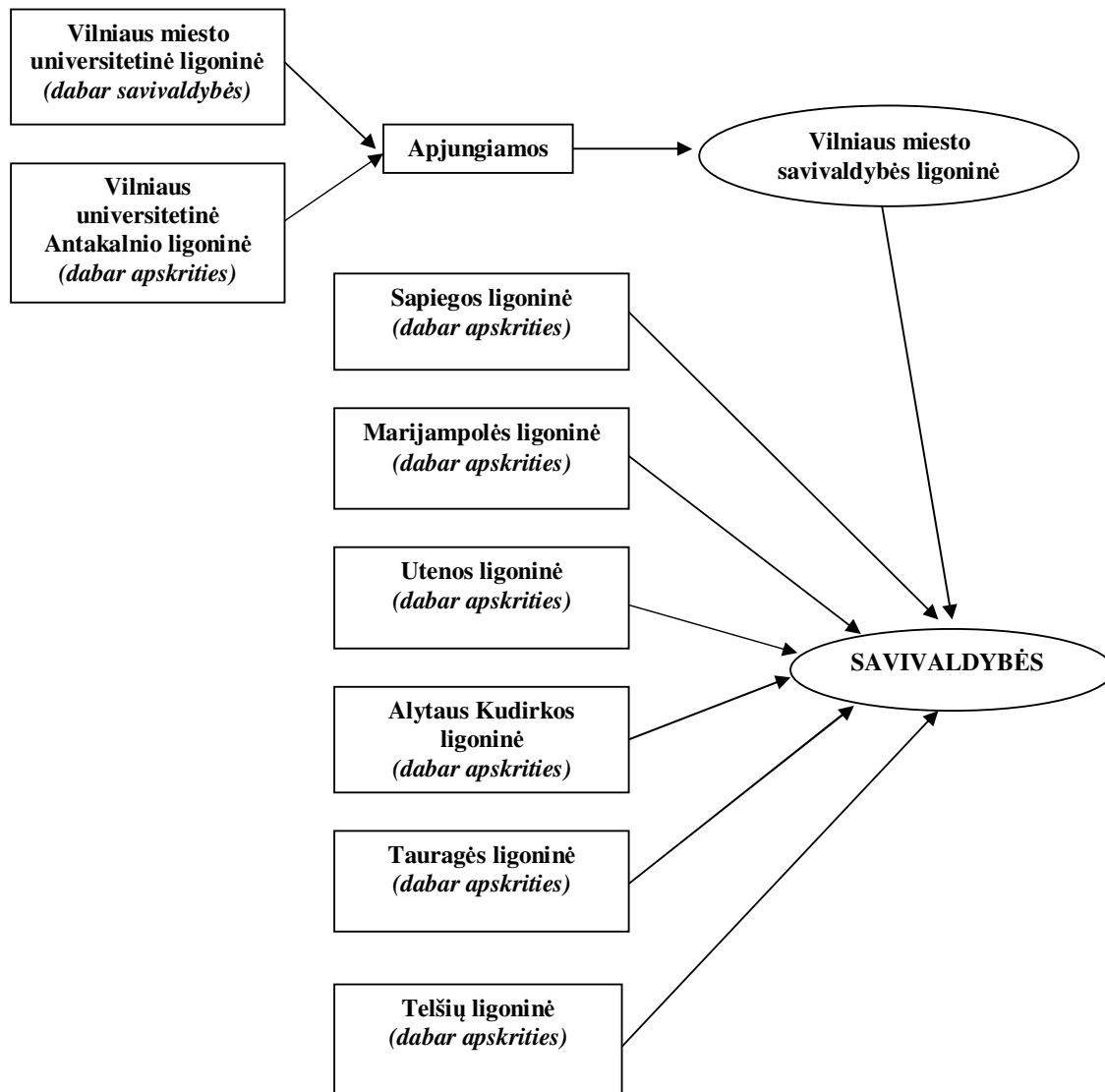


## Ligoninių pertvarkos plano projektas trečiame restruktūrizacijos etape

**VALSTYBĖS PAVALDUMO BENDROJO POBŪDŽIO LIGONINĖS**

Šaltinis: Lietuvos ligoninių tinklo pertvarkos, susijusios su apskričių naikinimu, plano projektas [žiūrėta 2010–02–20], prieiga per internetą: [http://www.sam.lt/go.php/sveikatos\\_prieziuros\\_reforma](http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma).

## Apskričių bendrojo pobūdžio ligoninių pertvarka restruktūrizacijos trečiame etape



Šaltinis: Lietuvos ligoninių tinklo pertvarkos, susijusios su apskričių naikinimu, plano projektas [žiūrėta 2010–02–20], prieiga per internetą: [http://www.sam.lt/go.php/sveikatos\\_prieziuros\\_reforma](http://www.sam.lt/go.php/sveikatos_prieziuros_reforma).

**Respublikinėje Šiaulių ligoninėje 2012 m. – 2014 m. vykdomi projektai**

1. „*Vidurio ir vakarų Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas projektas*“, projekto Nr. VP3 – 2. 1 – SAM – 01 – V – 01 – 001. Finansuojama Europos regioninės plėtros fondo ir Lietuvos Respublikos biudžeto lėšomis pagal priemonę VP3 – 2. 1 – SAM – 01 – V „Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas“. Projekto finansavimo ir administravimo sutartis sudaryta – 2010 – 07 – 30. Įgyvendinančioji institucija – VšĮ Centrinė projektų valdymo agentūra. Projekto veiklų pabaiga – 2013 – 06 – 30. Projektui įgyvendinti skirta iki 9.468.483 Lt. Finansavimo intensyvumas 100 proc. Projekto vykdytojas – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė viešoji įstaiga Kauno klinikos, Ligoninė – Projekto partneris. Projekto tikslas – gerinti širdies ir kraujagyslių ligų priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą šiaurės Lietuvos regione, investuojant į Ligoninės infrastruktūros modernizavimą ir šiuolaikinių technologijų diegimą. Projekto įgyvendinimo metu bus kapitališkai suremontuoti I ir II kardiologijos skyriai, kardiologijos reanimacija, angiografijos aparato patalpos, įsigyta moderni medicininė įranga.

2. „*Stacionariųjų paslaugų optimizavimas VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje*“, projekto Nr. VP3 – 2. 1 – SAM – 10 – V – 01 – 086. Finansuojama Europos regioninės plėtros fondo ir Lietuvos Respublikos biudžeto lėšomis pagal priemonę VP3 – 2. 1 – SAM – 10 – V „Ambulatorinių, palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų plėtra bei stacionariųjų paslaugų optimizavimas“. Įgyvendinančioji institucija – VšĮ Centrinė projektų valdymo agentūra. Projekto finansavimo ir administravimo sutartis sudaryta – 2011 – 01 – 31. Projekto veiklų pabaiga – 2011 – 12 – 31 (pratęsta iki 2012 – 07 – 30). Projekto veikloms įgyvendinti skirta iki 768.000 Lt. Projekto tikslas – išplėsti Ligoninėje teikiamas dienos chirurgijos paslaugas. Projekto įgyvendinimo metu bus įsigyta dienos chirurgijos paslaugų plėtrai skirta medicininė įranga.

3. „*Traumatologinės pagalbos infrastruktūros ir kokybės gerinimas Respublikinėje Šiaulių ligoninėje*“, projekto Nr. VP3 – 2. 1 – SAM – 02 – V – 01 – 007. Finansuojama Europos regioninės plėtros fondo ir Lietuvos Respublikos biudžeto lėšomis pagal VP – 2. 1 – SAM – 02 – V priemonę „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas“. Įgyvendinančioji institucija – VšĮ Centrinė projektų valdymo agentūra. Projekto finansavimo ir administravimo sutartis sudaryta 2010 – 02 – 26. Projekto veiklų pabaiga – 2012 – 07 – 31. Projekto veikloms įgyvendinti skirta iki 3.006.951 Lt. Projekto tikslas – gerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę

traumų ir kitų išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais Ligoninėje. Projekto įgyvendinimo metu bus atliktas Chirurgijos reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriaus apie 443 m<sup>2</sup> kapitalinis remontas ir įsigyta šiam skyriui skirta moderni medicininė įranga ir medicininiai baldai.

4. *„Diferencijuoto kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centro įkūrimas VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje“, projekto Nr. VP3 – 2. 1 – SAM – 05 – V – 01 – 004.* Finansuojama Europos regioninės plėtros fondo ir Lietuvos Respublikos biudžeto lėšomis pagal VP3 – 2. 1 – SAM – 05 – V priemonę „Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas“. Įgyvendinančioji institucija – VšĮ Centrinė projektų valdymo agentūra. Projekto finansavimo ir administravimo sutartis sudaryta 2009 – 11 – 09. Projekto veiklų pabaiga – 2011 – 09 – 30 ( pratęsta iki 2012 – 03 – 31). Projekto veikloms įgyvendinti skirta iki 2.599.357 Lt. Projekto tikslas – gerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę bei teikti įvairiapusiškas, kompleksines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas Šiaulių apskrityje, įkuriant diferencijuotos kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrą (DKPPVŠC). Projekto įgyvendinimo metu bus atlikta vaikų psichiatrijos skyriaus rekonstrukcija, įrengtas saugus kiemelis, įrengta vėdinimo sistema, pakeista dalis magistralinių vamzdynų, įsigytas naujas lengvasis automobilis mobilioms paslaugoms teikti, įsigyta kompiuterinė technika, inventorių, medicininė technika ir medicininiai baldai, baldai.

5. *„VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės ligonių priėmimo ir skubios pagalbos infrastruktūros plėtra“, projekto Nr. VP3 – 2. 1 – SAM – 02 – V – 01 – 015.* Finansuojama Europos regioninės plėtros fondo ir Lietuvos Respublikos biudžeto lėšomis pagal VP3 – 2. 1 – SAM – 02 – V priemonę „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių skubią medicinos pagalbą traumų ir kitais išorinių priežasčių sąlygotų būklių atvejais, infrastruktūros atnaujinimas“. Įgyvendinančioji institucija – VšĮ Centrinė projektų valdymo agentūra. Projekto finansavimo ir administravimo sutartis sudaryta – 2011 – 07 – 01. Veiklų pradžia – 2011 – 03 – 10. Projekto veiklų pabaiga – 2013 – 05 – 31. Projekto veikloms įgyvendinti skirta iki 11.857.000 Lt. Projekto tikslas – sumažinti mirštamumą ir neįgalumą nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių Šiaulių apskrityje, kompleksiskai modernizuojant ligonių priėmimui ir skubiai pagalbai teikti reikalingą infrastruktūrą. Planuojami rezultatai: bus pastatytas ir įrengtas šiuolaikinius statybos techninius bei gydymo įstaigoms keliamus higieninius reikalavimus atitinkantis Ligoninės Priėmimo–skubios pagalbos skyriaus naujas priestatas (apie 2700 m<sup>2</sup>), kapitališkai suremontuotos esamos Priėmimo – skubios pagalbos skyriaus patalpos (apie 743 m<sup>2</sup>). Bus išplėsta infrastruktūra, įsigyta skubios pagalbos teikimui reikiama medicininė įranga bei baldai. Pagerės Priėmimo–skubios pagalbos skyriaus

teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas ne mažiau kaip 12000 asmenų /metus.

6. *„Energijos naudojimo efektyvumo didinimas Šiaulių apskrities ligoninės Chirurgijos korpusė“, projekto Nr. VP3 – 3. 4 – ŪM – 03 – V – 01 – 039.* Finansuojama Sanglaudos fondo ir Lietuvos Respublikos biudžeto lėšomis pagal VP3 – 3. 4 – ŪM – 03 – V priemonę „Viešosios paskirties pastatų renovavimas nacionaliniu lygiu“. Projekto finansavimo sutartis sudaryta – 2009 – 04 – 30. Projekto veiklų pabaiga – 2011 – 09 – 09. Įgyvendinančioji institucija – VšĮ Lietuvos verslo paramos agentūra. Projekto veikloms įgyvendinti skirta iki 3.892.610 Lt (pakeista iki 1.753.614,72 Lt) . Projekto tikslas – rekonstruoti pastato išorinius atitvarus ir energetikos sistemą, pagerinti jų energetines charakteristikas ir sumažinti suvartojamos energijos sąnaudas. Projektas įgyvendintas, pastatas rekonstruotas, pakeisti išorės langai, durys, apšiltintos išorės sienos su cokoline dalimi, pateiktas galutinis mokėjimo prašymas ir galutinė projekto įgyvendinimo ataskaita VšĮ LVPA.

7. *„Energijos naudojimo efektyvumo didinimas Šiaulių apskrities ligoninės II Terapijos korpusė“, projekto Nr. VP3 – 3. 4 – ŪM – 03 – V – 01 – 042.* Finansuojama Sanglaudos fondo ir Lietuvos Respublikos biudžeto lėšomis pagal VP3 – 3. 4 – ŪM – 03 – V priemonę „Viešosios paskirties pastatų renovavimas nacionaliniu lygiu“. Įgyvendinančioji institucija – VšĮ Lietuvos verslo paramos agentūra. Projekto finansavimo sutartis sudaryta 2009 – 04 – 30. Projekto veiklų pabaiga– 2011 – 09 – 09 (pratęsta iki 2011 – 12 – 31). Projekto veikloms įgyvendinti skirta iki 3.860.910 Lt (pakeista iki 1.244.843,23 Lt). Projekto tikslas – rekonstruoti pastato išorinius atitvarus ir energetikos sistemą, pagerinti jų energetines charakteristikas ir sumažinti suvartojamos energijos sąnaudas. Projektas įgyvendintas, pakeisti išoriniai langai, durys, apšiltinta stogo perdanga, išorės sienos su cokoline dalimi, rekonstruotas šilumos punktas.

8. *„Energijos naudojimo efektyvumo didinimas Šiaulių apskrities ligoninės Vaikų ligų klinikoje“, projekto Nr. VP3 – 3. 4 – ŪM – 03 – V – 01 – 076.* Finansuojama Sanglaudos fondo ir Lietuvos Respublikos biudžeto lėšomis pagal VP3 – 3. 4 – ŪM – 03 – V priemonę „Viešosios paskirties pastatų renovavimas nacionaliniu lygiu“. Įgyvendinančioji institucija – VšĮ Lietuvos verslo paramos agentūra. Projekto finansavimo sutartis sudaryta 2009 – 04 – 30. Projekto veiklų pabaiga– 2011 – 09 – 09 (prašoma pratęsti iki 2012 – 02 – 28). Projekto tikslas – rekonstruoti pastato išorinius atitvarus ir energetikos sistemą, pagerinti jų energetines charakteristikas ir sumažinti suvartojamos energijos sąnaudas. Projektas įgyvendintas, pakeisti išoriniai langai, durys, rekonstruotas stogas, išorės sienos su cokoline dalimi, rekonstruoti 4 šilumos punktai.

9. „E. Sveikatos paslaugų gyventojams ir pacientams kūrimas VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje ir VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje“, projekto Nr. VP2 – 3. 1 – IVPK – 10 – V – 01 – 002. Finansuojama Europos regioninės plėtros fondo ir Lietuvos Respublikos biudžeto lėšomis pagal priemonę VP2 – 3. 1 – IVPK – 10 – V „Elektroninės sveikatos paslaugos“. Projekto finansavimo ir administravimo sutartis sudaryta 2011 – 12 – 29. Veiklų pradžia– 2012 – 01 – 01. Projekto veiklų pabaiga– 2014 – 06 – 30. Įgyvendinančioji institucija – VšĮ Centrinė projektų valdymo agentūra. Projekto veikloms įgyvendinti skirta iki 9.931.977,96 Lt.

Projektu siekiama sudaryti sąlygas gyventojams ir pacientams, naudojantis projekto metu sukurtomis e. sveikatos paslaugomis elektroniniu būdu gauti savo ligos istorijas, tyrimų, ir kitus duomenis apie asmens sveikatą, o sveikatos priežiūros įstaigoms (SPI) ir specialistams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas, tarpusavyje bendradarbiaujant ir saugiai keičiantis informacija el. priemonėmis užtikrinti savalaikes ir geros kokybės sveikatos priežiūros paslaugas.

10. Pateikta paraiška VšĮ Lietuvos verslo paramos agentūrai ES paramai gauti „Energijos naudojimo efektyvumo didinimas VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Onkologijos klinikoje“ pagal priemonę VP3 – 3. 4 – ŪM – 03 – V priemonę „Viešosios paskirties pastatų renovavimas nacionaliniu lygiu“. Paraiškos Nr. VP3 – 3. 4 – ŪM – 03 – V – 05 – 020. Prašoma skirti finansavimą 3,8 mln. Lt. Projekto eigoje numatoma įgyvendinti kompleksinį energijos taupymo ir rekonstrukcijos paketą: pakeisti naujais senus langus ir lauko duris, apšiltinti išorines sienas, atlikti klinikos stogo dalies rekonstrukciją, apšiltinant perdangą bei įrengiant šlaitinį stogą, šilumos punkto, šildymo ir vėdinimo sistemos rekonstrukciją. Įgyvendintos priemonės leis ne tik sumažinti pastato energijos ir šalto vandens sąnaudas, bet ir bus pasiektas ekonominis–socialinis efektas: pagerėtų pastato eksploatacinė būklė, pailgėtų pastato ir jo konstrukcijų, inžinerinių sistemų tarnavimo laikas bei vertė, būtų atkurtas estetinis pastato vaizdas, sumažintos įstaigos išlaidos, skirtos suvartotos energijos kaštams padengti, sutaupyta lėšas būtų galima skirti sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai ir kokybei gerinti. Projekto veiklų pradžia – 2011 m. spalio mėn. Projekto veiklų įgyvendinimo trukmė 14 mėn. Techninis rekonstrukcijos projektas parengtas, rangos darbų sutartys sudarytos, darbai pradėti vykdyti. Sprendimo skirti finansavimą nėra priimta, vyksta paraiškos vertinimas.

**PAGRINDINIAI MAGISTRO DARBO DOKUMENTAI**

**1 dokumentas**

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO  
ĮSAKYMAS( FRAGMENTAS)

**DĖL SERGAMUMO IR MIRTINGUMO NUO PAGRINDINIŲ NEINFEKCINIŲ  
LIGŲ MAŽINIMO 2007–2013 METŲ PROGRAMOS PATVIRTINIMO**

2007 m. spalio 9 d. Nr. V – 799  
Vilnius

Siekdamas įgyvendinti 2007 – 2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos, patvirtintos Europos Komisijos 2007 m. liepos 30 d. sprendimu Nr. K(2007) 3738, 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ 1 uždavinį „Teikti kokybiškas ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas“ ir užtikrinti, kad būtų efektyviai panaudotos Lietuvos sveikatos sektoriui skiriamos 2007 – 2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos lėšos,

t v i r t i n u Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007 – 2013 metų programą (pridedama).

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS RIMVYDAS TURČINSKAS

—————  
PATVIRTINTA  
Lietuvos Respublikos sveikatos  
apsaugos  
ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu  
Nr. V – 799

**SERGAMUMO IR MIRTINGUMO NUO PAGRINDINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ  
MAŽINIMO  
2007 – 2013 METŲ PROGRAMA**

**I. BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programa (toliau – Programa) parengta siekiant įgyvendinti Lietuvos 2007 – 2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategijoje konvergencijos tikslui įgyvendinti, patvirtintoje Europos

Komisijos 2007 m. balandžio 26 d. sprendimu Nr. K(2007) 1808, bei 2007 – 2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programoje, patvirtintoje Europos Komisijos 2007 m. liepos 30 d. sprendimu Nr. K(2007) 3738, išskeltus prioritetus, tikslus ir uždavinius.

2. Šios Programos paskirtis yra suplanuoti ir padėti efektyviai įsisavinti 2007–2013 m. programavimo periodo Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir bendrojo finansavimo lėšas, skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui gerinti, mažinant gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo pagrindinių neinfekcinių ligų bei išorinių priežasčių.

3. Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir bendrojo finansavimo lėšos šiai programai finansuoti bus skiriamos pagal 2007 – 2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioritetą „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ (dalis „Sveikatos institucijos“).

## **II. SITUACIJOS ANALIZĖ**

4. 2005 m. 85,5 proc. mirties priežasčių sudarė šios trys priežastys: širdies ir kraujagyslių sistemos ligos, piktybiniai navikai bei išorinės mirties priežastys (traumos, apsinuodijimai ir kt.).

5. Širdies ir kraujagyslių ligos Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, buvo ir tebėra pagrindinė mirties priežastis.

6. Mirtingumas nuo piktybinių navikų 2005 m. sudarė 18,4 proc. visų mirties atvejų ir užėmė antrą vietą bendroje mirtingumo struktūroje. Didžiausias mirtingumo nuo onkologinių ligų procentas (22,9 proc.) yra 45 – 64 m. žmonių grupėje, tai yra tarp darbingo amžiaus žmonių.

7. Išorinių priežasčių sukeltos mirtys Lietuvoje yra trečioje vietoje mirties priežasčių struktūroje. Tarp 15 – 64 metų amžiaus žmonių išorinės mirtingumo priežastys užima pirmą vietą iš visų mirties priežasčių (53,8 proc.). Traumos yra viena pagrindinių laikino užsitęsusio nedarbingumo priežasčių.

8. Psichikos sveikatos problemos, įskaitant ir savižudybes, lemia nemažą mirties ir neįgalumo atvejų dalį. Per pastaruosius metus sergamumas psichikos ligomis Lietuvoje padidėjo.

## **III. PROGRAMOS TIKSLAI**

9. Pagrindiniai programos tikslai yra šie:

9.1. gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, investuojant į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimą ir šiuolaikinių technologijų diegimą;

9.2. sumažinti sergamumą pagrindinėmis neinfekcinėmis ligomis bei mirtingumą nuo jų, tai pat ir nuo išorinių mirties priežasčių.

## **IV. PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO KRYPTYS**

10. Numatomos tokios programos įgyvendinimo kryptys:



- 10.1. sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo kryptis;
- 10.2. mirtingumo ir neįgalumo nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimo kryptis;
- 10.3. ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo kryptis;
- 10.4. psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimo kryptis.

11. Detali informacija apie esamos situacijos analizę, ryšį su kitomis sveikatos programomis, specifinius tikslus, uždavinius ir priemones, vertinimo kriterijus, numatomus pasiekti rezultatus, programos vykdytojus bei skiriamas lėšų sumas pateikiama atskirai aprašant kiekvieną anksčiau paminėtą kryptį.

## **V. SERGAMUMO IR MIRTINGUMO NUO ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ LIGŲ MAŽINIMO KRYPTIES APRAŠAS**

### **Bendrosios nuostatos**

1. Programos krypties aprašas parengtas vadovaujantis Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimu Nr. IX – 1187 (Žin., 2002, Nr. [113 – 5029](#)), išdėstytomis sveikatos apsaugos sistemos plėtros kryptimis ir Lietuvos gyventojų sergamumo bei mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V – 805. Lietuvos 2007 – 2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioritete „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas: sveikatos, švietimo ir socialinė infrastruktūra“ taip pat numatytos veiklos, skirtos mažinti sergamumą bei mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų.

2. Gyventojų mirtingumo mažėjimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilgėjimas – vienas svarbiausių sveikatos priežiūros strateginių tikslų, numatytų Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII – 833 patvirtintoje Lietuvos sveikatos programoje (Žin., 1998, Nr. [64 –1842](#)). Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų pasaulio šalių, viena dažniausių gyventojų mirties priežasčių yra širdies ir kraujagyslių ligos. Minėtoje programoje numatyta iki 2010 m. sumažinti jaunesnių nei 65 m. žmonių mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų 15 proc., o nuo išeminės širdies ligos ir insulto 65 – 74 m. žmonių grupėje – 10 proc.

3. Šios krypties aprašas nustato sveikatos priežiūros sistemos tolesnio plėtojimo kryptis, siekiant sumažinti gyventojų sergamumą bei mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Programos nuostatos suformuotos atsižvelgiant į Lietuvos situaciją ir jos palyginimą su padėtimi Europos Sąjungos (toliau – ES) šalyse senbuvėse bei sukauptą patirtį įgyvendinant Rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo, modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikiamas paslaugas, projektą.

4. Šiomis investicijomis siekiama užtikrinti paslaugų kokybę ir prieinamumą vidurio ir vakarų Lietuvos regionų gyventojams.

### **Situacijos analizė**

5. Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų miršta beveik dvigubai daugiau gyventojų negu vidutiniškai ES šalyse senbuvėse. Šis rodiklis yra ypač didelis vyresnių nei 64 m. asmenų amžiaus grupėje, kurioje net 66 proc. mirties atvejų priežastimi yra širdies ir kraujagyslių sistemos ligos.

6. Širdies ir kraujagyslių ligos Lietuvoje yra daugiausia darbingo (45 – 64 m. amžiaus grupė) ir vyresniojo amžiaus gyventojų problema. Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis, rizika susirgti šiomis ligomis padidėja nuo 40 – 55 metų amžiaus ir tolygiai didėja vyresnio amžiaus grupėse. Taigi šios ligos yra tipinė senstančios visuomenės problema.

7. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, 2005 m. nuo kraujotakos sistemos ligų mirė 54,4 proc. žmonių, nuo piktybinių navikų – 18,4 proc., nuo išorinių priežasčių – 12,7 proc., nuo kvėpavimo sistemos ligų – 4 proc. 8. 2005 m. mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis daugiau kaip 31 procentu viršijo kitas dvi pagrindines mirties priežastis kartu sudėjus. Mirtingumo išorinės priežastys ir piktybiniai navikai kartu paėmus tapo 398,2 atvejo mirties priežastimi (skaičiuojant 100 000 gyventojų), širdies ir kraujagyslių sistemos ligos sąlygojo 697,7 mirties atveju 2005 metais (skaičiuojant 100 000 gyventojų).

9. Standartizuotas pagal Europos standartinę populiaciją bendrasis Lietuvos mirtingumo rodiklis 2003 metais siekė 1008,3 100000 gyventojų ir buvo net 40 procentų didesnis už ES šalių senbuvų vidurkį. Didžiausią įtaką šiam skirtumui turėjo kraujotakos sistemos ligų nulemtas mirtingumas. Mirtingumas nuo galvos smegenų insulto Lietuvoje buvo net 2,5 karto didesnis už ES šalių senbuvų, o nuo išeminės širdies ligos – net 3 kartus didesnis. 2004 metais širdies ir kraujagyslių sistemos ligos 29,3 proc. atvejų buvo pirmą kartą nustatyto neįgalumo priežastimi. Neįgalumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų lėmė dvi pagrindinės šių ligų grupės: galvos smegenų kraujotakos sutrikimai (36 proc.) ir išeminė širdies liga (30 proc.).

10. Trys ketvirtadaliai visų insultų išstinka žmones vyresnius nei 65 metų. Mirtingumas nuo insulto kiekvienoje iš 65 – 69, 70 – 74, 75 – 79 amžiaus grupių dvigubėja (t. y. mirtingumas nuo insulto 75 – 79 amžiaus grupėje yra du kartus didesnis už 70 – 74 amžiaus grupės mirtingumą nuo insulto ir net keturis kartus didesnis už mirtingumą 65 – 69 amžiaus grupėje).

11. Lietuvos gyventojų pagal amžiaus grupes struktūra patvirtina, kad mūsų visuomenė sensta. Lietuvos Statistikos departamento duomenimis, 1990 metais vyresni nei 65 metų amžiaus gyventojai sudarė 11,1 proc. visų Lietuvos gyventojų, 2006 metais – 15,3 proc., o 2007 metais – jau

15,6 proc. Gimstamumas Lietuvoje nuo 1990 metų, kuomet tūkstančiui gyventojų teko 15,4 gimimo, iki 2003 mažėjo (tūkstančiui gyventojų teko 8,6 gimimo), tačiau paskutiniaisiais metais stabilizavosi ir 2005 metais tūkstančiui gyventojų teko 9,2 gimimo.

12. Senstančioje visuomenėje sparčiai didėja sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis. Didėjantis sergamumas neišvengiamai paaštrins socialines ir ekonomines problemas – didės išlaidos gydymo paslaugoms.

13. Vidutinė gyvenimo trukmė Lietuvoje atsilieka nuo Vidurio ir Rytų Europos gyvenimo trukmės vidurkio. Tikėtina vidutinė moterų gyvenimo trukmė, Lietuvos Statistikos departamento paskaičiavimais, 2005 m. buvo 77,4 m., o vyrų – 65,4 m. Visuomenės senėjimo tendencijoms didelę įtaką pastaruoju metu daro didėjanti Lietuvos gyventojų emigracija į kitas šalis.

14. Nepakankamas sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimas širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos įranga yra vienas iš veiksnių, lemiančių nepakankamą pirminės sveikatos priežiūros specialistų budrumą, nustatant susirgimų širdies ir kraujagyslių ligomis riziką. Be to, tai riboja ankstyvos širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos galimybes ir reikiamą ligų profilaktiką. Netolygus specializuotų paslaugų prieinamumas sąlygoja pavėluotą gyventojų kreipimąsi į sveikatos priežiūros įstaigas, nepakankamą paslaugų apimtį.

15. Širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikai laiku, gydymui ir profilaktikai taip pat svarbi ir specializuota ambulatorinė pagalba, t. y. kardiologų ir neurologų konsultacijos, kurios gali užtikrinti, kad susirgimas bus laiku diagnozuotas ir pradėtas gydyti.

16. Ligoninių turimos medicininės įrangos būklė yra tik patenkinama. Tai ypač akivaizdu vertinant elektrokardiografinės, radiologinės, echoskopinės, intervencinės diagnostikos technikos resursus. Ši įranga Lietuvoje yra eksploatuojama vidutiniškai du kartus intensyviau nei Europos šalyse senbuvėse, jos nepakanka. Intensyvi įrangos eksploatacija ankstina jos susidėvėjimą.

### **Programos krypties ryšys su kitomis Lietuvoje vykdomomis ar rengiamomis sveikatos programomis ir strategijomis**

17. Ši Programos kryptis atitinka Nacionalinę Lisabonos strategijos įgyvendinimo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. lapkričio 22 d. nutarimu Nr. 1270 (Žin., 2005, Nr. [139 – 5019](#)). Investicijos į širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikai ir gydymui naudojamą medicininę įrangą turės žymios įtakos širdies ir kraujagyslių ligomis sergančių pacientų gyvenimo trukmei, sumažins pacientų nedarbingumą.

18. Investicijos pagal šią Programos kryptį pratęs ir papildys pagal Lietuvos 2004 – 2006 m. bendrojo programavimo dokumento, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. rugpjūčio 2 d. nutarimu Nr. 935 „Dėl Lietuvos 2004 – 2006 metų bendrojo programavimo dokumento patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. [123 – 4486](#); 2005, Nr. [126 – 4480](#)), 1.4 priemonę „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas“ šioje srityje padarytas investicijas.

19. Galvos smegenų insulto profilaktikos ir kontrolės 2006 – 2008 metų programa patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. birželio 1 d. įsakymu Nr. V – 454 (Žin., 2006, Nr. [83 – 3304](#)). Šios programos tikslas – mažinti sergamumą ir mirštamumą nuo galvos smegenų insulto, gerinti persirgusiųjų galvos smegenų insultu gyvenimo kokybę. Programoje numatyti 3 uždaviniai: užtikrinti kompleksinių profilaktinių priemonių prieinamumą ir efektyvumą, užtikrinti ankstyvą galvos smegenų kraujotakos sutrikimų diagnostiką ir užtikrinti kompleksinių šiuolaikinio medicinos mokslo įrodymais pagrįstų gydymo priemonių prieinamumą bei efektyvumą. Šios programos tikslo įgyvendinimo priemonės yra šios: pirminė galvos smegenų insulto profilaktika; antrinė galvos smegenų insulto profilaktika; ankstyvos diagnostikos užtikrinimas laiku: kaklo ir smegenų arterijų ultragarsinis tyrimas, galvos smegenų kompiuterinė tomografija; moksliniais įrodymais pagrįsto ir efektyvaus galvos smegenų insulto ištyktų ligonių gydymo užtikrinimas; kokybiškų informacijos apie paciento sveikatos būklę ir gydymą mainų tarp įvairių lygių paslaugas teikiančių specialistų ir asmens sveikatos priežiūros priemonių tęstinumo užtikrinimas.

20. Lietuvos Respublikos Seimo 2006 m. liepos 18 d. nutarimu Nr. X – 767 patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 – 2008 m. programoje (Žin., 2006, Nr. [80 – 3143](#)) vienas iš išskirtų įsipareigojimų (6.5) – užtikrinti dažniausių ligų (širdies ir kraujagyslių ligų, vėžio, cukrinio diabeto) ankstyvą diagnostiką ir veiksmingą gydymą.

21. 2007 – 2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programa, patvirtinta 2007 m. liepos 30 d. Europos Komisijos sprendimu, kurios 2 prioriteto „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas“ aprašomos sveikatos infrastruktūros krypties „Sveikatinimo veiklos tobulinimas, sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimas“ viena iš numatytų sričių yra Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas.

22. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. [74 – 2827](#)) patvirtintoje Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijoje numatyti antrojo restruktūrizavimo etapo (2006 – 2008 m.) pagrindiniai tikslai:

- 22.1. nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
- 22.2. tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą;
- 22.3. toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą;
- 22.4. optimaliai naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius.

#### **Tikslai**

23. Programos krypties tikslas yra sumažinti gyventojų sergamumą bei mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų, pailginti vidutinę gyvenimo trukmę bei pagerinti gyvenimo kokybę, modernizuojant sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą.

#### **Uždaviniai**

24. Užtikrinti kompleksinių profilaktinių, diagnostinių ir gydymo priemonių prieinamumą bei efektyvumą.
25. Pagerinti širdies ir kraujagyslių ligų srities sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą.

#### **Vertinimo kriterijai**

26. Hospitalizacijos dėl širdies ir kraujagyslių ligų skaičiaus 1000 gyventojų sumažėjimas.
27. Vidutinės gulėjimo ligoninėje dėl širdies ir kraujagyslių ligų trukmės sumažėjimas.
28. Darbo dienų praradimų dėl širdies ir kraujagyslių ligų sumažėjimas.
29. Modernizuotų stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas (širdies ir kraujagyslių ligos) teikiančių įstaigų skaičius.
30. Modernizuotų ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas (širdies ir kraujagyslių ligos) teikiančių įstaigų skaičius.
31. Pacientų skaičius, kuriems pagerėjo sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas.

#### **Numatomi pasiekti rezultatai**

32. Modernizuotų sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis, skaičius – 34.
33. Padidintas sveikatos priežiūros paslaugų skaičius (bus įdiegtos naujos širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir gydymo metodikos).
34. Vidutinio gulėjimo ligoninėje (širdies ir kraujagyslių ligos) laiko sumažėjimas vidutiniškai viena para.
35. Hospitalizacijų dėl širdies ir kraujagyslių ligų skaičiaus 1000 gyventojų sumažėjimas iki 10 proc.
36. Pacientų / asmenų skaičius, kuriems pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, – apie 600 tūkst.

### **Papildomi tikėtini rezultatai**

37. Šeimos gydytojai, aprūpinti elektrokardiografijos aparatais su kompiuterinio ryšio galimybe, galės daug operatyviau ir tiksliau diagnozuoti širdies ir kraujagyslių ligas, pagerės jų kontaktai su specializuotas ambulatorines paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų ir ligoninių kardiologais.

38. Apskričių ir savivaldybių ligoninės bus aprūpintos reanimacinėmis lovomis su visa būtina įranga kovai su grėsmingais ūmiais širdies ir kraujagyslių susirgimais, tai leis laiku ir kvalifikuotai suteikti būtiną pagalbą. Laboratorinė kraujo krešėjimo ir fermentų nustatymo įranga įgalins ligonines greičiau ir tiksliau diagnozuoti širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimus, laiku imtis profilaktinių priemonių siekiant išvengti infarkto, insulto, kraujavimų ar trombozių. Doplerinė kraujagyslių tyrimo įranga padės tiksliau diagnozuoti periferinių arterijų ūminę ir lėtinę patologiją.

39. Bus atnaujinta ambulatorinės kardiologinės ir neurologinės pagalbos (susijusios su galvos smegenų kraujagyslių ligų diagnostika) kabinetų diagnostinė aparatūra, įrengiant juose elektrokardiografinę, krūvio mėginių bei echokardiografinę įrangą, kuri leis iš esmės pagerinti specializuotos kardiologinės ir neurologinės pagalbos (susijusios su galvos smegenų kraujagyslių ligų diagnostika) prieinamumą, ypač nutolusių nuo universitetinių centrų regionų gyventojams, sumažins

sudėtingų tyrimų kartojimo dažnį, eiles pas specialistus, paspartins detalų ištyrimą, taip pat padės išvengti pirminių ir pakartotinių hospitalizavimų, leis sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų paūmėjimų bei jų komplikacijų dažnį.

40. Ligonines, turinčias kardiologijos skyrius, aprūpinus elektrokardiografinę, krūvio mėginių, EKG monitoravimo bei echokardiografinę įrangą, pagerės stacionarių kardiologijos paslaugų kokybę, trumpės gulėjimo ligoninėje trukmė, mažės pakartotinių hospitalizavimų skaičius, mažės planinių ligonių stacionarizavimo eilės.

41. Ligonines su interveicinės kardiologijos pagalbos galimybėmis aprūpinus šiuolaikine interveicine tyrimo ir gydymo įranga, įkūrus jose padalinius, teikiančius dienos chirurgijos paslaugas ligoniams po intervencijų, iš esmės pagerės interveicinės kardiologijos pagalbos teikimas Lietuvos gyventojams.

42. Kokybiškai ir kiekybiškai atnaujinus interveicinės radiologijos įrangą, iš esmės pagerės šiuolaikinių interveicinės radiologijos paslaugų prieinamumas ir kokybė.

43. Pozitronų emisijos tomografijos, magnetinio rezonanso, daugiasluoksnės kompiuterinės tomografijos technologijų įdiegimas sudarys galimybes Lietuvos kardiologams ir neurologams iš esmės pagerinti ankstyvą širdies ir kraujagyslių ligų diagnostiką bei pasiekti geriausius pasaulinius

kardiologinės ir neurologinės (susijusios su galvos smegenų kraujagyslių ligomis) diagnostikos standartus.

### **Priemonės uždaviniams įgyvendinti**

44. Pagrindinės širdies ir kraujagyslių ligų intervencinės diagnostikos bei gydymo procedūros yra atliekamos penkiose sveikatos priežiūros įstaigose (VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose; VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikose; VšĮ Klaipėdos Jūrininkų ligoninėje; VšĮ Panevėžio apskrities ligoninėje, VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje), o sudėtingesnės intervencinės procedūros yra atliekamos universitetų ligoninėse Vilniuje ir Kaune. Šios pagalbos koncentravimas yra būtinas, kadangi kvalifikuotam širdies ir kraujagyslių sistemos ligų gydymui reikalingi labiausiai patyrę specialistai ir pažangiausia diagnostikos ir gydymo įranga. Tik tuomet galima tikėtis geriausių gydymo rezultatų. Numatoma toliau stiprinti šias sveikatos priežiūros įstaigas.

45. Išskeltiems Programos krypties uždaviniams įgyvendinti reikalingos tokios priemonės:

45.1. Šeimos gydytojus aprūpinti elektrokardiografijos aparatais su kompiuterinio ryšio galimybe.

45. 2. Atnaujinti sveikatos priežiūros įstaigų kabinetus, kuriuose teikiamos ambulatorinės kardiologinės ir neurologinės paslaugos, įrengiant juose elektrokardiografinę, krūvio mėginių bei echokardiografinę įrangą.

45. 3. Modernizuojant apskričių ir savivaldybių ligonines, numatoma jas aprūpinti reanimacinėmis lovomis su visa būtina įranga kovai su grėsmingais ūmiais širdies ir kraujagyslių susirgimais, laboratorine kraujo krešėjimo ir fermentų nustatymo įranga ir doplerine kraujagyslių tyrimo įranga.

45. 4. Ligonines, turinčias kardiologijos skyrius, aprūpinti elektrokardiografinę, krūvio mėginių, EKG monitoravimo bei echokardiografinę įrangą.

45. 5. Ligonines su intervencinės kardiologijos pagalbos galimybėmis aprūpinti šiuolaikine intervencine tyrimo ir gydymo įranga, įkurti jose padalinius, teikiančius dienos chirurgijos paslaugas ligoniams po intervencijų.

45. 6. Įdiegti pozitronų emisijos tomografijos, magnetinio rezonanso, daugiasluoksnės kompiuterinės tomografijos technologijas VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikose.

45. 7. Modernizuoti angiochirurgijos ir kardiochirurgijos įrangą, taip pat neurochirurgijos įrangą, kuri naudojama galvos smegenų kraujagyslių ligų diagnostikai ir gydymui, šią pagalbą teikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose.

## Vykdytojai

46. Projektą pagal šią programos kryptį įgyvendins VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos ir partneriai pagal tarpusavio sutartis.

47. Vykdytojai:

**48. Kauno apskritis:**

48. 1. VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikos;

48. 2. VšĮ Kauno apskrities ligoninė;

48. 3. VšĮ Jonavos ligoninė;

48. 4. VšĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė;

48. 5. VšĮ Raseinių ligoninė;

48. 6. VšĮ Kaišiadorių ligoninė;

48. 7. VšĮ Kėdainių ligoninė;

48. 8. VšĮ Prienų ligoninė.

**49. Vilniaus apskritis:**

49. 1. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;

49. 2. VšĮ Ukmergės ligoninė;

49. 3. VšĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė.

**50. Alytaus apskritis:**

50.1. VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė;

50.2. VšĮ Lazdijų ligoninė.

**51. Utenos apskritis:**

51. 1. VšĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninė.

**52. Tauragės apskritis:**

52. 1. VšĮ Tauragės apskrities ligoninė;

52. 2. VšĮ Šilalės rajono ligoninė;

52. 3. VšĮ Jurbarko ligoninė.

**53. Telšių apskritis:**

53. 1. VšĮ Telšių apskrities ligoninė;

53. 2. VšĮ Mažeikių ligoninė;

53. 3. VšĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninė.

**54. Šiaulių apskritis:**

54. 1. VšĮ Šiaulių apskrities ligoninė;

54. 2. VšĮ Pakruojo ligoninė;



- 54. 3. VšĮ Kelmės ligoninė;
- 54. 4. VšĮ Joniškio ligoninė;
- 54. 5. VšĮ Radviliškio ligoninė.

**55. Marijampolės apskritis:**

- 55. 1. VšĮ Marijampolės ligoninė;
- 55. 2. VšĮ Vilkaviškio ligoninė;
- 55. 3. VšĮ Šakių ligoninė.

**56. Panevėžio apskritis:**

- 56. 1. VšĮ Panevėžio apskrities ligoninė;
- 56. 2. VšĮ Pasvalio ligoninė;
- 56. 3. VšĮ Biržų ligoninė.

**57. Klaipėdos apskritis:**

- 57. 1. VšĮ Klaipėdos Jūrininkų ligoninė;
- 57. 2. VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė;
- 57. 3. VšĮ Šilutės ligoninė.

58. Šeimos gydytojų kabinetų, kuriuos numatoma aprūpinti elektrokardiografijos aparatais su kompiuterinio ryšio galimybe, sąrašas bus tvirtinamas atskiru sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

**Numatomos skirti lėšos**

59. Šiai programos kryptčiai įgyvendinti skiriama iki **158,964 mln. litų** (iš jų iki 135,119 mln. litų – ES struktūrinių fondų paramos lėšos.

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos Seimo

2011 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. XI – 1430

**LIETUVOS SVEIKATOS SISTEMOS 2011–2020 METŲ PLĖTROS METMENYS  
(DOKUMENTO FRAGMENTAS)**

**I. BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Lietuvos sveikatos sistemos 2011 – 2020 metų plėtros metmenys (toliau – Metmenys) – tai konceptualus dokumentas, kuriame, siekiant įgyvendinti svarbiausius valstybės siekius, taip pat sveikatos sistemos misiją, viziją ir pagrindinius principus, išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys ir numatyta jų įgyvendinimo strategija.

2. Metmenų tikslas – nustatyti nuoseklią ir kryptingą sveikatos sistemos plėtrą, siekiant sukurti efektyvesnę ir konkurencingesnę sveikatos sistemą.

3. Metmenys atitinka Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimu Nr. I – 1939 (Žin., 1991, Nr. 33 – 893), Lietuvos sveikatos programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 18 d. nutarimu Nr. VIII – 833 (Žin., 1998, Nr. 64 – 1842), Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. IX – 1187 (Žin., 2002, Nr. 113 – 5029), Lietuvos ūkio (ekonomikos) plėtros iki 2015 metų ilgalaikėje strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 12 d. nutarimu Nr. 853 (Žin., 2002, Nr. 60 – 2424) ir Nacionalinėje darnaus vystymosi strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 11 d. nutarimu Nr. 1160 (Žin., 2003, Nr. 89 – 4029) nustatytas sveikatos sistemos plėtros kryptis, numato ir patikslina tolesnę jų įgyvendinimo strategiją.

4. Metmenys parengti vykdant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 – 2012 metų programos įgyvendinimo priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. vasario 25 d. nutarimu Nr. 189 (Žin., 2009, Nr. 33 – 1268), 2 lentelės 90 punktą ir 3 lentelės 1289 punktą. Metmenis rengė darbo grupė, sudaryta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. balandžio 19 d. įsakymu Nr. V – 294 „Dėl darbo grupės Sveikatos sistemos plėtros 2010 – 2015 metais metmenims parengti sudarymo“. Darbo grupę sudarė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, Respublikos Prezidento kanceliarijos, Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos

reikalų komiteto, Ministro Pirmininko tarnybos, Nacionalinės sveikatos tarybos, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Sveikatos sistemos reformos biuro, Higienos instituto, VšĮ Kauno medicinos universiteto klinikų, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų, Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos, Lietuvos gydytojų sąjungos, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos, Lietuvos slaugos specialistų organizacijos atstovai.

5. Rengiant dokumentą buvo atsižvelgta į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. lapkričio 28 d. įsakymu Nr. V – 1015 sudarytos darbo grupės parengtą Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008 – 2015 metais metmenų projektą, užsienio valstybių patirtį, įvertinta esama sveikatos sistemos padėtis Lietuvoje, remtasi pacientų, mokslininkų, sveikatos priežiūros ir kitų sričių specialistų nuomone ir pasiūlymais.

6. Metmenys numatyti 2011 – 2020 metų laikotarpiui.

### **III. MISIJA**

18. Sveikatos sistemos misija – motyvuoti žmones sveikai gyventi, skatinti ligų prevenciją, o jiems susirgus – suteikti kokybiškas reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus išteklius.

### **IV. VIZIJA IR PRINCIPAI**

19. Sveikatos sistemos vizija – sveikesnis žmogus, laimingesnė ir darbingesnė visuomenė, stipresnė valstybė.

20. Lietuvos valstybės sveikatos sistemos politika formuojama ir įgyvendinama remiantis šiais principais:

20.1. teismo – kiekvienas žmogus turi teisę siekti aukščiausio savo sveikatos lygio, tačiau to siekdamas negali riboti tokios pačios kitų žmonių teisės;

20.2. solidarumo – sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos jų nediferencijuojant pagal žmonių sumokėtų įmokų dydį, užtikrinant kryžminį subsidiarumą (sveikas padeda sergančiajam, turtingas – neturtingam, jaunas – senam, dirbantysis – nedirbančiajam);

20.3. prieinamumo – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ekonominį, komunikacinį ir organizacinį priimtinumą asmeniui ir visuomenei;

20.4. priimtino – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį;

20.5. lygybės – sveikatos priežiūra turi būti prieinama visiems gyventojams, nepriklausomai nuo amžiaus, rasės, tautybės, lyties, socialinės grupės, vadovaujantis pagrindiniu kriterijumi – pagrįstu sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu;

20.6. visapusiškumo – žmogus turi turėti galimybę gauti reikiamą sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, medicininės reabilitacijos, slaugos ir kitą sveikatos priežiūrą;

20.7. laisvo pasirinkimo – žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą;

20.8. sąžiningos konkurencijos – sveikatos sistemoje paslaugų teikėjai steigiasi ir veikia iš dalies valstybės reguliuojamoje rinkoje, tačiau sąžiningos konkurencijos sąlygomis;

20.9. sveikatos politikos tęstinumo ir nuoseklumo – užtikrinant sveikatos priežiūros politikos tęstinumą, nepriklausomai nuo politinių partijų įtakos ir kaitos;

20.10. pagrįstumo – sprendimai sveikatos sektoriuje turi būti priimami vadovaujantis mokslo įrodymais ir gera praktika pagrįstais klinikiniais bei vadybiniais sprendimais;

20.11. lygiateisiškumo – visi sveikatos sistemos dalyviai – ir paslaugų gavėjai, ir jų teikėjai – yra lygiateisiai partneriai;

20.12. skaidrumo – visuomenės ir paciento informavimas apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansuojamų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, papildomo sveikatos draudimo ir mokamų sveikatos priežiūros paslaugų gavimo galimybes;

20.13. integralumo – užtikrinant darnų visaapimantį (holistinį) požiūrį į individo ir visuomenės sveikatą, kaip fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę.

## **V. TOLESNĖS SVEIKATOS SISTEMOS PLĖTROS KRYPTYS IR JŲ ĮGYVENDINIMO STRATEGIJA**

21. Tolesnės sveikatos sistemos plėtros įgyvendinimo strategija parengta atsižvelgus į sveikatos sistemos plėtros kryptis, įvardytas Metmenų 22 punkte, ir sprendžiant pagrindines sveikatos sistemos problemas, nurodytas Metmenų 13 punkte.

22. Atsižvelgus į pagrindines dabartines sveikatos sistemos problemas ir įvertinus jų priežastis, tolesnę sveikatos sistemos plėtrą siūloma vykdyti šiomis kryptimis:

22.1. sveikatos stiprinimo;

22.2. ligų prevencijos, sergamumo ir mirtingumo mažinimo;

22.3. sveikatos priežiūros vadybos ir finansavimo tobulinimo;

22.4. sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės ir saugos gerinimo.

23. Siekiant formuoti ir įgyvendinti nuoseklią sveikatos politiką, siūloma:

23.1. stiprinant sveikatą:

23.1.1. nuolat teikti visuomenei informaciją apie žalingų įpročių (alkoholio, tabako, narkotikų vartojimo) ir sveikos gyvensenos įtaką sveikatai;

23.1.2. siekti, kad atliekant esminių pokyčių valstybėje poveikio vertinimą, būtų įtrauktas poveikio visuomenės sveikatai, ypač atskirų visuomenės grupių, kurioms dėl objektyvių kriterijų turi būti skiriamas ypatingas dėmesys (vaikams, pagyvenusiems žmonėms ir pan.), vertinimas;

23.1.3. siekti įtvirtinti pareigą darbdaviams sudaryti sąlygas darbuotojams kiekvienais metais profilaktiškai pasitikrinti sveikatą;

23.1.4. didinti savivaldybių vaidmenį formuojant ir įgyvendinant sveikatos politiką vietos lygiu:

23.1.4.1. plėtoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje, steigiant ir išlaikant savivaldybių visuomenės sveikatos biurus, ir gerinti teikiamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę;

23.1.4.2. stiprinti savivaldybių vaidmenį teikiant ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (slaugos paslaugas namuose, paliatyviosios pagalbos, ilgalaikės priežiūros paslaugas, psichikos sveikatos priežiūros paslaugas ir kita) bendruomenėje ir namuose;

23.1.5. rekomenduoti savivaldybėms įtraukti sveikatos priežiūros specialistus, nevyriausybinės organizacijas ir socialinius partnerius į savivaldybių parengtų sveikatos ir socialinių problemų sprendimo programų rengimą ir įgyvendinimą;

23.1.6. rekomenduoti Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijai integruoti sveikos gyvensenos ugdymą ir sveikatos mokymą į mokymo ir ugdymo programas;

23.1.7. siekti, kad visuomenės sveikatos politika valstybės ir savivaldybių lygmeniu būtų formuojama bendru visų visuomenės grupių sutarimu, dalyvaujant visuomenės sveikatos profesionalams, bendruomenės atstovams, visuomeninėms organizacijoms ir kita;

23.2. vykdant ligų prevenciją, mažinant sergamumą ir mirtingumą:

23.2.1. įtraukti į šią veiklą visus sveikatos priežiūros specialistus pagal jų profesinę kompetenciją;

23.2.2. vykdyti aktyvią priklausomybės ligų prevenciją, valstybės ir savivaldybių lėšomis įgyvendinti moksliskai pagrįstas ir efektyvias žalingų įpročių prevencijos programas;

23.2.3. įgyvendinti lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos programas;

23.2.4. įgyvendinti šiuolaikinėmis mokslo žiniomis pagrįstus visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo, psichikos sutrikimų prevencijos metodus, siekiant užkirsti kelią savižudybėms, prievartai, psichologinėms krizėms;

23.3. tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą:

23.3.1. tobulinti sveikatos sistemos valdymą, aiškiai atribojant sveikatos politiką formuojančių ir ją įgyvendinančių institucijų funkcijas;

23.3.2. tobulinti privalomąjį sveikatos draudimą, užtikrinant geresnę gyventojų apsaugą nuo ypač didelių sveikatos priežiūros išlaidų, stiprinant paciento, kaip sveikatos sistemos kliento, statusą, gerinant sveikatos draudimo paslaugų kokybę ir užtikrinant geresnes pasirinkimo galimybes;

23.3.3. diegti valstybės mastu stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą, taikant giminingų diagnozių grupių metodą;

23.3.4. siekti atsakyti sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo iš valstybės investicijų programos lėšų, įtraukiant visas su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu susijusias išlaidas į sveikatos priežiūros paslaugų įkainius;

23.3.5. apskaičiuoti realius sveikatos priežiūros paslaugų įkainius kaip pagrindinę prielaidą papildomajam (savanoriškajam) sveikatos draudimui įgyvendinti;

23.3.6. sudaryti prielaidas papildomajam (savanoriškajam) sveikatos draudimui, laiduojančiam pacientams privalomojo sveikatos draudimo neapmokamų paslaugų kompensavimą ir papildomus piniginius išteklius sveikatos sistemai finansuoti, kaip priemonei išvengti neoficialių mokėjimų;

23.3.7. siekti, kad valstybės išlaidos sveikatos apsaugai sudarytų prielaidas pasiekti išsivysčiusių Europos Sąjungos valstybių narių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės rodiklius;

23.3.8. užtikrinti viešą ir skaidrų sprendimų priėmimą, kviečiant bendruomenę bei visuomenines organizacijas dalyvauti formuojant ir įgyvendinant sveikatos politiką;

23.3.9. skatinti sveikatos priežiūros specialistų, pacientų organizacijas ir asociacijas jungtis į stambesnius vienetus ir plačiau atstovauti savo interesams, aktyviau įtraukti visuomenines organizacijas į įvairių sveikatos programų įgyvendinimą;

23.3.10. sudaryti lygias sąlygas ir vienodas galimybes teikti sveikatos priežiūros paslaugas valstybės ir privataus sektorių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams;

23.3.11. mažinti korupcijos ir neetiško elgesio apraiškas sveikatos sektoriuje;

23.3.12. sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų išteklių nenaudoti sveikatos priežiūros specialistams rengti;

23.4. gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą:

23.4.1. sukurti sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo ir technologijų vertinimo sistemą;

23.4.2. mažinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus;

23.4.3. plėsti sveikatos priežiūros paslaugų, atitinkančių šiuolaikinius medicinos mokslo teorijos ir praktikos laimėjimus, spektrą;

23.4.4. apibrėžti sveikatos priežiūros įstaigose teikiamas globos ir socialines paslaugas, kurios turi būti apmokamos socialinio sektoriaus lėšomis, bei socialinių paslaugų įstaigose teikiamas slaugos ir kitas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios turi būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis;

23.4.5. sukurti finansavimo mechanizmą, kuris palengvintų slaugos ir globos paslaugų integravimą;

23.4.6. gerinti vaistų prieinamumą ir mažinti jų kainas;

23.4.7. įgyvendinti priemones, kurios užkirstų kelią falsifikuotiems vaistams patekti į rinką;

23.4.8. paskatinti Ūkio, Žemės ūkio, Susisiekimo, Socialinės apsaugos ir darbo, Aplinkos, Švietimo ir mokslo, Vidaus reikalų ministerijas parengti savo kuruojamos srities priemones, kurios skatintų su sveikata ir sveikatos priežiūra susijusius tyrimus ir naujoves.

24. Siekiant sukurti efektyvią sveikatos priežiūros organizavimo sistemą, siūloma:

24.1. stiprinant sveikatą:

24.1.1. sukurti visą gyvenimą trunkančio sveikatos ugdymo ir mokymo sistemą, pradedant šią veiklą vykdyti vaikų ugdymo ir mokymo įstaigose;

24.1.2. stiprinti bendruomenės veiklą, nustatant prioritetus, priimant sprendimus, planuojant strategijas, jas įgyvendinant, kad būtų pasiekta geresnė sveikata;

24.1.3. sukurti papildomą mechanizmą ir finansavimo šaltinį bendruomenių visuomenės sveikatos programoms finansuoti;

24.2. vykdant ligų prevenciją, mažinant sergamumą ir mirtingumą:

24.2.1. aktyviau įgyvendinti profilaktines programas, sukuriant efektyvesnę gyventojų kvietimų į profilaktinį patikrinimą sistemą, bei tobulinti neinfekcinių ligų ir jų rizikos veiksnių ankstyvo nustatymo ir kontrolės sistemą;

24.2.2. bendradarbiauti su savivaldybėmis, įtraukiant sveikatos priežiūros specialistus, nevyriausybinės organizacijas ir socialinius partnerius į savivaldybių parengtų sveikatos ir socialinių programų įgyvendinimą;

24.2.3. skatinti darbdavius rūpintis darbuotojų darbo aplinka ir sveikata;

24.2.4. skatinti tėvus (globėjus, rūpintojus) rūpintis vaikų sveikata ir užtikrinti vaikų atvykimą laiku profilaktiniams sveikatos patikrinimams;

24.2.5. kiekvienais metais viešai skelbti apie ankstyvos ligų diagnostikos ir rizikos veiksnių nustatymo programų efektyvumą;

24.2.6. visuomenės sveikatos biuruose parengti pirminės ligų profilaktikos priemonės pagal vietinius prioritetus;

24.3. tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą;

24.3.1. tobulinti esamą asmens sveikatos priežiūros įstaigų nuosavybės valdymą;

24.3.2. patvirtinti ir įdiegti valstybės mastu sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo kriterijus ir rodiklių sistemą, atlikti reguliarią sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo lyginamąją analizę, sveikatos priežiūros įstaigų finansavimą labiau sieti su jų veiklos kokybe, efektyvumu ir rezultatyvumu;

24.3.3. pirminės sveikatos priežiūros srityje:

24.3.3.1. parengti pirminės sveikatos priežiūros dalyvių skatinimo sistemą, įvertinant aptarnaujamos teritorijos gyventojų sergamumo, mirtingumo ir kitų sveikatos būklę atspindinčių rodiklių reikšmes;

24.3.3.2. toliau prioriteto tvarka plėtoti šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, didinant jų teikimo apimtį ir formas;

24.3.3.3. skirti prioritetinį dėmesį vaikų sveikatai, įvertinti šiuo metu taikomų sveikatos paslaugų teikimo vaikams modelių efektyvumą ir alternatyvių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vaikams modelių taikymo galimybes;

24.3.3.4. tobulinti apmokėjimą už sveikatos priežiūros specialistų darbą, toliau diferencijuojant apmokėjimą už prisiregistravusius gyventojus ir laipsniškai didinant apmokėjimo už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir pasiektus veiklos rodiklius dalį;

24.3.3.5. sukurti pirminės sveikatos priežiūros veiklos integracijos bandomąjį modelį, naudojant „atvejo vadybos“ principą;

24.3.3.6. skatinti privačių pirminės sveikatos priežiūros įstaigų plėtrą;



24.3.3.7. sudaryti vienodas konkurencines sveikatos priežiūros veiklos ir atsakomybės už šią veiklą sąlygas visoms pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms, nepriklausomai nuo sveikatos priežiūros įstaigos nuosavybės formos;

24.3.3.8. gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir gyventojų aptarnavimą, didinant gydytojų ir slaugytojų santykį bei įvedant atskirą apmokėjimą už gydytojo ir slaugytojo paslaugas;

24.3.3.9. siekti įteisinti galimybę privačioms pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms, dirbančioms pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, naudotis valstybei ar savivaldybėms priklausančiu kilnojamuoju ir nekilnojamuoju turtu panaudos teise;

24.3.3.10. diegti įvairias viešojo ir privataus sektorių bendradarbiavimo formas bei mažinti verslo plėtrą ribojančias sąlygas sveikatos priežiūros sektoriuje;

24.3.3.11. plėtoti slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, slaugos namuose bei skubios pagalbos paslaugas didinant jų apimtį;

24.3.4. specializuotos sveikatos priežiūros srityje:

24.3.4.1. plėtoti specializuotas ambulatorines, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos ir psichikos sveikatos paslaugas;

24.3.4.2. atlikti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo rezultatų analizę, juos įvertinus tikslinti ligoninių suskirstymą pagal lygmenis, jose teikiamų paslaugų sąrašą, apimtį ir apmokėjimą už teikiamas paslaugas;

24.3.5. visuomenės sveikatos srityje:

24.3.5.1. plėsti savivaldybių visuomenės sveikatos biurų teikiamas paslaugas;

24.3.5.2. integruoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas į pirminę asmens sveikatos priežiūrą, siekiant gerinti šių paslaugų kokybę ir prieinamumą, mažinti sveikatos priežiūros netolygumus;

24.3.5.3. skatinti atskirų sektorių bendradarbiavimą, siekiant bendromis įvairių politikos sektorių, socialinių partnerių ir visuomenės pastangomis spręsti sveikatos problemas, taip pat krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais;

24.3.5.4. plėtoti visuomenės ir atskirų jos grupių sveikatos stebėsenos sistemą, siekiant gerinti gyventojų sveikatą ir informuotumą sveikatos klausimais;

24.4. gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą:

24.4.1. įgyvendinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimo planą, pagal kurį aukščiausio sudėtingumo lygio sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos universitetinėse ir respublikinėse ligoninėse, o regiono ir rajono lygmens ligoninių pacientai laiku gautų saugias ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas;

24.4.2. daugiau psichikos sutrikimų prevencijos ir gydymo paslaugų teikti bendruomenėje;

24.4.3. reglamentuoti sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvį;

24.4.4. tobulinti teisės aktus, reglamentuojančius vaistinių preparatų tiekimą, siekiant užtikrinti vaistinių preparatų prieinamumą. Siekti, kad vaistų platinimo įmonės užtikrintų tinkamą ir reikiamo dažnumo vaistinių preparatų tiekimą vaistinėms ir asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, o vaistinės – gyventojų aprūpinimą laiku;

24.4.5. tobulinti farmakologinio budrumo sistemą, siekiant efektyviau stebėti nepageidaujamą vaistų poveikį.

25. Siekiant ugdyti gyventojų atsakomybę už savo sveikatą, siūloma:

25.1. stiprinant sveikatą:

25.1.1. sveikos gyvensenos ugdymą pradėti nuo ankstyvos vaikystės, integruojant jį į ugdymo ir mokymo institucijų programas bei į darbuotojų profesinio mokymo ir kvalifikacijos tobulinimo programas;

25.1.2. skatinti gyventojų atsakomybę už savo sveikatą, vykdant mokesčių politiką, skatinančią sveiką gyvenseną be sveikatą žalojančių nuo asmens priklausančių veiksnių;

25.1.3. didinti tarpusavio pasitikėjimą ir supratimą tarp sveikatos priežiūros specialistų, pacientų ir visuomenės, grindžiant bendradarbiavimą sveikatos priežiūros klausimais lygiavertės partnerystės pagrindais;

25.1.4. didinti socialinės reklamos sveikatos tema mastą visuomenės informavimo priemonėse, gerinti tokios reklamos turinio kokybę ir propaguoti teigiamus pavyzdžius;

25.2. vykdant ligų prevenciją, mažinant sergamumą ir mirtingumą:

25.2.1. sveikatos priežiūros specialisto ir paciento santykius grįsti partnerystės principu;

25.2.2. sveikatos programų projektus finansuoti įvertinus jų poreikio pagrįstumą, pridėtinę vertę, numatomus jų įgyvendinimo rezultatus ir viešai skelbti informaciją apie įgyvendintas priemones bei rezultatus;

25.3. tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą:

25.3.1. sudaryti galimybes pacientų organizacijoms, kitoms organizacijoms, dirbančioms pacientų teisių atstovavimo ir (arba) gynimo, visuomenės sveikatos, kitose srityse, inicijuoti ir dalyvauti veiklose, skirtose pacientų išprusimui sveikatos srityje didinti;

25.3.2. skatinti savikontrolės procesus gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų profesinėse grupėse, didinant šių profesinių grupių atsakomybę už savo veiklą ir nepriimtino profesinio elgesio prevenciją;

25.4. gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą:

25.4.1. tobulinti vaistinių preparatų reklamos reikalavimus, siekiant užtikrinti neklaidinančią ir objektyvią reklamą, skatinančią racionalų vaistinių preparatų vartojimą;

25.4.2. įgyvendinti Nacionalinės pacientų saugos platformos rekomendacijas:

25.4.2.1. skleisti informaciją apie sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir taikomas priemones nepageidaujamų įvykių skaičiui mažinti; rengti ir platinti edukacinę medžiagą įvairiais sveikatos, sveikatos priežiūros paslaugų klausimais;

25.4.2.2. inicijuoti pacientų ar jų grupių mokymus sveikatos, pacientų teisių, pareigų ir kitais klausimais;

25.4.2.3. inicijuoti straipsnius, radijo ir televizijos laidas įvairiais sveikatos klausimais.

26. Siekiant tobulinti sveikatos sektoriaus reglamentavimo principus ir metodus, siūloma:

26.1. stiprinant sveikatą:

26.1.1. įgyvendinti alkoholio ir tabako vartojimo mažinimo priemones;

26.1.2. vykdyti narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo prevenciją;

26.1.3. įgyvendinti traumatizmo profilaktikos ir nelaimingų atsitikimų mažinimo priemones;

26.1.4. įgyvendinti fizinio aktyvumo didinimo priemones;

26.2. vykdant ligų prevenciją, mažinant sergamumą ir mirtingumą:

26.2.1. didinti sveikatos priežiūros specialistų draugijų vaidmenį sprendžiant esmines atskirų sričių sveikatos priežiūros specialistų problemas;

26.2.2. koreguoti atskiras lėtinių neinfekcinių ligų profilaktikos programas, siekiant sumažinti išvengiamą mirtingumą;

26.2.3. įgyvendinti infekcinių ligų profilaktikos programas;

26.3. tobulinant sveikatos priežiūros vadybą ir finansavimą:

26.3.1. siekiant gerinti pacientų sveikatai padarytos žalos atlyginimo tvarką, išanalizuoti be kaltės padarytos žalos atlyginimo modelį ir, nustatčius šio modelio pagrindumą, parengti tinkamą įstatymų bazę;

26.3.2. vykdyti E. sveikatos sistemos 2009–2015 metų plėtros programą;

26.3.3. persvarstyti gydytojų funkcijas, siekiant sumažinti darbo, tiesiogiai nesusijusio su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, apimtį ir sveikatos priežiūros įstaigose skatinti šio darbo perdavimą kitų profesijų specialistams;

26.3.4. persvarstyti slaugytojų funkcijas;

26.3.5. sveikatos specialistų rengimą ir kvalifikacijos tobulinimą derinti su sveikatos sistemos prioritetais;

26.3.6. išplėsti medicinos rezidentūros bazių skaičių, planuojant jas sveikatos priežiūros įstaigose, atitinkančiose nustatytus kriterijus;

26.4. gerinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kokybę ir saugą, įdiegti nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūros srityje stebėsenos sistemą.

## **VI. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS**

27. Tikimasi, kad įgyvendinus Metmenis bus pasiekti šie rezultatai:

27.1. vidutinės sveiko gyvenimo trukmės pailgėjimas;

27.2. išvengiamų mirčių atvejų skaičiaus sumažėjimas:

27.2.1. sveikatos priežiūros veiksmingumo rodiklių gerėjimas (mirčių nuo ligų, kurias galima išgydyti, atvejų sumažėjimas);

27.2.2. sveikatos politikos veiksmingumo rodiklių gerėjimas (mirčių nuo ligų, kurioms galima užkirsti kelią prevencinėmis priemonėmis, atvejų sumažėjimas).

LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖ  
NUTARIMAS

DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ IR PASLAUGŲ  
RESTRUKTŪRIZAVIMO  
TREČIOJO ETAPO PROGRAMOS PATVIRTINIMO

2009 m. gruodžio 7 d. Nr. 1654

Vilnius

Įgyvendindama Lietuvos Respublikos Vyriausybės programą, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. XI – 52 (Žin., 2008, Nr. 146 – 5870), ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 20082012 metų programos įgyvendinimo priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. vasario 25 d. nutarimu Nr. 189 (Žin., 2009, Nr. 33 – 1268), 1290 priemonę "parengti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą", Lietuvos Respublikos Vyriausybė nutaria:

1. Patvirtinti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą (pridedama).
2. Įpareigoti Sveikatos apsaugos ministeriją:
  2. 1. iki 2009 m. gruodžio 31 d. – parengti ir patvirtinti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo priemonių planą;
  2. 2. 2010 ir 2011 metais – atlikti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo rezultatų analizę, juos įvertinti ir vadovaujantis minėtoje programoje nustatytais kriterijais ir analizės rezultatais tikslinti ligoninių suskirstymą pagal lygmenis, jose teikiamų paslaugų sąrašą, apimtį ir apmokėjimą.

Ministras Pirmininkas Andrius Kubilius

Sveikatos apsaugos ministras Algis Čaplikas