

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA**

Vilma PLAUŠINAITIENĖ

**SVEIKATOS APSAUGOS POLITIKA IR JOS ĮGYVENDINIMAS
VŠĮ RADVILIŠKIO LIGONINĖJE**

Magistro darbas

Šiauliai, 2008

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA**

Vilma PLAUŠINAITIENĖ

**SVEIKATOS APSAUGOS POLITIKA IR JOS ĮGYVENDINIMAS
VŠĮ RADVILIŠKIO LIGONINĖJE**

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

Magistro darbo autorius Vilma Plaušinaitienė.....
(vardas, pavardė, parašas)

Vadovas Doc. dr. Alfredas Lankauskas.....
(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

Recenzentas
(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

SANTRAUKA

Vilma Plaušinitienė

Sveikatos apsaugos politika ir jos įgyvendinimas VŠĮ Radviliškio ligoninėje

Magistro darbas.

Magistro darbe pateikiama sveikatos politikos raida, institucijų, atsakingų už sveikatos politikos įgyvendinimą, funkcinė analizė. Suformuluotos Lietuvos sveikatos apsaugos problemos, lyginami Lietuvos ir Europos Sąjungos sveikatos rodikliai. Nagrinėjamas sveikatos apsaugos reformos poveikis Lietuvos sveikatos įstaigoms bei gyventojams. Atlikta Lietuvos Respublikos norminių aktų, turinčios įtakos sveikatos politikos vykdymui analizė. Nagrinėjamas sveikatos apsaugos sistemos finansavimas, privataus draudimo vystymo galimybės. Magistro darbe pateikiama Radviliškio ligoninės veiklos rodiklių analizė, įstaigoje vykdomos restruktūrizacijos rezultatai. Pateikiamos išvados ir rekomendacijos. Patvirtinama autoriaus suformuluota mokslinio tyrimo hipotezė, kad šalyje sveikatos sistemos reorganizacijos teorija ne visada atitinka reorganizacijos praktiką.

SUMMARY

Vilma Plaušinitienė

The policy of health care and its realization in Radviliskis hospital

Master's work

In this master's work the development of health policy and the functional analysis of the institutions, responsible for health care policy realization, is introduced. The Lithuanian health care problems have been formulated as well as the rates of Lithuanian and EU health have been compared. The impact of health care reform on Lithuanian health enterprises and Lithuanian inhabitants is investigated here. The analysis of Lithuanian Republic normative acts, influencing the realization of health care policy has been accomplished. The financing of health care system and the possibilities of private insurance have been researched. In this master's work the analysis of Radviliskis hospital practice rates and the results of shake-up, carried out in the institution, is presented. Various conclusions and recommendations have been drawn. The hypothesis formulated by the author from the research is confirmed, that the theory of health system shake-up in the country not always conforms the practice of shake-up.

TURINYS

SANTRAUKA	
ĮVADAS	5
PAGRINDINĖS SĄVOKOS	8
1. SVEIKATOS POLITIKOS RAIDA LIETUVOJE	10
1.1. Lietuvos nacionalinės politikos sukūrimo prielaidos	11
1.2. Sveikatos sistemą reglamentuojanti teisinė bazė	12
1.3. Sveikatos priežiūros politikos formavimo ir veiklos koordinavimo institucijos	15
1.4. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema Europos Sąjungos kontekste	18
2. SVEIKATOS APSAUGOS REFORMOS ĮGYVENDINIMAS	26
2.1. Ligonių kasų funkcijų atkūrimas	27
2.2. Sveikatos apsaugos reforma	29
2.2.1. Sveikatos apsaugos reformos tikslai ir uždaviniai	30
2.2.2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų klasifikacija	31
2.2.3. Sveikatos priežiūros sektoriaus pajamų ir išlaidų struktūra	35
2.3. Privataus draudimo vystymosi tendencijos	41
2.4. Sveikatos apsaugos reformos problemos	45
3. SVEIKATOS APSAUGOS POLITIKOS VYKDYMO IR PRITAIKYMO ASPEKTAI VŠĮ RADVILIŠKIO LIGONINĖJE	50
3.1. Radviliškio rajono savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigų struktūra ir funkcijos	51
3.2. Sveikatos apsaugos įstaigų kūrimosi raida Radviliškio rajone	53
3.3. Radviliškio demografinė situacija šalies ir apskrities kontekste	54
3.4. Savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo tvarka	55
3.5. Sveikatos apsaugos reforma ir jos pritaikymas Radviliškio ligoninėje	57
3.5.1. Radviliškio ligoninės išteklių įvertinimas	59
3.5.2. VŠĮ Radviliškio ligoninės restruktūrizavimo tikslai ir uždaviniai	65
3.5.3. Restruktūrizacijos metu įgyvendintų priemonių ir rezultatų apibendrinimas	65
IŠVADOS	72
LITERATŪRA	74
PRIEDAI	81

ĮVADAS

Sveikatos politikos sprendimai visuomenėje dažnai vertinami prieštaringai. Valstybės valdymo institucijos siekia gerinti sveikatos apsaugą, tačiau būtinybė taupyti bei racionaliai investuoti lėšas į sveikatos apsaugą įtakoja priimamus sprendimus. Iš sveikatos sistemos, kuri Lietuvoje didžiąja dalimi yra valstybinė, gyventojai laukia geresnio paslaugų prieinamumo. Lūkesčiai, kad sveikatos priežiūra gerės, kol kas nepasiteisina, o lėšų stygius verčia politikus riboti investicijas į sveikatos priežiūros plėtrą. Šios priežastys kelia įtampą tarp visuomenės ir valstybinių valdymo struktūrų, reguliuojančių sveikatos apsaugą.

Problema. Magistro darbo problemišumą apibūdina konkretūs klausimai, reikalaujantys išsamios analizės:

- Kaip pasikeitė sveikatos apsaugos sistemos politinė, teisinė bazė tiriamu laikotarpiu?
- Kokią įtaką sveikatos įstaigoms daro vykdoma sveikatos reforma?
- Kaip kompensuojamos įvairių lygių sveikatos paslaugos?
- Kaip sprendžiami specialistų trūkumo, jų atlyginimo klausimai?
- Kokios privataus draudimo vystymosi tendencijos?
- Kaip sprendžiami sveikatos įstaigų materialinės bazės klausimai?
- Koks sveikatos reformos poveikis savivaldybių lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, nagrinėjant šį klausimą Radviliškio savivaldybės įstaigų pavyzdžiu?

Tyrimo aktualumas. Valstybės kontekste sveikatos priežiūros sektorius ir jo užimama sveikatos dalis atspindi šalies ekonominį pajėgumą ir išsivystymą. Sveikatos priežiūros paslaugos priklauso nuo politikos, sveikatos priežiūros sistemos finansavimo. Blogas sveikatos priežiūros finansavimas sąlygoja nekokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, o nekokybiškos paslaugos organizacijoje – blogą finansavimą. Išlaidos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese turi būti vertinamos pacientų lūkesčių ir poreikių požiūriu. Pacientai tampa labiau informuoti ir reiklesni teikiamų paslaugų kokybei ir aptarnavimui. Užsitęsusi reforma, politikų nuomonių kaita sukėlė daug problemų sveikatos apsaugos sektoriuje.

Tyrimo objektas. Sveikatos apsaugos politika ir jos įgyvendinimas Radviliškio rajono savivaldybės sveikatos įstaigose.

Tyrimo dalykas. Sveikatos politikos raida, įstojimo į Europos Sąjungą poveikis Lietuvos sveikatos apsaugai, institucijų, atsakingų už sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą, funkcinė analizė, Lietuvos Respublikos teisinės bazės, turinčios įtakos sveikatos politikos valdymui, analizė, sveikatos reformos įgyvendinimo analizė VšĮ Radviliškio ligoninėje.

Tyrimo tikslas. Išnagrinėti sveikatos apsaugos pokyčius, reformos poveikį bei susidariusias problemas VšĮ Radviliškio ligoninės pavyzdžiu.

Tyrimo uždaviniai:

- Išstudijuoti sveikatos sistemą reglamentuojančius įstatymus ir teisės aktus.
- Atskleisti sveikatos politikos formavimo Lietuvoje istorinę raidą ir įstojimo į Europos Sąjungą poveikį Lietuvos sveikatos sistemai.
- Išnagrinėti Privalomojo sveikatos draudimo fondo struktūrą, privataus sveikatos draudimo vystymosi tendencijas.
- Išnagrinėti Lietuvos sveikatos sistemos reformos poveikį Radviliškio rajono savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigoms.

Hipotezė. Vykstant sveikatos reformai, ne kartą keitėsi sveikatos strategų, politikų nuostatos ir strategija sveikatos sistemos reorganizacijos klausimais. Tai sąlygojo finansavimo ir žmogiškųjų resursų problemas. Vykdamas sveikatos politiką, nebuvo atsižvelgta į miestų ir rajonų savivaldybėms priklausanti asmens sveikatos įstaigų turimus išteklius ir jų galimybes apsirūpinti nauja medicinine įranga, taip užtikrinant teikiamų paslaugų kokybę. Šalyje vykdoma sveikatos sistemos reorganizacijos teorija ne visada atitinka reorganizacijos praktiką.

Tyrimų bazė. Tyrimas vykdomas Radviliškio rajono pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros įstaigose.

Tyrimo rezultatai.

Rezultatų naujumas. Dauguma politikų, teoretikų, analitikų sveikatos reformą mato valstybiniu mastu, tačiau retai įsigilina į regionines ir vietines problemas. Kaip sekasi rajono savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigoms įgyvendinti Vyriausybės priimtas programas. Šis darbas skirtas susidariusioms problemoms nagrinėti, t.y. Radviliškio ligoninės pavyzdžiu pažvelgti į sveikatos reformos lygį Lietuvos mastu.

Rezultatų reikšmingumas. Sveikatos politikos įgyvendinimo Radviliškio rajono sveikatos įstaigose analizė parodė vykdomos reformos rezultatus, kurie netenkina sveikatos įstaigų bei gyventojų. Surinkti ir apibendrinti Radviliškio sveikatos įstaigų duomenys bus naudingi rajono savivaldybės tarybai, Sveikatos komitetui, priimant sprendimus dėl sveikatos įstaigų reorganizavimo, finansavimo, įstaigų išteklių įvertinimo, susidariusių problemų sprendimo; VšĮ Radviliškio ligoninei ruošiant VšĮ Radviliškio ligoninės strategiją atitinkančią ES struktūrinių fondų paramos panaudojimo sveikatos apsaugos srityje 2007–2013 m. sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioriteta „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas sveikatos, švietimo, ir socialinė infrastruktūra“.

Tyrimo metodai:

- Statistinės informacijos rinkimas ir analizė, statistinis modeliavimas ir vertinimas (šaltiniai: Statistikos departamento duomenys, Lietuvos Sveikatos Informacijos Centro duomenys, Valstybinės ligonių kasos duomenys, Šiaulių teritorinės ligonių kasos duomenys).

- Lietuvos Respublikos teisės aktų analizė.
- Statistinės bei finansinės informacijos rinkimas apie VšĮ Radviliškio ligoninę, kitas Radviliškio savivaldybei priklausančias asmens sveikatos įstaigas.
- VšĮ Radviliškio ligoninės veiklos ir būklės vertinimas, naudojant iš įstaigos vadovo bei kitų administracijos atstovų gautą informaciją.
- Šiaulių apskrities antrinio asmens sveikatos priežiūros lygio įstaigų vadovų apklausa.
- VšĮ Radviliškio ligoninės strateginių, ekonominių, socialinių aspektų ir poveikio vertinimas regioniniu ir valstybiniu mastu.

PAGRINDINĖS SĄVOKOS

Šios sąvokos magistro darbe pateikiamos remiantis šaltiniu: Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymas (Žin.,1996, Nr. 55-1287), Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (Žin.,1996, Nr. 66-1572).

Akreditavimas – įstaigos savanoriškai inicijuotas įvertinimas, ar ji atitinka nustatytus sveikatos priežiūros teikiamų paslaugų kokybės standartus, ir akreditavimo pažymėjimo išdavimas;

Apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu – draudžiamieji privalomuoju sveikatos draudimu, kurie šio Įstatymo nustatyta tvarka moka arba už kuriuos yra mokamos šio Įstatymo nustatyto dydžio įmokos;

BPG – bendrosios praktikos gydytojas;

EHCI – Europos sveikatos paslaugų indekso tyrimas;

ES – Europos Sąjunga;

GMP – greitoji medicinos pagalba;

Licencijavimas – nustatymas, kad įstaigos veikla atitinka teisės aktų reikalavimus, įstaigos teisės teikti paslaugas pripažinimas ir licencijos išdavimas;

Nemokamos paslaugos – paslaugos, apmokamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų ar privalomojo sveikatos draudimo fondo, ar savivaldybių sveikatos fondų lėšų. Šias paslaugas įstaigoms užsako ir už jas apmoka LNSS veiklos užsakovai;

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema, reglamentuota Sveikatos sistemos įstatymo.

LNSS veiklos užsakovai – valstybės valdymo ir savivaldos vykdomosios institucijos, taip pat Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos;

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi įstaigų teikiamomis paslaugomis, nesvarbu, ar jis sveikas, ar ligonis;

Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas – papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos pagal šias sutartis po papildomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio. Papildomas (savanoriškas) sveikatos draudimas vykdomas Draudimo įstatymo ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka;

Privalomasis sveikatos draudimas – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudimui įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą;

Privalomojo sveikatos draudimo įmokos – valstybės, darbdavių ar pačių draudžiamųjų mokamos šio Įstatymo nustatyto dydžio įmokos;

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas – šiame Įstatyme nustatytų pajamų ir išlaidų planas biudžetiniams metams;

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija;

PSP – pirminė sveikatos priežiūra;

PSPC – pirminės sveikatos priežiūros centras;

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija;

SF – Struktūriniai fondai;

SP – Sveikatos programa;

Sveikatos priežiūros įstaiga (SPI) – įstaiga ar įmonė įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus;

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;

TLK – teritorinė ligonių kasa;

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;

VLK – Valstybinė ligonių kasa;

VSC – visuomenės sveikatos centras;

VŠĮ – viešoji įstaiga.

1. SVEIKATOS POLITIKOS RAIDA LIETUVOJE

Sveikatos politika – sveikatos ir jos apsaugos reikalų valstybinio tvarkymo teorija bei praktika – įteisinta, kaip bendroji valdymo funkcija [60]. Sveikatos politikos formavimas įtakoja Nacionalinės sveikatos programos vykdymą, sveikatą pripažįstant socialine bei ekonomine vertybe, taip pat nacionaliniu turtu. Sveikatos politikos formavimas, kaip mokslinė ir praktinė problema, Lietuvoje pradėtas nagrinėti sustiprėjus atgimimo judėjimui, atkūrus Lietuvos nepriklausomybę.

Įgyvendinant Sveikatos programą svarbu įvertinti sveikatos politikos raidą: ar aukščiausio lygmens šalies politikai, tarp jų ir sveikatos partneriai ir kiti sektoriai pritaria suformuluotoms sveikatos politikos strategijoms; ar iškelti strateginiai Sveikatos programos tikslai teisingi; ar numatyti tikslų įgyvendinimo uždaviniai; ar sveikatos priežiūros įstaigos pasiruošusios pokyčiams; ar pakanka žmogiškųjų, finansinių bei techninių išteklių. I. Misevičienė ir kiti [51, p. 5] sveikatos politikos raidą vertina, atsižvelgiant į šiuos sveikatos politikos raidos procesus:

- bendro sutarimo raidą;
- partnerių telkimą;
- tarpsektorinį bendradarbiavimą;
- tikslų iškėlimą;
- strategijų plėtrą;
- pokyčius sveikatos priežiūros įstaigose;
- išteklių paiešką.

Bendro sutarimo raida – pagrindinis Sveikatos programos įgyvendinimo žingsnis. Parengus programą, būtini susitikimai su aukščiausio lygio politikais, aptariant iškeltus tikslus ir uždavinius. Numatomi programos dalyviai, jų vaidmuo įgyvendinant programą. Svarbus kitų, ne sveikatos sektorių, įtraukimas į programos įgyvendinimą. Bendro sutarimo raida gali būti vertinama pagal šiuos rodiklius: pagrindinių programos dalyvių ir vykdytojų raštiškas pritarimas programos tikslams, strategijoms ir prioritetams bei bendradarbiavimas vykdant įvairią veiklą.

Partnerių telkimas – labai svarbus sveikatos politikos vystymo procesas. Sudarytame plane turi būti numatyti susitikimai su pagrindiniais Sveikatos programos partneriais, vykdytojais, aptarti bendri veiksmų planai, reikalingi žmogiškieji, finansiniai ir kiti ištekliai. Partnerių telkimo procesą galima analizuoti pagal šiuos rodiklius: dalyvaujančių partnerių ir organizacijų rūšys (sveikatos ir kitus sektorius atstovaujantys partneriai); pageidaujamų partnerių praradimas ir jo priežastys; partnerių dalyvavimas pasitarimuose, bendrose priemonėse; palaikančių ir nepalaikančių partnerių įvardijimas.

Tarpsektorinis bendradarbiavimas – procesas susijęs su partnerių telkimo tąsa, kai sveikatos ir kiti sektoriai sutaria bendradarbiauti, vykdydami atskirus Sveikatos programos projektus. Svarbūs

rodikliai – pritarimo bendriems veiksams formos, t.y. finansinių, žmogiškųjų arba kitų išteklių skyrimas ir šio fakto įvertinimas: raštiškas sutarimas, patvirtintos sąmatos, pervesti asignavimai.

Tikslų iškelimas – vienas iš politikos raidos procesų, kuris labai priklauso nuo šalyje esančios situacijos. Todėl būtina išanalizuoti aplinką (politinę, socialinę ir ekonominę), įvertinti visuomenės ir partnerių poreikius bei galimybes juos pasitelkti formuluojant tikslus. Svarbu nustatyti akivaizdžius politinio palaikymo: Seimo komitetų, Vyriausybės požymius bei laipsnį.

Strategijų plėtros modelis apima pagrindinių partnerių telkimo ir tarpsektorinio bendradarbiavimo sukūrimo schemą. Procesas vertinamas pagal šiuos rodiklius: konsultacijos su partneriais ir jų rūšys; kokie partneriai konsultuoja; konferencijų ir pasitarimų vertinimas; partnerių aktyvumo stebėjimas.

Pokyčiai sveikatos priežiūros įstaigose. Sveikatos politikos raida turi tiesioginę įtaką sveikatos priežiūros įstaigų veiklai. Svarbu, ar įstaigose stebimi organizaciniai pokyčiai, palaikantys sveikatos politikos strategiją, koks naujai įkurtų struktūrų reikšmingumas ir veiklos efektyvumas.

Išteklių paieška – viena iš sudedamųjų sveikatos politikos raidos vertinimo dalių. Pagal tai, ar paruošti pasiūlymai gauti papildomus išteklius rengiant ir įgyvendinant naujosios Sveikatos programos dokumentus, galima spręsti apie sveikatos politikos įgyvendinimo galimybes. Svarbu atkreipti dėmesį, ar numatyta reikalinga įranga ir priemonės, ar pasiekiamos naujausios telekomunikacijos.

Sveikatos politikos raidos sėkmę I. Misevičienė ir kiti [51, p. 6] vertina pagal organizacijų, įstaigų, institucijų, kurias sieja bendri tikslai ir veiksmų strategijos, bendradarbiavimą.

Lietuvos sveikatos politika plėtojama pagal PSO rekomendacijas "Sveikata visiems XXI amžiuje", vadovaujantis moderniomis visuomenės sveikatos politikos strategijomis, moksliniais tyrimais ir nuolatiniais statistiniais stebėjimais bei analize [71].

Sudarant mokslinių tyrimų programas ir nustatant, kokių veiksmų imtis, atsižvelgiama į visuomenės sveikatos prioritetus ir tikslus. Mokslinė parama visuomenės sveikatos politikai teikiama formuojant, vystant, įgyvendinant ir prižiūrint veiklą. Atliekami tyrimai įvairiuose sektoriuose ir srityse, pavyzdžiui, aplinkos ir sveikatos, mitybos, biomedicinos ir biotechnologijų, ir jais siekiama bendro tikslo – gerovės ir sveiko senėjimo [14].

1.1. Lietuvos nacionalinės sveikatos sukūrimo prielaidos

Nacionalinės sveikatos priežiūros sistemos tikslas – valstybės siekis pagerinti šalies gyventojų sveikatą bei jų gerovę ir garantuoti kokybišką sveikatos paslaugų teikimą piliečiams, kuriems to reikia, skatinti sveikatos prevencinių programų rengimą.

Lietuvos nacionalinės politikos formavimą pradėjo VI Lietuvos gydytojų sąjungos atkuriamasis suvažiavimas (1989), priėmęs rezoliucijas ir medicinos visuomenę įpareigojęs parengti naują Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją [29].

Analizuojant praėjusį laikotarpį negalima pamiršti, kad Lietuvos sveikatos priežiūros sistema buvo sukurta socializmo laikotarpiu ir plėtojama pagal tarybinius standartus. Pagal anksčiau egzistavusią socializmo sampratą, Lietuvos sveikatos priežiūros sistema buvo centralizuota. Valstybei vadovaujant, sveikatos priežiūros sistema buvo kuriama, kaip sudėtinė visos socializmo politikos dalis. Gyventojams buvo garantuojamas platus medicininis aprūpinimas ir tam skiriamos lėšos. Tai apėmė ne vien tiesioginę medicininę pagalbą, bet ir įvairią visuomeninę veiklą, skirtą sveikatos priežiūrai ir stiprinimui. Valstybės požiūriu, sveikatos priežiūros sistema buvo instrumentas, realizuojantis Konstitucijoje garantuojamą žmogaus teisę į sveikatos priežiūrą. Tačiau palyginus su gamybine sfera, sveikatos priežiūros sistemai nebuvo teikiamas prioritetas. Todėl Lietuvos sveikatos priežiūros sistema turėjo išgyventi gaudama itin ribotas lėšas [8, p. 7].

Atkūrus nepriklausomybę, buvo mėginama išspręsti kai kuriuos minėtos sistemos trūkumus. Keičiant sistemą iškilo sveikatos planavimo ir medicinos audito procedūrų problemų. Šiam laikotarpiui buvo būdinga aktyvi veikla įstatymų leidybos srityje. Reikėjo atsisakyti strategijos, kurios laikantis visas dėmesys buvo sutelktas į ligų gydymą, ir orientuotis į ligų prevenciją, sveikatos mokymo veiklą visuomenei [68, p. 16]

Minėtos priežastys sąlygojo valstybinių institucijų sprendimus, reguliuojančius [20] nuosavybės bei turto valdymo būdus, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos sąlygas ir apribojimus, valstybės investicijų valdymą sveikatos srityje, įstaigų finansavimą, taip pat išlaidų vaistams bei kitoms gydymo priemonėms kompensavimo mechanizmus. Teisingas nacionalinės sveikatos politikos suformavimas – pagrindas realiam tarpžinybiniam bendradarbiavimui tautos sveikatos tikslais, sudarant ir įgyvendinant atitinkamas socialines programas, koordinuojant sveikatos apsaugos sistemą nacionaliniu mastu.

1.2. Sveikatos sistemą reglamentuojanti teisinė bazė

Lietuvoje Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) koordinuojamų mokslinių projektų pagrindu iki 1990 m. buvo sukaupta pakankamai sviri populiacinių tyrimų duomenų bazė. Šie duomenys, suvokus tarptautinių sveikatos koncepcijų esmę, padėjo Lietuvai parengti mokliškai pagrįstą Nacionalinę sveikatos koncepciją, o vėliau ir Lietuvos sveikatos programą [32].

VII Lietuvos gydytojų sąjungos suvažiavimas (1990) priėmė *Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją*, kurią 1991 metais patvirtino Seimas. Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje [32] aprašyti pagrindiniai sveikatos sistemos plėtojimo aspektai bei kryptys. Ji tapo pagrindiniu

dokumentu atspindinčiu Lietuvos sveikatos sistemos ateitį, nustatė sveikatos priežiūros politikos trumpalaikius ir ilgalaikius tikslus bei šios sferos problemų sprendimo intelektualinį pagrindą. Konceptijoje numatytos Lietuvos žmonių sveikatos tausojimo bei stiprinimo, ligų profilaktikos, pirminės sveikatos priežiūros plėtros bendroje sveikatos priežiūros sistemoje, sveikatos priežiūros specialistų rengimo, pertvarkos pagal Europos Sąjungos standartus kryptys. Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje aprašytos pagrindinės sveikatos sistemos tolesnio plėtojimo kryptys. Remiantis pagrindiniais koncepcijos teiginiais, rengiamos Konstitucijos pataisos, sveikatos įstatymai, Lietuvos sveikatos programa, išskiriant prioritetines sveikatos sistemos plėtojimo programas. Suformuluojami programų tikslai, įgyvendinimo mechanizmai, numatomi finansavimo šaltiniai, kontrolė.

Pagrindinis teisės aktas, reglamentuojantis pacientų teises, yra *Lietuvos Respublikos Konstitucija (1992)*, kurios 53 straipsnis skelbia, kad „*Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus. Įstatymas nustato piliečiams nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose teikimo tvarką*“ [33]. Konstitucija užtikrinama galimybė asmeniui dalyvauti lygiais pagrindais socialinių vertybių vartojime ir formuojama pareiga valstybei užtikrinti, kad asmuo turėtų galimybę lygiais pagrindais su kitais dalyvauti socialinių vertybių paskirstyme. Konstitucija nenustato nemokamos medicinos pagalbos apimties, tačiau reikalauja, kad įstatymiškai būtų reglamentuota jos teikimo tvarka. Kitaip tariant, jeigu asmuo pageidautų, kad jam medicinos pagalba būtų suteikta kitomis, negu įstatymai nustato sąlygomis, jo teisė į nemokamą medicinos pagalbą gali būti ribojama.

Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo (1994) 2 straipsnyje 10 dalyje teigiama „Sveikatos priežiūros prieinamumas – valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, užtikrinančios asmens sveikatos priežiūros paslaugų ekonominę, komunikacinę ir organizacinę priimtinumą asmeniui ir visuomenei“ [40]. Įstatymas apibrėžia Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, sveikatinimo veiklos turinį, teisę verstis sveikatinimo veikla, sveikatinimo veiklos valstybinio valdymo pagrindus, valstybės laiduojamų ir savivaldybės remiamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką.

Lietuvos sveikatos draudimo įstatymas (1996) nustato sveikatos draudimo rūšis, privalomojo sveikatos draudimo sistemą: privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pagrindus, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančias institucijas, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros įstaigų teises bei pareigas vykdant privalomąjį sveikatos draudimą, ginčų nagrinėjimo tvarką [38]. Privalomojo sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai – gydytojo diagnozuoti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų

sveikatos sutrikimai ar sveikatos būklė, kurie yra pagrindas privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims teikti šio Įstatymo ir kitų teisės aktų nustatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto.

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo (1996) 4 straipsnyje teigiama „Jeigu paciento buvimo vietovės sveikatos priežiūros įstaigoje nėra galimybių laiku suteikti tinkamą būtinąją medicinos pagalbą arba jei sveikatos priežiūros įstaiga pagal savo kompetenciją pacientui būtiniosios medicinos pagalbos suteikti negali, ji turi informuoti apie tai pacientą ir užtikrinti, kad pacientas, kaip įmanoma greičiau, būtų pervežtas į kitą sveikatos priežiūros įstaigą“ [34]. Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas garantuoja: teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, teisę į prieinamą sveikatos priežiūrą, teisę rinktis gydytoją, slaugos darbuotoją, sveikatos priežiūros įstaigą, diagnostikos bei gydymo metodikas, teisę į informaciją, teisę atsisakyti gydymo, teisę skųstis, teisę į žalos sveikatai atlyginimą.

Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (1996) nustato sveikatos priežiūros įstaigų klasifikaciją, jų steigimo, reorganizavimo, likvidavimo, veiklos, jos valstybinio reguliavimo pagrindus, kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų nomenklatūrą, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų santykius, atsakomybės už šio įstatymo pažeidimus pagrindus [39]. Įstatymu reglamentuojama paslaugų kainų valstybinis reguliavimas, asmens sveikatos priežiūros įstaigos pareigos, asmens sveikatos priežiūros įstaigų vidaus tvarkos taisyklės, pacientų guldymo tvarka. Vadovaujantis šiuo įstatymu, įstaigos privalo tvarkyti pacientų apskaitą, Sveikatos apsaugos ministerijai ar jos įgaliotai institucijai teikti pacientų sveikatos priežiūros patvirtintos formos ataskaitas.

Valstybinės ilgalaikės raidos strategijoje (2002) numatytos pagrindinės sveikatos priežiūros sistemos ilgalaikės raidos strategijos kryptys – sveikatos sistemos reforma, atitinkanti Europos Sąjungos teisės reikalavimus; visuomenės sveikatos stiprinimo, ugdymo ir informacijos sistemų plėtra; ligų prevencijos ir kontrolės įgyvendinimas; profesinio tobulėjimo skatinimas. Šia strategija siekiama sukurti šiuolaikinę ir modernią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą strateginiu planavimu, reformos proceso pokyčių analize ir valdymu, užtikrinančią sveikatos priežiūros prieinamumą, veiksmingumą, racionalų lėšų naudojimą, sveikos gyvensenos formavimą [35]. Nacionalinėje Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje įtvirtinta nuostata, kad visuomenės narių sveikatos būklė tiesiogiai lemia gyvenimo kokybę, darbo išteklių apimtį ir jų produktyvumą.

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija (2003) parengta įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2001 m. liepos 12 d. nutarimu Nr. IX-455 (Žin., 2001, Nr. 62-2244), nuostatas sveikatos apsaugos srityje [42]. Šioje Strategijoje restruktūrizavimo kriterijai ir rezultatai nustatyti tik pirmajam etapui. Strategijos pagrindinės nuostatos suformuluotos vadovaujantis esamos situacijos analize Lietuvoje.

Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas valstybės, apskričių ir savivaldybių lygmenimis vykdomas pagal bendruosius šioje Strategijoje nustatytus principus, siekiamus rezultatus ir kriterijus. Restruktūrizavimo planai rengiami tam pačiam laikotarpiui. Įgyvendindami apskričių ir savivaldybių restruktūrizavimo planus, apskričių viršininkai ir savivaldybių tarybos gali atsižvelgti į specifiką ir nustatyti papildomus kriterijus ar kitus reikalavimus.

Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija (2006) parengta siekiant optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir gerinti paslaugų struktūrą atsižvelgiant į gyventojų sveikatos priežiūros poreikius [41]. Antrasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas apima 2006–2008 metus. Jo metu bus užtikrintas pagrindinių strateginių sveikatos apsaugos sistemos plėtrą reglamentuojančių dokumentų įgyvendinimo tęstinumas ir vientisumas. Patvirtinti apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planai įgyvendinami pasirašant dvišales sveikatos priežiūros įstaigų ir teritorinių ligonių kasų sutartis.

Su sveikatos apsauga susiję *kiti įstatymai*: farmacinės veiklos, vaistų, odontologų rūmų, medicinos praktikos, slaugos praktikos, psichikos sveikatos priežiūros, narkologinės priežiūros, radiacinės saugos, kraujo donorystės.

Lietuvos sveikatos priežiūros įstatyminė bazė bei sveikatos programos dokumentai iš esmės atitinka tarptautinius standartus, tačiau šių programų įgyvendinimas reikalauja kruopštaus bei mokliškai pagrįsto įvertinimo [24]. Įstatymų parengimas ir Seimo pritarimas – svarbus Sveikatos programų pripažinimo faktas. Visuomenės, pacientų – vartotojų parama – svarbus reiškinys, pagal kurį galima įvertinti įstatyminės bazės plėtrą arba sąstingį.

1.3. Sveikatos priežiūros politikos formavimo ir veiklos koordinavimo institucijos

Lietuvoje sveikatos sistemos valdymas yra decentralizuotas. Sveikatos veiklos valdymo subjektai skirstomi (žr. 1 priedą):

- sveikatinimo veiklos valstybinio valdymo subjektai (Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos, apskričių viršininkai);
- sveikatinimo veiklos koordinavimo institucijos;
- sveikatinimo veiklos specialieji valdymo ir kontrolės subjektai;
- savivaldos vykdomos institucijos.

Nacionalinė sveikatos taryba – Lietuvos Respublikos Seimui atskaitinga sveikatos politikos koordinavimo institucija, kuri teikia išvadas dėl valstybės siekiamo sveikatos lygio rodiklių, kitų valstybinių sveikatos programų, rengia ir kasmet teikia Seimui pranešimą apie gyventojų sveikatos ir sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo būklę. Nacionalinės sveikatos tarybos veiklos

sritys bei formavimo principai nustatomi Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymu. Nacionalinės sveikatos tarybos veikla yra finansuojama iš valstybės biudžeto.

Vyriausybė organizuoja valdymą Lietuvos Respublikos administraciniuose vienetuose – apskrityse. Vyriausybė koordinuoja ministerijų ir Vyriausybės įstaigų veiklą. Ji svarsto ir aprobuoja šių viešojo valdymo institucijų strateginius veiklos planus [2, p. 55].

Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) savo veikloje vadovaujasi Lietuvos Respublikos Konstitucija, įstatymais, kitais Lietuvos Respublikos Seimo priimtais teisės aktais, Lietuvos Respublikos tarptautinėmis sutartimis, Respublikos Prezidento dekretais, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais, Ministro Pirmininko potvarkiais, taip pat ministerijos nuostatais. Ministerijos veikla organizuojama vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintu metiniu strateginiu veiklos planu [59]. Strateginio planavimo klausimus svarsto ir sprendžia sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudaryta strateginio planavimo grupė. Sveikatos apsaugos ministerija atsakinga už visą sveikatos sistemą Lietuvoje ir pagal kompetenciją organizuoja nustatyto masto asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą jai pavaldžiose sveikatos priežiūros įstaigose (žiūr. 2 priedą) (valstybės aukštųjų mokyklų ar valstybinių mokslo įstaigų ir Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtos įstaigos, kraujo donorystės įstaigos, specializuotos ligoninės, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigos). Ministerija kartu su Vilniaus universitetu ir Kauno medicinos universitetu administruoja dvi didžiausias universitetines klinikas. SAM atsakinga už visuomenės sveikatos priežiūrą, stiprinant ligų prevenciją ir kontrolę, už efektyvią sveikatos priežiūrą, tobulinant sveikatos sistemos administravimą ir finansavimą, racionalų išteklių panaudojimą. Sveikatos apsaugos ministerija nustato minimalius visuomenės sveikatos įstaigų išdėstymo, jų struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį bei suderinusi su Ekonomikos ir Finansų ministerijomis rengia pasiūlymus Vyriausybei dėl valstybės biudžeto asignavimų atitinkamoms visuomenės sveikatos programoms skyrimo [46]. SAM misija: formuoti ir įgyvendinti sveikatos politiką, užtikrinančią visuomenės sveikatą, aukštą sveikatinimo veiklos kokybę ir racionalų išteklių panaudojimą.

Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos koordinuoja jai pavaldžių įstaigų vykdomą valstybinį visuomenės sveikatos monitoringą, valstybinę visuomenės sveikatos ekspertizę, atlieka visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, kokybės (tinkamumo) ir efektyvumo kontrolę.

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos išduoda privalomas viešosioms ir privačioms įstaigoms licencijas, jas registruoja Valstybiniame sveikatos priežiūros registre. Prižiūri mechanizmą, kurio pagalba yra vykdoma viešųjų įstaigų akreditacija. Tarnyba koordinuoja į Lietuvos rinką teikiamų medicinos prietaisų atitikties vertinimą.

Valstybinė ligonių kasa (VLK) – Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldi institucija – reguliuojanti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekius šalies sveikatos priežiūros įstaigose. Įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka tvarko draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą. Suderinusi su Sveikatos apsaugos ministerija teritorinių ligonių kasų skaičių bei jų teritorinės veiklos zonas, steigia teritorines ligonių kasy; tvirtina jų nuostatus ir prižiūri veiklą, atlieka teritorinių ligonių kasų auditą. Valstybinė ligonių kasa kompensuoja išlaidas kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms (klausos aparatams, kelio ir klubo endoprotezams, širdies stimulatoriams), rengia ir teikia Sveikatos apsaugos ministerijai Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą, rengia jo vykdymo metinę apyskaitą.

Valstybinė medicininio audito inspekcija tiria skundus, susijusius su asmens sveikatos priežiūra, kontroliuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prižiūri medicinos įstaigų, naudojančių rizikingas ir brangias medicinos technologijas, veiklą.

Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba vykdo nacionalinę vaistų politikos programą, kontroliuoja farmacinę veiklą, siekiant, kad Lietuvoje būtų vartojami kokybiški, efektyvūs ir saugūs vaistai, išduoda leidimus atiduoti į apyvartą Lietuvoje pagamintus ir importuotus vaistus, vykdo vaistų kainų kontrolę. Tarnyba reguliuoja narkotinių ir psichotropinių vaistų legalią apyvartą, vaistų reklamą.

Valstybinė visuomenės sveikatos tarnyba koordinuoja Valstybinio aplinkos sveikatos centro, Respublikinio mitybos centro, Užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės centro, Visuomenės sveikatos ugdymo centro, Lietuvos AIDS centro, Valstybinio psichikos sveikatos centro bei Lietuvos sveikatos informacijos centro veiklą bei visuomenės sveikatos centrus apskrityse. Tarnyba kontroliuoja bei analizuoja, kaip sveikatos saugos priemonės vykdomos sveikatos priežiūros, švietimo, socialinės globos ir rūpybos įstaigose, siekia, kad visuomenės sveikatos įstaigų paslaugos atitiktų gyventojų poreikius.

Apskrityse apskričių viršininkai organizuoja Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto masto ir profilių antrinę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą. Šią funkciją vykdo apskrities gydytojas. Apskrities gydytojas prižiūri valstybinių sveikatos programų įgyvendinimą, remia savivaldybių sveikatos programų įgyvendinimą apskrityje, prižiūri antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklą bei derina su Sveikatos apsaugos ministerija, apskrities administracija ir teritorine ligonių kasa antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimo, steigimo, likvidavimo klausimus.

Pagal Sveikatos sistemos įstatymą savivaldos vykdomosios institucijos organizuoja pirminę asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrą, o taip pat įgyvendina įstatymo deleguotą valstybės funkciją – organizuoja antrinę asmens sveikatos priežiūrą, kurios mastą ir profilius nustato Sveikatos apsaugos ministerija (pav., miestų ar rajonų savivaldybių ligoninės, medicininės

reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigos). Savivaldybės tarybos turi teisę steigti, reorganizuoti ar likviduoti pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, farmacijos įmones ir vykdo jų steigėjų funkcijas, bei turi gana plačius įgaliojimus diegiant vietines sveikatinimo programas, ar skatinant visuomenės sveikatos veiklą. Sveikatinimo reikalus savivaldybės teritorijoje tvarko savivaldybės gydytojas. Savivaldybės gydytojo uždaviniai yra įgyvendinti savivaldybėje valstybės sveikatos politiką, derinti savivaldybės įmonių, įstaigų ir organizacijų veiklą įgyvendinant sveikatos programas, organizuoti įmonių, įstaigų ir organizacijų, esančių savivaldybės teritorijoje, sanitarinę priežiūrą. Dabartiniu metu pastebima tendencija prie savivaldybių steigti sveikatos priežiūros centrus. Šių institucijų funkcijos dubliuoja savivaldybių gydytojų funkcijas. Su centrų įkurimu daugėja valdininkų ir su jų išlaikymu susijusių išlaidų.

Tarp savanoriškų organizacijų įtakingiausiomis laikomos “Raudonojo kryžiaus” draugija, “Carito” federacija, Diabeto asociacija [46]. Visuomeninėms organizacijoms priskiriamos dvi pagrindinės profesionalių medikų asociacijos: Lietuvos gydytojų sąjunga ir Lietuvos medikų profesinė sąjunga.

1.4. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema Europos Sąjungos kontekste

Lietuva – Europos Sąjungos narė, kurioje įtvirtinta demokratija, stabili politinė padėtis, sukurtos prielaidos ekonomikos plėtrai. Saugias ir kokybiškas sveikatos paslaugas teikia tinkamai tam pasirengę specialistai, kurių kvalifikacija atitinka Lietuvos ir ES reikalavimus. Nuolat vyksta sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimas, ypatingas dėmesys skiriamas slaugos specialistų rengimui, kvalifikacijos kėlimui ir perkvalifikavimui. Siekiama, kad medikų darbas būtų įvertintas pagal jų atsakomybę, išsilavinimą ir svarbą visuomenėje [74]. Įstojus į ES atsirado nauji reikalavimai sveikatos priežiūros įstaigoms. 2005 metais visos Sąjungos narės turėjo turėti sveikatos tyrimų, informacijos sistemas, kurios leistų vykdyti efektyvesnę utilizaciją [15]. Iki to laiko medicinos atliekų nukenksminimui nebuvo tokių griežtų reikalavimų.

Pastaraisiais metais šalyje mažėja nedarbo lygis, didėja vidutinis darbo užmokestis. Tačiau skirtumai tarp Lietuvos ir kitų ES šalių pagal ekonomikos išsivystymo lygį išlieka nemaži: šalies ekonomika nesudaro pakankamų socialinės plėtros ir užimtumo sąlygų, šalyje padidėjusi socialinė regioninė diferenciacija, egzistuoja sveikatos ir sveikatos priežiūros skirtumai tarp atskirų socialinių ir ekonominių gyventojų grupių, atotrūkis tarp kaimo ir miesto gyventojų pajamų. Ekonominiai sunkumai lemia įvairias socialines problemas: priklausomybę nuo alkoholio, tabako, narkotikų, žemą gimstamumo lygį.

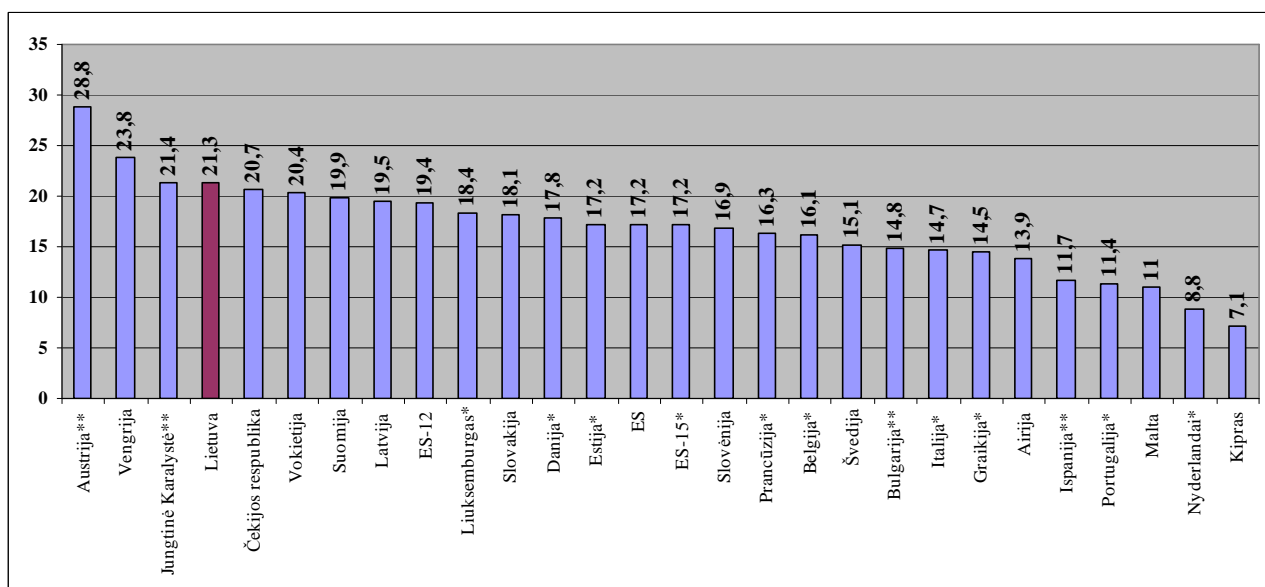
Įgyvendinant Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstyta ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, keliami šie pagrindiniai tikslai:

- Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas;
- Sveikatos santykių teisumas;
- Gyvenimo kokybės pagerinimas.

Lietuva atsilieka nuo ES šalių pagal sveikatos rodiklius (žr. 5 priedą). Mirtingumo rodikliai išlieka aukštesni nei ES šalyse ir 1000 gyventojų siekia 13,2, kai ES narių vidurkis – 9,8 (žiūr. 6 priedą). Mirties priežasčių struktūra Lietuvoje būdinga daugeliui šalių ir jau eilę metų nekinta. Pagrindinės mirties priežastys išlieka širdies ir kraujagyslių sistemos ligos, piktybiniai navikai ir nelaimingi atsitikimai bei traumos. Šios priežastys sudaro apie 86 proc. visų mirčių [59]. Pagal ES naujųjų šalių standartizuotą mirtingumo rodiklį dėl traumų ir apsinuodijimų Lietuvai teko 148 atvejai 100000 gyventojų [51]. Tai didžiausias rodiklis iš visų šalių. Jungtinėse karalystėse jis beveik penkis kartus mažesnis.

Analizuojant Lietuvos, Šiaulių apskrities demografinius rodiklius, atkreiptinas dėmesys, kad dauguma jų kito nepalankia Lietuvos gyventojų sveikatai kryptimi. Lietuvos populiacijos senėjimo tendencijos (žr. 11 priedą): 2007 m. pradžioje 60 m. ir vyresni gyventojai sudarė 20,4 proc., o 0–14 m. vaikai – 15,9 proc. iš bendrojo gyventojų skaičiaus. Santykį tarp šio amžiaus gyventojų parodo senėjimo indeksas, t.y. 60 m. ir vyresnių gyventojų skaičius tenkantis 100–ui 0–14 m. amžiaus vaikų. 2001–2006 m. senėjimo indeksas padidėjęs nuo 98 iki 128 leidžia teigti, kad Lietuva yra demografiškai senėjanti šalis. Pagrindinės šio reiškinio priežastys – gimstamumo mažėjimas ir jaunesnės amžiumi populiacijos dalies emigracija. Statistikos departamento duomenimis, 2006 m. Lietuvoje gimė 553 naujagimiais daugiau negu 2005 metais, šis rodiklis išlieka žemas (žr. 5 priedą) (9,2/1000 gyv.) ir ženkliai mažesnis nei Europos Sąjungos šalių gimstamumo vidurkis – 10,4/1000 gyventojų (2005 m.). Vertinant situaciją šalies padėtis verta susirūpinimo [52].

Pagrindinė ligoninių funkcija daugelyje pasaulio šalių – gydyti stacionarius ligonius. Hospitalizacijų trukmė mažėja visoje Europoje, tuo pačiu auga gydymo intensyvumas. Jeigu anksčiau pacientai po sudėtingų tyrimų buvo ilgam guldomi į stacionarą, tai dabartinė praktika stacionare numato trumpą pragulėjimo trukmę [79]. Lietuvoje siektina pragulėjimo trukmė 7 dienos. Akušerijos paslaugų profiliui vidutinė gulėjimo trukmė – 4 dienos. Vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija, [42] siektinas hospitalizacijos rodiklis 100 savivaldybės gyventojų – 18 ligonių (be reanimacijos, medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo). Siekiami rezultatai pagrindiniuose ligoninės paslaugų profiluose t.y., terapijos, pediatrijos, chirurgijos, akušerijos paslaugų profilus.

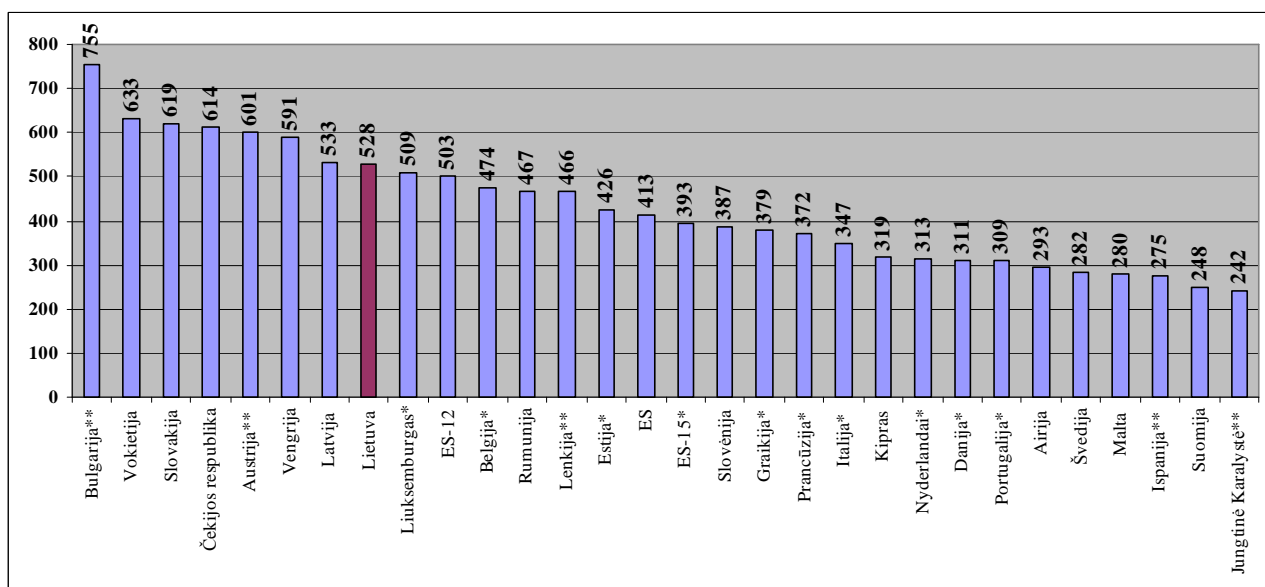


1 pav. ES šalys: hospitalizacijų skaičius 100 gyventojų, 2005 m.

Šaltinis: Sveikatos ekonomikos centras.

Tai reiškia, kad ligoninėse didėja sunkių ligonių. Naujos technologijos ir paslaugų kompleksiskumas keičia ligoninių teikiamų paslaugų planavimą, keičia ligoninių struktūrą. Ligoninės teikia daugiau dienos stacionaro, dienos chirurgijos paslaugų, nes jos į hospitalizaciją neįskaičiuojamos. Hospitalizacijų skaičius Lietuvoje, lyginant su ES vidurkiu viršija pastarąjį apie 28 proc. (žr. 6 priedą) ir yra vienas didžiausių ES šalyse. Didesnė hospitalizacija Airijoje, Vengrijoje bei Jungtinėje Karalystėje. Kipre hospitalizacijos rodiklis beveik 3 kartus mažesnis nei Lietuvoje. Stacionarinės paslaugos sudaro didelę sveikatos priežiūros paslaugų dalį. Ligoninėse besigydžiusių ir išrašytų ligonių skaičius pagal atskiras ligų grupes (infekcinės ligos, išeminė širdies liga) Lietuvoje palyginus su ES šalimis 2005 m. viršijo 2-3 kartus.

Esant didelei hospitalizacijai, natūralu, kad ir lovų skaičius išlieka nemažas. Sveikatos apsaugos sistemoje vienas pagrindinių rodiklių yra lovų skaičius, tenkantis 100000 gyventojų. Lietuvoje lovos buvo mažinamos keičiant dalį stacionarinių paslaugų į ambulatorines, tačiau lovų skaičius išliko smarkiai nesumažėjęs, nes kai kurios paslaugos (dienos chirurgijos, stebėjimo) teikiamos ligoninių priėmimo skyriuose įkurtose palatose, taip pat dalis savivaldybėms priklausančių Slaugos ir palaikomojo gydymo lovų buvo integruotos į antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigas, tokiu būdu racionaliai panaudojant turimas ligoninių patalpas, kvalifikuotų specialistų paslaugomis užtikrinant efektyvesnę pagalbą pacientui. Lovų skaičius turėtų būti planuojamas priklausomai nuo lovos funkcionavimo rodiklių, kuris turi siekti 300 – 320 dienų. Lovų mažėjimo tendencija pastebima Visose Europos šalyse ir 2005 m. vidutiniškai siekia apie 500 – 600 lovų 100000 gyventojų [18].

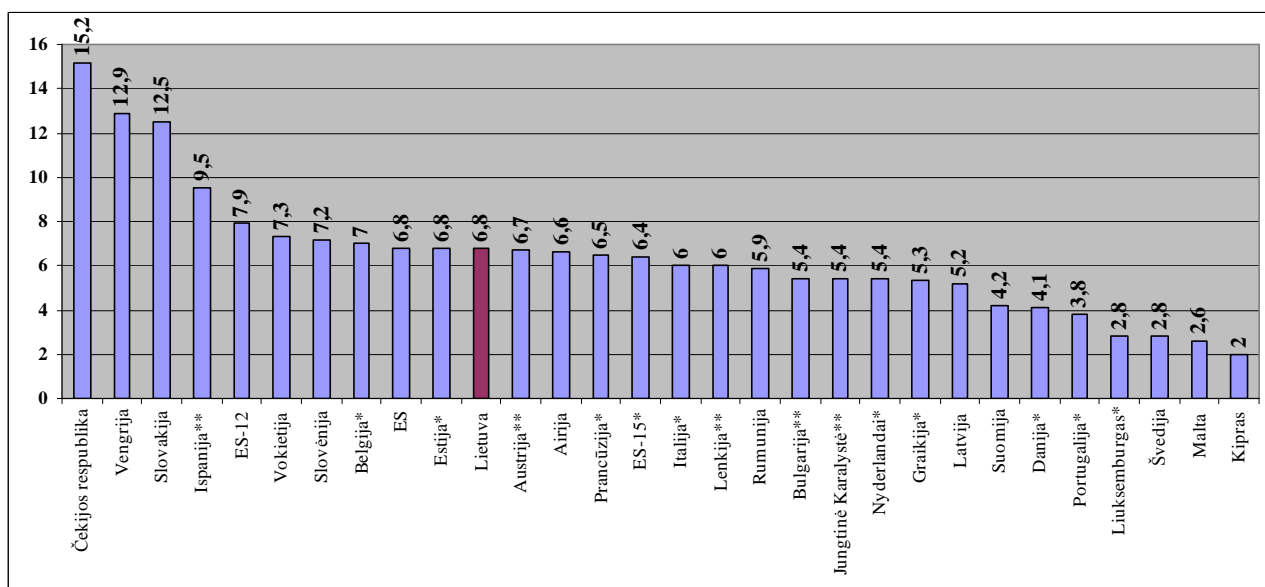


2. pav. ES šalys: ligoninių lovų skaičius 100000 gyventojų, 2005 m.

Šaltinis: Sveikatos ekonomikos centras.

Ligoninių lovų, tenkančių 100000 gyventojų rodiklis Lietuvoje – vienas iš didesnių ES. Lietuvoje 100000 gyventojų tenka 528 lovos, mažiausiai tenka Jungtinėje Karalystėje – 242 lovos, didžiausias rodiklis Bulgarijoje – 755 lovos.

Nors ligonių ambulatorinių konsultacijų skaičius pas gydytojus yra artimas ES šalių vidurkiui, tačiau ambulatorinės grandies funkcionavimas dėl medicininės įrangos stokos nėra labai efektyvus. Lėtai vyksta šeimos gydytojo institucijos, ambulatorinės reabilitacijos paslaugų plėtra. Ambulatorinių paslaugų plėtra vyktų sparčiau, jei šalyje pakaktų specialistų. Specialistams tenkantis krūvis išlieka didelis. Skirtinguose regionuose, skirtingose savivaldybėse skiriasi specialistų skaičius. Didžiausia specialistų koncentracija – universitetinio lygio ligoninėse, todėl savivaldybių, kuriose įsikūrusios šios įstaigos, sveikatos įstaigose specialistų trūkumas taip nejaučiamas, kaip savivaldybių, nutolusių nuo universitetinių centrų, sveikatos įstaigose. Tai liečia ir pirminę ir antrinę grandis. Vienam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius parodo gyventojų sergamumą. Lietuvoje pacientas vidutiniškai per metus pas gydytoją apsilanko 6,8 karto (4 pav.). Tai vidutinis rodiklis lyginant ES šalis. Dažniausiai į gydytojus kreipiasi Čekijos respublikos gyventojas – į gydytoją kreipiasi 15,2 karto. Pas gydytojus mažiausiai lankosi Kipro (2 kartus) ir Maltos (2,6 karto) gyventojai. Estijoje šis rodiklis atitinka Lietuvos rodiklį.



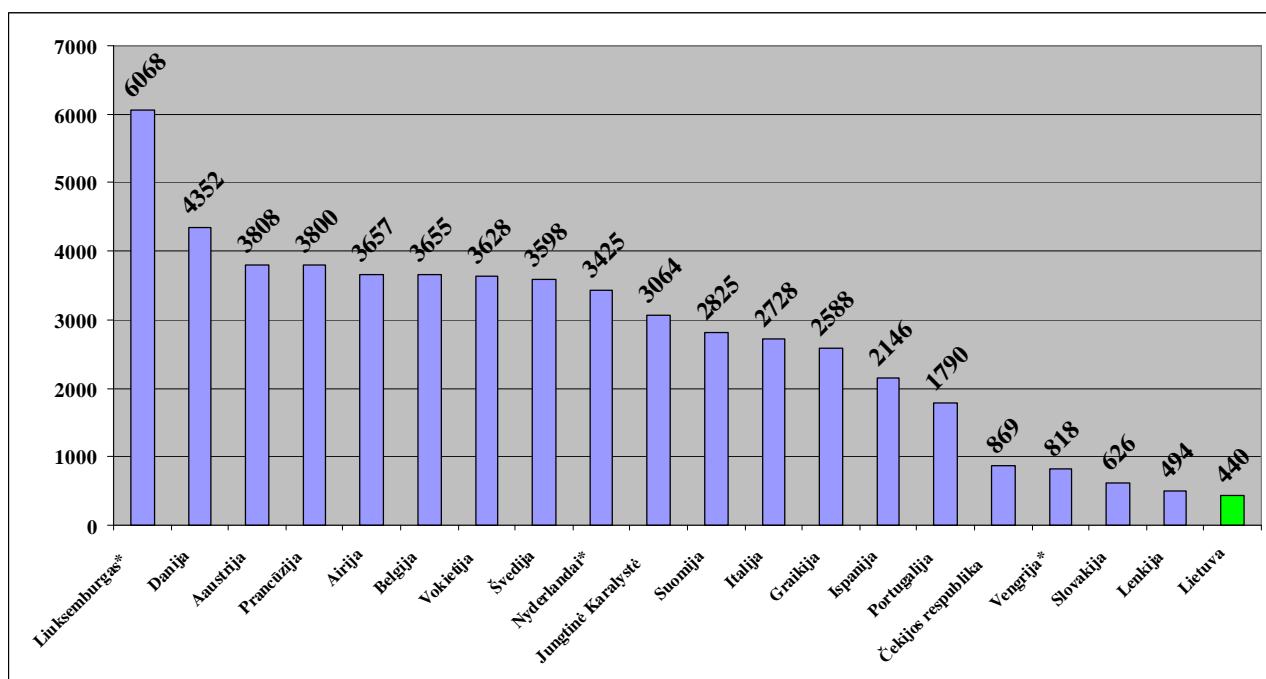
3 pav. ES šalys: ambulatorinių apsilankymų pas gydytojus skaičius, tenkantis vienam gyventojui per metus, 2005 m.

Šaltinis: Sveikatos ekonomikos centras.

Sveikatos ekonomikos centro duomenimis [28] pastaraisiais metais daugelis šalių, kuriose buvo galimas tiesioginis kreipimasis į gydytojus specialistus ambulatorinėse įstaigose, pradėjo taikyti apsilankymų apribojimus (Prancūzija ir Vokietija). Tai susiję su poreikiu mažinti nebūtinų apsilankymų skaičių pas gydytojus specialistus ir mažinti sveikatos sistemos išlaidas. Iš kitos pusės, tos šalys, kuriose buvo stipriai išvystyta siuntimo sistema, šiuo metu svarsto ir diegia naujas iniciatyvas, kurios gerintų specialistų paslaugų prieinamumą. Nuo 2005 m. Anglijoje pacientai jau gali tiesiogiai (be šeimos gydytojo siuntimo) kreiptis pas otorinolaringologą ir akių ligų specialistus. Lietuvoje šiuo metu tiesiogiai galima kreiptis pas gydytoją dermatovenerologą, pas kitus specialistus tik dėl būtinios pagalbos. Skirtingose šalyse paslaugų, kurias turi teikti šeimos gydytojas apimtis labai skiriasi. Labai platus šeimos gydytojų teikiamų paslaugų aprašas yra Anglijoje ir Suomijoje. O Prancūzijoje ir Vokietijoje pacientai dėl tų pačių paslaugų kreipiasi į gydytoją specialistą. Tai susiję su gydytojų parengimo sistemos ypatybėmis, skirtingomis šalių tradicijomis ir gydytojų bendruomenės nuostatomis.

Darbas yra vienas iš svarbiausių žmonių sveikatą lemiančių veiksnių. Pagal ES šalių rekomendacijas Europos sveikatos monitoringo sistemose reikia atsižvelgti į šį veiksni [78]. Atliekami ir kiti tyrimai. Europos šalių sveikatos paslaugų indekso tyrimas, vertina sveikatos apsaugos sistemų efektyvumą paslaugų vartotojų požiūriu. Tyrime atsižvelgiama į svarbiausius pacientams kriterijus, tarp kurių – pacientų teisės ir informacija, bendras sveikatos paslaugų prieinamumas, gydymo rezultatai, sveikatos apsaugos sistemos efektyvumas ir pacientų galimybė gauti naujus vaistus. Pirmą kartą Europos šalių sveikatos sistemos buvo pradėtos tirti 2005 m.

Tyrimas atliekamas naudojant šalių statistiką ir tiriant anksčiau minėtus rodiklius. Sveikatos paslaugų indekso tyrimą atlieka nepriklausoma tyrimų ir informacijos organizacija „Health Consumer Powerhouse“ įsikūrusi Briuselyje [47]. Visa informacija pateikiama sveikatos paslaugų vartotojams, kad jie galėtų palyginti savo ir kaimyninių šalių sveikatos sistemas. Atlikus kasmetinį Europos sveikatos paslaugų indekso tyrimą (EHCI), Lietuvos sveikatos sistema, pagal surinktų balų skaičių, buvo įvertinta 26 vieta iš 29 tyrime dalyvavusių Europos šalių sveikatos sistemų 2007-ųjų metų Europos sveikatos paslaugų indekso tyrime (EHCI). Lietuva pakilo iš žemiausios pozicijos 2006 metais ir aplenkė Lenkiją, Bulgariją ir Latviją. 2007 metais geriausia paskelbta Austrijos sveikatos sistema surinko 806 balus, antroje vietoje liko Olandija (2005-ųjų metų nugalėtoja), nuo jos šiek tiek atsiliko Prancūzija (2006-ųjų metų nugalėtoja), Šveicarija, Vokietija ir Švedija. Buvo atsižvelgta į 27 kriterijus, kuriuos įvertinus, Lietuva surinko 496 balus iš 1000 galimų. Ekspertai gerai įvertino Lietuvos pacientų teisių įstatymą, bei pacientų teisę sužinoti objektyvią diagnozę ir savo medicininės kortelės įrašus.



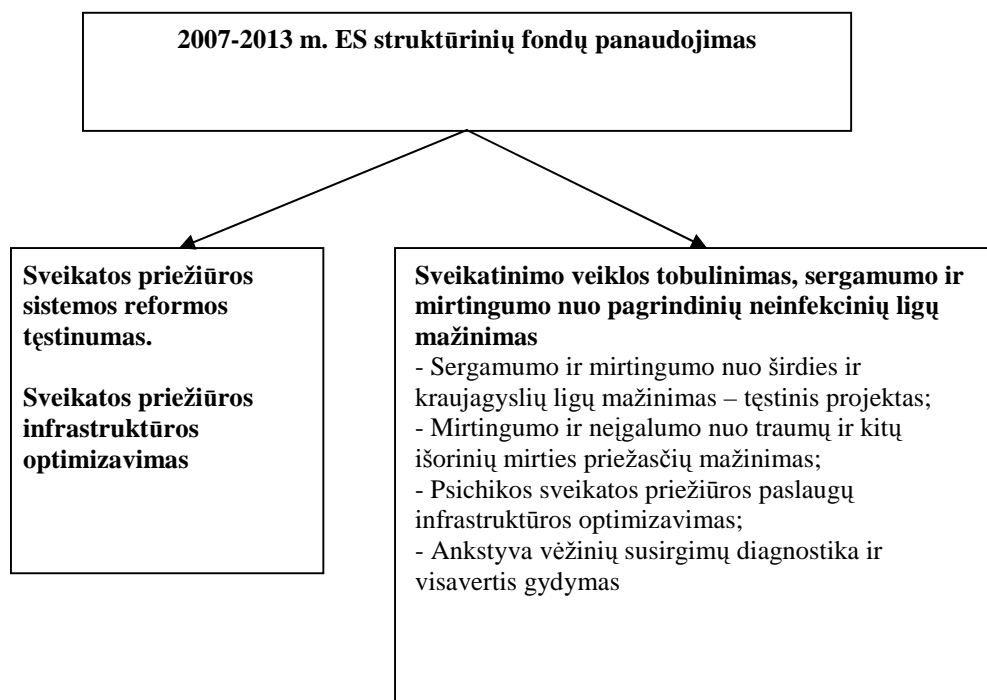
4 pav. Visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatos veiklai JAV doleriais vienam gyventojui ES šalyse 2005 m.

Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

Sveikatos ekonomikos centro atlikta studija akivaizdžiai rodo, kad prastos gyventojų sveikatos esminė priežastis – mažos valstybės investicijos į žmonių sveikatą. Tokia išvada padaryta, palyginus Lietuvos ir kitų šalių sveikatos sektorių finansavimo proporcijas, santykį su bendrojo vidaus produktu, investicijomis į kitus sektorius ir pan. Pagal bendrojo vidaus produkto dydį, tenkantį vienam gyventojui, Lietuva užima vieną paskutinių vietų Europos Sąjungoje. Valstybės

išlaidos gyventojų sveikatai skaičiuojant nuo bendrojo vidaus produkto Lietuvoje vienos mažiausių ES: 2003 m. jos sudarė 312 JAV dolerių, o Liuksemburge – 4031 dol., Lenkijoje – 339 dol. Lietuvoje BVP dalis, skiriama sveikatos apsaugai, pastaraisiais metais vis mažėjo, todėl, nepaisant gerėjančios šalies ekonomikos, finansinė sveikatos sektoriaus padėtis blogėjo – ir santykinai, palyginus su kitais valstybės sektoriais, ir vertinant absoliučius finansų srautus [23]. Atlikta studija parodė esamą situaciją. Lietuvos statistikos duomenimis 2005 m. Lietuva užėmė paskutinę vietą pagal visuomenines ir privačias išlaidas sveikatos veiklai, tenkančias vienam gyventojui ES šalyse. Pektame paveiksle matome, kad visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatos veiklai vienam gyventojui 2005 m. mažiausios buvo Lietuvoje. Tai rodo valstybės ir gyventojų galimybes, požiūrį į sveikatą. Sveikatą apibūdinantys rodikliai Lietuvoje taip pat vieni iš prasčiausių Europos sąjungos šalyse. Vadovaujantis Europos Sąjungos steigimo sutartyje numatytu subsidiarumo principu, Lietuva turi teisę pasirinkti sveikatos priežiūros sistemos modelį. Lietuvos sveikatos sistema turi atitikti Europos šalių infrastruktūros paslaugų kokybės reikalavimus ir principus [59]. Sistema turi užtikrinti teikiamų sveikatos paslaugų kokybę ir prieinamumą gyventojams.

Lietuva, kaip ES narė, naudoja ES regioninės politikos instrumentu – struktūrinių fondų finansine parama.



5 pav. 2007-2013 m. ES struktūrinių fondų panaudojimas sveikatos sektoriuje

Šaltinis: Europos Sąjungos struktūrinių fondų paramos prioritetai Lietuvos sveikatos apsaugos srityje 2007–2013 m.

Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos sudaro galimybę modernizuoti šalies sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą: renovuoti patalpas, įdiegti informacines technologijas, įsigyti būtiną mediciną įrangą. Planuojamos ES struktūrinių fondų finansinės paramos 2007–2013 m. prioritetai yra sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas bei sveikatingumo veiklos tobulinimas, sergamumo, mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų (širdies ir kraujagyslių, traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių, psichikos sveikatos sutrikimų ir vėžinių susirgimų) mažinimas [59]. Visa tai sudaro sąlygas derinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę prie ES standartų, mažinti miesto ir kaimo gyventojams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės skirtumus. Europos sveikatos rodikliams priskiriami sveikatos sistemos rodikliai urbanizuotose vietose [66]. Nacionalinė valdžia galėtų atlikti būtinus pakeitimus įsisavinant šių lėšų finansinę paramą sveikatos reformai. Tačiau pasyvus įsisavinimas būdingas visoms šalims [50].

Apibendrinant sveikatos sistemos reformos teisinę bazę, galima teigti, kad Lietuvos nacionalinės sveikatos funkcionavimą ir sveikatinimo paslaugų teikimą reglamentuoja šie pagrindiniai įstatymai: Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos draudimo įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas.

Vyriausybė siekia, kad sveikatos priežiūros paslaugos būtų kokybiškos, saugios, efektyvios, prieinamos ir savalaikiškos, patenkintų visų Lietuvos gyventojų poreikius ir lūkesčius. Sveikatos apsaugos ministerijos 2008–2010 metų strateginiame veiklos plane numatyta užtikrinti efektyvią sveikatos priežiūrą, tobulinant sveikatos sistemos administravimą ir finansavimą. Tobulinti sveikatos sistemos valdymą, koordinavimą, vykdyti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų tinklo restruktūrizavimą, atsižvelgiant į valstybės poreikius ir tarptautinę praktiką. Suformuoti veiksmingą valstybės, apskričių ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų sistemą. Administruoti ir racionaliai naudoti investicines ir ES struktūrinių fondų lėšas sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros gerinimui, naujų bei modernių gydymo metodų diegimui ir gydymo proceso tobulinimui. Vykdyti aktyvią personalo planavimo politiką. Europos

sveikatos paslaugų indekso tyrimo rezultatai rodo, kad Vyriausybė turi įvertinti susidariusią realią situaciją sveikatos sektoriuje ir numatyti priemones, kurios leistų pagerinti Lietuvos sveikatos rodiklius ES šalių kontekste.

Sveikatos sistemos pertvarkai būtini sprendimai nėra patrauklūs tiek politikams, tiek gyventojams, kadangi teigiami rezultatai stebimi tik po ilgo laiko. Todėl neretai vengiama juos priimti, pasirenkamos kitos alternatyvos, greitai duodančios apčiuopiamus, tačiau tik kosmetinio pobūdžio rezultatus. Pasak G. Steponavičienės [64] „gera sistema turi skaitytis su ribotais ištekliais, reaguoti į vartotojo poreikius, būti stabili, būti efektyvi“. Svarbu užtikrinti sveikatos priežiūros politikos tęstinumą nepriklausomai nuo politinių partijų ir sveikatos priežiūros pareigūnų kaitos ir siekti, kad atliekant esminių pokyčių valstybėje (teisės aktų, reformų, projektų) poveikio įvertinimą, būtų įtrauktas poveikio visuomenės sveikatai aspektas.

2. SVEIKATOS APSAUGOS REFORMOS ĮGYVENDINIMAS

Teisingas sveikatos priežiūros sistemoje susidariusios situacijos suvokimas yra sėkmingos sveikatos priežiūros reformos politikos plėtros garantas. Analizuojant sveikatos priežiūros sistemą didžiausias dėmesys skiriamas pagrindinių šios sistemos dalyvių tarpusavio sąveikai, atsakomybei, sugebėjimui atlikti sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir finansavimo funkcijas, bei su rizika sveikatai susijusių įstatyminių nuostatų įgyvendinimui. Restruktūrizuojant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos teikiamų paslaugų finansavimo šaltinius siekiama pagerinti Vyriausybės ir savivaldybių, Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų pajėgumą atlikti jiems priskirtas finansavimo funkcijas [9]. Tik aukštos kvalifikacijos, gerai apmokamas ir gera technika aprūpintas gydytojas gali teikti kokybiškas paslaugas. Šie reikalavimai sunkiai patenkinami esant visuotiniam pinigų stygiui. Sveikatos priežiūros pertvarkymas, neveiksmingai dirbančių įstaigų reorganizacija, esančių ribotų išteklių apskaita bei teikiamų paslaugų išlaidų mažinimas gali iš dalies kompensuoti finansų trūkumą [5]. Siekiant išspręsti susidariusias problemas, sveikatos apsaugos sistemoje buvo pradėta reforma.

Atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, atsirado prielaidos reformuoti sveikatos priežiūros sistemą. 1990 – 1992 metais išaugo vietos savivaldybių įtaka nestacionariai priežiūrai ir daugumos mažų bei vidutinių ligoninių valdymui, universitetai gavo daugiau savarankiškumo. Lietuvos Respublikos Vyriausybė, savivaldybėms perduodama kitų valstybės įstaigų funkcijas, 1992 m. pradėjo sveikatos priežiūros įstaigų decentralizavimo procesą. Decentralizacija vyko pirmiausia privatizuojant dalį vaistinių. Atsirado privati medicinos praktika, kuri buvo plačiau taikoma stomatologijoje.

Minėtu laikotarpiu visuomenė įtartina žiūrėjo į terminą „planavimas“, nes tai asocijavosi su sovietinės sistemos palikimu. Sovietų sąjungoje sistema buvo orientuota į kiekybę, o ne į kokybę [49]. Vyravo įsitikinimas, kad sveikatos priežiūros paslaugų asortimentą ir kokybę turi nustatyti

gydytojais, įstaigos ir savivaldybės. Liberalus to meto požiūris į sveikatos priežiūros valdymą lėmė atviras diskusijas tarp medikų. Tačiau tuo pačiu metu vis daugėjo sprendimų priimančių asmenų ir institucijų veiklos koordinavimo problemų, silpnėjo klinikinė medicinos paslaugų teikėjų kontrolė. Pagrindinė sveikatos priežiūros planavimo forma tuo metu buvo valstybės biudžeto, vietos savivaldybių bei Sodros biudžetų planavimas. Pagrindinis keliamas finansinių planų uždavinys – formuoti sveikatos priežiūros išlaidų struktūrą. Kiekvienai institucijai šamotoje buvo nustatomos išlaidos atlyginimams, vaistams, maitinimui, šildymui ir kitiems straipsniams. Didžiausias tokio metodo trūkumas – strategijos nebuvimas.

1993 m. įkūrus Programų koordinavimo centrą, buvo pradėtas sveikatos programų kūrimas. Tuo laikotarpiu buvo kuriami tik atskirų programų fragmentai daugiau finansuojant mokslinių praktinių programų dalių kūrimą ir vykdymą, tačiau vėliau tai davė pagrindą valstybinių ligų profilaktikos ir investicinių programų atsiradimui.

1993 – 1994 metai pasižymėjo viešomis diskusijomis dėl privataus ir visuomeninio sveikatos priežiūros institucijų valdymo bei finansavimo per valstybinius arba privačius sveikatos draudimo fondus, taip pat dėl laisvo ar riboto gydytojo pasirinkimo. Apsispręsta dėl laipsniškos reformos. Tuo metu valstybinės sveikatos priežiūros sistemos finansavimas mažėjo, gyventojų sveikatos būklė blogėjo, o farmacijos sektorius buvo nekontroliuojamai privatizuojamas.

1994 – 1995 metais priimti tam tikri politiniai sprendimai – dėl įstatyminio sveikatos draudimo schemos diegimo, sveikatos priežiūros paslaugų dekoncentravimo, Sveikatos apsaugos ministerijos vadovavimą perleidžiant apskritims. Be to, nuspręsta sustiprinti pirminės sveikatos priežiūros sektorių, mažinant ambulatorinės priežiūros specializaciją. Vyriausybė pradėjo suprasti ilgalaikio planavimo būtinybę bei valdymo pakeitimo sunkumus, taigi daugiau dėmesio imta skirti vadovaujančio personalo mokymui ir paslaugų teikėjų kontrolei [46]. Sveikatos strategijos kūrimas tapo svarbiu SAM uždaviniu.

1995 – 1996 m. Lietuvoje buvo vykdoma administracinė reforma. Įsteigus naujas savivaldybes bei apskritis formuojamos sveikatos priežiūros viešojo administravimo struktūros, perskirstytos funkcijos ir atsakomybė tarp vietos pavaldumo, apskričių ir nacionalinio pavaldumo įstaigų. Pirminė sveikatos priežiūra deleguota savivaldybėms (laikinais paliekant ir antrinę sveikatos priežiūrą savivaldybių ligoninėse), antrinė – apskritims, tretinė – sveikatos apsaugos ministerijai ir universitetams.

1996 m. priimtas sprendimas biudžetines sveikatos priežiūros įstaigas reorganizuoti į viešąsias (žr. 2 priedą). Sveikatos priežiūros įstaigos buvo inicijuojamos tvarkyti savo įstaigų veiklą. Kūrėsi viešosios įstaigos kolektyviniai valdymo organai: gydymo taryba, slaugos taryba, įstaigos stebėtojų taryba. Pastarosios funkcija buvo prižiūrėti įstaigos veiklą, bendradarbiauti su vietos bendruomene bei valdžia. Nuo 1997 metų pradėta buvusias biudžetines asmens sveikatos priežiūros įstaigas

perorganizuoti į viešąsias, nepelno siekiančias įmones, tokiu būdu palaiapsniui pereinant nuo biudžetinio įstaigų finansavimo prie sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sutarčių pagrindu.

2.1. Ligonų kasų funkcijų atkūrimas

XIX a. pabaigoje stambesnėse pramonės įmonėse Lietuvoje įkurtos ligonų kasos. Ligonų kasų draudimo paslauga priklausė tik nuo darbdavių, todėl jos didelės reikšmės kraštui neturėjo. 1912 m. buvo numatyta įvesti įstatymu numatytą draudimą ligos atveju pramonės darbininkams. Tačiau šio įstatymo įgyvendinimą sustabdė Pirmasis pasaulinis karas.

Organizuotesnis darbininkų ligonų gydymas Lietuvoje buvo pradėtas privačiai. Pirmoji privati ligonų kasa Lietuvos teritorijoje buvo įsteigta 1906 m. Kaune. Nepriklausomos Lietuvos pradžioje ir vėliau atskirais įstatymais reglamentuotos veikė Susisiekimo ministerijos vadinamoji Geležinkelių kasa, Žemės ūkio ministerijos laisvai samdomų eigučių ligonų kasa, ir kitos. Minėtos ligonų kasos apėmė mažas Lietuvos gyventojų grupes.

Ligonų kasų įstatymą Lietuvos Respublikos Seimas priėmė 1925 m. gruodžio mėn. 9 d. ir paskelbė 1926 m. Vyriausybės žiniuose. Tuo įstatymu privalomai buvo draudžiami valstybės ir savivaldybių tarnautojai, įmonių ir privačiai samdomi darbininkai ar tarnautojai. Įstatymas nelietė laikinai samdomų, žemės ūkio darbininkų ir valstybės ar savivaldybių tarnautojų ir įmonių ar laisvai samdomų tarnautojų ar darbininkų, jei jų pajamos siekė 400 litų mėnesiui. Šie darbuotojai galėjo laisvai apsidrausti ligonų kasose. Ligonų kasų lėšas sudarė narių ir darbdavių mokesčiai, valstybės išdo įnašai, kasų turto pajamos, pašalpos ir aukos, baudos ir kitos pajamos.

Pagal įstatymą ligonų kasos buvo organizuojamos teritoriniu pagrindu. 1928 m. buvo įsteigta pirmoji – Kauno miesto ligonų kasa. Kiek vėliau įsteigtos kitos 7 ligonų kasos: Kauno miesto, Kauno apskrities, Šiaulių, Panevėžio, Ukmergės, Marijampolės ir Vilkaviškio miestų ir apskričių kasos. 1940 m. pasikeitus politinei santvarkai, ligonų kasos buvo likviduotos. Lietuvoje ilgam buvo įvesta iš valstybės biudžeto finansuojama sveikatos apsaugos sistema [67]. Sistema išliko nepakitusi daugelį metų.

1992 m. buvo įkurta Valstybinė ligonų kasa. Ligonų kasų veikla grindžiama atstovavimu pacientų, apdraustųjų interesams. Šiuo metu Lietuvoje veikia Valstybinė ligonų kasa ir penkios teritorinės ligonų kasos: Vilniaus TLK, Kauno TLK, Klaipėdos TLK, Panevėžio TLK, Šiaulių TLK. Jos aptarnauja ne tik priskirtų teritorijų gyventojus, tačiau sudaro sutartis su kitomis TLK dėl sveikatos paslaugų teikimo gyventojams iš kitų TLK ir jų apmokėjimo (žr. 9 priedą). Teritorinės ligonų kasos sudaro sutartis su vaistinėmis dėl kompensuojamų medikamentų apmokėjimo, su medicininės reabilitacijos ir sanatorines paslaugas teikiančiomis įstaigomis.

Pasaulyje yra keletas sveikatos draudimo modelių. Vokietijoje įmokas moka ir darbdavys, ir darbuotojas. Šį modelį prieš 200 m. inicijavo žymus Prūsijos ir Vokietijos valstybės veikėjas Otas Eduardas Leopoldas von Bismarkas. Jis inicijavo socialinio draudimo ir taupomųjų kasų įstatymus [73]. Skandinavijos šalyse finansuojamas atitinkamas sveikatos priežiūros lygis. Švedijoje grafystės finansuoja sveikatos apsaugą. Tai praktiškai yra ligonių kasos. Anglijoje yra decentralizuoti ir centralizuoti modeliai. Slovakija, Lenkija, Ispanija įvedė tokias institucijas kaip valstybinės ligonių kasos, kaip ir Lietuvoje.

2.2. Sveikatos apsaugos reformos įgyvendinimas

Sveikatos sistemos reforma – tai procesas, kurio tikslas pasiekti teigiamus pokyčius nacionalinėje sveikatos politikoje ir sistemoje per sveikatos programų vykdymą bei kitus veiksnius, nukreiptus į iškeltų tikslų ir prioritetų, įstatymų ir poįstatyminių teisės aktų vykdymą.

Sveikatos apsaugoje reforma įteisinta 1991 metų spalio 30 dieną Lietuvos Respublikos Aukščiausiajai Tarybai priėmus nutarimą Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos Nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“. Nacionalinė sveikatos koncepcija suteikė mokslinį pagrindą naujam visuomenės požiūriui į sveikatos priežiūrą, skatino šalies gyventojus aktyviau dalyvauti priimant sveikatos politikos sprendimus, rūpintis savo sveikatos palaikymu bei gerinimu, pabrėžė tarpsektorinio bendradarbiavimo reikšmę ir valstybės bei asmens atsakomybę formuojant sveikatos politiką. Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje nurodyta aktyviau įgyvendinti pirminę sveikatos priežiūrą, sveikatos priežiūros finansavimo reformą, sukuriant sistemą, apimančią tiek finansavimą iš bendrai surenkamų mokesčių, tiek ir iš sveikatos draudimo įmokų.

Reformos vykdomos dėl šių priežasčių:

- sistema nepatenkina gyventojų poreikių;
- dėl per didelių kaštų sistema ekonomiškai neefektyvi;
- sistema neefektyvi dėl neteisingo valdymo;
- sistema nesprendžia esminių sveikatos problemų.

Kiekvienas reformų projektas, turintis esminių naujovių, susiduria su kliūtimis ir pasipriešinimu [53]. Taip atsitiko ir Lietuvoje, ruošiantis reformuoti sveikatos apsaugą. Sistema nepatenkino gyventojų poreikių. Dėl per didelių kaštų, neteisingo valdymo; sistema ekonomiškai buvo neefektyvi, nesprendė esminių sveikatos problemų. Mokslas ir praktika pripažįsta pažiūrą, kad mažų mažiausiai bent jau diegimo fazėje yra būtinas darbuotojų įsitraukimas į reformas ir kad reformų projektai gali būti sėkmingai įgyvendinti tik tokiu atveju, jeigu juos remia dalyviai [53].

Lietuvoje sveikatos reforma vyko vadovaujantis kitais principais. Sveikatos reforma be didelių svarstymų visuomenėje buvo reglamentuota teisės aktais.

Sveikatos reforma yra procesas, nukreiptas į organizacinių ir valdymo struktūrų keitimą, o taip pat į finansavimo šaltinių, finansavimo mechanizmų ir sveikatos priežiūros resursų keitimą visos šalies mastu tiek prevencinėje, tiek gydomojoje, tiek visuomenės sveikatos srityje valstybiniame ir privačiame sektoriuje, užtikrinant pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūrą.

Per pastaruosius metus, įgyvendinant šią reformą, Lietuvoje bandoma keisti gyventojų medicininį aptarnavimą, išplečiant pirminės sveikatos priežiūros tarnybą, kuriant šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo instituciją.

2.2.1. Sveikatos apsaugos reformos tikslai ir uždaviniai

Sveikatos priežiūros reformos tikslai ir uždaviniai nustatomi vadovaujantis sveikatos priežiūros sistemos baziniuose dokumentuose (Lietuvos nacionalinė sveikatos koncepcija, Lietuvos sveikatos programa), PSO Europos regiono sveikatos politikos XXI amžiui „Sveikata – 21“ dokumente, Europos Sąjungos Visuomenės sveikatos programoje 2001 – 2010 m., Bendrijos veiksmų visuomenės sveikatos srityje programoje (2003 – 2008 m.), Valstybės ilgalaikės raidos strategijoje, Nacionalinėje Lisabonos strategijos įgyvendinimo programoje suformuluotomis nuostatomis [59]. Lietuvos Sveikatos reformos tikslai ir uždaviniai:

Sveikatos reformos tikslai: aktyvi visuomenės sveikatos priežiūra (gyventojų atsakomybės už sveikatą ugdytas; gyventojų dalyvavimas priimančiais sprendimais); sveikatos paslaugų kokybės pagerinimas, efektyvumas, restruktūrizuojant paslaugų teikimą (pirminė sveikatos priežiūra); stacionarų pertvara; finansavimas; farmacija; valdymas (decentralizuojant).

Bendrieji tikslai:

- Gyventojų mirtingumo mažinimas ir vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas;
- Sveikatos santykių teisingumas; gyvenimo kokybės pagerinimas.

Specialieji tikslai:

- Širdies-kraujagyslių ligos;
- Onkologinės ligos;
- Nelaimingi atsitikimai ir traumos;
- Psichikos ligos;
- Užkrečiamos ligos;
- Burnos sveikata;
- Diabetas;

- Kitos visuomenės sveikatos programos (alkoholio, tabako, narkotikų, mitybos, aplinkos kokybės, darbų saugos, motinos ir vaiko, sveikatos ugdymo ir kt.).

Sveikatos priežiūros sistemos tikslas – visapusiška kiekvieno Lietuvos piliečio fizinė ir dvasinė gerovė, kurios siekiama užtikrinant prieinamą, kokybišką ir veiksmingą sveikatos priežiūrą, sudarant visiems šalies gyventojams vienodas galimybes gauti jiems reikalingą medicinos pagalbą, teisę pasirinkti savo gydytoją ir sveikatos priežiūros įstaigą [59].

Vykdamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. spalio 4 d. nutarimo Nr. 1196 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 – 2004 metų programos įgyvendinimo priemonių“, buvo patvirtintos LR sveikatos apsaugos ministro 2002 – 07 – 30 įsakymu Nr. 391 „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo plėtros nuostatos ir kriterijai“:

Ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra:

- Plėtoti ambulatorinę slaugą.
- Diegti dienos chirurgijos paslaugas.
- Didinti ambulatorinės konsultacijos pagalbos apimtį.
- Teikti daugiau ambulatorinės reabilitacijos paslaugų.

Stacionarinė asmens sveikatos priežiūra:

- Hospitalizacijos rodiklis 100-ai savivaldybės gyventojų 2003 m. – 21 (2005 m. – 18).
- Lovos funkcionavimo rodiklis 320 dienų per metus.
- Vidutinė gulėjimo trukmė 8 dienos.
- Chirurginis aktyvumas 80%.
- 300 gimdymų per metus.
- Ilgalaikio – palaikomojo gydymo įdiegimas.

2002 metų lapkričio 12 dieną Lietuvos Respublikos Seimas nutarimu Nr. IX-1187 patvirtino Valstybės ilgalaikės raidos strategiją. Trečiame šio dokumento skyriuje [35] „Ilgalaikiai Valstybės raidos prioritetai ir jų įgyvendinimo kryptys“ akcentuojamos strategijos kryptys sveikatos apsaugos srityje: „sveikatos sistemos reforma, atitinkanti Europos Sąjungos teisės reikalavimus; visuomenės sveikatos stiprinimo, ugdymo ir informacijos sistemų plėtra; ligų prevencijos ir kontrolės įgyvendinimas; profesinio tobulėjimo skatinimas. Šia strategija siekiama sukurti šiuolaikinę ir modernią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą strateginiu planavimu, reformos proceso pokyčių analize ir valdymu, užtikrinančią sveikatos priežiūros prieinamumą, veiksmingumą, racionalų lėšų naudojimą, sveikos gyvensenos formavimą. Sveikatos sistemos efektyvų funkcionavimą užtikrina valstybė, įtraukdama šiam tikslui įgyvendinti visas socialines ir ekonomines struktūras ir sudarydama būtinas sąlygas visuomenei bei kiekvienam jos nariui sveikai gyventi“.

2.2.2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų klasifikacija

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigos teikia asmens sveikatos priežiūros bei visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, vykdo farmacinę veiklą bei teikia kitas (mokamas) paslaugas.

Pagal sveikatos ekonomikos centrą [28] LNSS vykdomų subjektų veiklai ir teikiamoms paslaugoms priskiriama:

- asmens sveikatos priežiūra – valstybės licencijuota fizinių ir juridinių asmenų veikla, kurios tikslas laiku diagnozuoti asmens sveikatos sutrikimus ir užkirsti jiems kelią, padėti sustiprinti sveikatą;
- visuomenės sveikatos priežiūra – organizacijų, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių bei medicinos priemonių, padedančių įgyvendinti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti visuomenės sveikatą bei ją stiprinti, visuma.;
- farmacinė veikla – juridinių ir fizinių asmenų vykdoma sveikatinimo veikla, apimanti vaistinių preparatų, veikliųjų ir pagalbinių medžiagų, kurios naudojamos, kaip pradinės medžiagos vaistinių preparatų gamybai, gamybą, kokybės kontrolę; didmeninį platinimą; pardavimą galutiniam vartotojui) (žr. 4 priedą).

Asmens sveikatos priežiūros paslaugos yra skirstomos pagal paslaugų teikimo būdą į ambulatorinę priežiūrą ir stacionarinę priežiūrą.

Ambulatorinėms paslaugoms priskiriamos gydomosios priežiūros paslaugos, teikiamos ambulatoriniams pacientams gydomosios priežiūros epizodo metu. Ambulatorinė sveikatos priežiūra – tai daugiausia paslaugos, gydytojų teikiamos ambulatorinės priežiūros įstaigose, tačiau ambulatoriniai pacientai gali būti gydomi ir ligoninėse, pvz. specialiose ambulatorinėse palatose, teikiant stebėjimo, dienos chirurgijos paslaugas. Ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra apima šių specialistų teikiamas paslaugas: šeimos medicinos – šeimos gydytojo praktikos, vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, gydytojo akušerio ginekologo, gydytojo chirurgo praktikos, pirminės psichikos sveikatos priežiūros, akušerio praktikos, slaugos: bendrosios praktikos, bendruomenės, fizinės medicinos ir reabilitacijos, kojų priežiūros, sergančių diabetu mokymo.

Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai paslaugos, kurios teikiamos ligoniui gydantis stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ASPI).

Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugos:

- teikiama informacija dėl ligų profilaktikos;
- antrinės ir tretinės atstatomosios medicinos paslaugos;
- medicinos slaugos ir socialinės paslaugos, teikiamos palaikomojo gydymo ir slaugos stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose;
- medicininė reabilitacija, įskaitant sanatorinį gydymą;

- patologiniai anatomiciniai tyrimai asmeniui mirus;
- asmenų laikinojo nedarbingumo ekspertizė.

Stacionarinė priežiūra paprastai sunaudoja 45 – 75% visų sveikatos priežiūrai skirtų lėšų [22]. Stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia apskritims ir Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios asmens sveikatos priežiūros įstaigos (arba skyriai), kuriose ligoniai stebimi ir gydomi ištisa parą (apskričių ligoninės (jos gali turėti padalinius – konsultacines poliklinikas); specializuotos ligoninės, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigos; kraujo donorystės įstaigos; apskričių gimdymo namai; valstybės aukštųjų mokyklų ar valstybinių mokslo įstaigų ir Sveikatos apsaugos ministerijos įsteigtos įstaigos). Savivaldos vykdomosios institucijos taip pat gali įgyvendinti įstatymo deleguotą valstybės funkciją – organizuoti antrinę asmens sveikatos priežiūrą, kurios mastą ir profilius nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos skirstomos į lygius: pirminį, antrinį bei tretinį sveikatos lygį.

Pirminė sveikatos priežiūra (PSP) – nespecializuota kvalifikuota asmens, įskaitant ir psichinę sveikatą, ir visuomenės sveikatos priežiūra gyvenamojoje vietoje [60]. Pirminę asmens sveikatos priežiūrą organizuoja savivaldos vykdomosios institucijos. Pirminės asmens sveikatos priežiūros (PSP) paslaugas teikia ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (žiūr. 3 priedą), akredituotos pirminei sveikatos priežiūrai:

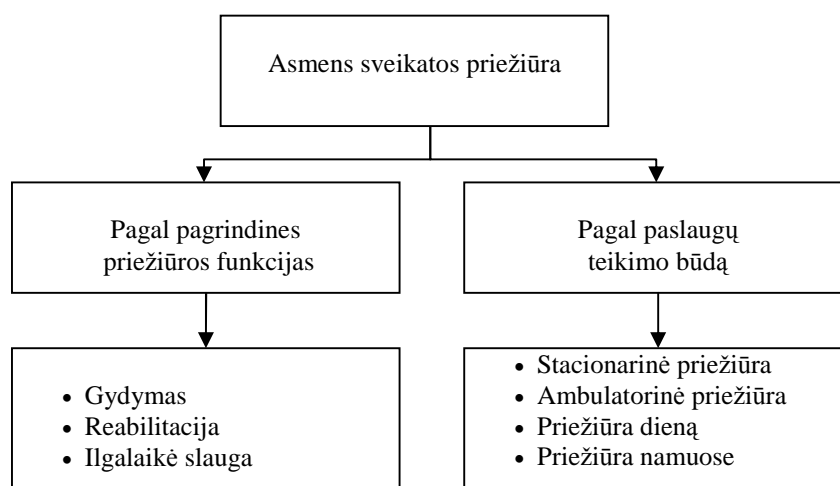
- medicinos punktai,
- ambulatorijos,
- poliklinikos,
- moterų konsultacijos,
- pirminės sveikatos priežiūros centrai (PSPC) (kuriuose yra terapijos ir (arba) pediatrijos, ir (arba) akušerijos – ginekologijos gydytojų apylinkės, gydytojai stomatologai),
- bendrosios praktikos gydytojų kabinetai,
- psichikos sveikatos centrai.

Vienas svarbiausių PSP sėkmės veiksnių yra integruota veikla. Funkcine prasme, gydant ligą, į PSP integruojamas ne tik pacientas ir gydytojas, bet paciento šeimos nariai, bendruomenė, sveikatos priežiūros komandos specialistai, padedantys išgyti. Pasak Žydžiūnaitės ir kitų [76] pirminės sveikatos priežiūros įstaigos vis stipriau įsitraukia į alkoholio ir narkotikų žalos prevenciją, nes pagal 1978 m. PSO priimtą Almatos deklaraciją sveikatos išsaugojimas ir stiprinimas yra esminis pirminės sveikatos priežiūros uždavinys. Svarbiausias vaidmuo čia atitenka slaugytojams, kadangi jie sudaro vieną didžiausių sveikatos priežiūros darbuotojų grupių ir turi daugiausia ryšių su visuomene. Organizacine prasme PSP turi apimti ne tik sveikatos, bet ir socialines tarnybas.

Plačiąja prasme bendrosios praktikos gydytojo žinios, patirtis ir pasaulėžiūra turi jokių būdu neapsiriboti vien medicina.

Antrinė sveikatos priežiūra – sveikatos priežiūra, teikiama ligoninėse pacientams, kuriems visą parą būtinas gydymas ar nuolatinė medicinos priežiūra. Tai specializuota asmens sveikatos priežiūra, kurią atlieka aukštesniųjų administracinių teritorijos vienetų sveikatos priežiūros įstaigos; specializuota visuomenės sveikatos priežiūra, kurią atlieka valstybės nustatytų valstybinių tarnybų ir valstybinių inspekcijų padaliniai aukštesniuosiuose administraciniuose teritorijos vienetuose. Antrinės (kvalifikuotos) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai paslaugos, kurias teikia gydytojai specialistai ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais; antrinės ambulatorinės atstatomosios medicinos paslaugos; laikinojo nedarbingumo ekspertizė; invalidumo iš vaikystės vaikams, nesulaukusiems 16 metų amžiaus, ekspertizė). Antrinės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos ligoniui gali būti teikiamos bendrojo profilio poliklinikose ir ligoninių konsultacinėse poliklinikose ar lankant namie. Paslaugos apmokamos už konsultaciją pas gydytoją specialistą. Jei per tris mėnesius dėl tos pačios ligos pacientas kreipiasi keletą kartų, apmokama už vieną konsultaciją.

Tretinės (specializuotos) ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – tai paslaugos, kurias teikia gydytojai konsultantai, konsultuodami pacientus ir teikdami patarimus bei gydymo metodikas pirminio ar antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojams (teikiama informacija ligų profilaktikos klausimais; tretinės ambulatorinės atstatomosios medicinos paslaugos; laikinojo nedarbingumo ekspertizė). Šios paslaugos teikiamos ligoniui lankantis ambulatoriškai specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Tretines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia konsultacinės poliklinikos, esančios prie specializuotų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, bei stacionaro specializuotą pagalbą teikiančių skyrių gydytojai konsultantai. Tretinis lygis pagal nacionalinės sveikatos sistemos valdymo nuostatas turėtų verstis tik mokslo ir mokymo tikslais, bet dažnai antrinės ir tretinės paslaugos yra teikiamos toje pat ligoninėje. Asmens sveikatos priežiūra klasifikacija:



6 pav. Asmens sveikatos priežiūros funkcijos.

Š altinis: Sveikatos ekonomikos centras.

Šiuolaikinė stacionarinės pagalbos politika turi dvi pagrindines kryptis: organizavimo teoriją, pagal kurią ligoninės yra kompleksinė sistema, galinti keistis priklausomai nuo kintančių aplinkybių ir sąlygų, strateginę ateities viziją, kuri nusako, kokio dydžio ir kokių profilių turi būti ligoninės bei jų ryšys su pirmine ir socialine priežiūra, ilgalaikiu gydymu, slauga bei kita pagalba.

2.2.3. Sveikatos priežiūros sektoriaus pajamų ir išlaidų struktūra

1990 metais sveikatos priežiūros įstaigos finansuojamos pagal sąmatos straipsnius. 1991 metais Sveikatos apsaugos ministerija nusprendė reformuoti finansavimą diegiant principą „pinigai seka paskui pacientą“ [4]. 1992 –1994 metais VLK taikyti įkainiai buvo paremti ekspertiniu įvertinimu. 1995 metais Sveikatos apsaugos ministerija mėgino parengti kainininką pagal sveikatos priežiūros paslaugų apskaičiuotas išlaidas, bet to padaryti nepavyko, nes iš tuometinės apskaitos sistemos buvo galima išgauti tik labai nedaug patikimos informacijos apie sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas, be to numatomoje sveikatos draudimo įstatymų bazėje visos šalies lygmeniu nebuvo jokio susitarimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo principų [4, p. 6].

1996 metais PHARE projekto ekspertai pateikė mokamų paslaugų detalų sąrašą Sveikatos apsaugos ministerijai.

Nauja sistema pradėta taikyti 1997 metais. Sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo metais buvo pasirinktas gyventojų skaičiumi paremtas mokėjimo metodas. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos turi informuoti teritorinę ligonių kasą apie prisiregistravusių pacientų skaičių.

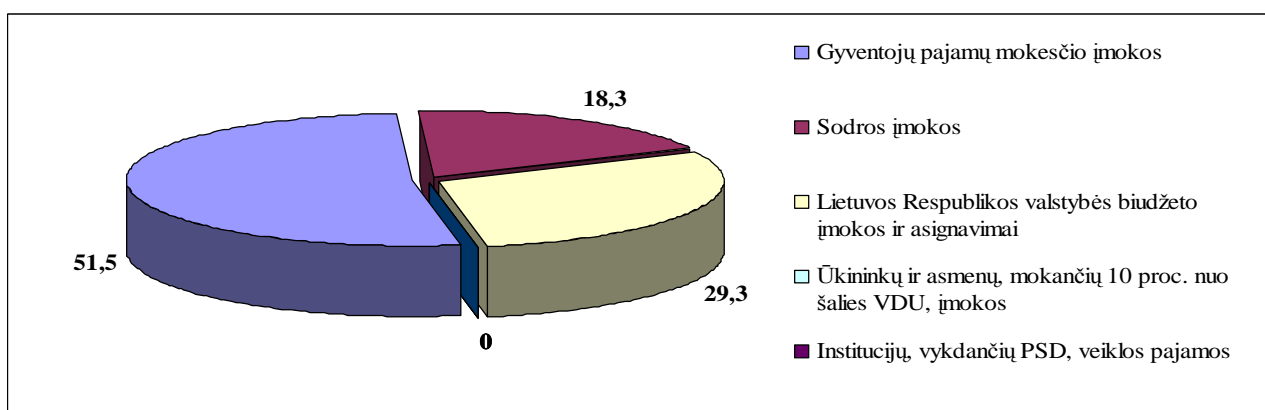
Antrinės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti taikoma mokėjimo už konsultaciją sistema. Tai reiškia, kad už pirminės sveikatos priežiūros gydytojo pas specialistą nukreiptą pacientą TLK apmoka antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigai tik už kas ketvirtą apsilankymą. Stacionarinės paslaugos apmokamos už kiekvieną atvejį, priklausomai nuo paslaugos grupės. Remiantis ekonomikos teorija, sveikatos priežiūra yra prekė, pasižyminti visuomeninei gėrybei būdingomis savybėmis, t.y. vartojant ją vienam individui, ekonominę naudą gauna visuomenė. Todėl visuomenei naudinga sukurti ir palaikyti sveikatos paslaugų finansavimo mechanizmą, užtikrinantį kiek galima mažesnę finansavimo riziką atskiroms gyventojų grupėms, t.y. naudinga įgyvendinti teisingo finansavimo įnašo principą [20].

1996 metų gegužės mėnesį Seimas priėmė Sveikatos draudimo įstatymą. Pagal šį įstatymą nuo 1997 metų sausio 1 dienos pradėta įgyvendinti įstatyminė sveikatos draudimo schema. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo šios institucijos:

- Privalomojo sveikatos draudimo taryba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės;
- Valstybinė ligonių kasa;
- teritorinės ligonių kasos.

Lietuvos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos yra finansuojamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų, privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF), sveikatos fondų bei kitų lėšų (draudimo nuo nelaimingų atsitikimų darbe ir susirgimų profesinėmis ligomis, savanoriškojo sveikatos draudimo lėšų.). Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto pajamos – pagrindinis valstybės biudžeto šaltinis sveikatos priežiūros sektoriaus išlaidoms finansuoti. PSDF pajamų struktūrą sudaro trys pagrindiniai pajamų šaltiniai:

- gyventojų pajamų mokestis;
- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai;
- draudėjų mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei už juos mokamos 3 proc. darbo užmokesčio dydžio įmokos.



7 pav. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos ir jų struktūra (%) 2006 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė.

PSDF biudžeto pajamoms turi įtakos ekonominiai veiksniai: dirbančių asmenų skaičius, gyventojų pajamos, atskaitomi fizinių pajamų ir socialinio draudimo mokesčiai, mokesčių surinkimas, mokesčių tarifai ir kt. Visos visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatinimo veiklai, vertinant procentais nuo BVP ir lyginant su ES šalimis, Lietuvoje yra vienos mažiausių. Gyventojų privačios išlaidos sveikatos priežiūrai apskaičiuojamos vadovaujantis Statistikos departamento duomenimis apie namų ūkių vartojimo išlaidas vienam gyventojui ir demografinės statistikos duomenimis apie vidutinį metinį gyventojų skaičių. 1998 – 2006 m. tiesioginės gyventojų išlaidos

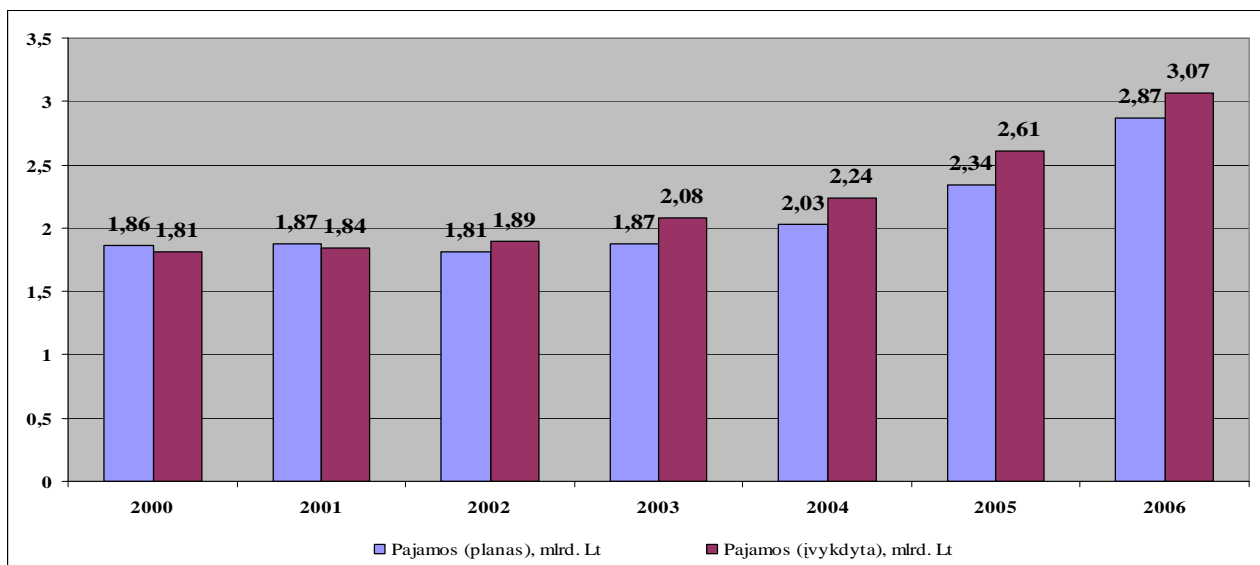
sveikatai padidėjo daugiau nei du kartus (nuo 177,6 Lt vienam gyventojui 1998 m. iki 392,4 Lt 2006 m.). Iš viso 2006 m. Lietuvos gyventojai sveikatai išleido 1,3 mlrd. litų. Tai sudarė 27,6 proc. visų išlaidų sveikatai. Toliau plėtojant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą, reikia ne tik didinti finansavimą iš valstybinių šaltinių, bet ir skatinti sveikatos sektoriaus finansavimą iš privačių šaltinių – sudaryti teises ir ekonomines sąlygas papildomojo sveikatos draudimo plėtrai [59].

Seimas gali įstatymu patvirtinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui papildomus valstybės biudžeto asignavimus, jei dėl Fondo biudžeto tvirtinimo metu nenumatytų priežasčių padidėja jo išlaidos arba sumažėja pajamos ir dėl to Fondo biudžetas negali įvykdyti visų šio Įstatymo nustatytų įpareigojimų. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos finansuojamos iš Sveikatos fondų:

Valstybinis sveikatos fondas sudaromas siekiant sukaupti lėšų privalomosioms valstybinėms sveikatos programoms finansuoti ir visuomeninių organizacijų programoms sveikatos stiprinimo srityje remti. Valstybinį sveikatos fondą sudaro, jo sąmatą tvirtina, juo disponuoja bei nustatyta tvarka jo lėšas naudoja Sveikatos apsaugos ministerija. Valstybinio sveikatos fondo lėšų šaltiniai yra: Seimo nustatyti valstybės biudžeto asignavimai skirti valstybinėms sveikatos programoms.

Savivaldybių sveikatos fondai sudaromi norint sukaupti lėšų savivaldybių visuomenės sveikatos programoms remti. Savivaldybės sveikatos fondą sudaro ir jo nuostatus, remdamasi tipiniais savivaldybių sveikatos fondų nuostatais, tvirtina savivaldybės taryba. Savivaldybių sveikatos fondų lėšų šaltiniai yra: nustatyta savivaldybės biudžeto asignavimų dalis; ne mažiau kaip 0,3 procento privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, atsižvelgiant į gyventojų skaičių; kitos lėšos (pav., savanoriškos fizinių ar juridinių asmenų įmokos, palūkanos).

Privalomasis sveikatos draudimas turi užtikrinti 70 – 80 proc. sveikatos priežiūros finansavimo, likusioji dalis (visuomenės sveikatos priežiūra, investicijos, valstybinės ir savivaldybių programos) turi būti finansuojama iš valstybės ir savivaldybių biudžetų. Sveikatos draudimo įstatymas numato privalomojo draudimo lėšas naudoti ne tik valstybinių, bet ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų paslaugoms apmokėti (sudaryti prielaidas plėtoti privačią praktiką) [55].



8 pav. Privalomojo sveikatos draudimo pajamų dinamika 2000 – 2006 m.

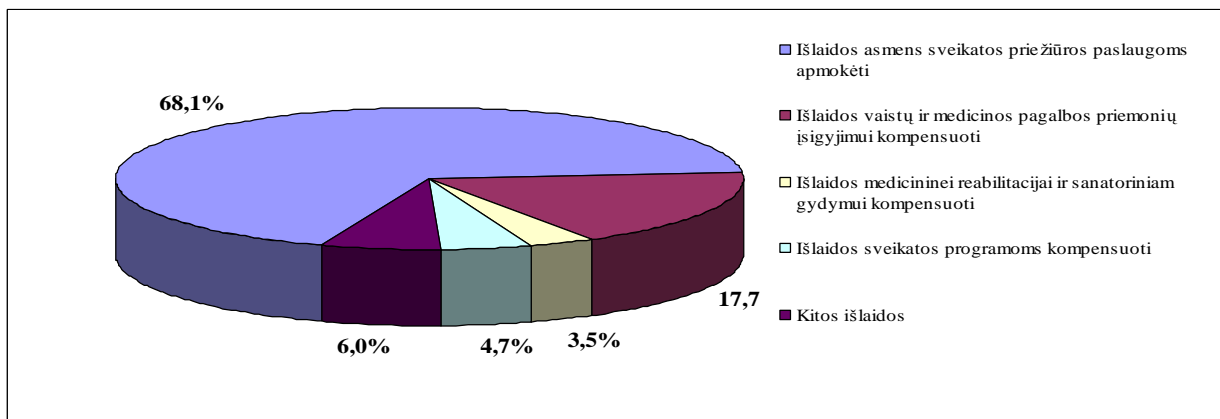
Šaltinis: VLK duomenų bazė.

Aštuntame paveiksle matome, kad PSDF pajamos turi tendenciją augti. Nuo 2002 m. pajamų įvykdymas viršija pajamų planą. Nuo 2000 m. pajamos išaugo 69,6 procento.

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidas sudaro:

- iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, išlaidos, sveikatos priežiūros įstaigoms, su kuriomis teritorinės ligonių kasos (TLK) yra sudariusios sutartis, apmokėtos išlaidos;
- išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti šio įstatymo nustatyta tvarka kompensavimas apdraustiesiems;
- medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidų šio įstatymo nustatyta tvarka kompensavimas apdraustiesiems;
- galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo ir kitų,

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatytų, centralizuotai įsigyjamų vaistų ir medicinos priemonių išlaidos.



9 pav. PSDF biudžeto išlaidų struktūra (%) 2006 m.

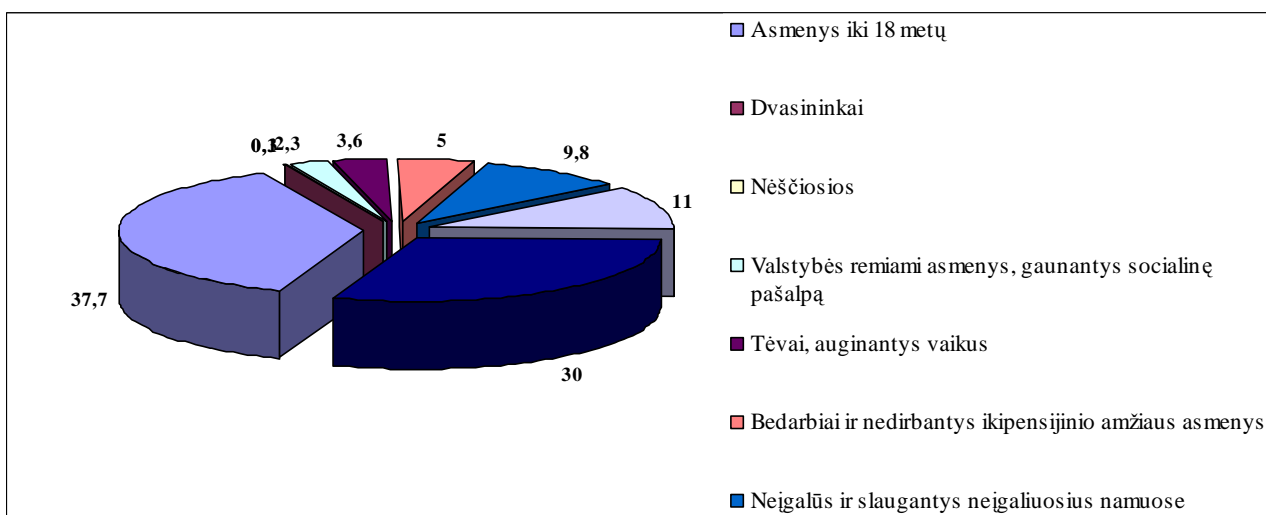
Šaltinis: VLK duomenų bazė.

Analizuojant PSDF biudžeto išlaidų struktūrą, matome, kad pagrindines išlaidas sudaro asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas (68,1 proc.) bei išlaidos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui kompensuoti (17,7 proc.). Visoms kitoms išlaidoms tenka 14,2 procento.

Pasak G. Steponavičienės [62] formaliai sveikatos apsaugos finansavimas Lietuvoje vyksta per draudimą, bet kadangi draudimas yra valstybinis, privalomas ir monopolinis, sveikatos draudimo įmokos faktiškai atitinka mokesčio požymius. Todėl apie jas galime kalbėti kaip apie biudžeto subsidijas. Šis finansavimo dvilypumas – lyg ir draudimas, lyg ir subsidija – įneša nemažai painiavos ir neskaidrumo, dėl ko yra sunkiau valdyti finansus ir priimti strateginius sprendimus. Todėl yra tikslinga sistemą modifikuoti padarant ją paprastesne ir skaidresne. Gaudamos pagrindines pajamas iš gyventojų pajamų mokesčio, Ligonų kasos (LK) didžiąja dalimi dubliuoja savivaldybių funkcijas. Tačiau atsižvelgiant į silpnus savivaldybių institucinius gebėjimus, joms perduoti TLK funkcijas būtų rizikinga [30]. Savivaldybėms yra deleguota steigėjo funkcija, tačiau atskiruose rajonuose jų požiūris į sveikatos įstaigas labai skiriasi.

Yra daug tokių viešųjų paslaugų, kurių išlaidos kokybei gerinti nepadidins nei vartotojų skaičiaus, nei biudžeto asignavimų, nei iš mokesčio už paslaugą gaunamų pajamų [54]. Šis apibūdinimas tinka asmens sveikatos įstaigoms.

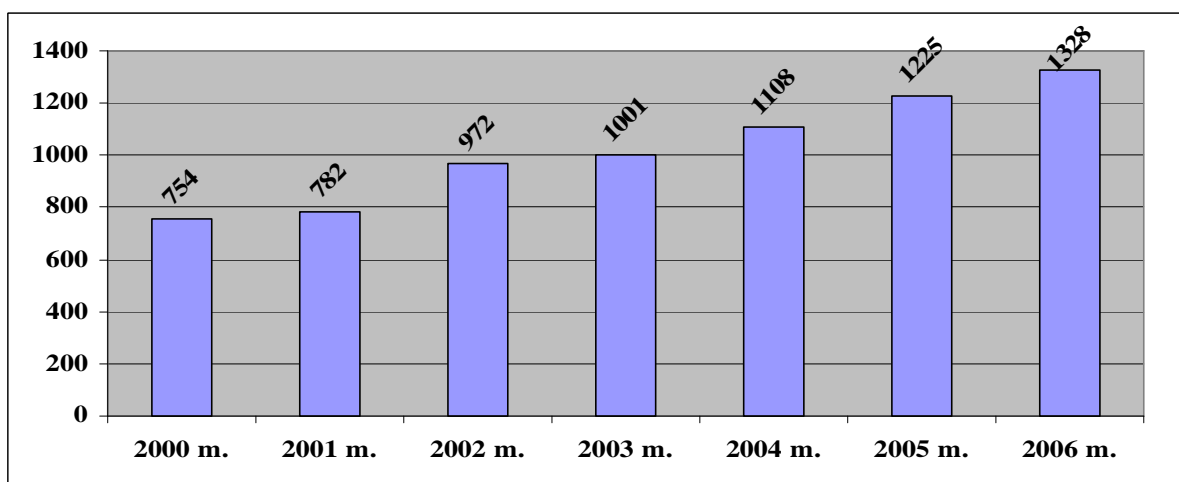
Vienas iš socialinių veiksnių įtakančių PSDF biudžetą – valstybės lėšomis draudžiamųjų skaičius. 1997 m. jis sudarė 2093,7 tūkst. gyventojų, 2007 m. sausio 1 d. šalyje buvo 1837,99 tūkst. valstybės lėšomis draudžiamų asmenų, t.y. lyginant su 2006 m. sumažėjo 70,51 tūkst. gyventojų, (3,7 proc.) ir sudarė 54,3 proc. visų šalies nuolatinių gyventojų. Valstybės biudžeto asignavimų dydis už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis kasmet mažėjo – 1998 m. jis sudarė 242,5 Lt, 2002 m. – 187,2 Lt ir tik 2003 m. padidėjo iki 198,2 Lt, 2004 m. – 221,4 Lt, 2005 m. – 264,2 Lt, 2006 m. – 304,4 Lt, 2007 m. – 353,2 Lt, o 2008 m. pagal dabar galiojančio Sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnio redakciją – 428,1 Lt [59].



10 pav. Valstybės lėšomis draudžiami asmenys (%) 2006 m.

Šaltinis: VLK duomenų bazė.

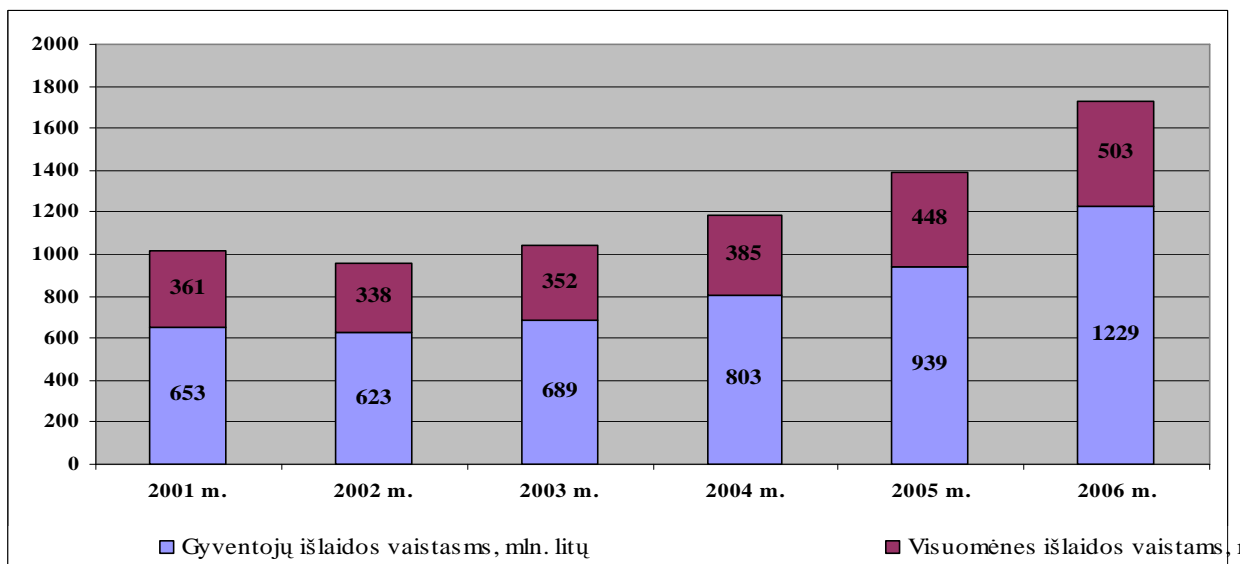
Didžiąją dalį valstybės draudžiamų asmenų dalį sudaro asmenys iki 18 metų (37,7 proc.). 30 procentų sudaro pensininkai, kiti: dvasininkai; nėščiosios; valstybės remiami asmenys, gaunantys socialinę pašalpą; tėvai, auginantys vaikus; bedarbiai ir nedirbantys iki pensinio amžiaus asmenys; neįgalūs ir slaugantys neįgaliuosius namuose – 32,3 procento. Turimų finansinių išteklių apimtys nesudaro galimybių tenkinti augančių pacientų poreikių sveikatos priežiūros paslaugoms ir jų kokybei, todėl būtina, kad valstybės išlaidos sveikatos apsaugai augtų ne mažesniais tempais nei bendrojo vidaus produkto augimo tempai ir tiek, kiek tikslinga prisiimant didesnę finansinę ligų rizikos naštą bei užtikrinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gyventojams [59].



11 pav. Namų ūkio tyrimai. Lietuvos gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai mln. litų 2000 – 2006 m.

Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Namų ūkių biudžetų 1996 – 2006 m. tyrimų rezultatai.

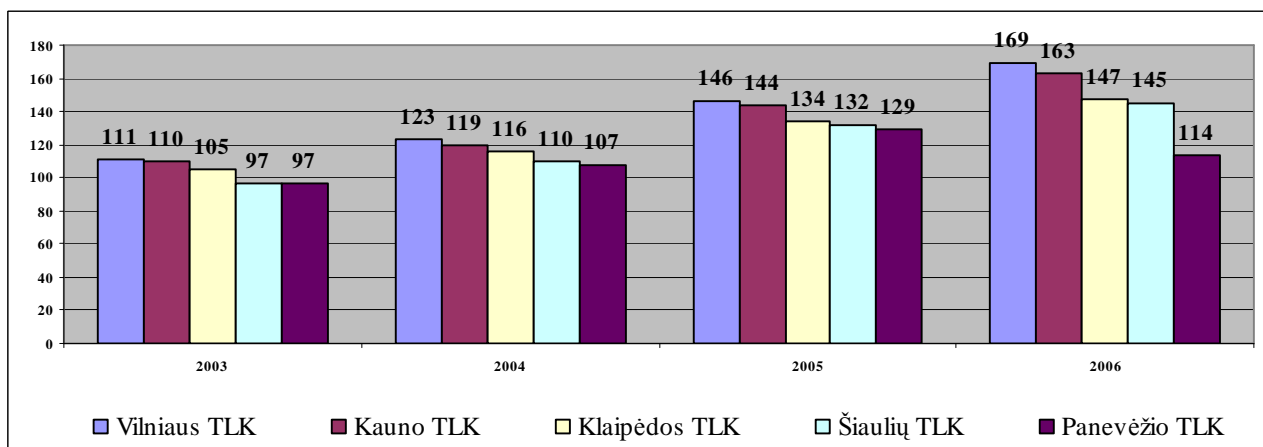
Iš 11 paveikslo matome, kad maždaug 1,3 mlrd. Lt Lietuvoje sveikatos priežiūros išlaidų tiesiogiai dengia gyventojai. 2000 m. jų išlaidos sudarė 56 procentus dabartinių išlaidų. Išlaidų didėjimą sąlygojo medicinos paslaugų ir priemonių brangimas. Privalomasis sveikatos draudimas pagal savo prigimtį negali efektyviai kompensuoti šių išlaidų. Šios išlaidos bei daliniai gyventojų mokėjimai už medicininės paslaugas, teikiamas valstybinėse įstaigose, gali būti papildomojo sveikatos draudimo objektu.



12 pav. Visos išlaidos ambulatoriniams vaistams Lietuvoje, mln. litų, 2001 – 2006 m.

Šaltinis: VLK Duomenys, 2007.

Visuomenės sveikatos priežiūros finansavimas, tai valstybės ir sveikatos draudimo fondų išlaidos sveikatos priežiūrai finansuoti. Iš diagramos matome, kad, gyventojams tenkančių išlaidų vaistams dalis didesnė nei visuomenės. Ši tendencija nekito nuo 2001 m. Tiek visuomenės, tiek gyventojų išlaidos vaistams auga ir 2006 m. sudarė 1 732 mln. Lt. Išlaidos padidėjo 70,8 procento.



13 pav. PSDF biudžeto išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui regioninis pasiskirstymas, litais vienam gyventojui 2003 – 2006 m.

Šaltinis: VLK Duomenys, 2007.

Analizuojant PSDF biudžeto išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimui regioninį pasiskirstymą, vienam gyventojui Vilniaus TLK zonoje skiriama daugiau, nei kitų apskričių TLK. Įvertinant 2003 – 2006m. išlaidas vienam gyventojui pasiskirstymą mažiausiai lėšų skiriama Panevėžio TLK aptarnaujamiems gyventojams. Vilniaus ir Kauno TLK vienam gyventojui skiriamos išlaidos beveik vienodos ir 2006 m. atitinkamai sudaro 169 Lt ir 163 Lt. Šiaulių TLK aptarnaujamiems gyventojams tenka 14,2 proc. mažesnės išlaidos

2.3. Privataus sveikatos draudimo vystymosi tendencijos

Lietuvos įstatymai numato savanoriško draudimo galimybę, bet draudimo rinka savaimė beveik nesiformuoja. Draudiminių įmokų metinė apimtis nesiekia 20 mln. Lt. Šios įmokos garantuoja apsaugą kelionių į užsienį metu. Papildomojo draudimo nuostata yra ir dabartinės Vyriausybės programoje. Ji patvirtina valstybės siekį sukurti tarpinį socialinių garantijų lygmenį tarp visiško valstybės finansavimo ir finansavimo tik ligonio šeimos lėšomis. Papildomo draudimo koncepcijos projektas buvo pristatytas Vyriausybės Strateginio planavimo komitetui.

Papildomo draudimo esmė – sukurti tarpinę sistemą, kur valstybė remtų žmonių santaupas, atleisdama juos nuo mokesčių. Taikant asmeninės sąskaitos sistemą, kiekvienas dirbantis žmogus turėtų savo sąskaitą, į kurią pervedami pinigai nebūtų apmokestinami pajamų mokesčiu. Jei tai sveikatos paslauga (privatus gydytojas, vaistinė, sanatorija ar kt.), tai savo sąskaitos kortele galima būtų užmokėti už gydymą. Taip žmonėms būtų suteikta daugiau teisių pasirinkti medicinos paslaugas, kartu būtų remiami mažiau pasiturintys gyventojai.

Statistika teigia, kad piliečiai sveikatai išleidžia apie 5 proc. savo pajamų, alkoholiui, tabakui skiriama tiek pat. Sumažinus pajamų mokesčio tarifą nuo 33 iki 27 proc. PSDF praranda apie 400 mln. Lt. Prognozuojama, kad sumažinus tarifą nuo 27 iki 24 proc. PSDF pajamos sumažės daugiau kaip 0,5 mlrd. Lt. Privalomo sveikatos modelio įdiegimas bent iš dalies kompensuotų prarastų lėšų dalį. Pagal lėšų, tenkančių vienam gyventojui, dydį Lietuva užima 25 vietą tarp ES valstybių.

Galimybė plėtoti Lietuvoje savanorišką draudimą buvo įteisinta dar 1996 m. priėmus Sveikatos draudimo įstatymą. Vyriausybės savo programose deklaravo, kad papildomas sveikatos draudimas būtinas. SAM sudaryta darbo grupė išanalizavo naujojo draudimo objektą, o Premjero sudaryta darbo grupė parengė finansinį mechanizmą. Sveikatos apsaugos finansavimas Lietuvoje nėra pakankamas. Tai rodo, kad finansine prasme sveikatai skiriamas dėmesys yra per mažas. Per

mokesčių mažinimo politiką bus prarastos įplaukos į sveikatos draudimo fondą, tai yra nenaudinga. Būtent dėl to ieškoma mechanizmų, kaip per svarstyta modelį išgelbėti bent dalį lėšų [72]. Savanoriškas draudimas pagerintų sveikatos sistemos finansavimą. Asmens sveikatos sąvoka nuolat plečiasi, o gydymo technologijos nuolat tobulėja, todėl žmonių norimų gauti gydymo paslaugų kaina turi tendenciją augti. Valstybinės sveikatos sistemos galimybes riboja finansai. Papildomas sveikatos draudimas yra tas finansinis įrankis, kuris realizuoja paciento atsakomybę, galimybę rinktis, asmeninį domėjimąsi gydymo būdais ir kokybe, rūpestį profilaktika. Šiandien Lietuvoje jau yra sveikatos draudimo paslaugas teikiančių bendrovių, tiesa, kol kas jos draudžia ne pavienius asmenis, o darbo kolektyvus (nesant galimybės išdalyti riziką, draudimas būtų labai brangus). Tai yra, šiandien yra galimybė darbdaviams drausti darbuotojus sveikatos draudimu.

Kadangi kai kuriuose sektoriuose atlyginimų augimas jau lenkia darbuotojų produktyvumą, darbdaviai ieško pigesnių skatinimo variantų [63]. Vienas tokių galėtų būti papildomas sveikatos draudimas. Jei už jį nereikėtų mokėti socialinio draudimo mokesčio taip, kaip nuo darbo užmokesčio, darbdaviai būtų suinteresuoti drausti darbuotojus papildomu draudimu.

Darbuotojo požiūriu sveikatos draudimo vertė skirsis priklausomai nuo jo sveikatos ir rizikos susirgti suvokimo, tačiau jei ir nebus vertinama geriau nei priedas prie atlyginimo, bet kuriuo atveju bus naudingas. Ekonominės politikos prasme privatus draudimas yra būtinas siekiant sveikatos sistemos finansų stabilumo. Jis sumažintų ir dabartines eiles, nes dalis draudimą turinčių pacientų, pasirinktų privačias gydymo įstaigas ir taip sumažintų pacientų skaičių viešosiose gydymo įstaigose. Pačios sveikatos apsaugos sistemos prasme, jis yra reikalingas kaip papildomas finansavimo šaltinis, būtinas specialistams ir paslaugų kokybei išlaikyti.

Ginčai dėl viešojo sektoriaus reformos gerovės valstybėse netyla, nes čia suprantama, kad tradicinė viešojo sektoriaus institucija, žinyba ar valstybinės valdžios institucija yra neefektyvi. Sveikatos sistemoje pasak J.E.Lane [27] atkakliai ieškoma naujų institucijų, kurios būtų efektyvesnės, o tų ieškojimų kryptis – privatizavimas. Privati medicina būtų tuomet, jei bent esminiai sveikatos apsaugos komponentai būtų valdomi privačiai. Komponentų yra be galo daug ir kintančios visuomenės sąlygomis įvardyti jų galutinį sąrašą negalima. Tačiau privačiai medicinai yra būtini šie esminiai privatūs komponentai:

- privatus medicinos paslaugų teikėjas;
- privatus medicinos paslaugų finansuotojas.

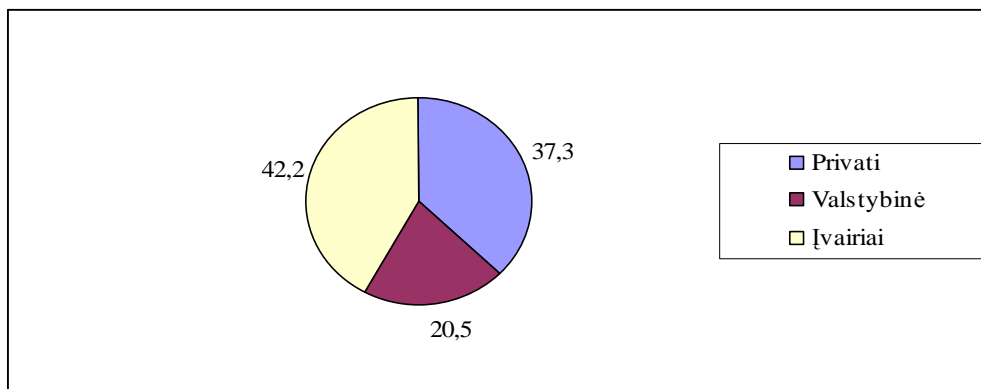
Medicinos paslaugos yra ganėtinai įvairios turinio prasme (pradedant chirurginėmis operacijomis ir baigiant reabilitacija ar vaistų arba netgi vitaminų prekyba). Kol kas privatūs savininkai dominuoja tik srityse, kurias tiktų įvardyti kaip antrines šalutines: vaistų prekyba, iš dalies sanatorinis gydymas. Galima teigti, kad tai, kas dažniausiai siejama su medicina –

stacionaraus gydymo paslaugos, ambulatorinis gydymas ar gydytojų konsultacijos, didžia dalimi yra visuomeninės. Ryškesnės išimtys pasireiškia tik atskirose srityse (pavyzdžiui, stomatologija).

Privačios medicinos paslaugų įstaigos ekonomine prasme turi ir tam tikrų privalumų [69]: gali nepriimti atskirų nepelningų klientų, gali laisviau nustatyti savo paslaugų kainas. Svarbu išspręsti klausimus apie aiškų kompetencijos atskyrimą, paliekant ar sukuriant erdvę rinkos sprendimams. Ši sistema turi veikti taip, kad nediskriminuotų privačių subjektų, ir turi būti pertvarkoma taip, kad valstybės finansavimas būtų teikiamas remiantis socialinės paramos kriterijais.

Lygiai taip pat neturėtų būti keliamas ir tikslas būtinai įdiegti privatų sveikatos draudimą. Šis draudimas turi ir privalumų, ir trūkumų, kuriuos įvertinti gali tik konkretus asmuo. Todėl tinkamas tikslas šiuo atveju yra sudaryti sąlygas privačiam savanoriškam draudimui, tačiau nediegti jo kaip privalomo ar būtino.

Esant tokiai padėčiai, kokioje šiandien yra sveikatos apsaugos sistema, iškyla alternatyva nuo ko pradėti: nuo įstaigų privatizavimo ar nuo finansavimo privatizavimo. Dalinis įstaigų privatizavimas, ir finansavimo privatizavimas atneštų tam tikrus teigiamus rezultatus, o dažnai, kaip rodo praktika, netgi nežymus privačios iniciatyvos įsileidimas į sistemą gali visą sistemą paveikti iš esmės. Svarbu, kad naujos privačios arba privatizuotos institucijos taikytųsi jau prie vartotojų poreikio, o ne prie centrinio planavimo aplinkos. Taigi visų svarbiausia – netrukdyti rasti rinkai (nekliudyti naujiems privatiems santykiams, neproteguoti ir dirbtinai nepalaikyti senosios sistemos). Tokiu būdu institucijų privatizavimas atneš laukiamus rezultatus [69]. Šiandien gydymo įstaigų darbo rezultatas nėra paslauga, o tiesiog gydymo veikla. Tai atsispindi visuose lygiuose: retorikoje – vengiama kalbėti apie gydymą kaip paslaugą rinkoje. Gydymo įstaigų veikloje – valstybinių įstaigų gydytojams netaikomos legalios paskatos stengtis suteikti kokybišką paslaugą, tačiau yra nelegalių paskatų. Privačioms gydymo įstaigoms veikti sunku, nes pacientas, gydydamasis įstaigose, nesudariusiose sutarties su ligonių kasomis, praranda savo mokesčių pinigus, o jei ši sutartis sudaroma, privaloma taikyti nustatytas kainas, kurios yra nepakankamos daugelio paslaugų kokybei užtikrinti. Įtvirtinus sveikatos apsaugos finansavimą su legalia priemoka, paklausa privačiam draudimui turėtų smarkiai išaugti. Pagal „Veido“ užsakymų skambučių centro „Apklausa.Lt“ 2008 m. gegužės 6-8 d. atlikta 500 didžiųjų miestų gyventojų apklausa. Gyventojų nuomone Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos padėtis negerėja: ja šiandien patenkinti vos 5 proc. šalies didžiųjų miestų gyventojų. Miestiečiai ypač nusivylę gydymu valstybinėse įstaigose, todėl vis daugiau jų gydosi privačiai. Kad mieliau renkasi privačias gydymo įstaigas, teigia jau 37,3 proc. apklaustųjų [19].



14 pav. „Veido“ apklausos duomenimis gyventojų pasirinkta gydymo įstaiga
Šaltinis: „Veido duomenys“, 2008, Nr.19.

Finansavimo mechanizme – būtinosios pagalbos aprėpti labai plati. Privalomasis sveikatos draudimas juridiskai dengia visas gydymo išlaidas, o faktiškai – ne visas, tačiau nei ligonių kasų apmokamų paslaugų turinio sąrašai, nei kriterijai nėra nustatyti. Todėl žmogus iš anksto nežino, kokias paslaugas prireikus jis gaus nemokamai, o už kurias turės oficialiai arba neoficialiai sumokėti, todėl negali įvertinti savo būsimų išlaidų. Kai buvo nustatytos kvotos kompensuojamoms paslaugoms ir vaistams, dėl padidėjusios įtampos ir sugriežtėjusios kontrolės gydytojai dar labiau vengia rašyti receptus nekompensuojamiems vaistams ar informuoti apie brangesnius gydymo metodus (baimindamiesi skundų tų pacientų, kurie nelinkę ar negali daugiau primokėti) taip atimdami iš pacientų galimybę įsigyti šias paslaugas savomis ar privataus draudimo lėšomis.

G. Černiauskas [7] teigia, kad visose išvystytose valstybėse rinkos jėgos ribotai veikia sveikatos sektoriaus raidą, o šį ribotumą kompensuoja ilgalaikė valstybės politika. Asmens sveikatos priežiūra rinkos sąlygomis – tai sveikatos apsaugos sistema, kurioje dominuoja privačios medicinos įstaigos, konkuruojančios kainomis kurių nereguliuotų valstybės ir konkuruojančios dėl paciento, o ne dėl finansavimo iš biudžeto, ligonių kasų ar kito valdžios disponuojamo šaltinio [65].

2.4. Sveikatos apsaugos reformos problemos

Kiekvienas reformų projektas, turintis esminių naujovių, susiduria su kliūtimis ir pasipriešinimu [53]. Šio laikmečio specifika:

- senėjanti visuomenė. Žmonės gyvena ilgiau ir gydomi ilgiau.
- mokslas yra išradęs daugiau gydymo būdų, taigi gydomasi nuo įvairesnių negalavimų ir įvairesnėmis priemonėmis.
- kai kurie gydymo metodai yra ypatingai brangūs. Gydymo kainų spektras yra itin platus.

Pasak D.Andrijauskaitės [1] demografines ir sergamumo problemas Lietuvoje lemia ne tik socialinės – ekonominės priežastys bei gyvenimo būdas, bet ir priežastys, susijusios su sveikatos sistema – paslaugų kokybe ir prieinamumu bei sveikatinimo veiklos finansavimu.

Pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo, prasidėjusio 2002 m., tikslas buvo ekonominis efektas, pasiektas tik iš dalies, trumpinant gydymo stacionaruose trukmę, ribojant hospitalizaciją, didinant kvotas ir kompensuojamųjų vaistų priemokas, diferencijuojant paslaugų įkainius (pagal amžių), nukreipiant piliečius gydytis ambulatoriškai ar dienos stacionaruose, slaugos ligoninėse, mažinant lovų, skyrių, ligoninių ir darbuotojų skaičių. Tačiau tai neatitiko gyventojų, ypač pensininkų, socialiai remtinų, lūkesčių ir sukėlė jų nepasitenkinimą. Pertvarkymai stabdė sveikatos paslaugų teikimo ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, ypač privačių, plėtrą, netobulino šeimos gydytojo institucijos, griovė kaimo mediciną ir silpnino rajonų ligonines [13].

Antrasis restruktūrizavimo etapas apgalvotas racionaliau. Jo tikslas – ištaisyti sveikatos apsaugos reformos trūkumus ir centralizuotomis paslaugų ir jų įkainių reguliavimo priemonėmis gauti ekonominį efektą. Ekonominiam efektui užtikrinti dalį priemonių galima pritaikyti panaudojus struktūrinės sveikatos sistemos reformos modelio elementus, bet iš esmės lieka dabartinė reguliuojamoji sveikatos apsaugos sistema.

Nors atskirose šalyse egzistuoja labai skirtingos sveikatos apsaugos sistemos, šiandien jos visos sprendžia iš esmės tuos pačius uždavinius: kaip pagerinti sveikatos paslaugų kokybę ir jų prieinamumą išlaikant stabilius viešuosius finansus. Centrinės ir rytų Europos valstybės susiduria su ypač sudėtingomis problemomis kuriant visiems prieinamas, subalansuotas ir tinkamas sistemas [70]. Sveikatos apsauga priklauso šioms sistemoms. Centrinės ir rytų Europos valstybių sveikatos sektoriams susidūrus su sveikatos reformos problemomis, reformuojant sveikatos sektorių, padėjo PHARE projektas [57]. Projektas buvo vykdomas ir Lietuvoje. Buvo pravedami sveikatos įstaigų specialistų mokymai, atliekami tyrimai sveikatos sektoriuje, publikuojami leidiniai. Priklausomai nuo taikomos sistemos ir šiems skirtingiems tikslams teikiamų prioritetų, išryškėja vieni arba kiti trūkumai, pvz., prasta paslaugų kokybė, ilgos eilės gauti paslaugas, nelygios pacientų teisės į sveikatos apsaugą.

Dabartinė sveikatos apsaugos sistema yra neefektyvi:

- pacientai negauna kokybiško gydymo;
- egzistuoja nelegalios priemokos už gydymo paslaugas, o legalios priemokos yra fragmentiškos;
- gydymo paslaugų tinklas ekstensyvus; jų vadyba silpna;
- Ligoninių kasos nuolat įsiskolinusios gydymo įstaigoms už paslaugas, vaistinėms – už vaistus, skolos auga, o delspinigiai nemokami;

- gydytojų darbo sąlygos sunkios, atlyginimai maži (žr. 18 priedą), šios profesijos prestižas krinta, gambiausi jaunuoliai jos nebesirenka;
- gydytojai privalo atlikti labai daug biurokratinio darbo; už klaidas gydytojams gresia administracinė (pvz., licencijos atėmimas) ir baudžiamoji atsakomybė, o ne finansinės baudos nukentėjusiajam;
- gydytojų atskaitomybė ir atsakomybė yra prieš valstybę, ne prieš pacientą; privatus sveikatos draudimas tik atsiranda, sąlygos jam plėtotis yra nepalankios;
- privačių gydymo įstaigų kuriasi mažai, sąlygos joms veikti nėra palankios, jų pacientai nepasinaudoja savo privalomojo sveikatos draudimo įmokomis;
- įvedus vaistų kvotas sveikatos paslaugoms ir kompensuojamiems vaistams dar paaštrėjo susipriešinimas sistemos viduje: pacientų tarpusavyje, gydytojų tarpusavyje, gydytojų ir pacientų, vartotojų ir vaistų gamintojų, vaistinių ir gamintojų [30].

Pagrindinės problemos, susijusios su sveikatos paslaugų kompensavimu, yra dviejų rūšių:

- kompensacijos dydis, kuris nepadengia dalies paslaugų išlaidų,
- kompensacijos paskirstymas gydymo įstaigoms.

Nors įstatyme įtvirtinta paciento teisė rinktis gydytoją ir gydymo įstaigą, kompensacijų skyrimas institucijai šią galimybę smarkiai apriboja. Tą galima pasakyti apie besigydančius privačiose sveikatos įstaigose. Kadangi patvirtintos sveikatos paslaugų kainos, kurios yra privalomos dirbant pagal sutartis su TLK, yra nepakankamos gydymo įstaigai įsikurti ir teikti kokybiškas paslaugas, dalis įstaigų pasirenka dirbti laisvomis kainomis, bet be kompensacijų. Privačios sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su TLK, subsidijuoja šias paslaugas iš kitų, PSD nepriklausančių sveikatos paslaugų arba yra gavę steigimosi paramą (pvz., Pasaulio Banko projektas – pagalba besisteigiantiems BPG kabinetams).

Pagrindinė priežastis, dėl kurios priemokos nelegalizuojamos, nors šešėliniai mokėjimai yra didžiausi, palyginti su visomis kitomis paslaugomis, yra politinės. Nė viena vyriausybė nedrįsta pripažinti, kad sveikatos priežiūros paslaugos faktiškai yra mokamos [26]. Ribotų materialių išteklių fakto ignoravimas sukuria pacientams ne realias, o tik deklaratyvias teises, skatina korupciją ir neapskaitomus mokėjimus gydytojams, neleidžia sveikatos priežiūros įstaigų vadovams efektyviai valdyti įstaigų, iškreipia gydytojų motyvacijas.

Kita nesprenžiamą problema yra sveikatos paslaugų įstaigų turto priklausomybė [26]. Šiandien šis turtas priklauso steigėjams – savivaldybėms, valstybei, o sveikatos įstaigos juo disponuoja tik patikėjimo teise. Ilgalaikis turtas (pastatai, įranga) neatsispindi šių įstaigų, kurios pagal teisinę organizavimosi formą yra viešosios įstaigos, balanse. Tai iš esmės iškreipia finansinę apskaitą ir lemia neefektyvius sprendimus. Ši aplinkybė taipogi smarkiai sunkina bet kokius restruktūrizacijos procesus. Be to, tokia situacija turi didelės neigiamos įtakos finansavimo mechanizmui. Kadangi

turtas nėra sveikatos įstaigų, jos negali jo amortizacijos įtraukti į išlaidas. Tuo būdu kompensacijos iš PSDF neapima amortizacijos, o tokioms išlaidoms kaip remontas ar įrangos įsigijimai reikia ieškoti kitų finansavimo šaltinių, kuriais dažniausiai tampa biudžeto finansuojamos valstybės programos (kurių tikslas yra visiškai kitoks) arba vidiniai resursai (dėl ko nukenčia kitos pacientų ir personalo reikmės) [30].

Pavyzdžiui, Lietuvoje sveikatos apsaugos ir socialinio darbo sektoriuje dirba (2005 m. duomenimis) 6,7 proc. visų dirbančių žmonių, o jų įnašas į šalies BVP (skaičiuojant pagal pridėtinę vertę) – tik 3,0 proc. Kodėl? Todėl kad toks yra politikų pasirinkimas – mokėti sveikatos apsaugos sektoriaus darbuotojams mažiau ir finansuoti jų įstaigas menkiau. Darbo užmokesčio vidurkis šiame sektoriuje sudaro vos 63 proc. šalies vidutinio darbo užmokesčio [10]. Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga atkreipė dėmesį, kad šalies sveikatos apsaugos darbuotojų darbo užmokestis realiai atsilieka nuo šalies vidurkio. Palyginti su ES šalių gydytojų atlyginimais, jie skiriasi dešimteriopai [16]. Dėl prastos sveikatos apsaugos būklės kaltinti vien lėšų trūkumą neteisinga. Pagrindinė problema yra ne pinigų kiekis – Estija bei Slovėnija sveikatos apsaugai skiria panašiai tiek lėšų, kiek ir Lietuva, bet šiose šalyse teikiamų paslaugų kokybė įvertinta kur kas geriau. Svarbu tai, kaip pinigai išleidžiami. Pavyzdžiui, dabar Sveikatos apsaugos ministerija imasi viešųjų brangaus medicininio inventoriaus bei priemonių pirkimo, juos atiduodama naudoti valstybinėms gydymo įstaigoms. Kur kas racionaliau būtų įtraukti šiems pirkiniais skiriamas lėšas į gydymo paslaugų įkainius ir leisti kiekvienai gydymo įstaigai, tiek valstybinei, tiek privačiai, dirbančiai pagal sutartį su ligonių kasomis, nuspręsti, ko šiuo metu labiausiai reikia ir kur pinigus geriausia investuoti [17]. Jei stiprinsime savo pranašumus ir kryptingai sieksime šalinti egzistuojančias problemas (valstybės finansų ir einamosios sąskaitos deficitas, menkos investicijos), kursime prielaidas tam, kad šalies būklė gerėtų, o tuo pačiu, kad Lietuvos gyventojams būtų smagiau lyginti savo ir artimųjų bei tolimesniųjų kaimynų veiklos pasiekimus [6].

Stebimas netolygus sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių pasiskirstymas pagal specialybes bei regionus, lytį, amžiaus grupes. Skandinavijos šalių, patirtis planuojant žmogiškųjų išteklių poreikį (pvz. Švedija, Suomija ir kt.), sudaro palankias sąlygas Lietuvos sveikatos specialistų integravimui į savo sveikatos priežiūros sistemas. Todėl sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių pasiskirstymo analizės bei poreikių planavimo problema šiuo metu yra labai aktuali. Kaip vieną iš svarbiausių priežasčių Lietuvos visuomenės sveikatos asociacijos nariai nurodo nepakankamai pripažintą visuomenės sveikatos specialistų autoritetą ir mažą atlyginimą [25]. Sveikatos priežiūros žmogiškųjų išteklių planavimas yra sudėtinė sveikatos priežiūros sistemos reformos dalis. Atskirų sveikatos priežiūros grupių specialistų skaičius gali žymiai svyruoti atskirose šalyse. Taip pat skiriasi sveikatos specialistų santykis, pvz., tai, kiek vienam gydytojui tenka slaugytojų. Pagrindiniai veiksniai, lemiantys sveikatos specialistų skaičių šalyje, yra kasmet studijas baigiantys

absolventai bei specialistai, “nubyrantys” iš profesijos (dėl mirties, išėjimo į pensiją, profesijos pakeitimo, migracijos ir pan.). Todėl kasmetinis studentų priėmimas turėtų būti keičiamas, atsižvelgiant į tai, koks planavimo tikslas siekiamas po 5, 10, 20 ir pan. metų [28].

Vykdamas reformą buvo tikimasi, kad, plėtojant pirminės sveikatos priežiūrą, mažės stacionarinės pagalbos poreikis, gerės sveikatos priežiūra, ligų profilaktika ir jų ankstyva diagnostika, o tuo pačiu mažės išlaidos sveikatos sistemai ir gerės lėšų panaudojimas. Lėta pirminės sveikatos priežiūros įgyvendinimo eiga, neleido gyventojams pajusti visų jos privalumų. Investicijos į pirminę sveikatos priežiūrą kol kas buvo nepakankamos. Šiuo metu jaučiamas didelis susidomėjimas problemomis sveikatos apsaugos sistemoje, stengiamasi įvertinti problemas ir ieškoma būdų jas spręsti. Būtinai aiškūs valstybės prioritetai dalinių papildomų gyventojų mokėjimų ir papildomo sveikatos draudimo srityse.

Kintanti sveikatos paradigma, anot Kalėdienės [21], nepriklauso racionaliam organizaciniam procesui, todėl destabilizuoja ir sveikatos sistemą. Tai neišvengiama raida. Taigi į sveikatos reformą reikėtų žiūrėti, kaip į neišvengiamą procesą. Didelę įtaką reformos nuoseklumui ir jos įgyvendinimo spartai turi Vyriausybės ir SAM vadovybės kaita.

Norint patobulinti sveikatos priežiūros sektorių, reikia patobulinti nacionalinio, apskričių ir savivaldybių lygmens sveikatos priežiūros planavimo ir veiklos koordinavimo darbus. Gerai, kad daugėja prevencinių sveikatos programų ir kasmet joms skiriamu lėšų, tačiau akivaizdžių rezultatų dar nematome, nes ir visuomenė apie jas per mažai informuojama. O svarbiausia – trūksta programų vykdančiųjų atsakomybės bei griežtos kontrolės, kaip institucijos naudoja skiriamas lėšas, kaip organizuoja šį darbą [48]. Nėra sukurtos nacionalinės sveikatos sąskaitos, kurioje būtų apskaitomi visi finansavimo šaltiniai. Nepakanka apsiriboti medikų atlyginimų didinimu, kai nelieka iš ko gerinti sveikatos įstaigų infrastruktūros, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės, plėsti naujų technologijų ir vaistų panaudojimo racionalizavimo. Padidėjusios visuomeninės išlaidos sveikatos priežiūrai dėl atlyginimų kėlimo (2004 m. – 3,91% nuo BVP, 2005 m. – 4,05%, 2006m. – 4,30%) paslaugų kokybei ir prieinamumui poveikio neturėjo. Sveikatos apsaugoje išliko ta pati netvarka, eilės, priemokos vaistams, didėjantis sergamumas ir mirtingumas, augantis netekto darbingumo (invalidumo) rodiklis. Nepertvarkius darbo organizavimo principų, toliau išliks ribotas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas pačioje sistemoje. Šioms problemoms spręsti būtina suvienyti politikų, specialistų, valstybės institucijų ir visuomenės pastangas, remiant bendruomenių ir savivaldybių pastangas bei geras iniciatyvas [31]. Problemų sprendimas pagerintų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pacientams.

3. SVEIKATOS APSAUGOS POLITIKOS VYKDYMO IR PRITAIKYMO ASPEKTAI VŠĮ RADVILIŠKIO LIGONINĖJE

Viešoji įstaiga Radviliškio ligoninė – ne pelno siekianti savivaldybės viešoji asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti antrinio lygio stacionarines bei ambulatorines specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Įstaiga savo veikloje vadovaujasi Lietuvos Respublikos Konstitucija, Sveikatos priežiūros įstaigų, Viešųjų įstaigų, Sveikatos draudimo ir kitais įstatymais bei teisės aktais, Viešosios įstaigos „Radviliškio ligoninė“ įstatais, patvirtintais 2002 m. kovo 19 d. Radviliškio rajono tarybos sprendimu Nr. 317.

Įstaiga sudaro sutartis su Šiaulių TLK, Vilniaus TLK, Kauno TLK, Klaipėdos TLK ir Panevėžio TLK dėl teikiamų paslaugų apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo biudžeto lėšų. Sutartyse numatyta antrinės sveikatos priežiūros paslaugų nomenklatūra, teikimo sąlygos, paslaugų kiekis, sutartinė suma, apmokėjimo sąlygos. Sutartimi VŠĮ Radviliškio ligoninė įsipareigoja draudžiamiesiems užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę, prieinamumą. Įstaiga privalo teikti Šiaulių TLK, SAM, VLK patvirtinta tvarka, teisingą ir visapusišką informaciją apie suteiktas antrinės sveikatos priežiūros paslaugas, apie pacientus, kuriems šios paslaugos buvo teikiamos. Esant medicininėms indikacijoms įstaiga privalo išduoti pacientui siuntimą į aukštesnio lygio įstaigas, nukreipti medicininei reabilitacijai bei sanatoriniam gydymui. Tačiau medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui įstaiga gali išduoti siuntimus neviršijant Šiaulių TLK paskirto siuntimų kiekio. Susitarimu su Šiaulių TLK kiekvienais metais numatoma kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių suma.

Šiaulių TLK turi teisę kontroliuoti ir tikrinti VŠĮ Radviliškio ligoninės suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir kokybę, prieinamumą ir tinkamumą, ar suteiktos paslaugos atitinka nustatytus reikalavimus, ar teisėtai išrašomi vaistai ir medicinos priemonės. Sutartyje VŠĮ Radviliškio ligoninė įsipareigoja už draudžiamajam suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš PSDF biudžeto, neimti papildomo užmokesčio iš paciento. Pacientui pasirinkus brangiau kainuojančias paslaugas, brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, įstaiga gali imti priemokas už paslaugas, kurios yra apmokamų iš PSDF biudžeto paslaugų sąrašė, tačiau turi informuoti apie priemokas pacientui prieinamose vietose: interneto tinklapyje, skyriuose skelbimų lentose. Sutartyje įstaiga įsipareigoja organizuoti paciento, kuriam reikia suteikti būtinąją medicininę pagalbą, pervežimą į kitą ASPĮ, jei įstaiga neturi galimybės suteikti reikiamų paslaugų. Atsižvelgiant į sergamumo išaugimą VŠĮ Radviliškio ligoninė įsipareigoja koreguoti gydytojų darbo laiką, užtikrinti optimalų ištyrimą ir gydymą antrinės sveikatos priežiūros įstaigos kompetencijos ribose.

VšĮ Radviliškio ligoninė sudaro sutartis su kitomis Radviliškio rajono savivaldybės pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiomis įstaigomis dėl paslaugų teikimo bei laboratorinių tyrimų atlikimo. Ligoninės Priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuje teikiamos chirurgo, akušerio ginekologo, vidaus ligų, vaikų ligų medicininės paslaugos, neįeinančios į būtinos ir skubios pagalbos ligų sąrašą švenčių ir poilsio dienomis, naktimis, nedarbo metu. Taip užtikrinamas sveikatos paslaugų prieinamumas rajono gyventojams.

3.1. Radviliškio rajono savivaldybės asmens sveikatos įstaigų struktūra ir funkcijos

Savivaldybės sveikatos įstaigų atskyrimas pagal teikiamas pirminio ar antrinio lygio paslaugas, tapo nemažu išbandymu medicinos personalui ir pacientams. Iki reformos pradžios, 1997 metų, visose didesnėse Radviliškio gyvenviečių poliklinikose dirbo apylinkių terapeutai, jiems padėjo felčeriai, akušerės. Jie teikdavo paslaugas, kurias dabar vadiname pirminėmis. Atlikdavo profilaktinius patikrinimus, skiepijimus, gydydavo nekomplikuotus susirgimus. Esant poreikiui, pats pacientas galėjo kreiptis į specialistą. Didesniuose miesteliuose buvo apylinkių ligoninės. Paūmėjus lėtinėms ligoms, čia buvo ir palaikomasis neišgydomų susirgimų gydymas ir slauga, nors tai ne medicininė, bet socialinė paslauga. Radviliškio rajone veikė Radviliškio, Šeduvos, Baisogalos ir Tyrulių ligoninės. Sudėtingais atvejais, kai pacientui reikėjo specialios pagalbos, pvz., kardiochirurgo, akių chirurgo pagalbos, jis buvo siunčiamas į universitetų ligonines, tada vadintomis respublikinėmis. Tačiau tokia sistema skatino stacionarinį gydymą ligoninėse, buvo neefektyvi, nes reikalavo didelių ne visada pagrįstų sąnaudų.

Perėjus prie naujos sistemos pakito įstaigų pavaldumas, struktūra. Tai įnešė didelę sumaištį pacientams, kadangi jie patys negalėjo registruotis pas pageidaujamą specialistą, turėjo gauti siuntimą iš savo šeimos gydytojo. Planiniam gydymui stacionare taip pat reikalingas šeimos gydytojo siuntimas, išskyrus skubios pagalbos atvejus. Nauja registravimosi tvarka pas gydytojus sukėlė didelį pacientų nepasitenkinimą, padidėjo eilės, laukimo laikas o gydytojams darbo krūvis. Paslaugos tapo sunkiau prieinamos.

Šiuo metu Radviliškio savivaldybėje pirminio lygio įstaigoms priklauso Radviliškio, Šeduvos ir Baisogalos pirminės sveikatos priežiūros centrai, šešios ambulatorijos (Alksnupių, Grinkiškio, Sidabravo, Šiaulėnų, Šaukoto, Tyrulių), Baisogalos slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninė bei 31 medicinos punktas. Lietuvos sveikatos programoje deklaruojama, kad ne mažiau kaip 80 proc. visų sveikatos problemų turėtų išspręsti pirminės sveikatos priežiūros grandis. Tačiau realiai pirminė asmens sveikatos priežiūra atsilieka nuo keliamų tikslų – skatinti privačių bendrosios praktikos gydytojų, dirbančių su teritorinėmis ligonių kasomis, veiklą; didinti tyrimų, gydymo paslaugų apimtį ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose. Radviliškyje nėra nė vieno privataus

bendrosios praktikos gydytojo kabineto, nors šių paslaugų poreikis didėja. Įgyvendinus pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepciją, būtų išplėtos ambulatorinės slaugos, socialinės ir ligų profilaktikos kryptys. Padidėtų dėmesys pagyvenusiems neįgaliems, sergantiems onkologinėmis, kitomis nepagydomomis ligomis, sustiprėtų šeimos gydytojo vaidmuo.

Greitosios medicinos pagalbos tarnyba, buvusi Radviliškio PSCP struktūriniu vienetu, 2007 m. Radviliškio savivaldybės sprendimu tapo savarankišku VšĮ Radviliškio rajono greitosios medicinos pagalbos centru. VšĮ Radviliškio rajono greitosios medicinos pagalbos centre teikiama skubi būtinoji pagalba tais atvejais, kai yra tiesioginė grėsmė paciento gyvybei arba ji gali kilti bet kuriuo atveju. Skubi būtinoji medicinos pagalba teikiama visiems Radviliškio miesto bei rajono teritorijoje esantiems asmenims, neatsižvelgiant į tai ar jie apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, nepaisant lyties, tautybės, pilietybės, registracijos vietos.

Radviliškio savivaldybėje funkcionuoja viena antrinio lygio įstaiga – VšĮ Radviliškio ligoninė. VšĮ Radviliškio ligoninė yra Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos Radviliškio savivaldybės rajono savivaldybės priežiūros įstaiga, teikianti jos įstatuose numatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Jeigu veiklai, numatyta įstaigos įstatuose reikalinga licencija, tai tokią licenciją įstaiga privalo įsigyti [44]. Valstybinė akreditavimo sveikatos veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos 1999 m. rugsėjo 2 d. licencija Nr. 627 suteikė teisę Viešajai įstaigai Radviliškio ligoninei užsiimti asmens sveikatos priežiūros veikla ir teikti antrinio lygio stacionarinę ir specializuotą ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą. Įstaiga gali teikti nustatytas prevencines, slaugos, medicininės reabilitacijos, socialines, sveikatos mokymo ir asmens sveikatos ekspertizės paslaugas. Vadovaujantis VšĮ Radviliškio ligoninės įstatais, pagrindinės įstaigos veiklos sritys:

- bendrosios paskirties ligoninių veikla;
- kita žmonių gydymo veikla;
- ortopedo praktikos veikla;
- laboratorijų veikla;
- gydytojų konsultantų veikla;
- kita gydytojų veikla (fizioterapija ir rentgenologija);
- kita įstatymais neuždrausta veikla (veiklos, kurios pagerintų personalo ir pacientų darbo ir poilsio sąlygas, konferencijų, seminarų, tobulinimosi kursų organizavimas ir kt.).
- Papildomos įstaigos veiklos sritys:
 - nuosavo turto išnuomojimas;
 - nekilnojamo turto valdymas už mokestį ar pagal sutartį;
 - aukcionų veikla;
 - parodų ir suvažiavimų rengėjų veikla;
 - automobilių nuoma;

- medicinos mokslų tiriamieji ir taikomieji darbai;
- profesinis tobulinimas.

Radviliškio rajono savivaldybėje sveikatos sektoriuje 2005 – 2006 m. privačiai dirbo vienas gydytojas ir aštuoni odontologai (žr. 12 priedą), tačiau su Šiaulių TLK dėl teikiamų asmens sveikatos paslaugų apmokėjimo nebuvo sudaryta nei viena sutartis. Su Šiaulių TLK dėl teikiamų asmens sveikatos paslaugų apmokėjimo sudarė sutartis Joniškylėje (6), Akmenėje (1), Kelmėje (2), Šiauliuose (24) privačiai dirbantys gydytojai bei gydytojai – odontologai.

3.2. Sveikatos apsaugos įstaigų kūrimosi raida Radviliškio rajone

Radviliškio miesto ligoninė įkurta 1949 m. Joje funkcionavo 25 lovos, dirbo 85 darbuotojai. 1950 m. įvykus naujam administraciniam teritoriniam paskirstymui, ji pavadinta Radviliškio rajono ligonine. Lovų skaičius siekė 50. 1951 m. ligoninėje funkcionavo 75 lovos, dirbo 101 darbuotojas. 1957 m. įstaiga tapo pavaldi Sveikatos apsaugos ministerijai o 1963 m. buvo pavadinta Radviliškio rajono centrine ligonine. 1967 m. pastatytoje naujoje ligoninėje funkcionavo 175 lovos, nuo 1969 m. – 215 lovų. 1971 m. centrinėje ligoninėje dirbo 343 darbuotojai, iš jų: 36 gydytojai, 132 vidurinio medicinos personalo, 175 kiti darbuotojai. Ligoninėje veikė biocheminė laboratorija, aprūpinta reikiama medicinine aparatūra. Radviliškio rajono centrinė ligoninė buvo organizacinis – metodinis centras ir vadovavo visų rajono gydymo įstaigų profilaktikai, gydomajai ir ūkinei – administracinei veiklai.

1971 m. centrinei ligoninei priklausė tokios rajono gydymo įstaigos: Šeduvos I-oji rajoninė ligoninė – 110 lovų, Radviliškio tuberkuliozinis dispanseris – 50 lovų, Baisogalos apylinkinė ligoninė – 35 lovos, Tyrulių gyvenvietės ligoninė – 35 lovos, Radviliškio rajono Sanitarinė epidemiologinė stotis, Greitosios medicinos pagalbos stotis, 6 ambulatorijos, 27 felčeriniai – akušeriniai punktai.

1981 metais pastatytas naujas ligoninės pastatas. Pagerėjo gydomojo – profilaktinio darbo sąlygos. Ligoninė buvo praplėsta iki 320 lovų. Be anksčiau veikusių kabinetų pačiose gydymo įstaigos patalpose pradėjo veikti gydomojo masažo, echoskopijos kabinetai.

Nuo 1992 metų sausio 1 dienos, prasidėjus sveikatos apsaugos reorganizacijai, Radviliškio rajono valdybos 1992–01–19 dienos potvarkiu Nr. 322, kaimo ambulatorijos bei medicinos punktai buvo perduoti seniūnijoms. Ši priežastis padidino atotrūkį tarp rajono centrinės ligoninės ir kaimo gydymo – profilaktikos įstaigų tiek gydymo, tiek ekonominiu požiūriu.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos 1994 m. liepos 19 dienos Sveikatos sistemos įstatymu Nr.1 – 552 ir Lietuvos Respublikos 1996 m. gegužės 21 dienos Sveikatos draudimo įstatymu Nr.1 – 1343, Radviliškio rajono taryba nusprendė:

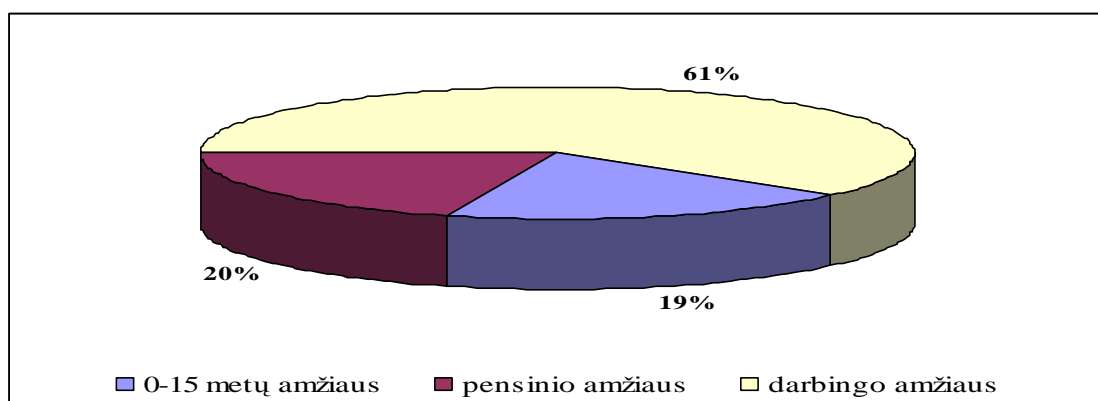
- atskirti pirminės sveikatos priežiūros ir antrinės sveikatos priežiūros lygius (1997 m.);
- įsteigti Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros tarnybą ir jai priskirti Radviliškio suaugusių polikliniką, vaikų polikliniką, greitosios medicinos pagalbos tarnybą, Šeduvos I – ają rajoninę ligoninę, Baisogalos apylinkinę ligoninę, Tyrulių ambulatoriją, rajono ambulatorijos ir medicinos punktus.

Radviliškio rajono tarybos 1997–10–09 sprendimu Nr. 43 Radviliškio rajono centrinė ligoninė reorganizuota į Viešąją įstaigą Radviliškio ligoninę.

3.3. Radviliškio demografinė situacija šalies ir apskrities kontekste

Žmogaus sveikata susijusi su politinėmis, socialinėmis, ekonominėmis gyvenimo sąlygomis, kita vertus, nuo šalies gyventojų sveikatos priklauso valstybės ekonominis klestėjimas. Tik sveiki žmonės gali produktyviai dirbti, aktyviai dalyvauti ekonominiame, socialiniame ir politiniame gyvenime. Todėl sveikatos sektoriaus raidai turi įtakos ekonominiai, socialiniai, politiniai, demografiniai veiksniai.

Statistikos departamento duomenimis, 2008 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 3366,2 tūkst. gyventojų, t.y. 18,7 tūkst. mažiau nei 2007 m. pradžioje. Per pastaruosius septynerius metus gyventojų sumažėjo apie 4 procentus. Gyventojų skaičiaus mažėjimui įtakoją sparčiai didėjanti gyventojų migracija į kitas šalis, todėl ir toliau fiksuojama gyventojų senėjimo tendencija. Vidutinis šalies gyventojų amžius 2000 m. – 36,7 metų, o 2007 m. – 38,6 metų. 2007m. 691,9 tūkst., arba 20,4 proc. gyventojų buvo 60 metų ir vyresnio amžiaus, 2000 m. – 668,3 tūkst., arba 19,0 procentų. Gyventojų amžiaus struktūra Šiaulių apskrityje, o taip pat ir Radviliškio savivaldybėje panaši į Lietuvos. Tik vaikų dalis nežymiai didesnė, nei bendrai Lietuvoje.



14 pav. Šiaulių regiono gyventojų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 2006 m.

Šaltinis: [žiūrėta 2008-03-26] prieiga per internetą:

http://www.siauliai.aps.lt/stotisFiles/uploadedAttachments/Statistiniai_duomenys_Gyventojai200731313249.pdf.

Statistikos departamento duomenimis Šiaulių apskrityje 2008 m. pradžioje gyveno 349,8 tūkst. gyventojų (žr.10 priedą). Tai sudaro 10,4 proc. visų Lietuvos gyventojų. Radviliškio rajono savivaldybėje 2008 m. pradžioje gyventojų skaičius siekė 49,2 tūkst. Tai sudaro 1,4 proc. visų Lietuvos gyventojų arba 14 procentų apskrities gyventojų.

Radviliškio savivaldybė trečia pagal gyventojų skaičių apskrityje. Apskričiai priklauso Šiaulių miesto, Akmenės, Joniškio, Kelmės, Pakruojo bei Šiaulių rajono savivaldybės. Apskrities gyventojų skaičiaus kitimo tendencijos panašios. Analizuojant gyventojų skaičiaus dinamiką atskirose savivaldybėse, matome, kad gyventojų skaičius mažėjo nuo 1,4 proc. Šiaulių rajone iki 5 proc. Akmenės rajone. Radviliškio savivaldybėje gyventojų sumažėjo 3,5 procentų. Šis rodiklis artimas Šiaulių apskrities rodikliui, tačiau didesnis už šalies rodiklį (2,1 proc.).

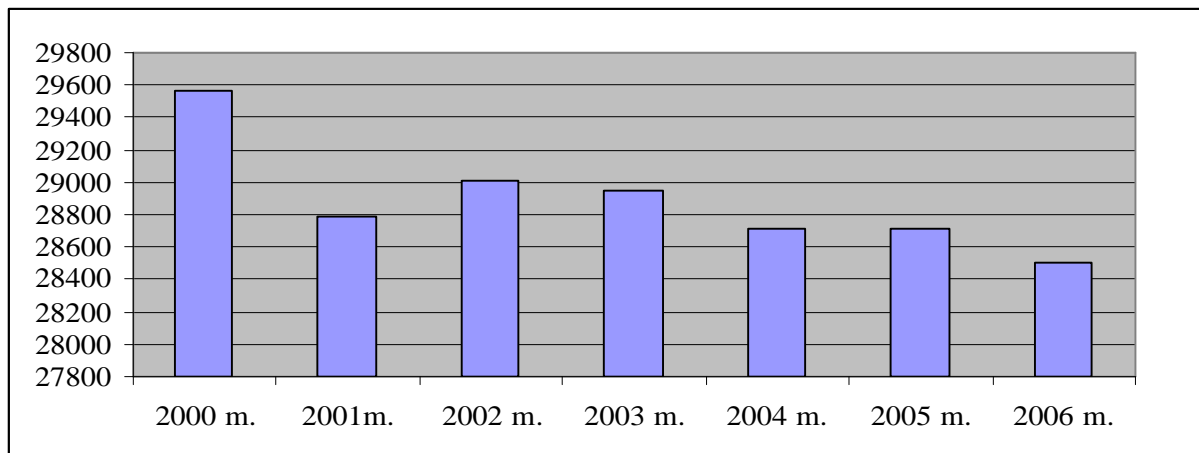
Gyventojų prieaugis išlieka neigiamas. Lietuvoje gimusiųjų skaičius 2007m. pradžioje sudarė 32154, mirusiųjų skaičius – 45589, natūrali kaita – 13435; Šiaulių apskrityje gimusiųjų skaičius – 3238, mirusiųjų – 4928, natūrali kaita – 1690. Radviliškio rajono savivaldybėje gimusiųjų skaičius – 483, mirusiųjų – 742, natūrali kaita – 259. Nors Radviliškio savivaldybėje gimusiųjų skaičius atsilieka tik nuo Šiaulių miesto savivaldybės ir lenkia kitas savivaldybes, tačiau ir mirtingumas yra vienas iš didžiausių. Lietuvos gyventojų mirtingumo situacija pagal pagrindines mirčių priežastis jau keletą metų išlieka nepakitusi. 2006 m. daugiau nei pusė visų mirusiųjų (54,3 proc.) buvo mirusieji dėl kraujotakos sistemos ligų, 18,2 proc. šalies gyventojų mirė dėl piktybinių navikų. Šiaulių apskrityje tendencijos panašios. Dėl kraujotakos sistemos mirusiųjų 56,9 proc., Radviliškio savivaldybėje – 57,4; dėl piktybinių navikų mirusiųjų Šiaulių apskrityje 17,4 proc., Radviliškio savivaldybėje 18,9 proc.

3.4. Savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigų finansavimo tvarka

Įmokų už valstybės draudžiamus asmenis dydį nustato Seimas. Sveikatos draudimo biudžetą parengia valstybinė ligonių kasa, vyriausybė apsversto ir teikia Seimui tvirtinti. Sveikatos draudimo biudžetas paskirstomas teritorinėms ligonių kasoms pagal teikiamų sveikatos paslaugų apimtį apskrityje ir pagal apskrities gyventojų skaičių [68].

Plėtojant pirminę sveikatos priežiūrą ne kartą buvo tobulinama *PASP* paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarka. 1997 m. už *PASP* paslaugas buvo mokama pagal priregistruotus gyventojus. 2001 m. pradėtas taikyti tik bazinis mokėjimas už aptarnaujamus gyventojus. 2003 m. buvo įdiegtas finansinio skatinimo už veiklos rezultatus mechanizmas: už onkologinių budrumą bei racionalų kompensuojamųjų vaistų išrašymą.

Radviliškio PSPC centre mokama už prirašytus gyventojus. 2000 m. prisirašiusių skaičius siekė 29,5 tūkst., 2006 m. sumažėjo iki 28,5 tūkst. gyventojų.



15 pav. Prisirašiusių gyventojų prie Radviliškio PSPC skaičiaus dinamika.

Šaltinis: Šiaulių TLK duomenų bazė.

Radviliškyje, kaip ir šalyje pastebima prisirašiusių gyventojų mažėjimo tendencija. Nors įkainiai didėjo, tačiau įstaigų finansinė situacija nepagerėjo, kadangi lėšos buvo skirtos tik medicinos darbuotojų atlyginimų didinimui. Komunalinių paslaugų, medikamentų brangimas į paslaugų įkainių nebuvo įskaičiuotas.

Pastaruoju metu įgyvendinti prevencines priemones PSPC skatinama taikant ekonominius svertus, t.y. už jas papildomai mokama. 2004 m. pradėtas vykdyti Vaikų krūminių dantų dengimo silantais ir Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių programos.

Nuo 2006m. pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms mokama pagal amžiaus grupes. Radviliškio PSPC pagal amžiaus grupes.

1 lentelė

Prisirašiusių gyventojų skaičius pagal amžiaus grupes 2007 m.

Gyventojų amžiaus grupės	<1	1-4	5-6	7-17	18-49	50-65	65<
Gyventojų skaičius	217	1051	540	4124	13376	4517	4676

Šaltinis: VšĮ Radviliškio PSPC duomenų bazė.

Radviliškio PSPC vienas vidaus ligų gydytojas aptarnauja vidutiniškai 1689 gyventojus, vienas bendrosios praktikos gydytojas vidutiniškai – 1540 gyventojų, vaikų ligų gydytojai – 712 vaikų. Prisirašiusių skaičius – vienas iš PSPC gydytojų apmokėjimo kriterijų.

Siekiant tolygiai finansuoti gyventojų sveikatos priežiūrą, turi būti atsižvelgta ne tik į atskirų regionų gyventojų skaičių, įvertintos ambulatorinių paslaugų, suteiktų skirtingo amžiaus bei lyties gyventojams, išlaidos. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistema turi būti ir toliau tobulinama.

Greitosios medicinos pagalbos centrui lėšos iš TLK skiriamos už brigadų budėjimo valandas. Radviliškio savivaldybę aptarnauja 5 GMP brigados. Mėnesinis brigadų valandų skaičius sudaro vidutiniškai 3300 valandų. Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimo Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ ir šiuo nutarimu patvirtintas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo nuostatas bei uždarius kai kuriose rajonų savivaldybėse akušerinius skyrius, siekiant pagerinti gimdyvių transportavimą į toliau esančius stacionarus, 2006 m. buvo įvesta nauja GMP paslauga – pacienčių transportavimas iš namų į ASPĮ ir iš vienos ASPĮ į kitą ASPĮ dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo. Šiuo atveju mokama ne už valandas, o už paslaugų skaičių. Papildomai apmokama ir tuo atveju, jei GMP brigada iškvietimo metu pravažiuoja daugiau nei 100 km.

VšĮ Radviliškio ligoninės pajamas sudaro lėšos gautos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, lėšos iš valstybės biudžeto, savivaldybės biudžeto tikslinės lėšos, kitų juridinių ir fizinių asmenų lėšos. Vykstant reformai, įstaigos finansavimas keitėsi. Dalis stacionaro paslaugų, atsižvelgiant į ligų indikacijas, buvo perkeltos į trumpalaikio gydymo, dienos chirurgijos, stebėjimo paslaugas, kurių įkainis mažesnis, tačiau šios paslaugos neįeina skaičiuojant hospitalizacijos rodiklį. TLK ir ASPĮ sutartyje numatomos lėšos paslaugoms apmokėti ir lėšų rezervas. Jei paslaugų suteikiama ne daugiau, nei nurodyta TLK ir ASPĮ sutartyje, už jas mokama nustatytais bazinėmis kainomis. Jei paslaugų suteikiama daugiau, nei sutartyje už jas mokama numatytais rezervo ir nepanaudotomis kitų paslaugų grupių lėšomis. Įstatyme numatyta, kad jei paslaugų suteikta mažiau, nei numatyta sutartyje ir eilės specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms paskutinę ataskaitinio mėnesio darbo dieną pas visus šias paslaugas teikiančius specialistus neviršija 10 darbo dienų, tai lėšų suma skirta faktiškai suteiktoms paslaugoms apmokėti, gali būti indeksuota. Indeksavimo koeficientas negali būti didesnis nei 1,1, o perskaičiuota suma negali viršyti sutartinės sumos. VšĮ Radviliškio ligoninės pajamas sudaro ne vien PSDF lėšos. Įstaiga teikia mokamas paslaugas bei gauna iš savivaldybės tikslines lėšas.

3.5. Sveikatos apsaugos reforma ir jos pritaikymas VšĮ Radviliškio ligoninėje

Šalyje pradėjus vykdyti sveikatos reformą, VšĮ Radviliškio ligoninė įsijungė į šį procesą. Ekonominis būtinumas sąlygoja įvairių instrumentų panaudojimą darbo efektyvumui didinti ir išlaidoms mažinti [80]. Pasikeitus finansavimui, įstaiga turėjo ieškoti vidinių resursų, priimti

sprendimą, kokia linkme vykdyti savo veiklą, kad pritrauktų kuo daugiau lėšų. Finansinė padėtis buvo sunki, įstaigą slėgė skolos.

2 lentelė

**VŠĮ Radviliškio ligoninės pajamų, išlaidų, kreditorinio įsiskolinimo dinamika
2000 – 2006 m. (tūkst.Lt).**

Rodiklis	2000 m.	2001 m.	2002 m.	2003 m.	2004 m.	2005m.	2006m.
Pajamos	9517,8	8921,7	8359,1	8346,9	8354,5	10747,1	13069,5
Išlaidos	10094,7	8909,1	8743,4	7882,4	8190,4	10507,4	11278,4
Kreditorinis įsiskolinimas	1555,1	1711,3	1878,3	1441,5	1523,1	1494,4	1723,1

Šaltinis: VŠĮ Radviliškio ligoninės duomenų bazė.

Nuo 2001 metų įstaigos finansavimas mažėjo. Kreditorinis įsiskolinimas augo. 2002 m. jis siekė 1878,3 tūkst. Lt. Tai buvo rimtas signalas, kad ir toliau nieko nedarant, įstaigai gali būti paskelbtas bankrotas. Susidariusi finansinė situacija sąlygojo įstaigos apsisprendimą pradėti reformą.

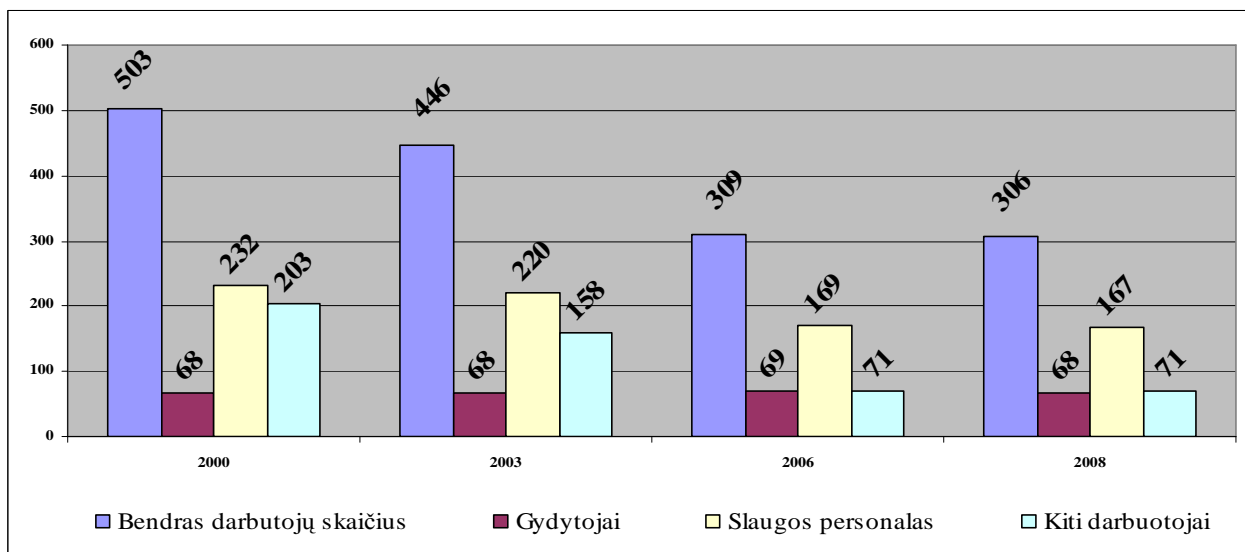
Nepagrįstai didelis darbuotojų skaičius ir jiems išmokamas darbo užmokestis sudarė pagrindines įstaigos išlaidas. Statistiniai rodikliai nedžiugino: lovos pilnai nefunkcionavo, pragulėjimo trukmė kai kuriuose skyriuose siekė daugiau, kaip 10 dienų, lovos apyvarta buvo nedidelė. Rodikliai neatitiko restruktūrizacijos strategijoje numatytų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo kriterijų ir siekiamų rezultatų. Įstaigos administracija turėjo numatyti VŠĮ Radviliškio ligoninės strategiją, kadangi už 20 kilometrų įsikūrusi Šiaulių Respublikinė ligoninė, turėjo reikiamus pajėgumus perimti VŠĮ Radviliškio ligoninės vykdomas funkcijas, t.y. gydomąją veiklą, Radviliškyje paliekant Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę. Norint išlaikyti rajono savivaldybės gyventojams ligoninę, darbuotojams darbo vietas, buvo būtini nepopuliarūs sprendimai, t.y. optimizuoti lovų skaičių, atsisakyti nenaudojamų patalpų, taip mažinant eksploatacines išlaidas, mažinti darbuotojų skaičių. Darbuotojų skaičiaus mažinimas buvo ypatingai skausmingas procesas, palietęs visus darbuotojus, tuo metu įnešęs daug destrukcijos medikų darbe. Tačiau laikantis Civilinio kodekso, darbuotojams aiškinant apie susidariusią situaciją, buvo išvengta nepageidaujamų reiškinių, teisminių procesų. Dauguma atleistų darbuotojų buvo pensinio amžiaus. Kitiems darbuotojams buvo pasiūlytas darbas kituose įstaigos padaliniuose.

Įstaigos restruktūrizacija prasidėjo labai sunkiai. Tačiau, Šiaulių apskrityje, Šiaulių TLK buvo įvertinti pasiekti rezultatai, jų atitikimas siektiniams rodikliams, numatytiems sveikatos priežiūros

įstaigų restruktūrizavimo strategijoje. Vadovaujantis LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-163 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų paslaugų restruktūrizavimo programoms finansuoti, skyrimo, naudojimo apskaitos ir atskaitomybės tvarkos aprašo patvirtinimo“ VšĮ Radviliškio ligoninei buvo skirtos lėšos įstaigos restruktūrizavimui. Tai leido įstaigai ne tik išlikti, tačiau pagerinti gydymosi sąlygas pacientams, bei darbo sąlygas įstaigos darbuotojams.

3.5.1 Radviliškio ligoninės išteklių įvertinimas

Žmogiškieji ištekliai. Sveikatos priežiūros personalas, tai asmenys, dirbantys asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros srityje. 2008 m. pradžiai VšĮ Radviliškio ligoninėje dirbo 306 darbuotojai. Jų tarpe 68 gydytojai, 167 – slaugos ir jam prilyginto personalo (laboratorinės diagnostikos specialistės, radiologijos laborantės, klinikos laborantės, fizinės medicinos ir reabilitacijos slaugytojos, masažuotojos), kitas personalas (specialistai, ūkio dalies darbuotojai) – 71 darbuotojas.



16 pav. Darbuotojų skaičiaus pagal personalus dinamika 2000 – 2008 m.

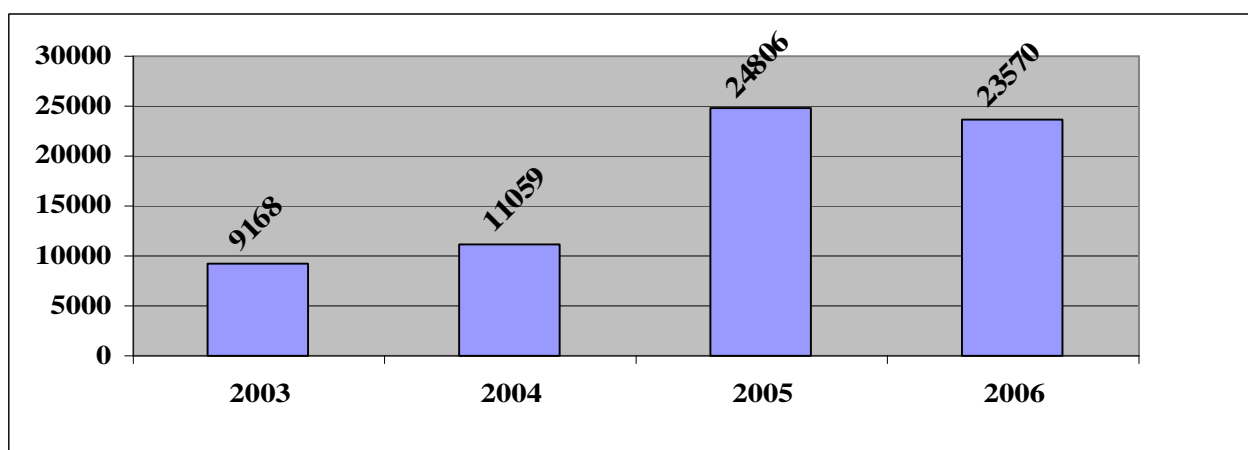
Šaltinis: VšĮ Radviliškio ligoninės darbuotojų skaičiaus ataskaita.

2000 m. lyginant su 2006 m. ženkliai pasikeitė bendras darbuotojų skaičius. Sumažėjo slaugytojų 28 proc., kito personalo 65 proc. Tai susiję su Chirurgijos ir Traumatologijos skyrių sujungimu, Akušerijos-ginekologijos skyriaus ir kitų skyrių lovų mažinimu. Sumažėjus lovoms buvo perskaičiuojami etatiniai krūviai, tai sąlygojo etatų skaičiaus ir darbuotojų mažėjimą (žr. 19 priedą).

Kito personalo mažėjimą įtakojo valytojų, virtuvės darbuotojų atleidimas, šias paslaugas perkant iš paslaugų teikėjų. Nuo 2006 metų darbuotojų skaičius išliko nepakitęs. Gydytojų skaičius per visus metus beveik nesikeitė. Šiuo metu VšĮ Radviliškio ligoninėje dirba 29 gydytojai antraeilininkai. Gydytojų amžiaus vidurkis – 56 metai. Darbo stažas vidutiniškai 30 metų. Ligoninė stengiasi gydytojų trūkumo problemą spręsti įdarbindama gydytojus iš kitų rajonų. Į VšĮ Radviliškio ligoninę gydytojai atvyksta dirbti iš Šiaulių miesto, Panevėžio miesto, Pakruojo rajono. Gydytojai odontologai ortopedai atvyksta iš Kauno. Įstaiga taiko lanksčią darbo apmokėjimo sistemą, kuri ir pritraukia gydytojus dirbti šioje įstaigoje. Tačiau naujai atvykstančių gydytojų gyventi ir dirbti į Radviliškio rajoną nėra. Gydytojų trūkumas rimta problema, kurią sprendžia ir aplinkinių rajonų bei miestų gydymo įstaigos.

Kadangi gydytojai antraeilininkai dažniausiai ligoninėje tik budi, kitiems specialistams tenka didelis – iki 1,75 ir daugiau etatinio krūvio. Gydytojų skaičius vienas iš didžiausių Šiaulių apskrityje (žr. 13 priedą), tačiau norint užtikrinti pacientams paslaugų prieinamumą, VšĮ Radviliškio ligoninėje reikėtų įdarbinti 8– 10 gydytojų. Slaugytojos ir kitas personalas dirba etatiniu krūviu, išskyrus atvejus, kai tenka vaduoti sergančius darbuotojus.

Gydytojų ir slaugos specialistų kvalifikacija užtikrina sveikatos sistemai keliamų reikalavimų įgyvendinimą, todėl ligoninėje nenutrūkstamai vyksta sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimas.



17 pav. Lėšų, skirtų darbuotojų profesinės kvalifikacijos kėlimui, dinamika 2003 – 2006 m., Lt
Šaltinis: VšĮ Radviliškio ligoninės veiklos rezultatų ataskaita.

Kvalifikaciją kelia ne vien gydytojai ir slaugytojos, tačiau ir kiti ne medicinos darbuotojai. Jie kvalifikaciją kelia vykdami į seminarus, konferencijas, mokydami universitetuose. Šiuo metu VšĮ Radviliškio ligoninėje dirba 12 slaugytojų, kurios yra baigę universitetines ir neuniversitetines

mokslo įstaigas. Ligoninėje dirba 8 specialistai su aukštuoju išsilavinimu, bei 8 specialistai su specialiuoju išsilavinimu. Ligoninės administracija stengiasi sudaryti sąlygas darbuotojams, kurie mokosi bei juos skatinti, mokant didesnę darbo užmokestį. Bendrosios praktikos slaugytojoms, baigusioms aukštąjį neuniversitetinį, aukštąjį universitetinį mokslą mokamas diferencijuotas priedas prie pagrindinio atlyginimo. Trokštama pasitenkinimą suteikia ne vien pinigine paskata ir tinkamos fizinės sąlygos, bet ir socialinis bei psichologinis atlygis [11]. Darbas ligoninėje specifinis, alinantis. Darbuotojai dirba su ligoniais, budi naktimis, tenka išgyventi stresines situacijas, todėl įstaigoje stengiamasi kurti kiek įmanoma geresnes darbo ir poilsio sąlygas darbuotojams. Specialioje literatūroje pabrėžiamas darbuotojų ir darbdavių gerų darbo santykių nebuvimas [3]. Tačiau šiuo reformų metu sveikatos įstaigų vadovai stengiasi, kad darbuotojai gautų informaciją apie vykdomas pertvarkas įstaigose, kad galėtų produktyviai dirbti nesibaimindami dėl rytdienos. Geri vadovų ir darbuotojų santykiai užtikrina geresnį mikroklimatą įstaigoje, tuo pačiu ir didesnę darbo efektyvumą. Naujasis viešasis vadovavimas susideda iš dviejų skirtingų komponentų: specialistų pritraukimo į viešąjį sektorių ir valdymo bei marketingo bazės pristatymo visuomenei [56]. Šiuos komponentus taikant sveikatos apsaugos sektoriuje galima spręsti daugelį problemų.

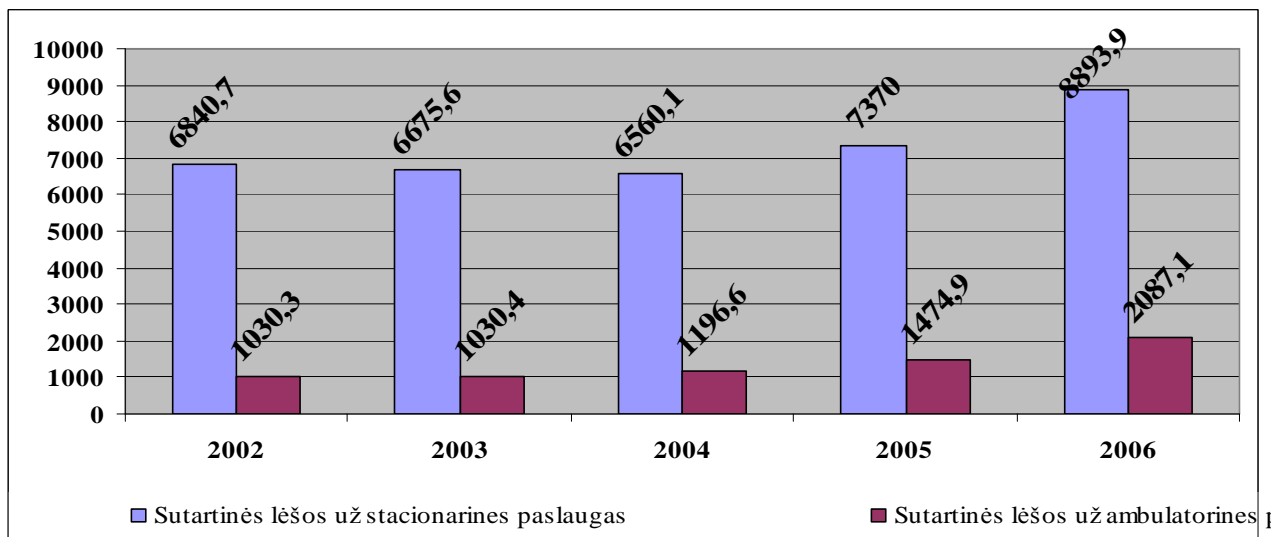
Finansiniai ištekliai. Finansinė analizė pateikiama siekiant įvertinti įstaigos finansinę būklę, finansavimo ypatumus antrinio lygio asmens sveikatos paslaugas teikiančioje įstaigoje.

Vykstant pokyčiams šalies sveikatos politikoje, kito ir paslaugų apmokėjimo tvarka. Daug kartų keitėsi paslaugų grupavimas. Šiuo metu įstaiga teikia chirurgijos, ortopedijos – traumatologijos, ginekologijos, akušerijos, nėštumo patologijos, vaikų ligų, neonatologijos, terapijos, neurologijos, reanimacijos stacionarines paslaugas. Šios paslaugos suskirstomos pagal ligų profilio kodus ir apmokamos skirtingu įkainiu. Pavyzdžiui terapijos paslaugos pagal indikacijas skiriamos į Terapijos I, kurios atvejo kaina – 1096 Lt ir Terapija II – kaina 1164,0 Lt. Paslaugos apmokamos bazinės kainos 200 proc. 100 proc. 50 proc., 30 proc. Iš PSDF Radviliškio ligoninei apmokamos stebėjimo paslaugos, dienos chirurgijos, skubios pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo, specializuotos ambulatorinės, kalbos korekcijos, skubios priėmimo pagalbos paslaugos bei specialistų profilaktiniai sveikatos tikrinimai.

Teritorinės ligonių kasos sutartyje numato lėšas stacionarinių ir visų kitų (išskyrus nepriskirtinas stacionarinėms) paslaugų apmokėjimui bei lėšų rezervą. Prioriteto tvarka sutartys sudaromos dėl nestacionarinių ir trumpalaikio gydymo paslaugų apmokėjimo. Už trumpalaikio gydymo paslaugas, jei jų suteikta ne daugiau nei nurodyta TLK ir ASPĮ sutartyje, mokama 60 proc. atitinkamos stacionarinės paslaugos bazinės kainos, o nestacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos nustatytais bazinėmis kainomis.

Plečiant ambulatorinių specializuotų paslaugų apimtį 2006 m. buvo įvestos naujos ambulatorinių gydytojų specialistų konsultacijų su manipuliacijomis paslaugos, siekiant skatinti

daugiau paslaugų teikti ambulatoriškai, mažinti hospitalizaciją. Šios paslaugos yra brangiau apmokamos, tačiau patiriamų išlaidų nekompensuoja. Paslaugas su manipuliacijomis atlieka aukštos kvalifikacijos gydytojai, kurių labai trūksta rajono savivaldybės įstaigose. Gydytojus tenka kviesti iš aplinkinių rajonų, mokant jiems didesnius atlyginimus. Paslaugų su manipuliacijomis atlikimui, įstaiga turi turėti tam tinkamą medicininę įrangą, kurią reikia atnaujinti. Todėl įkainis už paslaugas su manipuliacijomis turėtų būti paskaičiuotas, atsižvelgiant į realias sąnaudas.

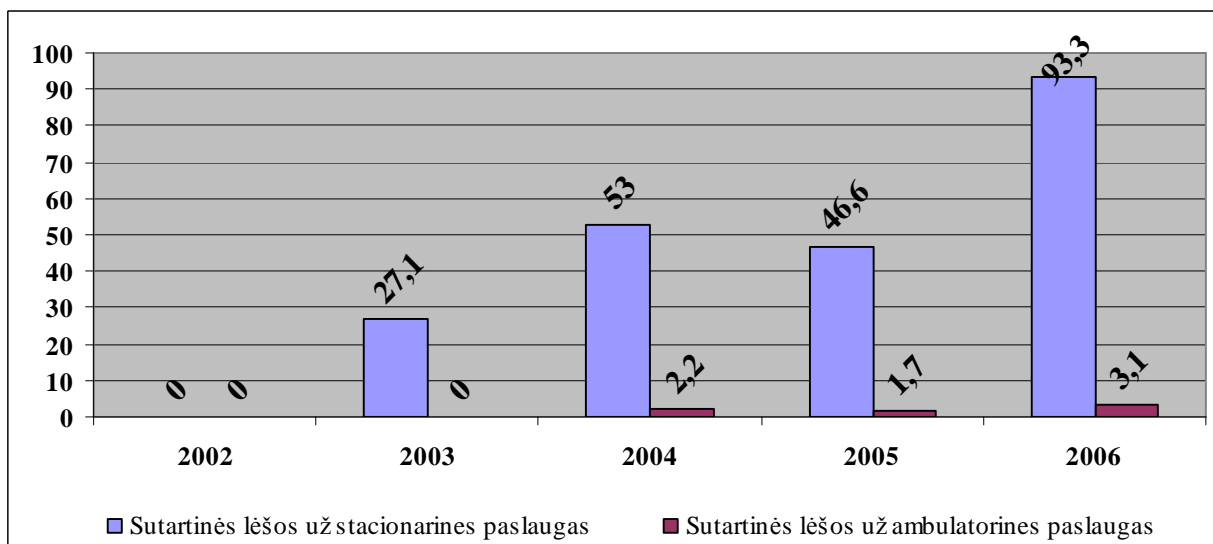


18 pav. Ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų apmokėjimo, numatyto sutartyse su Šiaulių TLK dinamika 2002 – 2006m., tūkst. Lt

Šaltinis: VšĮ Radviliškio ligoninės duomenų bazė.

Šiaulių TLK sutartyse numatomas finansavimas įstaigai didėja. Stacionariųjų paslaugų finansavimas, 2002 m. lyginant su 2006 m., išaugo 30 proc.; ambulatorinių – 202 proc., pinigine išraiška tai sudaro 1056,8 tūkst. Lt. Tačiau lėšos už specializuotas ambulatorines konsultacijas užima sąlyginai mažą dalį finansuojant įstaigos paslaugas. 2006m. jos sudarė 23,5 proc. visų sutartyje numatytų lėšų.

VšĮ Radviliškio ligoninė yra pasirašiusi sutartis su Vilniaus TLK, Kauno TLK, Klaipėdos TLK, Panevėžio TLK. Kadangi kitų TLK sutartyse numatytos nedidelės lėšų sumos, diagramoje teritorinės ligonių kasos įvardijamos, kaip Kitos TLK.



19 pav. Ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų apmokėjimo, numatyto sutartyse su kitomis TLK dinamika 2002 – 2006m., tūkst. Lt

Šaltinis: VšĮ Radviliškio ligoninės duomenų bazė.

Kitose TLK sutartyse numatytos lėšos sudaro apie 1 proc. nuo visų planuojamų lėšų už asmens sveikatos priežiūros stacionariųjų bei specializuotų ambulatorinių paslaugų teikimą.

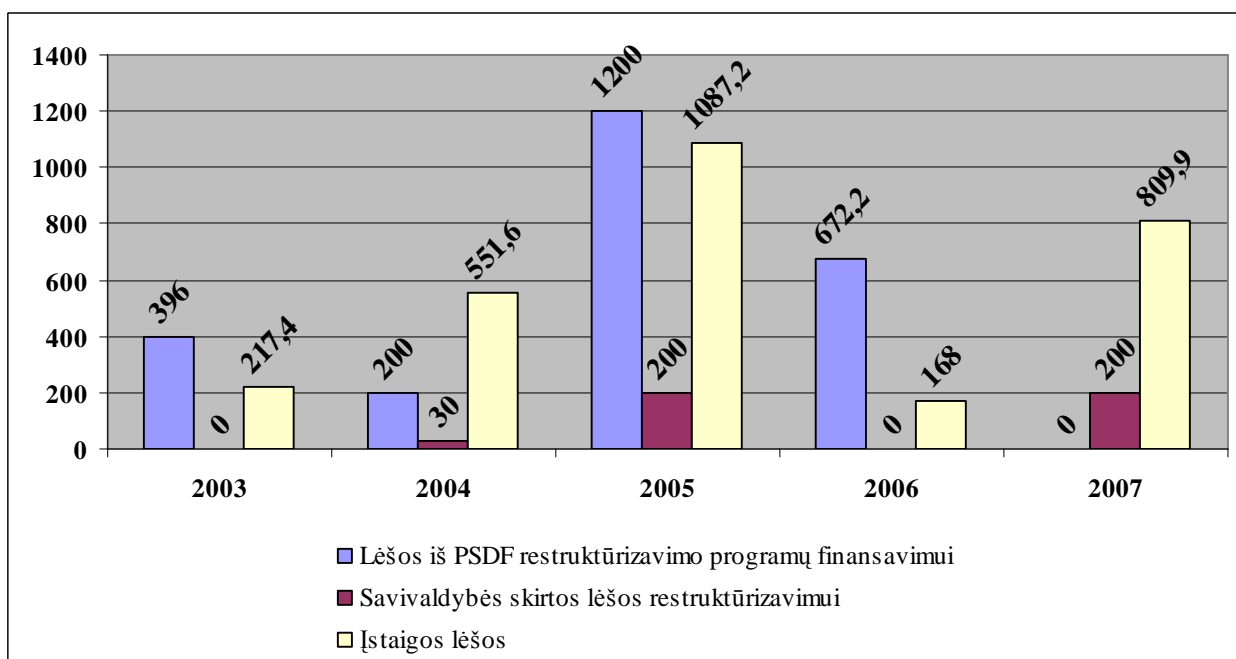
Antrinio lygio paslaugos apmokamos pagal patvirtintus įkainius. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos SAM 2007 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V–333 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ bei Lietuvos Respublikos SAM 2007 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V–332 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ sveikatos priežiūros įstaigoms buvo padidinta stacionariųjų bei specializuotų ambulatorinių paslaugų bazinė kaina. 2007 m. buvo deklaruojama, kad paslaugų įkainiai vidutiniškai didės 20 proc., kadangi minėtu procentu buvo numatyta padidinti medicinos darbuotojų darbo užmokestį. Realiai paskaičiavus VšĮ Radviliškio ligoninėje ambulatorinių paslaugų įkainiai vidutiniškai padidėjo 17 proc., stacionaro paslaugų – 11 proc., kitų teikiamų paslaugų lyginamoji dalis yra nedidelė ir jų įkainio kitimas ligoninės pajamoms įtakos nedarė. Įstaigos pajamos, įvertinus įkainio padidėjimą, išaugo 13 proc. (žr. 20 priedą).

2006 m buvo patvirtintas iš PSDF biudžeto apmokamų dantų protezavimo paslaugų sąrašas ir odontologijos mokamų paslaugų bazinių kainų indeksavimas. Dantų protezavimo paslaugos finansuojamos ne tik iš PSDF. Kiekvienais metais savivaldybė numato lėšas senatvės pensininkams. Tačiau rimta problema jas įsisavinti, kadangi trūksta gydytojų odontologų – ortopedų. 2005 m. Radviliškio savivaldybė skyrė 15,0 tūkst. litų, 2006 m. – 10,0 tūkst. litų, 2007 m. – 10,0 tūkst. litų. Iš PSDF 2005 m. buvo skirta 126,6 tūkst. litų, 2006 m. metinė sutartinė suma sudarė 83,9 tūkst. litų,

2007m. – 344,01 tūkst. litų. Savivaldybės gyventojams šios paslaugos būtinos, tačiau sunkiai prieinamos. Eilėje dantų protezavimui tenka laukti keletą metų. 2008 m. pradėjus dirbti dviems gydytojams problemų dėl eilių bei lėšų įsisavinimo turėtų sumažėti. Buvęs nuostolingas kabinetas, sprendžiant iš įnešamų vidutiniškai po 30,0 tūkst. per mėnesį pajamų, turėtų tapti save išsilaikančiu padaliniu.

Savivaldybė eilę metų finansuoja VšĮ Radviliškio ligoninės teikiamas programas. 2006m. „Hospitalinės infekcijos profilaktikos ir kontrolės programai“ skirta 4,0 tūkst. Lt, programai „Tapk nemokamu donoru – suteik viltį gyventi“ – 2,0 tūkst. Lt, „Žaidimų terapija Pediatrijos skyriuje“ programai skirta 0,2 tūkst. Lt., „Tuberkuliozės profilaktikos kontrolei“ – 4,0 tūkst. Lt, „Kūdikių žindymo skatinimo“ programai – 2,0 tūkst. Lt. Radviliškio savivaldybė skyrė lėšų ligoninės einamojo remonto išlaidų kompensavimui.

2003 – 2006 m. VšĮ Radviliškio ligoninei buvo skirtos lėšos iš VLK paslaugų restruktūrizacijos fondo.



20 pav. VšĮ Radviliškio ligoninei restruktūrizavimui skirtų lėšų dinamika 2003 – 2007 m., tūkst. Lt. Šaltinis: VšĮ Radviliškio ligoninės duomenų bazė.

Iš diagramos matome, kad per 2003–2007 m. VšĮ Radviliškio ligoninė gavo iš VLK paslaugų restruktūrizacijos fondo 2468,2 tūkst. Lt, iš savivaldybės – 430,0 tūkst. Lt, savo lėšomis už 2114,1 tūkst. Lt įstaiga atliko skyrių remonto darbus, pirkė būtiną medicininę įrangą.

Tobulinant sveikatos draudimo sistemą ir įgyvendinant sveikatos santykių teismo principą, turėtų būti atsižvelgiama į skirtingų regionų ir gyventojų grupių poreikius: pirminei sveikatos priežiūrai, stacionarinėms paslaugoms, specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms, priklausyti nuo teritorinių ligonių kasų aptarnaujamų regionų gyventojų skaičiaus, amžiaus ir lyties.

Savivaldybės turėtų Visuomenės sveikatos rėmimo specialiosiomis lėšomis remti visuomenės programas.

3.5.2 VšĮ Radviliškio ligoninės restruktūrizavimo tikslai ir uždaviniai

VšĮ Radviliškio ligoninės tikslai formuojami vadovaujantis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos kriterijais bei siektiniais rezultatais, Šiaulių apskrities sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planu [36], kuriame numatyta reorganizuoti kai kurias Šiaulių apskrities sveikatos priežiūros įstaigas.

Programos tikslai:

- restruktūrizuoti VšĮ Radviliškio ligoninę, optimizuojant skyrių patalpų ir kvalifikuotų specialistų veiklą;
- nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;
- tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą;
- optimaliai naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius.

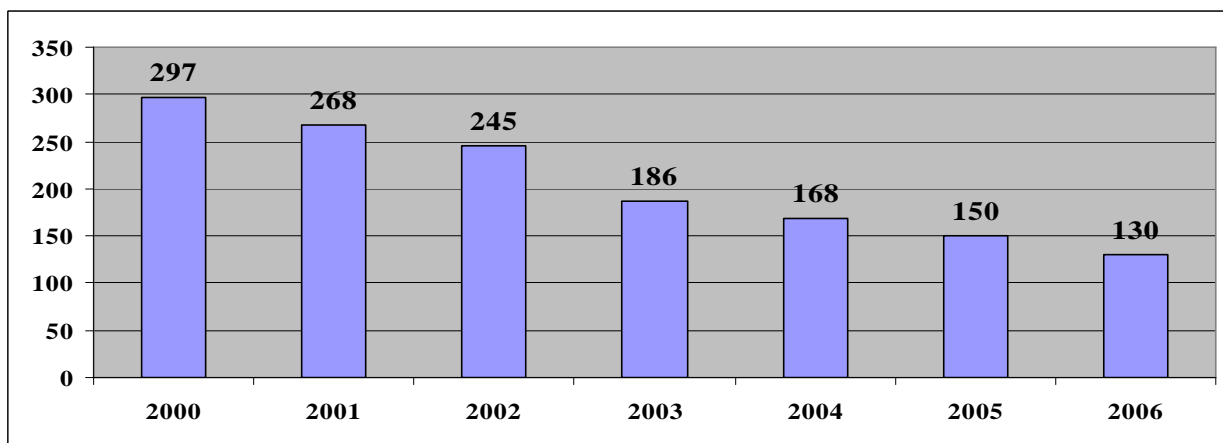
VšĮ Radviliškio ligoninės pagrindiniai programos uždaviniai :

- Renovuoti bei išplėtoti įstaigos padalinių veiklą:
 - perkelti Akušerijos – ginekologijos skyrių į I–ą ligoninės korpusą, atlaisvinant patalpas slaugos ir palaikomojo gydymo skyriui;
 - sujungti Chirurgijos ir Traumatologijos skyrius, įrengiant Chirurgijos skyrių, siekiant efektyvesnės gydymosi veiklos, atsisakant dalies patalpų;
 - integruoti Šeduvos palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninę į Radviliškio ligoninę;
 - modernizuoti VšĮ Radviliškio ligoninę, atnaujinant naujas technologijas.
- Optimizuoti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, didinant įstaigos veiklos efektyvumą, dalį dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų teikiant rekonstruotame Priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuje.
- Įsigyti reikalingą Priėmimo – skubiosios pagalbos skyriui medicininę įrangą, užtikrinant teikiamų paslaugų kokybę ir prieinamumą.

3.5.3. Restruktūrizacijos metu įgyvendintų priemonių ir rezultatų apibendrinimas

VšĮ Radviliškio ligoninė sėkmingai dalyvavo pirmajame sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etape. Buvo įgyvendintos 2003–2005 metų plane numatytos priemonės. Radviliškio rajono savivaldybės gyventojų hospitalizacijos rodikliai (100 gyventojų): 2002 m. – 25,7; 2003 m. – 23,87; 2004 m. – 22,70; 2005 m. – 20,19; 2006 m. – 19,97 (žr. 7 priedą).

Radviliškio rajono savivaldybės gyventojai gydomi kitose Vilniaus TLK, Kauno TLK, Panevėžio TLK bei Klaipėdos TLK priklausančiose gydymo įstaigose (žr. 8 priedą). Hospitalizacijos rodiklio sumažėjimą nuo 25,7 (100 gyventojų), iki 19,97 sąlygojo Slaugos ir palaikomojo gydymo skyriaus atidarymas, dienos stacionaro, dienos chirurgijos paslaugų įvedimas. Minėtų paslaugų atvejai skaičiuojant hospitalizacijos rodiklį neįskaitomi.



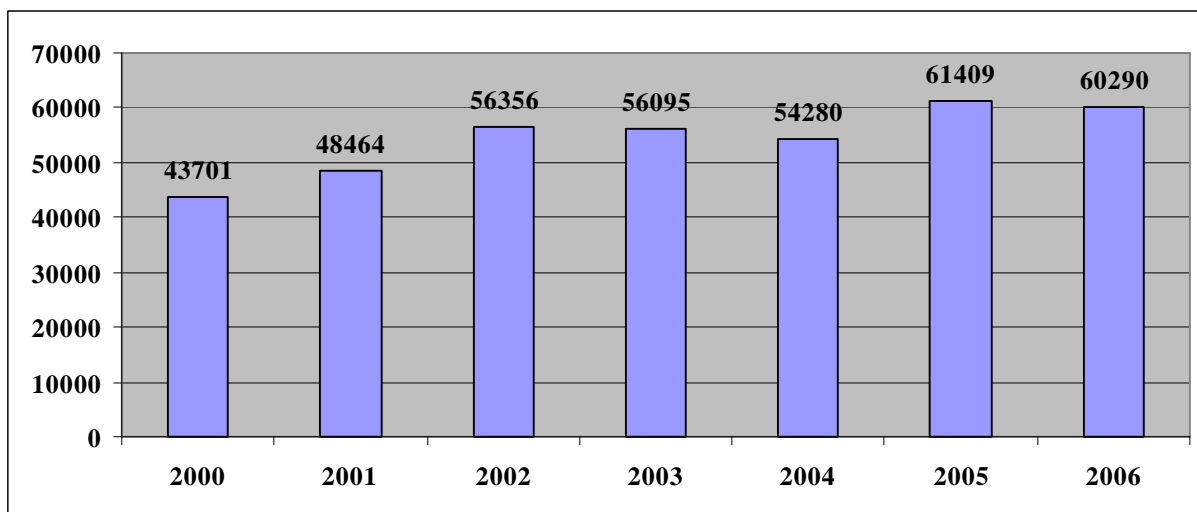
21 pav. VšĮ Radviliškio ligoninės lovų skaičiaus dinamika 2000 – 2006m.

Šaltinis: VšĮ Radviliškio ligoninės duomenų bazė.

Pradėjus įgyvendinti Pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo nuostatas, atlikus įstaigos veiklos išsamią analizę, buvo iš naujo apsvarstytas neracionaliai stacionare funkcionuojančių lovų skaičius, sumažintas bendras ligoninės lovų skaičius (žr. 14 priedą).

Per 2000–2006 metus buvo atsisakyta 167 iš dalies funkcionuojančių stacionaro lovų. 2000m. veikė Naujagimių atskiras skyrius su 10 naujagimių lovų. 2003 m. šis skyrius buvo prijungtas prie Akušerijos–ginekologijos skyriaus. Tuo pat metu buvo pradėti vykdyti įstaigos struktūriniai pokyčiai. Vadovaujantis Radviliškio rajono savivaldybės tarybos 2003–06–05 sprendimu Nr. T–37, 2003 m. buvo sujungtas II terapijos skyrius (30 lovų) su Neurologijos ligų skyriumi (35 lovų), ir įkurtas 45 lovų II–as terapijos skyrius (žr. 17 priedą). Šie pokyčiai leido racionaliai naudoti lovų fondą, pagerino lovos funkcionavimo laiką, sumažino buvusių skyrių eksploatacines išlaidas.

2004 metais įkūrus Konsultacinę polikliniką buvusio Neurologijos ligų skyriaus patalpose, rajone buvo užbaigta pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros įstaigų atsiskyrimo procedūra [56]. Naujos struktūros – funkciškai atskiro ligoninės vieneto atsiradimas leido pagerinti antrinio lygio teikiamų ambulatorinių paslaugų kokybę, prieinamumą ir jų plėtrą.



22 pav. VŠĮ Radviliškio ligoninės specializuotų ambulatorinių konsultacijų skaičiaus dinamika 2000 – 2006m.

Šaltinis: VŠĮ Radviliškio ligoninės duomenų bazė.

Ambulatorinių paslaugų plėtra, numatyta restruktūrizacijos strategijoje. Specializuotų ambulatorinių paslaugų skaičius turi tendenciją augti (žr. 15, 16 priedą). Tradiciškai, sveikatos priežiūros įstaigų veikla dažniausiai yra vertinama pagal paslaugų apimtį [58], Lyginant 2000 m. ir 2006 m. konsultacijų skaičius išaugo 37,9 procento. Tačiau 2006 m. konsultacijų skaičius 1,2 procento mažesnis nei 2005 m. Paslaugų skaičius sumažėjo dėl gydytojų specialistų trūkumo. Įstaiga šiuo metu įdarbintų gydytoją kardiologą, gydytoją radiologą. Šių specialistų paslaugas VŠĮ Radviliškio ligoninėje teikiamos, tačiau du kardiologai įstaigoje dirba 0,5 etato krūviu, todėl pacientams patekti pas šiuos specialistus sudėtinga.

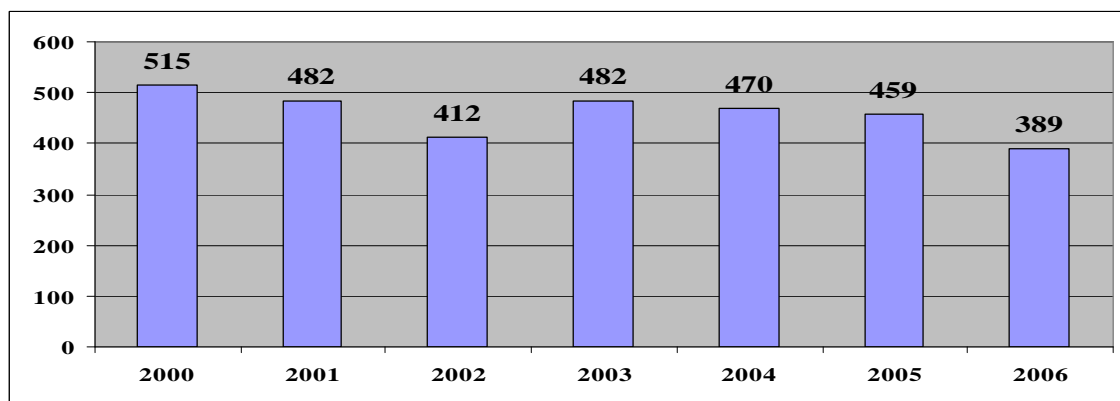
Konsultacinės poliklinikos nauja , kompiuterizuota registratūra, išankstinė registracija pas gydytojus konsultantus palengvino medicinos registratorių darbą. Dalis ankstesnių kabinetų buvo įrengti Radviliškio PSPC patalpose, antrame arba trečiame aukštuose, be liftų. Šiuo metu Konsultacinėje poliklinikoje sudarytos sąlygos lankyti neįgaliems pacientams. Pacientas poliklinikoje gali gauti kelių gydytojų konsultantų paslaugas per vieną dieną. Konsultacinės poliklinikos pertvarkymas pagerino ir darbuotojų darbo sąlygas. Poliklinikos remontui 2003–2004 m. iš PSDF skirta 336,0 tūkst. Lt. VŠĮ Radviliškio ligoninė skyrė 78,2 tūkst. Lt. savo įstaigos lėšų.

Kadangi maitinimo ir valymo paslaugas reikėjo iš esmės pertvarkyti, nes naudojama įranga, patalpos neatitiko higienos normų, o pertvarkymas reikalavo didelių didelių investicijų, 2003 metais Radviliškio ligoninė nusprendė šias paslaugas pirkti. Radviliškio rajono savivaldybės tarybos 2004-07-15 sprendimu Nr. T–276 buvo leista ligoninei minėtas paslaugas pirkti iš tiekėjų. Įdiegus

maitinimo ir valymo paslaugas, ligoninės darbuotojams perėjus dirbti į kitą įmonę, per metus ligoninėje sutaupyta 69,3 tūkst. Lt. darbo užmokesčio.

2005 metais, vadovaujantis Radviliškio rajono savivaldybės tarybos 2004-07-15 sprendimu Nr. T-275, Chirurgijos skyrius (25 lovos) ir Traumatologijos skyrius (28 lovos) sujungti į Chirurgijos skyrių (35 lovos). Iki to laiko skyrius buvo nerentabilus. Metiniai nuostoliai siekė 117,8 tūkst. Lt. Sujungus skyrius atsisakyta 18 nefunkcionuojančių lovų. Po skyrių sujungimo, atlikus einamojo remonto darbus, buvo atnaujintos palatos, įkurtos 2 vienvietės palatos. Pacientams už patvirtintą papildomą mokesį suteikta galimybė gydytis komfortabilioje palatoje. Įstaiga gauna papildomas pajamas už mokamas paslaugas. Per metus skyrius vidutiniškai įneša po 1,5 tūkst. Lt. į ligoninės kasą.

Sujungus Chirurgijos ir Traumatologijos skyrius, siekiant užtikrinti racionalų patalpų panaudojimą, 2005 metais Akušerijos–ginekologijos skyrius buvo perkeltas į buvusio Traumatologijos skyriaus patalpas. Skyriuje besigydančioms pacientėms gydymas numatytas renovuotose vienvietėse, dvivietėse palatose. Skyrius aprūpintas visa reikalinga medicinine įranga, vaisiaus, naujagimio ir motinos būklei sekti. Skyriaus pertvarka leido esamas sąlygas priartinti prie namų aplinkos. Radviliškio ligoninėje padaugėjo pacienčių iš aplinkinių rajonų. Pakruojo ligoninėje šis skyrius buvo uždarytas, nes gimdyvių per metus buvo mažiau nei 300. Šis rodiklis numatytas restruktūrizacijos strategijoje. Nors VšĮ Radviliškio ligoninėje gimdymų skaičius turi tendenciją mažėti, tačiau jis atitinka siektiną rodiklį.



23 pav. VšĮ Radviliškio ligoninės gimdymų skaičiaus dinamika 2000 – 2006m.

Šaltinis: VšĮ Radviliškio ligoninės duomenų bazė.

Iš kitų rajonų per metus į skyrių atvyksta vidutiniškai apie 40 gimdyvių. Skyriuje dirba kvalifikuoti specialistai, kurie užtikrina pacienčių saugumą.

2005 m. suremontuotose, higienos normas atitinkančiose patalpose įsikūrė Chirurgijos 35 lovų bei Akušerijos-ginekologijos 22 lovų skyriai. Šių skyrių remontui 2005 m. iš PSDF skirta 800,0 tūkst. Lt. VšĮ Radviliškio ligoninė skyrė 281,6 tūkst. Lt. savo įstaigos lėšų.

Tešiant pradėtą restruktūrizaciją, Radviliškio rajono savivaldybės tarybos 2005–02–10 sprendimu Nr. – 437 „Dėl Slaugos ir palaikomojo skyriaus paslaugų“ VšĮ Radviliškio ligoninėje įsteigtas Slaugos ir palaikomojo gydymo skyrius. Į buvusias VšĮ Radviliškio ligoninės Akušerijos-ginekologijos skyriaus patalpas buvo perkeltos 27 slaugos ir palaikomojo gydymo lovos. Šios paslaugos integravimas VšĮ Radviliškio ligoninėje, sumažino Terapijos, Chirurgijos skyriuose besigydančių pacientų vidutinę gulėjimo trukmę. Palaikomojo gydymo paslaugos tapo prieinamesnėmis Radviliškio miesto gyventojams, nes mieste šios paslaugos nebuvo.

Nuo 2005 m. II pusmečio iki 2006 m. ligonių skaičius šiame skyriuje išaugo: 2005 m. – 128; 2006 m. – 562. Pasikeitė lovų skaičius: 2005 m. – 27, 2006 m. – 35, 2007m. – 42. Lovų skaičiaus augimą sąlygojo šios paslaugos poreikis gyventojams. 2005 m. Slaugos ir palaikomojo gydymo skyriaus remontui iš PSDF skirta 400,0 tūkst. Lt. VšĮ Radviliškio ligoninė skyrė 149,0 tūkst. Lt. savo įstaigos lėšų.

2006 m. pertvarkytas Priėmimo – skubiosios pagalbos skyrius. Ligoninės diagnostiniai kabinetai buvo išsidėstę įvairių struktūrinių padalinių patalpose: administracijos, chirurgijos, terapijos skyriuose, netgi atskiruose pastatuose. Tai apsunkindavo tiek stacionare besigydančių, tiek ambulatorinių bei skubios pagalbos reikalaujančių ligonių ištyrimą. Vidaus ligų, vaikų ligų ir chirurgijos paslaugos Priėmimo – skubiosios pagalbos skyriuje teikiamos gyventojams visą parą. Skyriuje įsikūrė endoskopijos, 2 echoskopijos kabinetai, elektrokardiografijos, encefalografijos, audiometrijų, rentgeno kabinetai. Siekiant optimizuoti Rentgenodiagnostikos skyriaus paslaugas, 2006 metais atsisakyta 79,75 m² pagal panaudos sutartį naudojamų PSPC patalpų, kuriose buvo atliekama dalis rentgenodiagnostikos skyriaus paslaugų. Modernizavus rentgenodiagnostikos skyrių, įsigijus papildomą rentgeno įrangą, pilnai užtikrinti rajono gyventojų poreikiai.

Augant trumpalaikio gydymo ir dienos chirurgijos paslaugų skaičiui, skubios pagalbos paslaugoms teikti 2006 m. Priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuje įsteigta 2 lovų trumpalaikio gydymo palata ir 1 lovos dienos chirurgijos palata. Įkurtos palatos atitinka Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme 2004 m. gegužės 27 d. Nr. V–394 nurodytus reikalavimus. Šiuolaikiškos dienos stacionaro ir dienos chirurgijos palatos su mobiliomis pertvaromis įrengtos šalia slaugytojų posto. Monitorizavus slaugytojų postą, gydytojai, slaugytojos nuolat stebi pacientų būklę, gali operatyviai reaguoti į pacientų būklės pasikeitimus ir laiku suteikti reikalingą pagalbą.

Rekonstravus Priėmimo – skubiosios pagalbos skyrių, padidėjo skubios pagalbos apimtys: 2005 m. – 3 460 atvejų, 2006 m. – 4 488 atvejai. Šio skyriaus remontui iš PSDF skirta 672,2,0 tūkst. Lt., savivaldybė skyrė 200,0 tūkst. Lt.

2006 m. VšĮ Radviliškio ligoninei įsigijus imunologinį analizatorių „mini VIDAS“, atsirado galimybė atlikti 10 naujų tyrimų (TPSA, TTH, Ca 125, CEA, FSH ir kitus). Išplėtus atestuotų

tyrimų apimtis, įstaiga dalyvauja TPSA, TTH programoje. Įsigijusi analizatorių, įstaiga papildomai uždirbo 51,5 tūkst. Lt.

Viešoji įstaiga Radviliškio ligoninė dalyvauja Valstybės investicijų programoje ir yra pateikusi projektą „VšĮ Radviliškio ligoninės energijos efektyvaus panaudojimo plėtra“. Pagrindinis pateikto projekto tikslas – sumažinti šiluminės ir elektros energijos kaštus. Šį tikslą galima įgyvendinti pakeitus ligoninės langus ir duris, apšiltinus pastatų sienas bei stogus. Programoje yra numatyta užtikrinti energijos tiekimo prieinamumą ir stabilumą, didinti jos naudojimo efektyvumą, mažinant neigiamą poveikį aplinkai. Pastatų techninė būklė nebegali užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo. Įstaiga kiekvienais metais patiria šilumos ir elektros nuostolių dėl nesandarių langų ir durų. Investicinis projektas pradėtas įgyvendinti 2004 metais. Projekto suma šiuo metu siekia 4861,2 tūkst. Lt. Iki 2006m. Radviliškio ligoninei buvo skirta 1533,4 tūkst. Lt. Šiomis lėšomis buvo pakeisti ligoninės vieno pastato langai. Radviliškio savivaldybė pateikė prašymą dėl lėšų skyrimo projekto tęstinumui užtikrinti. Atlikus projekte numatytus darbus, padidėtų pastato naudojimo sauga, pagerėtų darbuotojų darbo sąlygos.

Viešoji įstaiga Radviliškio ligoninė yra pateikusi LR SAM ir LR Finansų ministerijai „Viešosios įstaigos Radviliškio ligoninės Radviliškyje, Gedimino g. 9, Operacinės ir Reanimacijos-intensyvios terapijos skyrių rekonstrukcija ir medicininės įrangos įsigijimas“ programą, finansuojamą iš Valstybės investicinių programinių lėšų (žr. 22 priedą). Investicinė programa atitinka tolesnę sveikatos sistemos plėtrą 2007 – 2015 metais bei LR SAM 2007–03–21 įsakymą Nr. V-171 „Dėl Šiaulių ir Telšių apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų patvirtinimo“[37].

VšĮ Radviliškio ligoninei pagal paruoštą techninį projektą bei atliktą ekspertizę šios programos įgyvendinimui reikalinga suma – 5682,0,0 tūkst. Lt. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007–01–24 nutarimu Nr.146 „Dėl Valstybės investicijų 2007–2009 metų programoje numatytų 2007 metams kapitalo investicijų paskirstymo pagal asignavimų valdytojus ir investicijų projektus“ Radviliškio ligoninei skirtas 1000,0 tūkst. Lt. 2008 metais Radviliškio savivaldybės VšĮ Radviliškio ligoninės Operacinės ir Reanimacijos intensyvios terapijos skyriui rekonstruoti ir medicininei įrangai įsigyti skirta 1449,0 tūkst. Lt Privatizavimo fondo lėšų. VšĮ Radviliškio ligoninė 2008 m. programos įgyvendinimui numato skirti 40,0 tūkst. Lt. Per metus įstaiga vidutiniškai sutaupytų 30,0 tūkst. Lt. Pasikeitus paslaugų kainoms, pasikeistų ir paskaičiuota ekonomija. Restruktūrizuojant teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą, užtikrinamas geresnis gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, aukštesnė paslaugų kokybė bei racionalesnis materialinių ir žmogiškų išteklių panaudojimas. Įstaigos ekonominis efektas matomas 21 priede.

2007 m. liepos mėnesį VšĮ Radviliškio ligoninės audito grupės vadovė atliko gydytojų apklausą, kurios tikslas buvo išsiaiškinti, kaip gydytojai vertina vykdomą sveikatos reformą, darbo sąlygas, mikroklimatą darbe. Apklaustas 21 gydytojas, iš jų 12 moterų ir 9 vyrai [75].

Dauguma gydytojų (15) neigiamai vertino vykdomą sveikatos reformą, tik vienas – teigiamai, kiti savo nuomonės nepareiškė. Daugiau nei pusė apklaustųjų (13) mano, kad nereikėjo atskirti poliklinikų nuo ligoninių, tačiau 4 gydytojai teigiamai vertino šį procesą. Gydytojų darbo kokybei lemiamą įtaką turi santykiai su bendradarbiais (11), geros darbo sąlygos (10), galimybė tobulėti (9), finansinis stabilumas. Beveik visi apklaustieji (19) buvo patenkinti savo darbu. Apklaustųjų nuomone (9) per daug tenka pildyti dokumentacijos. Gydytojų nuomone, jų darbas būtų kokybiškesnis, jei būtų geresnis aprūpinimas medicinine įranga (19), būtų padidinta alga (18), jaustų bendradarbių paramą (15), būtų mažinamas darbo krūvis, padidėtų slaugytojų skaičius (10).

Įgyvendinus numatytas priemones, iš esmės pasikeistų sveikatos įstaigų materialinė bazė, medicinos įstaigų veiklos rodikliai: sumažėtų vidutinė gulėjimo trukmė, padidėtų lovos apyvarta, pagerėtų paslaugų prieinamumas pacientams, atsirastų konkurencija tarp medicinos paslaugas teikiančių įstaigų.

IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Pasikeitus šalies politinei santvarkai, sveikatos apsaugos reforma buvo neišvengiama. Reikėjo pereiti prie efektyvesnės sveikatos sistemos, kuri atitiktų šalies finansavimo galimybes, gyventojų lūkesčius gauti kokybiškas sveikatos paslaugas. Šalies sveikatos politikos strategai išnagrinėję kitų šalių patirtį, pateikė Vyriausybei sveikatos apsaugos struktūros, finansavimo modelį.

Sveikatos apsaugos reformos strategiją sukūrė akademinė visuomenė kuri gerai išmanė medicinos teoriją, tačiau realus reformos pritaikymas miestų ir rajonų savivaldybės asmens sveikatos įstaigose buvo sudėtingas procesas, pakeitęs santykius tarp savivaldybių ir sveikatos įstaigų, skirtingų lygių sveikatos įstaigų, pacientų ir medicinos darbuotojų.

Reforma per ilgai užsitęsė. Tai neigiamai paveikė jos dalyvius – sveikatos priežiūros įstaigas bei pacientus. Priimtų įsakymų, įstatymų, nutarimų, potvarkių gausybė gydytojus pavertė raštininkais, kurių laikas skiriamas pacientui tapo labai ribotu. Pacientai priešingai – sunkiai patekę pas gydytoją, tikėjosi didesnio dėmesio. Lūkesčiai, kad reformai pasibaigus, bus geriau ne visai pasiteisino. Įvestos kvotos hospitalizacijai, kvotos medicininei reabilitacijai, sanatoriniam gydymui, kompensuojamiems medikamentams nesuprantamos pacientams. Mokėję visą gyvenimą mokesčius jie tikisi, kad ligos atveju bus suteiktos reikalingos medicininės paslaugos. Deja, sveikatos priežiūros įstaigos to negali užtikrinti.

Daugumos antrinio lygio ligoninių finansinė būklė, socialinė darbuotojų padėtis ir pacientų teisė gauti kokybiškas gydymo paslaugas pablogėjo įvedus naują stacionariųjų paslaugų apmokėjimo tvarką. Naujieji paslaugų įkainiai yra mažesni už paslaugų savikainą. Niekas iš ministerijos strategų nepaaiškino, kodėl rajono savivaldybės poliklinikos specialisto antrinio lygio, konsultacija yra beveik du kartus pigesnė nei klinikose. Taip pat vertinamos ir stacionarinės paslaugos.

Viena iš rimčiausių problemų yra gydytojų ir kito medicinos personalo trūkumas. Reformos pradžioje buvo pabrėžiamas specialistų perteklius šalyje. Šiuo metu, ypač rajonuose, trūksta gydytojų, kurie išvyksta dirbti į užsienį, yra ten vertinami ir darbo užmokestis didesnis keletą kartų, nei Lietuvoje. Šalyje nėra teisinių aktų, tiesiogiai reglamentuojančių gydytojų skaičiaus planavimą sveikatos priežiūros sistemoje, tačiau egzistuoja eilė aktų, nusakančių jų veiklą, licencijavimo ir rengimo tvarką. Duomenys apie gydytojus Lietuvoje renkami keletose duomenų baziuose, tačiau nė viena iš jų nepateikia pilnos informacijos apie gydytojus, jų pasiskirstymą pagal amžių, regionus, specialybes. Gydytojų žmogiškųjų išteklių struktūra bei pasiskirstymas Lietuvoje yra netolygus ir kinta labai iš lėto. Minėti duomenys būtini efektyviam sveikatos žmogiškųjų išteklių planavimui ir valdymui.

Dalinė privatizacija ir sveikatos draudimo sistemos įdiegimas turėjo sumažinti neoficialius mokėjimus. Privatizavimas stomatologiniame sektoriuje, dideli paslaugų įkainiai nesumažino stomatologinių paslaugų paklausos, tačiau sumažino neoficialių mokėjimų mastą. Valstybinėse sveikatos įstaigose neoficialūs mokėjimai išliko. Maži sveikatos paslaugų įkainiai riboja asmens sveikatos įstaigų galimybes didinti darbo užmokesčio fondą, o medicinos darbuotojai, gaudami mažus atlyginimus, neoficialius mokėjimus priima, kaip priedą prie darbo užmokesčio. Pacientai tiki, kad už papildomą mokestį bus suteikta kokybiškesnė sveikatos priežiūros paslauga.

Vadovaudamasi šio darbo rezultatais teikiu tokias rekomendacijas.

Sprendžiant sveikatos politikos klausimus, sveikatos priežiūros sistemos problemas tikslinga įtraukti visas šalies socialines ekonomines struktūras; tobulinti įstatyminę bazę; plėtoti valstybės ir savivaldybių institucijų bendradarbiavimą, sprendžiant gyventojų sveikatos problemas, užtikrinant pacientų teises sveikatos priežiūros srityje.

Esamą sistemą reikėtų reformuoti valstybinį finansavimą skiriant pacientui, o ne gydymo įstaigai. Valstybės paramos paskirstymas tokiu būdu skatintų konkurenciją tarp įstaigų, gerintų teikiamų paslaugų kokybę, racionalų įstaigos išteklių naudojimą.

Finansavimo iš biudžeto ir iš paciento lėšų įvedimas visoms sveikatos paslaugoms bei medikamentams parodytų tikrąjį sveikatos paslaugų poreikį, padidintų paciento atsakomybę už savo sveikatą, jo reiklumą gydymo paslaugoms, sudarytų prielaidas atsirasti savanoriškam sveikatos draudimui.

Dalį sveikatos paslaugų teikėjų, kurių paslaugos nepriskiriamos būtinosioms, privatizuoti. Tai sudarytų sąlygas gydymo įstaigų konkurencijai, paslaugų kokybės gerinimui. Pacientas turėtų galimybę rinktis jam priimtinas paslaugas už priimtina kainą.

Universitetinių ligoninių monopolį reikėtų panaikinti. Antrinę pagalbą teikiančios įstaigos neturėtų būti diskriminuojamos, apmokėjimas už suteiktas to paties lygio paslaugas neturėtų skirtis.

Labai svarbus veiksnys gydytojų žmogiškųjų išteklių plėtrai – efektyvios mokėjimo sistemos, susijusios su atliktu darbu, įdiegimas. Gydytojo atlyginimas turi priklausyti nuo užimamų pareigų, kvalifikacijos bei specializacijos, nuo atliktų procedūrų skaičiaus ir jų sudėtingumo.

Sveikatos žmogiškųjų išteklių planavimo klausimai turėtų tapti prioritetu. Būtina suformuoti nuoseklią gydytojų rengimo bei geografinio paskirstymo politiką, kadangi Lietuvoje didelė dalis dirbančiųjų gydytojų yra pensinio amžiaus ir netolygiai pasiskirstę geografiniu požiūriu.

Paruošti VŠĮ Radviliškio ligoninės strategiją atitinkančią ES struktūrinių fondų paramos panaudojimo sveikatos apsaugos srityje 2007–2013 m. sanglaudos skatinimo veiksmų programos 2 prioritetą „Viešųjų paslaugų kokybė ir prieinamumas sveikatos, švietimo, ir socialinė infrastruktūra“.

LITERATŪRA

1. Andrijauskaitė, D.(2006). Sveikatos priežiūra atsieina vis daugiau. *Gydyto menas* [Internete]. [žiūrėta 2007-08-04]. Prieiga per internetą: <<http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=4757>>.
2. Andruškevičius, A. (2004). *Administracinės teisės principai ir normų ribos*. Vilnius: VĮ Teisinės informacijos centras.
3. Bach, S. Health Sector Reform, State Policy and Industrial Relations: Britain in Comparative Perspective [žiūrėta 2008-03-18]. Prieiga per internetą: <<http://www.warwick.ac.uk/fac/soc/complabstuds/confsem/Bach.htm>>.
4. Buivydas, R., Černiauskas G. (1998). *Sveikatos priežiūros finansavimo reforma Lietuvoje: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
5. Buivydas, R., Černiauskas G. (1998). *Finansinis sveikatos priežiūros įstaigų valdymas ir apskaita: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
6. Černiauskas, G. *Lietuvos, Estijos ir Latvijos socialinė-ekonominė raida 1996-1999 metais* [žiūrėta 2008-01-18]. Prieiga per internetą: <http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_zur/text/gc_text3.html>.
7. Černiauskas, G. *Sveikatos apsaugos reformos antrąjį nepriklausomybės dešimtmetį* [žiūrėta 2007-09-18]. Prieiga per internetą: <http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_zur/text/GC_txt1.html>.
8. Černiauskas, G., Buivydas, R. (1996). *Sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimas draudimo sąlygomis: PHARE sveikatos priežiūros reformos projektas*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
9. Černiauskas G., Schneider, M. (1999). *Privalomojo sveikatos draudimo plėtra Lietuvoje: Sveikatos politikos analizė*. PHARE projektas: OSS 98-5320, LI9704/0201. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
10. Čičinskas, J. (2006) Ar reikia rūpintis sveikatos apsauga? [žiūrėta 2007-06-15]. Prieiga per internetą: <http://sena.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/tns%20media-intelligence%20informacija-sam20060701.html#0_26>.
11. Denhardt, R. B. (2001). *Viešųjų organizacijų teorijos*. Vilnius: Algarvė.
12. Dromantas, M., Merkys, G. (2004). Komandinio darbo diagnostikos, naudojant testą Team Pulls, galimybės smulkaus ir vidutinio verslo organizacijose. *Viešoji politika ir administravimas*, Nr.8. [žiūrėta 2007-02-19]. Prieiga per internetą:

- www.mruni.lt/lt/padaliniai/centrai/leidybos_centras/leidiniai/dl.php?file=5467&id=1383 –
≥
13. Dumčius, A. (2007) Sveikatos priežiūros reforma: kur einame? *Gydytojų žinios* [Internete]. [žiūrėta 2008-04-16]. Prieiga per internetą:
<http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_d=61741&p_k=1&p_r=4931>.
 14. Europos Sąjungos visuomenės sveikatos portalas [žiūrėta 2008-01-12]. Prieiga per internetą:
http://ec.europa.eu/health-eu/about_lt.htm.
 15. Health care system in Transition: Lithuania. (2000). [žiūrėta 2008-01-12]. Prieiga per internetą: <<http://www.euro.who.int/Document/E69920.pdf>>.
 16. Gendvilis, S. (2003). Sveikatos priežiūros problemos svarstyty vyriausybės lygiu. *Gydymo menas* [Internete]. [žiūrėta 2007-10-08]. Prieiga per internetą:
<<http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=274>>.
 17. Grigaitis, A. (2006). Trys žingsniai į kokybišką sveikatos apsaugą. *Veidas* [Internete]. [žiūrėta 2007-08-16]. Prieiga per internetą:
<<http://www.veidas.lt/lt/leidinys.kategorija/lt/leidinys.full/44dc41c0c2cfd?veidas=5c0315e0f73416a86b2d4f477cd247da>>.
 18. Hospital beds (per 100 000 inhabitants) [žiūrėta 2007-10-06]. Prieiga per internetą:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C2/C27/C25/cbb31504>.
 19. Iš valstybinių gydymo įstaigų miestiečiai pereina į privačias (2008). *Veidas*, 19, p. 8.
 20. Jankauskienė, D., Žemulienė, J., Gaižauskienė, A. (2002). Išlaidų sveikatos priežiūrai kitimo tendencijos Lietuvoje 1994–1999 m. *Medicina* [Internete]. [žiūrėta 2007-12-22]. Prieiga per internetą: <<http://medicina.kmu.lt/0209/0209-111.pdf>>.
 21. Kalėdienė, R. (2004). Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. *Medicina* [Internete]. [žiūrėta 2007-10-02]. Prieiga per internetą:
<http://medicina.kmu.lt/0409/0409-111.pdf>.
 22. Kalibatas, V., Petrauskienė, J., (2005). Stacionarinio gydymo atvejų struktūros įvertinimas bendrojo pobūdžio ligoninėse. Mokslinės studijos. *Medicinos teorija ir praktika* [Internete]. [žiūrėta 2008-03-22]. Prieiga per internetą: <http://www.mtp.lt/files/mtp_2005_3_vidus.pdf>
>
 23. Kastys, J. (2006). Ligos – šykštumo politikos vaikai. *Lietuvos sveikata* [Internete]. [žiūrėta 2007-10-06]. Prieiga per internetą:
<http://www.lsveikata.lt/print.php?page_id=57&s=1456>.

24. Kauno medicinos universiteto mokslinė programa. Visuomenės sveikatos mokslai 2003 - 2007 m. [žiūrėta 2007-03-07]. Prieiga per internetą:
<<http://search.delfi.lt/cache.php?id=4F36BD6D3E3081F0>>.
25. Kleinienė, V. (2006) Lietuvoje trūksta visuomenės sveikatos specialistų. *Gydymo menas* [Internet]. [žiūrėta 2007-08-04]. Prieiga per internetą:
<<http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&strid=4933&subid=gm>>.
26. *Knyga 2004 - 2008 Seimo nariams ir rinkėjams* (2004). Ats. red. R.Šimašius. Vilnius: Lietuvos laisvosios rinkos institutas.
27. Lane, J. E. (2001). *Viešasis sektorius: sąvokos, modeliai ir požiūriai*. Vilnius: Margi raštai.
28. Lietuvos gydytojų skaičiaus raida ir planavimas 1990-2015 metais. (2002) Atviros Lietuvos fondo projekto “Sveikatos žmogiškųjų išteklių raida ir planavimas Lietuvoje” ataskaita [žiūrėta 2008-01-18]. Prieiga per internetą:
<http://209.85.135.104/search?q=cache:uoSi2tay01EJ:politika.osf.lt/visuomenes_sveikata/dokumentai/GSP_leidiny.pdf+DARBO+APMOK%C4%96JIMAS+SVEIKATOS+%C4%AESTAIGOSE&hl=lt&ct=clnk&cd=69&gl=lt&lr=lang_lt>.
29. Lietuvos gydytojų sąjungos internetinis puslapis [žiūrėta 2007-04-08]. Prieiga per internetą:
<<http://www.lgs.lt/index.php?m=34&l=27&k=1>>.
30. LLRI studija "Gyvybinga sveikatos apsaugos sistema Lietuvoje" (2004) [žiūrėta 2008-04-14]. Prieiga per internetą:
<http://www.lrinka.lt/index.php/analitiniai_darbai/llri_studija_gyvybinga_sveikatos_apsaugos_sistema_lietuvoje/1567>.
31. Lietuvos Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005 m. [žiūrėta 2008-02-16]. Prieiga per internetą: <<http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0157360.pdf>>.
32. Lietuvos Respublikos AT nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“, 1991 m. spalio 30 d. Nr. I-1939, Žin., 1991, Nr. 33.
33. Lietuvos Respublikos Konstitucija, Žin., 1992, Nr. 33-1014.
34. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatos atlyginimo įstatymas, Žin., 1996, Nr. 102-2317.
35. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Valstybės ilgalaikės raidos strategijos“, 2002 m. lapkričio 12 d. Nr. IX-1187, Žin., 2002, Nr. 113-5029.
36. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo“, 2003 m. gruodžio 31 d. Nr. V-804, Žin., 2004, Nr. 30-999.

37. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Šiaulių ir Telšių apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų patvirtinimo“, 2007 m. kovo 21 d. Nr. V-171, Žin., 2007, Nr. 36-1333.
38. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymas, 1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343, Žin., 1996, Nr. 55-1287.
39. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367, Žin., 1996, Nr. 66-1572.
40. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552, Žin., 1994, Nr. 63-1231.
41. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“, 2006 m. birželio 29 d. Nr. 647, Žin., 2006, Nr. 74-2827.
42. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“, 2003 m. kovo 18 d. Nr. 335, Žin., 2003, Nr. 28-1147.
43. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams (2006) Sveikatos ekonomikos centro studija [žiūrėta 2007-02-19]. Prieiga per internetą: <<http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt>>
44. Lietuvos sveikatos informacijos centro internetinis puslapis [žiūrėta 2008-01-16]. Prieiga per internetą: <<http://www.lsic.lt/>>.
45. Lietuvos sveikatos programa. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos internetinis puslapis [žiūrėta 2007-02-29]. Prieiga per internetą: <http://www.sam.lt/lt/main/veikla/programos_ir_projekt/programa/6>.
46. Lietuvos sveikatos sistema [žiūrėta 2008-04-14]. Prieiga per internetą: <http://www.sec.lt/pages/spr/Alf_mok/Text/Sv_sist/tur_m01.html>.
47. Lietuvos sveikatos sistema – nebe prasčiausia Europoje [žiūrėta 2007-10-15]. Prieiga per internetą: <[http://www.healthpowerhouse.com/files/press_releases/Lithuania%202007%20EHCI%20\(4\)02%20\(2\).pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/press_releases/Lithuania%202007%20EHCI%20(4)02%20(2).pdf)>
48. Ligonių kasos: 2006-ųjų apžvalga [žiūrėta 2008-04-16]. Prieiga per internetą: <<http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/2006VLKkapzvalga.pdf>>.
49. Lovkyte, L., Padaiga, Z., (2001) *Physician workforce reform in Lithuania: an inevitable transition* [žiūrėta 2008-04-14]. Prieiga per internetą: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11859639>>.

50. Mißler, M., Theuringer, T. (2004) Brave New Working World? Europe needs investment in Workplace Health Promotion – more than ever before [žiūrėta 2008-01-16]. Prieiga per internetą:
<http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/ENWHP_Brave%20new%20world%20of%20work.pdf>
51. Misevičienė I., Klumbienė, J., Tamošiūnas, A. (2002). *Konceptualus sveikatos programos vertinimo modelis*. Mokymo knyga. Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
52. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2006. *Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje* [žiūrėta 2008-01-16]. Prieiga per internetą:
<http://www.google.lt/search?hl=lt&q=Nacionalinis+sveikatos+tarybos+metinis+prane%C5%A1imas.+%C5%BDmoni%C5%B3+i%C5%A1tekliai+sveikatos+prie%C5%BEi%C5%A1Broje&btnG=Google+Paie%C5%A1ka&meta=lr%3Dlang_lt>.
53. Norbert, T., Andrian, R. (2004). *Viešojo vadyba. Inovaciniai viešojo sektoriaus valdymo metmenys: monografija*. Vilnius: Lietuvos teisės universiteto Leidybos centras.
54. Pollitt, Ch. (2003). *Viešojo valdymo reforma: lyginamoji analizė*. Vilnius: Algarvė.
55. Radviliškio rajono savivaldybės tarybos sprendimas dėl pritarimo Viešojoje Įstaigoje Radviliškio ligoninėje teikiamų paslaugų restruktūrizavimo programai bei lėšų poreikio programos priemonėms įgyvendinti patvirtinimo, 2007-06-28, Nr. T-134.
56. Rathwell, T. Health systems reform - seeking the holy grail! [žiūrėta 2008-01-08]. Prieiga per internetą: <<http://archive.rockefeller.edu/publications/conferences/rathwell.pdf>>.
57. Rosenmoller, R., Health System Reforms in Central and Eastern European Countries [žiūrėta 2008-01-08]. Prieiga per internetą: <<http://www.ee-iese.com/66/afondoart4.html>>.
58. Sicote, C., Champagne, F., Contradriopoulos, A., Barnsley, J. (1998) A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance. *Health Services Management Research*, 11, p. 24-48
59. Sveikatos apsaugos ministerijos 2008–2010 metų strateginis veiklos planas [žiūrėta 2008-04-06]. Prieiga per internetą:
<<http://www.sam.lt/repository/dokumentai/veikla/1%20a%20forma%202008%20m.doc>>.
60. Socialinės apsaugos terminų žodynas (2000). [žiūrėta 2008-01-16]. Prieiga per internetą:
<http://www.sec.lt/pages/zodynas/index_.html>.
61. Statistikos Departamentas Prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Šiaulių teritorinė statistikos valdyba [žiūrėta 2008-01-03]. Prieiga per internetą:
<<http://siauliaitsv.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=1988&PHPSESSID=9433df093e5e0df4760482750bdbcb82>>.

62. Steponavičienė, G. (2003). Arba nemokamas, arba gydymas. *Laisvoji rinka* [Internete]. [žiūrėta 2007-02-19]. Prieiga per internetą: <<http://www.lrinka.lt/Leidiny/pensiju.reforma/2003.1.priem.phtml>>.
63. Steponavičienė, G. (2006). Pacientui reikia papildomo sveikatos draudimo. Politikams nelabai. *Laisvoji rinka* [Internete]. [žiūrėta 2007-02-19]. Prieiga per internetą: <http://www.lrinka.lt/index.php/meniu/spaudai/straipsniai_ir_komentarai/pacientui_reikia_papildomo_sveikatos_draudimo_politikams_nelabai/3882>.
64. Steponavičienė, G. (2004) *Privati medicina - efektyvių paslaugų ir finansinio stabilumo pagrindas*. [žiūrėta 2008-01-22]. Prieiga per internetą: <<http://www.lrinka.lt/Pranesim/gs2.ppt>>.
65. Steponavičienė, G., Šimašius, R. (2000). Asmens sveikatos priežiūra rinkos sąlygomis: *Pranešimas konferencijoje "Lietuvos sveikatos apsaugos reforma ir jos pasekmės"* [žiūrėta 2008-01-16]. Prieiga per internetą: <<http://www.lrinka.lt/Pranesim/Sveikata.phtml>>.
66. Strategy on European Community Health Indicators (ECHI) = the "Short List" (2004) Information European commission health & consumer protection directorate-general, Luxembourg [žiūrėta 2008-01-23]. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ev20040705_rd09_en.pdf>
67. Sveikatos draudimo Lietuvoje istorija. Sveikatos draudimas Lietuvoje [žiūrėta 2008-02-06]. Prieiga per internetą: <<http://www.ktlk.lt/gyventojams/apsd/istorija/>>.
68. Sveikatos priežiūros reforma: Estija, Latvija, Lietuva, Vokietija. (1998). Leidinį parengė Buivydas, R. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
69. Šimašius, R. (2004). *Privačios medicinos perspektyvos Lietuvos sveikatos sistemoje* [žiūrėta 2008-01-16]. Prieiga per internetą: <<http://www.lrinka.lt/Pranesim/Privmedrs.phtml>>.
70. The reform of health care systems in Europe: reconciling equity, quality and efficiency (2003). Social, Health and Family Affairs Committee [žiūrėta 2008-01-16]. Prieiga per internetą: <<http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc03/EDOC9903.htm>>.
71. III-osios Nacionalinės sveikatos politikos konferencijos "Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje" rezoliucija (2000) [žiūrėta 2007-08 16]. Prieiga per internetą: <http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_d=6426&p_k=1>.
72. Valius, K. (2007). Bus kuriama papildomojo sveikatos draudimo sistema. *Gydytojų žinios* [Internete]. [žiūrėta 2008-04-08]. Prieiga per internetą: <<http://www.lgs.lt/index.php?m=212&l=383&k=1>>.

73. Valius, K. (2007). Paminėta sveikatos draudimo ir ligonių kasų sukaktis. *Gydytojų žinios* [Internet]. [žiūrėta 2007-03-07]. Prieiga per internetą: <<http://www.lgs.lt/index.php?m=158&l=240&k=1>>.
74. Valstybės ilgalaikės raidos strategija. Sveikatos apsauga [žiūrėta 2007-09-18]. Prieiga per internetą: <http://www.ukmin.lt/ukstrat/pub/index.pu?direction_id=487>.
75. VšĮ Radviliškio ligoninės audito ataskaita, 2007 m.
76. Žydžiūnaitė V., Merkys, G., Petrauskienė, A. (2006) Slaugytojo, dirbančio priklausomybės ligų prevencijoje, kompetencijos turinio elementų vertinimas. *Sveikatos mokslai*. [žiūrėta 2007-08-09] Prieiga per internetą: <<http://sena.sam.lt/images/Dokumentai/Sveikata/sm4.ii%20dalis.pdf>>.
77. Žmogiškųjų išteklių kompetencijos, plėtojant privalomojo sveikatos draudimo sistemą Lietuvoje, ugdymas (2008). Integruoto mokymo programa. Projektas SFMIS
78. Work related health monitoring in Europe from a public health perspective. (2004) *Work health*. [žiūrėta 2007-06-19] Prieiga per internetą: <http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/memberdocs/831_WORKHEALT_factsheet_English.pdf>
79. Макки, М., Хили, Д. (2003). *Реформа больниц в новой Европе. «Весь Мир»* [žiūrėta 2007-03-09]. Prieiga per internetą: <<http://www.euro.who.int/document/e74486r.pdf?language=Russian>>.
80. Пути повышения безопасности здоровья населенияю. Дискуссионный документ на тему „Кризисы здравоохранения, недавно имевшие место в Европейском регионе ВОЗ“ [žiūrėta 2007-03-09]. Prieiga per internetą: <<http://www.euro.who.int/Document/E90175R.pdf?language=Russian>>