

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Kristina Janušonienė

**LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS STRATEGINIS
VALDYMAS: PROCESAI IR MODELIAI**

Daktaro disertacija

Socialiniai mokslai, vadyba ir administravimas (03 S)

VILNIUS, 2009

Disertacija rengta 2003-2009 metais Vilniaus universitete

Disertacija ginama eksternu

Mokslinis konsultantas:

prof. habil. dr. Edmundas Smilga (Lietuvos mokslų akademija, Ekonomikos institutas, socialiniai mokslai, vadyba ir administravimas – 03 S).

TURINYS

| | |
|--|------------|
| PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS..... | 4 |
| LENTELIŲ SĄRAŠAS..... | 5 |
| ĮVADAS..... | 6 |
| 1.STRATEGINIO VALDYMO TEORINIAI ASPEKTAI..... | 14 |
| 1.1. VALDYMO IR STRATEGINIO VALDYMO RYŠYS..... | 15 |
| 1.2. STRATEGINIO VALDYMO KONCEPCIJOS ANALIZĖ..... | 23 |
| 1.3. VERTĖS KŪRIMO STRATEGIJA SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE | 39 |
| 2.SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS FUNKCIONAVIMO IR VALDYMO PROCESŲ TYRIMAS..... | 53 |
| 2.1. KONKURENCINĖS STRATEGIJOS FORMAVIMAS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE..... | 53 |
| 2.2. LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS STRATEGINIO VALDYMO PROCESO TYRIMO MODELIS..... | 65 |
| 2.3. PAŽANGIŲ ŠALIŲ SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS ORGANIZACINĖ STRUKTŪRA IR VALDYMAS..... | 81 |
| 2.4. STRATEGINIO VALDYMO GALIMYBIŲ SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE EMPIRINIS TYRIMAS | 87 |
| 3.LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS STRATEGINIO VALDYMO MODELIO FORMAVIMO IR DIEGIMO PROCESAS..... | 99 |
| 3.1. STRATEGINIO VALDYMO MODELIO FORMAVIMO PRIELAIIDOS..... | 99 |
| 3.2. STRATEGINIO VALDYMO MODELIS..... | 109 |
| 3.3. STRATEGINIO VALDYMO MODELIO PRAKTINIS TAKYMAS..... | 119 |
| IŠVADOS IR PASIŪLYMAI..... | 132 |
| LITERATŪROS SĄRAŠAS..... | 136 |
| PRIEDAI..... | 144 |

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

| | |
|--|-----|
| 1 pav. Disertacinio tyrimo loginė schema..... | 10 |
| 2 pav. Strateginio valdymo mokyklų sąveika..... | 38 |
| 3 pav. Organizacijų nematerialių aktyvų vertės augimas..... | 45 |
| 4 pav. Teorinis sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis..... | 52 |
| 5 pav. Ekonominių ciklų fazių kaita..... | 54 |
| 6 pav. Veiksniai, nulemiantys gyventojų sveikatos būklę..... | 58 |
| 7 pav. Suomijos informacinės visuomenės modelis..... | 62 |
| 8 pav. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo proceso tyrimo modelis..... | 71 |
| 9 pav. Visų išlaidų ir valstybės išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (proc.) 1994-2007m..... | 75 |
| 10 pav. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos veiklos įvertinimas..... | 90 |
| 11 pav. Sveikatos apsaugos sistemos problemų įvertinimas..... | 91 |
| 12 pav. Organizacijos misijos suvokimas..... | 93 |
| 13 pav. Organizacijos strategijos vykdymas..... | 94 |
| 14 pav. Vadovų laikas, skiriamas strategijos aptarimui per mėnesį..... | 95 |
| 15 pav. Respondentų nurodoma organizacijų veiklos orientacija..... | 96 |
| 16 pav. Dominuojantys organizacijos veiklos rodikliai..... | 96 |
| 17 pav. Strateginio valdymo svarba sveikatos apsaugos sistemoje..... | 100 |
| 18 pav. Konkurencijos lygiai sveikatos apsaugos sistemos rinkoje..... | 104 |
| 19 pav. Strateginio valdymo sistema, pagrįsta subalansuotų efektyvumo rodiklių sudarymu..... | 107 |
| 20 pav. Virtualus sveikatos priežiūros tiekimo ciklas..... | 114 |
| 21 pav. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis..... | 118 |
| 22 pav. Modernios sveikatos įstaigos efektyvumo rodiklių sistema, skirta strateginio žemėlapiu formavimui..... | 122 |
| 23 pav. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijos strateginis žemėlapis..... | 123 |
| 24 pav. Tinklinė valdymo struktūra sveikatos apsaugos sistemoje..... | 126 |

LENTELIŲ SĄRAŠAS

| | |
|---|-----|
| 1 lentelė. Strateginio planavimo principų kaita..... | 46 |
| 2 lentelė. Biurokratinio viešojo administravimo ir naujosios viešosios vadybos modelių skirtumai..... | 102 |

IVADAS

Temos aktualumas

Vykstant globaliems pasauliniams procesams, kuriuos iššaukia mokslo, technikos ir žinių plėtra, palaipsniui išryškėja ir įgauna vis didesnę kontrastą viso pasaulio ir Lietuvos ūkio valdyme problemos, su kuriomis susiduria ir sveikatos apsaugos sistemos. Didėjančios lėšos, skirtos sveikatos apsaugai, yra neadekvačios visuomenės lūkesčiams. Sveikatos apsaugos svarba bei šio sektoriaus įtaka ekonominiam pasaulinio ūkio vystymuisi pritraukia valdymo teoretikų ir visuomenės bei privataus kapitalo dėmesį. Esamų valdymo būdų analizė ir naujų paieška yra viena iš pagrindinių šalies ekonomikos konkurencingumo augimo prielaidų.

Vienas didžiausių iššūkių, su kuriuo šiuo metu susiduria pasaulio sveikatos apsaugos sistemos - siekis reformuoti sveikatos apsaugos sistemą, kuri atitinkamai vystytusi su didėjančiomis demografinėmis problemomis, permainingomis ekonominėmis sąlygomis, technologiniu progresu ir didėjančiais visuomenės lūkesčiais. Nepriklausomai nuo sistemos struktūros ir finansavimo, visos šalys patiria sunkumų valdydamos nacionalines sveikatos apsaugos sistemas. Paskutiniuosius dešimtmečius ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse vykdomi moksliniai tyrimai, vertinimai ir prognozės, bandant modeliuoti sveikatos apsaugos sistemų valdymo schemas. Skandinavijos valstybėse aukščiausias pasaulyje konkurencingumo pozicijas įtakoja švietimo, sveikatos apsaugos, socialinės apsaugos ir teisėsaugos sritys. Dauguma Vakarų šalių stebi JAV sveikatos apsaugos sistemos organizaciją bei valdymą. JAV bendro vidaus produkto dalis, skiriama sveikatos apsaugai, yra aukščiausia, o technologijos, specializuota priežiūra - pažangiausios pasaulyje, tačiau gyventojai nėra patenkinti sveikatos apsauga. Kadangi nėra ryškios koreliacijos tarp visuomenės sveikatos būklės ir medicininės priežiūros (nors medicininė priežiūra ir gerina sveikatą), problemos sprendimo būdų būtina ieškoti tokiose potencialiose mokslo srityse kaip strateginis valdymas, kurio pagrindinis dėmesys sutelktas ne finansinių aspektų analizei, bet - strateginiam mąstymui,

analizei ir sinergijai. Sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo lygmenyje ypač svarbu akcentuoti konkurencinio potencialo formavimą.

Pastaruoju metu valdymo teoretikai, ieškodami kaip tinkamai sveikatos apsaugos sistemoms atsakyti į šiuolaikinės aplinkos keliamus iššūkius, vis dažniau vartoja „strategiškai orientuotos sistemos“ sąvoką ir teigia, kad tokioje organizacijoje sukuriamos prielaidos realiai įgyvendinti formuojamą strategiją bei užgimti sinergijai, kuri yra pagrindinis vertės vartotojui sukūrimo šaltinis. Strateginio valdymo principų taikymas suteikia galimybę sveikatos apsaugos sistemą matyti ir tyrinėti kaip vieną iš sudėtinių valstybės strateginio valdymo posistemių, išryškinti jos funkcionavimo tendencijas ir numatyti arba patikslinti strateginius tikslus bei įgyvendinti strategiją. Daugelis mokslininkų (Drucker, Porter ir Tiesberg, Kaplan ir Norton, Mintzberg, Hamel, Prahalad, Lambin, Collins) teigia, kad šiandien strateginiame valdyme ypatingas dėmesys skiriamas strategijos įgyvendinimui. Sėkmingai įgyvendinama strategija suteikia organizacijoms konkurencinį pranašumą. Nepaisant strategijų įvairovės, šiuolaikiniai strateginio valdymo guru sutinka dėl esminės nuostatos, kad strategijos kūrimas yra sudėtingas, daug pastangų reikalaujantis procesas, kurio esmė yra realus strategijos įdiegimas. Toks požiūris sąlygoja mokslininkų dėmesio sutelkimą strateginio potencialo formavimui.

Sveikatos apsaugos sistemos valdyme iškyla sudėtingas iššūkis, reikalaujantis strategus priimti naujus sprendimus ir veiksmus: kaip mobilizuoti žmogiškąjį potencialą ir informacinius išteklius ir transformuoti sveikatos apsaugos sistemą į strategiškai orientuotą organizaciją, besivystančią atitinkamai su aukščiausiais kliento poreikiais. Strategiškai orientuota organizacija sėkmingai vykdo savo funkcijas ir sugeba nuolat keistis reaguodama į menkiausius valdymo pokyčius. Ši orientacija teikia organizacijai lankstumą ir konkurencinį pranašumą prieš kitas organizacijas, kuriose nėra diegiamos strateginio valdymo naujovės. Mokslinės literatūros analizė leidžia daryti prielaidą, kad valdymo moksle atsiranda strateginės orientacijos paradigma, kuri padeda organizacijai sėkmingai formuoti ir įgyvendinti strategiją šiuolaikinėse aplinkos sąlygose.

Mokslinė problema

Didėjantis pasaulinis susidomėjimas sveikatos apsaugos valdymu ir jo reikšme pasaulinių ūkių ekonomikai skatina mokslininkus diskutuoti apie valdymo metodus, modelius. Strateginio valdymo mokslas skaičiuoja jau šeštą dešimtmetį ir jo pozityvūs rezultatai ir efektai apčiuopiami daugelyje ūkio šakų, tačiau strateginio valdymo principai vis dar nėra pakankamai plačiai pritaikomi sveikatos apsaugoje. Nors sutinkama, kad sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo posistemė įtakoja valstybės bendrąją ūkio raidos strategiją, tačiau nėra vieningos metodikos, kuri leistų tirti strateginio valdymo pritaikomumą sistemoje bei palyginti tarp skirtingų šalių panaudotų priemonių veiksmingumą.

Paskutinįjį dvidešimtmetį strateginio valdymo tyrimams daugiausia dėmesio skyrė JAV mokslininkai. Strateginio valdymo problematiką įvairiais aspektais savo darbuose nagrinėjo ir lietuvių autoriai: Vasiliauskas, Marčinskas, Zakarevičius, Žukauskas, Smilga, Laurėnas, Čičinskas, Čiegis, Grebliauskas, Dubinas, Jucevičius ir kt. Šią problematiką taip pat nagrinėja medikai Petrauskienė, Kalėdienė, Jankauskienė, Popovienė ir kt.

Dauguma autorių yra sutelkę dėmesį strateginio valdymo teorijoms bei jų svarbos pagrindimui, tačiau šiandien išlieka aktuali strateginio valdymo galimybių realaus praktinio pritaikymo Lietuvos ūkyje problema. Mokslininkai analizavo strateginio valdymo problematiką skirtingais aspektais: Lietuvoje pasigendama sisteminio, holistinio požiūrio į sveikatos apsaugos sistemą, nagrinėjant ją strateginio proceso rėmuose. Apibendrinant galima teigti, kad **nepakankamai įvaldytos strateginio valdymo galimybės - aktuali mokslinė problema.**

Tyrimo objektas: sveikatos apsaugos sistemos konkurencinis potencialas.

Tyrimo tikslas: įvertinti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimo ir valdymo procesus bei suformuoti strateginio valdymo modelį.

Tyrimo uždaviniai:

1. Teoriškai išanalizuoti strateginio valdymo mokslinės minties raidą ir atskleisti šiuolaikinio strateginio valdymo praktinio pritaikomumo reikšmę sveikatos apsaugos sistemoje.
2. Įvertinti pasaulinį sveikatos apsaugos sistemų konkurencinės strategijos formavimą.
3. Teorinių šaltinių analizės ir mokslinių tyrimų pagrindu parengti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo proceso tyrimo modelį.
4. Remiantis suformuotu sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo proceso tyrimo modeliu ir empirinio tyrimo rezultatais atlikti sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimo ir valdymo įvertinimą.
5. Atskleisti sveikatos apsaugos sistemos strateginio modelio formavimo prielaidas.
6. Parengti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį ir pagrįsti jo taikymo nuoseklumą.

Ginamieji tyrimo teiginiai:

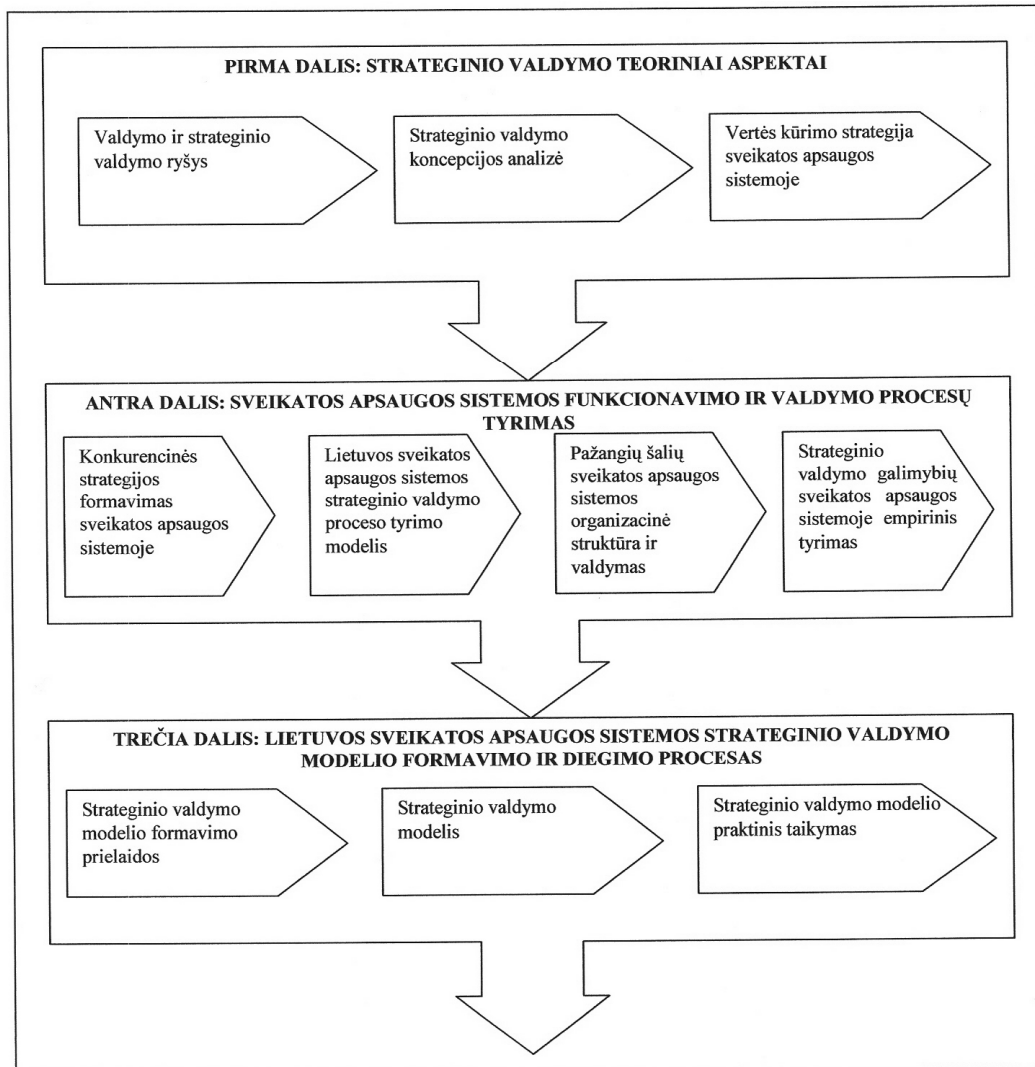
- Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje būtina keisti esamus valdymo būdus ir taikyti strateginį valdymą.
- Strategišškai orientuotos sistemos ir verte paremtos konkurencijos veiksmingas sinerginis derinys labiau atitinka vartotojų lūkesčius.
- Parengtas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis, kuris padės pasiekti strateginių efektų.

Tyrimo metodika

Disertacijoje iškeliai mokslinei problemai tirti bei teoriniams ir praktiniams rezultatams gauti naudota bendramokslinių ir specialių tyrimų metodų visuma: mokslinės literatūros loginė analizė ir apibendrinimas, sisteminė, lyginamoji, statistinė analizė, apklausos metodas. Apibendrinant apklausos tyrimo duomenis naudota SPSS programa.

Disertacinio tyrimo struktūra

Disertacinio darbo loginę struktūrą (žr. 1 pav.) nusako suformuluoto tikslo įgyvendinimui skirtų uždavinių sprendimo seka, kuri atsispindi trijose pagrindinėse darbo dalyse.



1 pav. Disertacinio tyrimo loginė schema.

Pirmoje dalyje “Strateginio valdymo teoriniai aspektai“ apibūdinamas valdymo ir strateginio valdymo ryšys, atliekama strateginio valdymo koncepcijų ir skirtingų mokyklų analizė ir atskleidžiama strateginio valdymo

principų praktinio pritaikomumo sveikatos apsaugos sistemose reikšmė. Teorinė dalis baigiama autorės parengto teorinio strateginio valdymo modelio, pritaikyto sveikatos apsaugos sistemai, pristatymu.

Antroje dalyje „Sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimo ir valdymo procesų tyrimas“ analizuojamas pasaulinis strateginio valdymo ir sveikatos apsaugos sistemos kontekstas, aptariant sveikatos paslaugų reikšmę ir specifiškumą, užsienio šalių patirtis formuojant konkurencinę strategiją. Taip pat atskleidžiama šiandieninė Lietuvos sveikatos apsaugos strateginio valdymo koncepcija, įvertinama pažangių šalių sveikatos apsaugos sistemos organizacinė struktūra ir valdymas. Šioje dalyje pateikiamas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo proceso tyrimo modelis, kurio pagrindu įvertintas sveikatos apsaugos sistemos konkurencinis potencialas ir atliktas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginių valdymo galimybių empirinis tyrimas.

Trečioje dalyje „Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelio formavimo ir diegimo procesas“ pateikiamos metodologinės prielaidos, kurių pagrindu parengiamas ir pristatomas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis bei pagrindžiamas šio modelio praktinis taikymas. Trečioji dalis užbaigiama galimų sekančių mokslinių tyrimų kryptių įvardijimu.

Naudoti informacijos šaltiniai

Disertaciniame darbe buvo atlikta išsami įvairios mokslinės, statistinės, metodologinės ir publicistinės literatūros analizė. Pagrindiniai naudoti šaltiniai yra: mokslininkų ir valdymo, sveikatos sistemų valdymo analitikų monografiniai leidiniai; oficialūs empirinių tyrimų rezultatai, pateikti įvairių šalių sveikatos apsaugos institucijų ataskaitose ir biuleteniuose; moksliniai straipsniai; statistiniai duomenys; įvairių šalių teisiniai dokumentai, reglamentuojantys sveikatos apsaugos sistemas; konferencijų rezultatai ir mokslinės rekomendacijos; elektroniniai informacijos šaltiniai.

Mokslinis naujumas, teorinė ir praktinė reikšmė

- Pateikta išsami ir susisteminta strateginio valdymo koncepcijos analizė, išskiriant strateginio valdymo principų pritaikomumą sveikatos apsaugos sistemoje.
- Atskleistos konkurencinės strategijos formavimo prielaidos.
- Parengtas strateginio valdymo proceso tyrimo modelis, kurio pagrindu įvertinta Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo būklė.
- Išanalizuota išsivysčiusių šalių sveikatos apsaugos sistemų organizacinė struktūra ir valdymas.
- Atliktas strateginio valdymo galimybių sveikatos apsaugos sistemoje empirinis tyrimas, atskleidžiantis strateginio valdymo principų taikymo mastą.
- Parengtas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis, sufokusuotas į paciento ir potencialaus kliento sveikatos poreikių patenkinimą.
- Disertacinio darbo moksliniai rezultatai taip pat gali būti realizuoti formuojant valstybinių ir nevalstybinių institucijų strateginius veiksmus, įtakojančius sveikatos apsaugos sistemos valdymą.

Mokslinio tyrimo rezultatų aprobavimas bei sklaida

Mokslinio tyrimo rezultatai paskelbti septyniuose straipsniuose, kurie publikuoti daktaro disertacijai pripažįstamuose moksliniuose leidiniuose:

- 1.Smilga, E., Janušonienė, K. (2007). Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Kaunas: VDU, Nr.44, p.125-140. ISSN 1392-1142.
- 2.Smilga, E., Janušonienė, K. (2007). Significance of Strategic Alignment in Health Care System's Management Structure // The Recent Development of the EU: Challenges and Experience. Klaipėda: KU, V.3, p. 130-134. ISBN 978-9955-18-272-6.
- 3.Smilga, E., Janušonienė, K.(2007). Konkurencijos, pagrįstos paslaugų verte, formavimo prielaidos sveikatos apsaugos sistemoje // Sveikatos mokslai. Vilnius: SAM, T.17, Nr.4, p. 1124-1131. ISSN 1392-6373.

- 4.Smilga, E., Janušonienė, K. (2006). Galimybės taikyti strateginį valdymą sveikatos apsaugos sistemoje // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Kaunas: VDU, Nr.40, p. 131-145. ISSN 1392-1142.
- 5.Smilga, E., Janušonienė, K.(2005). Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje // Tiltai. Klaipėda: KU, Nr.1, p. 45-52. ISSN 1392-3137.
- 6.Smilga, E., Janušonienė, K.(2005). A conceptual framework for strategically managed health care system // Sveikatos mokslai. Vilnius: SAM, T. 15, Nr. 2, p. 48-54. ISSN 1392-6373.
- 7.Smilga, E., Janušonienė, K. (2003). The problems of the formation public health keeping strategy // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Kaunas: VDU, Nr.25, p. 239-257. ISSN 1392-1142.

Moksliniai pranešimai disertacijos tematika:

- 1.Smilga, E., Janušonienė, K. Modernios visuomenės sveikatos palaikymo strategijos kontūrai Lietuvoje. Pranešimas skaitytas mokslinėje konferencijoje „Sveikatos priežiūros vadyba“. Klaipėda: Klaipėdos universitetas, Nacionalinė sveikatos priežiūros įstaigų asociacija, Klaipėdos ligoninė. 2003 03 07 - 08.
- 2.Smilga, E., Janušonienė, K. Significance of Strategic Alignment in Health Care System's Management Structure. Pranešimas skaitytas tarptautinėje mokslinėje konferencijoje „The Recent Development of the EU: Challenges and Experience“. Klaipėda: Klaipėdos universitetas, Regioninės politikos ir planavimo institutas, Baltic Sea Region University Network, VU Tarptautinių santykių ir politikos mokslų institutas. 2007 09 27–28.

Darbo struktūra ir apimtis

Disertacinį darbą sudaro pateiktų paveikslų bei lentelių sąrašai, įvadas, trys dalys, išvados ir pasiūlymai, literatūros sąrašas ir priedai. Disertacijos apimtis – 144 puslapiai, joje pateikta 2 lentelės, 24 paveiksai ir 20 priedų.

1. STRATEGINIO VALDYMO TEORINIAI ASPEKTAI

Šiandien padidėjęs susidomėjimas praktiniu strateginio valdymo principų pritaikomumu, paskatino mokslininkus aktyviau diskutuoti šioje tematikoje. Kaip teigia Drucker (2007), nuo XX a. aštunto dešimtmečio visas dėmesys, kuriant strategijas, buvo skiriamas konkurencinėms strategijoms, t.y. naujiems būdams sąnaudoms sumažinti, pajamoms didinti ir iškovoti dalį rinkos iš konkurentų. Toks požiūris atskleidė nepakankamą valdymo sistemų kūrybinio potencialo panaudojimą, formuojant ir įgyvendinant strategijas. Šiuolaikiniai strateginio valdymo specialistai skatina siekti kūrybiškos, bet ne kovingos strategijos ir siūlo tokiai strategijai tirti sukurtas priemones. Strategijos, orientuotos į vertę, jos inovacijas, padeda aplenkti konkurentus ir atverti naują paklausą bei sukurti vertės šuolius tiek pačiai organizacijai, tiek ir jos klientams.

Pasaulinės sveikatos apsaugos sistemos pastoviai reformuojamos, tačiau strateginis valdymas nėra dažnai siejamas ir nagrinėjamas šių sistemų valdymo tematikos kontekste. Nors akcentuojama strateginio valdymo svarba viešųjų organizacijų valdyme, tačiau, analizuojant mokslinę literatūrą, tenka pastebėti, kad nėra vieno visuotinai priimto sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelio. Tai paaiškinama tuo, kad „sveikatos apsaugos sistema yra istorijos produktas ir egzistuoja konkrečiame ekologiniame ir kultūriniame kontekste. Ją įtakoja ekonominės, politinės ir filosofinės koncepcijos. Todėl kiekviena sveikatos apsaugos sistema unikali konkrečioje epochoje ir konkrečiame kontekste“ (Lock, 1980).

Šioje darbo dalyje laikomasi tokios dėstymo logikos: 1.1. skyriuje aptarsime valdymo ir strateginio valdymo ryšį, akcentuojant, kad valdymo objektas yra ne tik verslo organizacijų, bet ir viešųjų (sveikatos apsaugos sistemos) organizacijų valdymas. 1.2. skyriuje apžvelgsime strateginio valdymo mokslinės minties, ypač paskutiniojo dvidešimtmečio laikotarpyje, raidą, įvertinant įvairias koncepcijas bei ieškant naujų idėjų ir metodų principų pritaikymo galimybių sveikatos apsaugos sistemos valdyme. 1.3 skyriuje

pereisime prie naujausių strateginio valdymo mokslinių koncepcijų platesnio aptarimo ir vertės kūrimo konkurencinės strategijos formavimo valdymo sistemoje. Šiame skyriuje pristatytas autorės parengtas teorinis strateginio valdymo modelis, pritaikytas sveikatos apsaugos sistemai.

1.1. VALDYMO IR STRATEGINIO VALDYMO RYŠYS

Pirmosios užuominos apie valdymo mokslą randamos senovės mąstytojų Sokrato, Aristotelio, Platono ir kt. veikaluose, ieškančiuose idealaus valstybės valdymo modelio. Ilgainiui šis mokslas vystėsi įtakojamas matematikos, inžinerinių mokslų, psichologijos, antropologijos ir sociologijos. Todėl valdymo mokslas - tai įvairių valdymo sistemų atsiradimo, formavimosi, vystymosi ir funkcionavimo tyrimas, kurio tikslas taip paveikti valdymo procesą, kad būtų pasiektas efektyviausias galutinis rezultatas (Ansoff, 1979; Koonz, O'Donnell, Weihrich, 1984; Drucker, 2001). Valdymo tikslai ir uždaviniai siekia, koku būdu efektyviausiai panaudoti realius išteklius, mažesnėmis sąnaudomis pasiekti kuo geresnius rezultatus, sukurti tobulesnes sistemas ir priimti geresnius sprendimus. Valdymo mokslas atspindi nuolat besikeičiantį pasaulį, gvildena problemas realiose aplinkos sąlygose, esant nenumatytiems procesams, ribotiems ištekliams, neišvengiamiems valstybinių organizacijų sprendimams. Šiuolaikinis valdymas reiškia procesų kaitą: raumenų ir jėgos – mąstymo procesu, folkloro ir prietaringumo – žinių procesu, galios – bendradarbiavimo procesu (Drucker, 2007). Drucker (1954) pabrėžė, kad valdymas nėra vien mokslas ar menas; tai yra profesija, panašiai kaip medicina ar teisė. Ši mintis atranda naują svarbą ir šiandieniniuose Harvard Business School atstovų pasisakymuose, kurie teigia, kad mažtant instituciniam pasitikėjimui verslu, valdymas privalo tapti tikra profesija, turinčia tam tikrus kodus, kurių reikšmė ir rezultatai yra suvokiami kaip šios profesijos atstovų formalaus išsilavinimo dalis (Nohria, Khurana, 2008). Tačiau valdymo mokslas savo veikimo plotmėje neturėtų kurti vien tobulų koncepcijų ir teorijų, kurias galima įgyvendinti tik tobuloje aplinkoje (Ginter,

Duncan, Swayne, 2008; Drucker, 2008). Jeigu valdymo mokslo rezultatai bus neteisingi, juo besinaudojančių organizacijų praradimai gali būti labai dideli – prarastas laikas, iniciatyva, pastangos, personalas (Thorp, 1999).

Šiandien dėl valdymo turinio neapibrėžtumo, valdymo teorijų yra nemažai, tačiau šių teorijų rėmuose valdymo sąlygos, principai, funkcijos, organizacinės struktūros, formos, metodai, technologijos yra tokie patys arba labai panašūs. Taigi, visos valdymo teorijos dėmesį sufokusuoja į valdymo procesą ir valdymo santykius. Valdymo koncepcijų, teorijų autoriai, specialistai ir pasauliečiai dažnai "valdymą" sutapatina su "verslo valdymu" (Drucker, 2001). Tačiau *valdymo objektas – tai ne tik verslo organizacijų, bet ir viešųjų organizacijų, tame tarpe ir sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas*. Prieš 1930-uosius grupė mąstytojų (Taylor, Follett, Barnard), teigė, kad verslo valdymas yra tik bendro valdymo porūšis. Valdymas buvo siejamas ne tik su verslo organizacija, bet ir su bet kuria kita organizacijos rūšimi. Pirmas praktinis valdymo teorijos pritaikymas vyko ne versle, o ne pelno siekiančiose ir vyriausybinėse įstaigose (pvz., 1901m. reorganizuojant JAV kariuomenę). „Mokslinės vadybos“ išradėjas Taylor terminus "vadyba" ir "konsultantas" pasirinko sąmoningai, kad sudomintų potencialius klientus visiškai nauju pasiūlymu. Bet 1912m. pasisakyme Kongrese, kuris laikomas JAV sąmoningos vadybos pradžia, Taylor nepateikė verslo organizacijų kaip "puikios mokslinės vadybos pavyzdžio", o pacitavo nekomercinę sveikatos apsaugos sistemos organizaciją - Mayo kliniką. Mokslinės vadybos principų pritaikymas daugiausia vyko taip pat ne verslo struktūrose, bet vyriausybės valdomame Watertown Arsenal (JAV karinis arsenalas). Pirmasis vadybos kongresas Prahoje 1922m. suorganizuotas ne verslininkų, bet JAV komercijos sekretoriaus Hoover ir istoriko Masaryk. Socialinių-ekonominių sistemų valdymas pirmąkart buvo pradėtas vadinti vadyba Follett darbuose (1909-1924), kuriuose autorė nebrėžė takoskyros tarp verslo ir kitų sistemų valdymo.

Valdymo ir verslo valdymo atskyrimas prasidėjo JAV Didžiosios Depresijos metais (1929 - ankstyvieji 1940), atsiradus priešiškam požiūriui į verslą ir verslo atstovus. Dėl politinio korektiškumo ligoninės ir vyriausybės siekė tapti

kuo mažiau „kapitalistinėmis“. Todėl valdymas visuomeniniame sektoriuje buvo įvardintas kaip vieša administracija ir paskelbtas savarankiška disciplina, turinčia atskirus universiteto skyrius ir terminologiją. Pvz., valdymo studijos tuo metu augančiame ligoninių sektoriuje buvo išskirtos kaip atskira „ligoninės administravimo“ disciplina.

Pokario laikotarpiu požiūris į valdymą pasikeitė dėl gero JAV verslo valdymo II Pasaulinio karo metu. Todėl iki 1950m. verslo organizacijos susigrąžino savo reputaciją: verslo mokyklos pervadintos valdymo mokyklomis, augo "nekomercinio valdymo" mokyklų pasiūla, atsirado valdymo programų visų sričių vadovams. “Bet prielaida, kad šiandien valdymas yra verslo valdymas - vis dar gaji. Todėl svarbu tvirtinti, kad valdymas nėra tik verslo valdymas, nes tai tas pats kaip teigti, jog, medicina yra akušerija“ (Drucker, 2001). Drucker sutiko, kad egzistuoja valdymo skirtumai tarp organizacijų – kiekvienos misija apibrėžia strategiją, o strategija apibrėžia struktūrą. Tačiau *valdymo skirtumai* pagal jį *sudaro tik 10 procentų*, kurie daugiausia pasireiškia paties valdymo taikyme, bet ne valdymo principuose. Šiuos 10 procentų nulemia organizacijos specifinė misija, kultūra, istorija ir žodynas. Drucker (2001) teigė, kad “svarbu išardyti dirbtinį skirtingumą tarp verslo ir ne verslo organizacijos, kadangi verslas nebus išsivysčiusios visuomenės plėtros sektorius XXI amžiuje“. Plėtros sektoriai ir XX a. buvo vyriausybinėse organizacijose, profesijose, sveikatos priežiūros, išsilavinimo srityse. Peters (1994) pritaria Drucker nuomonei teigdamas, kad „šiandien beveik kiekvienas verslas tampa paslaugų sferos verslu, bet vis dar nepakankamai įvertinama aptarnavimo reikšmė“. Todėl galima teigti, kad ir sveikatos apsauga yra šalių ekonomikos sritis, kurioje šiandien valdymo labiausiai trūksta.

Didžiosios pasaulinės problemos - skurdas, sveikatos priežiūra, išsilavinimas, tarptautinė įtampa – tai sritys, kurios atskleidžia ypatingą strateginio valdymo sprendimų reikšmę. Strategija yra menas mąstyti globaliai, o veikti lokaliai, tai improvizacija, kuri, kintant aplinkybėms, suteikia praktinę patirtį tolesniam darbui su pirmine idėja (Keys, 2006). Todėl Graf von Moltke

argumentavo, kad strategijai nenaudingi bendri principai ir iš jų sekančios taisyklės ir sistemos, funkcionuojančios pagal šias taisykles (Hughes, 1995). Jucevičius ir kt. (2003) pažymi, kad strategija – tai vadybinės veiklos „aukštasis pilotažas“. Hamel, Prahalad (1996) teigia, kad strategija yra „pasaulio matymas nauju žvilgsniu. Strategija prasideda nuo mokėjimo naujai mąstyti ir sugebėjimo atsiplėšti nuo stereotipų“. Strategija gali būti įvardijama kaip procesas arba kaip koncepcija (Mintzberg, Ahlstrand, Lampel, 1998). Pirmuoju atveju, organizacijos strateginis valdymas yra nuolatinis, dinaminis ir nuoseklus procesas, kurio metu organizacija prisitaiko prie išorinės aplinkos pokyčių ir efektyviau išnaudoja savo išteklius. Strategija traktuojama kaip bendroji gija, jungianti visą organizacijos veiklą su ją supančiais subjektais (Ansoff, 1965). Strategija kaip koncepcija gali būti įvardijama įvairiomis dimensijomis: kaip planas, kaip manevras, kaip tam tikras elgsenos modelis, kaip pozicija ir kaip perspektyva.

Strateginis valdymas – tai organizacijos misijos apibrėžtos veiklos, išskaidytos pagal strateginių tikslų blokus, vertinimas ir koregavimas rinkoje (Napuk, 1994; Daft, 2007). Strateginis valdymas yra tęstinis procesas, kuris vertina ūkio šakas, konkurentus, užsibrėžia tikslus ir strategijas, o vėliau iš naujo reguliariai įvertina kiekvieną strategiją, kad nustatytų, kaip sėkmingai ji buvo įgyvendinta ir ar reikalinga nauja strategija, atitinkanti pasikeitusias aplinkybes, technologijas, naujus konkurentus, naują ekonominę, socialinę, finansinę, politinę aplinką (Lamb, Boyden, 1984). Vasiliauskas (2006) teigia, kad strategija – sprendimų visuma, apibrėžianti organizacijos svarbiausius veiklos perspektyvinius tikslus ir veiksmus bei priemonių visumą tiems tikslams pasiekti. Tačiau „strategija – tai ne tik analizės procesas, jai būtina intucija, kruopštus pasirengimas, kūrybiniai įgūdžiai, imlumas rinkos tendencijoms ir suvokimas, ką kiekviena organizacija gali ir ko negali pasiekti bei sugebėjimas mokytis, adaptuotis, eksperimentuoti“ (Koch, 2006). Ohmae (2005) sėkmingą strategiją apibūdina tokią strategiją, kurios dėka organizacija su jai priimtinomis išlaidomis išstumia iš rinkos konkurentus.

Strateginio valdymo rezultatas - tai konkrečios organizacijos strategijos įgyvendinimas. Mokslinėje strateginio valdymo literatūroje galima sutikti strateginio planavimo ir strateginės kontrolės terminus. Strateginis planavimas – tai požiūris į ateitį, kai numatomos veiklos kryptys, reikalingi ištekliai ir veiklos būdai. Kai kurie autoriai strateginį valdymą tapatina su strateginiu planavimu, tačiau tai nėra tas pats. Strateginis valdymas turi valdymui būdingas bendrąsias funkcijas, o strateginis planavimas yra bendrosios planavimo funkcijos dalis. Anksčiau buvo naudojamas „strateginės kontrolės“ terminas (Lorange, Morton ir kt., 1986), tačiau jis taip pat yra bendrosios kontrolės funkcijos dalis. Strateginis valdymas apima ir strateginę analizę, ir strategijos kūrimą ir strategijos įgyvendinimą: tai procesas, kurio veikmėje visi organizacijos vidiniai veiksmai įgauna vieningą pagrindinę kryptį, strategija tampa varančiąja organizacijos jėga (Kaplan, Norton, 2006). Ši strateginio valdymo samprata artimiausia ir darbo autorei.

Strateginio valdymo, valdymo ir viešojo administravimo demarkacija. Didžiosios depresijos metais dėl politinio korektiškumo dauguma JAV viešojo administravimo teoretikų viešąjį administravimą sulyginu su valstybės valdymu. Tam įtakos turėjo ir įtakėjo ir viešojo administravimo proceso išskirtinis ryšys su vyriausybiniais procesais, kurių metu užduodami strateginiai tikslai.

Viešųjų organizacijų teorijoje išskiriamos trys administravimo kryptys (Denhardt, Denhardt, 2003): 1) viešasis administravimas kaip valdžios proceso dalis; 2) viešosios organizacijos sulyginamos su privačiomis; 3) viešasis administravimas yra profesinė sritis (kaip pvz., medicina), kur iš teorinių prielaidų gaunama praktinė nauda. Šį požiūrį skelbė Waldo (1955), išvesdamas tokią viešojo administravimo ir medicinos analogiją: "nėra vienodos sveikatos ir ligos teorijos, šios teorijos ir technologijos nuolat kinta, jose daugybė nežinomųjų, prieštaravimų, todėl labai svarbiu išlieka kūrybos elementas. „Sveikata“ yra tokia pat neapibrėžiama kaip ir „geras administravimas“. Kadangi XX – XXI a. sandūroje atsirado daugiau inovacinių veiksmų viešojo administravimo institucijų tobulinimui, viešajame administravime vis labiau

ryškėjo atotrūkis tarp Biurokratinio viešojo administravimo ir Naujosios viešosios vadybos bei Visuotinės kokybės vadybos modelių. Biurokratija - tai veikla mechanizmo, kuris politinę valią ir iš jos sekančius politinius sprendimus, programas transformuoja į kompleksines ūkines, institucines programas ir jas įgyvendina. Siekiant kokybinės veiklos parametrų augimo, vis didesnę svarbą įgijo viešųjų paslaugų organizatorių, vykdytojų ir klientų santykiai, viešojo sektoriaus organizacinių modelių tobulinimas. Visuotinės kokybės vadybos modelis apibūdinamas kaip į kokybę orientuotas organizacijos vadovavimo būdas, pagrįstas visų narių dalyvavimu, siekiant ilgalaikės sėkmės tenkinant klientą ir naudos visiems organizacijos nariams bei visuomenei. Pagrindiniai šio modelio elementai pagal Raipą (2001) yra: aukščiausio lygmens parama; pasitikėjimas ir atsakomybė; orientacija į vartotojus; aiškiai suformuluoti produktyvumo ir kokybės tikslai bei veiklos tobulinimo planai; produktyvumo ir kokybės vertinimo kriterijų bei standartų reikšmė veiklos programose.

Prasidėjusios viešojo valdymo sektoriaus reformos (1980-ieji) suformavo Naujosios viešosios vadybos koncepciją, kurios esmė privataus sektoriaus valdymo principų pritaikymas viešajam. Ši koncepcija tapo sudedamąja valdymo pertvarkymų (valdymo revoliucija) dalimi, skirstant išteklius, struktūrizuojant paslaugų paskirstymą, formuluojant reguliavimo svertus ir taisykles, derinant esminius valdymo ir administravimo uždavinius – reguliavimą, paslaugų tiekimą, aprūpinimą, tarpininkavimą, kontraktų parengimą ir įgyvendinimą (Swiss, 1991). Naujoji viešosios vadybos koncepcija skatina diegti naujas ir tobulinti esamas administracines technologijas, klientų aptarnavimą, sutartis, sudaromas darbų atlikimo pagrindu, konkurenciją, rinkos dereguliaciją (Kaboolian, 1998). Jai būdingas glaudus ryšys su visuomene: siekiama įtraukti tiek piliečius, tiek personalą į sprendimų priėmimo procesą ir valdymą, sumažinti administracinę kontrolę. Taip pat didelis dėmesys skiriamas priimančių sprendimus asmenų kvalifikacijos tobulinimui, jų santykiams su politikais, efektyvių motyvavimo būdų naudojimui. Balansuojant tarp biurokratinio ir naujosios viešosios

vadybos modelių, valstybėms siūlosi padėti tarptautinės organizacijos, tarp jų ir Tarptautinis rekonstrukcijos ir plėtros bankas. Tačiau kai kuriais atvejais tų organizacijų įtaka valstybės ekonominei-socialinei raidai tolimesnės perspektyvos aspektu gali būti abejotina (Perkins, 2005, Stiglitz, 2002).

Retrospektyvoje nuo XIX iki XX a. vidurio, žvelgiant per valdžios prizmę, viešosiose institucijose dominavo politinis elitas, uždari klubai ir vadovybė, kurie iškristalizuodavo vykdomosios valdžios tikslus. Šiandien yra įvertinta, kad pačios vyriausybės nėra pajėgios suformuoti raidos scenarijus, strateginius tikslus, todėl šalia vykdomosios valdžios būtina formuoti atitinkamas institucijas. Vakarų civilizacijos vertybinė išvada byloja, kad nėra ypatingai svarbu, koks asmuo bus išrinktas valstybės vadovu, premjeru ir pan., jei institucionalizmo pagrindu yra sukurta tokia viešojo administravimo sistema, kuri užtikrina visų valstybės sistemų (sveikatos apsaugos, švietimo, teisėtvarkos ir kt.) kokybiškas funkcijas ir grįžtamuosius ryšius. Pvz., JAV tokia institucija yra prezidento ekonominių konsultantų taryba (Council of Economic Advisers).

Remdamasis Vakarų pasaulio ir JAV praktika, kuriant sudėtingas ginkluotės sistemas, Nobelio premijos laureatas Simon (1997) suranda takoskyrą tarp strateginio valdymo, valdymo ir administravimo. Kadangi ginklavimosi procese buvo apjungta daug korporacijų, iškilo klausimas – kokia turi būti sukurta sistema, koks bus jos valdymas, efektyvumas. Anot Simon, administravimas – tai „darbų atlikimo“ menas, apimantis procesus bei metodus, užtikrinančius tikslų veiksmą. Tikslų suskaidymas į smulkesnius lygius (kūrybinis procesas) ir užduočių padalijimas (operatyvinis-gamybinis procesas) nėra tapati veikla. Viešasis administravimas – tai operatyvinė veikla (pvz.: įvairių fondų, paskirtų savivaldybėms efektyvus paskirstymas ir pan.), kuri realiai neapima strateginio valdymo, kadangi valdymo sistemos tikslai yra užduodami iš išorės, bet neišplaukia iš pačios valdymo sistemos funkcionavimo. Be abejo, viešajame administravime negalima ignoruoti valstybės funkcijų. Prieš 40-50 metų valdžios sluoksniai ir valdžią „aptarnaujantis“ elitas suvokė, kad be informacijos, žinių, kvalifikacijos

kėlimo, universitetų vaidmens ir kt. reikalinga nauja žinojimo rūšis. Simon (1997) ją vadina „projektiniu žinojimu“, kuri galima pavadinti „strateginio sprendimo žinojimu“, apimančiu: strateginį mąstymą, strateginę analizę ir strateginę sintezę. Šios strateginės triados dėka išgeneruojami strateginiai tikslai, kuriuos dezagreguojame į strategines programas. Taigi, nauja žinių rūšis – “strateginis žinojimas” atsiranda sandūroje “politikai – mokslininkai (strategai) – valdininkai”, t.y. šalia Vyriausybinių struktūrų, jų paribio su kitomis institucijomis zonoje: ”valdžios institucijos” – strateginis valdymas – kūrybinis elitas – biurokratijos elitas”.

Strateginis valdymas viešajame sektoriuje apima visumą koncepcijų, procedūrų ir priemonių, padedančių politikams, lyderiams, vadybininkams efektyviai parengti ir įgyvendinti viešosios politikos kryptis. Pvz., Bryson (2004) viešojo sektoriaus strateginio valdymo procese išskiria šias procedūras: planavimo proceso inicijavimas; organizacijos galių analizė; misijos išaiškinimas; išorinės ir vidinės aplinkos įvertinimas; strateginių uždavinių identifikavimas; problemų sprendimo strategijos suformavimas; plano paruošimas ir adaptacija; organizacijos veiklos vizijos įtvirtinimas; plano įgyvendinimo proceso išplėtojimas; plano pakartotinių vertinimų procedūros parengimas. Galimi strategijos valdymo etapai viešajame sektoriuje pagal Nutt ir Backoff (1992): 1) praeities analizė, 2) išteklių įvertinimas, 3) problemų identifikavimas, 4) strategijos vystymas: nuolatinis strategijų kitimas, jų derinimas su ištekliais ir prioritetinėmis veiklos sritimis, 5) strategijos įvertinimas: pasirinktų strateginių alternatyvų realumas, finansiniai ir išorinės politikos aspektai, 6) strategijos įgyvendinimas. Diegiant strateginio valdymo principus viešajame sektoriuje, svarbu įvertinti skirtumus tarp viešųjų ir privačių organizacijų rinkų. Viešosios organizacijos turi penkias rinkas: darbo, pinigų (naudojasi bankais, paskolomis, investicijomis), politinę, pardavimų ir pirkimų. Viešosioms organizacijoms labai svarbi yra politinė rinka, o neesminės yra pirkimų ir pardavimų (svarbiausia privačiam sektoriui) rinkos.

Šiandien valdymas jau peržengia verslo organizacijų ribas, atskleisdamas savo svarbą ir viešosiose organizacijose. Naujų koncepcijų, metodų ir praktinių

metodikų dėmesio sritimi tampa visuomenės žinių išteklių valdymas. Šiame virsme ypatingas vaidmuo tenka strateginiam valdymui ir ypač tokioje srityje kaip sveikatos apsauga, kuri valdoma pernelyg administruotai ir nepakankamai efektyviai. Todėl nekomerciniame sektoriuje svarbu atskirti strateginį valdymą nuo administravimo veiklos, kurią įvairiais būdais vykdo visos organizacijos.

1.2. STRATEGINIO VALDYMO KONCEPCIJOS ANALIZĖ

Norint suvokti šiuolaikinio valdymo tendencijas, pajusti naujausių koncepcijų „pulsavimą“, būtina išanalizuoti valdymo teorijas, valdymo dėsnius, jų ištakas ir raidą (Certo, Certo, 2008). Strateginis valdymas – tai viena naujausių ir perspektyviausių, smarkiai besiplėtojančių savarankiškų valdymo mokslo sričių. Šiame skyriuje įvertinta strateginio valdymo mokslinės minties raida, ypač paskutiniojo dvidešimtmečio laikotarpyje, analizuojant įvairias koncepcijas bei ieškant naujų idėjų ir metodų principų pritaikymo galimybių sveikatos apsaugos sistemos valdyme. Remiantis istoriniu ir pritaikomumu sveikatos apsaugos sistemos organizacijoms aspektais, autorė sudarė lentelę „Strateginio valdymo koncepcijos istorinės analizės kontūrai ir ryšys su sveikatos apsaugos sistemos strateginiu valdymu“, kurioje pateikiama strateginio valdymo koncepcijos analizė (istorinis etapas, žingsniai, koncepcijos apibūdinimas, pagrindinis fokusas, prielaidos, tikslas ir ryšys su sveikatos apsaugos sistema) (žr. 1 priedą). Šioje lentelėje atsispindi autorės pozicijos ir mokslininkų darbų pozicijos santykis strateginio valdymo koncepcijos interpretacijos sveikatos apsaugos sistemoje atžvilgiu. Toliau 1.2 skyriuje seka detalus pateiktos lentelės aiškinimas.

I. STRATEGINIO VALDYMO MOKSLO PRADŽIA IR RAIDA IKI 1980-UJŲ. Strategijos sampratos filosofinės ištakos siekia gilią senovę, kai atskiros individų organizacijos pradėjo kurti tam tikras savo veiklos strategijas ir jų realizavimo būdus. Pirmieji darbai strateginio valdymo tematika buvo

susieti su karinių veiksmų teorija. Stratego (gr. *strategos* kariuomenės vadas) vaidmuo istorijoje žinomas nuo Antikos laikų. “*Strategos*” reiškia asmenį, planuojantį savo priešo sutriuškinimą efektyviai naudojant turimus išteklius (Mintzberg ir kt, 2002). Todėl ankstyvuosiuose amžiuose strategijos sąvoka (lot. *strategia* – vadovavimas) įvardijama kaip karo menas ir pagrindinė stratego rolė priskiriama kariuomenės vadui (Greenly, 1989; Wren, 1994). Vystantis visuomenei, sudėtingėjant konfliktinių situacijų kontekstui, tobulėjo ir karinės-diplomatinės strategijos, pradėtos tirti, sisteminti ir taikyti praktikoje pagrindinės strateginio valdymo sąvokos. Svarbią vietą strateginės minties evoliucijoje užima Sun Tzu "Karo menas" (500m. pr.m.e.), Clausewitz (1780-1831) traktatas “Apie karą”, Machiavelli politiniai istoriosofiniai traktatai bei istorijos veikalai („Valdovas“ (1513) ir kt.).

XVIII-XIX a. strategija siejama su politinės, visuomeninės kovos vadovavimo menu. Strateginio valdymo, kaip mokslo srities, vystymosi istorija prasideda nuo ekonominių organizacijų bei jų biurokratinių sistemų atsiradimo. Strateginio valdymo neformali pradžia sietina su valdymo atsiradimu, t.y. XX a. pradžia, kai suformuojamos kartinės valdymo (mokslinės vadybos ir žmogiškųjų santykių) teorijos, stipriai įtakojusios kitas valdymo teorijas. Tačiau tuomet valdymo srities tyrimai gilinosi į organizacinių funkcijų analizę, o strategijos kūrimas ir įgyvendinimo svarba dar buvo nepakankamai suvokta.

Strateginio valdymo mokslas 1930–1960 metais. Strateginio valdymo mokslo mintis pradėta rutulioti nuo maždaug 1960-ųjų vidurio, nors kai kuriuose literatūros šaltiniuose jos raidos pradžia laikomi 1951m., kai buvo išleistas Newman veikalas “Administrative Action: The Techniques of Organization and Management“. Šiuolaikinio valdymo srityje ankstyviausios politikos ir strategijos sąvokos siejamos su Fayol ir Drucker darbais. Wren (1994) pažymi, kad 1954m. Drucker nustatė esminę konceptualią struktūrą, skirtą verslo politikai ir strategijai, kuri vėliau išsivystė į strateginio valdymo sąvoką. Drucker indėlis į strateginio valdymo mokslą daugiaplanis, bet svarbiausi akcentai yra valdymo tikslais teorija (angl. *Management By Objectives*) ir intelektualaus kapitalo (angl. *intellectual capital*) reikšmės

šiuolaikiniame pasaulyje numatymas bei “protinio darbuotojo” (angl. *knowledge worker*) poreikio atsiradimas ir svarba.

Formalus strateginio valdymo plėtojimas prasidėjo II Pasaulinio karo metais ir po jo, kai strategijos sąvoka buvo išplėtotą į strateginio planavimo ir strateginio valdymo sąvokas, kurios pradėtos naudoti verslo, valstybės, asociacijų ir pan. veiklos organizavime. Tai buvo komercinės eros, orientuotos į gamybą, aukštos techninės kokybės produktą, laikas.

Strateginio valdymo mokslas 1960–1970 metais. Empirinius ir teorinius strateginio valdymo sampratos tyrimus vykdė Chandler, Ansoff ir Andrews. Jie strateginį valdymą traktavo kaip svarbų procesą, skirtą strategijos rengimui didelėse verslo organizacijose. Tokiu būdu sąvoka „strateginis valdymas“ buvo išgeneruota, siekiant pabrėžti skirtumą tarp valdymo, atliekamo aukščiausiam valdymo lygyje ir operatyvinio valdymo gamybos lygyje. 1962m. Chandler atskleidė, kad ilgalaikė sukoordinuota strategija būtina, siekiant suformuoti organizacijos struktūrą, kryptį ir fokusą – „struktūra seka paskui strategiją“. Selznick pateiktas siūlymas, kad organizacijos vidiniai rodikliai turi atitikti su išorinėmis ekologinėmis aplinkybėmis, bendradarbiaujant Learned, Andrews ir kt. (Harvard Business School General Management Group), buvo išrutuliuotas į SSGG (SWOT) analizę. Organizacijos stiprios ir silpnos pusės buvo įvertintos supančios aplinkos galimybėmis ir grėsmėmis. Ansoff, besiremdamas Chandler veikalu, praplėtė strateginių sąvokų diapazoną ir sukūrė naują strateginį žodyną. Jis vystė strategijų tinklą, susidedantį iš įsiskverbimo į rinką, gaminio sukūrimo, rinkos vystymosi, vertikalios ir horizontalios integracijos bei diversifikacijos strategijų. Ansoff (1965) teigė, kad valdymas galėtų efektyviai panaudoti šias strategijas ir sistemingai pasiruošti būsimoms galimybėms ir iššūkiams.

Scenarijų planavimas. 1964m. Berger scenarijų planavimo koncepciją įvardino kaip „*la prospective*“, o pirmą kartą sąvoką “*scenario*” 1967m. panaudojo Kahn. Iki 1980-ųjų scenarijų planavimo metodas buvo daugiausia plėtojamas Godet kaip sofistinė prognozės technika ir rėmėsi paviršutiniškais prognozėmis. 1980-ųjų viduryje daugelio šakų restruktūrizacija atnaujino

susidomėjimą strateginiu valdymu. Porter (1985) teigiamai įvertino scenarijų ir apibūdino jį „ne kaip prognozę, o vieną iš būsimų pasekmių variantų. Scenarijų planavimo metodo tikslas yra pažvelgti į kompleksinės dinaminės sistemos veikimą ir vidinius ryšius. Kadangi ši sistema iš principo yra kokybinė, negali būti pritaikytas joks formalus modelis (matematinės sistemos modelis). Kadangi neefektyvus sprendimas, besiremiantis tikslią prognozę yra organizacijos nesėkmė (Ringland, 2006), galima teigti, kad organizacijos tikslas yra efektyvesnių sprendimų priėmimas, o ne tikslesnių prognozių sudarymas. Šiandien scenarijų planavimo metodą organizacijos naudoja kaip instrumentą, palengvinantį konkrečių grėsmių prognozavimą, tokių kaip supančios aplinkos pokyčiai, permainos politinėje situacijoje ar šakų struktūroje. Scenarijų planavimas padėjo Didžiosios Britanijos Nacionalinei sveikatos sistemai (NHS), kuri buvo ypač decentralizuota, stambi ir įvairialypė, sukurti naują efektyvesnių santykių sistemą tiek pačios NHS viduje, tiek santykiuose su klientais ir kt.

Strateginio valdymo mokslas 1970–1980 metais. Vykstant ekonominiams, socialiniams ir technologiniams pokyčiams organizacijos strategija buvo traktuojama kaip svarbiausia konkurencingumo didinimo priemonė, nes jos dėka parengiamos prisitaikymo prie kintančios aplinkos alternatyvos.

Marketingo revoliucija. 1970m. Levitt ir kt. tvirtino, kad organizacijos gamybos ir bandymų parduoti savo produkciją orientaciją tikslinga pakeisti klientų tyrimų orientacija. Klientas tapo varomąja jėga visuose strateginiuose organizacijų sprendimuose (kliento orientacija, artumas, dėmesys ir pan.). Tuometėse rinkose susiformavo sfera, kuri iškėlė tokius esminius klausimus kaip: kas lemia konkurenciją šakoje, kokie tikėtini konkurentų veiksmai ir kaip geriausiai į juos reaguoti bei kokią poziciją pasirinkti siekiant išlikti rinkoje konkurencingais. Tačiau Schumacher, Woo, Cooper ir Levinson atskleidė, kad mažos rinkos dalies strategija gali būti taip pat pelninga. Pateikta paradoksali išvada, kad tiek didelę, tiek mažą rinkos dalį turinčios organizacijos labai dažnai yra pelningos, tačiau dauguma vidutinę rinkos dalį turinčių organizacijų

- nepelningos. Diversifikuotų organizacijų valdymui buvo reikalingi nauji metodai ir mąstymo būdai. Vienas pirmųjų, pateikusių savo požiūrį į susidariusią situaciją buvo Sloan, kuris General Motors decentralizavo į pusiau autonominius „strateginius verslo vienetus“ (angl. *strategic business units*) su centralizuotomis palaikymo funkcijomis.

Viena iš strateginio valdymo koncepcijų multi-divizinės organizacijos valdyme yra *portfelio analizės teorija*, kuri tvirtino, kad didelis finansinių aktyvų portfelis gali sumažinti tam tikrą rizikos laipsnį (Markowitz ir kt.). 1970m. prekybininkai išplėtė portfelio analizės teoriją į produkto portfelio sprendimus, o strateginio valdymo specialistai – į padalinių valdymo portfelius. Visi organizacijos operatyviniai padaliniai - strateginiai verslo vienetai - buvo įvardinti kaip korporacinio portfelio dalys. Organizacijų diversifikacija vyko iki 1980m., kol įvertinta, kad operatyvinių padalinių portfelis yra brangesnis nei atskiros nepriklausomos organizacijos.

II. STRATEGINIO VALDYMO KONCEPCIJŲ RAIDA NUO 1980 IKI DABAR. Strateginio valdymo mokslas 1980–1990 metais. Šiuo laikotarpiu Harvard Business School profesorius Porter veikaluose vadybininkai ieškojo strategijos, konkurencingumo ir lyderiavimo rinkoje problemų sprendimo būdų. Porter, išstudijavęs eilę tuometinių požiūrių į konkurencinės kovos rinkoje strategiją, padarė išvadą, jog žymiausi strateginio valdymo srities specialistai beveik nesiūlo konkurencijos analizės būdų. Porter minėtas problemas siūlė spręsti remiantis jo pateiktomis strateginėmis koncepcijomis: kaštų mažinimas (pigūs produktai/paslaugos); diferenciacija (produkto/paslaugos išskirtinumas); koncentracija (sprendimas konkuruoti siaurame rinkos segmente, apimantis ir kaštų mažinimą, ir diferenciaciją). Siekdamas palengvinti organizacijų strateginę analizę ir užtikrinti jų pasirinkimą tarp trijų minėtų strategijų, autorius sukūrė vertės grandinę (angl. *value chain*). Porter teigė, kad realius konkurencinius pranašumus strategijoje galima aptikti veiksmų, kuriuos atlieka organizacija, siekdama suteikti savo vartotojams tam tikrą vertę, grandinėje.

Japonijos iššūkis. Tačiau 1980-aisiais dauguma japonų ir kai kurios JAV organizacijos atliko ir kaštų minimizavimą, ir diferenciaciją. Tai buvo akstinas Porter strategijų saulėlydžiui, nes jo koncepcija negalėjo paaiškinti kaštų minimizavimo ir diferenciacijos atlikimo vienu metu. Daugelis teoretikų bandė argumentuoti japonų sėkmę, įskaitant tokius rodiklius kaip didesnė tarnautojo moralė, atsidavimas ir lojalumas, mažesnės išlaidos, kokybės kontrolės metodų efektyvumas ir kt. (Schonberger, 1982), tačiau tai nepadėjo visiškai atskleisti šio fenomeno. Pasdale ir Athos (1981) pagrindė, kad japonų sėkmės receptas yra valdymo metodai ir suskirstė valdymą į septynis aspektus (*McKinsey 7S Framework*): strategija, struktūra, sistemos, įgūdžiai, personalas, stilius ir tikslai. Strategijos, struktūros ir sistemų aspektų požiūriu JAV organizacijos buvo labai pažengusios, tačiau likę aspektai nebuvo deramai įvaldyti ("minkštieji" rodikliai). Ohmae (1982) paaiškino japonų organizacijų rezultatyvią strategiją ir įrodė, kad strategija, siekiant globalaus pranašumo, yra efektyviausia, kai apima analizę, intuiciją ir valios jėgą.

Pokyčių sparta. 1970m. Toffler aprašė pokyčių spartos tendenciją, iliustruodamas, kaip su kiekviena karta trumpėjo socialinių ir technologinių normų gyvavimo trukmė, ir suabejojo visuomenės sugebėjimu įtakoti šią situaciją. Po generacijų pokyčių periodų tam tikru laikotarpiu atsirasdavo stabilumas. Tai leido visuomenei asimiliuoti pokytį iki tol, kol kitas pokytis prasidėdavo. Toffler pastebėjo, kad stabilumo periodai tampa vis trumpesni, o iki XX a. pabaigos beveik išnyko. 1980m. šią tendenciją autorius apibūdino kaip trečios civilizacijos fazės (trečiosios bangos) ypatybę (pirmosios dvi fazės - žemės ūkio ir pramoninės bangos), kuri sukels rūpesčių dėl individų, užaugusių ankstesnėse fazėse, išsaus daugiau konfliktų, bet atneš ir daugiau galimybių.

Informacija ir technologijomis pagrįsta strategija. Dar 1954m. Drucker akcentavo "žinių darbuotojo" atsiradimą, argumentuodamas, kad ateityje vis mažiau darbuotojų atliks fizinį darbą. Naisbitt (1984) teorizavo, kad ateitį valdys informacija: organizacijos, turinčios informaciją, įgis konkurencinius pranašumus. Bell (1985) nagrinėjo sociologines informacijos technologijų

pasekmes, tuo metu, kai Schuck ir Zuboff koncentravosi į psichologinius faktorius. Zuboff (1988) pažymėjo, kad egzistuoja svarbus skirtumas tarp “automatizuotų technologijų” ir “informacinių technologijų” ir patvirtino Drucker teiginį apie lanksčios decentralizuotos struktūros, darbo komandų, žinių pasidalinimo ir „žinių darbuotojo“ vaidmens svarbumą.

Strateginio valdymo mokslas 1990–2009 metais. Mintzberg kritiškai įvertino strateginio planavimo rezultatų naudą, pabrėždamas, kad strateginis planavimas yra ne tas pat, kas strateginis mąstymas. „Planavimas visada turi polinkį analizuoti – tikslą ar ketinimų kompleksą išskaidyti į stadijas ir šias stadijas formalizuoti taip, kad jas būtų galima atlikti beveik automatiškai. O strateginis mąstymas, atvirkščiai, turi polinkį sintezuoti. Jis siejamas su intuicija ir kūrybiškumu. Strateginio mąstymo rezultatas yra integruotas organizacijos ateities matymas ir neypatingai tiksliai išreikšta organizacijos judėjimo kryptis“ (Mintzberg, 1994). Tokiu būdu Mintzberg pirmasis aiškiai apibrėžė *skirtumą tarp strateginio planavimo ir strateginio mąstymo*.

Naujų konkurencinių pranašumų paieška. Nuo devintojo dešimtmečio pradžios aukščiausiojo lygio JAV vadybininkai nepalankiai vertino strategijas, todėl prasidėjo organizacijų mažinimas, restruktūrizacija ir pertvarkos. Po kelių metų šie procesai priblėso, nes įvertinta, kad organizacijų veikloje faktiškai niekas nepasikeitė. Vėl atgimė diskusijos apie augimą, išprovokavusios naujų idėjų, strategijų atsiradimą. Hamel ir Prahalad (1996), siekdami įrodyti tradicinės strategijos teorijos neatitikimą su realybe (žr. Japonijos iššūkis), tvirtino, kad esmė ne organizacijų nežymūs pranašumai gamybos efektyvume ar darbo jėgos kaštuose, o visiškai naujų konkurencinių pranašumų sukūrimas ir kai kurių veiksmų radikalus pakeitimas. Šių organizacijų vadovų strateginis matymas siekė toliau nei tradicinių administratorių: jie įsivaizdavo ir kūrė dar neegzistuojančius produktus, paslaugas ir net atskiras šakas. Strategai kūrė naują savo rinkos erdvę, kurioje galėtų viešpatauti vykstant konkurencinei kovai (Boyett, Boyett, 2000). Taigi, kova už ateities rinkos pozicijas prasideda ne nuo rinkos dalies dydžio, bet nuo intelektualinės lyderystės. Hamel ir Prahalad (1996) pasiūlė įvertinti organizaciją kaip esminių kompetencijų, t.y.

įgūdžių, sugebėjimų ir technologijų visumą. Autoriai vietoj nepopuliaraus strateginio plano įvedė naują terminą - *strateginę architektūrą*. Tai bendras planas naujų funkcijų peržiūros, naujų kompetencijų įgijimo ar jau esamų perkėlimo ir nauja bendradarbiavimo su vartotojais sistemos konfigūracija (Hamel, Prahalad, 1996). Tačiau kritikai teigė, kad sėkmė versle yra sudėtingos, daugialypės prigimties, o esminės kompetencijos yra tik dalis sėkmės modelio (Micklethwaite, Wooldridge, 1996).

Wiersema ir Treacy (1994) vysto dominavimo ir nenugalimų konkurencinių pranašumų sukūrimo rinkose teoriją ir pateikė vertybines disciplinas, padedančias suteikti vartotojui vertę: 1) gamybinis tobulumas; 2) lyderiaujantis produktas; 3) vartotojo artumas. Organizacijoms siūloma išsirinkti discipliną trijų apmąstymo seansų (strategijos suvokimas, veiksmų variantai, atitinkamų projektų parengimas ir sprendimų priėmimas) metu. Tačiau autorių požiūris į konkurenciją išliko tradicinis, besilaikantis principo „mano laimėjimas – tavo pralaimėjimas“. Be to, Treacy ir Wiersema siūlomos vertybinės disciplinos nedaug skyrėsi nuo diskredituotų Porter tipinių strategijų.

Tuo metu atsirado naujų strategijos teorijų, kurios rėmėsi kertine sąlyga, kad bendradarbiavimas yra naudingesnis nei konkurencija. Pvz., Moor (1996) pabrėžė, kad ekonomika pagrįsta novatoriškumu ir visos organizacijos gali pasiekti puikių finansinių rezultatų, jei jos kuria naujus produktus/paslaugas ir procesus daug efektyviau nei likusios. Bet egzistuoja viena prielaida, kuri užtikrina gerus rezultatus: „bet kurios inovacijos įgyvendinimui būtini partneriai-vartotojai ir partneriai-tiekėjai“ (Moor,1996). Kooperacija yra tokia pat svarbi kaip ir tradicinė konkurencija, kuri neapima viso šiandieninio veiklos konteksto. Tad, siekiant pirmauti, būtina vystyti „ekologinę sąmonę“. Organizacija veikia tam tikroje ekosistemoje; jai svarbu užimti pagrindinio „sodininko“, formuojančio ir reformuojančio šią ekosistemą, pozicijas. Naujų ekosistemų sukūrimas padėtų naujovėms pasiekti vartotojus. Moor teorijoje aiškiai *išskiriamas polinkis ne laimėti žaidimą rinkoje, tačiau pakeisti to žaidimo taisykles* ir pasiekti kokybiškai naujus rezultatus. Pagal Moor,

egzistuoja tokios ekosistemos koevoliucijos stadijos: pagrindimas, išplėtimas, užtvirtinimas, atsinaujinimas arba mirtis. Moor patirtis su ekosistemomis, esančiomis ketvirtojoje, sunkiausiai įtakojamoje stadijoje, apima darbą ir su kai kuriomis sveikatos apsaugos sistemomis.

Brandenburger ir Nalebuff (1996) įrodo, kaip organizacijai laimėti ketvirtojoje Moor koevoliucijos stadijoje. Jų požiūris remiasi prielaida, kad organizacijų veikla yra žaidimas su sava specifika. Bendradarbiavimo ir konkurencijos kombinacija suteikia rinkos santykiams daug didesnę dinamiškumą nei konkurencijos ir bendradarbiavimo taikymas atskirai (Brandenburger, Nalebuff, 1996). Veikla negali remtis tik konkurencija ar tik bendradarbiavimu; veikla – tai „koo-konkurencija“ (angl. *co-opetition*). Pasitelkę žaidimų teoriją, autoriai apibrėžė, kaip žaidimą pakeisti savo naudai. Žaidimo pakeitimo prielaidos prasideda nuo jų sudarančių elementų pakeitimo: žaidėjų (dalyvių), pridėtinių verčių (vertybės, kuria dalyviai įneša į žaidimą), taisyklių (normos, reguliuojančios žaidimo eigą) ir apimčių (žaidimo ribos).

Pokytis strategijoje. Nuo XX a. devintojo dešimtmečio pradžios daugelis mokslininkų bandė paaiškinti, kaip trečioji civilizacijos fazė gali įtakoti organizacijos strategiją. 1997m. Waker ir Taylor pavadino šiuos neramumus "500 metų delta" ir tvirtino, kad pagrindiniai neramumai įvyksta kas penkis šimtmečius. Šiuo metu vyksta perėjimas iš "priežasčių amžiaus" į naują chaotišką „galimybių amžių“. Markides (1999) įvertino strateginio planavimo prigimtį, apibūdinamas strategijos rengimą ir įgyvendinimą kaip nuolat vykstantį, nesibaigiantį, integruotą procesą, reikalaujantį nuolatinio reformavimo. Moncrieff (1999) pabrėžė strategijos dinamiškumą ir pripažino, kad strategija iš dalies yra apsvarstyta ir iš dalies neplanuota.

Informacija ir technologijomis pagrįsta strategija. Senge (1990) besimokančios organizacijos teorija remiasi organizacijos gebėjimu rinkti, analizuoti ir panaudoti informaciją. Autorius tvirtino, kad organizaciją būtina suformuoti taip, kad: darbuotojai plėstų savo gebėjimą mokytis ir būti produktyvūs; būtų sukurta nauja mąstymo struktūra; paskatinti kolektyviniai troškimai ir darbuotojai matytų "visą paveikslą". Nuo 1990m. daug teoretikų

(Quinn, Jarillo, Barton, Castells, Lieleskin, Stewart, Sveiby, Probst ir Varian ir t.t.) diskutavo apie informacijos strateginę reikšmę. Stewart (1997), aprašydamas organizacijos investiciją į žinias, naudoja „intelektualaus kapitalo“ sąvoką, kuri apima darbuotojo intelektualų kapitalą, kliento intelektualų kapitalą ir struktūrinį kapitalą (žinios, egzistuojančios organizacijoje savarankiškai). Castells (1996) apibūdina tinklinę visuomenę, kurią charakterizuoja: globalizacija, organizacijų kaip tinklo suformavimas, darbo nepastovumas ir socialinė takoskyra tarp dirbančių ir nedirbančių su informacinėmis technologijomis. Evans ir Wurster (1997) nagrinėja, kaip transformuojamos šakos, turinčios aukštą informacijos komponentą. Informacinės technologijos leidžia traktuoti kiekvieną individą kaip savo rinką. Galimybė naudotis informacinėmis technologijomis atvėrė organizacijoms daug platesnes strateginio valdymo principų pritaikomumo galimybes.

Kompleksinė strategija. Kai kurie strateginio valdymo teoretikai plėtoja kompleksinės teorijos požiūrį. Kompleksiškumas gali būti suprantamas kaip chaosas su truputėliu tvarkos. Chaoso teorija nagrinėja turbulentines sistemas, kurios greitai tampa netvarkingos. Axelrod ir Cohen (1999), Holland (1995) bei Kelly ir Allison (1999) šias sistemas dėl daugialypių veiksmų ir reakcijų vadina adaptyvių sistemų kompleksu. Dudik (2000) argumentavo, kad organizacija turi išvystyti mechanizmą, kuris padėtų suvokti kompleksiskumo šaltinį ir lygmenį, su kuriuo ji susidurs ateityje ir sugebės transformuotis į sudėtingą adaptyvią sistemą.

Principas 80/20 teigia, kad 20 proc. pastangų sąlygoja 80 proc. rezultatų. Tai reiškia, kad nedidelė dalis įdedamų lėšų ar skiriamų pastangų tiesiogiai įtakoja didžiąją dalį gautų rezultatų, pvz., suteiktų paslaugų ir t.t. Svarbu atrasti, kurie rinkos segmentai, klientai, konkurentai, sugebėjimai ir vidinės organizacijos galimybės, yra iš tiesų svarbūs (Koch, 2005). Principo 80/20 ir chaoso teorijos šalininkai akcentuoja, kad bet kurioje sistemoje vienos ją sudarančios dalys yra reikšmingesnės, rezultatyvesnės nei kitos.

Subalansuota strategija. Vienas iš žymiausių visapusiškos strateginės sistemos pavyzdžių yra Subalansuotų efektyvumo rodiklių sistemos (Balanced

scorecard) metodas, pradėtas vystyti 1990-ųjų pradžioje Kaplan ir Norton. Strateginio valdymo instrumentai nuolat kinta, todėl šių autorių sukurtos sistemos metodikoje svarbią vietą užima Porter, Prahalad, Hamel, Treacy ir Wiersema strateginio valdymo idėjos. Norint pasiekti subalansuotą organizacijos veiklos perspektyvą, autoriai siūlo įvertinti tiek finansinius, tiek nefinansinius organizacijos rodiklius, tokius kaip santykiai su vartotojais, vidiniai verslo procesai, apmokymas ir tobulinimas (Kaplan, Norton, 1996). Pagrindinis šios sistemos pranašumas yra aiškiai suformuluotas požiūris, kuris padeda sukurti organizacijoje strategijos realizacijos sistemą (plačiau žr. 1.3 skyriuje). Jei tokie šiandienos strateginio valdymo guru kaip Collins, Porter, Prahalad, Hamel, Lambin teoriškai bando pagrįsti savo koncepcijas, požiūrius, scenarijus, suteikdami peno labiau strateginiam mąstymui pasireikšti, tai Kaplan ir Norton koncepcija kuria pasiekiamus, išmatuojamus, rezultatyvius strateginio valdymo instrumentus.

Teisinė strategija. Konkurencinėje aplinkoje, siekiant pranašumo rinkoje organizacijos turi tinkamai sugebėti pasinaudoti įstatyminės ir teisinės sistemos galimybėmis (Shell, 2000). Konkurencinga teisinė strategija yra būtina organizacijos veiklos dalis, nes jos dėka nustatomos taisyklės, priverčiančios veikti konkurentus pagal tam tikrus apribojimus, kurie sukelia įėjimo į rinką nepatogumus. Shell (2000), cituodamas praktinius atvejus ir nagrinėdamas sutartis, bylas, vyriausybinius įstatymus ir kt., parodo, kaip organizacijos, kurios anksti pradėjo taikyti teises strategijas, užima pirmaujančias pozicijas rinkose. Pvz., tokios strategijos dėka Medco Health Solutions, didžiausia JAV farmacijos organizacija, be finansinių nuostolių išsprendė ieškinius, iškeltus valstybinių ir federalinių valdžios organų, sutikdama liautis siūlyti pacientams brangesnius vaistus, nenurodytus jų gydytojų. Shell teorijoje yra nemaža sąsaja su Moor (1996) teorija, kurioje taip pat liečiamas rinkos žaidimo taisyklių pakeitimo aspektas.

Verte pagrįsta strategija. Vienas įtakingiausių šiandienos strateginio valdymo mąstytojų Collins (2001) parodo, kaip, laikui bėgant, organizacijos triumfoja ir kaip į organizacijos DNR iš pat pradžių galima įdiegti ilgalaikį

pastovų veiklos efektyvumą. Collins sukurtą „ežio koncepcija“ („*hedgehog concept*“) pabrėžia, kad norint gerai organizacijai tapti puikia, ji turi įveikti kompetencijos trūkumą, be to, jis teigia, kad organizacijos, pradedančios radikalių permainų programas ir restruktūrizaciją, nesugebės „padaryti šuolio“ ir kt. Lambin (1996) teoriškai pagrindžia sėkmingą strategijos realizavimo procesą: nagrinėdamas marketingo strategiją, atskleidžia, kaip strateginiai sprendimai gali būti įgyvendinti operatyviam lygmenyje. Pasak Lambin ir kt. (2007), rinkose, kuriose konkurencijos nėra (reguluojama monopolinė sveikatos apsaugos sistemos rinka), vartotojų pasitenkinimo poveikis lojalumui minimalus – vartotojai neturi pasirinkimo.

Kim ir Mauborgne (2005) teigia, kad akla konkurencija veda į „kruvinus raudonuosius vandenynus“, kuriuose konkurentai grumiasi dėl menkstančios pelno dalies. Mesdami iššūkį tiesoms apie sėkmingą strategiją, jie tvirtina, kad dauguma organizacijų konkuruoja „raudonuosiuose vandenynuose“ ir tai nepadės pelningai augti ateityje. Autoriai argumentuoja, kad ateities lyderiai išsiverš į priekį ne nugalėję konkurentus, o sukūrę neginčijamos rinkos erdvės „žydruosius vandenynus“. Tokie strateginiai žingsniai, pavadinti *vertės inovacijomis*, padeda aplenkti konkurentus ir atverti naują paklausą. Kim ir Mauborgne siekia kūrybiškos, o ne kovingos strategijos ir siūlo „mėlyniesiems vandenynams“ tirti sukurtas priemones ir sistemas.

Porter ir Teisberg (2006) suformuluoja naują strateginio valdymo koncepciją, kurios esmė – konkurencija dėl vartotojui suteikiamos vertės. Anot autorių, konkurencija, paremta verte, turi būti susieta su rezultatais. Rezultatas - tai paciento sveikatos būklės lygio rezultatas už išlaidų vienetą. Konkurencija, paremta paslaugų rezultatais, reiškia, kad paslaugų teikėjai, kurie pasiekia geriausius rezultatus, įvertinami galimybe teikti daugiau paslaugų, o tuo tarpu tie, kurie nepademonstruoja gerų rezultatų – apribojami arba iš viso liaujasi teikę tą paslaugą. Kai tiekėjas pasiekia aukštesnės kokybės vertę paslaugų teikime, laimi tiek vartotojas, tiek tiekėjas, nes pasiekiami geresni rezultatai su mažesnėmis išlaidomis. Norint konkuruoti rezultatais labai svarbu, kad rezultatai būtų įvertinami ir visuotinai prieinami (plačiau žr. 1.3

poskyryje). Kaip atsakas į Porter ir Teisberg konkurencijos, pagrįstos verte, koncepciją sveikatos apsaugos strateginio valdymo srityje pradedami publikuoti ir kitų autorių darbai, pvz., Oppenheim ir kt. (2007).

III. STRATEGINIO VALDYMO MOKYKLŲ ANALIZĖ. Išsamiau įvertinti strateginio valdymo mokslo raidą ir surasti paralelių, kurias būtų galima apjungti bei pritaikyti šiandieninėje greitai kintančioje sveikatos apsaugos sistemos organizacijų aplinkoje, padeda strateginio valdymo mokyklų įvertinimas. Strateginio valdymo moksle išskiriama dešimt mokyklų, skirtingai aiškinančių strategijos procesus (Mintzberg ir kt., 1998):

1. Dizaino mokykla – *strategijos formavimas kaip suvokimo ir įprasminimo procesas.* Šioje mokykloje strategijos formavimas suprantamas kaip optimalaus balanso tarp stiprių ir silpnų organizacijos pusių bei jos išorinių galimybių ir grėsmių įvertinimas - SSGG analizė (angl. *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), taikoma kuriant ar analizuojant strateginius planus.

2. Planavimo mokykla - *strategijos rengimas kaip formalus procesas,* atliekamas pereinant visus numatytus žingsnius nuo situacijos analizės iki įvairių strategijos scenarijų išplėtojimo ir tyrinėjimo. Strategijos rengimas yra paremtas formaliomis procedūromis, mokymu, analize ir skaičiais.

3. Pozicinė mokykla – *strategijos rengimas kaip analitinis procesas.* Ši mokykla, kaip ir dizaino bei planavimo mokyklos, pripažįsta tuos pačius fundamentalius teiginius, tačiau ji labiau koncentruojasi į strategijos turinį, o ne į pačią strategiją. Jeigu dizaino ir planavimo mokyklos neriboja strategijos vystymo alternatyvų, tai pozicionavimo mokykla šį skaičių sumažina iki kelių. Pagrindinis tokio mažinimo argumentas, kad skirtingoms veikloms gali būti sukurtas tik ribotas skaičius alternatyvų. Tačiau Mintzberg ir kt. (1998) pabrėžė, kad „strategijos kūrimas yra turtingesnis, atsakingesnis ir dinamiškesnis procesas nei tvarkingas ir statiškas procesas, kurį pasirinko pozicionavimo mokyklos atstovai“.

4. Verslumo mokykla – *strategijos rengimas kaip numatymo procesas.* Kaip ir dizaino mokykla, ši mokykla strategijos rengimo proceso centrine figūra

pripažįsta vadovą. Tačiau skirtingai nuo dizaino mokyklos teiginių ir visiškai prieštaraujant planavimo mokyklai, verslumo mokyklos strategija remiasi stratego intuicija. Strategijos kūrimas prasideda nuo aukščiausio organizacijos vadovo strateginio mąstymo galimybių pozicijos: intuicijos, sveikos nuovokos, patirties, protinių galimybių, išvalgumo ir išminties. Verslumo mokykla atskleidė individualaus vadovavimo ir *strateginio matymo* svarbą strateginio valdymo procese.

5.Pažinimo (kognityvinė) mokykla – *strategijos rengimas kaip mentalinis (pažinimo) procesas*. Šios mokyklos požiūris strateginio valdymo atžvilgiu yra labiau subjektyvus: pažinimas naudojamas strategijos kaip kūrybinės interpretacijos rengimui. Mokyklos teiginiai tarnauja kaip savotiška jungtis tarp labiau objektyvių mokyklų, tokių kaip dizaino, planavimo, pozicionavimo bei verslumo ir labiau subjektyvių mokyklų, tokių kaip mokymosi, kultūros, valdžios, aplinkos ir konfigūracijos.

6.Apmokymo mokykla – *strategijos rengimas kaip besivystantis procesas*. Teigdama, kad strategijos pastoviai vystosi ir dėl to strategu gali būti kiekvienas organizacijos narys, ši mokykla paneigia metodus, kuriais vadovaujasi likusios mokyklos. Strategija turi praeiti ilgą mokymosi procesą, kuriame strategijos formulavimas ir įgyvendinimas yra neatsiejami. Apmokymo mokyklos šalininkai užduoda klausimą: kaip iš tikro susiformuoja, o ne suformuojamos organizacijų strategijos. Tokia *besivystanti strategija* akcentuoja, kad strategas yra pastovaus mokymosi proceso dalyvis. Svarbus vaidmuo tenka strategijos rengimo proceso dalyvių *strateginių iniciatyvų pasireiškimui*.

7.Valdžios mokykla – *strategijos rengimas kaip derybų procesas*. Ši mokykla strategijos rengimą grindžia įtaka, valdžios pasidalijimu tiek organizacijos viduje, tiek jos išorinėje aplinkoje. Strategijos vystymas suvokiamas kaip derybų tarp įtaką turinčių organizacijoje individų procesas (mikro įtaka) arba tarp organizacijos ir išorinių suinteresuotų individų (makro įtaka). Mikro valdžios mokykla akcentuoja neteisėtą ir teisėtą valdžią - politinį spaudimą organizacijos viduje, o makro - spaudimą iš išorinių rinkos dalyvių.

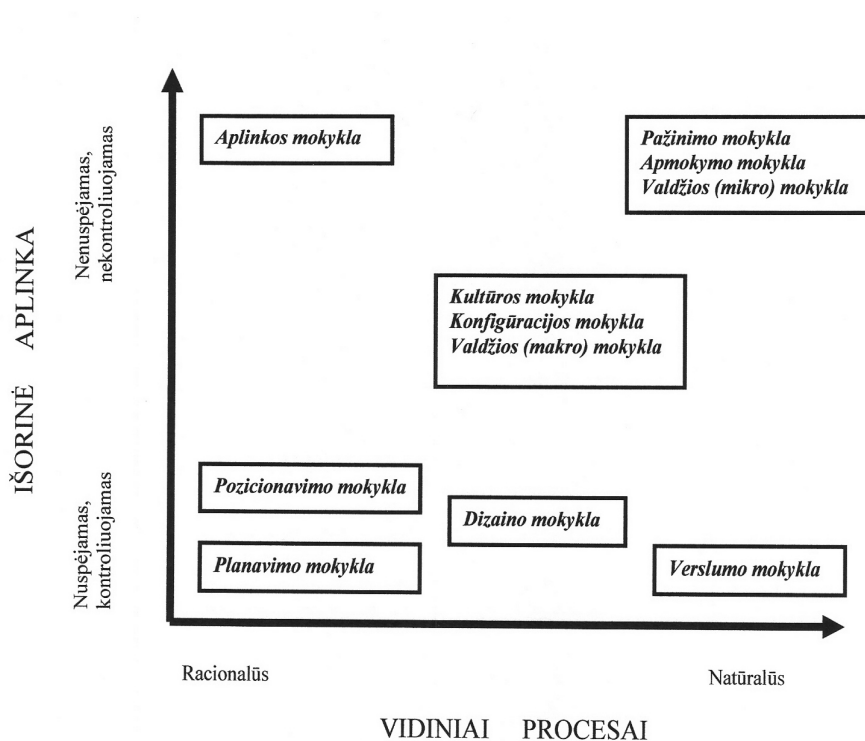
8.Kultūros mokykla - *strategijos rengimas kaip kolektyvinis (socialinis) procesas*, kurio šaknys yra organizacijos kultūroje. Skirtingai nuo valdžios mokyklos, paremtos asmeniniais interesais ir fragmentacija, ši mokykla fokusuojasi į bendrus interesus ir integraciją. Kultūros mokyklos pranašumas yra kultūrinių faktorių, kuriuos sunku perimti, išdava. Individo įsitikinimai yra procesų, prijungiančių jį prie tam tikros kultūros ar socializacijos, rezultatas. Organizacija gali keisti veiklos metodus, kryptis, misiją, tačiau filosofijos keitimas neleistinas, nes filosofija stimuliuoja strategiją.

9.Išorinės aplinkos mokykla – *strategijos rengimas kaip reaktyvinis procesas*, atsakantis į išorinės aplinkos iššūkius. Šioje mokykloje labai svarbi yra rinkos aplinka, pagal kurios pokyčius rengiama strategija. Organizacija aplinką priima kaip bendrą išorinių jėgų junginį, kuris vaidina pagrindinį vaidmenį strategijos kūrimo procese.

10.Konfigūracijos mokykla – *strategijos rengimas kaip transformacijos procesas*. Ši mokykla organizaciją vertina kaip struktūrą – susijusių charakteristikų ir elgesio būdų rinkinį – ir tokiu būdu apjungia kitų strateginio valdymo mokyklų požiūrius. Pvz., mechaninėse, stabiliose organizacijose pabrėžiamas planavimas, o dinaminėse ir greitai augančiose – verslumas/lyderystė. Svarbiausi šios mokyklos aspektai yra stabilios organizacinės struktūros ir išorinis kontekstas, kuris traktuojamas kaip konfigūracija bei strategijos kūrimo procesas, kuris apibūdinamas kaip transformacija. Konfigūracijos mokykla, akcentuodama, kad kiekvienai mokyklai savo laikas ir savo vieta, pripažįsta visus elementus, kuriuos naudoja likusios mokyklos. Tačiau nors pagrindiniai konfigūracijos mokyklos teiginiai ir remiasi kitų mokyklų prielaidomis, tačiau kiekvienas iš jų traktuojamas griežtai nustatytame kontekste.

Mintzberg ir kt. (1998) strateginės minties mokyklas sugrupavo į tris kategorijas: 1) normatyvinė (dizaino, planavimo ir pozicionavimo); 2) strateginio valdymo veiklos fokusas (verslumo, pažinimo, apmokymo, valdžios, kultūros ir aplinkos); 3) mokyklų hibridas (konfigūracijos mokykla).

2 paveiksle pateikta strateginio valdymo mokyklų sąveikos pozicijos pagal vykstančius vidinius ir išorinės aplinkos procesus.



2 pav. Strateginio valdymo mokyklų sąveika (Šaltinis: Котельников, “Стратегическое управление. Принципиально новые подходы для эпохи быстрых перемен”, 2007).

Išsamesnį strateginio valdymo mokyklų įvertinimą, remiantis kiekvienos mokyklos strategijos rengimo proceso požiūriu, kilmės sritimis, trumpu strategijos apibūdinimu, pranašumais, trūkumais ir šių mokyklų teorijomis, kurias galima adaptuoti sveikatos apsaugos sistemos organizacijų strateginiame valdyme, autorė pateikia disertacinio darbo 2 priede.

Strateginio valdymo mokslo vystymosi pasėkoje tebesiformuoja strateginės mokyklos. Pirmąsias, pakankamai lengvai identifikuojamas strategines mokyklas keičia sudėtingesnės. Šiandien egzistuoja keletas įdomių naujausių eklektiškų strategijos formavimo požiūrių, apjungiančių atskirus linijinių mokyklų komponentus. Tai apmokymo ir dizaino mokyklos, besiremiančios dinaminėmis galimybės koncepcija arba dinaminės strategijos

mokykla, pagrįsta produktyviu žinojimu. Nors visų šiuolaikinių strateginio valdymo mokyklų jungiamoji grandis yra strategija arba strategijos procesas, tačiau daugelis mokslininkų nesutaria tarpusavyje dėl vienpusio požiūrio į strateginio valdymo esmę. Vienos iš šių mokyklų sutelkia dėmesį į patį procesą, kurio metu organizacija kuria ir įgyvendina strategiją, kitos akcentuoja konkrečius strategijos nustatymo metodus. Taigi, iš esmės, jos fokusuojasi į vieno ir to paties strategijos proceso skirtingas sudedamąsias dalis. Tačiau *šiuolaikinis strateginis valdymas negali būti nukreiptas į atskiras proceso dalis, jis veikia visą organizacijos verslo sistemą* (Breen, Hamel, 2007; Котельников, 2007). Nepaisant strategijų skirtingumo, šiuolaikiniai strateginio valdymo teoretikai (Drucker, Mintzberg, Hammel, Prahalad, Kaplan, Norton; Porter, Tiesberg ir kt.) sutinka dėl esminės nuostatos strateginiame valdymo procese: *strategijos kūrimas yra sudėtinga, daug pastangų reikalaujanti veikla, tačiau svarbiausia strateginio proceso dalis yra realus strategijos įgyvendinimas*.

Įvertinus strateginio valdymo mokslo raidą, galima pastebėti, kad nors pagrindinių strateginių principų atsiradimas užfiksuojamas dar iki mūsų eros pradžios, tačiau šiuolaikinio strateginio valdymo koncepcijos, teorijos šiuos principus adaptuoja ir modifikuoja, remdamosi tam tikromis sąlygomis ir tikslais (Mintzberg ir kiti, 2005; Котельников, 2007). Hamel (2002) pažymi, kad visų strategijų vertė ilgainiui sumenksta arba išnyksta (angl. *strategic decay*). Tačiau galima teigti, kad visos sukurtos ir kuriamos strateginės koncepcijos yra mokslinis pagrindas, kurio plotmėje formavosi ir tebesiformuoja šiuolaikinio strateginio valdymo suvokimas.

1.3. VERTĖS KŪRIMO STRATEGIJA SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE

Valstybės lygiu strateginis valdymas padeda išryškinti ekonomikos ir socialinių santykių plėtros tendencijas ir numatyti arba patikslinti strateginius tikslus visiems valstybės sektoriams. Sveikatos apsauga yra viena iš valstybės

vystymo strategijos posistemių, kurios strategija glaudžiai susijusi su bendru ekonomikos ir infrastruktūros raidos strategijos tikslu ar jų sistema. Šiandien sveikatos apsaugos sistemoms tenka vis reikšmingesnis ir įtakingesnis vaidmuo (WHO, 2007). Sveikatos apsaugos sistema - tai visuma organizacijų ir išteklių. Pagal Pasaulinę Sveikatos Organizaciją (PSO) sveikatos apsaugos sistemos tikslai yra:

- Žmonių sveikatos gerinimas ir apsaugojimas;
- Teisingumas apmokant už medicininę-sanitarinę pagalbą;
- Pacientų lūkesčių atitikimas.

Šių tikslų pasiekimas tiesiogiai priklauso nuo keturių funkcijų vykdymo kokybės: pagalbos suteikimo lygio; aprūpinimo ištekliais; finansavimo ir valdymo (akcentuojamas, nes žymiai įtakoja likusias funkcijas). Skirtumai tarp gerai funkcionuojančios sveikatos apsaugos sistemos ir tos, kuri nepateisina lūkesčių, PSO matuojami mirtingumo, invalidumo, nuskurdimo, pažeminimo ir nevilties rodikliais (WHO, 2000). Tokios sveikatos priežiūros problemos kaip medicininės klaidos, augančios išlaidos, sveikatos draudimo svarstomos problemos, atskleidžia naujų valdymo sprendimų poreikį. Herzlinger (2006) išanalizavo sveikatos apsaugos sistemoje diegiamas naujoves, kurios, nepaisant didelių investicijų, buvo nesėkmingos. Ji išskyrė tris naujovių, galinčių įtakoti pigesnę ir rezultatyvesnę sveikatos apsaugą, rūšis: nauji vartotojų, technologijos ir verslo modeliai. Christensen ir kt. (2000) diskutuoja apie naujus “griaunančius” technologijų ir verslo modelius, kurie iš pradžių atrodytų galintys kelti grėsmę sveikatos apsaugos sistemos *status quo*, tačiau jie yra kokybiškesnės sveikatos apsaugos katalizatorius. Tai aktualu, nes valstybei monopolizuojant šios sistemos valdymą, prarandamas stimulas vystytis: visus svarbiausius sprendimus priima valdžia, tapdama už juos atsakinga.

Strateginio valdymo problematika sveikatos apsaugos sistemoje apima tikslų sistemos aspektą ir išteklius, tokius kaip: finansai, personalas, technologijos, organizavimo schemas, informacija, patirtis ir žinios (Thompson, Strickland, 2003). Ji “pritraukia” globalinį problemų išdėstymą,

pasaulinių darbų apžvalgą, skirtą šiai problematikai ir globalų subalansuotą vystymąsi, apimančią socialinę, finansų, politinę ir kitas sferas. Modernias strategijas, atitinkančias ir sprendžiančias šiandienos sveikatos apsaugos sistemų problemas, kuria ir pagrindžia jų realų įdiegimą Kaplan, Norton (1996 - 2008) bei Porter, Tiesberg (2006), kurių koncepcijų dalinis ar pagrindinis dėmesys nukreiptas į strateginio potencialo formavimą pasaulinių sveikatos apsaugos sistemų valdyje, ieškančiame efektyvaus strateginio valdymo principų pritaikymo galimybių.

Konkurencija, paremta verte pacientui. JAV viena svarbiausių vidaus problemų yra įvardijama sveikatos apsauga (Barlett, Steele, 2005; Mahar, 2006). Šios sistemos krizės priežastimi laikomas laisvos rinkos dėsnio nepaisymas (Dixon ir kt., 2003). Jungtinės Karalystės nekomercinio fondo studija (2008) sveikatos apsaugos sistemų įvertinimo reitinguose JAV sveikatos apsaugos sistemai paskyrė 66-ąją vietą iš 100. Paradoksalu, tačiau JAV sveikatos apsaugos sričiai skiria dukart daugiau lėšų nei kitos stipriausios išsivysčiusios valstybės, t.y. apie 16 proc. BVP kasmet. Nobelio premijos laureatas Fogel ir Costa (1997) prognozuoja, kad jei išlaidos sveikatos apsaugai augs kaip pastaraisiais metais, tai 2030 metais jos pasieks 25 proc. JAV BVP ir tai taps varomąja ekonomikos jėga. Paradoksalu ir tai, kad 95 proc. šių lėšų skiriama asmens sveikatos priežiūrai ir tik 5 proc. visuomenės sveikatos priežiūrai (Chattopadhyay, Carande-Kulis, 2004), kadangi labiau finansuojant visuomenės sveikatos priežiūrą, galima išvengti daugumos lėtinių susirgimų ir sutaupyti išteklius skiriamus asmens sveikatos priežiūrai.

Vienas iš būdų reformuoti JAV sveikatos apsaugą ir pagerinti pacientui suteikiamą vertę yra Konkurencijos, pagrįstos verte, mechanizmo paleidimas. Porter, Tiesberg (2006) suformuluotos koncepcijos dėmesys vertei, kuri suteikiama pacientui, ir prielaidos perprojektuoti konkurenciją sveikatos apsaugos sistemoje naujose dimensijose, užduoda naują strateginę patirtį daugeliui sveikatos apsaugos sistemų. Sveikatos priežiūros paslaugų vertė pacientui paremtos konkurencijos principai pagal Porter, Tiesberg (2006): dėmesys nukreiptas į paciento gaunamą vertę; konkurencija pagrįsta

rezultatais; konkurencija sufokusuota į paciento medicininę sveikatos būklę viso sveikatos priežiūros ciklo metu; vertė nustatoma medicininės būklės lygyje, remiantis tiekėjų patirtimi, mastu ir žiniomis; konkurencija ne tik lokali, bet ir regioninė ar nacionalinė; informacija apie rezultatus visiems prieinama. Pagrindiniai konkurencijos, paremtos vertė, principai yra perimti iš kitų šakų patirties ir pagrįsti sveikatos priežiūros literatūra. Vertė paremta konkurencija numato naują sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo koncepciją, kuri gali padėti transformuoti sveikatos apsaugos sistemą ir be vyriausybės įsikišimo. Ši konkurencija leidžia sukonkretinti ir paversti veiksmingais strateginius, organizacinius, operatyvinius ir politinius imperatyvus visiems sistemos dalyviams.

Kai kuriose JAV ir Vakarų Europos sveikatos apsaugos sistemos organizacijose (Cleveland Clinic, Bascom Palmer Eye Institute, Hospital for Specialty Surgery, M.D.Anderson Cancer Center ir kt.) vertė paremtos konkurencijos mechanizmas jau funkcionuoja, tačiau dar nėra sukurta ir įdiegta visiškai integruota sistema, funkcionuojanti tarp visų sveikatos apsaugos sistemos dalyvių. Taigi, kai kurios sveikatos apsaugos sistemos organizacijos savo veikloje jau taiko kai kuriuos vertė pagrįstos koncepcijos principus.

XX a. pabaigoje pastebima darbų, susijusių su rezultatais ir kokybe, koncentracija ir vystymas. Tačiau sveikatos apsaugos sistemos pagrindinis dėmesys buvo skiriamas proceso, bet ne rezultato lygiui. Be to, jis buvo nukreiptas į individualius pacientus ir tokius organizacinius vienetus kaip ligoninės, bet ne į pačią visuomenę. Ši tendencija pasireiškė iš dalies dėl “kokybės gerinimo” metodų, išsakytų Deming (1986), paplitimo. Pastaraisiais metais padidėjo dėmesys sveikatos priežiūros kokybei: sveikatos profesionalai ir sveikatos priežiūros institucijos rūpinasi teikiamos priežiūros kokybe ir paslaugų rezultatu. Vienas iš konkurencijos teigiamo suaktyvinimo būdų yra transformuoti sveikatos priežiūros paslaugų tiekimą, įvedant tokį parametą kaip vertė pacientui (Enthoven, Tollen, 2006; Porter, Tiesberg, 2006). Sveikatos priežiūros vertė yra sveikatos rezultatas už išleistą piniginių vienetą. Ji nustatoma remiantis paciento individualia medicinine būkle per visą

sveikatos priežiūros ciklą, nuo stebėjimo ir prevencijos iki gydymo ir tolesnio ligos valdymo. Sveikatos rezultatas - tai paciento gaunamas medicininės būklės lygio rezultatas už išlaidų vienetą. Privalomas rezultatų įvertinimas ir pranešimai yra turbūt vienintelis svarbiausias žingsnis reformuojant sveikatos apsaugos sistemą (Oppenheim ir kt., 2007). Čia nėra vietos prielaidai, kad gera kokybė yra brangesnė. “Paslauga nėra kokybiška vien todėl, kad ją sunku teikti ir tai kainuoja daug lėšų. Klientai moka tikrai už tai, kas duoda jiems naudos ir vertę. Niekas kita nesudaro kokybės” (Drucker, 2007).

Įvertinus JAV sveikatos apsaugos sistemos reformos evoliuciją (žr. 3 priedą), matyti, kad šiandieninės sveikatos apsaugos sistemos tikslas yra pasirinkimo galimybė ir klaidų mažinimas, bet ne kliento vertės kūrimas. Fundamentiniame lygyje konkurencija sveikatos apsaugos sistemos rinkoje turėtų vykti, kur iš tikrųjų yra kuriama vertė klientui. Esminė šiandienos sveikatos apsaugos sistemos problema yra tai, kad konkurencija nevyksta nei atskirame medicininės būklės lygyje, nei viso sveikatos priežiūros ciklo metu.

Sveikatos apsaugos sistemoje labiau nei bet kurioje kitoje šalies ūkio sistemoje susiduriama su reiškiniu, kad geresni tiekėjai dažniausiai yra ir brangesni. Tačiau gera kokybė yra mažiau brangi, dėl: tikslesnės diagnozės; mažesnių gydymo klaidų; žemesnio komplikacijų lygio; greitesnės medicininės būklės atsistatymo; mažiau naudojamo invazinio gydymo; būtinybės gydyti minimizavimo (Callahan, Wasunna, 2006). Geresnė kokybė, suteikiama brangesnių tiekėjų, yra mažiau brangi nei liga (Laing, 2002; Davis, 2007). Geresni tiekėjai gali dažnai pasiekti aukštas pozicijas su tais pačiais ar mažesniais kaštais, todėl kokybės gerinimas nereikalauja didinti išlaidų.

Kai kurie mokslininkai tvirtina, kad sveikatos apsaugos sritis yra kitokia ir kad rinkos principai čia netaikomi (Mushkin, 1974). Tačiau nulinės sumos konkurencija sveikatos apsaugos sistemoje yra destruktivi ir didžiausias sveikatos apsaugos sistemos skirtumas nuo kitų ūkio sistemų yra tai, kad čia rinkos principų jėga yra netgi daug didesnė nei kitur. Kadangi vertė paremtos konkurencijos galimybės leidžia organizuoti sveikatos apsaugą tokiu būdu, kad ji būtų geresnės kokybės ir mažiau brangi, rinka įgauna netgi dar daugiau

potencijos. Konkuruojant dėl klientui suteikiamos vertės sveikatos apsaugos sistemos rinkoje susiformuoja teigiamos sumos konkurencija, kuri naudinga visiems sistemos dalyviams. Vertės gerinimo pacientams tikslas suvienija visų sistemos dalyvių, kurie dažnai dirba su „kibirkščiuojančiais“ tikslais, interesus. Kai visos sveikatos apsaugos sistemos sudedamosios dalys konkuruos, siekiamos geriausių rezultatų pacientui, jos sieks ir profesionalumo.

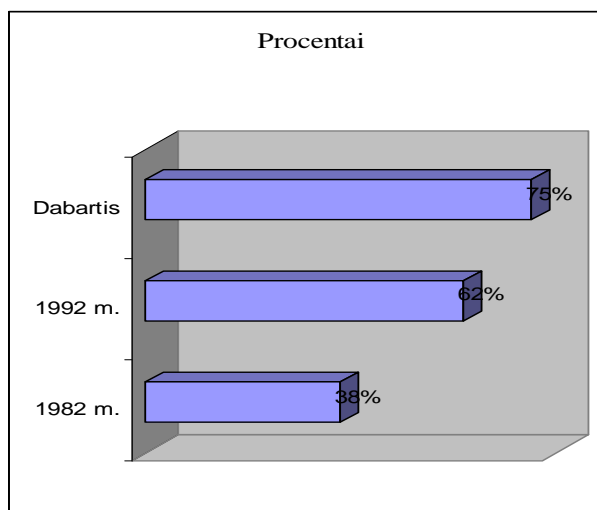
Daugelyje šalių sveikatos apsaugos sistemose šiandien stebimos pastangos perfokusuoti tikslus į pacientui suteikiamą vertę: sukurti sąlygas konkurencijai veikti valstybės valdomose sveikatos apsaugos sistemose, pergalvoti paslaugų tiekimo organizavimą ir rinkti bei platinti informaciją apie rezultatus. Esant gerai išplėtotai pirminės priežiūros struktūrai (daugelyje išsivysčiusių šalių), galima palengvinti sveikatos apsaugos sistemos perėjimą prie vertė valdomos sistemos, kuri leistų šalims sparčiau progresuoti sveikatos apsaugos srityje.

Subalansuotų efektyvumo rodiklių sistema. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijos dešimtmečius savo veiklą vykdė komforto sąlygomis: konkurencija neegzistavo. Valstybės jas legaliai saugojo nuo potencialių – labiau efektyvių ir novatoriškų - konkurentų. Iš esmės, paslaugų kainų nustatyme, veiklos vystyme ir plėtotėje sveikatos apsaugos sistemos organizacijos nedalyvavo. Toks valstybinio reguliavimo kontekstas buvo pramoninės eros įtakos pasekmė. Informacinių technologijų atsiradimas paskatino paslaugas teikiančių organizacijų globalias privatizavimo iniciatyvas, kadangi naujoje informacinėje aplinkoje investicijų ir materialių aktyvų valdymo vaidmuo sumažėjo, užleisdamas vietą sugebėjimui mobilizuoti ir optimaliai panaudoti nematerialius aktyvus (naujų galimybių paieška).

Organizacijos kaip pinigų uždirbimo mechanizmo sampratoje įvyko dideli poslinkiai. Šiuolaikinis požiūris organizacijos veiklą traktuoja kaip tarpusavio santykių tarp steigėjų, darbuotojų, vartotojų ir pan. sistemą. To pasėkoje organizacijos veiklos įvertinimas, besiremiantis finansiniais duomenimis, neatspindinčiais daugelio valdymui ir akcininkams svarbių rodiklių, vis prasčiau atitiko augančius valdymo poreikius. Be to, organizacijų

vertė vis labiau tapo priklausoma nuo nematerialių aktyvų tokių, kaip stiprūs brendai, darbuotojų žinios ir patirtis, pažangių technologijų įvaldymas ir pan. Nebuvo sukurtas adekvatus kontrolės instrumentas, padedantis sekti strategijos įgyvendinimą viso proceso metu, todėl dažnai organizacijų požiūris į strateginį valdymą buvo nepakankamai pozityvus.

Atsiradus minėtiems pokyčiams klasikinėje organizacijos veiklos sampratoje ir iškilus ilgalaikio organizacijos vystymosi monitoringo problemoms, organizacijos strateginio valdymo lygmenyje susiformavo labiau subalansuoto požiūrio poreikis. 3 paveiksle matyti, kad organizacijų nematerialių aktyvų vertė nuo 1982m. (sudarė 38 proc.) iki šiandien (75 proc.) padidėjo 39 proc.



3 pav. Organizacijų nematerialių aktyvų vertės augimas (sudaryta autorės, remiantis Niven „Balanced Scorecard Step-by-Step: Maximizing Performance and Maintaining Results“, 2006).

1990-1991m. Kaplan ir Norton atliko tyrimą, kurio tikslas - esminių organizacijos efektyvumo rodiklių paieška ir įvertinimas, atskleidė, kad norint suvokti efektyvumo priežastis nepakanka tik finansinių rodiklių. Todėl buvo sukurta Subalansuotų efektyvumo rodiklių sistema (SERS), apimanti tiek finansinius, tiek nefinansinius rodiklius, tokius kaip santykiai su vartotojais,

vidiniai verslo procesai, apmokymas ir tobulinimas (įgūdžiai ir žinios) rodiklius. Palaipsniui ši koncepcija išsivystė į šiuolaikiškos struktūros, skirtos strateginio valdymo ir strategijos organizacijoje realizavimui, sampratą. SERS dėka strateginis valdymas įgijo naujus, labiau apibrėžtus kontūrus, tapo daug dinamiškesnis (žr. 1 lentelė).

1 lentelė

Strateginio planavimo principų kaita

(sudaryta autorės, atlikus lyginamąją įvairių strateginio valdymo koncepcijų analizę)

| Ankstesnieji strateginio planavimo principai | Modernūs strateginio planavimo principai |
|--|---|
| Planavimas skirtas į strateginių veiksmų aprašymui | Planavimas orientuotas į strategijos įgyvendinimą |
| Vieningos metodikos trūkumas, organizacijos planai nėra tarpusavyje susieti | Planavimas apima visus organizacijos lygius, sukurta vieninga metodika |
| Planavimo ciklas trukmė 3- 5 metai | Strategija gali būti koreguojama bet kuriuo metu |
| Strateginis planas – „popierinis“ dokumentas | Strateginis planas – sugrupuotų rodiklių lentelės, t.y. kaip strategija realiai įgyvendinama |
| Kūrybinis strateginio mąstymo procesas vyksta aukščiausiame organizacijos valdymo lygyje | Kūrybinis strateginio mąstymo procesas vyksta visais valdymo lygiais |
| Planuojama dėl nurodymų | Planuojama, nes aiškiai suvokiama, ką reikia atlikti |
| Strateginis planas nesusietas su kasdieniais veiksmais | Strateginis planas yra dinaminis procesas, kuris aprūpina reikiama informacija sprendimų priėmimo |
| Fokusas į trumpalaikius finansinius tikslus | Fokusas į finansinius ir nefinansinius tikslus, apimančius visas organizacijos veiklos perspektyvas |
| Planavimas yra formalus | Realiai įvertinami išteklių |
| Neįvertinamas suplanuotų veiksmų atlikimą | Tiksliai įvertinamas suplanuotų veiksmų atlikimas |
| Strateginiai tikslai nepakankamai susieti | Visi tikslai susieti grįžtamaisiais ryšiais |

Šiandien konkurencingumo rezervas, grindžiamas tik sąnaudų mažinimu, aktyvų naudojimu, logistika, yra praktiškai išnaudotas. Organizacijos ieško

naujų būdų savo operatyviam efektyvumui padidinti. O SERS - tai veiksminga organizacijos strategijos įgyvendinimo priemonė, padedanti viziją ir strategiją perkelti į operatyvinių tikslų rinkinį, kuris kryptingai įtakoja darbuotojų elgseną ir darbo efektyvumą. Strategijos įgyvendinimo efektyvumo rodikliai - svarbus grįžtamojo ryšio mechanizmas. Pagrindinės SERS panaudojimo galimybių sritys yra: 1) finansinis įvertinimas ir valdymas; 2) efektyvumo įvertinimas; 3) efektyvumo valdymas; 4) strateginis valdymas. Iš esmės *SERS filosofija plačiausiai pritaikoma strateginio valdymo srityje, t.y. kuriant strategiškai orientuotą organizaciją*. Strateginių tikslų išmatuojami rodikliai, kurie sudaro SERS yra (Kaplan, Norton, 1996) (žr. 4 priedą):

1. *Finansai* (kiek akcininkams naudinga investuoti į organizaciją);
2. *Klientai* (kaip sudominti klientus, kokie organizacijos konkurenciniai pranašumai);
3. *Vidiniai procesai* (kokius procesus ir kaip gerinti, siekiant būti konkurencingiems);
4. *Apmokymas ir tobulinimas* (kokias žinias, patirtį, technologijas naudoti).

SERS transformuoja organizacijos misiją į konkrečias užduotis ir rodiklius, papildydama jau egzistuojančią praeities laikotarpio finansinių rodiklių sistemą perspektyvų įvertinimu. Šios sistemos tikslai ir rodikliai susiformuoja priklausomai nuo konkrečios organizacijos pasaulėžiūros ir strategijos, todėl:

- organizacija pajėgi kurti vertę šiandienos ir rytdienos klientams;
- organizacija sugeba išplėsti vidines galimybes ir padidina investicijas, skiriamas personalui, verslo-sistemoms ir procedūroms.

SERS sukūrimas – tai žingsnis link strategiškai orientuotos sveikatos apsaugos sistemos formavimo (Kaplan, Norton, 2000). Siekiant apibūdinti strategiškai orientuotos sistemos esmę, svarbu atskleisti principus, kuriais remiasi jos veikla:

1.Strategijos pervedimas į operatyvinį lygį. SERS esmė yra strateginių žemėlapių sudarymas, kurie yra nauja strategijos aprašymo ir įdiegimo forma, vaizduojanti, kaip strateginiai tikslai virsta arba transformuojasi į hierarchines

sistemas ar atskirų valdymo padalinių veikimo uždavinius, tikslus ir programas (Kaplan, Norton, 2003).

2.Strateginio atitikimo sukūrimas. Tradicinė orientacija į funkcionalias sritis (finansai, gamyba, marketingas, ir t.t.) keičiama strategiškai orientuota, kuri formalias struktūras pakeičia naujomis strateginėmis kryptimis ir nustato prioritetus, apjungiančius savarankiškus padalinius. Atskiri organizaciniai vienetai ir pagalbinių paslaugų poskyriai savo SERS atspindi bendras kryptis ir tikslus, tokiu būdu sukurdami ryšius su bendra organizacijos strategija.

3.Strategija kaip kasdienis kiekvieno darbuotojo darbas. Norint įgyvendinti strategiją, svarbus kiekvieno darbuotojo palaikymas ir aktyvus dalyvavimas.

4.Strategija kaip nepertraukiamas procesas. Taikant SERS, išryškėja trys pagrindinės kryptys, kurių metu organizacijos strategijos formavimas tampa pastoviu, nepertraukiamu procesu:

- Ryšys tarp strategijos ir biudžeto sudarymo proceso.
- Vadybininkų pasitarimų, skirtų periodiškam strategijos aptarimui, įdiegimas.
- Strategijos išnagrinėjimo ir adaptacijos procesas. Iš pradžių SERS yra kaip tam tikras hipotezių apie strategiją rinkinys. Sistemos sukūrimas padeda išryškinti priežastinius ryšius tarp strateginių hipotezių. Kai tik sistema sukurta ir pradeda veikti grįžtamasis informacinis ryšys, organizacija gali pasitikrinti iškeltas hipotezes.

5.Pasikeitimų aktyvavimas kaip aktyvaus aukščiausiojo lygio vadybininkų vadovavimo rezultatas. Koncentruojamasi į pastangų mobilizaciją ir impulso, kuris privalomas proceso paleidimui, sužadinimą. Kai tik organizacija pasiruošusi pokyčiams, fokusuojamasi į valdymą. Palaipsniui atsiranda naujas valdymo lygis – strateginis valdymas, kuris apjungia naujas organizacinės kultūros vertybes ir struktūras į naują sistemą.

Įgyvendinus šiuos penkis principus, organizacijos veikloje atsiranda balansas ir galimybė kiekvienam valdymo lygiui (vadovų, specialistų ir pan.) pasitikrinti, ar tam tikro lygio darbai tinkamai planuojami ir vykdomi visoje

organizacijos hierarchijoje. Visapusiškai pozityvūs rezultatai bet kurioje sistemoje gali būti pasiekiami, jeigu realizuojami tokie tarpusavyje susiję veiksniai kaip strateginiai žemėlapiai ir SERS, kurie padeda formuoti sąlygas strategiškai orientuotos organizacijos sukūrimui.

SERS įgavo platų pripažinimą ne vien kaip instrumentas, užtikrinantis efektyvų strategijos formavimą ir komunikaciją, bet ir kaip strategijos valdymo mechanizmas. SERS naudojama kaip pagrindinis organizacijos veiklos valdymo instrumentas, leidžiantis nustatyti individualius darbuotojo, atskiro padalinio ir visos organizacijos tikslus, ir supažindinti su jais visų organizacijos lygių vykdytojus. Strategija, šiuo atveju, yra nepertraukiamas procesas, kurio metu visi procesai, vykstantys organizacijoje, įgauna grįžtamąjį ryšį ir įneša pataisas į strategiją. SERS sieja efektyvų materialių aktyvų naudojimą su nematerialių aktyvų mobilizacija, o tai tampa esminiu efektyvumo ir konkurencingumo didinimo šaltiniu. Organizacijos pereina prie esamų ir potencialių vartotojų elgesio, įpročių, prioritetų nagrinėjimo (*nuo tradicinio valdymo ir kontrolės prie orientacijos į klientą, jam suteikiamos vertės paieškas*) ir siekia, kad tokios analizės rezultatai atsispindėtų organizacijų strategijose. Taigi, organizacijos strategija tampa ypatingai svarbiu konkurencinės kovos įrankiu.

Strateginių centrų vaidmuo intelektualios strategijos formavime.

Formuojant strateginį valstybės valdymą ir strateginę architektūrą iškyla mokslinė problema, kaip įgyvendinti konkurenciją, paremtą verte, ir įdiegti SERS, kaip strategijos valdymo mechanizmą, tiek valstybės, tiek jos atskirų sistemų valdyme. Strateginis mąstymas padeda užgimti tokiai tyrimų proceso organizacijos formai kaip strateginių tyrimų centrai – „minčių fabrikai“ (angl. *think tanks*), kurie peržiūri naujas, neištyrinėtas geopolitines, geoekonomines, strategines, technologines bei vadybines šalies galimybes, siekiant naujos raidos kokybės. „Minčių fabrikų“ produktai – tai naujausių tyrimo metodų ir strateginės analizės bei sintezės dėka gauti įvairių valstybės ir jos pagrindinių sektorių valdymo būdų ir priemonių variantai, projektai, koncepcijos,

rekomendacijos ir pan. Strateginių centrų vaidmuo svarbus formuojant strateginį valstybės valdymą ir šalies strateginę architektūrą, nes jei išsenka visuomenės elito strateginiai horizontai (strateginių tikslų–vaizdinių sistema), atsiranda fundamentalus jos valdymo defektas (Неклецца, 2002).

Nors postmodernieji viešojo administravimo teoretikai (Castells, 1996; Visser, 2004; Bogason, 2001) siūlo pertvarkyti valdymo mechanizmus, socialinius santykius grindžiant ne hierarchija, o bendradarbiavimu tarp valdžios ir elito, tačiau Lietuvoje yra tik maža elito dalis, „aptarnaujanti“ valdžią. Sėkminga tokio kokybinio bendradarbiavimo išraiška („politikai – mokslininkai (strategai) – valdininkai“) demokratinėse visuomenėse yra strateginių „minčių fabrikų“ veikla. Tai kokybiškai kitas nei Vyriausybės ar ministerijų darbuotojų mąstymo ir apibendrinimo lygis ir ryšio tarp projekcinio žinojimo, valdžios ir politikos parengimo aktualiose srityse (viso ūkio konkurencinės politikos formavimas, sveikatos apsaugos ir kitų sričių strategijų rengimas) suformavimas.

„Minčių fabrikai“ remia ir vykdo mokslinius tyrimus, bet tai nėra esminė veiklos sritis, kadangi jie orientuojasi į idėjų praktiškumą, o ne teorinius jų pagrindimo modelius. Vienas žymesnių tarptautinių centrų yra *Romos klubas* (*The Club of Rome*), kurio misija yra veikti kaip pasauliniam pokyčių katalizatoriui, kurio veiklos neriboja jokie politiniai, ideologiniai ar verslo interesai. JAV strateginis centras *RAND Corporation* yra ne vyriausybinių, ne pelno tyrimų organizacija, kurios tyrimai šiandien fokusuojasi į nacionalinio tokiose sferose kaip sveikatos apsauga, švietimas, teisė ir pan. Šio centro darbuotojų ir konsultantų kvalifikacija (26 Nobelio premijos laureatai ir kt.) ir novatoriškas problemų sprendimo požiūris leidžia pamatyti perspektyvas minėtose sferose. Suomijos nacionalinis mokslinių tyrimų ir plėtros fondas *SITRA* (*The Finnish National Fund for Research and Development*) - tai nepriklausoma viešoji įstaiga, kurios veikla subalansuota skatinti Suomijos ekonominę gerbūvį. Fondo veiksmų laukas sutelktas į šešias programas, kurios sudarytos iš įvairiausių projektų ir priemonių: inovacijos; sveikatos apsauga; maistas ir mityba; aplinka; Rusija; Indija.

Todėl siekiant rezultatyvios, nukreiptos į ateities rinkas strateginio valdymo sistemos formavimo, užgimsta prielaidos šalia Vyriausybinių institucijų formuoti strateginių centrų padalinius. Pasauliniai strateginio valdymo įdiegimą praktikoje pavyzdžiai, atskleidžia, kad strateginį mąstymą būtų galima labai gerai realizuoti ir Lietuvos valstybės strateginio valdymo sistemos organizavime, jei sukurtumėme tarpusavyje konkuruojančių strateginių centrų tinklą, „maitinantį“ šią sistemą.

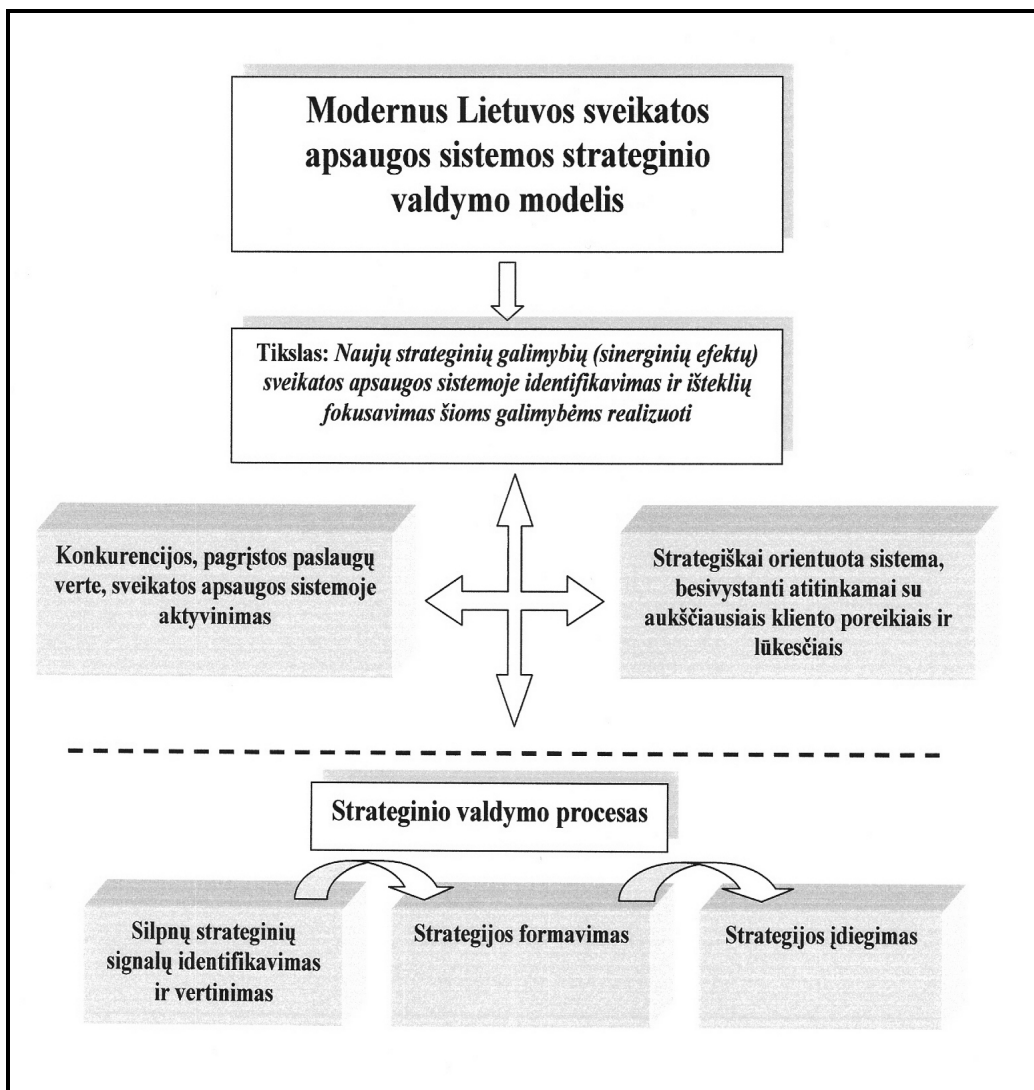
Teorinis sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis.

Remiantis pasauline strateginio valdymo koncepcijų raida, autorė pabandė lygiagrečiai išvelgti, kaip naujausių tendencijų pozityvius aspektus galima pritaikyti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginiame valdyme. Dalis strateginio valdymo koncepcijų kūrėjų (Kaplan, Norton, Porter, Tiesberg, Hamel, Prahalad ir kt.), labai tampriai dirbančių praktiniame strateginio valdymo lygmenyje tiek verslo, tiek ir nekomercinėse struktūrose, įsitikino, kad efektyvus valdymas padeda organizacijai realiai įdiegti konkurencinę strategiją. Iš tokių teorinių pozicijų autorė formuoja Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį (žr. 4 pav.). Šio modelio tikslas yra identifikuoti sistemoje naujas strategines galimybes ir sufokusuoti esamus išteklius šių galimybių realizavimui. Strateginio valdymo modelis sudarytas iš tarpusavyje susijusių dviejų blokų – konkurencijos, pagrįstos paslaugų verte, ir strategiškai orientuotos sistemos. Šių blokų dedamosios sąveikauja viso strateginio valdymo proceso metu ir sukuria papildomą sinergetinę vertę.

Organizacijos strateginis valdymas yra nuolatinis, dinaminis ir nuoseklus procesas, kuriuo remiantis organizacija prisitaiko prie išorinės aplinkos pokyčių ir efektyviau išnaudoja savo išteklius. Strateginio valdymo procesas pagrįstas strateginėmis galimybėmis ir dinamiška strategija, kuri reikalauja ne tik analizės (silpnų strateginių signalų identifikavimo ir vertinimo), bet ir strateginio apmokymo, dinamiškos strategijos formavimo ir jos realizacijos.

Taigi, teorinės darbo dalies pabaigoje autorė suformavo tyrimo modelį, pagal kurį antroje disertacijos dalyje analizuojama sveikatos apsaugos

sistema Lietuvoje. Vėliau šio modelio sudedamosios dalys naudojamos kaip pagrindas empirinei analizei atlikti.



4 pav. Teorinis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis (sudaryta autorės).

2. SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS FUNKCIONAVIMO IR VALDYMO PROCESŲ TYRIMAS

Strateginio valdymo posistemės formavimas tampa viena iš prioritetinių kryptų, siekiant, kad sveikatos apsaugos sistema sugebėtų tinkamai reaguoti į šiandienos ir rytdienos iššūkius. Teorinės dalies analizė atskleidė, kad šiandien esminė strateginio valdymo proceso dalis, į kurią fokusuojasi mokslininkų diskusijos, yra realus strategijos įgyvendinimas. Antrojoje disertacinio darbo dalyje autorė analizuoja šiandieninį sveikatos apsaugos sistemos kontekstą ir strateginio valdymo galimybių pritaikymo praktiką užsienio šalyse, siekiant atskleisti tuos pozityvius valdymo aspektus, kuriuos galima pritaikyti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos funkcionavimui.

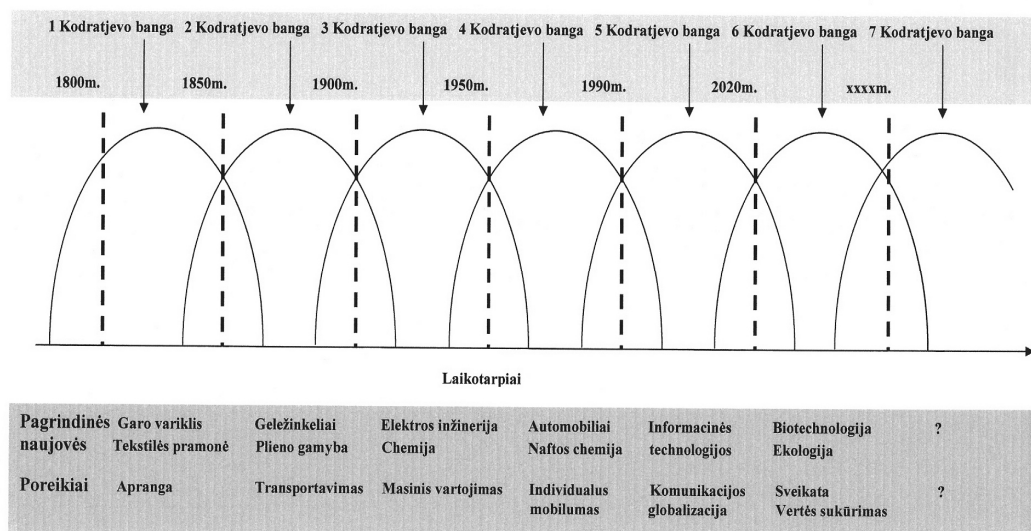
Šioje darbo dalyje bus laikomasi tokios dėstymo logikos: 2.1. skyriuje analizuojamas pasaulinis strateginio valdymo ir sveikatos apsaugos sistemos kontekstas, aptariant sveikatos paslaugų reikšmę ir specifiškumą, ir užsienio šalių patirtis formuojant konkurencinę strategiją. 2.2. skyriuje analizuojama Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo koncepcija bendrame Lietuvos ūkio strateginio valdymo įdiegimo kontekste ir pateikiamas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo proceso tyrimo modelis, kurio pagrindu įvertintas sistemos konkurencinis potencialas. 2.3. skyriuje analizuojama ir palyginama Lietuvos ir Vakarų Europos šalių sveikatos apsaugos sistemos organizacinė struktūra. 2.4. skyriuje (remiantis 2.2. skyriuje pateiktu strateginio valdymo proceso tyrimo modeliu) autorė parengė ir atliko Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginių valdymo galimybių empirinį tyrimą.

2.1. KONKURENCINĖS STRATEGIJOS FORMAVIMAS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE

Siekiant priimti rezultatyvius šiandienos ir rytdienos strateginio valdymo sprendimus, svarbu įvertinti kontekstą, kurio veikoje šie sprendimai užgimsta.

Šiandien visos pasaulio valdymo sistemos susiduria su problemomis, kurias sąlygoja ekonominės, socialinės, politinės ir technologinės transformacijos, todėl labai svarbu šiandieniam strateginio valdymo traktavime šių transformacijų suvokimas, įvertinimas bei valdymas.

PASAULINIS STRATEGINIO VALDYMO SPRENDIMŲ IR SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMŲ KONTEKSTAS. Studijoje „Horizons 2020“ (2007) galimų ateities įvykių scenarijų 2020-ųjų Europoje svarbi vieta tenka ir sveikatos apsaugai, išskiriant tokias tendencijas: globalizacijos plėtra, gyvenimo trukmės ilgėjimas, gimstamumo mažėjimas, technologijų raidos spartėjimas ir kt. ES Reformų sutartyje (Lisabona, 2007) pažymimi šie iššūkiai pasaulio sveikatos politikai: gyventojų senėjimas ir sveiko senėjimo rėmimas; pandemijos, biologiniai incidentai ir bioterorizmas; sveikatos priežiūros sistemų kaita ir naujos technologijos.



5 pav. Ekonominių ciklų fazių kaita (adaptuota autorės, remiantis "TNS Infratest" tyrimu "Horizons 2020"(2007)).

Kaip matyti iš Kondratjevo bangų (žr. 5 pav.), ekonominiai ciklai kartojasi ir šiandien komunikacijų globalizacijos siekį pradeda keisti

visuomenės poreikis sveikatai, o ypač vertės sveikatos priežiūroje klientui sukūrimas.

Formuojant XXI a. sveikatos apsaugos sistemos strategiją, Drucker (2001) akcentuoja: gimstamumo mažėjimą išsivysčiusiose šalyse, pokyčius disponuojamų pajamų paskirstyme, efektyvumo nustatymo pasikeitimą, konkurencijos globalizaciją, augantį neatitikimą tarp ekonominių ir politinių realių. Prognozuojama, kad XXI a. augimas ir strateginio valdymo poreikis išliks nekomercinio sektoriaus srityse: *vyrniausybinų išlaidų, sveikatos apsaugos, švietimo ir laisvalaikio praleidimo*.

Globalizacija ir transformacijų įtaka sveikatos apsaugos sistemai.

Globalizacijos kryptys, ypač laisvas paslaugų judėjimas, informacijos prieinamumas, technologijų vystymasis ir integracija glaudžiai siejasi su visuomenės sveikata. Mokslinėje literatūroje ir PSO dokumentuose vis plačiau vartojama sąvoka „globalinė sveikata“, kuri atspindi globalizacijos fone vykstančius sveikatos pokyčius (Brown ir kt., 2006). Tačiau kolosalūs technologijos pokyčiai - t.y., fizinio darbo pakeitimas protiniu, materialaus produkto - informacija, gamybos - paslaugomis, o taip pat laimėjimai medicinoje atskleidžia, kad šiandien pasaulis susiduria su problemomis, kurias sąlygoja ekonominės, socialinės, politinės ir technologinės transformacijos. Vykstant globalizacijos procesams, atsiranda netolygumai: socialiniai skirtumai tarp atskirų valstybių ir visuomenės grupių valstybėse, išsivysčiusių ir besivystančių valstybių (George, 1999; Lasch, 1995; Fukuyama, 1999). Stiglitz (2002) teigia, toks globalizacijos efektas atsiranda dėl blogo šio reiškinio valdymo ir argumentuoja, kad globalizacija yra teigiamas reiškinys.

Viena iš globalizacijos ir sveikatos apsaugos sistemos sąsajų yra sveikatos geografija (sveikatos ir geografinės vietos sintezė). Ji pagrįsta geografinių žemėlapių sudarymu, kurie prognozuoja geografinius visuomenės sveikatos pokyčius laike ir erdvėje, įvertina geografines ir socialines, politines ir ekonomines aplinkos sąsajas bei jų įtaką sveikatai, sudaro sąlygas sveikatos ir sveikatos priežiūros nelygybės prevencijai (Gatrell, 2002).

Ekologinės transformacijos. Retėjantis ozono sluoksnis, klimato pokyčiai ir kiti gamtiniai procesai daugelio mokslininkų pripažįstami kaip žmonijos veiklos sukelti padariniai. Nors pvz., Singer ir Avery (2008) teigia, kad dabartinis atšilimas yra natūralaus klimato vėsimo ir šilimo ciklo dalis. Tačiau JT Tarpvvyriausybinės klimato kaitos komisija (IPCC, 2007) pabrėžia, kad žmonijos veiklos įtaką planetos atšilimui patvirtinta neabejotini įrodymai. Todėl svarbu sureguliuoti šią veiklą, priimant nepopuliarius strateginius sprendimus, apribojančius ją griežtomis taisyklėmis (Drucker, 2001).

Ekonominės transformacijos. Sveikatos apsaugos sistema taip pat priklauso ir nuo BVP dydžių pokyčių, jo dalies, realiai skiriamos sveikatos apsaugai, bendro ir sveikatos apsaugos sistemos organizacijų privatizavimo laipsnio, rinkos ir konkurencijos, užimtumo ir t.t. Labonte, Spiegel (2003), išskirdami pagrindinius globalinės sveikatos atsiradimo šaltinius, be neigiamų ekologinių padarinių, pamini ir finansinių rinkų nestabilumą, mokesčių, kainų augimą ir valdymą. Ekonominis augimas vis dar laikomas ekonominio gerbūvio sinonimu (George, 1999). Tačiau Capra ir kiti (2007) akcentuoja, kad būtent socialinė-ekonominė sistema tapo pagrindine grėsme žmonijos sveikatai.

Politinės transformacijos. Sveikatos apsaugos sistema priklauso ir nuo tokių politinių veiksnių: bendrų valstybės ir sveikatos apsaugoje prioritetų; valdančiosios partijos programinių nuostatų; santykių su šalies institucijomis (kapitale dalyvauja valstybė ir savivaldybės). Sveikatos apsaugos sistemos politika priklauso ir nuo teisinių veiksnių: esamos Konstitucijos, nacionalinės sveikatos koncepcijos, sveikatos sistemos įstatymo ir kt.

Socialinės transformacijos. Sveikatos apsaugos sistemą įtakoja socialiniai ir kultūriniai veiksniai: gyventojų galutinio vartojimo pokyčiai ir juos lemiantys veiksniai (demografiniai kitimai, gyventojų pajamų augimas ir pasiskirstymas ir t.t.) ir atvirkščiai, bendras sveikatos lygis šalyje veikia galutinio vartojimo pokyčius. Socialinių veiksnių valdymas yra sudėtingas globalinio masto procesas, kurio metu siūloma orientuotis į tokius aspektus kaip vaikystė, darbo sąlygos, socialinė atskirtis, lyčių lygybė, urbanizacija,

globalizacija, sveikatos priežiūros sistemos, procesų vertinimas ir pagrindimas (Oration, 2006).

Dėl egzistuojančio socialinio ir kultūrinio konteksto visuomenė dažnai negali išspręsti stresinių situacijų sveiku būdu, todėl neretai organizmas „išprovokuojamas“ ligoms kaip išeičiai iš susidariusios situacijos. Natūrali reakcija į stresines situacijas susiformuoja kaip: *fizinė liga, psichinė liga, socialinė liga*: nusikaltimai, narkomanija ir kitas antisocialinis elgesys (Simonton ir kt., 2002; Syme, 1996). Todėl, jei tam tikru laikotarpiu sergamumo rodikliai sumažėjo, bet išaugo nusikalstamumas, tai reiškia, kad mes nieko nepadarėme, kad pagerintume visuomenės sveikatą“ (Capra, 1989).

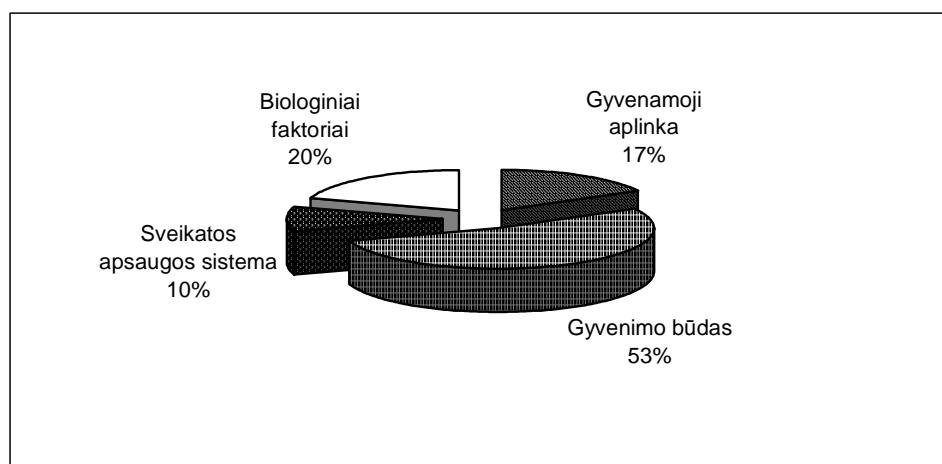
Technologinės transformacijos sveikatos apsaugos sistemai išryškina galimybes teikti naujas sveikatos priežiūros paslaugas, gerinti esamų paslaugų kokybę, mažinti jų savikainą, prisitaikyti prie kintančios aplinkos, įgyti konkurencinį pranašumą. Technologijų suklestėjimas skatina ir biotechnologinės revoliucijos raidą, kuri atveria ne tik daug galimybių, bet sukuria ir problemų sveikatos apsaugos srityje (Naisbitt ir kt., 1999). Ypač svarbu kontroliuoti biotechnologijų kūrimo procesą, nes šio proceso produktai (nauji virusai, genetiškai modifikuoti maisto produktai, genų inžinerija ir pan.) pajėgūs sukurti žmonijos prigimties pakeitimo grėsmę.

Sveikatos apsaugos sistemos paslaugų reikšmė ir specifiškumas. Šiuolaikinė sveikatos samprata susiklostė įtakojant mokslinei techninei pažangai bei atsivėrusioms naujoms socialinėms-ekonominėms galimybėms. PSO apibrėžtas įvairialypis sveikatos pobūdis - fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė - leidžia teigti, kad sveikatos problemas turi būti sprendžiamos kompleksiskai, bendradarbiaujant ne tik Vyriausybei, visuomenei ir sveikatos apsaugos sistemos organizacijoms, bet ir visoms valstybės ūkio sistemoms.

Nobelio premijos laureatas Schultz (1971) gyventojų gyvenimo kokybės gerinime išskiria sveikatingumo gerinimą, asmens ugdymą, profesijos mokymą ir nuolatinio mokymo sistemą. Bendriausias Lietuvos tikslas, išsakomas Mokslo ir technologijų baltojoje knygoje (2001), yra žmogaus ir visuomenės raida, kuri apima ir investiciją į sveikatos apsaugą ir švietimą. Mokslinėje

literatūroje sutinkamos dvi ekonomistų pasisakymų kryptys, išreiškiančios požiūrį į sveikatos priežiūros paslaugas:

1) *Sveikatos priežiūros paslaugos yra prekės*, nesiskiriančios nuo kitų vartojimo prekių („laizes fare“ šalininkai). Sveikata panaši į kitus produktus, nes ji susijusi su vartojimu, jos pasiūla ribota, o paklausa yra atvirksčiai proporcinga kainai. Kaip matome iš 6 paveikslo, didžiausią lyginamąjį svorį gyventojų sveikatos būklę lemiančių veiksnių grupėje užima socialiniai veiksniai: gyvenimo būdas ir jo kokybė – 53 proc., kitų veiksnių lyginamieji svoriai pasiskirstę taip: sveikatos apsaugos sistemos kokybė - 10 proc., gyvenamoji aplinkos kokybė - 17 proc. bei biologiniai faktoriai – 20 proc. Taigi, ryšys tarp medicininio aptarnavimo ir gyvenimo trukmės yra silpnas.



6 pav. Veiksniai, nulemiantys gyventojų sveikatos būklę. Šaltinis: „Monitoring of the strategy for health for all by the year 2000 (1989). Part 1. The situation in the European region 1987/1988“.

2) *Sveikatos priežiūros paslaugos yra ne vien tik prekės*. Mushkin (1974) teigė, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi specifines savybes, o paklausa ir pasiūla nenustato rinkos kainos. Rinkoje beveik neegzistuoja pelno motyvas, o vartotojai negali pasirinkti tarp sveikatos ir kitų prekių. Be to, sveikata yra individualizuotas produktas, nes kiekvienam pacientui dėl jo individualios sveikatos būklės reikalingas specifinis gydymas. Todėl sveikatos priežiūros

paslaugų rinka yra specifinė, kuriai netinka ir negali būti taikomi visi laisvosios rinkos dėsniai ir veiklos mechanizmai, nes: potencialūs pacientai yra visi gyventojai, pacientai už suteiktas paslaugas moka netiesiogiai, paslaugų kainų rinka nereguliuoja, pacientai paslaugas vertina subjektyviai ir paslaugų kokybė sunkiai pamatuojama. Sveikatos priežiūros paslaugos – tai daugiau nei paslaugos ir nėra paprasta nustatyti, kurios iš jų užtikrina organizacijai maksimalų pelną, o kurios - tik sąnaudas (Drucker, 1995).

Holistinio požiūrio į sveikatą ir gydymą sistema. Pasauliniame kontekste daugelyje sričių vyksta poslinkis nuo mechaninės koncepcijos link holistinės, o ypač ryškiai jį galima projektuoti sveikatos apsaugos sistemos funkcionavime. Lock (1980) pirmoji pradėjo sisteminių paralelių tarp poslinkio fizikoje ir medicinoje tyrimą, kuris buvo akstinas naujai sveikatos apsaugos paradigmai – holistiniam požiūriui į sveikatą ir gydymą, akcentuojančiai organizmo kaip visumą, atsirasti. Formuojami tokie principai kaip prevencija, žmonių atsakomybė už sprendimus, sąlygojančius jų sveikatą, pabrėžiama ir remiama organizmo įgimto sveikimo galia, gydytojams priskiriamas mokytojų vaidmuo (Dummer, 2001; Амочов, 2002). Kadangi dažniausiai naudojamas biomedicininis metodas apsiriboja pakankamai siauru ratu faktorių, įtakančių sveikatą, tai progresas medicinoje ne visada reiškia progresą sveikatos apsaugoje (Fuchs, 1988). Todėl svarbu įvertinti visų veiksnių, nulemiančių visuomenės sveikatos būklę, nepertraukiamą ryšių koreliaciją. Kinding (2000) teigia, jog modernus požiūris į sveikatos koncepciją yra daugiau nei ligos nebuvimas, bet mažiau nei visapusiškas gerovė. Tai kompleksinis požiūris į sveikatos veiksnius, apimantis ryšius tarp sveikatos, aplinkos, socialinės-ekonominės padėties, genetikos ir individualaus elgesio.

Apibendrinimas. Sveikata kaip politinės, ekonominės, socialinės, technologinės, kultūrinės, fizinės aplinkos suderinamumo išraiška yra globalinis fenomenas (Burbules, Torres, 2000; Lee, 2001). Globalizacija, veikdama žmogiškąjį ir socialinį kapitalą tiesiogiai ir netiesiogiai – per sveikatos apsaugos sistemą - suteikia šiai sistemai didžiulę jėgą, todėl, priimant

sprendimus, svarbu sufokusuoti kūrybinę energiją, sugebėjimą strategiškai mąstyti, analizuoti ir sintezuoti. Transformacijų iššauktos problemos paneigia vien tik pozityvią ekonominio augimo pusę. Šiandieniam strateginio valdymo traktavime svarbu šių transformacijų suvokimas, įvertinimas bei valdymas. Todėl būtina sukurti ir realizuoti valdymo modelius, kurie padėtų subalansuoti plėtrą, „augimą vardan augimo“ (Chomsky, 2006). Tai ypač aktualu nekomerciniam sektoriui - sveikatos apsaugai, kadangi jis nėra pakankamai mobilus ir lankstus, jame giliai įsišakniję vakarykštės idėjos, tradicijos ir politika. Holistinė paradigma sveikatos apsaugos sistemoje iššaukia fundamentines permainas valdymo methoduose, socializacijos praktikoje, švietime ir pagrindinėse vertybėse bei atskleidžia, kad pacientas (esamas ir potencialus klientas) dar nėra sveikatos apsaugos sistemos ašis. Todėl organizacijas būtina organizuoti remiantis naujais conceptualiais požiūriais, tokiais kaip veiklos procesų integracija, bendradarbiavimas, orientacija į kliento poreikius, inovacijos.

Pasaulinis kontekstas, kuriame funkcionuoja sveikatos apsaugos sistema, apsunkina valstybės ir sistemos strategų, kurie veikia šiandienos sąlygomis, bet privalo koncentruotis į ateities tendencijas, sprendimus. Tačiau šis kontekstas atskleidžia ir eilę naujų strateginių galimybių, kurių išveigimui svarbu sufokusuoti visas pastangas ir tinkamai šiomis galimybėmis pasinaudoti.

UŽSIENIO ŠALIŲ PATIRTIS KONKURENCINĖS STRATEGIJOS FORMAVIME. Siekiant strateginio efekto sveikatos apsaugos valdyme, o ypač geoekonominėje erdvėje, pirmiausia vertėtų įvertinti Skandinavijos valstybių patirtį. 2006m. Briuselyje vykusiame ES viršūnių susitikime buvo pripažinta, kad Europa turi mokytis iš skandinaviško modelio sugebėjimo derinti dosnias socialines garantijas su aukštu ekonomikos augimu. Vienas iš labiausiai konkurencingų pasaulio valstybių pozicijas sąlygoja efektyvios *švietimo, sveikatos apsaugos, socialinės apsaugos ir teisėsaugos* sritys, kurios *sukuria ir garantuoja piliečio saugumą, užsitikrindamos aukštą kūrybinio potencialo ir strateginių sumanymų energijos grąžą.*

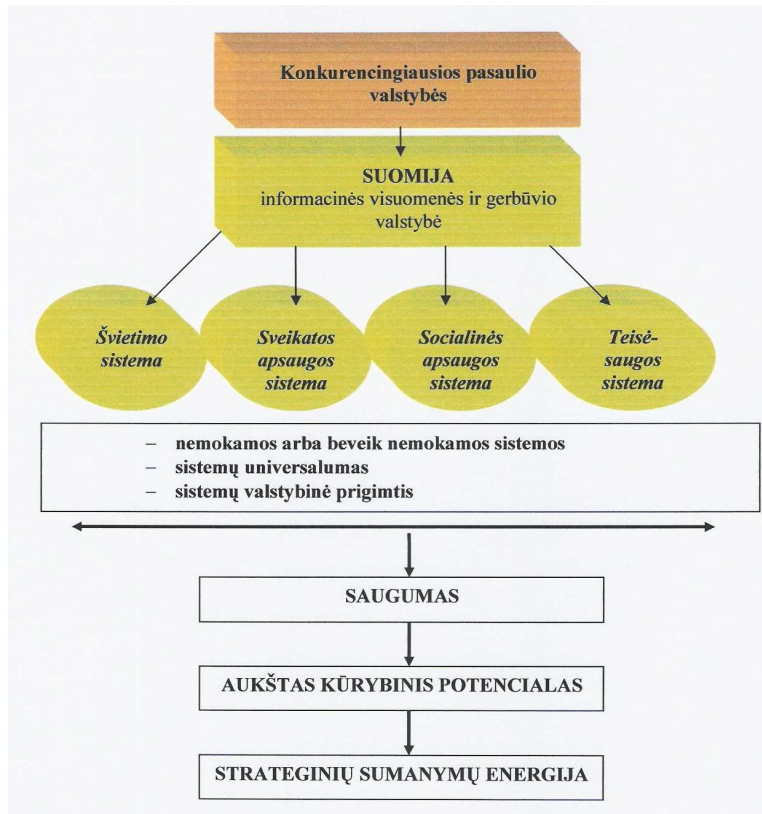
Suomijos informacinės visuomenės modelis. Suomijos istorija daug kuo panaši į Lietuvos valstybės. Be to, daugeliu kitų parametrų šios dvi šalys yra gana artimos. Tik pastaruosius 50 metų Suomija gyveno žymiai laisviau, ji tapo viena Europos ekonominių lyderių, o kuriant informacijos visuomenę yra viena pasaulinių lyderių. Todėl labai naudinga išnagrinėti Suomijos pavyzdį ir kai kuriuos aspektus adaptuoti Lietuvos valstybės valdyme, tame tarpe ir sveikatos apsaugos sistemos valdyme. Pagal „International Institute for Management Development“ (IIMD) (Šveicarija) sudaromą pasaulio valstybių konkurencingumo reitingą* 2008m. Suomija užėmė 15 vietą (žr. 5 priedą). Suomijos modelis yra institucinis ir „socialinis-demokratinis“, sąlygojantis žemus neteisybės ir visuomenės atstūmimo lygius (Porter, Solvell, 2002). Suomia strateginio valdymo principus įdiegė valstybės valdyme, įvertinę istorinio, kultūrinio, tautinio mentaliteto paveldo būklę. Jie išlaisvino kūrybinės saviraiškos - strateginių sumanymų energiją, išskeldami bendrą idėją ir įjungdami visus valstybės sektorius ir jų kūrybinį potencialą nukreipė reikiama linkme. Tokiu būdu Suomijai pavyko sėkmingai suprojektuoti ir realizuoti strateginį proveržį - sukurti informacinę visuomenę ir gerbūvio valstybę. Pagrindiniai Suomijos informacinės visuomenės ir gerbūvio valstybės skiriamieji bruožai išlieka (Castells, Himanen, 2002) (žr. 7 pav.):

1) *Nemokamos arba beveik nemokamos sistemos: išsilavinimo* (nuo ikimokyklinių įstaigų iki universitetų baigimo nėra jokių mokesčių, studentams skiriamos stipendijas už mokslo tęsimą ir t.t.), *sveikatos apsaugos* (iš esmės nemokamas aptarnavimas poliklinikose, pigios sveikatos priežiūros paslaugos, subsidijuojamos vaistų kainos, slauga namuose) ir *socialinės apsaugos* (pajamų transferavimas).

2) *Sistemos universalumas:* teisė į socialinę pagalbą priklauso visiems piliečiams, todėl materialaus gerbūvio lygis, nepriklauso nuo pajamų.

3) *Sistemos valstybinė prigimtis:* didžiąją dalį paslaugų teikia valstybė (pvz., valstybė išleidžia 76 proc. sveikatos priežiūros paslaugoms).

* šalių konkurencingumo vertinimo kriterijai suskirstyti į blokus – ekonomikos vystymosi tendencijos, valdžios efektyvumas, verslo efektyvumas ir infrastruktūra (technologinė, mokslo, sveikatos ir švietimo)



7 pav. Suomijos informacinės visuomenės modelis (sudaryta autorės, remiantis Castells, Himanen „Information Society and the Welfare State: The Finnish Model“, 2002).

Suomijos ekonomika sparčiai vystėsi 1966-1990m., o 1990-1993m. recesija buvo susijusi ir su perėjimu į globalią informacinę ekonomiką. Tačiau, nepaisant žymaus socialinių ir sveikatos apsaugos išlaidų apribojimo ir kontrolės, naudojantis šiomis paslaugomis, sustiprinimo, svarbūs gerbūvio valstybės komponentai - švietimo, sveikatos apsaugos ir socialinių paslaugų sritys - nepatyrė fundamentalių pokyčių. Suomija ir toliau rėmėsi valstybinių mokyklų, visuotinio sveikatos draudimo, senatvės draudimo, susijusio su draudimu nuo bedarbystės, ir t.t. sistema. 1995m. Suomijos vyriausybė patvirtino strategijos tikslus, priimdama principinį sprendimą dėl informacinės visuomenės (tinklo, apimančio visas švietimo įstaigas ir bibliotekas, sukūrimas; informacinių technologijų panaudojimas švietime; tinklinio raštingumo pasiekimas ir kt.). Tikslai buvo konkrečiau suformuluoti atskirose

ministerijų strategijose, tame tarpe ir sveikatos apsaugos ministerijos. Visose strategijos formavimo etapuose ypatingą vietą užėmė strateginis centras SITRA, o nepriklausoma gerbūvio ir plėtros agentūra Stakes, įsikūrusi prie sveikatos apsaugos ministerijos, pasireiškė aktyviu informacinių technologijų propagavimu.

Šiandien Suomijoje vis daugiau paslaugų, už kurias buvo atsakingos savivaldybės, teikia privatūs rangovai. Jų dalis sparčiausiai auga socialinės ir sveikatos apsaugos paslaugų rinkoje (apytiksliai ketvirtadalis). Tačiau ekspertai pabrėžia, kad privačių organizacijų paslaugų teikimas nereiškia šių paslaugų privatizavimo: jei savivaldybės perleidžia klinikų ar vaikų priežiūros centrų valdymą privatiems rangovams, teisinė atsakomybė už kokybę ir paslaugų prieinamumą vis tiek tenka savivaldybėms.

Švedijos gerovės valstybės modelis. Švedija laikoma „trečiuoju keliu“, kuriame dera kapitalizmo atvirumas ir turto kūrimas bei socializmo perskirstymas ir socialinis saugumas – geriausi abiejų sistemų atributai. Pagal IIMD (2008) duomenis Švedija yra devinta pagal konkurencingumą pasaulio valstybė (žr. 5 priedą). Švedijos socialinio modelio (XX a. 4-as dešimtmetis) kūrėjas Myrdal pabrėžė, kad Švedija yra ideali kandidatė tapti gerovės “nuo lopšio iki kapo” valstybe (Norberg, 2006). Modelis rėmėsi tokiomis prielaidomis: populiacija maža ir homogeniška, pasitikinti savo bendrapiliečiais ir valdžia; valstybinės paslaugos efektyvios ir nekorumpuotos; protestantiška darbo etika ir stipri visuomenės įtaka.

Darbo našumas buvo itin aukštas, nes Švedijos visuomenė buvo labai išsilavinusi, o eksporto sektorius – stiprus. Socialdemokratų partija valdė šalį 65 metus iš pastarųjų 75 metų. Jos atstovai orientavosi į viduriniąją klasę ir sukūrė tokią socialinės apsaugos sistemą, kuri mokėjo daugiausia pensijų, bedarbio, motinystės ir nedarbingumo išmokų daug uždirbantiems gyventojams. Dauguma išmokų buvo proporcingos įmokėtoms sumoms, todėl vidurinioji klasė buvo suinteresuota palaikyti šią sistemą. Iš vartojimo pusės buvo vykdoma socializacijos politika: vyriausybė nekontroliavo gamybos priemonių, tačiau apmokestino dirbančiuosius pardavimo ir pajamų mokesčių

pavidalu, kad galėtų teikti gerovės valstybės išmokas. Taigi, stambiams verslams atiteko rinkos ir konkurencija, o gyventojams – gerovės valstybė. Tokia politika ir faktas, kad Švedija nesikišo į du pasaulinius karus, leido jos ekonomikai pasiekti stebinamų rezultatų. Kaip ir prieš gerovės valstybės įdiegimą po II Pasaulinio karo, Švedija demonstruoja išpūdingus pragyvenimo lygio skaičius. Tačiau ji yra ir didžiausius pasaulyje mokesčius taikanti šalis (šiuo metu apie 50 proc. BVP). Švietimo ir sveikatos apsaugos paslaugos yra monopolizuotos ir finansuojamos valstybės. Kai kurie analitikai, pvz. Norberg (2006), teigia, kad šių paslaugų svarbai ir dydžiui augant, stabiliai kylanti Švedijos ekonomikos dalis tokiu būdu tapo apsaugota nuo tarptautinių rinkų ir investicijų, galėjusių paversti jas produktyvesniais verslais.

Gili recesija 10-ojo dešimtmečio pradžioje privertė Švediją atsisakyti daugelio kraštutinumų: buvo apkarpyti ribiniai mokesčių tarifai, centrinis bankas tapo nepriklausomas, valstybinės pensijos sumažintos ir iš dalies privatizuotos, į sveikatos apsaugą įsileisti privatūs paslaugų teikėjai. Šiandien Švedija išlaiko dosnią sveikatos ir socialinės apsaugos sistemas, stipriai reguliuojamą darbo rinką bei didžiausius pasaulyje mokesčius.

Per paskutiniuosius dešimtmečius Skandinavijos šalys infrastruktūrą išplėtė iki labai aukšto lygio ir pervedė ją į skaitmeninį variantą. Informacinės visuomenės pažangumą lemia ir skandinaviškas požiūris, kad visos socialinės grupės turi dalyvauti technologiniame pereinamajame procese, siekiant išvengti didelių skirtumų tarp informacinių technologijų vartotojų. Šiaurės šalys remia politiką, kuri visuose lygiuose garantuotų, jog piliečiai dalyvaus priimant sprendimus ar mokantis. Tokiu būdu žinių visuomenė įgauna viso gyvenimo mokymosi (angl. *life long learning*) perspektyvą.

Apibendrinimas. Švedijos ir Suomijos modeliai gyvuoja dešimtmečius, tačiau jų sėkmė pagrįsta ankstesniųjų modelių palikimu – ekonomikos augimo ir plėtros laikotarpiu. Tai svarbu pažymėti problemines sistemas turinčioms Vakarų Europos, tame tarpe ir Lietuvos, šalims, kurios siekia pritaikyti šių valstybių patirtį. Efektyviam skandinavų modelių valdymui yra būtini unikalūs

gerovės valstybei komponentai. Todėl didesnėse ir labiau besiskiriančiose šalyse, kuriose mažiau pasitikima valdžia ir egzistuoja daugiau įtarumo kitų grupių atžvilgiu, gali išryškėti stipresnė tendencija išnaudoti sistemą, mažiau dirbti ir piktnaudžiauti socialine parama.

Suomijos ir Švedijos informacinės visuomenės modeliai labiau siejami su žmogiškąja esme, kalba ir kultūra, o ne su technologijomis. Tobulinant Lietuvos valstybės viešojo administravimo sistemą bei pasirenkant sveikatos apsaugos sistemos valdymo modelius, būtina atsižvelgti į pasaulines šių sistemų raidos tendencijas, kartu kritiškai vertinant, kiek kitų valstybių patirtis yra taikytina konkrečiomis mūsų valstybės ekonominio bei kultūrinio išsivystymo sąlygomis.

2.2. LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS STRATEGINIO VALDYMO PROCESO TYRIMO MODELIS

Prieš rengiant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo proceso modelį, autorė pateikia šiandienos Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo koncepciją, kuri apima tokius aspektus:

- Strateginio valdymo įdiegimo analizė;
- Dalyviai;
- Valdymo lygiai;
- Ištekliai ir finansavimas;
- Veikla ir teikiamos paslaugos.

Strateginio valdymo įdiegimo analizė. Lietuvos politikos strateginio valdymo prielaidos susiformavo siekiant efektyviai įgyvendinti viešojo administravimo, sveikatos apsaugos ir kitų sistemų reformas. Nors viešojo administravimo sistema formaliai buvo pradėta formuoti po Nepriklausomybės atkūrimo, tačiau tuomet sveikatos apsaugos sistemoje nebuvo strateginio valdymo poreikio, nes sveikatos apsaugos ministerija (SAM) iš inercijos vykdė savo funkcijas, siekdama užsitikrinti status quo ir didesnę valstybės biudžeto dalį. Todėl 1990-1996m. SAM veikla buvo labiau orientuota į procesą, o ne į

siekiamus rezultatus. 1998m. pradėtas įgyvendinti Lietuvos – Kanados viešojo administravimo reformos projektas, kuris buvo orientuotas į strateginio planavimo diegimą Vyriausybės lygmeniu. Teisinė Lietuvos viešojo administravimo sistemos formavimo bazė sukuriama 1999m., įteisinus LR Viešojo administravimo įstatymą. Tais pačiais metais savo veiklą pradeda Saulėlydžio komisija, kurios tikslas buvo pateikti metodinius pasiūlymus, padėsiančius sumažinti valstybės patiriamas išlaidas ir efektyviai panaudoti esamus išteklius. Vienas svarbiausių šios komisijos pasiūlymų buvo strateginio planavimo sistemos diegimas Vyriausybės veikloje.

1999m. įsteigtas Vyriausybės strateginio planavimo komitetas, kuris teikia pasiūlymus ir rekomendacijas Vyriausybei dėl jos vykdomos politikos, prioritetų ir kitų svarbių klausimų. Strateginio planavimo procesui koordinuoti LR Vyriausybės kanceliarijoje buvo įsteigtas Strateginio planavimo skyrius. Vyriausybė savo nutarimu patvirtino ir pastoviai tobulina Strateginio planavimo metodiką. 2000m. SAM, siekdama gauti finansavimą iš valstybės biudžeto privalėjo parengti strateginius veiklos planus, kuriuose turėjo nurodyti institucijos strateginius tikslus, programas jiems įgyvendinti, laukiamus rezultatus ir planuojamas lėšas. Tokiu būdu, pirmą kartą finansinių išteklių planavimas buvo susietas su strateginiu planavimu. Šiuo laikotarpiu atsiranda apčiuopiamos strateginio valdymo užuomazgos: formuojami tikslai ir prioritetai, siekiant prisitaikyti prie išorinės aplinkos pokyčių ir efektyviau panaudoti išteklius. Tačiau iš esmės šiandieninis strateginio valdymo suvokimas ir išliko tik anuometinio planavimo funkcijų traktavimo lygmenyje. Todėl Vyriausybės strateginio planavimo komitetas atlieka viešojo administravimo funkcijas, sutapatindamas strateginį valdymą su viešuoju administravimu, vykdomu tiek SAM, tiek kitų ministerijų lygyje.

Formaliai Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje, kuri yra sudedamoji valstybės valdymo dalis, funkcionuoja *daugiapakopė strateginio planavimo sistema*, susidedanti iš tokių strateginio planavimo dokumentų:

- *Valstybės ilgalaikės raidos strategija.*

- Ilgalaikiai strateginio planavimo dokumentai: *Ilgalaikė ūkio plėtros strategija, LR teritorijos bendrasis planas, Nacionalinė darnaus vystymosi strategija, Bendrasis programavimo dokumentas.*

- *SAM strateginis veiklos planas (2008-2010)*, kuriame nustatyta misija yra motyvuoti žmones sveikai gyventi, o jiems susirgus suteikti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus išteklius. SAM strateginiai tikslai apima sveikatos saugojimą ir stiprinimą, siekį pacientams laiku teikti kokybišką, saugią ir prieinamą sveikatos priežiūrą bei tobulinti sveikatos sistemos valdymą.

- *Kitų institucijų metiniai strateginiai veiklos planai* (ministerijų, Vyriausybės įstaigų ir kitų institucijų).

Tačiau kol kas ši daugiapakopė strateginio planavimo sistema užduoda tik formalų Lietuvos raidos strategijos vykdymą, kadangi valstybės valdymo sistema nesukuria reikiamų prielaidų ilgalaikiam valstybės politikos planavimui ir jos realizavimui. Pasaulinėje strateginio valdymo praktikoje šalia Vyriausybinių institucijų kuriami strateginiai centrai – „minčių fabrikai“. Kaip pirmąjį Lietuvos strateginį centrą galima įvardinti *Lietuvos laisvosios rinkos institutą* - privačią, pelno nesiekiančią, nepolitinę organizaciją. Nors tai nėra mokslinių tyrimų institutas, jo veikla orientuojasi ir į praktinių idėjų pasiūlymus bei situacijos vertinimus SAM atžvilgiu. Teigiamas poslinkis Lietuvos strateginio valdymo sistemoje yra 2004m. įkurtas *Strateginių studijų centras*, kurio veikla gali tapti veiksminga grandimi, rengiant ir pagrindžiant strateginius sprendimus, programas bei scenarijus geopolitikos, geostrategijos, užsienio ir vidaus politikos, ūkio ir socialinių procesų raidos valdymo, sveikatos apsaugos ir kitais klausimais.

Lietuvos ilgalaikiuose strateginiuose dokumentuose pabrėžiama glaudesnės mokslo, studijų ir verslo sąveikos būtinybė. Vienas iš progresyvių pavyzdžių, svarbių sveikatos apsaugos sistemos strateginiam valdymui, yra 2008m. Slėnių plėtros komisijos aprobuotos *integruotų mokslo, studijų ir verslo centrų slėnių „Nemunas“ ir „Santaka“ plėtros programos*. Slėniuose bus sudarytos tinkamos sąlygos atlikti viešus ir privačius tyrimus, teikti

pridėtinę vertę kuriančias ir žinioms imlias paslaugas. Šios institucijos savo bazėje kurs bendro naudojimo mokslo ir studijų centrus, kurie inicijuos mokslinių tyrimų ir technologinės plėtros veiklas. „Nemuno“ ir „Santakos“ slėniai yra didelė investicija Lietuvoje į mokslo ir studijų institucijų tiriamąją bazę, kuri sudarys prielaidas vykdyti perspektyviausius mokslinius tyrimus bei kryptingai prisidėti prie žinių visuomenės kūrimo, Lietuvos ūkio konkurencingumo stiprinimo.

Tačiau šiandien sveikatos apsaugos sistemoje vis dar labai aktualūs strateginio valdymo sistemos tobulinimo ir efektyvaus šios sistemos įdiegimo aspektai. Svarbiausia bei principinė valstybės valdymo problema yra nepakankama valstybės (ir SAM) strateginio valdymo praktika, kuri leistų Lietuvos raidos strateginį valdymą vykdyti ne tik formaliai ir ne tik planavimo etape. SAM valdymo rezultatai rodo, kad dominuoja konjunktūriniai, o ne strateginiai tikslai. Lietuvoje paprasčiausiai dar negalėjo susiklostyti strateginio mąstymo kultūra (Smilga, Laurėnas, 2005). Kol kas nėra aiškios sistemos, susiejančios įvairias strategijas su valstybės išlaidų planavimu. Vyriausybės ir ministerijų strateginių planų rengimo bei įgyvendinimo priežiūra silpna, todėl sudėtinga garantuoti valstybės ir ES lėšų tikslinį sutelkimą į prioritetines sritis. Lietuvos valstybės ir ūkio valdyme per pastaruosius metus išgalėjo pernelyg didelis istorinis ir rinkos redukcionizmas, dėl ko strateginių sprendimų paieškos nebuvo labai kūrybingos, trūko ir trūksta conceptualaus lygio idėjų, projektų ir tikslų (Smilga, Čičinskas, 2003).

Strategijų rengimas Lietuvoje turi būti susietas su keturiais valdymo lygiais (Dubinas, Smilga, 2008): 1) tarpvalstybinis lygis; 2) regioninis lygis; 3) nevalstybinių susivienijimų ir asociacijų lygis; 4) nacionalinis valstybės lygis. Lietuvos valstybės konkurencinio potencialo kryptingo formavimo problemą spręsti kokybiškai nauju lygiu įmanoma tik visuose valdymo lygiuose taikant strateginį valdymą. Iš esmės nepakankamas strateginio valdymo sistemos praktinis pritaikymas tiek sveikatos apsaugos sistemos, tiek valstybės lygyje per pastaruosius metus neleido Lietuvai pasiekti geresnių socialinės-ekonominės raidos rezultatų. Strateginiai efektai Lietuvoje, stokojančioje

žaliavų, turėtų būti susieti su didesnės pridėtinės vertės gaminių gamyba ir eksportu, remiantis žiniomis ir inovacijomis (Smilga, Laurėnas, 2005).

Dalyviai. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) dalyviai yra vykdomieji subjektai ir sveikatinimo veiklos valdymo subjektai. LNSS vykdomieji subjektai - tai sveikatos priežiūros ar farmacinės veiklos licencijas turinčios: 1) valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės ir viešosios įstaigos; 2) valstybės ir savivaldybių įmonės; 3) kitos įmonės bei įstaigos, įstatymų nustatyta tvarka sudariusios sutartis su Valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis arba kitais LNSS veiklos užsakovais. Sveikatinimo veiklos valdymo subjektai yra: 1) sveikatinimo veiklos valstybinio valdymo subjektai (Vyriausybė, ministerijos, kitos Vyriausybės įstaigos, apskričių viršininkai); 2) sveikatinimo veiklos koordinavimo institucijos; 3) sveikatinimo veiklos specialieji valdymo ir kontrolės subjektai; 4) savivaldos vykdomosios institucijos.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje šiuo metu funkcionuoja 158 ligoninės, 444 ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, 757 medicinos punktai, 56 greitosios ir neatidėliotinos medicinos pagalbos skyriai/stotys, 7 kraujo donorytės skyriai/centrai, 47 visuomeninės sveikatos priežiūros įstaigos, 12 medicininės reabilitacijos įstaigos, 1497 privačios sveikatos priežiūros įstaigos (Lietuvos Sveikatos Informacijos Centro duomenys, 2008).

Valdymo lygiai. Sveikatinimo veiklos valdymo subjektai pagal kompetenciją prižiūri kitų sveikatinimo veiklos vykdomųjų subjektų, nepriklausančių LNSS, sveikatinimo veiklą. Sveikatos priežiūros mastą pagal LNSS veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros lygius nustato SAM. Bendroji LNSS struktūra pateikiama 6 priede. LNSS veiklos organizavimo lygiai yra savivaldybių, apskričių ir valstybės.

Ištekliai ir finansavimas. LNSS ištekliai yra: 1) valdymui laiduoti skirti materialiniai ištekliai; 2) LNSS vykdomųjų ir valdymo subjektų turtas; 3) LNSS veiklai laiduoti skirti valstybės ir savivaldybių biudžeto ištekliai; 4) privalomojo sveikatos draudimo lėšos; 5) kitas turtas, įstatymų priskirtas LNSS veiklai laiduoti; 6) valstybės ir savivaldybių įstaigų, įmonių, turinčių asmens ar

visuomenės sveikatos priežiūros, farmacinės veiklos licenciją, specialistai ir kiti darbuotojai; 7) asmens ir visuomenės sveikatos informacijos duomenų bankai. LNSS įstaigų vykdomos sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai: valstybės ir savivaldybių biudžetai, privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF), sveikatos fondų bei kitų lėšų (draudimas nuo nelaimingų atsitikimų ir susirgimų profesinėmis ligomis, savanoriškojo sveikatos draudimas, mokamos paslaugas ir palūkanos už bankuose saugomas sveikatos lėšas).

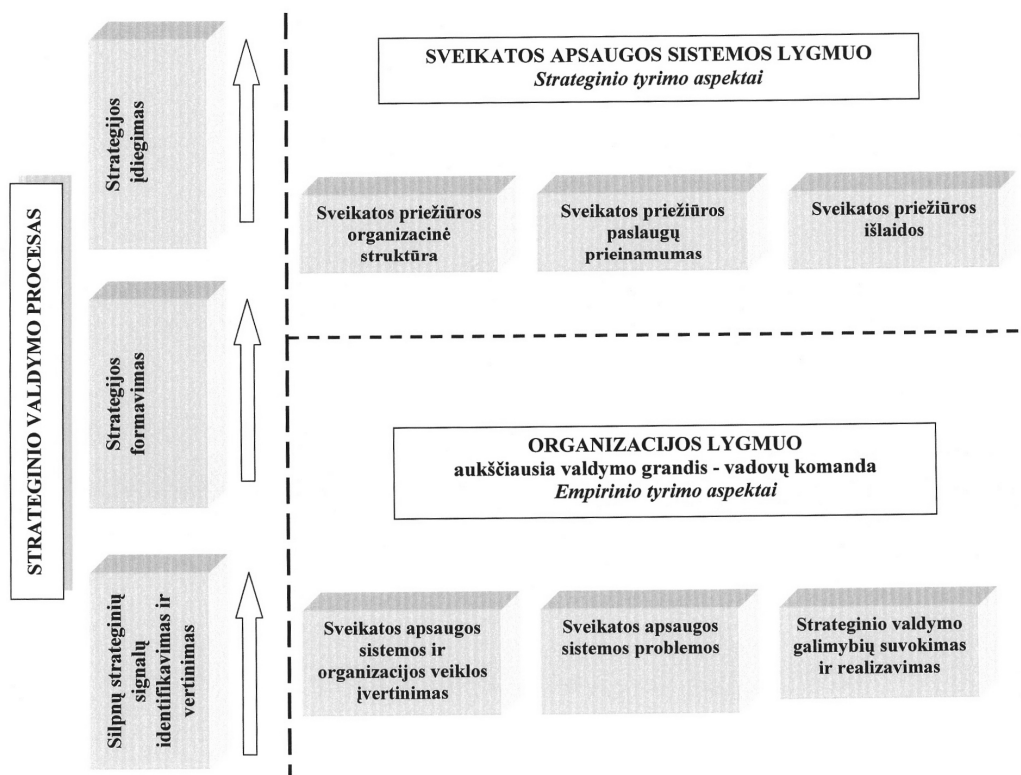
Veikla ir paslaugos. Sveikatos priežiūros mastą pagal LNSS veiklos organizavimo ir sveikatos priežiūros lygius nustato SAM. LNSS veiklos ir teikiamų paslaugų užsakovai yra Vyriausybė, SAM, kitos valstybinės institucijos, apskričių viršininkai, savivaldybių tarybos, Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos bei kitos LNSS ištekliais disponuojančios institucijos. LNSS vykdomųjų subjektų veiklai ir teikiamoms paslaugoms priskiriama: 1) asmens sveikatos priežiūra; 2) visuomenės sveikatos priežiūra; 3) farmacinė veikla; 4) LNSS vykdomųjų subjektų teikiamos kitos (mokamos) paslaugos, nepriskiriamos sveikatos priežiūros ir farmacinėms paslaugoms, tačiau reikalingos jų teikimui užtikrinti. LNSS vykdomieji subjektai pagal kompetenciją teikia šių rūšių sveikatos priežiūros paslaugas:

1) asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias jų gavėjai tiesiogiai nemoka sveikatos priežiūros įstaigoms, jos apmokamos iš PSDF, valstybės ar savivaldybių biudžetų ar specialių programų lėšų;

2) mokamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, už kurias gavėjai privalo sumokėti.

Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugos skirstomos į lygius: pirminį, antrinį bei tretinį (žr. 7 ir 8 priedus). Organizaciniu aspektu šias paslaugas gali teikti savivaldybėms, apskritims ar SAM pavaldžios biudžetinės ir viešosios įstaigos. Didžioji dauguma asmens sveikatos priežiūros įstaigų yra nepelno viešosios įstaigos. Šių įstaigų steigėjais atitinkamai yra savivaldybės, apskritys arba SAM.

LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS STRATEGINIO VALDYMO PROCESO TYRIMO MODELIS. Remiantis strateginio valdymo procesu, autorė parengė teorinį Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio proceso tyrimo modelį (žr. 8 pav.), kurio pagrindinis tikslas yra išskirti esminius veiksnius, įtakojančius strateginio valdymo procesą ir ypač strategijos įgyvendinimo etapą.



8 pav. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo proceso tyrimo modelis (parengta autorės).

Strateginio valdymo procesą sveikatos apsaugos sistemoje autorė siūlo skirstyti į tris etapus: pirmasis etapas įvardijamas kaip „Silpnų strateginių signalų identifikavimas ir vertinimas“, antrasis – „Strategijos formavimas“ ir trečiasis – „Strategijos įdiegimas“. Strateginio proceso tyrimo modelis apima sveikatos apsaugos sistemos ir atskiros jos sudedamosios dalies – organizacijos

(aukščiausio valdymo lygio vadovų komanda) lygmenis. Šis modelis neįtraukia trečiojo lygmens – medicinos personalo darbuotojo (gydytojo), todėl autorė tikisi jį patyrinti tolimesniuose ne disertacinio darbo tyrimuose. Kiekvieno iš etapų pagrindinis dėmesys sutelktas į sveikatos apsaugos sistemos konkurencinį potencialą, kurio pajėgumas stabdo arba skatina perėjimą į kitą etapą. Kiekviename etape tiriami veiksniai, kurie įtakoja strateginio valdymo procesą. Sveikatos apsaugos sistemos lygmenyje strateginės sveikatos priežiūros problemos grupuojamos į tris sritis (Figueras ir kt., 2005; Porter, Tiesberg, 2006): sveikatos priežiūros organizacinė struktūra, paslaugų prieinamumas ir išlaidos. Organizacijos lygmenyje strateginio valdymo galimybių empiriniam tyrimui buvo pasirinktas vadovų nuomonės įvertinimas trimis aspektais: pasitenkinimo lygiu sveikatos apsaugos sistemos ir vadovaujamos organizacijos veikla, sveikatos apsaugos sistemos problemų identifikavimu ir strateginio valdymo galimybių suvokimu ir realizavimu. Taigi, remiantis parengtu modeliu tiriamas sveikatos apsaugos sistemos ir organizacijos valdymo lygmenys.

Sveikatos apsaugos sistemos lygmens tyrime daugiausiai buvo remtasi SAM 2008–2010 metų strateginiu veiklos planu, nepriklausomos tyrimų ir informacijos organizacijos „Health Consumer Powerhouse“ (Briuselis) atliktu Europos šalių sveikatos paslaugų indekso tyrimu, Sveikatos ekonomikos centro ekspertų ir Etinių farmacijos kompanijų asociacijos iniciatyva atlikta studija „Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams“ bei „Tolėsnes sveikatos sistemos plėtros 2008-2015m. metmenų projektu“ (parengtas SAM kartu su Prezidentūros, Seimo, Vyriausybės, Laisvosios rinkos instituto, Privačių medicinos įstaigų asociacijos ir kt. atstovais). Kadangi minėti tyrimai nepakankamai atskleidžia organizacijų lygmenį įtakančius veiksnius, todėl autorė atlieka parengtą empirinį strateginių valdymo galimybių sveikatos apsaugos sistemoje tyrimą (kuris pristatomas 2.4. skyriuje).

LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS STRATEGINIO VALDYMO SĄLYGŲ ĮVERTINIMAS. Sveikatos apsaugos sistemos lygmenyje viena iš strateginių problemų yra *sveikatos priežiūros organizacinė struktūra*. Remiantis SAM 2008–2010 metų strateginiu veiklos planu, nepakankamai rezultatyvų sveikatos priežiūros organizavimą sąlygoja:

- skirtingas viešųjų organizacijų pavaldumas (SAM, apskričių viršininkams, savivaldybių taryboms) trukdo kurti vientisą sveikatos priežiūros organizavimo sistemą, planuoti išteklius, diegti naujas sudėtingas paslaugas;
- nepakankama informacijos sklaida;
- nepakankama konkurencija sveikatos sektoriuje (dėl kriterijų stokos sveikatos priežiūros organizacijos konkuruoja dėl paslaugų kiekio);
- nevienodos valstybinių ir privačių organizacijų veiklos sąlygos (nekilnojamojo turto mokestis, valstybinių įstaigų finansavimas per investicijų programas ir pan. riboja privačių organizacijų steigimąsi ir plėtrą);
- dominuoja stacionarinės paslaugos (paskatų stoka plėtoti alternatyvias ambulatorines paslaugas, pvz., ambulatorinė slauga, slauga namuose).

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas. Jis vertinamas:

- *Organizacine prasme* (sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros teritorijoje užtikrinimas; bazinio paslaugų krepšelio paslaugų prieinamumas; specialistų, išteklių pakankamumas; tinkamų technologijų naudojimas ir pan.).
- *Komunikacine prasme* (atstumas iki sveikatos priežiūros įstaigos, tinkamas ir prieinamas viešasis transportas ir pan.).
- *Ekonomine prasme* (mokėjimai ir priemokos už sveikatos priežiūros paslaugas, solidarumo principo įgyvendinimas).

Vertinant ekonominį prieinamumą, reikia pažymėti, kad, nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenimis, privačios gyventojų išlaidos tiek mieste, tiek kaime didėja ir 2004m. sudarė 29 proc. nuo visų sveikatos išlaidų. Pastaruosius kelis metus Lietuvoje vyko aktyvus ligoninių teikiamų paslaugų pertvarkymas,

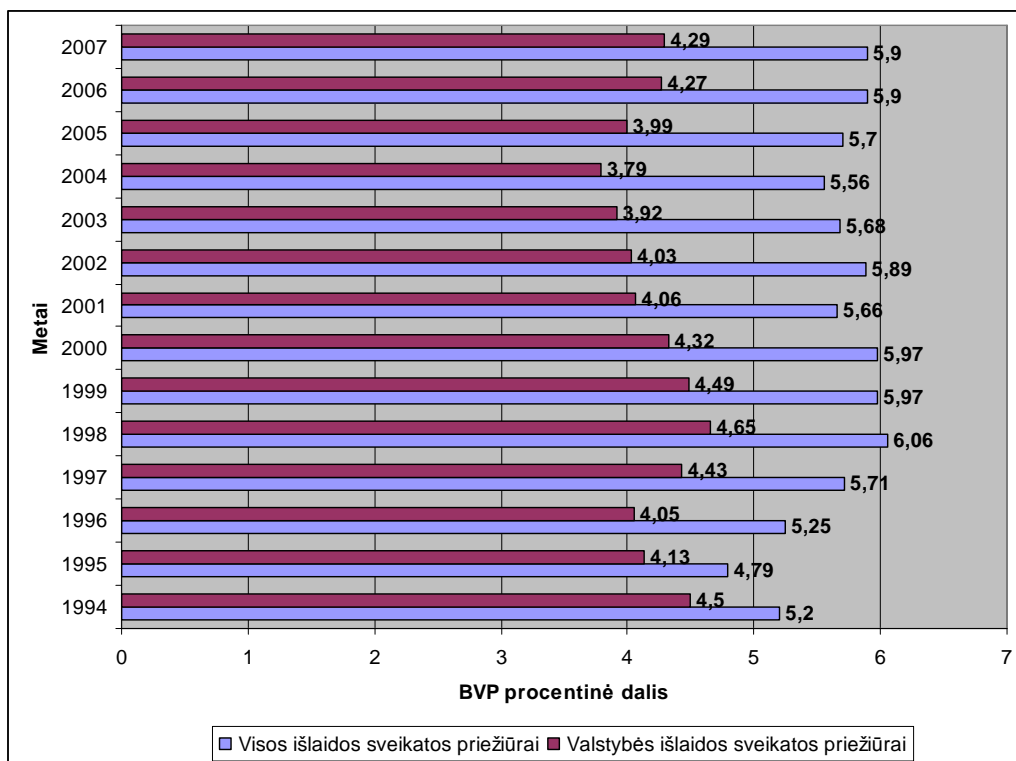
siekiant sumažinti gyventojų gydymą stacionare ir plėtoti ambulatorines, diagnostines ir profilaktines paslaugas, dienos chirurgiją bei dienos stacionarą. Deja, šis pertvarkymas vykdomas priemonėmis, pagrįstomis ne gyventojų sveikatos poreikiais, bet ekonominiais administraciniais metodais. Todėl stacionarinės pagalbos apimtys šalies gyventojams nuo 2003 iki 2006 metų sumažėjo daugiau kaip 8 proc. (VLK, 2007), tuo pačiu diagnostinių bei dienos paslaugų taip pat padaugėjo. Tačiau mažėjant stacionarinei pagalbai, ambulatorinės pagalbos prieinamumas gyventojams minėtu laikotarpiu tinkamai nepagerėjo: apsilankymų skaičius tiek pas bendrosios praktikos gydytojus, tiek ir pas gydytojus specialistus padidėjo tik 0,1 apsilankymo vienam gyventojui per metus. Kartu su išaugusiu sergamumu tai liudija nepakankamą ambulatorinės grandies pajėgumą perimti dalį pacientų srauto.

SAM tyrimų duomenimis, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas nėra pakankamas, nes pacientams tenka laukti eilėse, žemas kompiuterinio raštingumo ir informacinių technologijų vartojimo lygis bei nepakankama interneto prieiga įstaigose, paklausos neatitinkantis sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas, neįgyvendinamas pirminės sveikatos priežiūros prioritetas, pacientas negali rinktis paslaugų pagal kainos ir kokybės santykį.

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas objektyviai yra įvertintas toliau nagrinėjamame Europos sveikatos paslaugų tarptautinio indekso tyrimuose, kuriuose 2006-2007m. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai tenka paskutinė ir priešpaskutinė vietos.

Sveikatos apsaugos sistemos išlaidų struktūra. Iki 2002m. liepos mėn. LR Sveikatos sistemos įstatymo 39 str. teigė, kad bazinis LNSS veiklos finansavimo dydis, įskaitant valstybės biudžeto, savivaldybių biudžetų lėšas bei PSDF biudžeto lėšas, kiekvienais metais turi sudaryti ne mažiau kaip 5 proc. BVP vertės. Vėliau Konstitucinis teismas nusprendė, kad lėšos kiekvienais biudžetiniais metais turi būti nustatomos rengiant ir tvirtinant atitinkamų metų valstybės biudžetą. Iš tokių pozicijų buvo formuojamos 2003-2008m. visos išlaidos sveikatos priežiūrai. Pvz., 2005m. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai (įskaitant valstybės biudžeto asignavimus, skiriamus PSDF)

skirta 969 mln. litų, 2006m. - 1132,7 mln. litų, 2007m. - 1285,1 mln. litų. 9 paveiksle matome, kokią sąlyginai nedidelę BVP dalį sudaro visos išlaidos sveikatos priežiūrai. Taigi, tiek praeito dešimtmečio antroje pusėje, tiek ir šiame dešimtmetyje Lietuvos sveikatos apsaugos sistema susiduria su beveik panašia beveik 6 proc. nuo BVP sveikatos priežiūros išlaidų tendencija. 1998–2006m. tiesioginės gyventojų išlaidos sveikatai padidėjo daugiau nei du kartus (nuo 178 Lt vienam gyventojui 1998m. iki 392 Lt 2006m.). Iš viso 2006m. Lietuvos gyventojai sveikatai išleido 1,3 mlrd. litų. Tai sudarė 27,6 proc. visų išlaidų sveikatai (Lietuvos statistikos departamentas, 1998-2006).



9 pav. Visų išlaidų ir valstybės išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo BVP (proc.) 1994-2007m. Šaltinis: Lietuvos Sveikatos Informacijos Centras.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistema, kaip daugelio besivystančių šalių sistemos, susiduria su pagrindiniu šių sistemų iššūkiu: kaip atitikti keliamus XXI a. sveikatos apsaugos ir jai reikiamų technologijų standartus su lėšomis,

kurios, kaip procentinis BVP dydis yra žemesnės nei išsivysčiusios šalys investavo į savo sistemas 1980-aisiais. Pastaraisiais metais Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai buvo skiriama apytiksliai 5 - 6 proc. BVP. Per praėjusius kelis dešimtmečius išsivysčiusios šalys progresyviai didino savo išlaidas sveikatai. 1960-aisiais tokios valstybės kaip Prancūzija, Šveicarija, Italija ir JAV sveikatos apsaugai išleido apytiksliai 4 - 5 proc. jų BVP. 1980-ųjų pabaigoje šis skaičius padidėjo iki 8 - 9 proc. JAV šioje išlaidų srityje yra lyderė: 2004m. išleido 15,3 proc. BVP.

Taigi, pastaraisiais metais *BVP procentine išraiška Lietuva sveikatos apsaugos sistemos išlaidoms skyrė panašias sumas, kurias išsivysčiusios šalys skyrė 1980-aisiais*. Panaši situacija pastebima, jei lygintume ir absoliučius kiekius, išleistus vienam gyventojui. Lietuvoje vienam gyventojui tenkančios bendros išlaidos sveikatai (palyginimui imant 2003m.) sudaro 351\$, o tuo tarpu tokiose išsivysčiusiose šalyse kaip Vokietija jos apima 3204\$, Suomija - 2307\$, Japonija - 2662\$, Prancūzija - 2981\$, Didžioji Britanija - 2428\$, JAV - 5771\$ (WHO, 2007). Tačiau *aukštos išlaidos, kaip rodo daugelio šių sveikatos priežiūros tiekimo pirmaujančių šalių patirtis, neužtikrina vartotojų pasitenkinimo sveikatos apsaugos sistema*. Tai ypač dramatiškai pasireiškia JAV sveikatos apsaugos sistemoje, kurioje vienam gyventojui tenkančios bendros išlaidos sveikatai beveik dvigubai viršija bet kurios išsivysčiusios šalies tokias išlaidas (Callahan, Wasunna, 2006).

Išsivysčiusių šalių BVP augimo diapazonas (žr. 9 priedą), akivaizdžiai liudija, kad faktiškai didėjančios išlaidos sveikatos apsaugai Lietuvoje atspindi tų šalių sveikatos apsaugos sistemų, kuriose vienam gyventojui tenkančios bendros išlaidos sveikatai sparčiai auga, realijas.

Europos sveikatos paslaugų tarptautinio indekso tyrimai. Sveikatos priežiūros tiekimo kokybę Lietuvoje atspindi 2006-2007m. paskelbti Europos sveikatos paslaugų tarptautinio indekso tyrimo rezultatai. Nepriklausoma tyrimų ir informacijos organizacija „Health Consumer Powerhouse“ (Briuselis) atlieka šį tyrimą, įvertindama sveikatos apsaugos sistemų efektyvumą paslaugų vartotojo požiūriu. Visi reitingai remiasi faktiniais duomenimis ir analitikų

atliktais apibendrinimais, vertinimas vyksta pagal 27 kriterijus, kiekvienai valstybei nurodant 1-2 pagrindines problemas bei labiausiai neatidėliotiną sprendimą sveikatos apsaugos sistemoje. Šios rekomendacijos parodo, kad net ir gerai įvertintose valstybėse yra neefektyviai veikiančių sveikatos apsaugos sistemos dalių. Europos sveikatos paslaugų tarptautinio indeksas atspindi 29 šalių sveikatos apsaugos sistemų rodiklių grupes, kurios vertina:

- **Pacientų teisinio aprūpinimo ir informacijos gavimo galimybę:** pacientų teisių įstatymas; pacientų organizacijų dalyvavimas sprendimų priėmime; kompensacijos už gydymo klaidas; sveikatos paslaugų katalogai su kokybės reitingais ir pan.

- **Gydymo laukimo trukmę:** patekimas pas bendrosios praktikos gydytoją; tiesioginis patekimas pas specialistą ir pan.

- **Gydymo rezultatus:** mirtingumas nuo infarkto; naujagimių mirtingumas; mirtingumas nuo krūties vėžio ir pan.

- **Sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo lygį (valstybinio sveikatos draudimo kompensacijos):** kataraktos operacijos; kūdikių poliomieliito vakcinacija; stomatologijos paslaugų kompensavimas.

- **Vaistų prieinamumą:** naujų vaistų nuo vėžio atsiradimo trukmė; trukmė tarp vaisto registracijos ir įtraukimo į kompensuojamųjų sąrašą; subsidijos lygis; viešos, pacientui suprantamos farmakopėjos buvimas.

2006m. pagal visas rodiklių grupes Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai teko paskutinė arba priešpaskutinės vietos (žr. 10 priedą). Pagal pacientų teisinio aprūpinimo ir informacijos gavimo galimybę gauta 16 balų, esant vidurkiui 17,5. Bet tai vienintelė rodiklių grupė, kurioje Lietuvos sveikatos apsaugos sistema įvertinta pakankamai gerai. Pagal gydymo laukimo trukmę teko priešpaskutinė vieta ir Lietuvos sveikatos apsaugos sistema pateko tarp Suomijos, Jungtinės Karalystės, Estijos ir Slovakijos. Pagal gydymo rezultatų rodiklius vėlgi priešpaskutinė vieta, pagal sveikatos priežiūros paslaugų kompensavimo lygį – paskutinė vieta, kurią dalijamasi kartu su Airija, Portugalija bei Ispanija. Pagal vaistų prieinamumą surinkti 4 balai, vidurkiui esant 7,4, ir kartu su Latvija užimama paskutinė vieta šioje rodiklių grupėje.

Lietuvai teko 340 balų iš 750 galimų (laimėjoja Prancūzija surinko 576 balus). Sveikatos paslaugų tarptautinio indekso duomenimis, 2006m. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema būklė įvertinta kaip pati nedraugiškiausia vartotojui visoje Europoje.

Remiantis „Health Consumer Powerhouse“ duomenimis, 2007m. pagal sveikatos apsaugos sistemos efektyvumą paslaugų vartotojo požiūriu Lietuva užėmė 26 vietą iš 29. Analitikai Lietuvai neidentifikuoja vienokios ar kitokios reformuotino sveikatos sektoriaus dalies, tačiau pateikia bendrą šalies sveikatos apsaugos sistemos įvertinimą: *viešasis Lietuvos sveikatos sektorius funkcionuoja silpnai, o pagrindinė sistemos problema – paciento negalėjimas įtakoti su jo gydymu susijusių sprendimų.*

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimo ir sveikatinimo paslaugų prieinamumo gyventojams tyrimas. 2006m. Sveikatos ekonomikos centro ekspertai, EFA (Etinių farmacijos kompanijų asociacija) iniciatyva, vadovaudamiesi pasaulyje pripažintomis metodikomis atliko tyrimą, kurio pagrindinis tikslas – išanalizuoti ilgalaikės ir stabilios Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų plėtros užtikrinimo galimybes. Šiame tyrime analizuoti tokie rodikliai:

- *Gyventojų skaičiaus tendencijos.* Gyventojų skaičiaus mažėjimui pirmaisiais nepriklausomybės metais įtakos daugiausia turėjo dalies gyventojų emigracija į Rusiją, o vėlesniu laikotarpiu - į Vakarų Europos šalis.
- *Gyvenimo trukmė, sveikatos būklė.* Mirčių statistikos rodikliai aukščiausi buvo 2004m., po to sumažėjo, bet išlieka vieni didžiausių ES.
- *BVP dydis, tenkantis vienam gyventojui.* Valstybės išlaidos gyventojų sveikatai skaičiuojant nuo BVP Lietuvoje vienos mažiausių ES: 2003m. jos sudarė 312 JAV \$, o Liuksemburge – 4031 \$, Lenkijoje – 339 \$.
- *Visuomeninės išlaidos vieno gyventojų sveikatos reikmėms.* Lietuvoje 2003m. buvo 210 \$, tai yra 17,5 karto mažesnės negu Liuksemburge ir 3 kartus mažesnės negu Čekijos Respublikoje. Kaip rodo Sveikatos ekonomikos centro duomenys, išlaidos sveikatinimo veiklai (sudėjus visuomenines ir privačias), vertinant BVP dalimi, Lietuvoje yra vienos mažiausių ES.

- *Privačios išlaidos sveikatos apsaugai.* Lietuvos gyventojai kasmet vis daugiau privačių lėšų skiria sveikatos apsaugai, nes sveikatos paslaugos brangsta, o valstybės skiriamų lėšų vis labiau trūksta. Privačios išlaidos sveikatos apsaugai nuo 1999m. išaugo 89 proc. ir 2005m. pasiekė 1,2 mlrd. litų, didžioji jų dalis (apie 77 proc.) išleista vaistams.

Studijų atlikę ekspertai suformulavo išvadas ir pasiūlymus, deja, esminė studijos „Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimo ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams“ akcentas - daugumos sveikatos sektoriaus bėdų ir nesėkmių priežastis - skurdus ir netinkamas finansavimas.

Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008–2015 metų metmenų projektas parengtas 2007m. SAM kartu su Prezidentūros, Seimo, Vyriausybės, Laisvosios rinkos instituto, Privačių medicinos įstaigų asociacijos ir kitų institucijų atstovais. Tai dokumentas, nurodantis pagrindines sveikatos apsaugos sistemos tolesnės plėtros kryptis, dabartinių problemų sprendimų būdus. Remiantis juo, sveikatos apsaugos sistemos problemas galima suskirstyti į keturias pagrindines grupes: nepakankamai nuosekli sveikatos politika ir jos įgyvendinimas; nepakankamai efektyvi sveikatos priežiūros organizavimo sistema; atsainus visuomenės požiūris į savo sveikatą; nepakankama paslaugų kokybė ir prieinamumas.

SSGG bei aplinkos ir išteklių analizė. Siekiant įvertinti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo būklę, tikslinga atlikti sistemos funkcionavimo SSGG bei aplinkos ir išteklių analizę. Autorė disertaciniame darbe rėmėsi SAM atlikta išsamia sveikatos apsaugos sistemos SSGG ir aplinkos bei išteklių analize (žr. 11, 12 priedus), kurios pateiktos „Sveikatos apsaugos ministerijos 2008–2010 metų strateginiame veiklos plane“.

Apibendrinimas. Išlaidos sveikatos apsaugai Lietuvoje kaip ir visoje Europoje dėl nepalankių demografinių tendencijų (populiacijos senėja, mažėja gimstamumas, ilgėja gyvenimo trukmė), medicinos technologijų vystymosi (dėl to brangsta medicinos paslaugų kainos) bei augančių žmonių poreikių

didėja ir ateityje turi tendenciją didėti. Išanalizavus keletą užsienio ir Lietuvos studijų, skirtų sveikatos apsaugos sistemos valdymo problematikai atskleisti, galima teigti, kad:

- Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos rezultatyvumą ir jo lygį atspindi daug valstybės ir visuomenės gyvenimo rodiklių tokių, kaip gyventojų gyvenimo trukmė, sveikatos būklė, išvengiamo mirtingumo rodikliai, BVP dydis, visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatos apsaugai ir t.t. Faktiškai dauguma šių rodiklių lyginant su ES pažangiomis šalimis yra žemiau jų galimos palankios normos ribos. Tačiau analizuojami proceso, bet ne rezultato - paciento medicininės būklės rezultatas už išlaidų vienetą - lygio rodikliai.

- Remiantis pasauline strateginio valdymo praktika, didesnis finansavimas nesąlygoja sveikatos apsaugos sistemos rezultatyvumo. Bet esminiai nagrinėtų tyrimų akcentai yra sudėliojami ties finansinėmis sveikatos apsaugos sistemos problemomis ir naujų būdų, kaip pagerinti šios sistemos finansavimo mechanizmą, o lygiagrečiai ir sistemos veiklos rezultatyvumą, paieška. Tokiu būdu, galima teigti, kad strateginio mąstymo stoka yra akivaizdi šios sistemos valdyje.

- Nors užsienio sveikatos politikos ekspertai suformulavo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos reformos strategams ir vykdytojams užduotį – įgalinti pacientą daryti spaudimą sistemai bei priimti su jo gydymu susijusius sprendimus, tačiau nepakankamas strateginio raštingumo įvaldymas neleidžia pamatyti būdų, kaip tai galima realiai įgyvendinti. Todėl Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje skiriasi deklaruojamų ir realiai vykdomi strateginiai tikslai.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos vykdoma politika neadekvačiai reaguoja į naujuosius laikmečio iššūkius, su kuriais susiduria visos pasaulinės sveikatos apsaugos sistemos. Iš esmės tokią situaciją lemia dominuojantis sveikatos apsaugos sistemos finansavimo „strateginis“ pradas, į kurį šiandien orientuota visa šios sistemos veikla.

2.3. PAŽANGIŲ ŠALIŲ SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMŲ ORGANIZACINĖ STRUKTŪRA IR VALDYMAS

Daugelyje Europos valstybių nuo XX a. aštuntojo dešimtmečio vyksta sveikatos apsaugos sektoriaus reformos: biudžetinio finansavimo pakeitimas privalomu sveikatos draudimu, asmens sveikatos priežiūros tinklo optimizavimas, decentralizacija, vystoma pirminė sveikatos priežiūra, o stacionarinė restruktūrizuojama, didinama privati sveikatos priežiūros dalis ir kt. Jų sveikatos apsaugos prioritetai - sveikatos priežiūros prieinamumas, paslaugų kokybė bei pacientų teisių užtikrinimas (Mossialos ir kt., 2007). Išsivysčiusių vakarų šalių sveikatos priežiūros reformų pagrindinė nuostata – pacientas yra centrinė sveikatos priežiūros proceso figūra (Laing, 2002; Davis, 2007). Ypač sparčiai sveikatos sistemas pertvarko Vidurio ir Rytų Europos valstybės. Lietuvoje, kaip ir daugelyje posovietinio bloko šalių, pagrindinės problemos sveikatos apsaugos srityje panašios: didelė ligoninių sistema, nepakankamai išvystyta pirminė sveikatos priežiūra, mažėjantys finansai visuomenės sveikatos reikalams - sveikatos stiprinimui bei ligų profilaktikai.

Pasauliniu mastu pripažintos lyderės strateginio valdymo taikymo srityje yra tokios šalys kaip Suomija, Švedija, Danija, Didžioji Britanija ir kt., kuriose strateginio valdymo principai diegiami jau keletą dešimtmečių. Siekiant palyginti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizavimo modelį, toliau įvertintos pažangios Vakarų Europos valstybių – Nyderlandų, Prancūzijos, Vokietijos, Švedijos, Suomijos, Danijos ir kitų sveikatos apsaugos sistemos. Šios šalys pasirinktos dėl aukščiausiųjų Europos sveikatos paslaugų tarptautinio indekso tyrimo rezultatų paslaugų vartotojo požiūriu (2008m. geriausiųjų šalių dešimtukas). Analizuojant pažangiausių Europos valstybių sveikatos apsaugos sistemas, autorė pateikia lentelę, kurioje glaustai apibendrinti pagrindiniai analizės aspektai: draudimas (kompensuojamos paslaugos, priemokos), piliečių saugumo garantai, finansavimas, tiekimo organizavimas, paslaugų kokybės garantija, efektyvumo gerinimas ir išlaidų kontrolė (žr. 13 priedą), o 14 priede atvaizduotas tirtų šalių sistemų sveikatos

išlaidų santykinis pasiskirstymas. Toliau autorė darbe plačiau analizuoja kai kurių šalių sveikatos apsaugos sistemų efektyvumo gerinimą ir kokybės garantijas, kurie yra neatsiejama vertės kūrimo strategijos sudedamoji dalis.

Nyderlandų sveikatos apsaugos sistema. Pagrindinis požiūris siekiant efektyvumo sveikatos apsaugos sistemoje remiasi konkurencijos reguliavimu tarp draudėjų per centrinį veiklos valdymą ir pajamų skaidrumo įvertinimą naudojant veiklos rodiklius. Naujasis Sveikatos Draudimo Aktas, kurio tikslas kontroliuoti išlaidas ir pagerinti kokybę, siekia padidinti konkurenciją tarp privačių sveikatos draudėjų ir paslaugų tiekėjų. Tikimasi, kad išlaidas kontroliuos naujoji Mokėjimų už specifines paslaugas sistema, pagal kurią ligoninės turi konkuruoti dėl kainos specifinėms paslaugoms.

Prancūzijos sveikatos apsaugos sistema. Efektyvumo gerinimas yra pagrindinis viešųjų sveikatos draudimo fondų siekis. Šiuo metu juose vyksta struktūriniai ir procedūriniai pokyčiai. Struktūriniai pokyčiai apima nacionalinės kompiuterizuotos medicininių įrašų sistemos kūrimą siekiant išvengti tyrimų dubliavimosi, pernelyg daug vaistų vienetų paskyrimo ir jų bendro poveikio neigiamo efekto bei palengvinti naują mokėjimų visoms ligoninėms ir klinikoms sistemos įdiegimą. Procedūriniai pokyčiai iš pasiūlos pusės iš esmės gvildena dvi problemas: sąnaudų reorganizaciją (pvz., perkeltant kai kurias gydytojų funkcijas seselėms ar kitam medicinos personalui) ir priežiūros koordinacijos gerinimą (ypač pacientams, sergantiems chroniškais ligomis).

Vokietijos sveikatos apsaugos sistema. Priežiūros kokybę užtikrinama per tokių priemonių spektrą:

- Struktūrinė kokybė. Visi tiekėjai privalo įdiegti kokybės valdymo sistemą; yra tęstinio medicininio mokymosi visiems gydytojams prievolė ir vaistų bei procedūrų įvertinimas. Tačiau ligoninių akreditavimas tebėra savanoriškas.
- Proceso ir dalinio rezultato kokybė. Visoms ligoninėms būtina kokybės pranešimo sistema. Pagal šią sistemą daugiau nei 150 rodiklių įvertina 30

simptomų, tenkančių maždaug 1/6 visų Vokietijos ligonių. Ligoninės sulaukia atsakomosios reakcijos. Nuo 2007m. kasmet privalomuosiuose ligoninių kokybės pranešimuose viešai skelbiama apie 30 rodiklių.

Paraleliai su kokybės gerinimo priemonėmis buvo nustatytos ir priemonės, skirtos efektyvumo gerinimui. Nuo 2004m. visiems vaistams - tiek patentuotiems, tiek generiniams - yra privalomas kainų skelbimas, išskyrus tuos, kurie suteikia ypatingai didelę medicininę naudą. Nuo 2008m., siekiant mažinti vaistų kainas, įvertinamas vaistų išlaidų efektyvumas.

Švedijos sveikatos apsaugos sistema. Įgyvendinamos kelios iniciatyvos siekiant pagerinti gyventojų prieinamumą prie sveikatos paslaugų ir gydymo. Pagal sutartį tarp karalystės tarybų ir centrinės vyriausybės visi neskubūs pacientai turėtų patekti pas pirminės priežiūros gydytoją per septynias dienas, pas specialistą - per 90 dienų bei gauti gydymą per 90 dienų po specialisto gydymo paskyrimo. Dauguma karalystės tarybų susiduria su ilgesniais laukimo terminais (ypač planinėje chirurgijoje). Jei pacientams tenka laukti ilgiau nei 90 dienų, jie gali pasirinkti alternatyvų tiekėją padedant jų karalystės tarybai.

Švedijoje konkurenciją tarp paslaugų tiekėjų skatina pasiektų sveikatos rezultatų duomenų, tiekimo proceso įvertinimo, paslaugos laukimo laiko ir bendrų sveikatos išlaidų skelbimas ir palyginimas kiekviename šalies rajone. Taip pat yra skelbiami kiekvienos iš 67 šalies ligoninių gaunami specifiniai medicininių būklių rezultatų duomenys. Švedijos nacionalinė sveikatos duomenų bazė sudaryta iš 68 kokybės įvertinimų. Jau pradėti integruoti klinikiniai ir gydymo išlaidų duomenys, siekiant nustatyti teisingą vertės matavimą. Paslaugų vertės gerinimas Švedijos sveikatos apsaugos sistemoje pirmiausia pasireiškia tinkamos informacijos rinkimu ir skleidimu. Vieša rezultatų informacija pacientų medicininės būklės lygyje pastoviai skatina tiekėjus ieškoti geresnių sveikatos priežiūros paslaugų tiekimo procesų ir būdų.

Suomijos sveikatos apsaugos sistema. Sveikatos priežiūros darbuotojų darbas yra reguliuojamas Sveikatos priežiūros profesionalų įstatymo, kurio tikslas užtikrinti pacientų saugumą ir aukštos kokybės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, garantuojant, kad sveikatos priežiūros darbuotojams

suteikiamas deramas profesionalus parengimas, jie yra kvalifikuoti bei kompetentingi atlikti savo pareigas. Atsakomybė už profesionalius mokymus sveikatos priežiūroje tenka Švietimo ministerijai, o visa kita sveikatos priežiūros darbuotojų kontrolė - socialinių reikalų ir sveikatos ministerijoms.

Valdymas, naujos technologijos sveikatos priežiūroje, efektyvus operacijų valdymas ir visos sveikatos priežiūros naujovės tampa pagrindiniais faktoriais efektyvios sveikatos priežiūros sistemos siekime. Suomijoje vykdomas IC-technologijos (elektroninės sistemos) sveikatos apsaugos sistemoje diegimas.

Danijos sveikatos apsaugos sistema. Diegiama visapusiška kokybės programa, kurios tikslas įtraukti visas sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias organizacijas. Organizacijos yra įvertinamos pagal jų vykdomų procesų ir išlaidų atitikimą nustatytiems standartams. Programos pagrindas yra pastovaus akreditavimo sistema, pagrįsta kasmetiniu savo darbo įvertinimu ir išoriniu profesionalios institucijos įvertinimu. Savo organizacijos įvertinimas susideda iš nacionalinio indėlio vykdymo, proceso ir išlaidų standartų, kurie leidžia atlikti palyginimus tarp atskirų organizacijų. Išorinis įvertinimas prasideda nuo atestacijos ir tęsiasi tol, kol nustatomas kokybės pasiekimo rodiklis. Kai kurie tokie duomenys yra viešinami internete. Kelis pastaruosius metus dauguma nacionalinių ir regioninių iniciatyvų buvo sutelktos gerinti efektyvumą ir ypač koncentravosi į ligoninių veiklą.

Danijoje labai išvystyta pirminė sveikatos priežiūra. Pacientams lengvai prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos (tą pačią dieną). Kiekvienoje grafystėje klinika dirba naktimis ir savaitgaliais: gydytojai gauna tiesioginius telefoninius pacientų paklausimus. Turėdami prieigą prie kompiuterizuotų pacientų įrašų, gydytojai gali skirti vaistus ar paprašyti, kad pacientas atvyktų į kliniką. Gydytojams užmokama už telefoninę konsultaciją: jei problema išsprendžiama telefonu, užmokestis mokamas didesnis. Visi pirminės priežiūros gydytojai privalo turėti elektroninę medicinos įrašų sistemą. Danijos gydytojams užmokama ir už elektroninio pašto konsultacijas pacientams. Nesudėtinga gydytojo konsultacija telefonu ar elektroniniu paštu žymiai

sutaupo gydytojo darbo laiko (apytiksliai 50 minučių per dieną). Danijos sveikatos apsaugos sistemos elektroninės sistemos eksploatacijos išlaidos yra 2 milijonai \$ per metus ar 40 centų kiekvienam asmeniui.

Apibendrinimas. Atlikus pažangių Europos sveikatos apsaugos sistemų analizę, galima konstatuoti plačią jų įvairovę, taip pat nuolatinį kiekvienos valstybės siekį toliau tobulinti savo sveikatos priežiūrą ir gerinti gyventojų sveikatą. Vykdamas reformas, pagrindinis dėmesys skiriamas sveikatos priežiūros paslaugų pakankamumui ir lygybei užtikrinti, vartotojo laisvam pasirinkimui bei paslaugų tiekėjų autonomijai didinti, o ypač paslaugų kokybei užtikrinti bei efektyvumui didinti. Nepaisant to, kad kiekviena valstybė turi savo finansavimo mechanizmą, vienodi tikslai ir istorinio vystymosi aplinkybės lėmė sveikatos apsaugos sistemų panašumą. Įvairių šalių sveikatos apsaugos sistemos priklauso nuo finansavimo šaltinių: daugelį fondų tiesiogiai ar netiesiogiai kontroliuoja vyriausybė. Tiesioginiai mokėjimai sudaro tik nedidelę mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas dalį; įgyvendinama ir plečiama BPG institucija. Reformuojant sveikatos apsaugos sistemas, decentralizuojamas valdymo ir kontrolės funkcijos.

Tačiau, nors ir palankiai vertinamos paslaugų vartotojų, visos sveikatos apsaugos sistemos turi tam tikrų trūkumų. Pvz., palankiai vertinamose Danijos ir Prancūzijos sveikatos apsaugos sistemoje trūksta lovų stacionaruose ir medicininio personalo, Nyderlandams ir ypač Švedijai viena aktualiausių yra eilių problema. Nyderlandų sveikatos apsaugos sistemos trūkumas yra būtina registracija BPG konsultacijai, kuri pailgina patekimo pas specialistą laiką ir tai lemia specialistų paslaugas mažiau prieinamomis. Šveicarijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje sveikatos apsaugai skiriama santykinai didelė BVP dalis tarp visų tirtų valstybių, todėl aktualu susirūpinti šių lėšų panaudojimo efektyvumu, nes vien lėšos neužtikrina sveikatos apsaugos sistemos sėkmingo funkcionavimo. Ribota galimybė pacientui gauti naujausius vaistus, ypač vaistus nuo vėžio, vaistų kompensavimo sistemos trūkumai yra vienos iš pagrindinių Belgijos, Prancūzijos, Norvegijos sveikatos apsaugos sistemų problemų. Pagal gydymo

laukimo trukmę nepalankiai vertinama Suomijos sveikatos apsaugos sistema. Lyginant kai kurių šalių vartotojų pasitenkinimą ir sveikatos priežiūros išlaidas vienam gyventojui galima pastebėti koreliaciją: palankiai vertinamose sistemose didinamas prevencinių paslaugų finansavimas, plečiama pirminė sveikatos priežiūros grandis ir mažinamos išlaidos stacionarui.

Nors daugelio nagrinėtų pažangių šalių išlaidų mažinimo programose yra kai kurių sveikatos priežiūros paslaugų ribojimas ir normavimas, tam tikrų verte paremtos konkurencijos principų taikymas šių šalių sveikatos apsaugos sistemose įtakojo aukštą pirminės sveikatos priežiūros tiekimo grandies išvystymą. Vakarų Europos šalių pirminės sveikatos priežiūros tiekimo grandis yra efektyvi iš savo prigimties, nes skatina prevenciją, ankstyvą diagnostiką ir formalų, mažas išlaidas eikvojantį gydymą. Pvz., viešas pasitenkinimas sveikatos sistema Danijoje yra vienas aukščiausių Europoje dėl sistemos veiklos sufokusavimo į pirminę sveikatos priežiūrą. Teigiamos sumos konkurencija sveikatos apsaugos sistemų rinkose ir labai efektyvus pirminės sveikatos priežiūros tiekimas yra puikus sistemos išlaidų mažinimo pavyzdys, kuri būtų galima modeliuoti performuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strategiją.

Pasaulinė praktika, organizuojant šalių sveikatos apsaugos sistemas, atskleidžia, kad vienas būdų įdiegti verte paremtą konkurenciją į valstybinės prigimties sistemą yra leisti privatiems tiekėjams konkuruoti su viešomis sveikatos priežiūros įstaigomis. Dauguma Europos šalių turi privačią sveikatos apsaugos sistemą, funkcionuojančią lygiagrečiai su valstybine, tačiau dažnai šios sistemos veikia atskirai. Kai kurios šalys skatina abiejų sistemų konkurenciją. Pvz., Prancūzijos sveikatos apsaugos sistemos pacientai turi privačios sveikatos priežiūros pasirinkimo galimybę: privačios klinikos suteikia apie 40 proc. visų sveikatos priežiūros paslaugų. Taigi, kokybiškas, nuolat atsinaujinantis ir visiems gyventojams prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas teikia bei materialinius, finansinius ir žmogiškuosius išteklius racionaliai naudoja modernios sveikatos apsaugos sistemos, kuriose rinkos santykių plėtra suderinta su efektyviai veikiančiu valstybiniu reguliavimu.

2.4. STRATEGINIO VALDYMO GALIMYBIŲ SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOJE EMPIRINIS TYRIMAS

Šioje disertacinio darbo dalyje, remiantis autorės suformuotu Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo proceso tyrimo modeliu, pristatomas disertantės atliktas aukščiausiojo valdymo lygio vadovų komandos nuomonės empirinis tyrimas - apklausa. Pateikiama tyrimo metodika: tikslas, uždaviniai, sudaryta anketa ir jos struktūra bei pristatomi tyrimo rezultatai ir analizė. Dalies pabaigoje apibendrinami rezultatai, juos siejant su strateginio valdymo proceso tyrimo modeliu.

TYRIMO METODIKA

Apklauso tikslas: išsiaiškinti Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginių galimybių pritaikymą skatinančias ir stabdančias veiksnių grupes, juos siejant su sistemos organizacijų konkurenciniu potencialo pasireiškimo aspektais.

Apklauso uždaviniai:

- nustatyti pasitenkinimo lygį sveikatos apsaugos sistemos veikla,
- suranguoti pagal svarbą problemas, įtakojančios sveikatos apsaugos kokybę, bei atskleisti jų priežastis ir priemones, siekiant jas išspręsti,
- nustatyti pasitenkinimo lygį vadovaujamos organizacijos veikla,
- įvertinti vadovujančių asmenų savo organizacijos misiją suvokimą,
- atskleisti organizacijos strategijos realizacijos užbaigtumą,
- atskleisti ryšį tarp organizacijos biudžeto sudarymo ir strategijos,
- nustatyti laiką, skiriamą strateginiams klausimams,
- pateikti organizacijos veiklos orientaciją,
- pristatyti organizacijoje dominuojančius rodiklius.

Tikslinė grupė: didžiausių Lietuvos miestų daugiaprofilinių sveikatos apsaugos sistemos organizacijų vadovai, jų pavaduotojai, specialistai.

Tyrimo atlikimo data: 2008m. gruodžio mėn. ir 2009m. sausio mėn.

Tyrimo dalyvavusių asmenų skaičius: 59 vadovai (19 organizacijų).

Anketos struktūra. Anketa paruošta autorės remiantis pirmoje ir antroje disertacinio darbo dalyse teorinės medžiagos analize bei suformuluotu Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio proceso valdymo modeliu (žr. 8 pav.). Anoniminėje anketoje pateikti klausimai atspindėjo informaciją apie strateginio valdymo procesą įtakančias veiksnių grupes, jas siejant su konkurencingumo aspektais. Tyrimo anketą sudarė 10 uždarų ir pusiau atvirų klausimų (žr. 15 priedą). Pusiau atviri klausimai darbe pasirinkti dėl respondentų galimybės laisvai išreikšti savo nuomonę, komentarus, pastabas.

Plačiau supažindinsime su anketos klausimais, kuriais buvo siekiama:

- Įvertinti sveikatos apsaugos sistemos veiklą, išskirti ją įtakančias problemas bei nustatyti organizacijų veiklos orientaciją.

- Atskleisti strateginio valdymo procesą stabdančias kliūtis. Respondentai buvo prašomi nurodyti organizacijos veiklą įtakančius neigiamus veiksnius. Buvo tirti strateginiai aspektai sveikatos apsaugos sistemos organizacijose. Taip pat siekta išsiaiškinti vadovaujančių asmenų nuostatas į strategijos įgyvendinimo etapą, misijos suvokimą bei laiką skiriamą strategijos aptarimui.

- Šia klausimų grupe buvo siekiama išsiaiškinti organizacijų vadovų požiūrį į strategiškai orientuotą organizaciją. Taip pat buvo prašoma įvardinti vadovaujamos organizacijos valdymo problemas, atskleisti organizacijos veikloje dominuojančius rodiklius

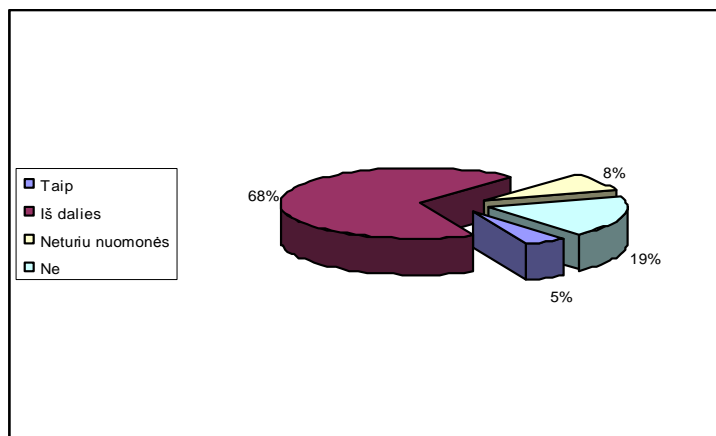
Siekiant įvertinti anketos tinkamumą, 2008m. gruodžio mėnesį buvo atliktas pilotinis tyrimas, kurio metu buvo apklausti sveikatos apsaugos sistemos organizacijų aukščiausiojo lygio vadovai (viso 16). Pilotinio tyrimo metu surinktų rezultatų analizė ir respondentų pastabos padėjo supaprastinti neaiškias klausimų formuluotes ir patobulinti anketą.

Imties apskaičiavimas. Tiriamoji imtis nurodo pagal tam tikrą požymį išskirtus informacijos prasme dominančius objektus. Autorės atlikto tyrimo objektas – tikslinės atrankos būdu (sisteminioji imtis) atrinktos 5 didžiausių Lietuvos miestų daugiaprofilinių (bendrojo pobūdžio) sveikatos priežiūros įstaigos. 2007m. Lietuvoje SAM, apskričių ir savivaldybių pavaldumo daugiaprofilinių sveikatos priežiūros įstaigų (ligoninių, tame tarpe ir universitetinių) buvo 64, o didžiausiuose miestuose jų buvo 19 (Lietuvos sveikatos informacijos centras, 2008). Tiriamos grupės dydis – 19 - pasirinktas dėl tyrimo tikslo ir tiriamos populiacijos savybių – vienalytiškumo tiriamojo požymio atžvilgiu. Kadangi tyrimo tikslinė grupė pasirinkti šių įstaigų vadovai, pavaduotojai, specialistai, buvo surinkti duomenys apie jų skaičių kiekvienoje iš šių įstaigų. Viso aukščiausiojo lygio vadovų yra 67. Remiantis mokslininkų rekomendacijomis, jei tyrėjas savo tyrimo rezultatus siekia apdoroti statistiniais būdais, tada minimalus atvejų skaičius neturėtų būti mažesnis kaip 30 (Cohen ir kt., 2000). Siekiant, kad tyrimas būtų reprezentatyvus, buvo apskaičiuotas imties tūris: generalinę visumą sudaro 67 objektai, esant 95 proc. paklaidai ir 5 tikimybei, reikalingas imties dydis yra 57. Kadangi tyrime 67 generalinės visumos vienetų reprezentuoti buvo paimta 59 atvejų imtis, tai galima teigti, kad tyrimo metu gauti duomenys yra reprezentatyvūs.

Tyrimo rezultatų apibendrinimas. Tyrimo duomenų apdorojimas atliktas naudojant statistinės duomenų analizės programą SPSS 13. Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir grafikuose (žr. 16 priedą). Kokybinių kintamųjų ryšiui vertinti taikytas Chi kvadrato (χ^2) kriterijus. Kokybinių požymių statistinį ryšį tyrėme susietų lentelių metodu. Remiantis lentelės duomenimis buvo apskaičiuojama Chi kvadrato statistika. Pateikiant rezultatus nurodomas statistinių teiginių patikimumas. Skirtumas laikytinas statistiškai reikšmingu, jei paklaidos tikimybė $p < 0,05$. Dažnių lentelės buvo sudaromos 1, 3-10 anketos klausimams.

TYRIMO REZULTATAI

Vadovų pasitenkinimas sveikatos apsaugos sistemos ir vadovaujamos organizacijos veikla. Didžioji dauguma respondentų (žr. 10 paveikslą) 68 proc. (40) buvo patenkinti sveikatos apsaugos sistemos veikla tik iš dalies, 19 proc. (15) - nepatenkinti, nuomonės neturėjo 8 proc. (11), o patenkintų buvo tik 5 proc. (3).



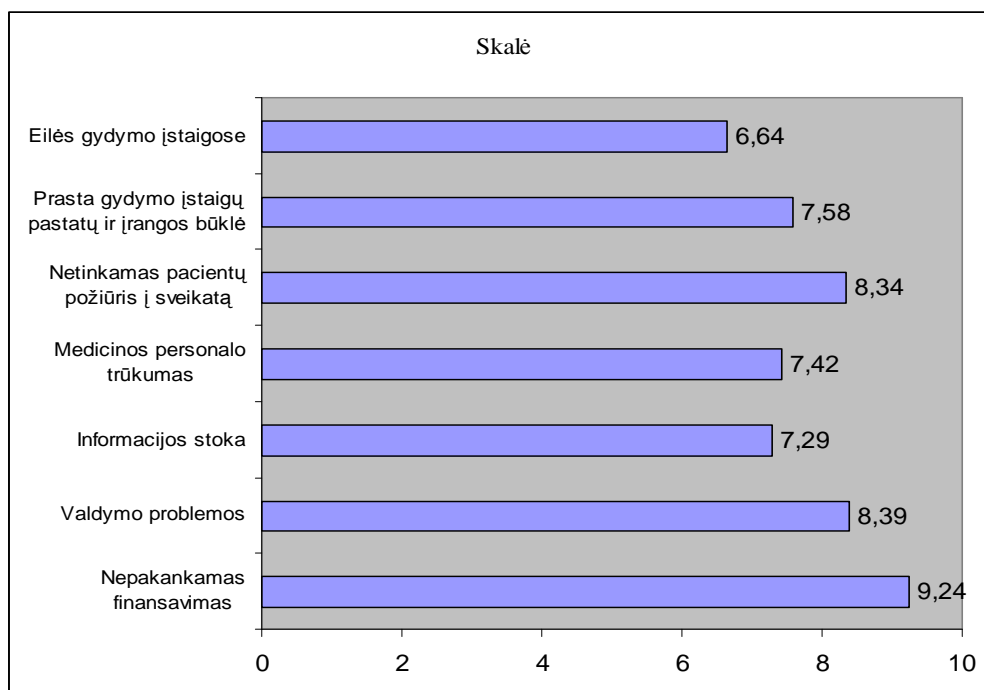
10 pav. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos veiklos įvertinimas.

Gauti rezultatai apie savo vadovaujamos organizacijos veiklą atskleidė, kad 51 proc. vadovų savo organizacijos veikla buvo patenkinti, o 49 proc. buvo patenkinti tik iš dalies. Kitokių atsakymų respondentai nepasirinko.

Apibendrinant galima teigti, kad vadovaujančių asmenų pasitenkinimas sveikatos apsaugos sistemos veikla ir savo organizacijos veikla labai smarkiai skiriasi (atitinkamai patenkinti 5 proc. ir 51 proc., iš dalies patenkinti 68 proc. ir 49 proc.). Respondentų atsakymai, savo organizacijų veiklą vertinant teigiamai, atskleidė, kad sisteminis ryšys nėra tamprus, nes nėra pasitenkinimo bendra organizacijų veikla (sistemos darbu).

Sveikatos apsaugos sistemos problemų įvertinimas. Respondentų buvo prašoma išdėstyti problemas pagal jų svarbą dešimties (1-10) balų skalėje

(Likerto skalė), siekiant išsiaiškinti jų lyginamąjį svorį visų problemų kontekste. Tolimesnėje analizėje, struktūrizuojant kiekvieną problemą, buvo siekiama išsiaiškinti galimas problemos priežastis ir jų pašalinimo būdus. Analizuojant tyrime dalyvavusių vadovų atsakymus, nustatyta (žr. 11 pav.), kad svarbiausia sveikatos apsaugos sistemos problema yra įvardijamas nepakankamas finansavimas (9,24 balo). Kitos pagal svarbą panašios problemos yra valdymo (8,39 balo) ir netinkamas pacientų požiūris į sveikatą (8,34 balo). Trečiąją sveikatos apsaugos sistemos problemų grupę sudaro prasta gydymo įstaigų pastatų ir įrangos būklė (7,58), medicinos personalo trūkumas 7,42 ir informacijos stoka 7,29. Mažiausiai svarbi problema, respondentų nuomone, yra eilės gydymo įstaigose 6,64.



11 pav. Sveikatos apsaugos sistemos problemų įvertinimas.

Su 95 proc. garantija galima teigti, kad nepakankamo finansavimo skalėje vieta pagal svarbą buvo nuo 8,92 iki 9,56 balo; valdymo problemų – nuo 7,99 iki 8,79 balo; netinkamas pacientų požiūris į sveikatą – nuo 7,89 iki 8,78 balo;

prasta gydymo įstaigų pastatų ir įrangos būklė – nuo 7,07 iki 8,09 balo; medicinos personalo trūkumas - nuo 6,85 iki 8 balų; informacijos stoka – nuo 6,79 iki 7,79 balo ir eilės gydymo įstaigose – nuo 6,14 iki 7,15.

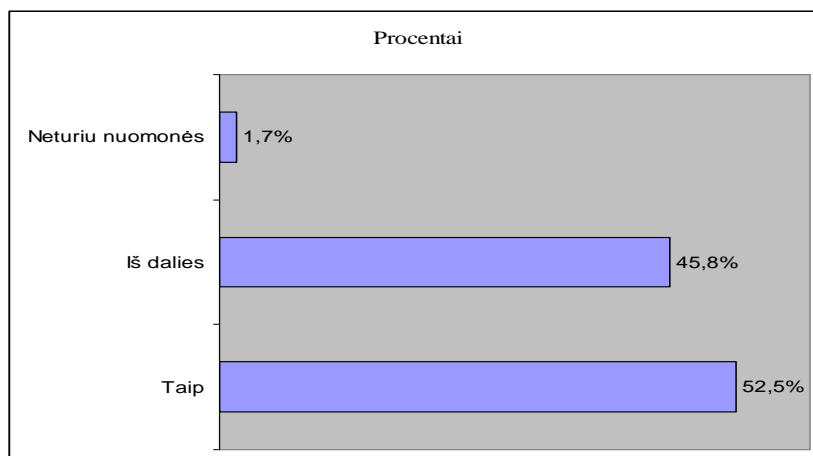
Atliktas visų pateiktų problemų bendras įvertinimas, kurio rezultatai atskleidė, kad bendras visų problemų svarbos vidurkis 7,8426. Su 95% garantija galima teigti, kad šių problemų svarba yra nuo 7,5335 iki 8,1518, todėl jos yra labai reikšmingos sveikatos apsaugos sistemai.

Tolimesnėje analizėje patikrinta, ar skiriasi vidurkiai klausimo „Ar esate patenkintas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos veikla“ atsakymų grupėse, siejant jį su sveikatos apsaugos sistemos problemų svarbos vidurkiu. Skirtumas apjungtų į 2 grupes atsakymų (pirma grupė „Taip, iš dalies“, antra grupė „Ne“) grupėse tikrintas neparametriniu Mann-Whitney kriterijumi. Jeigu statistinis reikšmingumas $p < 0,05$, tai skirtumai statistiškai reikšmingi. Mūsų atveju, $p = 0,613$, todėl skirtumas nėra reikšmingas. Todėl, nepasitenkinimas sveikatos apsauga, kaip ir įvardintos problemos yra vienodai svarbūs. Skirtumai neapjungtų klausimo „Ar esate patenkintas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos veikla“ atsakymų grupėse tikrinti neparametriniu Kruskal-Wallis kriterijumi. Jeigu statistinis reikšmingumas $p < 0,05$, tai skirtumai statistiškai reikšmingi, esant reikšmingumo lygmeniui 0,05. Bet šiuo atveju $p = 0,877$, todėl skirtumai nėra reikšmingi. O tai dar kartą patvirtina, kad tiek sveikatos apsaugos sistemos problemos, tiek pasitenkinimo lygis tarpusavyje koreliuoja ir yra vienodai svarbūs.

Toliau analizuota koreliacijos koeficientų lentelė. Koreliacijos koeficientas parodo, ar yra tiesinis ryšys tarp dviejų dydžių. Jo reikšmės gali būti nuo -1 iki 1, kuo arčiau -1 arba 1, tuo ryšys yra stipresnis. Nepakankamas finansavimas respondentų atsakymuose stipriausiai koreliavo su valdymo problemomis (0,421) ir panašiai su gydymo įstaigų ir įrangos prasta būkle bei informacijos stoka (atitinkamai 0,316 ir 0,308), o mažiausiai su medicinos personalo trūkumu (0,217). Valdymo problemos labiausia buvo susijusios su gydymo įstaigų ir įrangos prasta būkle (0,536), informacijos stoka (0,460), o ypač mažai koreliavo su pacientų požiūriu į sveikatą (0,086). Informacijos

stoka tiesiogiai priklausė nuo valdymo problemų (0,46), medicinos personalo trūkumo (0,405). Medicinos personalo trūkumas palyginti panašiai koreliavo su pacientų požiūriu į sveikatą (0,496), informacijos stoka (0,405), gydymo įstaigų ir įrangos prasta būkle (0,396) bei valdymo problemomis (0,380). Pacientų požiūris į sveikatą labiausiai priklausė nuo medicinos personalo trūkumo, o ypač mažai nuo valdymo problemų (0,086). Gydymo įstaigų pastatų ir įrangos būklė koreliavo su valdymo problemomis (0,536), eilėmis (0,478) ir medicinos personalo trūkumu (0,396). O eilės gydymo institucijose labai susijusios su gydymo įstaigų pastatų ir įrangos būkle (0,478), informacijos stoka (0,301) ir medicinos personalo trūkumu (0,292).

Organizacijos strateginio valdymo galimybių įvertinimas. Šioje tyrimo dalyje buvo siekiama išanalizuoti, koks yra organizacijų konkurencinis potencialas ir kaip jis siejamas su strateginio valdymo procesu.

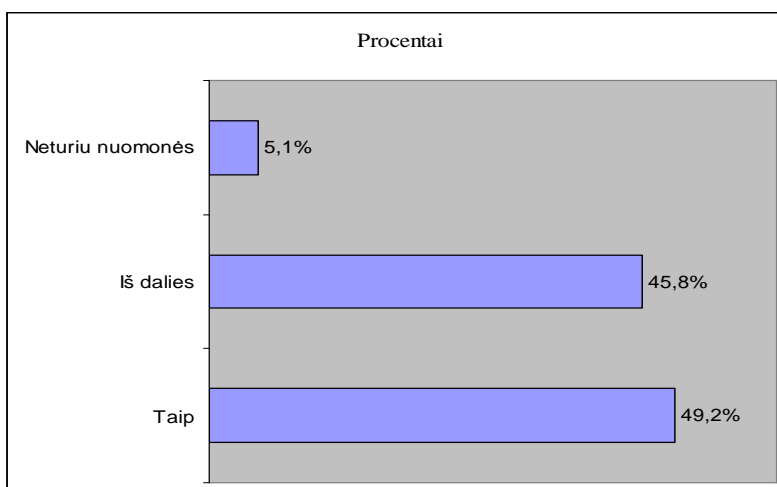


12 pav. Organizacijos misijos suvokimas.

Paklausus respondentų, ar jie sugebėtų įvardyti savo organizacijos misiją, teigiamai atsakė 52,5 proc., iš dalies galėjo įvardyti 45,8 proc., nuomonės neturėjo 1,7 proc. (žr. 12 pav.). Tačiau papašius teigiamai atsakiusius įvardyti savo organizacijos misiją, tik 15,2 proc. jų sugebėjo misiją išdėstyti. Todėl

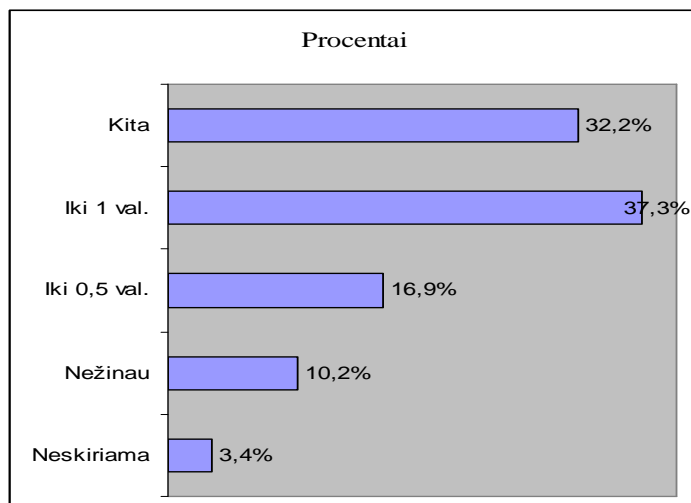
galima daryti išvadą, kad patiems vadovams organizacijos strategija nėra pakankamai aiški, kad galėtų ją įvardinti.

Toliau respondentams buvo pateiktas klausimas apie organizacijos strategijos vykdymo sėkmingumą (žr. 13 pav.). 49,2 proc. respondentų atsakė, kad jų vadovaujamos organizacijos strategija vykdoma sėkmingai, 45,8 proc. paminėjo, kad ji vykdoma iš dalies sėkmingai, o 5,1 proc. neturėjo šiuo klausimu nuomonės.



13 pav. Organizacijos strategijos vykdymas.

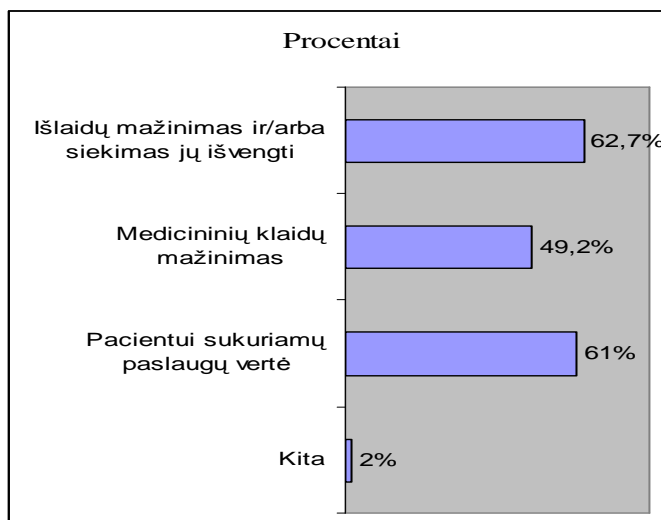
Kad organizacijos biudžeto sudarymas ir organizacijos strategija neatsiejami procesai nurodė net 74,6 proc. respondentų, atskiri procesai – 10,2 proc., o nuomonės neturėjo -15,3 proc. Strategijos aptarimui 37,3 proc. organizacijų vadovų skiria iki 1 valandos per mėnesį, 16,9 proc. - iki pusės valandos, 3,4 proc. – iš viso neskiria, o 10,2 proc. - nežinojo (žr. 14 pav.). Respondentams, nerandantiems teisingo atsakymo, buvo pateikta skiltis „kita“, kurioje pasiūlyta įrašyti savo atsakymą. Net 32,2 proc. vadovų pasirinko šį variantą, tačiau savo atsakymuose tik 4 respondentai nurodė, kad laikas skiriamas strategijos aptarimui pasirenkamas pagal poreikį, o likusių atsakymų laiko intervalai svyravo nuo 75 min. iki 3 val.



14 pav. Vadovų laikas, skiriamas strategijos aptarimui per mėnesį.

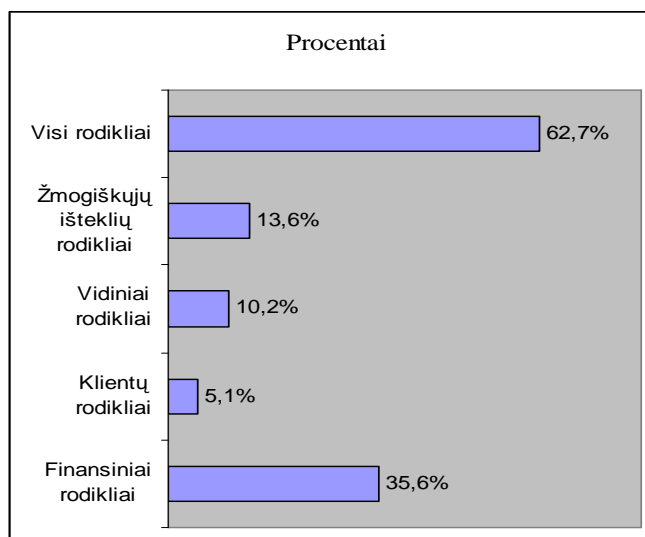
Analizuojant strateginio proceso atskirus aspektus buvo siekiama išsiaiškinti kaip vadovai supranta savo vadovaujamų organizacijų konkurencinius pranašumus. Respondentų buvo prašoma iš pateikto sąrašo (išlaidų mažinimas arba siekimas jų išvengti, medicininių klaidų mažinimas, pacientui sukuriama sveikatos priežiūros paslaugų vertė) išsirinkti ir pažymėti, jų nuomone, į kokią sritį labiausiai orientuota jų organizacijos veikla. Respondentai neatradę jiems reikšmingų atsakymų, savo nuomonę galėjo išreikšti skiltyje „kita“. Kai kurie respondentai atsakydami pasirinko kelis atsakymų variantus, todėl šio klausimo analizei taikyta daugialypių atsakymų lentelė. Kadangi respondentas galėjo pasirinkti daugiau nei vieną atsakymą, tai bendras atsakymų skaičius yra didesnis nei apklaustų žmonių skaičius.

Pagal surinktus tyrimo duomenis (žr. 15 pav.), vadovų komanda nurodė, kad labiausiai jų organizacijų veikla orientuota į išlaidų mažinimą ir/arba siekimą jų išvengti (62,7 proc.), mažiau reikšmės vadovai teikia vertės sukūrimo pacientui orientacijai (61 proc.) bei medicininių klaidų mažinimui (49,2 proc.). Vienas respondentas (1,7 proc.) nurodė, kad jo vadovaujamos organizacijos veikla orientuota į organizacijos įvaizdžio kūrimą.



15 pav. Respondentų nurodoma organizacijų veiklos orientacija.

Tolesnėje analizėje buvo siekiama išsiaiškinti organizacijos veikloje dominuojančius rodiklius ir taikyta daugialypių atsakymų lentelė, kadangi dauguma respondentų pasirinko daugiau nei vieną atsakymą (žr. 16 pav.).



16 pav. Dominuojantys organizacijos veiklos rodikliai.

Susijusių požymių analizė. Anketos klausimų - 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 - duomenys yra kategoriniai. Jiems taikyta susijusių požymių lentelių analizė.

Lentelėse pateikiama, kaip vieno požymio (klausimo) reikšmės pasiskirsto kito požymio (klausimo) grupėse. Statistiškai ryšys įvertinamas chi-kvadratu kriterijumi (Chi-Square Test). Jeigu $p < 0,05$, tai požymiai yra susiję arba atsakymai į klausimus analizuojamose grupėse skiriasi ir atvirkščiai.

Analizuojant klausimą „Ar esate patenkintas Lietuvos sveikatos apsaugos sistema“ ir „Ar esate patenkintas savo organizacijos veikla“, galima tvirtinti, kad atsakymai į šiuos klausimus skiriasi ($p=0,020$). Pasitenkinimas savo organizacijos veikla nesusijęs su pasitenkinimu sveikatos apsaugos sistemos veikla. Jei respondentai nepatenkinti sveikatos apsaugos sistemos veikla sudarė 18,2 proc., tai savo organizacijos veikla - 7,4 proc. Tik 22,2 proc. respondentų, nepatenkintų sveikatos apsaugos sistemos veikla, galėjo įvardyti savo organizacijos misiją, iš dalies patenkintų įvardino - 19,2 proc. ($p=0,806$). Galima tvirtinti, kad respondentai nepatenkinti sistemos darbu, susiduria savo organizacijose ir su strateginio valdymo problemomis. Respondentai, patenkinti savo organizacijos veikla, sugebėjo įvardinti savo organizacijos misiją ($p=0,792$) ir nurodė, kad jų organizacijos strategija vykdoma sėkmingai ($p=0,01$) bei organizacijos biudžeto sudarymas ir organizacijos strategija yra neatsiejami procesai ($p=0,155$).

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo probleminių veiksmų išskyrimas

Apibendrinant Lietuvos strateginio valdymo proceso tyrimo modelio pagrindu atliktą empirinį tyrimą, išskirtos tokios pagrindinės sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo kliūtys:

- **Tikslų suderinamumo kliūtis:** pasitenkinimo lygiai vadovaujamos organizacijos ir visos sveikatos apsaugos sistemos veikla vertinami neproporcingai, todėl sisteminis ryšys silpnas ir vyrauja einamieji, konjunktūriniai, bet ne strateginiai tikslai. Vykdoma sveikatos apsaugos sistemos strategija nepakankamai tampriai susieta su kitų organizacijų (sudedamųjų sistemos dalių) tikslais.

- **Strateginio mąstymo kliūtis:** svarbiausia sveikatos apsaugos sistemos problema yra įvardijamas finansavimas. Suvokimas, kad rezultatyvų sistemos darbą lemia ne papildomas finansavimas ir ne finansavimas apskritai, o veiksminga strateginio valdymo panaudojimo sinergija, gali padėti iš naujo įvertinti sistemos strategines galimybes.

- **Vizijos kliūtis:** tik 15 proc. vadovų supranta savo organizacijos strategiją ir sugeba ją įvardyti, todėl galima daryti išvadą, kad strategija nėra aiški. Tai paaiškinama, kodėl tampa sudėtinga organizacijos strategiją perversi į suprantamų ir pasiekiamų tikslų plotmę.

- **Strategijos realizavimo kliūtis:** lyginant su pasauline praktika ši kliūtis nėra pakankamai stipri, nes 49 proc. vadovų nurodė, kad jų organizacijos strategija yra sėkmingai realizuojama. Tačiau, remiantis vizijos kliūtimi, galima teigti, kad tik 15 proc. iš šių atsakymų yra logiški, nes, nesuvokiant organizacijos strategijos, negalima teigti, kad ji realiai įgyvendinama.

- **Išteklių kliūtis:** 10 proc. organizacijų nesusieja savo metinio biudžeto sudarymo proceso su strateginio valdymo procesu ir laiko juos nepriklausomais. Strategija nėra pakankamai susijusi su ilgalaikių ir trumpalaikių išteklių paskirstymu, išskyrus finansinius išteklius.

- **Valdymo kliūtis:** nepakankamai laiko skiriama strategijos aptarimui. 37 proc. vadovų strategijai aptarti skiria ne daugiau kaip valandą per mėnesį, 32 proc. skiria nuo vienos valandos iki trijų.

- **Veiklos orientacijos kliūtis:** daugiausia organizacijos savo veiklą fokusuoja į išlaidų mažinimą arba siekimą jų išvengti.

- **Veiklos rodiklių pasirinkimo kliūtis:** nors dauguma organizacijų (63 proc.) nurodė, kad joms vienodai svarbūs žmogiškųjų išteklių, vidiniai, klientų ir finansiniai rodikliai, tačiau organizacijų, pasirinkusių atskirus rodiklius, grupės duomenys rodo, kad labiausiai aktualūs yra finansiniai rodikliai. Organizacijų tarpusavio ryšys egzistuoja taktiniame lygyje, bet ne strateginiame. Strategijos realizavimo rodikliams skiriama labai mažai dėmesio. Neanalizuojami rodikliai, kurie leistų adaptuoti strategiją prie kintančio konteksto sąlygų.

3. LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS STRATEGINIO VALDYMO MODELIO FORMAVIMO IR DIEGIMO PROCESAS

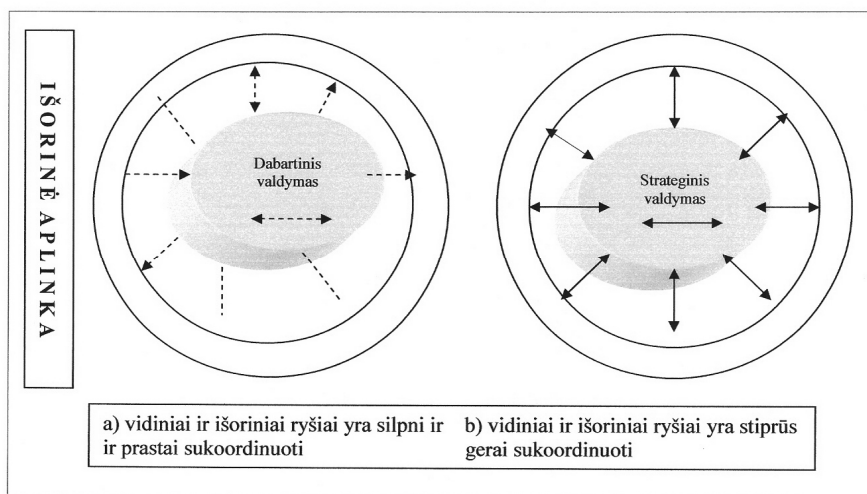
Šiandien sugebėjimas prisitaikyti prie nuolat ir greitai kintančių aplinkos sąlygų tampa pagrindiniu sveikatos apsaugos sistemos gyvavimo ir sėkmingos veiklos faktoriumi. Integracijos į tarptautinę erdvę, globalizacijos ir informacijos visuomenėje procesai skatina imtis strateginių veiksmų. Todėl strateginis valdymas, konstruktyvesnis jo potencialo panaudojimas per paskutiniuosius dešimtmečius tapo reikšmingiausia valdymo naujove tiek privačiame, tiek viešajame sektoriuose (Mintzberg, 2007; Drucker, 2008; Breen, Hamel, 2007). Siekiant spręsti strateginio valdymo problemas, susijusias su antroje darbo dalyje analizuotais aspektais, autorė siūlo formuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį. Pirmoje darbo dalyje strateginio valdymo koncepcijos analizė atskleidė, kad šiandien strateginio valdymo procese ypatingas dėmesys skiriamas strategijos įgyvendinimui. Organizacija, sėkmingai įgyvendinama strategija, įgyja konkurencinį pranašumą. Tokiu būdu strateginio valdymo proceso kryptingas vystymas sveikatos apsaugos sistemoje ypač prisidėtų prie sveikatos apsaugos sektoriaus, kurio veikla teigiamai įtakotų visą Lietuvos ūkio strateginio valdymo sistemą, raidos.

Šioje darbo dalyje laikomasi tokio dėstymo nuoseklumo: 3.1. skyriuje pristatomos metodologinės prielaidos, kuriomis remiantis, formuojamas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis 3.2. skyriuje pristatomas strateginio valdymo modelis. 3.3. skyriuje pagrindžiamas šio modelio diegimo proceso praktinis taikymas.

3.1. STRATEGINIO VALDYMO MODELIO FORMAVIMO PRIELAI DOS

Viena svarbiausių autorės pasirinktų strateginio valdymo modelio formavimo prielaidų yra holistinis požiūris, kuris suteikia galimybę sveikatos

apsaugos sistemą matyti ir tyrinėti kaip vieną iš sudėtinių valstybės strateginio valdymo posistemų, išryškinti jos funkcionavimo tendencijas ir numatyti arba patikslinti strateginius tikslus bei įgyvendinti formuojamą strategiją. Sveikatos apsaugos sistema yra viena iš valstybės vystymo strategijos posistemų, kurios strategija glaudžiai susijusi su bendru ekonomikos ir infrastruktūros raidos strategijos tikslu ar jų sistema. Analizė atskleidė, kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginiai tikslai netiksliai įsikomponuoja į valstybės strateginio valdymo tikslų sistemą. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos valdyme trūksta bendro visumos matymo ir atskirų jos sudedamųjų dalių sujungimo (žr. 17 pav.).



17 pav. Strateginio valdymo svarba sveikatos apsaugos sistemoje
(parengta autorės).

Kaip matyti iš 17 paveikslo, dabartiniam sistemos valdymui būdingi silpni ir prastai sukoordinuoti vidiniai ir išoriniai ryšiai. Todėl strateginio valdymo metodų ir holistinio principo taikymas sveikatos apsaugos sistemoje, formuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį, yra svarbios sąlygos, galinčios užtikrinti rezultatų vidinį ir integruotą į Lietuvos ūkį sistemos valdymą. Tai svarbu vėliau siekiant nustatyti sveikatos

apsaugos sistemos strateginę kryptį geoekonominėje erdvėje, kuri leidžia formuoti kokybiškai naują įsijungimo į pasaulinio darbo pasidalijimo poziciją.

Šių dienų dinamiškoje aplinkoje priiminėti strateginius sprendimus, pasikliaujant tik praeities įvykiais, nebeįmanoma, todėl ***kita autorės pasirinkta metodologinė prielaida apibrėžia, kad sveikatos apsaugos sistemos aplinkai būdingas dinamiškumas ir globalumas.*** Tai sąlygoja valdymo paradigmos kaitą ir strateginio mąstymo kompetencijų apibrėžimo poreikį. Šie konceptualūs gebėjimai, atsižvelgiant į aplinkos vystymosi tendencijas, leidžia suformuluoti ateities įvykių scenarijus, priimti teisingus strateginius sprendimus dinamiškomis ir globalumo sąlygomis. Todėl strateginis mąstymas yra „kūrybiškumo, intuicijos ir inovatyvaus mąstymo sintezės procesas“ (Mintzberg ir kt., 2005), kurio dėka vystomas sugebėjimas holistiškai suvokti aplinką ir ją interpretuoti. Dinamiškos aplinkos įtakoje sveikatos apsaugos sistema susiduria su pagrindiniu šiandienos sistemos iššūkiu – gebėjimu sėkmingai įgyvendinti formuojamą strategiją kintančioje aplinkoje.

Kita autorės ***pasirinkta prielaida, kurios buvo laikomasi formuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginį modelį, remiasi Naujosios viešosios vadybos koncepcijos atsiradimu.*** Naujas požiūris, kurio esmė privataus sektoriaus valdymo principų pritaikymas viešajam, gali paaiškinti šiuolaikinės sveikatos apsaugos sistemos valdymo dėsningumus. Naujosios viešosios vadybos koncepciją galima analizuoti ją lygindami su biurokratinio viešojo administravimo koncepcija. Biurokratinio viešojo administravimo koncepcija daugiausia dėmesio skiria struktūroms ir veiklos taisyklėms, tuo tarpu naujoji viešoji vadyba – rezultatams. Todėl galima teigti, kad biurokratijai nebūdingas kūrybiškumas ir inovacijos. Naujausias požiūris aiškina viešojo ir privataus sektorių skirtumus:

1. Viešajame sektoriuje sukuriama viešoji vertė, kuri apima tris dedamąsias dalis: teisinės sistemos kūrimą, įvairių rinkos klaidų ištaisymą, teisingumo siekimą. Viešoji vertė yra paslaugos, kurios labiau orientuotos į rezultatus.

2. Viešojo sektoriaus organizacijos vertę kuria daug sudėtingesnei vartotojų grupei.

3. Viešojo sektoriaus organizacijos naudoja įvairesnius išteklius. Įstatymų galia yra labai svarbus aspektas viešajame sektoriuje.

4. Viešasis sektorius naudoja skirtingus gamybinius pajėgumus. Jie paprastesni verslo organizacijose, o viešajame sektoriuje išplėtoti ryšiai tarp organizacijų. Pagrindiniai biurokratinio viešojo administravimo ir Naujosios viešosios vadybos koncepcijų skirtumai tokie (žr. 2 lentelė):

2 lentelė

Biurokratinio viešojo administravimo ir naujosios viešosios vadybos koncepcijų skirtumai (adaptuota autorės remiantis Puškorius “Viešojo sektoriaus institucijų administravimas”, 2002).

| Biurokratinis viešasis administravimas | Naujoji viešoji vadyba |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Teisinių normų primatas (reglamentai) • Veikimas: teisinis reglamentavimas • Struktūros ir veikla sustabarėjusios • Visuomenė objektas • Atsakomybė už reglamentų laikymąsi suvaržyta (formali ir nereali) • Orientacija į atlikimo procesą | <ul style="list-style-type: none"> • Nuostatų, tikslų ir rezultatų primatas • Veikimas: vadybinis apibrėžtų tikslų įgyvendinimas • Struktūros ir veikla lanksčios • Visuomenė klientas • Atsakomybė už rezultatus (įsmeninta ir konkreti) • Orientacija į klientui suteikiamą vertę |

Naujosios viešosios vadybos koncepcijos nuostatos padeda labiau susisteminti tokias sveikatos apsaugos sistemos savybes kaip holistiškumas, dinamiškumas ir globalumas. Todėl naujosios viešosios vadybos koncepcija šiandien tinkamiau ir lanksčiau reaguoja į šiandienos sveikatos apsaugos sistemos aplinkos keliamus iššūkius nei biurokratinio viešojo administravimo koncepcija. Vykstant šių koncepcijų kaitai, atsiranda būtinybė iš naujo peržiūrėti teorines metodologines prielaidas formuojant įvairius valdymo modelius sveikatos apsaugos sistemoje. Žvelgiant per naujosios viešosios vadybos prizmę, sveikatos apsaugos sistemos veikloje atsiranda orientacija į

virtotojui (klientui) sukuriamą vertę, sistemos tikslų įgyvendinimą ir sistemos struktūros lankstumą. Orientacija į pacientą, kaip rodo pažangių šalių patirtis, gali būti realizuojama tik vertės jo sveikatos būklei kūrimo lygyje.

Apibendrinant, galima teigti, kad naujosios viešosios vadybos koncepcijos formuojamas požiūris padeda išsamiau suvokti, įvertinti ir valdyti kompleksinius, sudėtingus tyrimų objektus. Strateginio valdymo procesas, prasidedantis silpnų strateginių signalų identifikavimu ir vertinimu bei pasibaigiantis strategijos įgyvendinimu, yra sudėtingas reiškinys, kurį geriausia nagrinėti remiantis naujosios viešosios vadybos koncepcija.

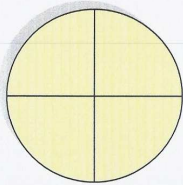
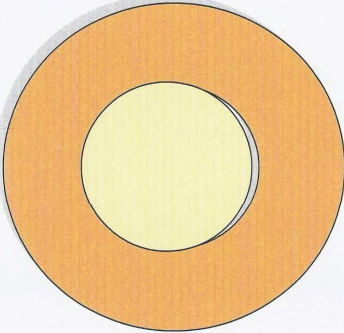
Dar viena svarbi prielaida, projektuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį – būtina pereiti nuo nulinės sumos konkurencijos prie vertės kūrimo ir konkurencija, paremta pacientui suteikiama verte, turi būti susieta su rezultatais. Reformos pastangos, bandant koncentruotis į virtotojus, pagerinti teikiamų paslaugų kokybę, atskleidžia perspektyvas, kad sveikatos apsaugos sistemos veikla vykdoma teisinga kryptimi, tačiau esminių - strateginių pokyčių nėra. Viena šio vyksmo priežasčių yra sveikatos apsaugos sistemos rinkos nulinės sumos konkurencija, kuri remiasi išlaidomis. Iš esmės tokia konkurencija vyksta netinkamame lygyje ir dėl netinkamai pasirinktų objektų.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje funkcionuojanti rinka netenkina daugumos reikalavimų, kuriuos dar 1776m. suformulavo Smith bei jo pasekėjai (Smith, 2003): visapusiška ir laisva informacija apie paslaugų kokybę, savybes ir kainas; aiškus suvokimas, ką pirkėjas įsigyja; jokių išorinių faktorių; daug pirkėjų; daug pardavėjų; lengva patekti ir išeiti iš rinkos. Pagrindinė tokios nesubalansuotos rinkos priežastis yra konkurencijos pasireiškimo forma. Siekiant suvokti nepakankamą konkurencijos veikimą sveikatos apsaugos sistemoje, galima palyginti sveikatos apsaugos konkurencijos prigimtį su kitų ūkio sektorių konkurencija. Juose konkurencija yra orientuota į vertę, kuri suteikiama virtotojui, įsigyjant paslaugą, todėl gerėja paslaugos kokybė, virtotojų aptarnavimas, o inovacijos stimuliuoja pažangą. To pasėkoje mažėja kainos, o rinka išsiplečia, siekdama patenkinti

didesnius vartotojų poreikius. Tai skatina vartotojo pasirinkimo galimybes, kadangi tiekėjai siekia, kad jų paslaugos išsiskirtų iš kitų.

Kai kurie autoriai argumentuoja, kad konkurencija sveikatos apsaugos sistemoje neveikia, nes jos rinka turi daugiau specifikos nei kitų ūkio sektorių rinkos. Manoma, kad tai tam tikras sudėtingų paslaugų kompleksas, vartotojai negali suprasti medicininės praktikos, paslaugos labiau pritaikytos atskiriems vartotojams, už jas mokama netiesiogiai. Tačiau tokias sudėtingas charakteristikas turi ir kiti ūkio sektoriai, kuriuose konkurencija veikia pakankamai teigiamai. Pvz.; informacinių technologijų paslaugos didelėms korporacijoms taip pat yra pritaikytos individualiems vartotojų poreikiams ir yra labai kompleksinės.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje dirbtinai formuojama *nulinio lygio konkurencija neužtikrina prielaidų pagrindiniam sveikatos priežiūros paslaugų vaidmeniui realizuoti t.y., sukurti vertę pacientui* (žr. 18 pav.).

| ŠIANDIENINIS KONKURENCIJOS LYGIS: NULINĖS SUMOS KONKURENCIJA | NAUJAS KONKURENCIJOS LYGIS: TEIGIAMOS SUMOS KONKURENCIJA |
|--|---|
|  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> • Konkuruojama dėl išlaidų perstumdomo • Orientacija į proceso vykdymą • Atskleidžia, kaip vertė padalijama (pyrago paskirstymas) • Vieno dalyvio laimėjimai atsveria kitų dalyvių nesėkmes, realiai nelaimi nei vienas dalyvis • Efektai pilnai nerealizuoti, dauguma nepozityvūs | <ul style="list-style-type: none"> • Konkuruojama dėl pacientui suteikiamos vertės • Kuria vertę pacientui, kuri susieta su rezultatais • Atskleidžia, kaip vertė auga (pyrago padidėjimas) • Laimi visi dalyviai, o ypačingai pacientas • Atsiranda nauji pozityvūs efektai dėl sinerginių ryšių suformavimo ir efektyvaus jų realizavimo |

18 pav. Konkurencijos lygiai sveikatos apsaugos sistemos rinkoje

(sudaryta ir adaptuota autorės, remiantis Porter, Tiesberg „Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results“, 2006).

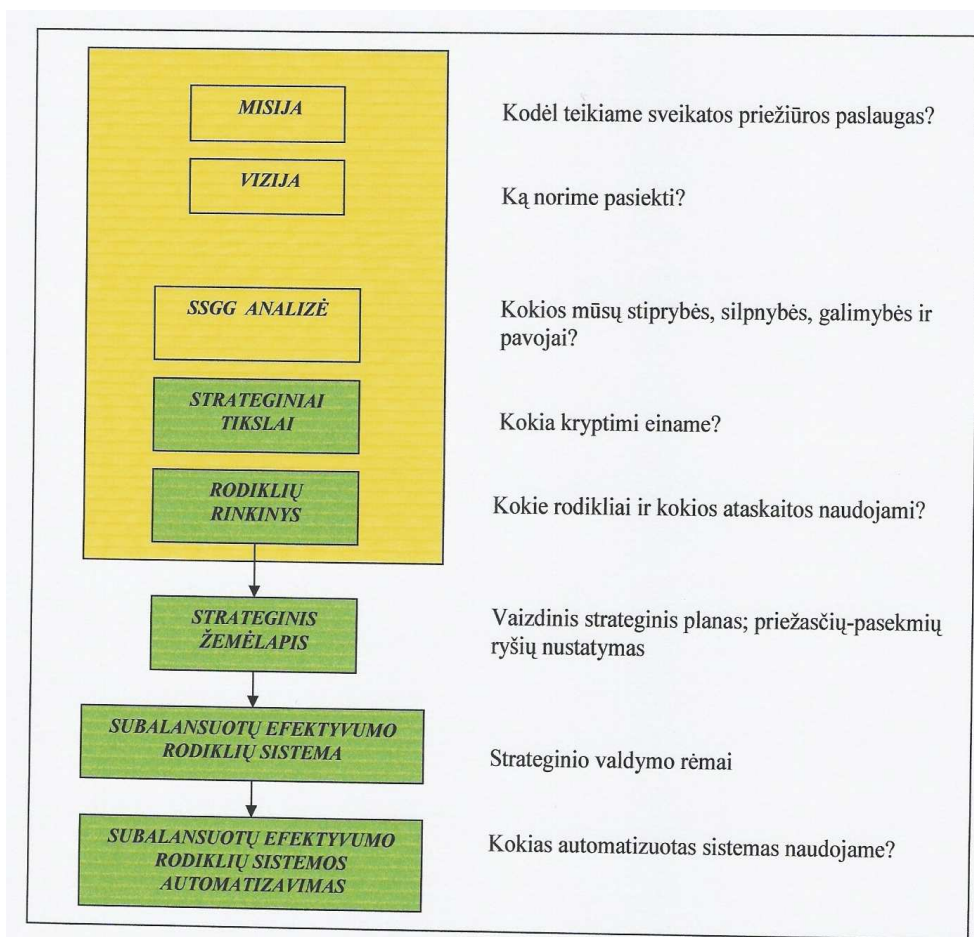
Konkurencija, nesukurianti vertės, bet tik apibrėžianti, kaip vertė padalijama, yra vadinama nulinės sumos konkurencija. *Konkurencija, kuri sukuria ar padidina vertę, apibrėžiama kaip nenulinės sumos arba pozityvios sumos konkurencija.* Taigi, sveikatos apsaugos sistemos rinkoje problema yra ne konkurencijos trūkumas, o netinkamas konkurencijos lygis. Tai sąlygoja visų tiekėjų dirbtinį palaikymą, todėl daugeliui jų trūksta sugebėjimų pasiekti meistriškumą vertės pacientui kūrimo. Todėl konkurencijos, pagrįstos rezultatų verte, vaidmens įvertinimas, formuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį ir siekiant strateginio efekto ne tik konjunktūriniame lygyje, bet ir geoekonominėje erdvėje, yra labai svarbus.

Sveikatos priežiūros paslaugų rezultatai – pacientui suteikiamas sveikatos būklės lygis už išlaidų vienetą – turi būti išmatuojami. Konkurencija, paremta paslaugų rezultatais, reiškia, kad tiekėjams, pasiekiantiems geriausių rezultatų sveikatos priežiūros paslaugų tiekime, yra suteikiama galimybė teikti daugiau paslaugų, o nepasiekusiems - apribojamas arba nutraukiamas tam tikrų paslaugų tiekimas. Tiekėjams konkuruojant dėl pacientui suteikiamo rezultato, susidaro prielaidos susiformuoti pozityviai konkurencijos formai, naudingai visiems sistemos dalyviams.

Dar viena autorės *pasirinkta metodologinė prielaida teigia, kad kintanti aplinka skatina sveikatos apsaugos sistemą laikytis tokių pozicijų kaip naujų strateginių galimybių paieška, konkurencinio potencialo vystymas, kūrybiškumas.* Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strategai, nustatydami strateginius tikslus, fokusavosi į santykius su vartotojais, pagrindines sveikatos priežiūros paslaugų plėtotės kryptis ir turimus išteklius, iš esmės, daugiausia įvertindami finansinius rezultatus. Tokia situacija byloja apie rezultatyvią finansinių rodiklių analizę ir jų kontrolę, išlaidų mažinimą arba siekimą jų išvengti, tačiau *neiškiriami tikrieji strateginiai procesai*, kurie sąlygoja sėkmingos organizacijos strategijos realizavimą. Šie procesai grindžiami tokių nematerialių aktyvų kaip naujų paslaugų sukūrimas, potencialios galimybės, patirtis, darbuotojų lankstumas, klientų lojalumas ir pan.

Naujų strateginių galimybių paieška, konkurencinio potencialo vystymas ir kūrybiškumas pasireiškia naujoje organizacijos formoje – strategiškai orientuotoje organizacijoje. Tokioje organizacijoje visi pagrindiniai valdymo procesai – planavimas, išteklių paskirstymas, biudžeto formavimas, motyvavimas, atskaitomybė ir vadybininkų susirinkimai – orientuoti į bendrą organizacijos strategiją. Organizaciniai procesai nukreipti iš viršaus žemyn – tai organizacijos koncepcija, strategija ir išteklių paskirstymas; o iškeltų uždavinių realizacija atliekama dėka inovacijų, grįžtamojo ryšio. Strategijos įgyvendinimas dažnai susijęs su procesu tobulinimu, todėl reikalingi specifiniai įgūdžiai, žinojimas. Darbuotojai, tobulinantys procesus, turi sugebėti daryti sprendimus ne tik taktiniu, bet ir strateginiu lygmeniu. Taip sukurama strategiškai orientuota organizacija, įgalinanti strategiją realiai veikti ir sėkmingai įgyvendinti užsibrėžtus tikslus.

Viena iš strategiškai orientuotos organizacijos dalių yra subalansuotų efektyvumo rodiklių sistema (SERS) (žr. 19 pav.), kuri nustatydamą rodiklius, pirmiausia fokusuojasi į kylančių problemų išaiškinimą, o svarbiausia - ji orientuota į klientą. Strateginio valdymo sistema, pagrįsta SERS ir strateginio žemėlapiu sudarymu, padėtų Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos aukščiausiems vadovams įgyvendinti anksčiau nerealizuotas strategines galimybes, kuriant papildomą vertę. Todėl naujo sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelio projektavime, kaip vieną pagrindinių jo sudedamųjų dalių, autorė naudoja SERS sukūrimą, kadangi, ji veiksminga ne tik kuriant ir formuojant, bet ir įgyvendinant strategiją bei perorganizuojant esamą strateginio valdymo sistemą (Lawson ir kt., 2008; Gumbus, Lyron, 2002). Galimybės pritaikyti SERS nekomercinėms ir valstybinėms organizacijoms yra daug platesnės nei privačiame sektoriuje (Kaplan, Norton, 2006; Niven, 2006). Organizacijų, įdiegusių savo valdyme SERS, patirtis rodo, kad ši sistema ne tik padeda suformuluoti strategiją, bet ir valdyti strategijos realizavimo procesą.



19 pav. Strateginio valdymo sistema, pagrįsta SERS sudarymu

(sudaryta autorės, remiantis Kaplan, Norton, 1996-2007).

Strategiškai orientuotoje organizacijoje sukuriamos prielaidos užgimti sinergijai, kuri yra pagrindinis vertės sukūrimo šaltinis. Strategiškai orientuota organizacija priverčia strategiją veikti, nes susiformuoja tokia organizacija, kuri vykdo ne tik savo funkcijas, bet ir *sugeba nuolat keistis reaguodama į menkiausius valdymo pokyčius*. Sveikatos apsaugos sistemos valdyme iškyla sudėtingas klausimas: *kaip mobilizuoti žmogiškąjį potencialą ir informacinius išteklius ir transformuoti sveikatos apsaugos sistemą į strategiškai orientuotą organizaciją, besivystančią atitinkamai su aukščiausiais kliento poreikiais*. Kaip rodo anketos duomenys, 15 proc. vadovų aukščiausiame valdymo lygyje vieni patys „bando“ įgyvendinti strategiją. Lietuvos SAM nepajėgi išlaikyti užsibrėžtą strategiją, jei sveikatos apsaugos sistemos sudedamųjų dalių tikslai

nekoreliuoja. Būtina pakeisti sveikatos apsaugos sistemos organizacinę struktūrą, sukurti vidinius ryšius ir strateginį atitikimą. Strateginis atitikimas reiškia, kad į tikslus žiūrima gyvame laiko mastelyje, jie dezagreguojami nuo aukščiausiojo valdymo lygio (SAM) į kitus valdymo lygius. Tikslai pakoreguojami, tačiau išlieka – įvyksta transformacija, kurios metu rodikliai, užduotys ir pan. atitinka būtent tam tikrą siekiamą strateginį lygį (tikslus). Organizacija tampa labai lanksti, dinamiška: sugeba pati pakoreguoti tikslus, užduotis, kai vyksta pokyčiai tiek išorinėje, tiek vidinėje jos aplinkoje. Sukuriamas strateginis atitikimas – kiekvienas organizacijos padalinys labai greitai reaguoja į pokyčius ir atlieka korekcijas savo veikloje, siekiant išlaikyti organizacijos strateginę kryptį.

Autorė laikosi ir tokios prielaidos - kintančios aplinkos kontekste sveikatos apsaugos sistemą svarbu organizuoti kaip tarpusavyje susijusių, bendradarbiaujančių organizacijų tinklą. Lewin ir kt. (1999) tvirtina, kad kiekvienas istorinis periodas turi savo tam tikras organizacines formas ir panašiai kaip pramoninio amžiaus organizacijos forma yra biurokratija, taip informacijos amžiaus organizacijos forma yra tinklas. Tinklinė sistemos organizacija sukuria bendradarbiavimo aplinką, kadangi tinklinės sistemos organizacijos yra linkę paaukoti dalį savo prioritetų bendriems tikslams pasiekti (Ring ir kt., 2005). Tinklinės sistemos, atsiradusios dėl informacinių technologijų įtakos apibūdinamos tokiais principais kaip vienijantis tikslas, nepriklausomos organizacijos (sistemos sudedamosios dalys), savanoriški ryšiai, įvairiapusiški vadovai ir integruotos tinklų pakopos (daugiapakopiai tinklai funkcionuojantys įvairiais lygiais sukuria bendradarbiavimo galimybę). Tinklinės struktūros gali būti vertinamos ir tarporganizaciniu, ir vidaus organizaciniu požiūriu. Vidinis organizacijos tinklas – asmenų ir skyrių grupė suformuota pačioje organizacijoje, o tarporganizacinis tinklas – tai junginys priklausomų sistemos sudedamųjų dalių.

Remiantis aukščiau išsakytomis metodologinėmis prielaidomis, pateikiamas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo

modelis. Galutinis tokio modelio rezultatas yra strategiškai orientuota sveikatos apsaugos sistema.

3.2. STRATEGINIO VALDYMO MODELIS

Konkurencijos, pagrįstos paslaugų verte, formavimo prielaidos Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje. Konkurencija Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos rinkoje nusileido iki nulinės sumos konkurencijos lygio, kuriame vieno dalyvio nuopelnai padengia kitų nuostolius. Rinkos dalyviai konkuruoja tarpusavyje siekdami perstumdyti išlaidas ir tokiu būdu sukaupti derybų potencialą bei didesnę paslaugų limitą. Todėl konkurencija yra nesufokusuota į vertės pacientui teikimą, o tuo labiau didinimą, nors tai aiškiai įvardijama pagrindiniuose strateginiuose SAM dokumentuose. *Konkurencija tampa nulinės sumos konkurencija: sistemos dalyviai stengiasi pasidalyti vertę vietoj to, kad ją didintų.* Tokią konkurenciją Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje suformavo tam tikri veiksniai:

- **Prekinis požiūris.** Sveikatos apsaugos sistema struktūrizuota taip, kad sveikatos priežiūra yra labiau viena paslaugos linija: tiekėjai yra lygūs, visų rezultatai vienodi, pacientai dalijasi tomis pačiomis preferencijomis. Todėl šios struktūros rezultatas - prekinio vartojimo išsaugojimas ir skatinimas, bet ne kokybės ir rezultatų skirtumų eliminavimas.

- **Tiksiai.** Paslaugų prekinis požiūris įtakojo neteisingo tikslo suformavimą - *išlaidų mažinimą ir/arba siekimą jų išvengti.*

- **Geografinė rinka.** Sveikatos apsaugos sistemos rinkoje konkurencija yra visiškai lokali. Tai izoluoja vidutinius tiekėjus nuo rinkos spaudimo ir slopina geriausių praktikų ir inovacijų sklaidimą.

- **Strategijos.** Vertė sukuriama, kai tiekėjai, atsižvelgiant į pacientų medicininės būklės, ugdo kompetentingas komandas specialiai pritaikytuose integruotuose praktikos vienetuose. Tačiau daugelis tiekėjų laikosi plačios paslaugų linijos strategijų, kad pritrauktų vartotojus. Todėl Lietuvos sveikatos

apsaugos sistemos *organizacijos susiduria su klasikine strategine klaida, siekdamos tapti labiau panašios į savo konkurentus nei išsiskirdamos iš jų.*

- **Tiekimo struktūra.** Neteisingos tiekėjų strategijos įtakojo suskaidytą sveikatos priežiūros tiekimo organizavimą - polinkį siūlyti visas įmanomas sveikatos priežiūros paslaugas.

- **Sistemos struktūra.** Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos valdyme siekis išvengti ir/arba mažinti išlaidas pagrįstas jų perkėlimu iš vienu dalyvių kitiems. Todėl išlaidų augimas neįtakoja paslaugų vertės gerinimo, nes iš esmės yra nuo seno susiklostęs išlaidų perkilnojimo reiškinys.

- **Informacija.** Informacija yra esminė sąlyga, siekiant išlikti konkurencingiems bet kurioje rinkoje: pirkėjams suteikiama teisė įsigyti geriausią įmanomą paslaugą, o pardavėjams - išsiskirti iš kitų. Be aktualios informacijos, sveikatos apsaugos sistemos organizacijos negali palyginti savo darbo rezultatų su geriausiomis praktikomis ir kitais tiekėjais. Taip pat, trūkstant atitinkamos informacijos, pacientai neturi pasirinkimo. Tačiau Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje informacijos, skatinančios vertę paremtą konkurenciją, beveik nėra arba ji neprieinamai potencialiems vartotojams.

Nulinės sumos nefunkcionali sveikatos priežiūros konkurencija nėra būdinga sveikatos pasaugos sistemos prigimčiai. Ji dirbtinai susiformavo dėl kiekvieno sistemos dalyvio nesutampančių pastangų ir eilės nesėkmingų strateginių, organizacinių ir kontrolės sprendimų. Todėl tampa akivaizdu, kad ***vienintelis būdas teisingai reformuoti Lietuvos sveikatos apsaugą, nukreiptą paciento lūkesčių patenkinimui, yra reformuoti konkurencijos prigimtį joje.***

Sveikatos apsaugos sistemos paslaugų tiekimo strategijos ribotumas. Daugelio Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizacijų strateginiai tikslai yra neapibrėžti arba išreikšti finansinio subalansavimo ar bendruomenės paslaugų terminais nei pacientui sukuriama vertė. Tiekėjai sveikatos priežiūros paslaugų tiekimo organizavime susiduria su tokiomis strateginėmis problemomis:

1. Per daug plati sveikatos priežiūros paslaugų linija. Dauguma tiekėjų savo paslaugų teikimo lygyje neturi strategijų - jie dažniausiai siūlo kiekvieną įmanomą paslaugą, t.y., pasižymi per daug plačiomis paslaugų linijomis per daug siauroje geografinėje rinkoje. Tačiau tiekėjo dydis ir paslaugų krepšelio dosnumas turi mažą poveikį paciento gaunamai vertei, kurią išskirtinai veikia tiekėjo patirtis, mastas ir kiekvienos paslaugos tyrimas.

2. Ribotas sveikatos priežiūros paslaugų tiekimo požiūris. Konkurencija Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos rinkoje yra labai ribota, kadangi ji vyksta labiau atskirose paciento gydymo intervencijos lygiuose, o ne viso jo sveikatos priežiūros ciklo metu, kada ir sukuriama tikroji vertė. Pacientui suteikiama vertė gali būti matuojama tik viso sveikatos priežiūros ciklo metu, bet ne kaip individualios procedūros, paslaugos ar apsilankymo įvertinimas. Šiandieninė sveikatos priežiūros struktūra palaiko medicinos organizavimo būdus, kurie jau seniai atgyvenę, t.y., struktūra suformuota remiantis medicininių specialybių ir atskirų paslaugų spektru, bet ne integruota medicininės būklės priežiūra. Todėl sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjams yra neaktuali paciento viso sveikatos priežiūros ciklo perspektyva, įskaitant intervencijos išvengimo būdus ir nuolatinio medicininės būklės valdymo būdus, siekiant išvengti recidyvo (ligos valdymas).

3. Lokalus geografinis fokusas. Siekiant suvokti teisingas veiksmų gaires ir atsiveriančias strategines galimybes, tiekėjai privalo apsibrėžti geografinę rinką ar paslaugų sferą, kurioje jie konkuruos. Kai kurios paslaugos gali ir turi būti tiekiamos lokaliai, tačiau daugumai medicininių būklių rinka turi būti regioninė ar net nacionalinė. Šiandieninė konkurencija Lietuvos sveikatos apsaugos yra per daug lokali, kadangi ji sufokusuota santykinai mažoms, uždaroms vietinėms institucijoms, aprūpinančioms vietinius poreikius. Lokališkumo nuostatą įtvirtino tiekėjų vyraujančios nuosavybės ir valdžios struktūros, kontrolės ir kompensavimo praktika bei vietinio paslaugų tiekėjo atsakomybės už savo veiksmus trūkumas.

Teigiama konkurencija nacionaliniu lygiu skatins konkurenciją tarptautiniu lygiu. Tokiu būdu sistemoje būtų sukurta papildoma ir išskirtinė Lietuvos

sveikatos priežiūros paslaugų vertė (konkurencinis pranašumas) ir padidėtų sistemos įvaizdis. Gero įvaizdžio svarba atsiskleidžia ne tik sėkmingos raidos laikotarpiais, bet ir tada, kai iškyla sunkumų – gero įvaizdžio inercija ir tinkami veiksmai stengiantis jį išlaikyti sumažina neigiamus padarinius (Drūteikienė, 2005). Padidėjęs arba gerai suformuotas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos įvaizdis gali padėti išvystyti medicininį turizmą, užsienio pacientams nusprendus sveikatos priežiūros paslaugų įsigyti Lietuvoje.

Formuojant naują Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį, galima būtų adaptuoti tokius vertė paremtos konkurencijos principus:

- Dėmesys sufokusuotas į paciento gaunamą paslaugų vertę, ne tik į išlaidų mažinimą.
- Konkurencija grindžiama rezultatais.
- Konkurencija vysta medicininių sveikatos būklių lygyje viso sveikatos priežiūros ciklo metu.
- Aukšta kokybė yra mažiau brangi.
- Vertė nustatoma sveikatos būklės lygyje, remiantis tiekėjo patirtimi, mastu ir žiniomis.
- Konkurencija ne tik lokali, bet ir regioninė ar nacionalinė.
- Informacija apie sveikatos paslaugų rezultatus plačiai prieinama.
- Inovacijos, kurios didina vertę, ypatingai skatinamos.

Konkurencijos, paremtos vertė, strategija atvertų naujas galimybes vartotojams (esamiems ir potencialiems pacientams), kurie galėtų:

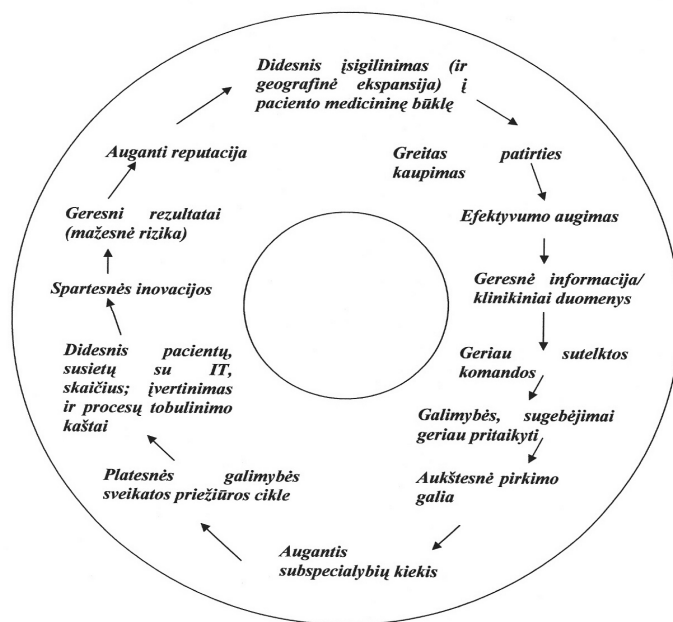
1. Aktyviai dalyvauti savo sveikatos valdyme.
2. Gauti tinkamą informaciją.
3. Pasirinkti geriausią gydymą ir sveikatos priežiūros paslaugų tiekėją.
4. Pasirinkti sveikatos draudimo formą, pagrįsta vertės kūrimu.

Naujos, konkurencijos, paremtos vertė, strategijos poveikis sveikatos priežiūros tiekėjams skatintų priimti eilę strateginių ir organizacinių tikslų:

- ***Veiklą perfokusuoti į paciento sveikatos būklę.*** Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos vizija – sveikesnis žmogus, laimingesnė ir darbingesnė visuomenė, stipresnė valstybė (SAM, 2008). Tačiau dėl sveikatos apsaugos sistemos tradicinių valdymo struktūrizavimo ir organizavimo metodų, dauguma sveikatos paslaugų tiekėjų konkuruoja ne kaip priartėti prie šios vizijos, o dėl bendros paslaugų pasiūlos dydžio ir išlaidų perstumdymo. Dauguma organizacijų nustato savo veiklą remdamosi specifinėmis sveikatos priežiūros funkcijomis ar specialybėmis. Toks požiūris atskleidžia, kad šiandien centrinėje pozicijoje yra tiekėjo tikslai, poreikiai ir paslaugos (siūlomas sveikatos priežiūros paslaugų krepšelis), bet ne paciento ir potencialaus kliento lūkesčiai.

Kaip rodo pažangių šalių patirtis, orientacija į pacientą gali būti realizuojama tik sveikatos būklės (vertės kūrimo) lygyje. *Sveikatos apsaugos sistemoje sukuriama vertė yra apibrėžiama tuo, kaip gerai tiekėjas tiekia priežiūrą kiekvieno paciento individualiai sveikatos būklei, bet ne tiekėjo bendra paslaugų įvairove.* Vertė suteikta tam tikrai paciento medicininei būklei sukuriama tik tiekėjui sutelkus pilną reikalingų sveikatos priežiūros veiklų ir specialybių rinkinį. Šis rinkinio esmė yra ne individualūs, atskiri veiksmi, įgūdžiai ar funkcijos, bet pasiekiamas bendras paciento sveikatos būklės rezultatas. Dar daugiau, kiekvienu sveikatos priežiūros aspektu vertė galėtų būti nustatoma pagal tai, kaip tiksliai apjungiamas reikiamas įgūdžių ir funkcijų rinkinys. Labai svarbu, kad kiekvienas tiekėjas aiškiai ir tiksliai apibrėžtų tų pacientų medicininių būklių, su kuriomis jis dirbs, rinkinį.

- ***Pasirinkti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų sritį ir tipus.*** Sudedamoji sveikatos priežiūros paslaugų linijos strateginio pasirinkimo dalis yra suderinti kompleksškumą būklių, diagnozuotų ir gydomų, pasitelkiant organizacijos įgūdžius, technologijas, galimybes ir išlaidų bazę. Pacientų medicininių būklių paslaugos linijos pasirinkimas nesiekia sumažinti sveikatos apsaugos sistemos organizacijos paslaugų apimties. Jo tikslas tobulinti kai kurias organizacijos sveikatos priežiūros sritis ir apriboti ar atsisakyti ne itin reikšmingų.



20 pav. Virtualus sveikatos priežiūros tiekimo ciklas (sudaryta autorės, remiantis Porter, Tiesberg „Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results“, 2006).

Tai sąlygotų žymiai kvalifikuotesnės ir rezultatyvesnės Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizacijos ir sistemos sukūrimą. Verte pagrįstoje konkurencijoje dauguma organizacijų ir gydytojų grupių išsaugotų daugelį teikiamų sveikatos paslaugų linijų, tačiau būtų išvengta bandymų teikti visas įmanomas paslaugas. Tiekėjui pasirinkus strateginį medicininės būklės ir paslaugų linijos sprendimą, sveikatos apsaugos sistemos organizacija įsijungia į virtualų vertės pacientui ar potencialiam klientui tiekimo ciklą (žr. 20 pav.).

- **Burtis į mediciniškai integruotus sveikatos priežiūros veiklos vienetus.** Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje tipinė tiekėjų organizacinė valdymo struktūra yra funkcinė, kuri organizuojama remiantis įgūdžiais ir galimybėmis. Tokiu būdu buvo organizuojamos visos ekonominės veiklos, bet, laikui bėgant, funkcinės struktūros pakeistos į daug efektyvesnes organizacijas, sutelktas apie produktų ar paslaugų linijas (veiklos vieneto struktūros). Veiklos vieneto ar paslaugos linijos struktūros organizuojamos aplink vartotoją - t.y., paklauso, o ne pasiūlo pusę. Todėl svarbu, kad sveikatos apsaugos sistemos tradicinė

funkcinė struktūra būtų radikaliai pakeista į struktūrą, kuri mediciniškai integruoja pacientų sveikatos priežiūrą su jų medicininėmis būklėmis. Porter, Tiesberg (2006) tokią struktūrą įvardija kaip *integruoto veiklos (praktikos) vieneto struktūrą*. Integruoti praktikos vienetai yra suformuojami remiantis pacientų medicininėmis būklėmis, o ne pagal tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas, gydymo metodus ir pan. Toks integruotas praktikos vienetas apima visą sveikatos priežiūros paslaugų rinkinį, reikalingų individualiai medicininei būklei viso priežiūros ciklo metu (žr. 17 priedą).

- ***Kurti savitą strategiją kiekviename veiklos vienetė***. Mediciniškai integruotų praktikos vienetų organizavimas padėtų gerinti paciento gaunamą vertę, nes organizacijos ieškotų būdų kiekviename praktikos vienetė diegti tik jiems charakteringas meistriškumo sritis. Tokiu būdu, organizacijoms konkuruojant dėl esamų praktikų tobulinimo, būtų galima pasiekti geresnių rezultatų nei laikantis standartizuotų nurodymų. Taigi, integruotų vienetų strategija apimtų du aspektus: sveikatos paslaugų linijos, kurioje organizacija didins savo kompetenciją ir atskirų pacientų grupių, kurios bus aptarnaujamos, nustatymą.

Šie pasirinkimai įtakos sveikatos priežiūros tiekimo konfigūraciją. Kiekvienas tiekėjas turi daug galimybių parodyti savo išskirtinumą individualioje medicininėje būklėje, bet ne visose įmanomose. Pvz., organizacijų teikiamų paslaugų rūšys galėtų išsiskirti bendru atveju sudėtingumu, specializacijos laipsniu, atliekamų procedūrų ar paslaugų diapazonu, visapusišku paslaugų namuose tiekimu viso priežiūros ciklo metu, prevencijos, reabilitacijos ar ligos valdymo akcentavimu, paslaugos laukimo laiku ir pan. Aptarnaujamus pacientus organizacijos galėtų pasirinkti pagal amžių, lytį, pacientų su daugybinėmis būklėmis išskyrimo laipsnį ir pan.

Teisingesnio tikslo nustatymas: geresnė vertė pacientui. Siekiant suformuoti naują strateginio valdymo modelį, svarbu nustatyti teisingą tikslą sveikatos apsaugos sistemos strategijoje. Kiekvienam tiekėjui svarbiausias tikslas yra aukščiausia kokybė vertės pacientui kūrime. Ir tik po to seka organizacijos dydis, paslaugų įvairovė, reputacija. Jei tiekėjas nesuteikia vertės

savo aptarnaujamiems pacientams, jis patiria nesėkmę savo pagrindinėje misijoje, net esant pelningai organizacijos veiklai. Galima pastebėti, kad ir šiandien Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizacijos, suteikiančios pacientui aukštesnės kokybės rezultatus, yra klestinčios. Taigi, vertė pagrįsta tiekėjų konkurencija remiasi kokybiškiausiu sveikatos priežiūros paslaugos atlikimu, bet ne jų įvairove ar patogumais. Šis požiūris padeda formuoti sistemos tiekėjų strategines nuostatas, pasirenkant tiekti tam tikrą paslaugų liniją, ir bendrą sveikatos apsaugos sistemos konfigūraciją.

Kai Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje rinkoje vienodomis sąlygomis konkuruotų tiek valstybinai, tiek privatūs paslaugų tiekėjai, išaiškėtų šių paslaugų realios ekonominės kainos ir pasirinkimas. Tuomet šalia privalomojo valstybinio draudimo būtų sukurta terpė realiai vykdomam savanoriškam papildomam draudimui atsirasti, kuris lemtų vartotojo pajėgumą įsigyti labiau komfortiškas sveikatos priežiūros paslaugas. Dabartinėje centralizuotoje Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje sveikatos priežiūros paslaugų reguliavimą atlieka SAM ir jai pavaldžios Valstybinės ligonių kasos. Privačios sveikatos paslaugas teikiančios įstaigos šioje sistemoje veikia iškreiptos konkurencijos sąlygomis. Tačiau, kaip atskleidžia statistiniai duomenys, auga vartotojų siekis apmokėti už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas. Šis faktas nurodo, kad rinkos principai sveikatos apsaugos sistemoje jau užgimę. Todėl galima konstatuoti, jog prielaidos susiformuoti teigiamos sumos konkurencijai egzistuoja, tačiau kitas svarbus žingsnis, reikalaujantis politinės valios ir pastangų, yra paruošti sistemą realių sąlygų įgyvendinimui, kurios leistų šiai konkurencijai vystytis.

STRATEGIŠKAI ORIENTUOTA LIETUVOS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMA. Kuriant SERS Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje, autorė naudoja tris strategiškai orientuotos sveikatos apsaugos sistemos organizacijos principus:

- 1. Vadovų pastangų mobilizaciją ir impulso sukūrimą;*
- 2. Strategijos pervedimą į operatyvinį lygį;*

3. Organizacijos strateginio atitikimo sukūrimą,

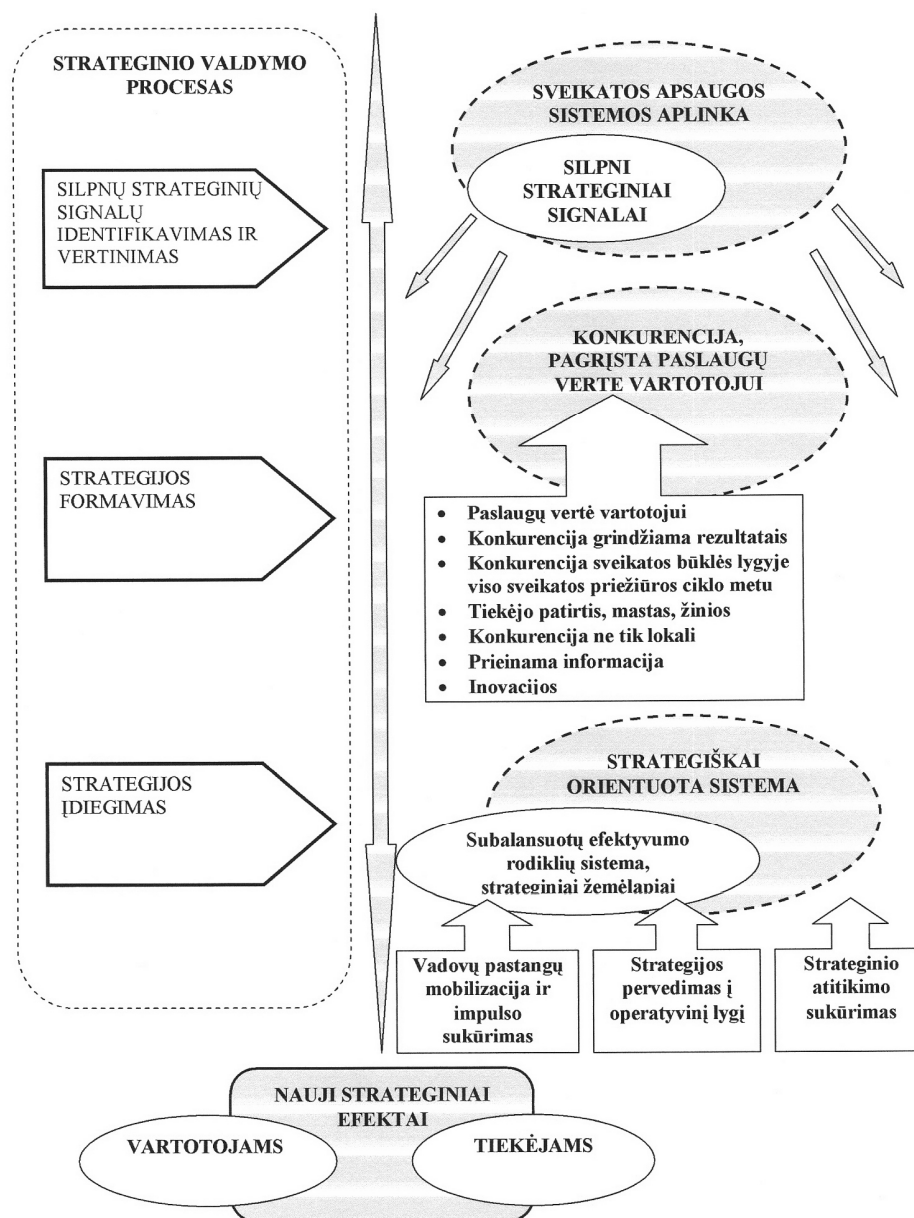
kadangi, jos nuomone, kiti du principai - *Strategija kaip kiekvieno darbuotojo kasdienis darbas* ir *Strategija kaip nepertraukiamas procesas* yra integruoti ir papildo minėtuosius.

Strategiškai orientuota organizacija susiformuoja, kai visos organizacijos dalys susikoncentruoja į strateginius prioritetus, kurie įvardinti strateginiuose žemėlapiuose bei koreliuoja su atitinkamomis organizacijos ir jos padalinių SERS. Tuomet atsiranda prielaidos įgyvendinti strateginio valdymo proceso integravimą visoje sveikatos apsaugos sistemoje. Strategiškai orientuotos Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos sukūrimas padėtų pasiekti sinerginį efektą, kai pati sistema ikūnija daugiau nei atskirų jos dalių suma. Šis sinerginis momentas yra svarbus sveikatos apsaugos sistemos ir jos organizacijų valdyme, kadangi nepakankamas strateginio valdymo principų praktinis pritaikymas, o ypač strateginių sumanymų įgyvendinimo neužbaigtumas, iš esmės, ir sąlygojo nerezultatyvią sistemos veiklą.

Subalansuotų efektyvumo rodiklių sistemos nauda Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos valdyme. Autorė mano, kad sveikatos apsaugos sistemos vizija taptų labiau aiški ir suprantama visoms sveikatos apsaugos sistemos sudedamosioms dalims. Būtų sukurta struktūra, padedanti visoms sistemos organizacijoms strategiškai susilygiuoti ir siekti bendro tikslo. Taip pat SERS padėtų rasti susitarimą aukščiausiojo valdymo lygio vadovų komandai ir perimti šios komandos įsipareigojimus visiems žemesniesiems lygiams. Naujoji struktūra padėtų palaikyti daugumą iniciatyvų, paskirstyti išteklius. Bet pats svarbiausias SERS įnašas, autorės nuomone, būtų strateginio valdymo proceso integravimas - komandų ir darbuotojų dėmesio sutelkimas strateginiams prioritetams visoje sveikatos apsaugos sistemoje. Šiandieninis Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis yra organizuotas vakarykštės dienos prielaidomis. Bet jeigu aukščiausio lygio strategai sutelktų pastangas strategiškai orientuotos sistemos formavimui, aiškesnės sistemos vizijos – vertės pacientui sukūrimo - nustatymui ir SERS įdiegimui, tai išorinės ir vidinės aplinkos valdymo, strateginio

bendradarbiavimo ryšiai ne tik Lietuvoje, bet ir tarptautiniu mastu būtų formuojami ne formaliai, bet realiai.

Naujas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis, kurį siūlo autorė, pritaikydama 3.1. skyriuje minėtas prielaidas, pateikiamas 21 paveiksle.



21 pav. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis (parengta autorės).

Šio modelio tikslas yra naujų strateginių galimybių (sinerginių efektų) identifikavimas ir išteklių sufokusavimas šių galimybių įgyvendinimui. Sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelio pagrindiniai komponentai yra konkurencijos, paremtos verte, suaktyvinimas ir strategiškai orientuotos organizacijos, remiantis SERS ir strateginiais žemėlapiais, sukūrimas. Šios sudedamosios dalys tarpusavio sąveikoje sukuria sinergiją, įtakojančią paciento ir potencialaus kliento vertės kūrimą ir gerinimą. To pasėkoje sveikatos apsaugos sistemoje susiformuoja nauji strateginiai efektai. Svarbu pabrėžti, kad strateginis efektas turi ne tik ekonominę pusę, bet ir neekonominę (socialinę, ekologinę, kūrybinę ir pan.), kurios rezultatus daug sunkiau išmatuoti. Autorės projektuojamame sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelyje svarbią vietą užima neekonominis strateginis efektas – aukščiausios vertės pacientui ir potencialiam klientui sukūrimas. Autorė akcentuoja, kad kiti ypač reikšmingi strateginiai efektai iš esmės atsirastų ne pačios sveikatos apsaugos sistemos viduje, bet jos paribio zonose (sąlyčio srityse), kuriose sveikatos apsaugos sistema liečiasi su kitomis ūkio sistemomis (socialine apsauga, ekologija, švietimu, teisėsauga ir pan.). Bandytas suformuoti strategiškai orientuotą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemą, integruojant SERS ir kuriant prielaidas teigiamos sumos konkurencijai sistemos rinkoje formuotis, padėtų užduoti progresyvius impulsus, skatinančius rezultatyvią sistemos veiklą.

3.3. STRATEGINIO VALDYMO MODELIO PRAKTINIS TAIKYMAS

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelio praktinio taikymo procesą siūloma formuoti remiantis tokiais etapais:

I. VADOVŲ PASTANGŲ MOBILIZACIJA IR IMPULSO SUKŪRIMAS

Aukščiausiuose SAM valdymo aparato sluoksniuose yra svarbus suvokimas, kad būtini skubūs pokyčiai ir impulsas, reikalingas paleisti SERS sukūrimo procesą. Kaip rodo „Sveikatos apsaugos ministerijos 2008–2010 metų strateginio veiklos plano“, SAM studijos „Tolesnės sveikatos sistemos

plėtos 2008–2015 metų metmenys“ ir kt. dokumentų analizė, šiandien sveikatos apsaugos sistemoje jau yra aiškus suvokimas ir kai kurios pastangos, liudijančios, kad SAM pribrendusi strateginio valdymo pokyčiams. Tačiau dar nėra aiškios vizijos, strateginių nuostatų, kokie pokyčiai iš tikrųjų būtini sveikatos apsaugos sistemos valdyme ir kaip juos realizuoti. Impulso sužadimas išlieka aktualus ir probleminis uždavinys, nes šiam procesui *reikia politinės valios ir pasitikėjimo*.

II. STRATEGIJOS PERVEDIMAS Į OPERATYVINĮ LYGĮ

1 užduotis. SERS kriterijų struktūros suformavimas. SERS sudaroma remiantis trimis esminiais principais: 1) visi SERS rodikliai yra priežastinių-pasekmių ryšių grandinės elementai, 2) rezultatų pasiekimo rodikliai, 3) ryšys su finansiniais rezultatais. Rezultatų pasiekimo rodikliai informuoja organizacijos darbuotojus apie įnašą, kuri reikia įdėti kiekvienam, siekiant sukurti šiandienos ir ateities vartotojui vertę. SERS akcentuoja tokius svarbiausius momentus:

- Organizacijos vystymosi orientyras yra ne tik klasikiniai *finansiniai rodikliai*, bet ir tokios sudedamosios veiklos dalys kaip nematerialūs aktyvai: *personalas (žmogiškojo potencialo apmokymas ir kvalifikacijos kėlimas), vidiniai procesai (operacinis efektyvumas), santykiai su klientais*. Tokiu būdu bet kurios sveikatos apsaugos sistemos organizacijos strategija tampa sisteminė ir visam personalui suprantama veiksmų seka bei padeda skirtinguose valdymo lygiuose kontroliuoti šių veiksmų įgyvendinimą.

- Organizacijai svarbios yra ne keturių sistemos rodiklių grupių atskiros reikšmės, o jų *tarpusavio sąveika bei subalansuotumas*. Balanso principas padeda išvengti organizacijai manipuliacijos rodiklių grupėmis. Pvz., trumpalaikio finansinių rezultatų pagerinimo, vykdant personalo ekonomiją.

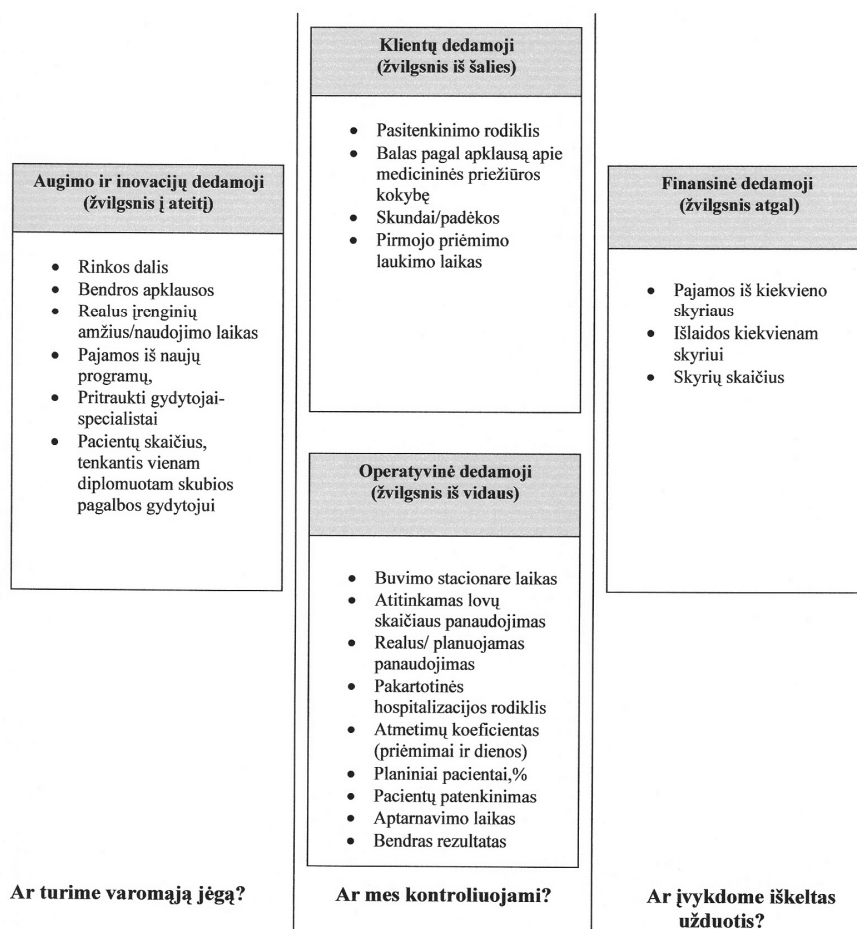
Rodiklių ir jų charakteristikų sukūrimas. Praktinė daugelio organizacijų patirtis liudija, kad SERS paprastai susideda iš vidutiniškai 25 ir daugiau rodiklių, t.y. pagrindinių sudedamųjų rodiklių grupės apima po 4-7 ar daugiau rodiklius. Kiekvieno keturių dedamųjų strateginio uždavinio vykdymas išmatuojamas rodikliais, išreikštais skaičiais. Kiekvienas rodiklis turi

normatyvinę reikšmę, kuri rodo tikslo pasiekiamumą numatytu laiku. Todėl organizacijos veikloje turi būti naudojamos visų rodiklių:

- skaičiavimo formulės (kiekvienam rodikliui sudaroma atskira formulė, kuria remiantis apskaičiuojamas rodiklio dydis);
- skaičiavimo (atnaujinimo) periodas: D – kiekvieną dieną, S – kiekvieną savaitę, M – kiekvieną mėnesį, K – kartą per ketvirtį, P – kartą pusę metų, M – metinis);
- prioriteto lygis, siekiant tikslo: pvz.: 80 proc., 20 proc. ar pan.;
- patikimumo lygis: A – aukštas, V – vidutinis, Ž – žemas;
- atsakingas už tikslo ir rodiklio pasiekimą asmuo;
- atsakingas už rodiklio apskaičiavimą (jei neįdiegta automatinė sistema) asmuo;
- galimybė palyginti su kitomis organizacijomis: A – aukšta, V – vidutinė, L – žema;
- rodiklių vaizdinių indikatorių būsenų reikšmės (raudoni, žali ar geltoni lygiai): pvz., žalia arba (+) reiškia, kad pagal matavimą veikla vyksta pagal planą, raudona (-) rodo, kad planas nebuvo įvykdytas (žr. 18 priedą).

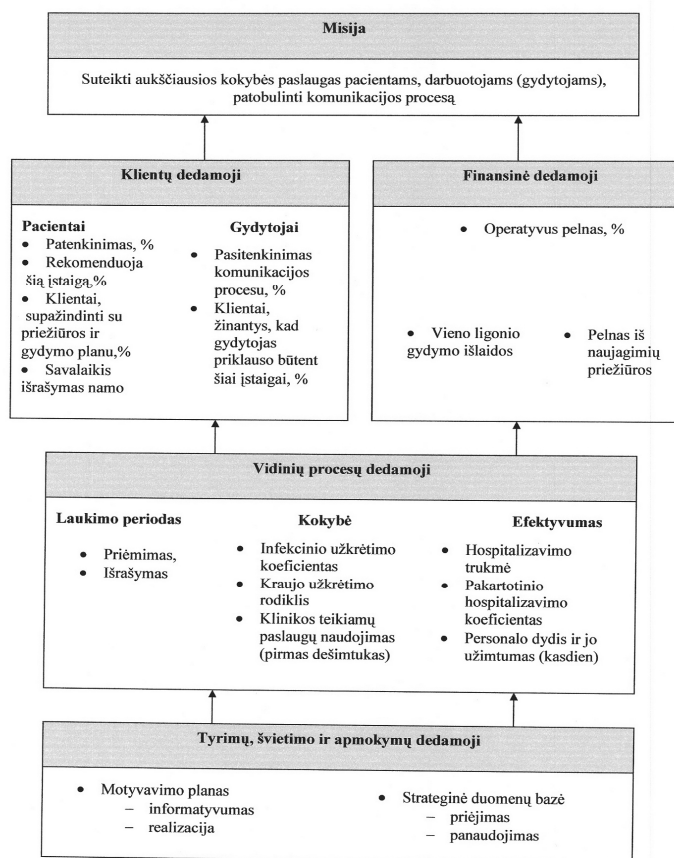
2 užduotis. Sveikatos apsaugos sistemos visų valdymo lygių SERS sukūrimas. Sudaromas visos sveikatos apsaugos sistemos valdymo rodiklių medis, kaskaduojant aukščiausiojo lygio (SAM) rodiklius iki jai pavaldžių organizacijų lygių, jų padalinių lygių ir darbuotojų lygių (žr. 19 priedą). Tokia SERS, veikianti visuose valdymo lygiuose, suderina visų organizacijų, padalinių, atskirų darbuotojų veiklą bei sukuria strategiškai vieningai orientuotą organizaciją. Konkrečių tikslų visuma, apjungianti visą valdymo sistemą, padeda sukurti papildomą vertę (sinergiją). SERS, atspindėdama bendrą sveikatos apsaugos sistemos strategiją, suteiks galimybę aukščiausiojo valdymo lygmens vadovams įvertinti savo veiklą ne tik biudžeto pereikvojimo (finansiniai rodikliai), bet ir naujų strateginių kriterijų kontekste. Šie kriterijai formuoja pridėtinę vertę: bendri tikslai apjungia visų sistemos sudedamųjų organizacijų veiklas, teikiamas paslaugas ir tarpusavio bendradarbiavimą.

Būtent ši pridėtinė vertė (sinergija) sąlygoja geresnę pacientui suteikiamą vertę ir konkurencinio pranašumo tarptautinėje sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje sukūrimą. Tokia sveikatos apsaugos sistemos SERS padėtų labiau sukcentruoti veiklą, motyvuoti ir aprūpinti atskaitomybę, logiškai įprasminant jos funkcionavimą (klientui/pacientui suteikiamos vertės tobulinimas, o ne tik biudžetinių lėšų panaudojimas) dėka visuomenės ir darbuotojų informavimo apie pasiektus rodiklių rezultatus ir jų pasiekimo faktorius. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizacijos SERS galima būtų pavaizduoti tokiu būdu (žr. 22 pav.):



22 pav. Modernios sveikatos įstaigos efektyvumo rodiklių sistema, skirta strateginio žemėlapiu formavimui (adaptuota autorės pagal Kaplan, Norton. Alignment. Using the balanced Scorecard to create corporate synergies, 2006).

Viena svarbiausių SERS sukūrimo proceso sudėtinių dalių yra strateginių žemėlapių sudarymas. Jei SERS yra sisteminis metodas nustatant tikslus ir rodiklius, apibūdinančius strategiją, tai strateginiai žemėlapiai yra strategijos vizualinė išraiška, kuri parodo, kaip SERS dedamųjų integruoti ir susiję tikslai yra apjungiami į vieningą strategiją (žr. 23 pav.). Pvz., šiuolaikinių klinikų tinklo strateginis žemėlapis (žr. 20 priedą) formuoja vertybes kiekvienai iš trijų pacientų grupių (klientų dedamoji): pirminiai pacientai, pacientai, kuriems reikalinga specializuota pagalba; medicininių paslaugų pirkėjai.



23 pav. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijos strateginis žemėlapis (sudaryta autorės pagal Kaplan, Norton. Alignment. Using the balanced Scorecard to create corporate synergies, 2006).

Vidinių procesų dedamoji sudaro procesus, kurie atspindi atitinkamą vartotojišką pasiūlymą kiekvienai klientų grupei. Apmokymo ir vystymosi

dedamoji koncentruojasi į tuos tikslus, kurie mobilizuoja personalo ir organizacijos galimybes pagerinti ir patobulinti vidinius procesus. Tačiau svarbu pažymėti, kad SERS efektyvumas atsiskleidžia tik tuomet, kai organizacija šią sistemą *transformuoja iš rodiklių įvertinimo sistemos į strateginio valdymo sistemą*.

3 užduotis. Uždavinių suderinimas. Sveikatos apsaugos sistemos valdymo sfera apima SAM aparatą bei jam pavaldžias organizacijas. Todėl sveikatos apsaugos sistemos SERS parengti galėtų efektyviai parinkta jungtinė SAM, didžiausių sveikatos apsaugos įstaigų, aukščiausių vadovų ir strateginių nepriklausomų centrų - „minčių fabriku“ komanda. Siekiant didžiausios naudos, ši komanda savo išgeneruotas idėjas perteikia visoms sistemos organizacijoms, įskaitant visuomenines medikų, pacientų ir kt. organizacijas., todėl labai svarbi koreliacija tarp visų šių organizacijų SER sistemų. Strateginio valdymo teorija šiandien tyrinėja, kaip visos sistemos strategija gali sudaryti nepertraukiamą sinerginį ryšį su sudedamųjų vienetų strategijomis (Hammel, Prahalad, 1996). Teigiama, kad organizacija, sudaryta iš tarpusavyje susijusių mažesnių organizacijų, yra efektyvesnė ir reikšmingesnė nei mechaninis padalinių susivienijimas. Kai organizacijų sistema tokia plati kaip sveikatos apsaugos sistemoje, visų organizacijų individualių tikslų ir užduočių suderinimo procesas yra pakankamai ilgas ir sudėtingas. Todėl šiam procesui palengvinti sveikatos apsaugos sistemoje galėtų būti taikomi tokios priemonės kaip: informacinės ir švietimo programos; tikslų nustatymo programos; motyvavimo/paskatinimų sistemos ryšys su strategija.

4 užduotis. Strateginių užduočių pasiekimas. Iniciatyvų organizacijoje formulavimas ir mobilizacija – kūrybinis procesas. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos organizacijoms, teikiančioms sveikatos priežiūros paslaugas, yra svarbu iš naujo įvertinti ir nustatyti savo tikslus, užduotis ir veiklos vertinimo rodiklius. Pagrindinis tokių organizacijų uždavinys – *konkrečių sveikatos priežiūros paslaugų aukščiausios vertės sukūrimas tikslinėms klientų grupėms*. Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų finansinė dedamoji yra labiau šių organizacijų veiklos apribojimas nei tikslas ar

prioritetas, kadangi šių organizacijų išlaidos yra tampriai susijusios su numatytu biudžetu. Todėl sveikatos patirtų išlaidų atitikimas su nustatytu biudžetu ar jų ekonomija nėra sėkmingos veiklos rodiklis. Sveikatos apsaugos sistemos veiklos rezultatyvumą labiausiai apibūdina jos organizacijų gebėjimas sukurti aukščiausią paslaugų vertę savo pacientams ir potencialiems klientams.

5 užduotis. SERS vizualizavimas indikatorių pagalba. Esant dideliems informaciniams srautams, pailgėja sprendimo priėmimo laikas ir sumažėja sprendimo kokybė. Todėl viena iš SERS užduočių yra konkrečia struktūrizuota forma pateikti vadovams pačią svarbiausią informaciją indikatorių pavidalu. Šiame etape organizacijai labai svarbu yra SER charakteristikų suvedimas į informacinę sistemą bei šio rodiklių medžio automatizavimas. Kiekvienam vadovui yra sukuriamas grupė indikatorių, reikalingų kontroliuoti užduočių vykdymą. Indikatoriai palengvina komunikavimą, nes jie priverčia darbuotojus laikytis tam tikro nustatyto formato.

Siekiant įdiegti SERS praktikoje, laukia sudėtingas aukščiausiojo lygio vadovų ir SERS įgyvendinimo komandos (personalo ir išorinių konsultantų) veiklos procesas: pagrindinių tikslų nustatymas ir atitikimas; galimos rizikos įvertinimas ir tarpusavio ryšių tarp pagrindinių rodiklių nustatymas. Strategijos realizacija prasideda nuo personalo apmokymo proceso: visi darbuotojai supažindinami su SERS sukurta strategija ir veiksmų planu. SERS kūrimas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje gali trukti iki 2-3 metų.

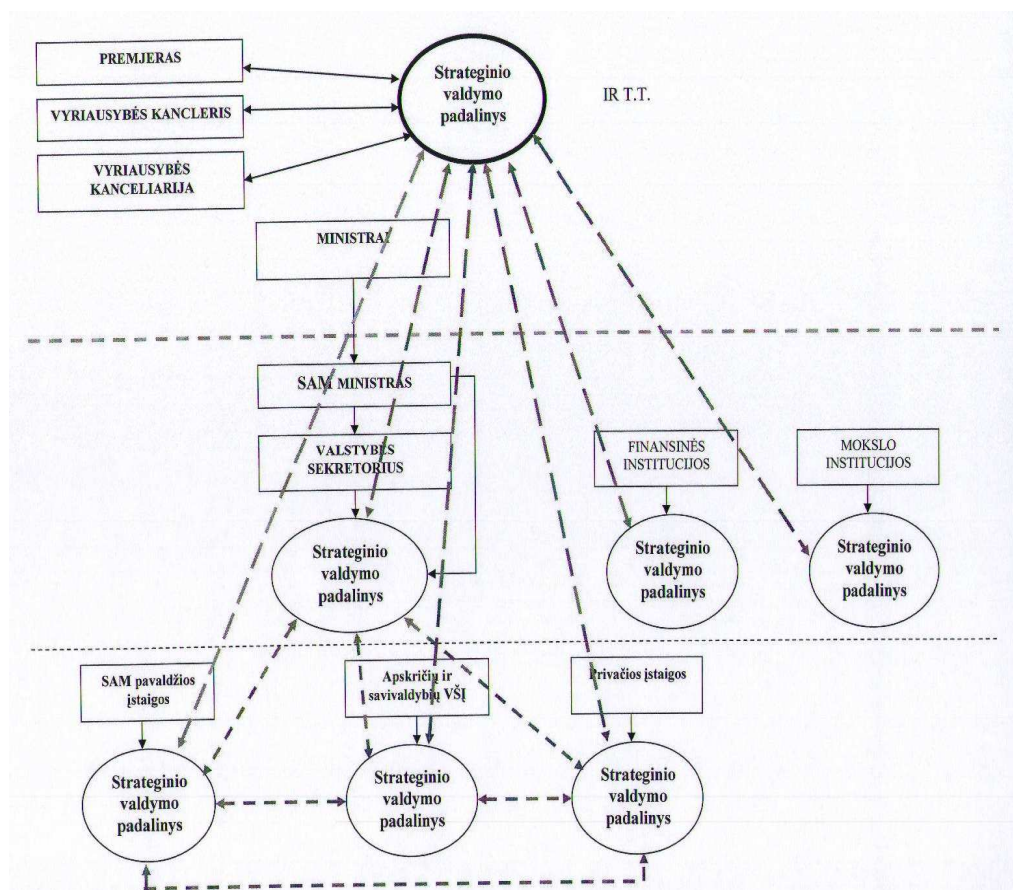
III. ORGANIZACIJOS STRATEGINIO ATITIKIMO SUKŪRIMAS

Sveikatos apsaugos sistema – tai viena iš valstybės valdymo posistemių, todėl efektyvi jos reforma ir sinerginis efektas (sukuriamas vertė) gali būti pasiekti tik tada, kai sukuriamas strateginis atitikimas tiek pačios sistemos viduje, tiek ir tarp visų valstybės valdymo sistemos dalių.

- **Sinerginio efekto aspektas. Sveikatos apsaugos sistemos tinklinė valdymo projekcija.** Klasikinės strateginio valdymo schemas atskleidžia, kad įmanoma suderinti sistemos tikslus ir siekti norimo sinerginio efekto (rezultatas, poveikis ir veikmė kartu): tai koordinuotų, sutelktų pastangų, žingsnių ir visos eilės išteklių sufokusavimo dėka artėjimas link strateginio

proveržio. Sumažinus sveikatos apsaugos sistemos tikslų neatitikimą, galima projektuoti strateginius efektus ne tik sveikatos apsaugos sistemos viduje, bet ir jos paribio zonose, sąlyčio srityse su kitomis sistemomis (socialinės apsaugos, švietimo, teisėsaugos ir kt.). Prasminga kalbėti apie teigiamą ir neigiamą sinergiją sveikatos apsaugos sistemoje ir jos santykyje su visuomenės raida ir plėtote. Todėl būtina detaliau lokalizuoti sritis, kuriose formuojasi neigiamas sinergizmas ir siekti jį sumažinti bei projektuoti teigiamą sinergizmą sistemos funkcionavime ir jos paribio srityse su kitomis sistemomis.

Autorė, taikydama šiuolaikinius strateginio valdymo instrumentus, siūlo Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos tinklinę valdymo struktūrą (žr. 24 pav.).



24 pav. Tinklinė valdymo struktūra sveikatos apsaugos sistemoje (konkurencinės politikos formavimas, koregavimas ir realizavimas) (Smilga, Janušonienė, 2007).

Šios struktūros pagrindinis tikslas yra užtikrinti kokybiškesnę sistemos valdymą bei realizuoti strateginio efekto siekį: sukurti strateginį atitikimą visoje sveikatos apsaugos sistemoje, išgryninti parengtus strateginius tikslus, suderinti tikslus ministrui ir jo komandai, atskiroms valdymo institucijoms ir pan. Tai svarbu formuojant strategiškai orientuotą sveikatos apsaugos sistemą, kurios ašis kiekvienas visuomenės narys – esamas ir potencialus klientas.

Remiantis tinklinės valdymo struktūros schema, sveikatos apsaugos sistemos struktūroje būtų įkuriami strateginių tyrimų, analizės ir sintezės centrai – *strateginio valdymo padaliniai*. Šių centrų gyvybingumui palaikyti reikalingą finansavimą būtų galima numatyti tokiais proporcijomis: 1/3 valstybės biudžeto lėšų ir 2/3 stambiojo kapitalo (verslo grupių) lėšos. Verslo grupės bus suinteresuotos finansuoti tokių strateginio valdymo padalinių veiklą, nes iš esmės šiandien šios grupės geoekonominėje erdvėje funkcionuoja tik konjunktūriniame lygyje. Naujos rūšies „smegenų“ – strateginių centrų susikūrimas teigiamai įtakotų organizacijų perėjimą iš konjunktūrinio lygio į strateginį. Be abejo, vyriausybės ir valdžios institucijų palaikymas ir parama yra taip pat labai svarbi. Politinio lyderio lygmenyje turi būti suvokta, kad tokie strateginių tyrimų centrai gali iš pagrindų pagerinti Vyriausybės ir atskirų ministerijų valdymą. Prie premjero suformuota tinklinė valdymo struktūra atliktų Lietuvos nacionalinių tikslų, o ypač konkurencingumo didinimo įvairiuose sektoriuose, uždavimų realizavimo delegavimą konkrečioms valdymo institucijoms. Tinklinėje valdymo sistemoje funkcionuoja vertikalūs ir horizontalūs sinerginiai ryšiai, o jų susikirtimo taškuose – mazguose – įmanomas sinerginio efekto susiformavimas. Kaip matyti iš 24 paveikslo, pagrindinis strateginio valdymo padalinys funkcionuotų prie premjero, Vyriausybės kanclerio ir kanceliarijos. Šis „motininis“ padalinys turėtų tamprius grįžtamuosius ryšius su strateginio valdymo padaliniais, įsikūrusiais prie SAM ministro, valstybės sekretoriaus; finansinių institucijų; mokslo institucijų; SAM pavaldžių įstaigų; apskričių ir savivaldybių viešųjų įstaigų; privačių įstaigų. Suformavus tinklinę valdymo struktūrą, sekantis žingsnis būtų SAM strategijos pervedimas į operatyvinį lygį, t.y. uždavimų delegavimo

žemesniems valdymo lygiams organizavimas (strateginių pastangų ir išteklių mobilizavimo proceso valdomoje sistemoje užtikrinimas).

Siūloma SAM tinklinė valdymo struktūra padėtų:

1. Organizuoti strateginio atitikimo sukūrimą SAM sistemoje: tai reikštų sinerginių ryšių tarp ministro ir jo komandos organizavimą.

2. Išgryninti SAM lygyje parengtą strateginių tikslų sistemą.

3. Ministrui ir jo aparatui suderinti tikslus tarp atskirų valdymo institucijų; pajungti finansines institucijas, jų perspektyvinius raidos tikslus SAM strateginiams tikslams; sufokusuoti pastangas.

4. Pasipriešinti jau esamų sveikatos apsaugos sistemos valdymo dalių spaudimui, sukonstruojant ir pateikiant priimtinas alternatyvas interesų bei tikslų suderinimui.

Šie lietuviški „minčių fabrikai“, paremti įtakingo valdančiosios daugumos politinio veikėjo, galėtų ruošti Lietuvos strateginius scenarijus ir, tokiu būdu, pasukti sveikatos apsaugos sistemos reformos raidą ir plėtotę nauju, daug efektyvesniu keliu. Įdiegus SAM tinklinę valdymo sistemą, didžiausias efektas yra pasiekiamas, kai pavyksta realizuoti strateginio atitikimo etapą - suderinus ministerijos veiklos strategiją su premjero ir Vyriausybės suformuota bendrąja raidos strategija. Norint, kad premjeras ir jo strategų komanda sukurtų papildomą vertę, tai yra ekonominį ar socialinį rezultatą, kuris būtų daugiau nei tai, ką sukuria atskiros ministerijos ir jų kuruojamos sritys (ar sistemos bei posistemės), reikia suderinti savo valdomos sistemos dalių strategijas bei jų realizavimo procesus tarpusavyje ir, žinoma, su bendrąja Vyriausybės veiklos strategija. Tokiu būdu sukuriamos prielaidos sinerginiam efektui atsirasti.

SAM lygyje sukurtas valdymo efektas yra papildoma vertė visos valstybės valdymo sistemos požiūriu. Ši vertė gali būti nagrinėjama keturiais apsektais, tokiais kaip:

- Finansinė dedamoji;
- Klientų (potencialių ir esamų pacientų) dedamoji. Ji suprantama, kaip kuo didesnė piliečių dalis teigiamai vertinanti SAM pastangas ir jos valdymo veiklos rezultatus;

- Vidinių SAM valdymo procesų (programų ar scenarijų) dedamoji;
- SAM tarnautojų ir valdininkų (nuo aukščiausio iki žemiausio lygio) apmokymo gerinimo ir administravimo bei valdymo gebėjimų išvystymo lygio dedamoji. Norint pasiekti strateginį atitikimą Vyriausybės valdymo sistemoje, įskaitant ir SAM, labai svarbūs yra nematerialūs aktyvai – žmonės, informacinės sistemos ir organizacinė kultūra. Be šių komponentų negali pavykti sukurti siekiamo strateginio atitikimo.

Remiantis išvardytais aspektais, SAM valdymo efektas arba jo vertė valstybės valdymo sistemoje gali būti traktuojama ir kaip sinergija, kuri pasiekama, suderinus sveikatos apsaugos sistemos posistemų tikslus ir pastangas su sistemos tikslais. Todėl tikslinga stebėti ir analizuoti šias sinergijos rūšis:

1. Finansinę sinergiją, pasiektą SAM ir Vyriausybės veikloje;
2. Piliečių pasitenkinimo lygio augimą (sinergijos rūšis) dėl SAM ir Vyriausybės tose veiklos kryptyse, kurios ypač buvo akcentuojamos;
3. SAM valdymo procesų aspektą. O būtent, efektyvių programų ir pasiteisinusių scenarijų dėka gaunamas papildomas ekonominis bei socialinis efektas arba sinergija – t.y., kiekvieno visuomenės nario atžvilgiu efektyviau funkcionuojanti sistema. Ši sinergija pasiekama gerai sufokusuotų valdymo ir koordinavimo pastangų ir nestandartinių išteklių rinkinių dėka.

Siekiant sukurti strateginį atitikimą SAM valdymo sistemoje, galimi veiklos etapai:

1. Sinergijos sukūrimas ar jos išplėtojimas SAM ministro ir jo komandos lygyje, kai pakoreguojama SAM veiklos tikslų sistema, prioritetai, ištekliai, jų rūšys ir apimtys, peržiūrimi jau esami ar būtini nauji sinerginiai ryšiai tarp ministro bei jo komandos; tarp ministro ir teritorinio valdymo posistemų (apskričių ir savivaldybių); tarp ministro ir užsienio partnerių ir t.t.
2. Strateginio atitikimo sukūrimas SAM ministro - įstaigų lygyje: ministro strateginio žemėlapių suderinimas su SAM pavaldžių įstaigų, apskričių ir savivaldybių bei privačių įstaigų strateginiais žemėlapiais. Tik tokio derinimo proceso metu gali būti realiai pasiektas norimas strateginis atitikimas.

3. Valstybės funkcinių strategijų lygyje (finansai, informacinės sistemos ir valdymo procesai, valstybės piliečiai, vyriausybės valdymo sistemos personalas) atliekamas SAM valdymo aparato veiklos patikrinimas ir įvertinimas. Ministrui pateikiami pasiūlymai, kaip efektyviau užtikrinti šiame lygyje strateginio atitikimo sukūrimą (pirmoje eilėje, kaip paprasčiau atlikti veiklos tikslų suderinimą ir jų transformavimą pagal valdymo lygius).

4. Ministras ir jo komanda formuoja strateginį atitikimą pagal sekančią hierarchiją: Premjeras – ministras – departamento direktorius. Efektyviai suderinami šios sekos veiklos tikslai.

5. Sinergijos projektavimas, pasiekus strateginį atitikimą grandinėje „Premjeras – ministras - užsienio partneris“ arba grandinėse „ministras – universitetai“, „ministras - nevyriausybinės organizacijos“, „ministras – ES - jos komitetai ir valdymo institucijos“ ir t.t.

Autorė mano, kad jos siūloma SAM tinklinė valdymo struktūra padėtų sukurti strateginį atitikimą visuose sveikatos apsaugos sistemos valdymo lygiuose: išgrynintų parengtus strateginius tikslus, leistų efektyviau suderinti tikslus ministrui ir jo komandai, atskiroms valdymo institucijoms ir pan. Taigi, tai būtų iš tiesų realus ir svarus kryptingų strateginių pastangų įnašas formuojant efektyviau funkcionuojančią sveikatos apsaugos sistemą potencialaus kliento sveikatos (jam sukuriamos vertės) atžvilgiu. Tačiau svarbu akcentuoti, kad, norint užtikrinti pačios valstybės „sveikatą“, tokios tinklinės valdymo sistemos susijusios dalys turėtų būti diegiamos ir funkcionuotų ne tik sveikatos apsaugos, bet ir visose valstybės valdymo posistemėse (socialinės apsaugos, švietimo, teisėsaugos ir kt.). Taigi, ***rezultatyvi sveikatos apsaugos reforma ir sinerginis efektas (sukuriama vertė) gali būti pasiekti tik tada, kai sukuriamas strateginis atitikimas tiek sveikatos apsaugos sistemos valdyme, tiek ir tarp visų valstybės valdymo sistemos dalių.***

Naujas Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis padėtų formuoti prielaidas strateginiam proveržiui. Strateginio proveržio projektavimo darbų ir veiksmų logika būtų sekanti:

- SAM strateginių tikslų sistemos peržiūrėjimas; tikslų tarpusavio suderinimo patikrinimas, pakoregavimas ar naujų tikslų formuluočių pasiūlymas.
- Nustatymas, kaip tikslų sistema įsikomponuoja į visos valstybės raidos strateginių tikslų sistemą. Ar reikalingas tam tikras tikslų suderinimo peržiūrėjimas Lietuvos valstybės raidos 5-10-15 metų laikotarpio tikslų atžvilgiu.
- Nesuderintų strateginių tikslų (jų vietos ar sričių) išaiškinimas ir tuo pačiu neigiamų sinerginių efektų židinių atskleidimas.
- Galutinai peržiūrėtos ir patikslintos strateginių tikslų sistemos parengimas.
- Strateginio proveržio projekto metmenų rengimas (tikslai, ištekliai, strateginių pastangų eiliškumo nustatymas) būsimo strateginio efekto turinio nusakymas.
- Teigiamo sinerginio efekto projektavimas visoje sveikatos apsaugos sistemoje.

Įdiegiant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį, svarbų vaidmenį atlieka ir *scenarijų kūrimas*. Svarbu suburti scenarijų rengėjų kolektyvą - strateginį „minčių fabriku“ padalinį, kuris sėkmingą scenarijų planavimo metodo taikymą, būtų pajėgus įdiegti, kuriant naują Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį. Galimi tokie Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos scenarijų pavyzdžiai: strategiškai orientuota sveikatos apsaugos sistema; vertės kūrimas kliento medicininės būklės lygyje; aukštųjų technologijų įtaka sveikatos apsaugos sistemos raidoje ir pan. Naujo strateginio valdymo modelio pritaikymas sveikatos apsaugos sistemoje turi būti detalčiai reglamentuotas įstatymais ir jų pataisomis, kuriuose būtų nustatytos už reformos eigą atsakingos institucijos, konkretūs įgaliojimai, darbai, priemonės ir t.t.

IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

1. Auganti sveikatos apsaugos reikšmė išsivysčiusios visuomenės plėtroje įtakojo padidėjusį mokslininkų dėmesį šio sektoriaus valdymui. Paskutinįjį dešimtmetį pasaulyje vykstanti intensyvi sveikatos apsaugos sistemos valdymo būdų analizė yra lydima mokslininkų diskusijų, vertinimų bei šios sistemos raidos modeliavimo. Sveikatos apsaugos sistemos valdymas pradedamas analizuoti platesniame strateginio valdymo kontekste.

2. Atlikta literatūros šaltinių analizė leidžia teigti, kad strateginio valdymo principų taikymas sveikatos apsaugos sistemos valdyme yra svarbus vykstant reformoms ir pereinant nuo biurokratinio viešojo administravimo prie naujosios viešosios vadybos modelio taikymo. Strateginis valdymas padeda spręsti kylančias problemas ir kurti vieningą sveikatos apsaugos kryptį. Tokiu būdu strategija tampa varančiąja sistemos jėga.

3. Strateginio valdymo koncepcijos analizė atskleidė, kad šiuolaikinė strateginio valdymo paradigma modifikuoja ir adaptuoja ankstesniųjų koncepcijų pažangius aspektus, tačiau strateginio valdymo teoretikai pateikia nevienpusį požiūrį į strateginio valdymo esmę, nes jie fokusuojasi į strategijos proceso skirtingas sudedamąsias dalis.

4. Nuo XX a. aštunto dešimtmečio pabaigoje sveikatos apsaugos sistemos strategų pagrindinis dėmesys buvo skiriamas konkurencinėms strategijoms, kurios koncentravosi į procesą, bet ne rezultato lygį. Toks požiūris atskleidė nepakankamą sveikatos apsaugos sistemos kūrybinio potencialo panaudojimą. Vis daugiau mokslininkų, tyrinėjančių strategijos formavimo ir įdiegimo būdus, pabrėžia strategijos, orientuotos į vertę, jos inovacijas, svarbą. Vertės sukūrimas pacientui sveikatos apsaugos sistemoje yra vienas iš galimų atsakų į aplinkos keliamus iššūkius ir vienas svarbiausių konkurencinių pranašumų.

5. Ekonominių, socialinių, politinių ir technologinių transformacijų įvertinimas bei valdymas yra aktualus sveikatos apsaugai, kadangi šis sektorius nepakankamai mobilus ir lankstus.

6. Užsienio šalių praktinio strateginio valdymo pritaikymo analizė atskleidžia, kad, formuojant Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį, būtina įvertinti konkrečias valstybės ekonominio bei kultūrinio išsivystymo sąlygas. Todėl kitų šalių sveikatos apsaugos sistemų modelius perkelti Lietuvos sąlygomis sudėtinga, tačiau naudinga adaptuoti tam tikrus jų privalumus ir įvertinti trūkumus.

7. Remiantis išsamia mokslinės literatūros analize ir naujausiais strateginio valdymo praktiniais tyrinėjimais, autorė parengė Lietuvos strateginio valdymo proceso tyrimo modelį, kuris apima sveikatos apsaugos sistemos ir atskiros jos sudedamosios dalies – organizacijos (aukščiausio valdymo lygio vadovų komanda) lygmenis. Strateginio valdymo procesas išskaidomas į tris etapus: „silpnų strateginių signalų identifikavimas ir vertinimas“, „strategijos formavimas“ ir „strategijos įdiegimas“. Modelio pagrindu buvo išskirti tyrimo aspektai, kurie įtakoja strateginio valdymo procesą. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemai būdingas nepakankamai rezultatyvus sveikatos priežiūros organizavimas, netolygus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, didėjančios išlaidos, o taip pat ypač žemas sveikatos paslaugų tarptautinis indeksas, jį lyginant Europos šalių kontekste. Šios problemos glaudžiai siejasi su strateginio valdymo žinių ir jų pritaikomumo stoka.

8. Atlikus autorės parengto tyrimo metu surinktų duomenų analizę, galime teigti, kad sveikatos apsaugos sistemos organizacijų pozicija strateginio valdymo atžvilgiu yra gana pasyvi, nes svarbiausia sveikatos apsaugos sistemos problema yra įvardijamas finansavimas. Organizacijų

vadovai nepatenkinti sveikatos apsaugos sistemos veikla, tačiau vadovaujamos organizacijos ir sveikatos apsaugos sistemos veiklos pasitenkinimo lygiai vertinami ypač neproporcingai, todėl sisteminis ryšys silpnas. Nustatyta, kad tik maža dalis vadovų supranta savo organizacijos strategiją ir sugeba ją įvardyti, todėl galima daryti išvadą, kad strategija nėra aiški. Organizacijos skiria per mažai laiko strategijos aptarimui. Taip pat ištirta, kad organizacijos savo veiklą fokusuoja į išlaidų mažinimą arba siekimą jų išvengti ir neanalizuoja rodiklių, kurie leistų adaptuoti strategiją prie kintančio konteksto sąlygų. Visi šie veiksniai atskleidžia esančio strateginio valdymo modelio trūkumus. O tai leidžia daryti prielaidą, kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje strateginio valdymo galimybės yra nepakankamai išnaudojamos.

9. Darbe pabrėžiama, kad svarbi prielaida strateginio valdymo proceso suvokime yra holistinis požiūris, kuris suteikia galimybę sveikatos apsaugos sistemą matyti ir tyrinėti kaip vieną iš sudėtinių valstybės strateginio valdymo posistemų. Kintančios aplinkos kontekste sveikatos apsaugos sistema ir ją sudarančios organizacijos įgalinamos priimti orientaciją, kuriai būdingas dinamiškumas ir globalumas, naujų strateginių galimybių paieška, konkurencinio potencialo vystymas, kūrybiškumas. Sistemą svarbu organizuoti kaip tarpusavyje susijusių, bendradarbiaujančių organizacijų tinklą. Remiantis tokiomis prielaidomis, autorė formuoja Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelį.

10. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelio pagrindiniai komponentai yra konkurencijos, paremtos verte, aktyvinimas ir strategiškai orientuotos organizacijos, sukūrimas. Šios sudedamosios dalys tarpusavio sąveikoje sukuria sinergiją, įtakojančią vertės kūrimą ir gerinimą pacientui ir potencialiam klientui. To pasėkoje sveikatos apsaugos sistemoje susiformuoja nauji strateginiai efektai. Tokiu būdu, strateginio valdymo

modelio formavimas pristatomas kaip vienas iš būdų konkuruoti kintančioje aplinkoje.

11. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis gali būti įdiegtas sukūrus strateginį atitikimą tiek sveikatos apsaugos sistemos valdyme, tiek ir tarp likusių valstybės sistemos sudedamųjų dalių valdymo. Todėl sveikatos apsaugos sistemos valdymo efektas arba jo vertė valstybės valdymo sistemoje traktuojama ir kaip sinergija, kuri pasiekama, suderinus sveikatos apsaugos sistemos strateginius tikslus ir pastangas su kitų ūkio sistemų tikslais.

12. Darbe siūloma tinklinė valdymo struktūra Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje padės formuoti, koreguoti ir realizuoti konkurencinę politiką. Tinklinė valdymo struktūra yra svarus kryptingų strateginių pastangų inšas, projektuojant strateginį atitikimą visuose sveikatos apsaugos sistemos valdymo lygiuose, nes atskleidžia, kaip gali būti realiai įdiegiamas sveikatos apsaugos sistemos strateginio valdymo modelis ir formuojama sistema, kurios ašis yra paciento ir potencialaus kliento lūkesčiai ir poreikių patenkinimas.

13. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos valdyme naujų strateginių galimybių identifikavimas ir išteklių joms įgyvendinti sutelkimas yra užuomazginėje stadijoje. Todėl šiandien įgyvendinamą Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos strategiją, veiklos planus autorė siūlo sujungti su nauju strateginio valdymo modeliu, jo architektūra, įgyvendinimo terminais, ištekliais ir laukiamais rezultatais.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Allin, S., Mossialos, E., McKee, M., Holland, W. (2004). Making decisions on public health: a review of eight countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Axelrod, R., Cohen, M. (1999). Harnessing Complexity: Organizational implications of a scientific frontier. New York: The Free Press.
- Амосов, Н.М. (2002). Энциклопедия Амосова: Алгоритм здоровья. Человек и общество. Москва: Издательство АСТ.
- Ansoff, H.I. (1965). Corporate Strategy. New York: McGraw Hill.
- Ansoff, H.I. (1979). Strategic management. New York: John Willey.
- Arimavičiūtė, M. (2005). Viešojo sektoriaus institucijų strateginis valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas.
- Arimavičiūtė, M., Domarkas, V., Gineitienė ir kt. (2002). Viešojo sektoriaus institucijų administravimas: monografija. Vilnius: LTU Leidybos centras, 2002.
- Barlett, D. L., Steele, J.B. (2005). Critical Condition: How Health Care in America Became Big Business and Bad Medicine. Broadway: Doubleday.
- Bell, D. (1999). The Coming Post-Industrial Society: A Venture of social Forecasting. New York: Basic books.
- Boyett, J. H., Boyett, J. T. (2000). The Guru Guide: The Best Ideas of the Top Management Thinkers. New York: Wiley; 1 edition.
- Bogason, P. (2001). Public Policy and Local Governance: Institutions in Postmodern Society. Northampton: Edward Elgar Pub.
- Brandenburger, B.J., Nalebuff, A.M. (1996). Co-Opetition. New York: Harper Collins.
- Breen, B., Hamel, G. (2007). The Future of Management. Boston: Harvard Business School Press; 1 edition.
- Bryson, J.M. (2004). Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations: A Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement. New York: Jossey-Bass; 3rd edition.
- Burbules, N.C., Torres, C.A., eds. (2000). Globalization and Education: critical perspectives. New York: Routledge.
- Callahan, D., Wasunna, A.A. (2006). Medicine and the Market: Equity v. Choice. The Johns Hopkins University Press; 1st edition.
- Capra, F. (1989). Uncommon wisdom. New York: Bantam Books.
- Capra, F., Juarrero, A., Sotolongo, P., Jacco van Uden. (2007). Reframing Complexity: Perspectives from the North and South. ISCE Publishing; 1st edition.
- Castells, M. (1996). The rise of the network society. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Castells, M., Himanen, P. (2002). The Information Society and the Welfare State: The Finnish Model. Oxford: Oxford University Press.
- Certo, S. C., Certo T. (2008). Modern Management: Concepts and Skills. New Jersey: Prentice Hall; 11 editions.
- Chomsky, N. (2006). Tikslai ir vizijos. Kaunas: kitos knygos.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2000). Research Methods in Education. London: RoutledgeFalmer; 5th edition.
- Collins, J. (2001). Good to Great: Why Some Companies Make the Leap and Others Don't. New York: Collins Business; 1 edition.
- Daft, R. L. (2007). The New Era of Management. New Delhi: Thomson Corporation.
- Davis, K. (2007). Learning From High Performance Health Systems around the Globe. New York: The Commonwealth Fund.
- Deming, W.E. (2000). Out of the Crisis. MIT Press.
- Denhardt, J.V., Denhardt, R.B. (2003). The New Public Service: Serving not Steering. New York: M. E. Sharpe.

- Diskienė, D., Marčinskas, A. (2007). Lietuvos vadybinis potencialas: būklė ir perspektyvos: monografija. Vilnius: VU.
- Dixon, J., Le Grand, J., Smith, P. (2003). Can market forces be used for good? London: King's Fund.
- Drucker, P. F. (1954). The Practice of Management. New York: Harper and Row.
- Drucker, P.E. (1995). Managing in a time great change. New York: Truman Talley books.
- Drucker, P. F. (2001). Management Challenges for the 21st Century. New York: Harper Business.
- Drucker, P. F. (2007). People and Performance: The Best of Peter Drucker on Management. Harvard: Harvard business school press.
- Drucker, P.F. (2008). The Essential Drucker: The Best of Sixty Years of Peter Drucker's Essential Writings on Management. New York: Collins Business Essentials.
- .Dudik, E. (2000). Strategic Renaissance. New York: Amacon.
- Dummer, T. (2001). Tibetan Medicine and Other Holistic Health Care System. India: Paljor Publications.
- Enthoven, A.C., Tollen L.A. (2006). Toward a 21st Century Health System: The Contributions and Promise of Prepaid Group Practice. New York: Jossey-Bass.
- Ettelt, S., Nolte, E., Mays, N., Thomson, S., McKee, M. (2006). Health care outside hospital: accessing generalist and specialist care in eight countries. Copenhagen: European Observatory of Health Systems and policies.
- Figueras, J., McKee, M., Cain J., Lessof, S. (2004). Health systems in transition: learning from experience. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. (2005). Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead: Open University Press.
- Fuchs, V.R. (1988). The Health Economy. Boston: Harvard University Press.
- Fukuyama, F. (1999). The Great Disruption: Human Nature and the Reconstitution of Social Order. New York: Free Press.
- Gatrell, A.C. (2002). Geographies of Health: An Introduction. Oxford: Blacwell Publishers.
- Ginevičius, R., Paliulis, N.K., Chlivickas, E., Merkevičius, J. (2006). XXI amžiaus iššūkiai: organizacijų ir visuomenės pokyčiai: monografija. Vilnius: Technika.
- Ginter, P.M., Duncan, W.J., Swayne, L.E. (2008). The Strategic Management of Health Care Organizations. Cornwall: Blackwell publishing, 4th edition.
- George, S. (1999). Lugano Report on preserving capitalism in the twenty-first century. London: Pluto Press.
- Greenly, G. E. (1989). Strategic Management. London: Prentice Hall International.
- Hamel, G. (2002). Leading the Revolution. New York: Plume.
- Hamel, G., Prahalad, C. K. (1996). Competing for the future. Boston: Harvard Business School Press.
- Holland, J. (1995). Hidden Order: How adaptation builds complexity. Addison-Wesley: Reading Mass.
- Hughes, D. (1995). Moltke on the Art of War: Selected Writings. Novato: Presidio Press.
- Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). Sveikatos politika ir valdymas. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras.
- Jucevičius, R. (1998). Strateginis organizacijų vystymas. Kaunas: Pasaulio lietuvių kultūros, mokslo ir švietimo centras.
- Jucevičius, R., Jucevičienė, P., Janiūnaitė, B. ir kt. (2003). Mokyklos strategija: strateginio vystymo vadovas. Kaunas: Žinių visuomenės institutas.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (2008). Execution Premium: Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (2006). Alignment. Using the balanced Scorecard to create corporate synergies. Boston: Harvard Business School Press.

- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (2003). Strategy maps. Converting intangible assets into tangible outcomes. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (2000). The strategy focused organization. How balanced Scorecard companies thrive in the new business environment. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1996). The balanced scorecard. Translating Strategy into action. Boston: Harvard Business School Press.
- Kelly, S., Allison, M.A. (1999). The Complexity Advantage. New York: McGraw Hill.
- Keyes, R. (2006). The Quote Verifier. New York: Simon & Schuster.
- Kim, W. Ch., Mauborgne, R. (2005). Blue Ocean Strategy: How to Create Uncontested Market Space and Make Competition Irrelevant. Boston: Harvard Business School Press; 1 edition.
- Kinding, D.A. (2000). Purchasing population health: paying for results. USA: The University of Michigan Press.
- Koch, R. (2005). The 80/20 Individual: How to Build on the 20% of What You do Best. Broadway: Doubleday Business.
- Koch, R. (2006). The Financial Times Guide to Strategy. Philadelphia: Trans-Atlantic Pubns.
- Koontz, H., O'Donnell, C., Weihrich, H. (1984). Management. New York: McGraw-Hill Book Company, 8th edition.
- Котельников, В. (2007). “Стратегическое управление. Принципиально новые подходы для эпохи быстрых перемен”. Москва: Эксмо.
- Lambin, J.J. (1996). Strategic Marketing Management. London: McGraw-Hill Co.
- Lambin, J.J., Chumpitaz, R., Schuiling, I. (2007). Market-Driven Management: Strategic and operational marketing. London: Palgrave Macmillan, 2nd edition.
- Lash, Ch. (1995). The Revolt of the Elites and the Betrayal of Democracy. New York-London: W.W. Norton Co.
- Lawson, R., Desroches, D., Hatch. (2008). Scorecard best practices: design, implementation and evaluation. New York: John Wiley.
- Lee, K. (2001). Health Impacts of Globalization: Towards global governance. London: Palgrave MacMillan.
- Lietuvos mokslo ir technologijų baltoji knyga. (2001). Vilnius: Justitia.
- Lietuvos Respublikos Konstitucija (2000). Vilnius: UAB Frisko reprocentras.
- Lindgren, M., Bandhold, H. (2003). Scenario Planning: The Link between Future and Strategy. New York: Palgrave Macmillan.
- Lock, M. (1980). East Asian Medicine in Urban Japan: Varieties of Medical Experience. Berkeley: University of California Press.
- Lorange, P., Morton, M., Scott, F., Ghoshal, S. (1986). Strategic Control. New York: West Publishing Company.
- Mahar, M. (2006). Money-Driven Medicine: The Real Reason Health Care Costs So Much. New York: Collins Business; 1 edition.
- Micklethwait, J., Wooldridge, A. (1996). The Witch Doctors: Making Sense of the Management Gurus. New York: Times Books - Random House.
- Mintzberg, H. (2007). Tracking Strategies: Towards a General Theory of Strategy Formation. Oxford University Press.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., Lampel, J. (1998). Strategy safari. A guided tour through the wilds of strategic management. New York: Free Press.
- Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn, J.B., Ghoshal, S. (2002). The Strategy Process. New York: Prentice Hall College Division.
- Mossialos, E., Allin, S., Figureas, J. (2007). Health Systems in Transition: Template for analysis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

- Monitoring of the strategy for health for all by the year 2000. (1989). Part 1. The situation in the European region 1987/1988. Copenhagen: WHO.
- Moore, J.F. (1996). *The Death of Competition: Leadership and Strategy in the Age of Business Ecosystems*. New York: Harper Collins.
- Mushkin, S. (1974). *Consumer Incentives for Health Care*. New York: Milbank Memorial Fund.
- Naisbitt, J., Naisbitt, N., Philips, D. (1999). *High Tech, High Touch: Technology and Our Search for Meaning*. New York: Broadway Books.
- Napuk, K. (1994). *The Strategy-Led Business: Step-By-Step Planning for Your Company's Future*. New York: McGraw-Hill.
- Niven, R. (2006). *Balanced Scorecard Step-by-Step: Maximizing Performance and Maintaining Results*. John Wiley & Sons; 2nd edition.
- Nutt, P.C., Backoff, R.W. (1992). *Strategic Management of Public and Third Sector Organizations: A Handbook for Leaders*. New York: Jossey-Bass Inc Pub; 1st edition.
- Oppenheim, J., Bonini, S., Bielak, D., Kehm, T., Lacy, P. (2007). *Shaping the New Rules of Competition*. London: McKinsey & Company.
- Ohmae, K. (2005). *Next Global Stage: The Challenges and Opportunities in Our Borderless World*. New Jersey: Wharton school publishing.
- Ohmae, K. (1982). *The Mind of the Strategist: The Art of Japanese Business*. New York: McGraw-Hill.
- Pascale, R., Athos, A. (1981). *The Art of Japanese Management*. London: Penguin.
- Perkins, J. (2005). *Confessions of an Economic Hit Man*. New York: Plume.
- Peters, G. (2002). *Biurokratijos politika*. Vilnius: Pradai.
- Peters, T. J. (1994). *Liberation Management*. New York: Ballantine Books.
- Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių – ekonominių pokyčių kontekste. (2000). V: Sveikatos ekonomikos centras.
- Porter, M.E., Teisberg, E.O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive Advantage*. New York: The Free Press.
- Prahalad, C.K., Ramaswamy, V. (2004). *The future of competition: co creating unique value with customers*. Boston: Harvard Business School Press.
- Puškorius, S. (2002). *Viešojo sektoriaus institucijų administravimas*. Vilnius: LTU leidykla.
- Raipa, A. (2001). *Viešojo administravimo efektyvumas*. Kaunas: Technologija.
- Ringland, G. (2006). *Scenario Planning: Managing for the Future*. Chichester: John Wiley & Sons; 2nd edition.
- Relman, A. S. (2007). *A Second Opinion: Rescuing America's Health Care*. USA: Public Affairs.
- Reinhard, U., Altman, S. (1996). *Marketplace in Strategic Choices for a Changing Health Care System*. Chicago: Health Administration Press.
- Saltman, R.B., Bankauskaite, V., Vrangbaek, K. (2007). *Decentralization in health care*. New York: McGraw-Hill for Open University Press and European Observatory.
- Schonberger, R.J. (1982). *Japanese Manufacturing Techniques: Nine Hidden Lessons in Simplicity*. New York: Free Press.
- Simon, H. A. (1997). *Administrative Behavior*. New York: Free Press.
- Singer, S.F., Avery, D.T. (2008). *Unstoppable Global Warming: Every 1,500 Years Updated and Expanded Edition*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline*. New York: Doubleday.
- Shell, G.R. (2004). *Bargaining for Advantage: Negotiation Strategies for Reasonable People*. London: Penguin.
- Shultz, W.T. (1971). *Investment in Human Capital*. New York: Free Press.

- Simonton, O.C., Hampton, B., Henson, R. (2002). *The Healing Journey*. New York: Choice Press.
- Smith, A. (2003). *The Wealth of Nations*. New York: Bantam Classics.
- Stewart, T.A. (1997). *Intellectual Capital: The New Wealth of Organizations*. London: International Thomson Business Press.
- Stiglitz, J. (2002). *Globalization and its Discontents*. London: The Mit Press.
- Syme, S.L. (1996). *To Prevent Disease: The Need For A New Approach In Health and Social Organization*. London: Routlage.
- Swiss, J.E. (1991). *Public Management Systems*. New Jersey: Prentice Hall.
- Thom, N., Ritz, A. (2004). *Viešoji vadyba. Inovaciniai viešojo sektoriaus metmenys*. Vilnius: LTU.
- Thompson, A.A., Strickland, A.J. (2003). *Strategic Management: Concepts and Cases*. Boston: Irwin/McGraw-Hill; 13th edition.
- Thorp, J. (1999). *The Information Paradox: Realizing the Business Benefits of Information Technology*. Homewood: McGraw-Hill.
- Toffler, A. (2001). *Valdžių kaita: žinios, turtas ir prievarta artėjant XXI amžiui*. Vilnius: Tyto alba.
- Vasiliauskas, A. (2006). *Strateginis valdymas*. Kaunas: Technologija.
- Vasiljevičė, N. (2004). *Etikos infrastruktūros diegimas sveikatos priežiūros organizacijose: monografija*. Vilnius: VU.
- Zakarevičius, P. (2003). *Organizacijų vystymosi paradigma*. VDU: Kaunas.
- Zakarevičius, P. (1998). *Vadyba: genezė, dabartis, tendencijos*. VDU: Kaunas.
- Wacker, W., Taylor, J. (1997). *The 500 Year Delta*. Oxford: Capstone Books.
- Waldo, D. (1955). *The study of public administration*. New York: Doubleday.
- Wiersema, M., Treacy, F. (1994). *The Discipline of Market Leaders: Choose Your Customers, Narrow Your Focus, And Dominate Your Market*. MA: Addison-Wesley.
- World Health Report 2000-Health systems: Improving performance. (2000). Geneva: World Health Organization.
- World health report 2007 - A safer future: global public health security in the 21st century. (2007). Geneva: World Health Organization.
- Wren, D. A. (1994). *The Evolution of Management Thought*. New York: John Wiley and Sons; 2nd edition.

Moksliniai straipsniai

- Brown, T.M., Marcos, C., Fee, E. (2006). *The World Health Organization and the transition from "International" to „Global" public health* // *American Journal of Public Health*. Vol. 96.
- Chattopadhyay, S.K., Carande-Kulis, V.G. (2004). *Economics of Prevention: The public Health Research Agenda* // *Journal of Public Health Management and Practice*. Vol. 10.
- Christensen, C.M., Bohmer, R., Kernagy, J. (2000). *Will disruptive innovations cure health care* // *Harvard Business Review*. Sept/Oct.
- Drucker, P. F. (1998). *Management's New Paradigms* // *Forbes*. Vol. 162, No.7.
- Drūteikienė, G. (2005). *Organizacijos įvaizdžio palaikymas ištikus krizei: efektyvi komunikacija* // *Informacijos mokslai*. Vilnius: VU, t. 36.
- Dubinas, V., Smilga, E. (2008). *Strateginio valdymo panaudojimo galimybės Lietuvoje* // *Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai*. Kaunas: VDU, Nr.47.
- Enthoven, A.C., Tollen, L.A. (2005). *Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency* // *Health Affairs*. Millwood; Sep 7.
- Evans, P., Wurster, T. (1997). *Strategy and the New Economics of Information* // *Harvard Business Review*. Sept/Oct.

- Fogel, R.W., Costa, D. L. (1997). A Theory of Technophysio Evolution, With Some Implications for Forecasting Population, Health Care Costs, and pension costs // Demography. Vol. 34.
- Fonville, W., Carr, L.P. (2001). Gaining strategic alignment: making scorecards work // Management Accounting Quarterly. Vol. 2(3).
- Garvin, D.A., Roberto, M.A. (2005). Change through Persuasion // Harvard Business review. 83(2).
- Garuckas, R., Serafinas, D. (2005). The impact of Lisbon criteria on business development in Lithuania // Ekonomika. Vilnius: VU, Nr. 70.
- Gumbus, A., Lyron, B. (2002). The balanced scorecard at Philips Electronics // Strategic Finance. November.
- Herzlinger, R.E. (2006). Why Innovation in Health Care Is So Hard // Harvard Business review. May.
- Jankauskienė, D., Pečiūra R., Gurevičius R. (2006). Sprendimų reformuoti sveikatos apsaugą paieška. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teritorinio prieinamumo įvertinimas // Medicina: KMU, Nr. 42 (11).
- Jost, T.S., Dawson, D., Exter, A. (2006). The Role of Competition in Health Care: A Western European Perspective // Journal of Health Politics. Policy and Law. No. 31(3).
- Kalėdienė, R. (2004). Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei // Medicina. Kaunas: KMU. Nr. 40 (9).
- Kaplan, R. S., Norton, D. P. (2008). Mastering the Management System // Harvard Business Review. January.
- Kaboolian, L. (1998). The New Public Management: Challenging the Boundaries of the Management vs. Administration Debate // Public Administration Review. Vol. 58, No.3.
- Labonte, R., Spiegel, J. (2003). Setting global health research priorities // British Medical Journal. No. 36.
- Laing, A. (2002). Meeting patient expectations: healthcare professionals and service reengineering // Health Services Management Research. No. 15.
- Lewin, A.Y., Long, C.P., Carroll, T.N. (1999). The Coevolution of New Organizational Forms // Organization Science. September. Vol.10 (5).
- Marčinskas, A., Vaškelis, V. (2003). Lietuvos valstybės valdymo sistema Europiniame kontekste // Tiltai. Klaipėda: Klaipėdos universitetas, Nr. 13.
- Marčinskas, A., Gudonienė, V., Drūteikienė, G. (2007). Aukštojo mokslo institucijų įvaizdis: šališki veiksniai // Informacijos mokslai. Vilnius: VU, t. 40.
- Markides, C. (1999). A dynamic view of strategy // Sloan Management Review. Vol. 40, spring.
- Mintzberg, H. (1994). The Rise and Fall of Strategic Planning // Harvard Business Review. January-February.
- Moncrieff, J. (1999). Is strategy making a difference? // Long Range Planning Review. Vol. 32, No2.
- Неклесса, А. (2002). Четвертый Рим. Глобальное мышление и стратегическое планирование в последней трети XX века // Российские стратегические исследования. Москва: Логос.
- Nohria, N., Khurana, R. (2008). It's Time to Make Management a True Profession // Harvard Business Review. Vol. 86, No.10, October.
- Norberg, J. (2006). Swedish Models: The Welfare State and its Competitors // National Interest. Summer.
- Oration, H. (2006). Health in an unequal world // Clinical Medicine. Vol. 6.
- Porter, M.E., Kramer, M.R. (2006). Strategy and society: the link between competitive advantage and corporate social responsibility // Harvard Business Review, Vol. 84, No. 12.
- Porter, M. E., Solvell, O. (2002). Finland and Nokia: Creating the World's Most Competitive Economy. Harvard Business School case. DOI: 10.1225/702427.

- Proper, C., Burgess, S., Green, K. (2004). Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market // Journal of Public Economics. Vol. 88 (78).
- Ring, P.S., Arino, A., Tore, J. (2005). Relational Quality: Its Elements and Role in Interorganizational Trust // European Management Review. Vol. 2.
- Smilga, E. (2005). Strateginės minties integravimo galimybės Lietuvoje // Politologija. Vilnius, Nr. 4 (40).
- Smilga, E., Čičinskas, J. (2003). The problems of Lithuania's integration into the EU and global economy: the issue of national strategic management // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Kaunas: VDU, Nr.26.
- Smilga, E., Janušonienė, K. (2003). The problems of the formation public health keeping strategy // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Kaunas: VDU, Nr.25.
- Smilga, E., Janušonienė K. (2005). A conceptual framework for strategically managed health care system // Sveikatos mokslai. Vilnius: SAM, Nr.2.
- Smilga, E., Janušonienė, K. (2005). Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje // Tiltai. Klaipėda: KU, Nr.1.
- Smilga, E., Janušonienė, K. (2006). Galimybės taikyti strateginį valdymą sveikatos apsaugos sistemoje // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Kaunas: VDU, Nr.40.
- Smilga, E., Janušonienė, K. (2007). Konkurencijos, pagrįstos paslaugų verte, formavimo prielaidos sveikatos apsaugos sistemoje // Sveikatos mokslai. Vilnius: SAM, Nr.6.
- Smilga, E., Janušonienė, K. (2007). Significance of Strategic Alignment in Health Care System's Management Structure // The Recent Development of the EU: Challenges and Experience. Klaipėda: KU.
- Smilga, E., Janušonienė, K. (2007). Strategiškai orientuotos organizacijos veikimo principai sveikatos apsaugos sistemoje // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Kaunas: VDU, Nr.44.
- Smilga, E., Laurėnas, V. (2005). Strateginio efekto problemos Lietuvoje // Tiltai. Klaipėda: KU, Nr.4.
- Spear, S.J. (2005). Fixing Health Care from the Inside, Today // Harvard Business Review. September, Vol. 83(9).
- Visser, J. A. (2004). The Collaborative Management of the Metropolis // Journal of Public Administration and Theory. Vol. 14, No. 2.

Internetiniai šaltiniai

- Club of Rome. Prieiga internete: <<http://www.clubofrome.org/>>
- Council of Economic Advisers. Prieiga internete: <<http://www.whitehouse.gov/cea/>>
- Commonwealth Fund on high performing health systems. Prieiga internete: <http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=7078>
- Intergruoti verslo slėniai. Prieiga internete: <<http://www.smm.lt/smt/docs/sleniai>>
- IMD World Competitiveness Yearbook. Prieiga internete: <<http://www.imd.ch/research/publications/wcym>>
- Health Care Systems in Ten Developed Countries: The U.S. System Is Most Unpopular and Dutch System the Most Popular. (2008). Harris Interactive. Prieiga internete: <http://www.harrisinteractive.com/harris_poll/index.asp?PID=927>
- Health21. The health of all policy frameworks for the WHO European Region. Prieiga internete: <<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>>
- Horizons 2020. TNS Infratest. Prieiga internete: <<http://www.emwis.net/initiatives/horizon2020>>
- Lietuvos medicinos biblioteka. Prieiga internete: <<http://www.lmb.lt/>>

- Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimo ir sveikatinimo paslaugų prieinamumo studija. (2006). Parengė Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija. Prieiga internete <<http://www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt>>
- Lisabonos sutartis. Prieiga internete <http://europa.eu/lisbon_treaty/full_text/index_lt.htm>
- RAND Corporation. Prieiga internete: <<http://www.rand.org/>>
- Sitra (Finnish National Fund for Research and Development). Prieiga internete: <<http://sitra.tjhosting.com/>>
- Sveikatos apsaugos ministerija. Prieiga internete: <<http://www.sam.lt/lt>>
- Sveikatos apsaugos ministerijos 2008-2010 m. strateginis veiklos planas. Prieiga internete: <http://www.sam.lt/lt/main/veikla/2006___2008_met___strat>
- Tolesnės sveikatos sistemos plėtros 2008-2015m. metmenų projektas. SAM. Prieiga internete: <www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikatos_politika/Vizija%20tikslinta%20po%20ko%20legijos-paskutine.doc>
- Valstybės ilgalaikės raidos strategija. Prieiga internete: <http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=193888>
- Valstybinė ligonių kasa prie SAM. Prieiga internete: <http://www.vlk.lt/vlk/lt/>.
- World Meteorological Organization. Fourth Assessment Report: Climate Change 2007. Prieiga internete: <http://www.wmo.ch/pages/partners/ipcc/index_en.html>
- WHO Regional Office for Europe. Prieiga internete: < <http://www.euro.who.int/HFADB>>

Statistiniai internetiniai šaltiniai

- eMedicine. Prieiga internete: <<http://search.medscape.com/emedicine-search?newSearch=0&queryText=statistics>>
- Euro health consumer index. Brussels: Health consumer powerhouse. Prieiga internete: <<http://healthpowerhouse.com/media>>
- Eurostat. Prieiga internete: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&_dad=portal&_schema=PORTAL>
- Lietuvos sveikatos informacijos centras. Prieiga internete <<http://www.lsic.lt/>>
- Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Prieiga internete <<http://www.stat.gov.lt/lt/>>
- Sveikatos Ekonomikos Centras. Prieiga internete: < <http://www.sec.lt/>>
- WHOSIS. Statistical Information System. Prieiga internete: <<http://www.who.int/whosis/en/index.html>>