

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA**

Danutė ANDRULIENĖ

**KARDIOLOGINĖS PAGALBOS VALDYMAS
ŠIAULIŲ APSKRITYJE**

Magistro darbas

Šiauliai, 2008

**ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VADYBOS KATEDRA**

Danutė ANDRULIENĖ

**KARDIOLOGINĖS PAGALBOS VALDYMAS
ŠIAULIŲ APSKRITYJE**

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

Magistro darbo autorius: Danutė ANDRULIENĖ
(vardas, pavardė, parašas)

Vadovas: doc. dr. Teodoras TAMOŠIŪNAS
(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

Recenzentas.....
(pareigos, vardas, pavardė, parašas)

SANTRAUKA

Danutė Andrulienė (2008). **Kardiologinės pagalbos valdymas Šiaulių apskrityje.** Magistro darbas.

Magistro darbe yra analizuojamas sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis, ligonių, sergančių nestabilia krūtinės angina ir ūmiu miokardo infarktu, srautai į Šiaulių apskrities gydymo įstaigas, įvertintos Šiaulių teritorinės ligonių kasos lėšos, skirtos šių įstaigų stacionarinių ir ambulatorinių kardiologinių paslaugų apmokėjimui, numatytas lėšų poreikis 2010 m. Išsamiai pateikti finansinio sveikatos priežiūros strateginio valdymo principai, Lietuvos nacionalinė sveikatos politika širdies ir kraujagyslių ligų atžvilgiu bei širdies ir kraujagyslių sistemos ligų paplitimo ir jų pasekmių mažinimo strateginės nuostatos Šiaulių apskrityje.

Kardiologinės pagalbos situacija Šiaulių apskrityje apibūdinama teiginiais: Šiaulių apskrities ligoninėse stacionarinis sergamumas nestabilia krūtinės angina ir ūmiu miokardo infarktu bei ligonių srautai į šias ligonines turi tendenciją didėti; intervencinės kardiologinės pagalbos apimtis Šiaulių apskrities ligoninėje didėja ir turi poreikį didėti; visose Šiaulių apskrities ligoninėse lėšos, skirtos vienam NKA ir ŪMI atvejui gydyti, didėjo, tačiau neproporcingai atskiroms ligoninėms.

Kardiologinę pagalbą Šiaulių apskrityje galima tobulinti šiomis priemonėmis: Šiaulių apskrities gydytojo tarnyba turi parengti apskrities sveikatos programą su prioritetine širdies ir kraujagyslių ligų sritimi, kurioje būtų numatyti veiksmai ir priemonės sergamumo ir mirtingumo mažinimui, kardiologinės pagalbos struktūros ir organizavimo tobulinimui; didesnę srautą kardiologinių ligonių stacionarizuoti Šiaulių apskrities ligoninėje, Šiaulių apskrities rajonų ligoninėse paliekant tik ambulatorinę ir skubią reanimacinę pagalbą; Šiaulių apskrities kardiologinės pagalbos organizavimui, ambulatorinių ir stacionarinių kardiologinių paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui, širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos vystymui būtina įsteigti Šiaulių apskrities kardiologijos koordinacinį centrą.

SUMMARY

Danute Andruliene. **Management of cardiology aid in Šiauliai county.** (2008). Master's work.

In the present work different characteristics of patients with instable ischemic hearth disease and acute myocardial infarction in Hospitals of Siauliai County are analyzed. Additionally, the financial resources expenses for inpatient and outpatient and the predicted asset allocation (up to year 2010) for healthcare services devoted for cardiovascular patient are calculated. In addition, the present work deals with principles of financial healthcare management, the national Lithuanian healthcare politics and strategic directions for cardiovascular disease epidemiology and consequences in Šiauliai County.

Not only the number of patients with cardiovascular complaints associated to ischemic hearth disease but also necessity for interventional cardiology procedures exhibits a clear tendency to increase. Consecutively, the money spend on a single case of acute ischemic hearth disease per patient has also increased. However, there were differences of expenses per patient among single hospitals within the County.

Here presented data points to several opportunities for optimization of the treatment of cardiovascular patients in Šiauliai County. First, the committee of physicians of Šiauliai County should prepare a healthcare program that treats the cardiology aid as a first priority field and defines specific actions to reduce the morbidity and mortality of cardiovascular disease. In addition, the structure and organization of cardiology aid should be improved by redirecting most of inpatient cases to Siauliai County hospital and letting regional Hospitals of Siauliai County to take care of patients that can be treated in outpatient departments or has to be admitted to emergency units. For organization of management of cardiology patients it is necessary to establish a Cardiology Management Center that supervises, coordinates and further develops all prevention and treatment activities of patients with cardiovascular diseases in Šiauliai County.

TURINYS

<u>IVADAS</u>	7
<u>1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ STRATEGINIO VALDYMO TEORINIAI PAGRINDAI</u>	<u>10</u>
1.1. Pagrindinių sąvokų analizė.....	10
1.1.1. Magistro darbe vartojamos santrumpos	10
1.1.2. Pagrindinės strateginio valdymo sąvokos	11
1.1.3. Pagrindinės medicininės sąvokos	11
1.2. Strategijos samprata.....	13
1.3. Išorinės aplinkos strateginė analizė.....	14
1.4. Vidinės aplinkos analizė.....	16
1.5. Strateginis valdymas.....	18
1.6. Strateginio valdymo metodologija: nustatytinė ir plėtotinė.....	21
1.7. Strateginis planavimas.....	26
<u>2. FINANSINIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VALDYMAS</u>	<u>29</u>
2.1. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema.....	29
2.2. Sveikatos priežiūros finansavimas Lietuvoje.....	30
2.3. Galimi Lietuvos sveikatos sistemos plėtros finansavimo scenarijai.....	38
2.4. Žmonių išteklių analizė Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje.....	42
2.5. Sveikatos priežiūros įstaigų apskaita.....	46
2.6. Sveikatos priežiūros įstaigų tipai ir jų statusas.....	47
2.7. Tiesioginės ir netiesioginės išlaidos.....	51
2.8. Finansinė analizė.....	52
<u>3. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ SISTEMOS LIGŲ SERGAMUMO ANALIZĖ IR JO MAŽINIMO STRATEGIJA</u>	<u>53</u>
3.1. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos kaip globalinė problema.....	53
3.2. Lietuvos nacionalinė sveikatos politika širdies ir kraujagyslių ligų atžvilgiu.....	57
3.3. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos – prioritetinė sveikatos priežiūros sritis.....	60
<u>4. TYRIMO METODIKA</u>	<u>65</u>
4.1. Darbo metodai.....	65
4.1.1. Šiaulių apskrities ligoninės ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos	65
4.1.2. Šiaulių apskrities ligoninių ir PSPĮ finansavimas	66
4.2. Statistinė duomenų analizė.....	66
<u>5. TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ</u>	<u>68</u>
5.1. Kai kurie sveikatos priežiūros ir širdies ir kraujagyslių sistemos susirgimų rodikliai Šiaulių apskrityje.....	68

5.2. Stacionarinis sergamumas ir ligonių, sergančių ūmiomis širdies ligomis, srautai į Šiaulių apskrities ligonines 2004 – 2007 m.....	74
5.3. Intervencinė kardiologinė pagalba Šiaulių apskrities ligoninėje.....	78
5.4. Teritorinis lėšų pasiskirstymas Šiaulių apskrities ligoninėse teikiant stacionarines kardiologines paslaugas ligoniams, sirgusiems nestabilia krūtinės angina ir miokardo infarktu.....	81
5.4.1. Finansinė situacija Šiaulių apskrities ligoninėse.....	81
5.4.2 Lėšos, skirtos vienam stacionariniam nestabilios krūtinės anginos ir ūmaus miokardo infarkto atvejui Šiaulių apskrities stacionarinėse gydymo įstaigose.....	82
5.5. Ambulatorinė kardiologinė pagalba Šiaulių apskrityje ir jos finansavimas.....	84
6. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ SISTEMOS LIGŲ PAPLITIMO IR JŲ PASEKMIŲ MAŽINIMO STRATEGINĖS NUOSTATOS.....	89
6.1. Valstybinė širdies ir kraujagyslių sistemos ligų paplitimo ir jų pasekmių mažinimo strategija.....	89
6.2. Šiaulių apskrities ligoninės širdies ir kraujagyslių sistemos ligų paplitimo ir jų pasekmių mažinimo strateginės nuostatos.....	91
IŠVADOS.....	94
REKOMENDACIJOS.....	96
DISKUSIJA.....	97
LITERATŪRA.....	98
PRIEDAI.....	105

IVADAS

Tyrimo problematika ir aktualumas

Mažėjant darbingo amžiaus žmonių skaičiui, labai svarbu gerinti dirbančių žmonių sveikatą, sumažinti dėl ligų prarandamų darbo dienų skaičių, pailginti darbingą amžių, mažinti ankstyvų mirčių ir invalidumo atvejų skaičių. Senstančioje visuomenėje labai svarbi tampa sveikatos būklė, tiesiogiai veikianti darbo jėgos apimtį ir produktyvumą. Esami Lietuvos pagrindiniai sveikatos rodikliai gerėja, tačiau kai kurie iš jų dar atsilieka nuo ES vidurkio. Tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė Lietuvoje ilgėja ir priartėjo prie Vidurio ir Rytų Europos vidurkio, bet yra trumpesnė negu ES valstybių senbuvių (2004 m. tikėtina vidutinė gyvenimo trukmė Lietuvoje buvo 72,06 metų). Širdies ir kraujagyslių ligos Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, buvo ir tebėra pagrindinė mirties priežastis. 2004 m. širdies ir kraujagyslių ligoms teko 54,5 proc. visų mirties atvejų. Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų miršta beveik dvigubai daugiau gyventojų negu vidutiniškai ES šalyse senbuvsė. Ligos profilaktikai ir prevencijai, jų ankstyvajai diagnostikai skiriamas nepakankamas dėmesys, nepakankamai užtikrinamas šiuolaikiškas gydymas, sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra yra pasenusi, trūksta modernių medicinos technologijų. Šiuo metu įgyvendinama sveikatos priežiūros sistemos reforma siekia optimizuoti sveikatos priežiūros išteklius ir paslaugų infrastruktūrą. Tačiau sveikatos priežiūros sistema vis dar teikia per daug stacionarių paslaugų, neišnaudojamas ambulatorinės reabilitacijos potencialas, ambulatorinių paslaugų plėtra nėra tolygi ir pakankama. Išlaikyti sveiką darbo jėgą galima tik užtikrinus visiems šalies gyventojams kokybiškas ir vienodai prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, kurios neįmanomos be adekvačių investicijų į sveikatinimo veiklos tobulinimą ir sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūrą. (Nacionalinė bendroji strategija: Lietuvos 2007-2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategija konvergencijos tikslui įgyvendinti, 2006). Todėl numatoma iki 2013 m. pasiekti Lietuvos gyventojų tikėtinos vidutinės gyvenimo trukmės pailgėjimo iki 73 metų (Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2006 m. gruodžio 18 d. Nr. 1275).

2004 m. Lietuvai tapus ES nare atsirado galimybė pasinaudoti ES struktūrinių fondų parama. Sveikatos apsauga yra Sanglaudos skatinimo veiksmų programos dalis, kurios įgyvendinimui numatoma skirti 3,54 % struktūrinės paramos lėšų. Panaudojant šias lėšas bus vykdomas antrasis Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos etapas.

Ankstyva širdies ir kraujagyslių sistemos ligų *diagnostika* ir laiku parinktas Europos standartus atitinkantis šiuolaikinis medikamentinis, intervencinis bei chirurginis širdies ir kraujagyslių sistemos ligų *gydymas* sumažins sergamumą ir mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Tuo tikslu

būtinios investicijos į šiuolaikišką ir modernią infrastruktūrą - į ambulatorinę neinvazinę diagnostinę įrangą, echokardiografiją, daugiasluoksnę kompiuterinę tomografiją, magnetinio rezonanso ir radionuklidinės diagnostikos tyrimus. Geografiniu požiūriu šios investicijos bus sutelktos į keletą miestų: šiuo metu pagrindinės širdies ir kraujagyslių ligų intervencinės diagnostikos bei gydymo procedūros yra atliekamos penkiuose miestuose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje).

Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos, diagnostikos ir gydymo problema yra aktuali ir Šiaulių kraštui. Sėkmingas šios problemos sprendimas regiono mastu neįmanomas be darnaus greitosios medicinos pagalbos, šeimos gydytojų, gydytojų kardiologų, teikiančių konsultacinę ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą, darbo. Sėkmingai vykdyti prevenciją, laiku diagnozuoti širdies ir kraujagyslių ligas ir kvalifikuotai jas gydyti įmanoma esant tobulai atskirų asmens sveikatos priežiūros grandžių sąveikai, geriems tarpstruktūriniais ryšiams.

Racionalus ES struktūrinių fondų lėšų panaudojimas yra viena iš svarbiausių sąlygų, planuojant kardiologinės pagalbos problemų sprendimą Šiaulių regione respublikos ir ES kontekste.

Tyrimo objektas: kardiologinė pagalba Šiaulių apskrityje.

Tyrimo tikslas:

Ištirti šiuos pagrindinius kardiologinės pagalbos valdymo Šiaulių apskrityje aspektus: išanalizuoti ligonių, sergančių nestabilia krūtinės angina ir ūmiu miokardo infarktu, srautus Šiaulių apskrities gydymo įstaigose bei įvertinti Šiaulių teritorinės ligonių kasos lėšų, skirtų stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų apmokėjimui, panaudojimą, nustatyti lėšų poreikį 2010 m.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti stacionarinį sergamumą nestabilia krūtinės angina ir ūmiu miokardo infarktu bei ligonių srautus Šiaulių apskrities gydymo įstaigose 2004–2007 m., numatyti sergamumą 2010 m.;
2. Išanalizuoti apmokėjimą už stacionariųjų paslaugų teikimą sergantiems NKA ir ŪMI Šiaulių apskrityje 2004–2007 m.;
3. Įvertinti vienam nestabilios krūtinės anginos ir ūmaus miokardo infarkto atvejui tenkančių lėšų dalį Šiaulių apskrities stacionarinėse gydymo įstaigose per ketverius metus ir numatyti lėšas, kurių reikės stacionarinėms paslaugoms 2010 m.;
4. Išanalizuoti intervencinę kardiologinę pagalbą Šiaulių apskrities ligoninėje;
5. Ištirti ambulatorinės kardiologinės pagalbos apimtį bei jos finansavimą Šiaulių apskrityje 2004 – 2007 m.

Hipotezė:

Kardiologinės pagalbos situaciją Šiaulių apskrityje apibūdina šie pagrindiniai teiginiai:

1. Šiaulių apskrities ligoninėse stacionarinis sergamumas bei ligonių, sirgusių nestabilia krūtinės angina ir ŪMI, srautai turi tendenciją didėti;
2. intervencinės kardiologinės pagalbos apimtis Šiaulių apskrities ligoninėje turi tendenciją didėti;
3. visose Šiaulių apskrities ligoninėse lėšos, skirtos vienam NKA ir ŪMI atvejui gydyti, didėjo, tačiau neproporcingai atskiroms ligoninėms.

Kardiologinę pagalbą Šiaulių apskrityje galima tobulinti šiomis priemonėmis:

1. Šiaulių apskrities gydytojo tarnyba turi parengti apskrities sveikatos programą su prioritetine širdies ir kraujagyslių ligų sritimi, kurioje būtų numatyti veiksmai ir priemonės sergamumo ir mirtingumo mažėjimui, sudarančios sąlygas kardiologinės pagalbos struktūros ir organizavimo tobulinimui;
2. didesnę srautą kardiologinių ligonių stacionarizuoti Šiaulių apskrities ligoninėje, Šiaulių apskrities rajonų ligoninėse paliekant tik ambulatorinę ir skubią reanimacinę pagalbą;
3. Šiaulių apskrities kardiologinės pagalbos organizavimui, ambulatorinių ir stacionarinių kardiologinių paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui, širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos vystymui būtina įsteigti Šiaulių apskrities kardiologijos koordinacinį centrą.

1. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ STRATEGINIO VALDYMO TEORINIAI PAGRINDAI

1.1. Pagrindinių sąvokų analizė

1.1.1. Magistro darbe vartojamos santrumpos

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga
BPG – bendrosios praktikos gydytojas
BVP – bendrasis vidaus produktas
ES – Europos Sąjunga
GMP – greitoji medicinos pagalba
KA – krūtinės angina
LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
MI – miokardo infarktas
PSDF- privalomo sveikatos draudimo fondas
PSO – Pasaulinė Sveikatos Organizacija
PSPĮ – pirminė sveikatos priežiūros įstaiga
SA – sveikatos apsauga
SAM – sveikatos apsaugos ministerija
SASO – sveikatos apsaugos sistemos organizacija
SP – sveikatos priežiūra
SPEK – sveikatos priežiūros etikos komitetas
ŠKL – širdies ir kraujagyslių ligos
TLK – teritorinė ligonių kasa
ŪMI – ūmus miokardo infarktas
VLK – valstybinė ligonių kasa
VšĮ – viešoji įstaiga
WHO - World Health Organization

1.1.2. Pagrindinės strateginio valdymo sąvokos

Šios sąvokos pateikiamos remiantis šaltiniu:

Vasiliauskas, A. (2002). *Strateginis planavimas*. Vilnius: Enciklopedija.

Strategija – tai sprendimų visuma, įvardijanti svarbiausius ateities tikslus, veiksmus ir priemones tiems tikslams pasiekti; tai aplinkybių, siekių, galimybių ir veiksmų junginys, leidžiantis įgyvendinti organizacijos misiją; tai organizacijos pozicija aplinkos atžvilgiu.

Misija – yra pagrindinė organizacijos paskirtis, tikslas, pagrįstas planavimo prielaidomis, pateisinančiomis organizacijos egzistavimo esmę.

Išorinė aplinka – visuma už įmonės ribų veikiančių jėgų, darančių tiesioginę ir netiesioginę įtaką įmonės veiklai ir jos priimamiems sprendimams.

Strateginis valdymas – tai nuolatinis, dinaminis ir nuoseklus procesas, kuriuo remdamasi organizacija laiku prisitaiko prie išorinės aplinkos pokyčių ir efektyviai išnaudoja savo turimą potencialą.

Strateginis planavimas - vienas iš planavimo tipų, kurio tikslas apibrėžti strateginius organizacijos tikslus ir veiksmus bei priemones tiems tikslams įgyvendinti. *Strateginiai sprendimai* – sprendimai, susiję su organizacijos esminėmis problemomis, kurios iškyla organizacijai sąveikaujant su išorine aplinka.

Strateginiai tikslai – bendresnio pobūdžio organizacijos tikslai, susiję su rinkos plėtimu, kokybės gerinimu, kliento aptarnavimo gerinimu, žmonių pasitenkinimo darbu didinimu.

Taktika – visuomeninės veiklos, žaidimų, elgesio būdai, metodai, pasirenkami kaip tinkamiausi strateginiams tikslams pasiekti.

Misijos formuluotė – tekstas, trumpai nusakantis pagrindines organizacijos veiklos kryptis vidutinės trukmės perspektyvai ir trumpai reziumuojantis jas pagrindžiančius argumentus ir vertybes.

Žmonių išteklių auditas – strateginė analizė, leidžianti gauti pagrindinę informaciją apie organizacijos žmones ir politiką jų atžvilgiu bei detaliam iširti žmonių valdymo funkcijos indėlį ir vaidmenį į organizacijos strategijos kūrimą ir įgyvendinimą.

Organizacijos kultūra – visuma vertybių, įsitikinimų ir metodų, kuriais remiantis yra realizuojamos valdymo funkcijos ir aptarnaujami klientai.

1.1.3. Pagrindinės medicininės sąvokos

Šios sąvokos pateikiamos remiantis šaltiniu:

Pagrindinės epidemiologijos sąvokos (2001). Kaunas: mokomasis žodynas.

Bendrasis sergamumas (ligotumas) - per metus nustatytų visų ligos atvejų (naujų ir kartotinių) ir tų metų vidutinio gyventojų skaičiaus santykis.

Gyvensena – įpročių ir papročių visuma, veikiama, keičiama, skatinama socializacijos vyksmo per visą žmogaus gyvenimą. Gyvenseną sudaro mitybos, fizinio aktyvumo, svaigalų bei tabako vartojimo ir kiti įpročiai. Visi jie daro poveikį sveikatai.

Epidemiologija – mokslas apie sveikatos sutrikimų ir juos lemiančių veiksnių atsiradimą bei paplitimą tam tikroje populiacijoje ir profilaktikos priemonių taikymo galimybes bei veiksmingumą.

Mirtingumas - mirčių per tam tikrą laikotarpį ir vidutinio gyventojų skaičiaus santykis. Apskaičiuojamas 1000, 10000, 100000 gyventojų.

Naujų atvejų dažnumas (pirminis sergamumas) – naujų ligos atvejų skaičiaus ir visų rizikos populiacijos narių stebėjimo laikotarpių sumos santykis.

Numatoma gyvenimo trukmė – vidutinis metų skaičius, liekantis gyventi asmenimis nuo tam tikro amžiaus, esant dabarties mirtingumui.

Paplitimas – asmenų, sergančių tam tikra liga arba turinčių tam tikrą požymį, ir rizikos populiacijos narių skaičiaus tam tikru laikotarpiu santykis.

Populiacija – visi tam tikroje šalyje ar teritorijoje gyvenantys žmonės.

Profilaktika – priemonių, padedančių išsaugoti, stiprinti ar atkurti sveikatą bei išvengti ligų, visuma.

Rizikos veiksniai – veiksniai (tam tikri elgsenos ar gyvensenos įpročiai, paveldėtos savybės, aplinkos veiksniai), kurių ryšys su sveikatos sutrikimais yra pagrįstas moksliniais tyrimais.

1.2. Strategijos samprata

Strategija – tai organizacijos pozicija aplinkos atžvilgiu (Carpenter, M., 2006, p. 12).

Strategija – tai sprendimų visuma, įvardijanti svarbiausius ateities tikslus, veiksmus ir priemones tiems tikslams pasiekti (Vasiliauskas A., 2002, p. 29).

Strategijos esmė – fundamentalių pasikeitimų valdymas, daugiau orientuotas ne į organizacijos viduje vykstančius procesus, bet į kitimus, lemiančius patį organizacijos egzistavimą.

Strategija – tai planas, tam tikras sąmoningų veiksmų, kaip elgtis įvairiose situacijose vadovas. Čia yra svarbūs 2 elementai: tai, kad strategijos – tai planai, rengiami prieš veiksmų pradžią ir tai, kad jie rengiami tikslingai ir sąmoningai.

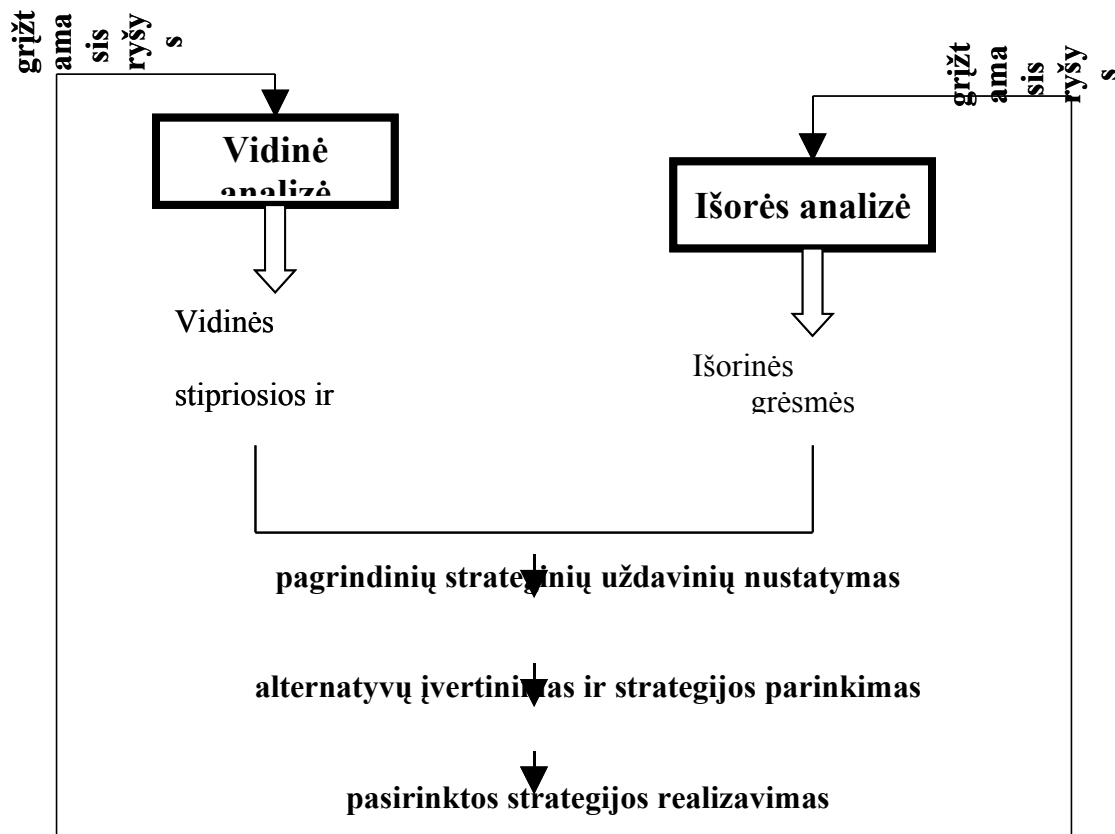
Strategija – apsisprendimas, kur realizuoti savo prekes, rinkų pasirinkimas. Visi veiksmai, kuriuos numatoma atlikti, suplanuojami iš anksto ir numatomi būdai, kaip tai įvykdyti. Strategijos teorija kilo mokslininkams ir ją taikė tikimybių teorijoje. Žaidimo teorijos strategija – tai užbaigtas planas, rodantis kokius pasirinkimus nuolat turės organizacija.

Strateginiai sprendimai – tai sprendimai, susieti su organizacijos esminėmis problemomis, kurios iškyla organizacijai sąveikaujant su išorine aplinka ir veiksmais, kurie savo išskirtinumu teikia konkurencinių pranašumų prieš kitas organizacijas. Strateginė analizė, apimanti retrospektyvinio periodo organizacijos išorinės aplinkos ir išteklių analizę ir prognozavimą perspektyviniam periodui (Vasiliauskas A., 2002, p. 22).

Strategija – tai koncentruota elgsena tam tikroje aplinkoje (strategija orientuota į išorinę aplinką) (Carpenter M. A., 2006, p. 15).

Strateginis valdymas visada susijęs su perspektyva, t. y. strategija keliama ateičiai, nors ji naudojama ir dabartiniu momentu (Smilga E., 2005, p. 3). Galimybėmis reikia mokėti pasinaudoti. Nepaisant vidinių išteklių kuo geresnio panaudojimo (žmonės, kapitalas, technologija, žaliavos ir t.t.) firmos, veikiančios konkurencijos sąlygomis, tiek išlikimas, tiek ir suklestėjimas slypi tame, kiek efektyviai vadovybė susigaudys tuose išorinės aplinkos pokyčiuose, kurie nulemia naujas konkurencinės kovos sąlygas, būdus ir metodus.

Bendra, tipinė strateginio proceso schema pavaizduota 1 pav. (Smilga E., 2005, p. 4). Iš jos matyti, kad firmos (organizacijos) vadovybė turi išanalizuoti vidinę ir išorinę aplinką, ir, matydama besiklostančią vystimosi tendencijų situaciją, suformuoti pagrindinius strateginius tikslus ir uždavinius. Po to turėtų numatyti galimus kelius išskeltiems tikslams (uždaviniams) pasiekti. Yra geriau, kai tokių kelių (alternatyvų) galima numatyti daugiau.



1 pav. Strateginio proceso schema

Šaltinis: Smilga, E. (2005). Strateginis valdymas, p. 5.

Pagrindiniai elementai, kuriuos būtina įvertinti, kuriant strategiją (Smilga E., 2005):

- 1) aplinka su jos teigiamais ir neigiamais aspektais;
- 2) pagrindiniai veiklos tikslai, kurių aukščiausias lygis yra misijos formuluotė;
- 3) situacijos analizė;
- 4) turimų resursų panaudojimo galimybės.

1.3. Išorinės aplinkos strateginė analizė

Strategijos uždavinys – įmonei prisitaikyti prie išorinės aplinkos, įvertinti galimybes ir pavojus verslui. Įmonė dirba išorinei aplinkai (Vasiliauskas A, 2002, p. 60).

Pagrindinis strategijos kūrimo žingsnis – išorinės aplinkos analizė.

Pagrindinis išorinės aplinkos elementas – vartotojas.

Įmonės pagrindinis tikslas – surasti tai, ko reikia vartotojui. Jei įmonė suranda, ko rinkai reikia – gali numatyti strategiją. Dažniausiai išorinė aplinka suskaidoma į tam tikrus elementus, kuriuos reikia analizuoti.

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

Išorinė aplinka skirstoma į:

- 1) makro-aplinką (bendroji) (tolimoji),
- 2) mikro-aplinką (specifinė) (artimoji).

Makroaplinka – visuma jėgų, kurios tam tikroje teritorijoje veikia įmonės priimamus sprendimus ir kurioms ji tiesiogiai negali daryti įtakos. Išskiriami jos elementai:

- 1) ekonominis;
- 2) soc.- kultūrinis;
- 3) politinis ir teisinis;
- 4) mokslinis- technologinis;
- 5) gamtinis, aplinkos.

Kai kurie mokslininkai dar skiria tarptautinę aplinką.

Mikroaplinka – visuma išorinių jėgų, kurioms, įmonė, siekdama savo tikslų, gali daryti įtaką.

Jai priskiriama:

- 1) pirkėjas (vartotojas)-pats reikalingiausias;
- 2) konkurentai;
- 3) pardavimo tarpininkai;
- 4) pardavimo pagalbininkai;
- 5) tiekėjai;
- 6) įvairios finansinės institucijos (bankai, draudimas).

Kai kurie autoriai (Dixon, R., 2005) pabrėžia, kad organizacijos, nepakankamai vykdančios išorinės aplinkos analizę, susiduria su tarpininkų spaudimu. Pavyzdžiui, chemijos įmonės kenčia nuo valstybės aplinkos apsaugos organizacijų kontrolės ir neretai susiduria su sunkumais, kai patenka į aplinkai neigiamą įtaką keliančių įmonių sąrašą. Todėl kuriasi teisiškai pasirengusios bendrovės, padedančios įmonėms efektyviau tirti išorinės aplinkos reikalavimus.

1.4. Vidinės aplinkos analizė

Stoškus S. ir kt. (2005) pabrėžia, kad planavimo laikotarpio trukmę bandoma identifikuoti. Ypatingai bandoma nustatyti *stipriąsias ir silpnąsias* kompanijos sritis išteklių kiekio ir kokybės atžvilgiu, lyginant su konkurentais ir potencialiais rinkos poreikiais. Analizė nėra paprasta – ar organizacija iš tikrųjų gerai pažįsta savo stipriąsias, tuo labiau, silpnąsias puses. Per plano laikotarpį išteklių kiekis ir kokybė keičiasi, vienus išteklius galima efektyviai pakeisti kitais. Versle, turint laiko, už pinigus galima nupirkti beveik viską. Kraštutiniais atvejais galima parduoti organizacijos padalinius ir įgyti išteklių, kurių pagalba bus plečiamos ir vystomos likusios dalys.

Žmonių elgesys organizacijoje motyvuojamas savęs realizavimo, kūrybinio potencialo atskleidimo bei tolesnio ugdymo poreikių patenkinimo galimybėmis. Personalo ugdymas tampa viena prioritetinių krypčių. Tai vienas iš strateginių organizacijos uždavinių, siekiant sukurti sistemą, kuri ugdytų dirbančiųjų sugebėjimus. Darbuotojai turi būti ugdomi kasdieninio gyvenimo rėmuose, didinant jų kompetenciją, sugebėjimą prisitaikyti prie pokyčių, suteikiant žinių, lavinant įgūdžius, patirtį, numatant ir taisant galimas klaidas. Be tokio operatyvinio ugdymo joks centralizuotas, kvalifikuotas tobulinimas nebus pakankamai veiksmingas (Vasiliauskas A., 2002).

Kai kurie autoriai (Belkic K., 2004) ypatingai pabrėžia psichologinės ir socialinės darbo aplinkos reikšmę įmonės produktyvumui ir dirbančiųjų sveikatai. Psichologinė darbo įtampa, atskiri jos komponentai, ypač maža galimybė pačiam kontroliuoti savo darbą, darbo autonomija, mažina dirbančiųjų pasitenkinimą darbu, neigiamai veikia savijautą ir produktyvumą. Au K. (2004) pastebi ir kultūrinius darbo autonomijos skirtumus tarptautinės firmose, kurie įtakoja kai kurias socialines ir organizacines pasekmes. Michie S., (2003) nurodo, kad psichologinės aplinkos optimizavimas įmonėse yra susijęs su mažesne nedarbingumo trukme.

Paskutiniaisiais dešimtmečiais ypatingas dėmesys skiriamas psichologinio teroro (bulingo) darbe moksliniams tyrinėjimams. Dauguma autorių (Kivimaki M., (2003), Salin D. (2001) nurodo, kad darbuotojų patiriamas psichologinis teroras darbe ypatingai kenkia jų sveikatai, yra susijęs su įvairiais sveikatos sutrikimais ir didele kadru kaita.

Žmonių išteklių auditas – strateginė analizė, leidžianti gauti pagrindinę informaciją apie organizacijos žmones ir politiką jų atžvilgiu bei detaliai ištirti žmonių valdymo funkcijos indėlį ir vaidmenį į organizacijos strategijos kūrimą ir įgyvendinimą (Vasiliauskas A., 2002, p. 132). Audito metu įvertinama personalo sudėtis, profesinė kvalifikacija ir tarpusavio santykiai. Įvertinama organizacijos bendroji kultūra, stilius ir metodai, kurie dominuoja organizacijos žmonių santykiuose. Atliekant žmonių išteklių auditą, keliami du pagrindiniai tikslai. Svarbu gauti pagrindinę informaciją

apie organizacijos žmones ir politiką jų atžvilgiu. Kita vertus, reikia detaliai ištirti žmonių išteklių strategijos indėlį ir vaidmenį kuriant ir įgyvendinant organizacijos strategiją.

Žmonių išteklių valdymas – visuma veiklų, užtikrinančių reikiamos darbo jėgos pritraukimą į organizaciją, jos tobulinimą ir išlaikymą; personalo valdymas - tai veiklų visuma, kuri pirmiausia leidžia darbuotojui ir organizacijai, naudojančiai jo įgūdžius, sudaryti sutartį dėl darbo santykių, įvertinant jų prigimtį ir tikslus, ir, antra, įsitikinti, kad ši sutartis būtų vykdoma (Carpenter M., 2006, p. 27). Personalo/žmonių išteklių valdymas- organizacijoje atliekama funkcija, padedanti efektyviausiai panaudoti žmones (darbuotojus), siekiant organizacijos ir jų asmeninių tikslų. Žmonių išteklių valdymas - valdymo funkcija, susijusi su organizacijos narių verbavimu, parinkimu, mokymu ir tobulinimu. Tai strateginio valdymo proceso dalis, susijusi su tokio žmonių santykių palaikymu ir darbuotojų fizinės gerovės užtikrinimu, kuris daro maksimalų įnašą efektyviam darbui. Personalo vadybos sąvoka apima visa tai, kas susiję su darbo organizavimo kultūra, formomis bei metodais, darbuotojų telkimu, jų profesiniu sąveikavimu, jų savaveiksmiškumo bei personalinės atsakomybės formavimu, jų pasitenkinimu savo veikla ir pan.

Pasak J. A. Stoner (2005), žmonių išteklių valdymo procesas susideda iš septynių pagrindinių veiklų: žmonių išteklių planavimas; verbavimas; atranka; socializacija; mokymas ir tobulinimas; veiklos vertinimas; pareigų paaukštinimas, perkėlimas, pareigų pažeminimas ir atleidimas (Stoner ir kt., 2005, p. 368).

Haile, V.H., (2005) tyrė žmonių išteklių departamento reikšmę įmonės produktyvumui ir nustatė, kad perdėtas darbuotojų kontroliavimas tik trumpą laikotarpį gali turėti įtakos didesniai produktyvumui, vėliau kyla įtampa, mažėja darbuotojų įsipareigojimo įmonei laipsnis, „krenta“ moralė. Tiriant priklausomybę tarp žmonių išteklių valdymo ir organizacijos gero pasirengimo (performance), jis paneigė aukštesnio lygio vadovų svarbą geram pasirengimui, nors būtent šie vadovai atsakingi už įvairių žmonių išteklių praktikų diegimą.

Tačiau J. Purcell (2007), atliko 12 „geriausių“ kompanijų analizę, tirdamas, kaip vadovo elgesys ir žmonių išteklių valdymo praktikos gali įtakoti tarnautojų atsidavimą darbdaviui ir darbui apskritai. Abu šie veiksniai turi didelės įtakos darbuotojų nuostatoms. Autorius daro išvadą, kad būtina tobulinti aukštesniojo lygio vadovų sugebėjimus valdyti žmones.

Tarptautinis žmonių išteklių valdymas tampa svarbia tarptautinės vadybos dalimi (De Cieri., 2007). Per paskutiniuosius tris dešimtmečius išsiplėtė šios krypties moksliniai tyrinėjimai ir praktiniai pritaikymai. Autorius pastebi, kad ženkliai išaugo tarptautinio žmonių išteklių valdymo teorinis pagrindas. Dvidešimt pirmame amžiuje, atsiradus tarptautiniams verslo tinklams su Rytų Europos

šalimis, tarptautinis žmonių išteklių valdymas įgauna naujas formas ir tampa vystimosi objektu (Scullion, H., 2007).

Taigi, žmonių išteklių valdymas yra organizacijos strateginio valdymo dalis. Žmonių ištekliai nėra atsieti nuo įmonės pelno, nes jaučiantys pasitenkinimą savo darbu ir psichologiškai sveiki žmonės dirba kūrybingiau, greičiau bei su atsidavimu, kurdami įmonei kokybišką produkciją. Darbuotojų patiriamas psichologinis teroras darbe sukelia psichologinės sveikatos sutrikimus, streso išgyvenimą, didina laikiną nedarbingumą, pravaikštų skaičių, įtakoja didesnę darbuotojų kaitą įmonėje. Todėl kiekvienas darbdavys turėtų rūpintis etinių normų bei moralės principų įgyvendinimu savo įmonėje, konfliktų sprendimu bei darnios darbinės atmosferos kūrimu.

1.5. Strateginis valdymas

Strateginis valdymas – tai nuolatinis, dinaminis ir nuoseklus procesas, kuriuo remdamasi organizacija laiku prisitaiko prie išorinės aplinkos pokyčių ir efektyviai išnaudoja savo turimą potencialą (Vasiliauskas A, 2002, p. 21).

Strateginio valdymo rezultatas yra pati sukurta strategija, kuri leidžia įmonei veikti efektyviai. Strateginis valdymas apima tikslų formulavimą, strategijos kūrimą, strategijos įgyvendinimą.

Strateginio valdymo bendrieji principai priklauso nuo organizacijos:

- 1) jos veiklos pobūdžio (produktus gaminančios ir paslaugas teikiančios organizacijos);
- 2) finansavimo šaltinių (komercinės ir nekomercinės organizacijos);
- 3) nuosavybės (valstybės ir privačios organizacijos);
- 4) organizacijos dydžio (mažos ir didelės organizacijos);
- 5) diversifikuotos ir nediversifikuotos (veikia vienoje verslo srityje ar nutolusios nuo jos).

Strateginio valdymo tikslas – rasti tinkamiausią būdą, kaip organizacijai siekti geriausių rezultatų ir didinti bendrą organizacijos vertę. Vertę išreiškia ne vien ekonominiai aspektai, ne viskas fokusuojama į pelną. Pelnas yra svarbiausias verslo įmonės tikslas, tačiau įmonė neretai turi ir kitų interesų bei tikslų, ir, diegiant strategijas, juos reikia įvertinti.

Strateginio valdymo tikslas – užtikrinti organizacijos pelningumo potencialą ateičiai.

Operatyvinio valdymo tikslas – paversti tą potencialą realiu pelnu.

Operaciniai sprendimai – tai sprendimai susiję su operatyvine, einamąja ir vidine organizacijos veikla. Strateginiai sprendimai baigiasi veiklos krypties nustatymu. Jie nėra detalizuojami, jie nusako, kaip turėtume veikti (Vasiliauskas A, 2002, p. 22).

Strategijos formavimas – tai integruotas verslininkystės ir strateginio mąstymo procesas (Smilga E., 2005, p. 7). Jame vadovų tyko du pavojai:

1) pasenusios strategijos parinkimas (jei pavėluotai diagnozuojamos pasikeitusios sąlygos ir dėl to vėluoja strateginis koregavimas);

2) kai strateginis mąstymas nukreiptas į “kompanijos vidų”. Silpnų verslininkiškų gabumų vadovai vengia rizikos ir priešinasi firmos strateginės krypties pakeitimui: jie paprastai tik paviršutiniškai analizuoja rinkos tendencijas ir retai išklauso savo klientus.

Susistemintą strategijos vystymo procesą firmoje galima pavaizduoti sekančiai:

		Koncentracija į tikslą	
		Stipri	Silpna
Koncentracija į procesą	Stipri	¹ papildoma logika	² apmokymo procesas
	Silpna	³ racionalus planavimas	⁴ spontaniška strategija

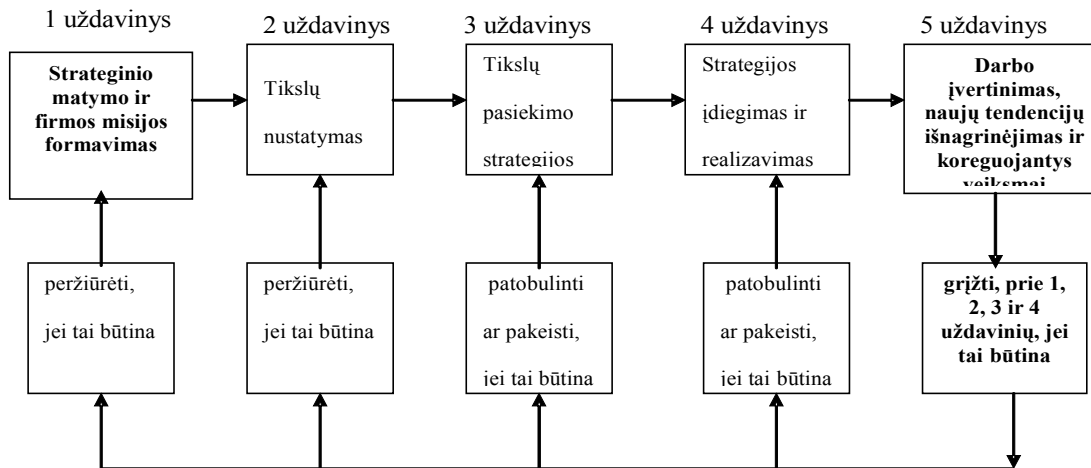
2 pav. Keturi principai, formuojant strategijos rengimo procesą firmoje

Šaltinis: Smilga, E. (2005). Strateginis valdymas, p. 7.

Jei firmoje vyrauja stipri koncentracija į tikslą, tai tada strateginis vystymas sutelktas į pageidaujamą bendrovės padėtį ateityje, o iš to seka veiksmai, būtini tam, kad pasiektumėme iškeltus uždavinius.

Jei vyrauja koncentracija į procesą, turim atvejį, kai žmonės, užimti bendra veikla, sąmoningai bendrauja vienas su kitu tam, kad teisingiau įsivaizduoti ateitį ir ją pasiekti, šiuo atveju rezultatas turi antraeilę reikšmę, o pagrindinę – kaip darbuotojai sąveikauja vienas su kitu.

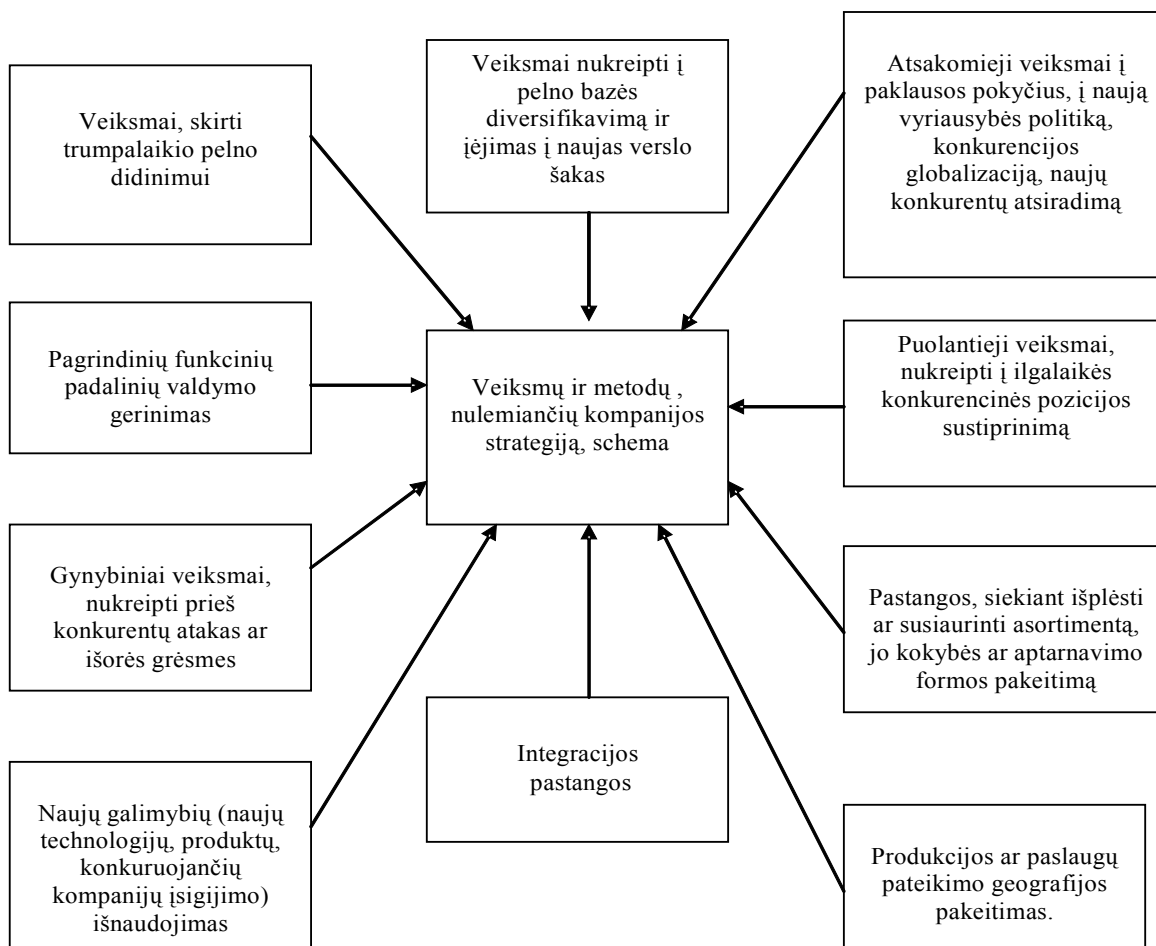
Strategijos formavimo ir realizavimo procesas apima 5 uždavinius (Smilga E., 2005, p. 8).



3 pav. Penki strateginio valdymo uždaviniai

Šaltinis: Smilga, E. (2005). Strateginis valdymas, p. 8.

Strategijos realizavimas – pati sudėtingiausia strateginio valdymo dalis. Jis susijęs su visomis valdymo pusėmis; veiksmai, būtini strategijos realizavimo metu, išplaukia iš kruopštaus įvertinimo to, ką kompanija turi daryti kitaip ir geriau. 4 pav. pavaizduota jėgos ir veiksmai, įtakoiantys kompanijos strategiją. Kai kurie autoriai (Hay M., 1997) ypatingą dėmesį skiria visų organizacijos grandžių darniam funkcionavimui. Pabrėžiama, kad organizacijos strategija nevienodai suvokiama vadovaujančios grandies ir tarnautojų. Todėl vadovai turėtų stengtis gerai supažindinti su organizacijos strategija darbuotojus, kad strategija būtų vienodai suvokiama dirbantiems tiek „viršuje“, tiek „apačioje“. Tai užtikrintų darnų organizacijos egzistavimą. Kiti autoriai tyrinėja klausimą, kaip firmose vadovaujama aukštesniojo lygio vadovams (Boxall P., 2007). Įvairios firmos naudoja skirtingus metodus kaip patraukti- apginti, vystyti- atnaujinti ir motyvuoti- atlyginti jų aukštesniojo lygio vadovų resursus. Tai priklauso nuo atskirų firmų patirties. Vienos firmos anksti iškelia elitinius vadovus, kitos vadovaujasi požiūriu, kad vadovavimo stiprinimas būtinas tam tikrais atvejais. Dažnai vadovų valdymo efektyvumas patiria tam tikras strategines įtampas ir yra problematiškas.



4pav. Jėgos ir veiksmi, įtakojantys kompanijos strategiją

Šaltinis: Smilga, E. (2005). Strateginis valdymas, p. 11.

1.6. Strateginio valdymo metodologija: nustatytinė ir plėtotinė

Nustatytinė metodologija strateginį valdymą traktuoja kaip tiesioginį nuoseklų ir racionalų procesą, tam tikro dabarties momento analizės pagrindu kuriant strategiją ir ją įgyvendinant (Vasiliauskas A, 2002).

Šioje strategijoje galutiniai tikslai suformuluoti iš anksto ir strateginiai sprendimai kompleksiskai parengiami prieš strategijos įgyvendinimą. Nustatytinis strateginio valdymo procesas remiasi tam tikra strateginio planavimo sistema, kaip formalizuota nuostatų ir metodų visuma, kuri leidžia nuosekliai ir racionaliai analizuoti organizacijos išorinę aplinką ir išteklius, apibrėžti strategijos tikslinę orientaciją, kurti strateginių sprendimų alternatyvas ir parinkti galutinius strateginius sprendimus, kurie vėliau įgyvendinami. Ši metodologija senesnė.

Nustatytinės metodologijos modelyje strateginė analizė, strategijos kūrimas ir strategijos įgyvendinimas nuosekliai eina vienas po kito. Grįžtamasis ryšys liečia tik pačios strategijos kūrimą.

Galutiniame cikle strategijos įgyvendinimas pradedamas realizuoti tik galutinai sukūrus strategiją. Strateginio proceso nepertraukiamumas užtikrinamas, kai, baigiant įgyvendinti parengtą strategiją, rengiama nauja strategija. Naujos strategijos kūrimą gali paankstinti buvusios strategijos realizavimo nesėkmės arba esminiai jos neatitikimai išorinės aplinkos pokyčiams (Vasiliauskas A, 2002, p. 36).

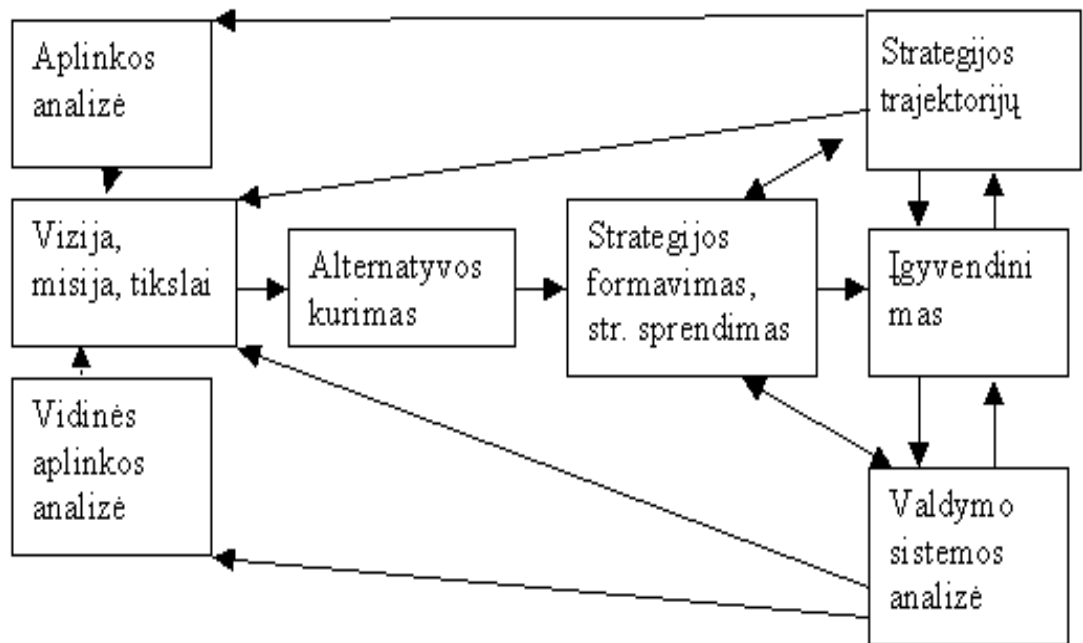
Pranašumai:

1. nustatytinė strategija kompleksiskai apima visą organizaciją ir jos svarbiausias problemas;
2. nustatytinė metodologija logiška ir nuosekli, formali strateginio planavimo sistema tiksliai atspindi strateginių procesų seką;
3. organizacija gali kompleksiskai kontroliuoti strategijos įgyvendinimą ir jos atitikimą kintančiai aplinkos situacijai;
4. sukauptas didelis patyrimas nustatytinių strategijų rengimo ir įgyvendinimo srityje stambiose kompanijose.

Trūkumai:

1. nustatytinė metodologija remiasi prielaida, kad ateitį galima prognozuoti gana tiksliai, tačiau tai ne visada praktiškai pasitvirtina;
2. suplanuota sunku pakeisti, todėl reikia dažnai keisti strategijas;
3. dėl didelio išorinės aplinkos dinamiškumo dažnai sunku arba apskritai neįmanoma iš anksto tobulai apibrėžti strategijos tikslinę orientaciją ir pasirinkti geriausius optimalius strategijos sprendimus. Yra daroma labai daug klaidų.

Kartais tikslinga atsisakyti ilgalaikių strateginių pranašumų ir gauti didesnę naudą panaudojus trumpalaikes galimybes. Kai kurie strateginio valdymo specialistai nelinkę į ilgalaikes galimybes. (Vasiliauskas A, 2002, p. 38-39).



5 pav. Nustatytinis valdymo modelis

Šaltinis: Vasiliauskas A. (2002). Strateginis valdymas, p. 47.

Plėtotinė strategija – tai strategija, kurios galutinė tikslinė orientacija nėra iš anksto aiški ir kurios daliniai strateginiai sprendimai rengiami per visą vidutinės trukmės periodą (Vasiliauskas A, 2002, p. 40).

Strategija – tai idėja, kuri neturi aiškaus plano. Strategijos kūrimo ir įgyvendinimo stadijos yra glaudžiai tarpusavyje susijusios ir susipynusios. Sąlygiškai atskira tik strateginės analizės stadija. Naujų sprendimų rengimas priklauso nuo ankstesnių sprendimų įgyvendinimo rezultatų ir išorinėje aplinkoje susiklosčiusios situacijos.

Pranašumai:

1. Nėeikvojama daug jėgų sudaryti strateginį planą.
2. Nebūtinai detalumas– tiksliai nėra apiforminami konkretūs dokumentai.
3. Strategijos kuriamos trumpesniai laikotarpiui.

Plėtotinė metodologija taip pat sukuria tam tikras teorijas (Vasiliauskas A, 2002, p. 42-43).

Pagrindinės yra šios:

1. *Išlikimu pagrįstos strateginės teorijos.* Remiasi prielaida, kad pagrindinis organizacijos tikslas yra jos pačios išlikimas greitai kintančioje ir dinamiškoje aplinkoje. Išlikimą užtikrina nenutrūkstama kova su aplinka ir išlieka tos organizacijos, kurios geriausiai prisitaiko prie išorinės aplinkos pokyčių. Pagrindinė kova vyksta su konkurentais. Kiekvienas konkurentas stengiasi užimti stipresnes pozicijas rinkoje. Nesugebančios greitai keistis organizacijos pačios pasmerkia save išnykti

konkurencinės kovos sąlygomis. Išlikimu pagrįstame procese veikia du mechanizmai: 1) prisitaikymas prie aplinkos; 2) atranka tarp pasirengusių išlikti.

Išlikimu pagrįstame procese strateginės analizės pagrindinė užduotis yra ieškoti išlikimo perspektyvų, prognozuoti išorinės aplinkos pokyčius. Tai yra gana sudėtinga, todėl tas strategijos kūrimo ir įgyvendinimo procese atsiradusias galimybes bandoma realizuoti. Ieškoma kiek galima daugiau išlikimo alternatyvų. Alternatyvų pasirinkimą lemia ne išankstiniai racionalūs kriterijai, o padiktuoja konkrečiai susiklosčiusi išorinės aplinkos situacija. Nenumatytiems atvejams rekomenduojama sudaryti atitinkamas išteklių ir pajėgumo atsargas.

2. Neapibrėžtumu pagrįstos strateginės teorijos. Remiasi prielaida, kad organizacijos aplinka turi didelį neapibrėžtumo laipsnį, todėl prognozuoti pokyčius neįmanoma. Ilgalaikė strategija yra prieštaravimų visuma ir vieninteliai galimi tikslai yra trumpalaikiai, turintys akivaizdų inovacinį pobūdį. Sėkmę organizacija gali patirti tik tuo atveju, jeigu ji savo išlikimo galimybes susies su inovatoriškumu ir nuolat pati keisis. Kadangi išorinė aplinka neaiški, tai pradinis sprendimas sukelia grįžtamąjį ryšį, t.y. į analizės pradžią.

Ši strategija remiasi matematiniais modeliais: chaoso teorija.

Procesas teikia pirmenybę trumpalaikio pobūdžio veiksniams, kadangi išorinė aplinka laikoma iš esmės neprognozuojama. Todėl pats prognozavimo procesas vadinasi laiko švaistymu. Strateginių alternatyvų kūrimas didelės svarbos neturi, nes neįmanoma prognozuoti, kiek naujovių įgyvendinimas bus sėkmingas tolesnėje ateityje, todėl strateginis procesas plėtojamas judant nedideliais žingsniais pirmyn, iš jų mokantis prisitaikyti prie besikeičiančios aplinkos.

3. Derybomis pagrįstos strateginės teorijos

Remiasi prielaida, kad kuriant ir įgyvendinant strategiją, svarbų vaidmenį vaidina koalicijos ir grupės, kurių interesai sutampa su organizacijos interesais arba joms prieštarauja. Sėkmingomis derybomis pasiekiamas kompromisas. Derybos laikomos ne jau sukurtos strategijos papildymu, o tiesiogine paties strategijos kūrimo proceso dalimi. Į derybų procesą įtraukiamos įvairios įtakos grupės (įmonės savininkai, vadovai, darbuotojai), kurių interesams gali pasitarnauti arba grėsti rengiami strateginiai sprendimai, sukeldami atitinkamą reakciją.

Svarbūs ir išoriniai dalyviai: klientų arba tiekėjų grupės gali turėti didelę derėjimosi galią ir daryti įtaką strateginiams sprendimams. Ši strateginė teorija pripažįsta žmogaus veiksnio svarbą strateginiams procesams. Strategija traktuojama kaip galimybių menas, kai strateginius sprendimus stipriai veikia socialiniai ir politiniai veiksniai. Derybų pagrindu atsiranda sutartys su tiekėjais ir klientais, kurios gali nulemti sėkmingą strategijos įgyvendinimą arba net organizacijos išlikimą. Komercinius sprendimus, kuriuose svarbų vaidmenį turi derybų procesas, matematiškai padeda

modeliuoti lošimo teorija., kuri bando prognozuoti dalyvio reakciją įvairiose derybų stadijose. Derybomis pagrįstas procesas pats savaime nepateikia viso maršruto, pagal kurį kuriama ir įgyvendinama organizacijos strategija. Derybos gali ir turi vykti strateginiame procese.

4. Pažinimu pagrįstos strateginės teorijos

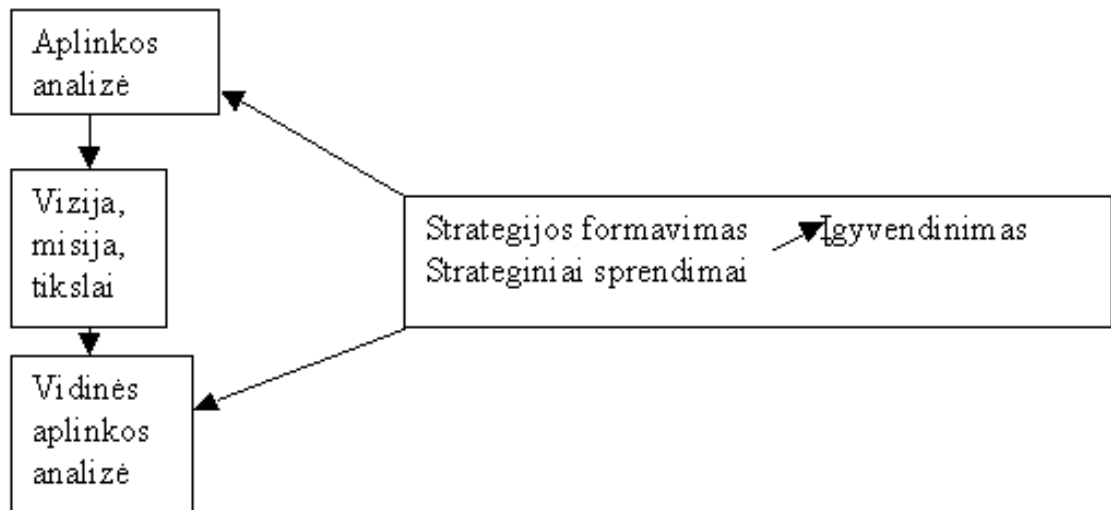
Remiasi prielaida, kad žmogaus išsipareigojimą strategijai galima ugdyti suliejant strategijos kūrimą ir įgyvendinimą į vientisą pažinimo procesą, kurio tiesioginiai dalyviai yra organizacijoje dirbantys žmonės. Pažinimas nereiškia, kad apsiribojama vien žmogaus atminties ugdymu ir jų žinių багаžo plėtojimu, sugebėjimu susidoroti su išorinėje aplinkoje vykstančiais strateginiais pokyčiais. Daugelis organizacijų, kurdamos strategiją, remiasi prielaidų visuma, kaip protiniu modeliu apie organizaciją ir jos aplinką, tačiau šie protiniai modeliai turi būti aiškiai apibrėžti ir paskleisti visoje organizacijoje. Strategijos kuriamos diskusijų pagrindu, analizuojamos įvairios alternatyvos, tačiau strategijos kūrimo procesas ir įgyvendinimas vyksta vienu metu (Vasiliauskas A., 2002, p. 41-43 p).

Plėtotinės metodologijos pranašumai:

- 1) lankstesnė palyginus su nustatyta. Ši metodologija nėra pernelyg gremėzdiška ir biurokратиška, kad trukdytų operatyviai reaguoti į išorinės aplinkos pokyčius. Kadangi kūrimo ir įgyvendinimo stadijos neatsietos, jos lanksčiai užtikrina visų priimtų strateginių sprendimų patikimumą ir jų įgyvendinimą;
- 2) kuriant ir įgyvendinant leidžia nuodugniau įvertinti su žmonėmis susijusius aspektus, tai užtikrina tikslesnį skirtingų interesų subalansavimą strateginių sprendimų atžvilgiu. Nereikalauja iš anksto prognozuoti organizacijos strateginės situacijos perspektyvoje, strateginius sprendimus galima priimti tuomet, kai jau plačiau išnagrinėjama susiklosčiusi strateginių sprendimų situacija.
- 3) greičiau gaunami strateginiai sprendimų įgyvendinimo rezultatai (Vasiliauskas A., 2002, p. 44-45).

Trūkumai:

- 1) nėra sukauptas platesnis metodologinių praktinių panaudojimų patyrimas. Palyginus su nustatyta, ji nėra pakankamai logiška, nuosekli ir tobula, todėl išskyla nemaža organizacinių sunkumų rengiant ir įgyvendinant šią strategiją. Kai kuriose veiklos šakose yra būtini iš anksto aprobuoti ilgalaikiai strateginiai procesai, nes be jų organizacija negalėtų iš viso efektyviai funkcionuoti.
 - 2) Nustatytoje metodologijoje lengviau taikyti kontrolės procesą.
- Geriausias rezultatas, kai taikomos abi metodologijos kartu (Vasiliauskas A., 2005, p. 44-45).



6 pav. Plėtotinė metodologija

Šaltinis: Šaltinis: Vasiliauskas A. (2002). Strateginis valdymas, p. 47.

Apibendrinantis tyrimas parodė, kad strateginio valdymo koncepcija kito (Furrer O., 2007). Atlikus 26 metų strateginio valdymo tyrimų analizę, pastebėta, kad daugiau dėmesio sulaukė resursais paremta korporacijos lygio strategijos teorija ir sumažėjo susidomėjimas aukščiausio lygio vadovų vaidmens analizei. Išryškintas resursais paremtas požiūris sukūrė naują erą, kai pradėta teigti, kad darnaus rungtyniavimo privalumų pagrindiniu šaltiniu yra vertingų resursų vystymas ir panaudojimas (Herrmann, P., 2005).

1.7. Strateginis planavimas

Planavimas – valdymo ciklo funkcija. Ją įgyvendinant apibrėžiami organizacijos tikslai ir nustatomi veiksmai bei priemonės tiems tikslams įgyvendinti (Vasiliauskas A., 2005).

Valdymo funkcija orientuota į pastovios ir nepertraukiamos veiklos planavimą.

Strateginio planavimo funkcija yra kitokia. Strateginis planavimas yra orientuotas į strateginių tikslų įgyvendinimą. Strateginiame planavime objektas turi pradžią ir pabaigą.

Strateginio planavimo paskirtis – įgyvendinti strategines priemones. Reikalinga organizavimo funkcija.

Organizavimo funkcijos paskirtis – valdytojų parinkimas, funkcijų delegavimas, grupių formavimas.

Pastoviai veiklai susiformuoja nusistovėjusi organizacinė struktūra. Yra įdiegta socialinė struktūra.

Strateginis planavimas vyksta korporacijos lygmenyje ir biznio lygmenyje (e Business help center).

Dažnai formuojamos laikinos grupės, kurių veikla baigiasi, kai įgyvendinama tam tikra strategija. Tikslų realizavimui būtina turėti tam tikrą struktūrą. Pati struktūra nustato savo strateginius tikslus. Esama struktūra formuoja tokius tikslus, kuriuos ji gali įgyvendinti. Pati organizacinė struktūra atlieka tam tikrus procesus.

Vadovavimo funkcijos reikšmė yra žymiai platesnė, negu operatyviniame įmonės valdyme, nes orientuota į srovės veiksmų valdymą (Vasiliauskas A., 2005).

Vadovavimo funkcija apima:

- 1) veiklos koordinavimą, siekiant konkrečių tikslų;
- 2) įtakos darymą atskiriems vykdytojams, t. y. motyvavimas.

Kai kurie autoriai (Klarsfeld A., 2004) pabrėžia kai kuriuos kultūrinius vadovavimo skirtumus, taip vadinamus *Germanic, Anglo-Dutch* and *Latin* vadovavimo skirtumus, į kuriuos turėtų būti atsižvelgiama, formuojant įmonės darbinį potencialą.

Strateginis planavimas orientuotas į potencialo kūrinio ir pastovios veiklos strategijos darbą, strateginių tikslų realizavimą.

Strateginis planavimas – intelektinis procesas, kurį sudaro tam tikra žingsnių seka (Vasiliauskas A., 2005).

Strateginio planavimo pagrindiniai žingsniai korporacijos lygyje:

1. *Planavimo proceso iniciavimas*. Procesas nevyksta savaime, jį inicijuoja aukščiausio lygio vadovai, pavesdami pavaldinius parengti planus, kurie detalizuoja aukštesnio lygio planą. Planuojamą procesą gali pradėti funkciniai darbuotojai, kai jie diagnozuoja galimybes arba grėsmes, tiesiogiai susijusias su jų funkcijomis.

2. *Planavimo prielaidų apibrėžimas*. Planavimo prielaidos siejasi su ateities situacijos, kurioje bus įgyvendinamas planas, įvertinimu. Šios prielaidos gali būti siejamos tiek su vidine, tiek su išorine aplinka.

3. *Tikslų formulavimas*. Tikslai apibūdina, kas turi būti pasiekta ir nurodo kryptį tolimesnių veiksmų parinkimui. Tikslai nėra labai konkrečiai apibrėžti. Tikslai gali būti:

- įmonės vizija – norimas organizacijos būvis ateityje;
- organizacijos misija – įmonės veiklos kryptis, paskirtis, t. y. kokioje srityje specializuojasi įmonė, kokius vartotojų poreikius organizacija tenkina. Kai kurie autoriai (Hay M., 1997) pabrėžia, kad organizacijos misijos išryškinimui kreipiamas nepakankamas dėmesys. Dvejų metų tyrimas parodė, kad tinkamai suformulavus

organizacijos misiją, kuri apima tikslus, strategiją, elgesio standartus ir vertybes, dirbantieji geriau ją suvokia ir labiau emociškai įsipareigoja savo įstaigai. Šis įsipareigojimas buvo giliausias tada, kai sutapdavo tarnautojų ir kompanijos vertybės.

- žemiausio lygio tikslai: gamybos tikslai, finansavimo tikslai ir t. t.

4. *Alternatyvų nustatymas*. Nustatomi alternatyvūs tikslai ir būdai, kuriais bus siekiama pasirinktų tikslų.

5. *Alternatyvų įvertinimas*. Kiekviena alternatyva yra analizuojama turint tikslą – įvertinti stiprybes ir silpnybes, atsižvelgiant į suformuotus tikslus (pelningumo kriterijai ir pan.).

6. *Geriausios alternatyvos parinkimas*. Nusprendžiame dėl geriausios alternatyvos, garantuojančios apibrėžtų tikslų įgyvendinimą. Sprendimo kokybė priklauso nuo to, kaip kruopščiai buvo atlikti ankstesni žingsniai.

7. *Atraminų planų kūrimas*. Šie planai detalizuoja, sukonkretina bendrą organizacijos planą. Bendrasis ir atraminiai planai yra papildomi biudžeto planais, kurių pagrindu paskirstomi finansai, ištekliai, sudarantys bazę kitiems planams įgyvendinti.

8. *Investicijų pritraukimas* – vietinių investicijų ir užsienio kapitalo pritraukimas - nemažiau svarbus veiksnys. Paskutiniųjų metų tarptautiniai moksliniai tyrimai parodė, kad užsienio investicijoms dažniausiai pasirenkamos tos šalys, kurios pasižymi žemu netikrumo vengimo laipsniu ir dideliu pasitikėjimu (Bhardwaj A., 2007).

Planavimas – tam tikras formalus procesas. Planavimo žingsniai aprašyti procedūromis ir taisyklėmis (e Business help center).

Strateginis planavimas realizavimo srityje apima planavimą, marketingą, ir funkcines strategijas. Ieškoma būdų, kaip kuo plačiau realizuoti savo produkciją, ieškoma įvairių „priėjimo“ prie vartotojų būdų. Kuriamos įvairios „nuolaidų“ sistemos, organizuojamas produkcijos pardavimas internetu. Kai kurie autoriai (Dussart C., 2001) pabrėžia, kad naujų produkcijos realizavimo būdų ieškojimas yra labai svarbus, tačiau kartais sunku įvertinti naujų būdų tikrąją vertę. Kai vartotojas sužino apie prekę internete, jam dažnai neatskleidžiama tikroji prekės kokybė, labiau patrauklūs internetiniai puslapiai tampa populiariesni, nors tikroji prekių vertė juose gali neatsispindėti.

2. FINANSINIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ VALDYMAS

Finansinis valdymas galėtų būti apibrėžtas kaip veikla, iš kurios įstaiga gauna būtinus finansinius išteklius optimaliu būdu, bei optimalus gautų lėšų panaudojimas (Vasiliauskas A., 2002). Finansinis valdymas gali būti vertinamas kaip sprendimų procesas, kuriam, kaip ir kitų sprendimų atveju, būtina informacija bei faktai, tam tikra vadovavimo technika ir įrankiai. Finansinio valdymo technika ir įrankiai (finansinė analizė) padaro valdymą veiksmingu, o apskaitos sistema (tiek finansinė (išorinė), tiek išlaidų (vidinė) apskaita) ir apskaitininkai pateikia duomenis, kad būtų priimami tikslūs sprendimai.

2.1. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema

Kaip pažymėta Europos Komisijos 2007 m. ataskaitoje apie padėtį Lietuvoje ir pagrindines tendencijas, Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) įstaigos teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas trimis lygiais (savivaldybės, apskrities ir valstybės). Paslaugų teikimas yra decentralizuotas ir daugiausiai valstybinis. Visiškai arba iš dalies nemokama priežiūra teikiama privalomai apsidraudusiems gyventojams pagal privalomąją sveikatos draudimo sistemą, kuriai priklauso visi įmokas mokantys gyventojai ir tam tikros grupės (vaikai). Iš viso sistemai priklauso 99 % gyventojų. Pirminę sveikatos priežiūrą teikia įvairus medicinos personalas sveikatos centruose, bendrosios praktikos gydytojų kabinetuose, bendruomenės punktuose, ambulatorijose ir poliklinikose. Bendrosios praktikos gydytojai sprendžia dėl specialistų konsultacijos arba stacionarizavimo, tačiau daug konsultacijų vyksta be siuntimo, jos yra mokamos. Specializuota ambulatorinė pagalba teikiama poliklinikose ir ligoninių ambulatoriniuose skyriuose. Stacionarinė priežiūra vykdoma bendrosiose ir specializuotose ligoninėse. Privačių specializuotos ambulatorinės priežiūros paslaugų, kurias daugiausiai teikia valstybinių ligoninių specialistai, skaičius auga. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai dirba pagal sutartį su įstatymų numatytais sveikatos draudimo fondais. LNSS finansuojama iš privalomųjų draudimo įmokų, iš valstybės biudžeto ir savivaldybių lėšų bei tiesioginių pacientų atsiskaitymų grynaisiais su paslaugų teikėjais. Įstatymų numatyti sveikatos draudimo fondai tvarkomi per valstybinę ligonių kasą (VLK) ir jos regioninius padalinius- teritorines ligonių kasas (TLK). TLK sudaro sutartis su priežiūros institucijomis dėl paslaugų teikimo ir kompensuoja apdraustųjų išlaidas (medicininės ir papildomos išlaidos). Lėšos TLK skiriamos atsižvelgiant į apskrities gyventojų skaičių ir naudojamą paslaugomis. Bendro finansavimo principas taikomas įvairioms paslaugoms (apsilankymams, gydymui ligoninėje, vaistams, dantų priežiūros paslaugoms). Įprasti

neoficialūs atsiskaitymai. Valdžios institucijos siekia, kad sveikatos priežiūros paslaugomis galima būtų naudotis lengviau, ypač kaimo vietovėse.

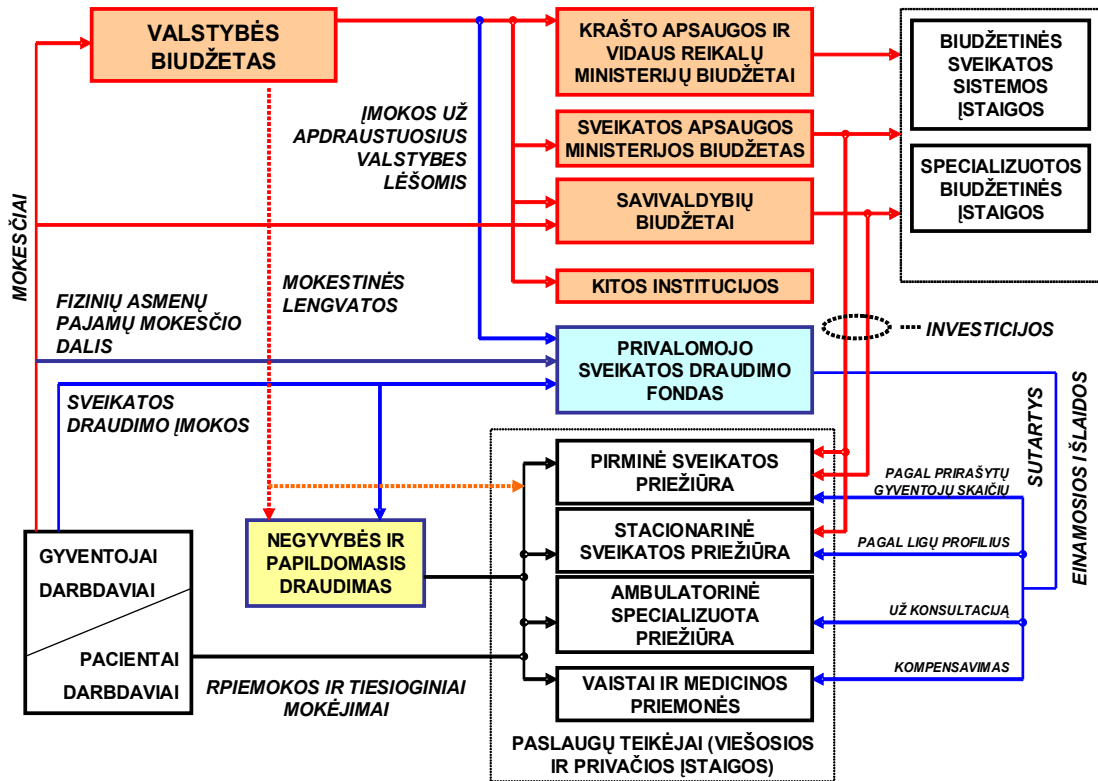
Galimybė naudotis paslaugomis. Skubioji pagalba pagal įstatymus yra nemokama visiems gyventojams. Nors paslaugų ir gyventojų, kuriems jos teikiamos, skaičius yra didelis, skiriasi regionų sveikatos priežiūros paslaugų lygis: sveikatos priežiūros infrastruktūra yra sutelkta pagrindiniuose miestuose, kaime trūksta tam tikros srities specialistų, skiriasi ligoninių pajėgumai. Valdžios institucijos pripažįsta, kad stipresnė pirminė sveikatos priežiūra (įskaitant privačius paslaugų teikėjus) ir geresnis sveikatos priežiūros institucijų koordinavimas gali suteikti pacientams galimybę lengviau naudotis įvairiomis priežiūros paslaugomis. Skiriant finansavimą pagal gyventojų gydymo poreikius, siekiama vienodinti galimybes naudotis paslaugomis regionuose. Nors bendrosios praktikos gydytojų ir pirminės sveikatos priežiūros centrų skaičius labai išaugo, sistemoje vis dar nepakanka išteklių, todėl išlieka didelis ambulatorinių specialistų konsultacijų skaičius ir stacionarizavimo rodikliai. Sveikatos apsaugos organizatoriai pripažįsta, kad medicininių paslaugų prieinamumą blogina nepakankami išteklių, bendradarbiavimo tarp pirminės priežiūros įstaigų, ligoninių ir kitų paslaugų teikėjų trūkumas. Reformomis siekiama plėtoti privatų paslaugų teikimą (draudimas ir priežiūros institucijos).

Kokybė. Valdžios institucijos įvardijo ribotą kokybę, įskaitant prastas pastatų ir įrangos sąlygas. TLK atlieka kokybės kontrolę. Valdžios institucijos siekia įdiegti šiuolaikines medicinos technologijas ir kelti personalo kvalifikaciją bei didinti atlyginimus. Kuriamą palyginamais rodikliais grindžiama informacijos sistema. Pacientai gali laisvai rinktis pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, bendrosios praktikos gydytoją ir ligoninę. Lietuva siekia tobulinti teisinę sistemą, kad būtų gerinama sveikatos sistemos kokybė. Be didelio masto imunizacijos ir skiepavimo programų, planuojama pradėti taikyti 2005 m. PSO tarptautines sveikatos taisykles ir sustiprinti prevencinę sveikatos priežiūrą (Europos Komisijos 2007 m. ataskaita apie padėtį Lietuvoje ir pagrindines tendencijas).

2.2. Sveikatos priežiūros finansavimas Lietuvoje

Pateikiame sveikatos priežiūros finansavimo Lietuvoje struktūrą (7 pav.). Pagrindiniai Lietuvos sveikatos sistemos finansavimo šaltiniai yra visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas ir finansavimas iš privačių šaltinių.

Sveikatinimo veiklos Lietuvoje finansavimo struktūra



Sveikatos ekonomikos centras, 2006

7 pav. Sveikatinimo veiklos Lietuvoje finansavimo struktūra

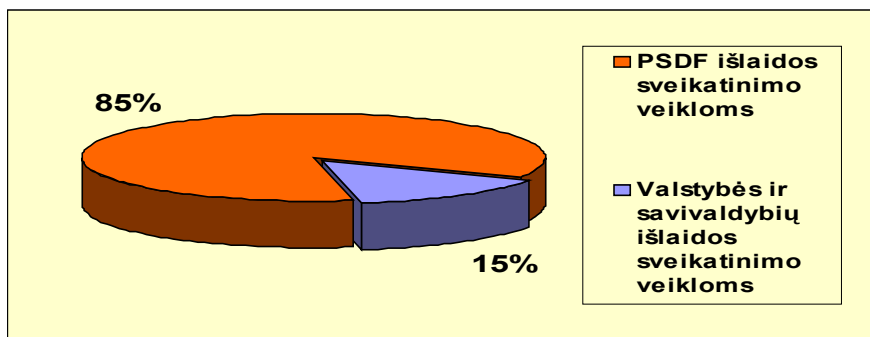
Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijų kompanijų asociacija. Studija, Vilnius, 2006.

Lietuvos visuomeninio sveikatos sistemos finansavimo šaltiniai yra:

1. Valstybės biudžetas ir savivaldybių išlaidos sveikatinimo veikloms.
2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) išlaidos.

Matome, kad 2005 m. 85 proc. sveikatos apsaugos sistemos visuomeninio finansavimo lėšų sudarė privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidos ir 15 proc. valstybės biudžetas ir savivaldybių išlaidos sveikatinimo veikloms (8 pav.).

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos visuomeninio finansavimo struktūra, 2005 m.



Valstybės ir savivaldybių išlaidos sveikatinimo veikloms įskaito: Sveikatos apsaugos, Krašto apsaugos, Vidaus reikalų, Teisingumo ministerijų išlaidas, valstybės investicinių ir struktūrinių fondų programų išlaidas, o taip pat Teismo medicinos instituto, Kauno medicinos universiteto, Vilniaus universiteto imunologijos instituto, Lietuvos medicinos bibliotekos išlaidas.

8pav. Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos visuomeninio finansavimo struktūra 2005 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija. Studija, Vilnius, 2006.

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimo palyginamojoje analizėje (1 lentelė) matome, kad 2004-2005 didėjo tiek visuomeninių, tiek privačių išlaidų dalis sveikatinimo sistemai Lietuvoje.

1 lentelė

**Nacionalinės sveikatos sąskaitos.
Visuomeninių ir privačių išlaidų sveikatinimo veiklai Lietuvoje
suvestinė lentelė, mln. Lt**

Lietuvos visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas		
	2004 m.	2005 m.
PSDF biudžeto išlaidos, mln. litų	2094,7	2453,9
Valstybės ir savivaldybių išlaidos sveikatinimo veikloms, mln. litų	346,7	427,8
Iš viso visuomeninių išlaidų, mln. litų	2441,3	2881,6
Lietuvos sveikatos sistemos finansavimas iš privačių šaltinių		
	2004 m.	2005 m.
Namų ūkių išlaidos, mln. litų	1108,2	1224,9
Darbdavių (įmonių) išlaidos sveikatos priežiūrai, mln. litų	73,0	74,5
Iš viso privačių išlaidų, mln. litų	1181,2	1299,3
Visos išlaidos sveikatos sistemai finansuoti, mln. litų	3622,6	4181,0
Visų išlaidų procentas nuo BVP	5,8%	5,9%
Privačių išlaidų sveikatos sistemai finansuoti procentas	32,6%	31,1%

*VLK duomenys, Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės
Sveikatos ekonomikos centro paskaičiavimai*

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija. Studija, Vilnius, 2006.

Lietuvos Sveikatos informacijos centro duomenimis (Lietuvos sveikatos statistika, 2006) 2004 – 2006 metais didėjo valdžios sektoriaus (valstybės ir savivaldybių biudžetų bei PSDF) išlaidos sveikatos priežiūrai. Jos sudarė 3,5 mlrd. litų. Palyginti su 2005 m., jos padidėjo 23 proc. Valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalis nuo bendrojo vidaus produkto mažėjusi nuo 1998 m., 2005-2006 m. augo ir 2006 m. pasiekė 4,27 proc. Valdžios išlaidos sveikatos priežiūrai vienam gyventojui 2006m.buvo1031 Lt.

Privalomojo sveikatos draudimo fondas (PSDF) - pagrindinis sveikatos priežiūros finansavimo šaltinis. PSDF išlaidos sveikatos priežiūrai 2006 m. sudarė 88,3 proc. valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai ir siekė 3090,5 mln. litų. PSDF išlaidos asmens sveikatos priežiūrai siekė 2106,1 mln. litų arba 68 proc. visų PSDF išlaidų. Lėšos vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti - 547,2 mln. litų arba 17,7 proc., išlaidos sveikatos programoms finansuoti - 145,4 mln. litų arba 4,7 proc., išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui kompensuoti - 107,5 mln. litų arba 3,5 proc. PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūrai struktūra per pastaruosius metus keitėsi nežymiai: šiek tiek sumažėjo stacionaro paslaugoms apmokėti skirtų išlaidų dalis, padidėjo ambulatorinės specializuotos pagalbos paslaugoms apmokėti skirtų išlaidų dalis. Išlaidos stacionaro paslaugoms apmokėti 2006 m. sudarė 57,1 proc., pirminės sveikatos priežiūros - 19,5 proc., greitosios medicinos pagalbos - 4,8 proc., slaugos ir palaikomojo gydymo - 3,5 proc., ambulatorinės specializuotos pagalbos - 15 proc. visų PSDF išlaidų asmens sveikatos priežiūrai.

Gyventojų privačios išlaidos sveikatos priežiūrai apskaičiuojamos remiantis Statistikos departamento duomenimis apie namų ūkio vartojimo išlaidas (įskaitant pinigines ir natūrinės) vienam gyventojui ir demografinės statistikos duomenimis apie vidutinį metinį gyventojų skaičių. 1998-2006 m. tiesioginės gyventojų išlaidos sveikatai padidėjo daugiau nei du kartus (nuo 177,6 lt vienam gyventojui 1998 m. iki 392,4 lt 2006 m.). Iš viso 2006 m. Lietuvos gyventojai sveikatai išleido 1,3 mlrd. litų. Tai sudarė 27,6 proc. visų išlaidų sveikatai.

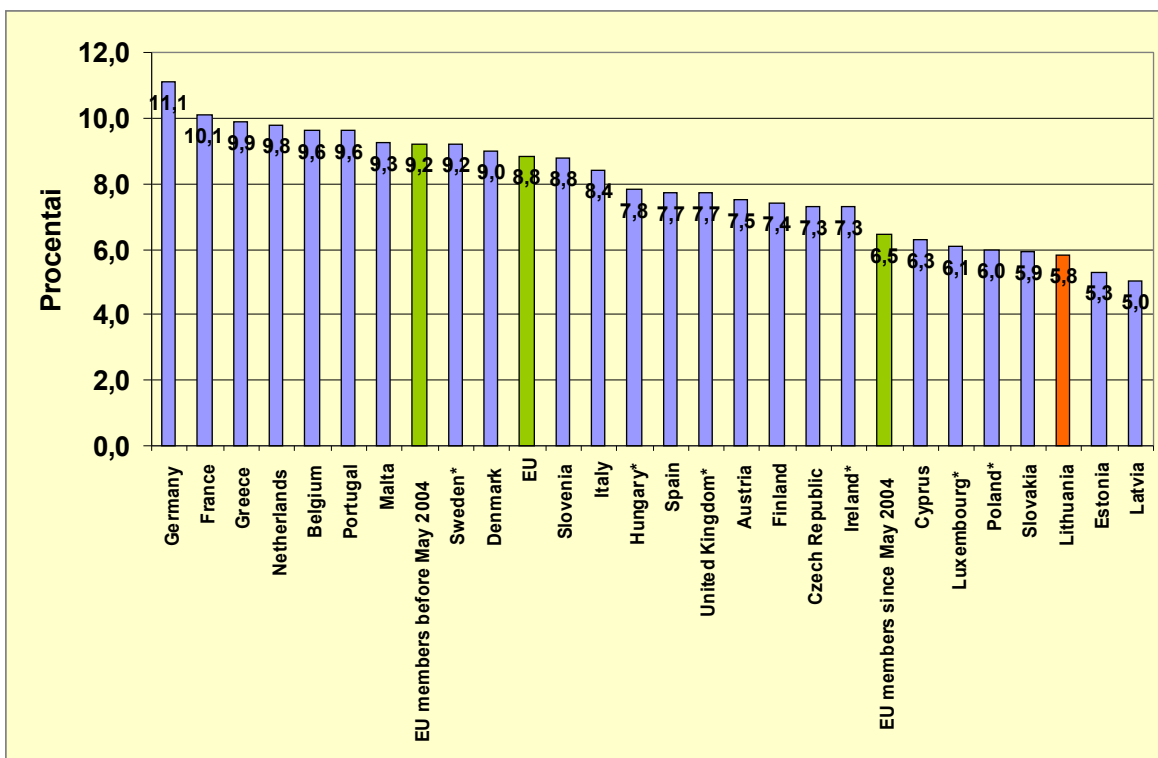
Visos išlaidos sveikatai 2006 m. sudarė 4,8 mlrd. litų arba 5,9 proc. bendrojo vidaus produkto.

Metinėje Lietuvos nacionalinės Lisabonos strategijos įgyvendinimo programos ataskaitoje (2006) pažymėta, kad 2005 metais užbaigtas Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo pirmasis (2003-2005 metų) etapas, kuriuo buvo siekiama gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuojant teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą. Įvertinus rezultatus, nustatyta, kad hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų sumažėjo nuo 23,2 iki 20,3 ligo, o vidutinė gulėjimo ligoinėje trukmė sutrumpėjo nuo 10 iki 8 dienų. Pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatai jau davė 154 mln. litų ekonominę naudą. Sutaupytos lėšos buvo panaudotos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei ir prieinamumui, medikų darbo sąlygoms gerinti. Atsižvelgiant į asmens sveikatos

priežiūros įstaigų pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatus, 2006 metais pradėtas ir toliau tęsiamas antrasis (2006-2008 metų) sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas.

Nacionaliniame pranešime apie Lietuvos socialinės apsaugos ir socialinės aprėpties strategijas 2006-2008 m (2006) pažymėta, kad plėtojant sveikatos draudimo sistemą, patvirtinta savanoriško sveikatos draudimo koncepcija, kurioje stengiamasi pritraukti papildomas privačias lėšas, tai prisidėtų prie papildomo sveikatos apsaugos finansavimo..

Pateikiame Europos Sąjungos šalių visuomeninių ir privačių išlaidų sveikatinimo veiklai nuo bendrojo vidaus produkto (BVP) palyginamąją analizę 2003 m. (9 pav.).

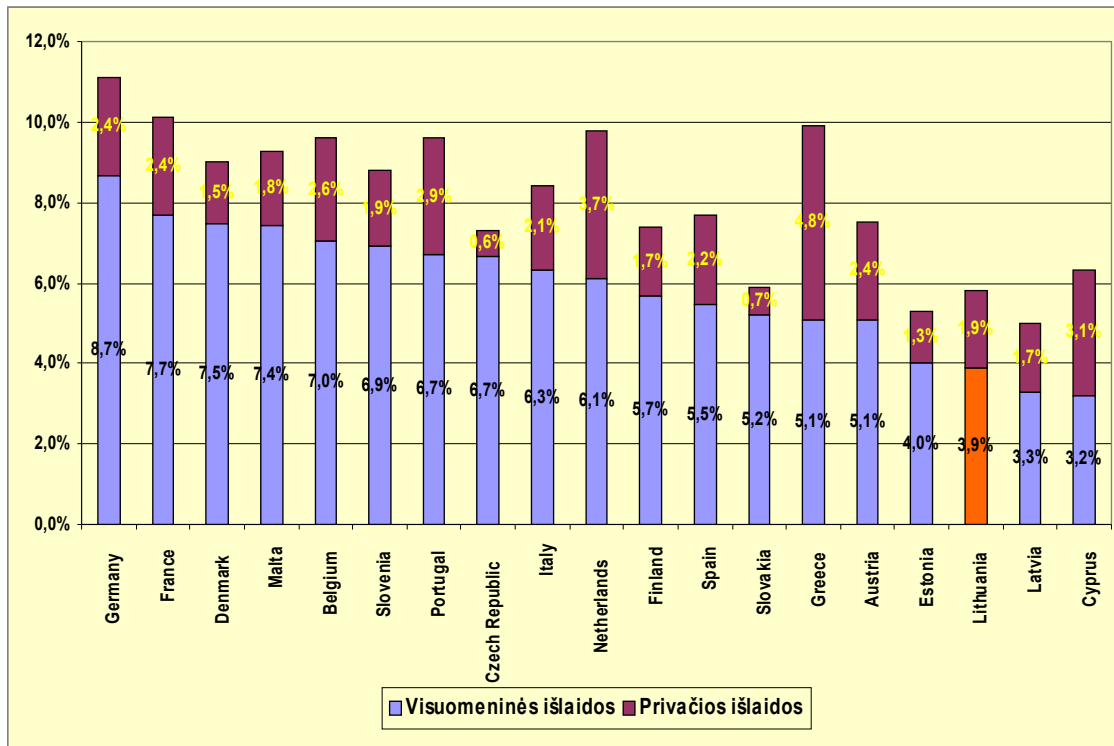


9 pav. Visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatinimo veiklai Europos Sąjungos šalyse (proc. nuo BVP, 2003 m.)

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija. Studija, Vilnius, 2006.

Matome, kad Lietuvoje 2003 m. sveikatinimo veiklai buvo skirta 5,8 proc. lėšų nuo BVP. Lietuva pagal šį rodiklį atsiliko nuo daugelio Europos Sąjungos valstybių. Pirmaujančios pagal šį rodiklį 2003 m. buvo Vokietija ir Prancūzija (sveikatinimo veiklai buvo skirta 11,1 proc. ir 10,1 proc. lėšų nuo BVP atitinkamai). Blogesnė padėtis buvo tik Estijoje ir Latvijoje. Šiose valstybėse sveikatinimo veiklai buvo skirta tik 5,3 proc. ir 5,0 proc. lėšų nuo BVP atitinkamai. Europos Sąjungos vidurkis 2003 m buvo 8,8 proc. lėšų nuo BVP.

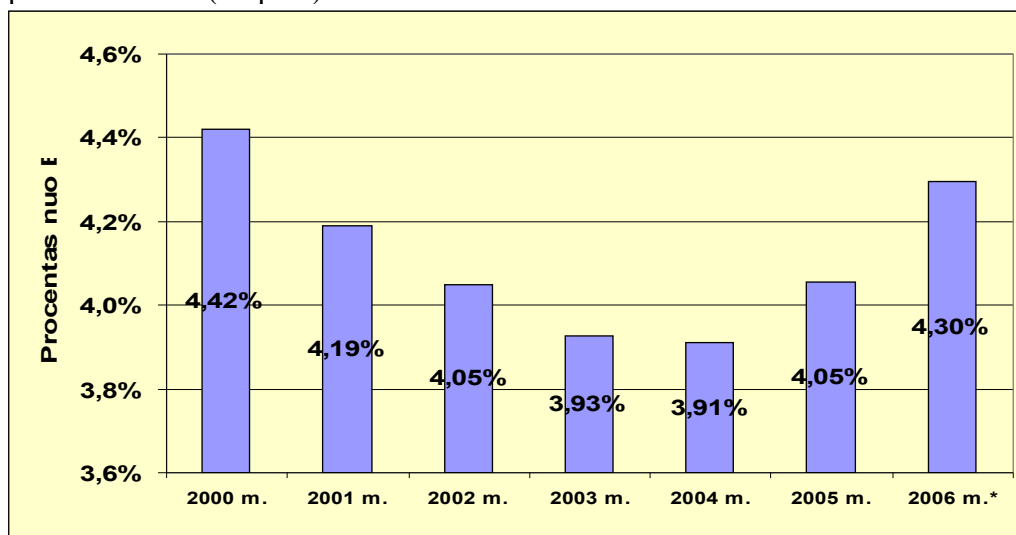
Šioje struktūroje 2003 m.. visuomeninė išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje sudarė 3,9 proc. nuo BVP (10 pav.), Vokietijoje- 8,7 proc. nuo BVP, Prancūzijoje- 7,7 proc. nuo BVP.



10 pav. Visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatinimo veiklai ES (proc. nuo BVP, 2003 m.)

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija. Studija, Vilnius, 2006.

Tačiau matome, kad visuomeninės išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje augo 2003 – 2006 m. ir pasiekė 4,3 proc. nuo BVP (11 pav.).

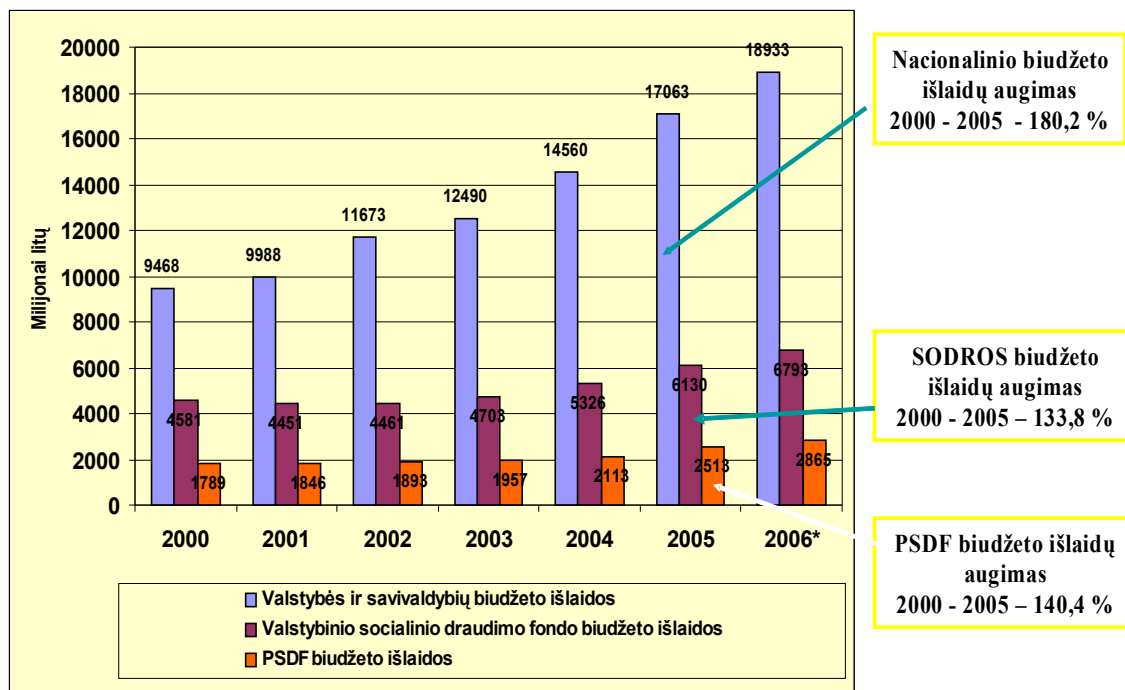


11 pav. Visuomeninės išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje 2000-2006 m. (proc. nuo BVP).

Šaltinis: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

Augant bendram sveikatos priežiūros finansavimui Lietuvoje 2000-2006 m., augo ir atskirų finansavimo šaltinių dalis bendroje finansavimo struktūroje- nacionalinio biudžeto išlaidos, SODROS biudžeto išlaidos, PSDF biudžeto išlaidos sveikatinimo veiklai Lietuvoje (12 pav.).

Fondų iš kurių finansuojama Lietuvos sveikatinimo veikla išlaidų kitimas (mln. Lt), 2000-2006 m.

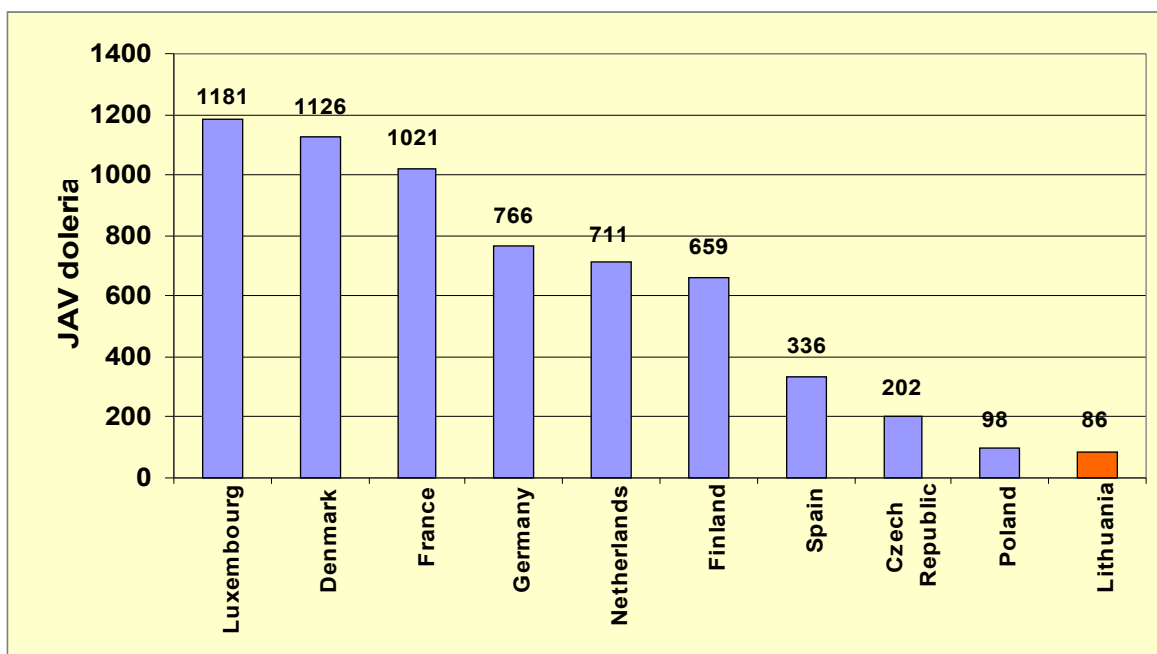


VLK duomenys; Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

12 pav. Fondų, iš kurių finansuojama Lietuvos sveikatinimo veikla, išlaidų kitimas 2000-2006 m. Lietuvoje (mln. Lt)

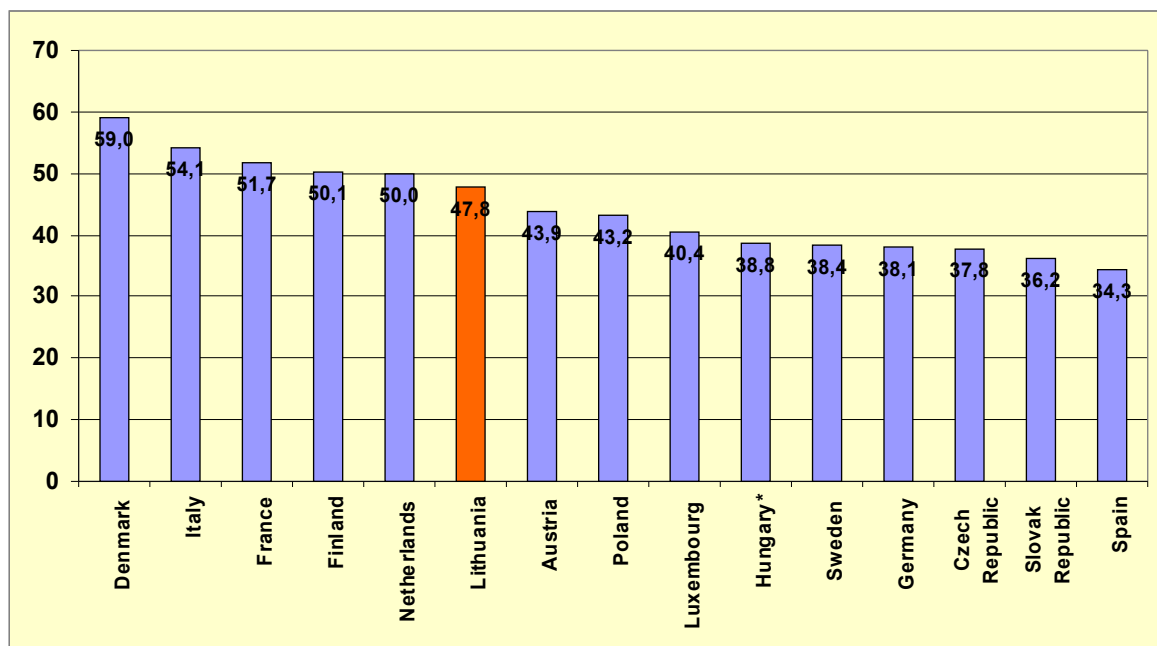
Šaltinis: Lietuvos Sveikatos ekonomikos centras; Valstybinės ligonių kasos, Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės

Įdomu pažymėti tai, kad Europos Sąjungos 2007-2013 metų struktūrinės paramos, gaunamos pagal Europos Sąjungos sanglaudos politikos konvergencijos tikslą, administravimo ir paskirstymo programoje sveikatos institucijoms numatoma skirti tik 3,54 proc. gaunamų lėšų. Pateikėme visuomenines einamąsias išlaidas stacionariai sveikatos priežiūrai vienam gyventojui 2003 m. Europos šalyse JAV doleriais, įskaitant išlaidas stacionariai slaugai, reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui (13 pav.). Lietuvoje šių išlaidų skiriama mažiausiai, tačiau visuomeninės einamosios išlaidos stacionariai sveikatos priežiūrai nuo visų einamųjų visuomeninių sveikatos priežiūros išlaidų Lietuvoje sudaro net 47,8 proc. (14 pav.)



13 pav. Visuomeninės einamosios išlaidos stacionariai sveikatos priežiūrai vienam gyventojui 2003 m. Europos šalyse (JAV doleriais), įskaitant išlaidas stacionariai slaugai, reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui (Valstybinių ligonių kasų duomenys, perskaičiuota pagal 2003 m JAV dolerio/Lito kursą)

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija. Studija, Vilnius, 2006.



14 pav. Visuomeninės einamosios išlaidos stacionariai sveikatos priežiūrai nuo visų einamųjų visuomeninių sveikatos priežiūros išlaidų 2003 m. (proc.), įskaitant išlaidas stacionariai slaugai, reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui

Šaltinis: Valstybinių ligonių kasų duomenys, 2003

2.3. Galimi Lietuvos sveikatos sistemos plėtros finansavimo scenarijai

Lietuvos sveikatos ekonomikos centras atliko perspektyvinius skaičiavimus ir galimą sveikatos apsaugos finansavimo scenarijų Lietuvoje 2008-2012 metais. (Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. UAB „Sveikatos ekonomikos centras: ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA) studija, Vilnius, 2007).

Galimi trys sveikatos sistemos plėtros finansavimo scenarijai :

1. Praradimų kompensavimo scenarijus. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad kompensuotų tik atsiradusius PSDF praradimus dėl sumažėjusio gyventojų pajamų mokesčio tarifo. Visuomeninių išlaidų procentas nuo BVP 2012 m. siektų tik 4,6 proc.

- 2008-2012 m. didinant PSDF finansavimą pagal „Praradimų kompensavimo scenarijaus“ schemą, bus užtikrinamas tik dalinis 2005-2007 m. Valstybės priimtų įsipareigojimų įgyvendinimas.
- Mažas visuomeninis finansavimas (kaip procentas nuo BVP) sąlygos tolesnį Lietuvos sveikatos sistemos atsilikimą nuo kitų ES šalių bei gyventojų sveikatos rodiklių blogėjimą, jei nebus pradėti skubiai įgyvendinti prioritetingi išvengiamo mirtingumo mažinimo tikslai.

2. Minimalaus finansavimo scenarijus. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad 2012 m. visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas pasiektų apie 5,5 proc. nuo BVP.

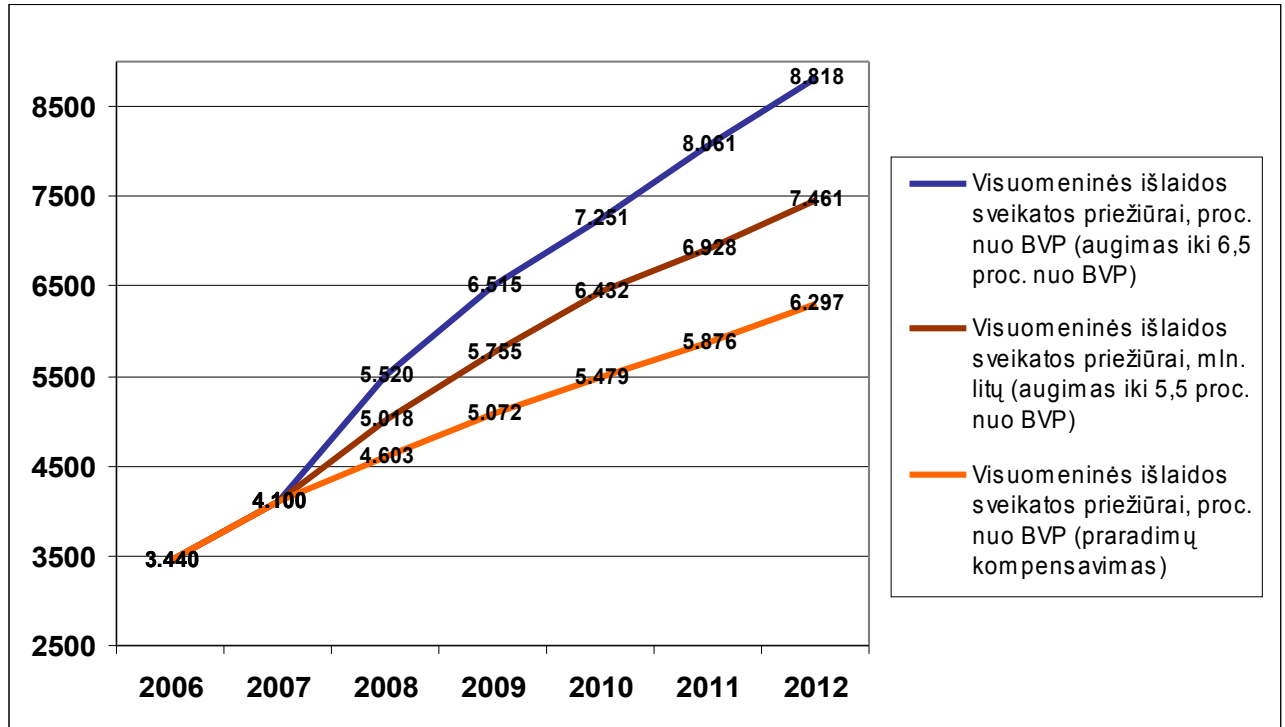
- 2008-2012 m. didinant PSDF finansavimą pagal „Minimalaus finansavimo scenarijaus“ schemą, nebus pilnai įgyvendinti 2005-2007 m. Valstybės priimti įsipareigojimai ir numatyti tikslai.
- Lėtai augantis visuomeninis finansavimas (kaip procentas nuo BVP) nesukurs pakankamų prielaidų esmei sistemos pertvarkai ir nesumažins Lietuvos sveikatos sistemos atsilikimo nuo kitų ES šalių, jei nebus skubiai parengta ir įgyvendinama prioritetingo finansavimo programa.

3. Optimalaus finansavimo scenarijus. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai į PSDF didinami tiek, kad 2012 m. visuomeninis sveikatos sistemos finansavimas pasiektų apie 6,5 proc. nuo BVP ir pasiektų 2004 m. ES šalių vidurkį. 2008 m. numatomas staigus finansavimo didinimas (siekiant užtikrinti, kad būtų įgyvendinti įsipareigojimai dėl atlyginimų augimo ir kiti įsipareigojimai).

- 2008-2012 m. didinant PSDF finansavimą pagal „Optimalaus finansavimo scenarijaus“ schemą,

bus įgyvendinti 2005-2006 m. Valstybės prisiimti įsipareigojimai.

- Augantis visuomeninis finansavimas (kaip procentas nuo BVP), įgyvendinant prioritetinius sveikatos sistemos tikslus, leis palaipsniui mažinti Lietuvos sveikatos sistemos atsilikimą nuo kitų ES šalių bei sukurs prielaidas esminei sveikatos sistemos pertvarkai ir tolygiai plėtrai.

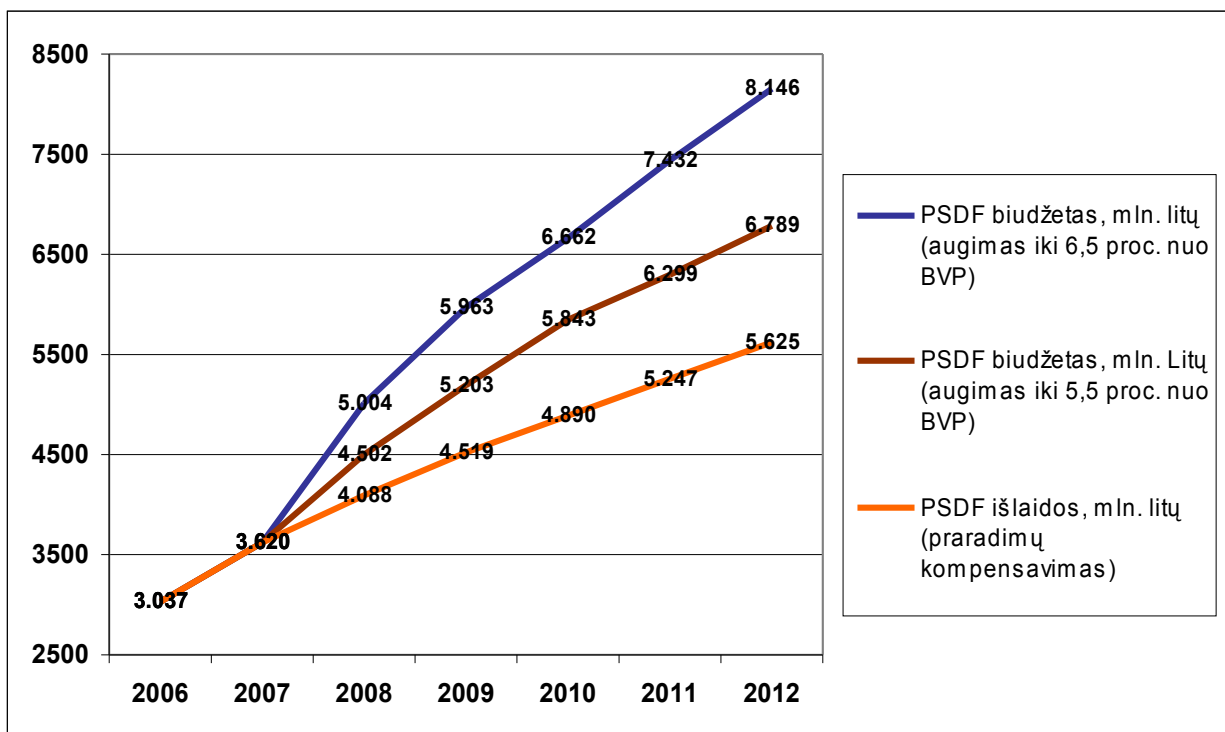


Sveikatos ekonomikos centro atlikti paskaičiavimai remiantis LR Finansų ministerijos, VLK, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis. 2011-2012 metų BVP, darbo užmokesčio ir suderinto vartojimo prekių ir paslaugų kainų indekso rodikliai tokie patys, kaip 2010 m.

15 pav. Scenarijų palyginimas. Visuomeninės išlaidos sveikatai, mln. Lt, 2006-2012 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija. Studija, Vilnius, 2007.

Sveikatos ekonomikos centro paskaičiavimu, visuomeninės išlaidos sveikatos priežiūrai 2006-2012 m. (mln. Lt) pagal praradimų kompensavimo scenarijų sudarys 5,072 mln. litų 2009 m., 5,876 mln. litų 2011 m. ir 6,297 mln. litų 2012 m. (15 pav.). Pagal minimalaus finansavimo scenarijų 2012 metais visuomeninės išlaidos sveikatos priežiūrai sudarys 7,461 mln. litų, pagal optimalaus finansavimo scenarijų – 8,818 mln. litų.



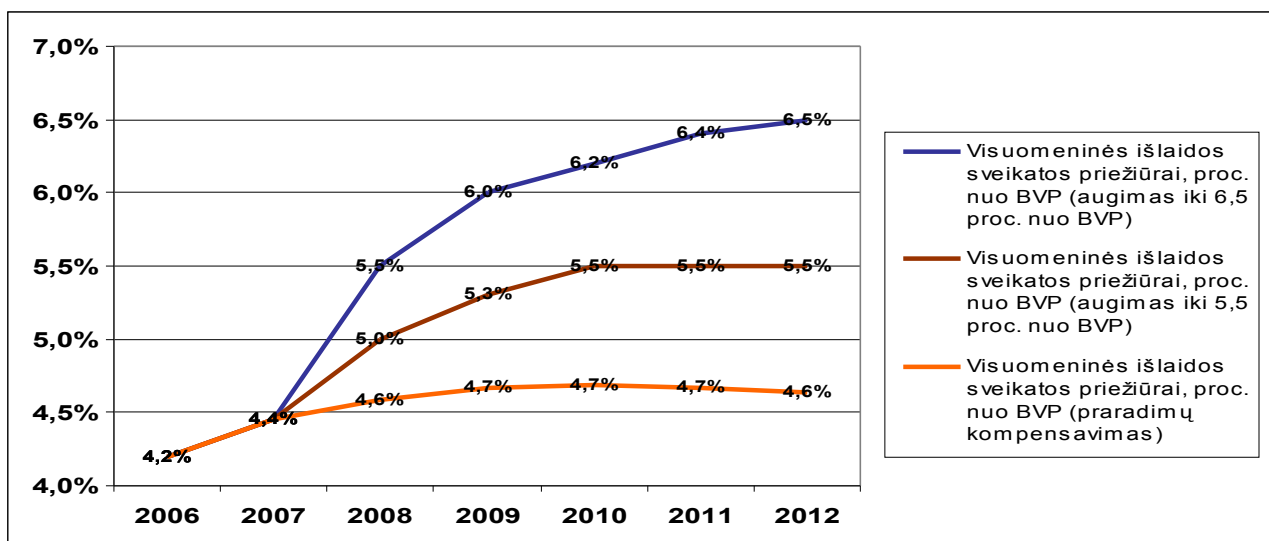
Sveikatos ekonomikos centro atlikti paskaičiavimai remiantis LR Finansų ministerijos, VLK, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis. 2011-2012 metų BVP, darbo užmokesčio ir suderinto vartojimo prekių ir paslaugų kainų indekso rodikliai tokie patys, kaip 2010 m.

16 pav. Scenarijų palyginimas. PSDF biudžeto augimas, mln. litų, 2006-2012 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija. Studija, Vilnius, 2007.

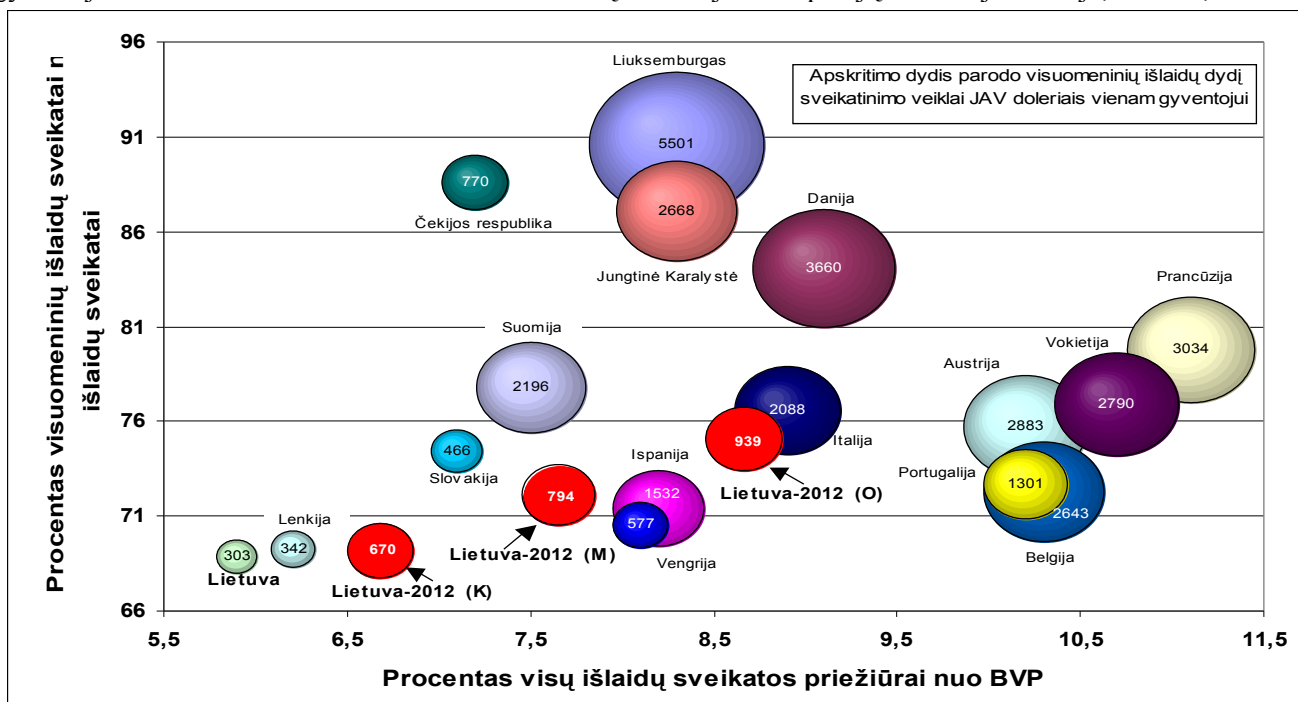
Sveikatos ekonomikos centro paskaičiavimu, PSDF biudžetas 2006-2012 m. (mln. Lt) pagal praradimų kompensavimo scenarijų sudarys nuo 4,519 mln. litų 2009 m., 5,247 mln. litų 2011 m. ir 5,625 mln. litų 2012 m. (16 pav). Pagal minimalaus finansavimo scenarijų 2012 metais PSDF biudžetas sudarys 6,789 mln. litų, pagal optimalaus finansavimo scenarijų – 8,146 mln.litų.

PSDF biudžetas procentais nuo BVP pagal praradimų kompensavimo scenarijų 2010 – 2011 m. sudarys stabiliai 4,7 proc., o 2012 m. sumažės iki 4,6 proc. Pagal minimalaus finansavimo scenarijų PSDF biudžetas procentais nuo BVP sudarys 2010 – 2012 metais 5,5 proc., o pagal optimalaus finansavimo scenarijų augs 2010 – 2012 metais nuo 6,2 proc. iki 6,5 proc. (17 pav.).



Sveikatos ekonomikos centro atlikti paskaičiavimai remiantis LR Finansų ministerijos, VLK, Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis. 2011-2012 metų BVP, darbo užmokesčio ir suderinto vartojimo prekių ir paslaugų kainų indeksu rodikliai tokie patys, kaip 2010 m.

17 pav. Scenarijų palyginimas. PSDF biudžeto augimas, procentas nuo BVP, 2006-2012 m.
Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija. Studija, Vilnius, 2007.



* - pradžios kompensavimo (K), minimalaus finansavimo (M), optimalaus finansavimo (O) scenarijai
OECD Health Data, 2007; VLK duomenys, 2007.

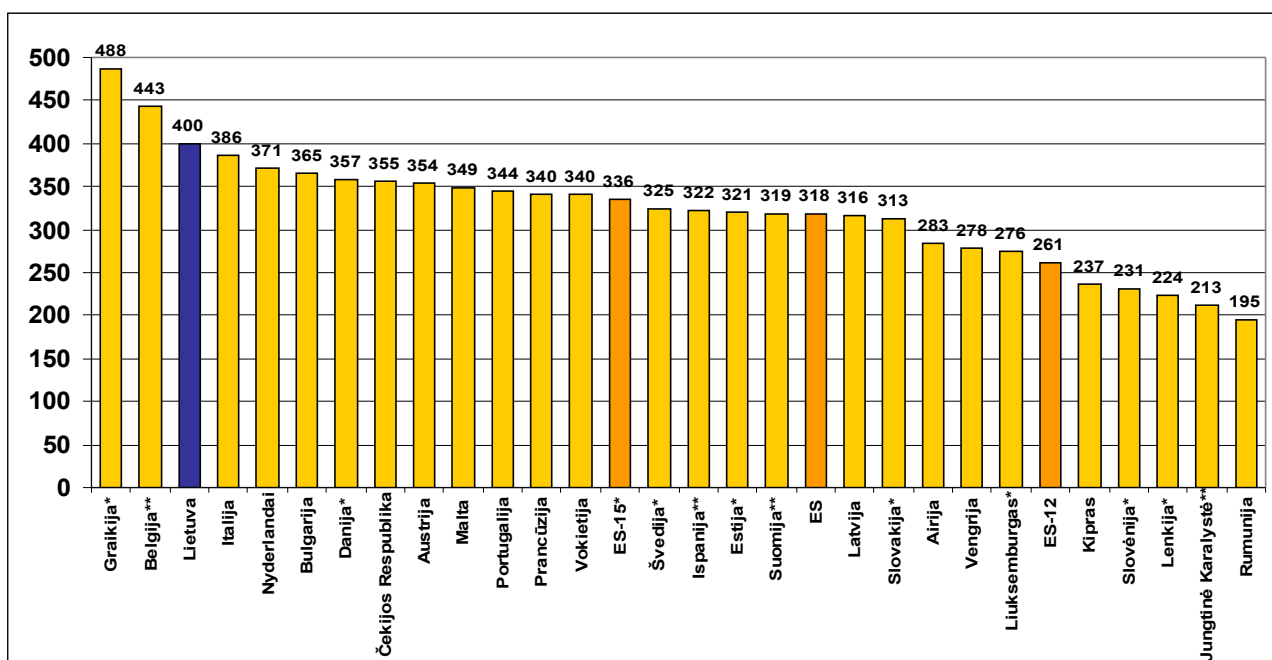
Sveikatos ekonomikos centras, perskaičiuota pagal 2005 m. JAV dolerio/lito kursą.

18 pav. Visuomeninio Lietuvos sveikatinimo veiklos finansavimo 2005 (faktas) ir 2012 m. finansavimo scenarijų* palyginimas su ES šalių 2005 m. duomenimis
Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija. Studija, Vilnius, 2007.

Matome, kad pagal optimalaus finansavimo scenarijų Lietuva 2012 metais pagal visuomeninį finansavimą sveikatos priežiūrai priartėtų prie kai kurių Europos Sąjungos valstybių (pvz.: Italijos) 2005 metų lygio (18 pav.).

2.4. Žmonių išteklių analizė Lietuvos sveikatos apsaugos sistemoje

Žmonių ištekliai yra svarbi sveikatos priežiūros valdymo grandis. Svarbu pažymėti tai, kad sveikatos priežiūros kokybę lemia ne tik sveikatos priežiūros specialistų kiekis, bet ir jų kvalifikacijos lygis. Žmonių išteklių Europos sąjungos valstybių sveikatos priežiūros sistemoje analizė 2004 metais parodė, kad Lietuva buvo trečioje vietoje pagal gydytojų skaičių 100000 gyventojų (400 gydytojų / 100000 gyventojų). Tik Graikijoje ir Belgijoje gydytojų skaičius 100000 gyventojų buvo didesnis (488/100000 ir 443/100000 gyventojų, atitinkamai) (19 pav.).



* - 2004 metai

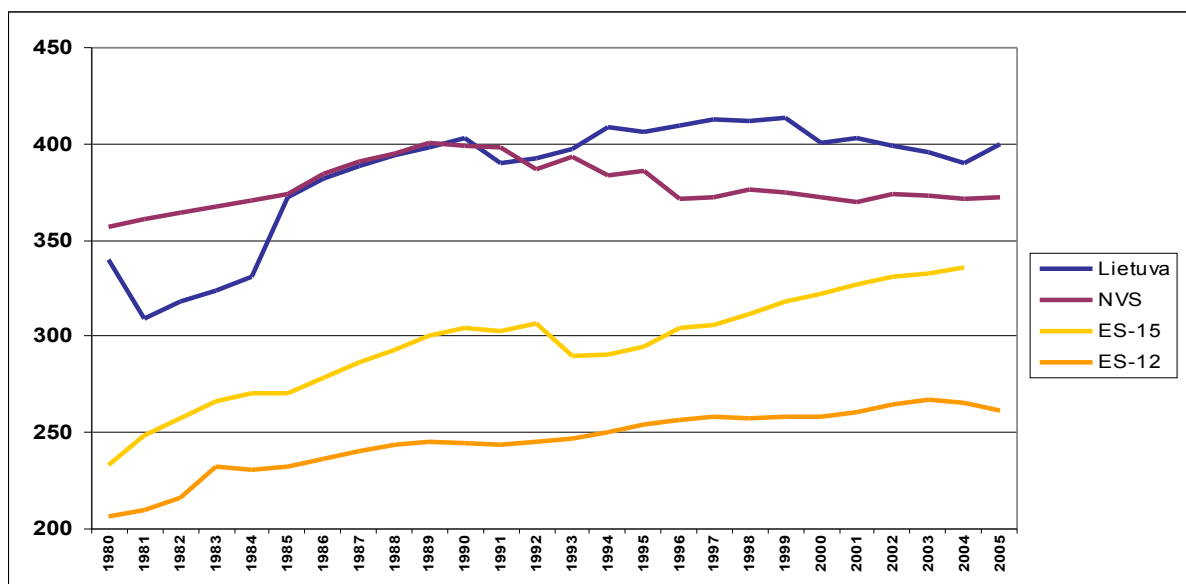
** - iki 2004 metų

WHO, European health for all database, 2007

19 pav. Gydytojų skaičius 100000 gyventojų Europos Sąjungos valstybėse 2005 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras, Studija 2006.

1980 -2005 metų laikotarpiu Lietuva gydytojų skaičiumi 100000 gyventojų lenkė Europos Sąjungos ir Nepriklausomų Valstybių Sandraugos šalis (20 pav.). Lietuvoje 2005 metais buvo beveik 2 kartus daugiau gydytojų palyginus su Europos Sąjungos vidurkiu.

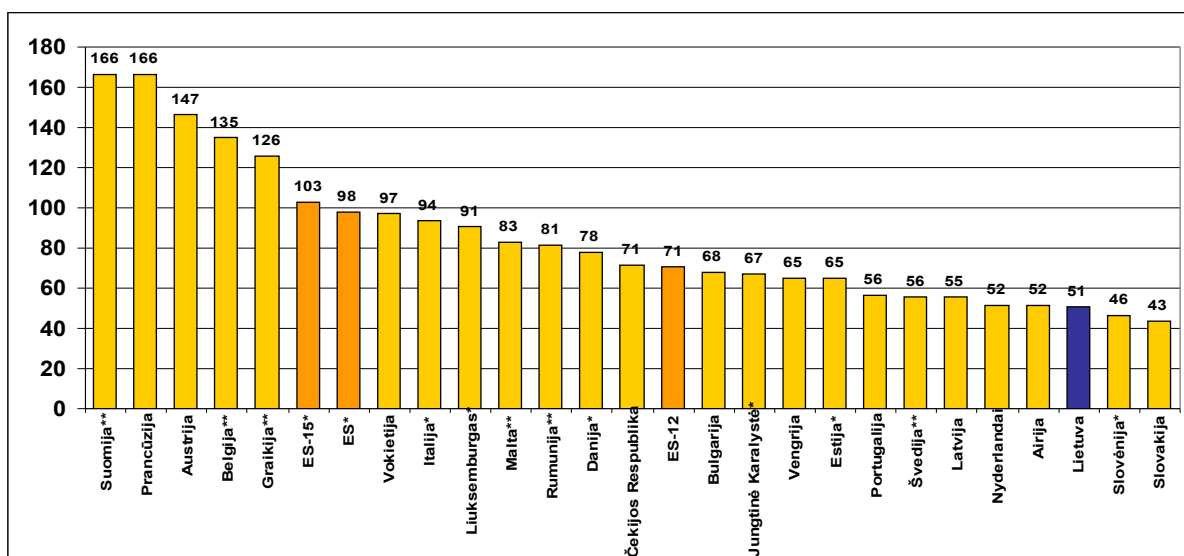


WHO, European health for all database, 2007

20 pav. Gydytojų skaičius 100000 gyventojų Europos Sąjungos valstybėse, 1980-2005 m.

Šaltinis: Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras, Studija 2006.

Šeimos gydytojų skaičiumi 100000 gyventojų Lietuva 2005 metais atsiliko nuo daugelio Europos sąjungos valstybių. (21 pav.). Lietuvoje 2005 m. buvo tik 51 bendrosios praktikos gydytojas 100000 gyventojų. Suomija ir Prancūzija pagal šį rodiklį pirmavo (166 šeimos gydytojai 100000 gyventojų).



* - 2004 metai

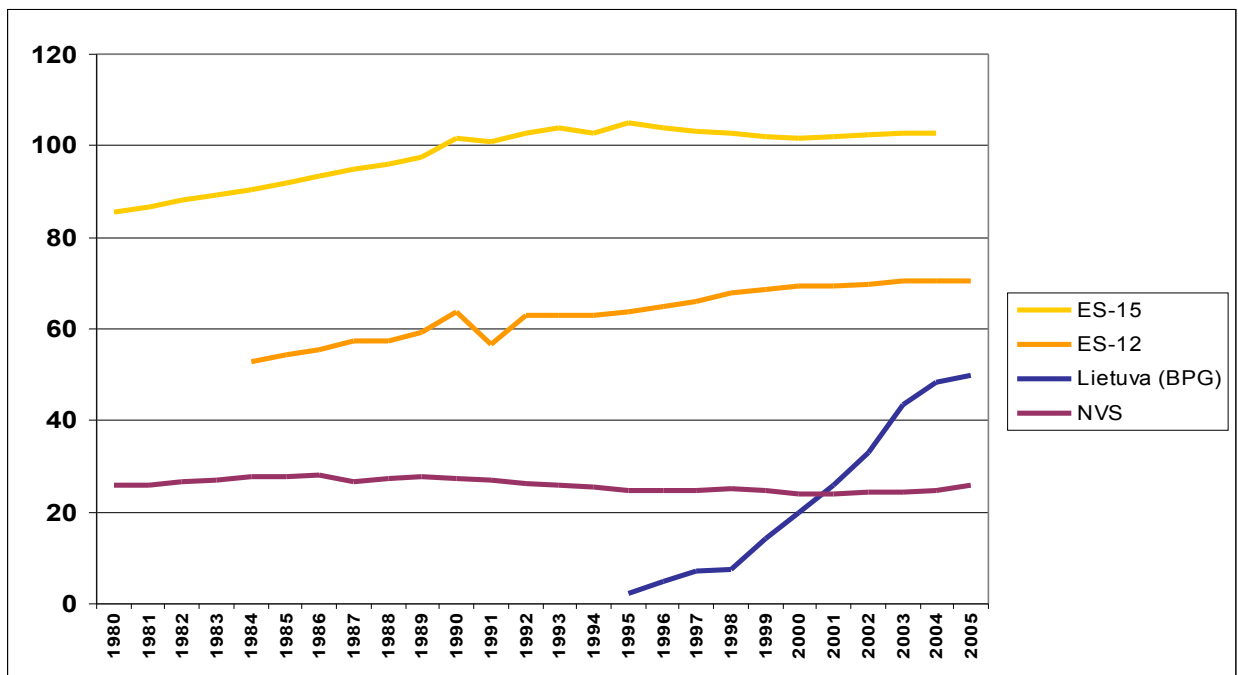
** - iki 2004 metų

*** - Lietuvoje pateikiamas tik bendrosios praktikos gydytojų skaičius

21 pav. Šeimos gydytojų*** skaičius 100000 gyventojų Europos Sąjungos šalyse, 2005 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras, Studija 2006.

Bendrosios praktikos gydytojų skaičius didėjo Lietuvoje 1995-2005 metais (22 pav.). Iki 1994 metų Lietuvoje veikė tokia sveikatos priežiūros sistema, kai ambulatorinėje grandyje dirbo vidaus ligų (terapeutai) ir vaikų ligų (pediatrai) specialistai. Vykdamas pirminės sveikatos priežiūros reformą, Lietuvoje poliklinikų gydytojai buvo perkvalifikuojami į bendrosios praktikos arba šeimos gydytojus. Per dešimties metų laikotarpį bendrosios praktikos gydytojų skaičius Lietuvoje išaugo iki 51/100000 gyventojų. Pagal šį rodiklį Lietuva pralenkė Slovėniją ir Slovakiją (21 pav.).



* - Lietuvoje pateikiamas tik bendrosios praktikos gydytojų skaičius

22 pav. Šeimos gydytojų*skaičius 100000 gyventojų Europos Sąjungos šalyse, 1980-2005 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras, Studija 2007

Nacionalinė sveikatos taryba atkreipia LR Vyriausybės, ministerijų ir žinybų dėmesį į tai, kad, siekiant užtikrinti Strateginius sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklius ir apsirūpinti savais specialistais, būtina daugiau investuoti į sveikatos profesionalų rengimą. Švietimo ir mokslo ministerija, planuodama studentų priėmimo kvotas, turėtų daugiau atsižvelgti į mokslo įrodymais pagrįstus specialistų poreikius. Taryba pritartų plačiai politikų, specialistų ir visuomenės diskusijai dėl aukštojo mokslo reformos, už studijas apmokant iš Valstybės garantuojamų kreditų, kurie galėtų būti po keleto darbo Lietuvoje metų nurašomi. Įvertinant labai rimtą situaciją, susidariusią kai kuriose gydymo įstaigose dėl gydytojų ir kitų specialistų trūkumo, Taryba neprieštarautų, kad, nedidinant darbo savaitės trukmės, kaip laikina priemonė būtų įteisintas didesnis leidžiamų papildomai dirbti valandų skaičius per

savaite, atitinkamai apmokant už papildomą sutartinį darbą. Pastebimi tam tikri gydytojų skaičiaus netolygumai atskirose Lietuvos apskrityse.

Tokie netolygumai yra ir kitose valstybėse. Goodman, 2007 aprašo gydytojų skaičiaus netolygumus JAV. Gydytojų skaičius skiriasi du-tris kartus skirtinguose regionuose. Gravelle, 2001 pastebi geografinius gydytojų skaičiaus skirtumus tarp Anglijos ir Welso.

Nacionalinė sveikatos taryba tinkamą finansavimą nurodo, kaip vieną svarbiausių sąlygų, užtikrinančių žmonių išteklius ir siūlo padidinti viso sveikatos priežiūros sektoriaus finansavimą, siekiant jį ne tik modernizuoti, bet ir sudaryti sąlygas specialistams gauti deramą atlyginimą už darbą, kelti kvalifikaciją, tobulinti profesinius gebėjimus (Dėl strateginio farmacijos ir sveikatos priežiūros žmonių išteklių planavimo Lietuvoje programos įgyvendinimo. Nacionalinės sveikatos tarybos nutarimas. 2006 m. rugsėjo 26 d.)

Ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse atliekami tyrimai, siekiant išaiškinti ar gydytojo aptarnaujamų ligonių skaičius yra susijęs su sveikatos priežiūros kokybe ir prieinamumu, susirgimų dažniu ir ligonių pasitenkinimu suteiktomis paslaugomis. Goodman, 2007 nurodo, kad labai mažas gydytojų skaičius neuztikrina sveikatos priežiūros prieinamumo, tačiau didelis gydytojų skaičius siejosi su aukštais gydymo kaštais ir didesnėmis apimtimis. Tuo tarpu susirgimų skaičius geriau gydytojais aprūpintose vietovėse nebuvo mažesnis. Tai atspindi sveikatos draudimo agentūros pranešimuose (Fisher, 2003). Geresnio medicininio aprūpinimo regionuose ligoniams buvo daugiau skiriama diagnostinių bei gydomųjų procedūrų, jie dažniau hospitalizuojami, tačiau susirgimų skaičius šiose vietovėse nebuvo mažesnis.

Goodman, 2007 nurodo, kad gydytojai JAV kuriasi tam tikruose regionuose, ir yra gydytojų nemėgstamos vietovės. Nuo 1979 iki 1999 metų JAV gydytojų skaičius vienam gyventojui padidėjo 51 proc. (Goodman, 2004). Trys iš keturių naujai baigusių gydytojų įsikūrė tose vietovėse, kur gydytojų skaičius jau buvo pakankamas. Planuojant gydytojų rengimo resursus, netikslinga didinti jų skaičių, nes didesnis gydytojų tankumas vietovėje siejasi su aukštesniais gydymo kaštais, bet ne su geresne kokybe.

Goodman, 2007 nurodo, kad daugelyje pasaulio valstybių gydytojų skaičius siejamas su geresne sveikatos priežiūros kokybe, tačiau tikrovė parodė, kad geriau finansus skirti ne gydytojų papildomam ruošimui, o sveikatos priežiūros priartinimui gyventojams. JAV gydytojai yra aukštai apmokama socialinė darbo kategorija, ir jų skaičiaus didinimas pareikalautų finansinių resursų, tuo pačiu metu negerėjant sveikatos priežiūros kokybei. Goodman, 2007 pabrėžia, kad JAV jau yra keletas sveikatos priežiūros sistemų, užtikrinančių aukštus ligonių priežiūros standartus su mažu gydytojų skaičiumi ir nedideliais finansiniais ištekliais. Mejo klinika Minesotoje yra tokiu pavyzdžiu.

2.5. Sveikatos priežiūros įstaigų apskaita

Nors ligoninės nuo pelno siekiančių įmonių skiriasi savo veiklos orientacija, tačiau tai vis dėlto yra verslo įmonės (Buivydas R. 1998).

Ligoninių nepelno veiklos filosofija negali būti pasiteisinimas turėti netinkamą valdymą arba netinkamą apskaitos sistemą. Taigi sveikatos priežiūros įstaigų apskaitos sistema turi būti pagrįsta visuotinai pripažintais apskaitos principais ir taisyklėmis.

Tačiau, pripažįstant visuotinius apskaitos principus, reikia atsižvelgti ir į ligoninių veiklos aplinkybes, ypač į unikalų jų veiklos finansavimą, kuris lemia papildomas apskaitos prielaidas.

Fondų apskaita. Fondų apskaitai reikia, kad ligoninės turėtų atskiras sąskaitų grupes kiekvienam finansinės veiklos etapui, funkcijai arba prisiimtai atsakomybei. Kiekvienas ligoninės padalinys veikia kaip savarankiška įmonė, turinti savo sąskaitas bei siekianti pelno, o kiti padaliniai jos atžvilgiu yra tarsi visiškai savarankiškos įmonės.

Tokia pati ir fondų apskaita. Kiekviena finansinės veiklos fazė yra apskaitoma tarsi atskira įmonė, turinti savo specifinius tikslus ir uždavinius. Kiekvieno fondo sąskaitos bet kada gali būti subalansuotos ir parengtos tipinės ataskaitos – pelno ataskaita bei balansų lentelė. Jeigu pasitaiko operacijos tarp atskirų fondų, tai jos įrašomos į apskaitą tarsi tai būtų visiškai savarankiškų įmonių operacijos (2 lentelė).

Nusidėvėjimo apskaita. Ligoninių vadybininkams gali būti priskiriama atsakomybė dėl pinigų sukaupto turtui įsigyti. Apskaitant nusidėvėjimą, kartu numatoma, kur bus kaupiami pinigai būsimiems ilgalaikio turto įsigijimams. Kiek pinigų reikia nukreipti būsimiems turto pirkimams, parodo nusidėvėjimo išlaidos. Kadangi jos apskaičiuojamos remiantis seno turto pirkimo išlaidomis (naujas turtas visada yra brangesnis už seną), pinigai, skirti kaupimui, turi būti investuojami į pelną uždirbančius vertybinius popierius. Tokiu būdu uždirbti pinigai turi būti didesni už infliaciją. Kartais šie pinigai trumpam gali būti paskolinami ligoninės veiklos poreikiams, bet jie irgi turi uždirbti pelną (Buivydas R. 1998).

Fondu apskaita

Neapriboti fondai (bendros paskirties finansavimas)	tokie fondai skirti apskaityti visiems ištekliams, įsipareigojimams ir nuosavybei, kurių niekaip neapriboja išorinės priežiūros tarnybos (ministerija, ligonių kasos, savivaldybės). Šis fondas yra skirtas kasdieninei įprastai ligoninės veiklai
Dotacijų (aukų) fondas	toks fondas apskaito turta, kuris gautas iš finansuotojų ir yra jų nurodymu apribotas. Gauta šio fondo suma yra laikoma apskaitoje nepaliesita (nesumažinta), išlaidas galima daryti tik tada, jeigu fondas uždirba pelną (tik pelno pinigus galima išleisti)
Ilgalaikio turto fondas	toks fondas skirtas ligoninės investicijų į pastatus, žemę, įrenginius ir atsargas šiam turtui atkurti apskaitymui, taip pat su ilgalaikiu turtu susijusioms ilgalaikėmis skoloms
Specifinės paskirties fonas	toks fondas skirtas pinigų arba kito trumpalaikio turto, kuris yra skirtas tik specifinei veiklai, apskaitymui
Statybos fondas	tokiame fonde apskaitomi visi įvykiai, susiję su naujų pastatų statyba arba pirkimu

Šaltinis: Buivydas R. ir Černiauskas B. (1998). Finansinis sveikatos priežiūros įstaigų valdymas ir apskaita. Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius: Lietuvos informacijos instituto spaustuvė, p. 15.

2.6. Sveikatos priežiūros įstaigų tipai ir jų statusas

Medicinos paslaugas teikiančias įstaigas galima skirstyti pagal jų teikiamų paslaugų rūšis, nuosavybės tipą arba finansavimo šaltinius (Buivydas R. 1998).

Pasaulyje yra pačių įvairiausių gydymo paslaugų teikėjų: nuo privačiai praktikuojančių šeimos gydytojų iki labai specializuotų valstybės išlaikomų klinikų. Tačiau, ir tokiai įvairovei esant, kai kurie dėsniumai būdingi net ir labai skirtingo socialinio bei ekonominio išsivystymo šalims. Pavyzdžiui, privati stomatologijos praktika, valstybės ar bendruomenių išlaikomos slaugos ligoninės. Gana retas reiškinys – privačios, labai specializuotos bei mokslinius tiriamuosius darbus atliekančios klinikos.

Dažniausiai tokio tipo įstaigos išlaikomos ar bent jau papildomai finansuojamos per įvairius valstybinius fondus bei investicijų programas.

Svarbiau yra ne veiklos, o įstaigų nuosavybės tipas (pobūdis). Pagal nuosavybės tipą sveikatos priežiūros įstaigos gali būti skirstomos į šias grupes:

- pelno siekiančios (privačios) sveikatos priežiūros įstaigos;
- valstybės ar savivaldybių asmens sveikatos priežiūros biudžetinės įstaigos;
- valstybės ar savivaldybių asmens sveikatos priežiūros viešosios įstaigos;
- nevalstybinės nepelno gydymo įstaigos.

Pirmo tipo įstaigų apskaitos sistema gali būti labai panaši arba net tapati bet kuriai pelno siekiančios privačios įmonės apskaitos sistemai. Antro tipo įstaigų apskaita turėtų atitikti biudžetinių įstaigų apskaitos sistemą. Trečio tipo gydymo įstaigų finansinė apskaita galėtų būti panaši į pirmo tipo įstaigų apskaitą. Gal tik ketvirto tipo įstaigos yra tradiciškai nebūdingos Lietuvai, taigi, ir panašios apskaitos sistemos neaptarinėtos.

Finansinės apskaitos ir analizės bei finansinio valdymo pagerinimas turi atitikti paslaugų teikėjų ir paslaugų pirkėjų interesus.

Finansavimo šaltinių ir išlaidų kompensavimo metodų įvairovė, administracinė ir organizacinė laisvė paslaugų teikėjams sudaro galimybę pagerinti finansinį sveikatos priežiūros įstaigų funkcionavimą. Tačiau, antra vertus, sumažėja garantuotas finansavimas, atsiranda konkurencijos elementų, todėl padidėja verslo rizika. Finansinio valdymo sistema turėtų sudaryti galimybę optimizuoti gydymo įstaigų planus taip, kad būtų garantuota, jog gydymo įstaigos veikla atitiks regiono sveikatos priežiūros paslaugų poreikius. Analizė galėtų padėti suvokti, kaip vidinis įstaigos pertvarkymas gali paveikti finansinį įstaigos funkcionavimą. Kaip įstaigos reorganizavimas (skyrių sujungimas, suskaidymas arba skyrių ar besidubliuojančių funkcijų panaikinimas, kai kurių paslaugų pirkimas kontraktų pagrindais iš kitų paslaugų teikėjų) galėtų padėti mažinti paslaugų teikimo išlaidas:

- 1) optimizuojant stacionaro lovų užimtumą;
- 2) tobulinant kainų nustatymo techniką;
- 3) tobulinant uždirbtų pinigų valdymą, įskaitant ir personalo apmokėjimo tobulinimą.

Išlaidų apskaita ir analizė. *Išlaidų apskaičiavimas (įvertinimas)* gali būti apibrėžtas, kaip visų išlaidų, reikalingų gydymo įstaigai išlaikyti, paskirstymas pajamas uždirbantiems išlaidų centrams ar skyriams. Informacija apie išlaidas turi būti pertvarkoma taip, kad būtų galima tiksliai nustatyti, kokios išlaidos daromos gydymo įstaigoje teikiant paslaugas (Buivydas R. 1998).

Išlaidų įvertinimas - tai priemonės, kuriomis įstaigos išlaikymo, veiklos ir bendrųjų paslaugų ar kitos išlaidos perskirstomos slaugos, operacijų, reanimacijos padaliniais ir kitiems skyriams ar pajamas uždirbantiems išlaidų centrams, kuriuose už nustatytas kainas pacientams suteikiamos paslaugos.

Kad išlaidų sistema funkcionuotų veiksmingai, turi būti įvykdytos tam tikros būtinos sąlygos (Buivydas R. 1998):

1. Sudarytos aiškios organizacinių ir ūkinių įstaigos struktūrų schemos, iš kurių būtų matyti hierarchinė institucijos struktūra tiek organizaciniu, tiek ūkiniu aspektu, išlaidų kaupimo vietos, atsakingi už išlaidas darbuotojai ir jas atitinkantis sąskaitų planas;
2. Nustatyti išlaidų centrai arba kaip *aptarnaujantys*, arba kaip *ligonių kasų (trečiosios pusės mokėtojų) apmokamas paslaugas teikiantys (pajamas uždirbantys) išlaidų centrai*, kuriems visos įstaigos išlaidos yra atitinkamai paskirstytos;
3. Įdiegta tiksli finansinės apskaitos sistema, pajėgi apdoroti išlaidų centrų teikiamą finansinę informaciją;
4. Įdiegta lengvai suvokiama informacinė sistema, pajėgi surinkti nefinansinę ir bendrąją įstaigos informaciją iš išlaidų centrų bei sukurti prielaidas: a) paskirstyti pridėtines (bendrasias ir administracines) išlaidas *ligonių kasų apmokamas paslaugas teikiantiems išlaidų centrams* ir b) apskaičiuoti paslaugos vieneto išlaidas *ligonių kasų apmokamas paslaugas teikiantiems išlaidų centrams*;
5. Parinkti tokie išlaidų analizės metodai, kurie analizę orientuotų į ekonomiškumą.

Pajamas uždirbantys išlaidų centrai, teikdami ligonių kasų apmokamas paslaugas, uždirba gydymo įstaigos pajamas už įstaigos parduodamą visuomenei paslaugą. Tačiau, nors įstaiga išrašo sąskaitas paslaugų pirkėjams, būtent, už šių padalinių suteiktas paslaugas, pajamas uždirbantys išlaidų centrai naudojami ir visų kitų gydymo įstaigos padalinių paslaugomis (Buivydas R. 1998, p. 30).

Pajamas uždirbantys centrai gydymo įstaigoje galėtų būti:

- stacionaro skyriai;
- dieninis stacionaras;
- ambulatorinių paslaugų padalinys.

Paslaugų vartotojai, esantys už gydymo įstaigos ribų, taip pat gali būti parodyti kaip *pajamas uždirbantys išlaidų centrai*, nes už šias paslaugas įstaigai sumokama. Tai gali būti paslaugos, nesusijusios nei su stacionaru, nei su ambulatorinėmis paslaugomis (radiologinio saugumo kontrolė, vežimo į kitas gydymo įstaigas organizacijos, karo prievolinkų komisijos), bei visiškai su gydymu

nesusijusios paslaugos (nekilnojamasis turtas, įranga, automobilių nuoma, vežiojimo paslaugos, gydymo įstaigoje pagaminto maisto teikimas už įstaigos ribų).

Aptarnaujantys išlaidų centrai dažniausiai nesukuria galutinio produkto, už kurį paslaugų pirkėjai moka gydymo įstaigai. Ši veikla yra tarpinės prigimties, sudaranti būtinas sąlygas tam, kad klinikiniai padaliniai ir kiti pajamas uždirbantys išlaidų centrai, naudodamiesi šiomis paslaugomis, suteiktų per ligonių kasas apmokamas paslaugas (Buivydas R. 1998, p. 31).

Tačiau daugelis *aptarnaujančių išlaidų centrų* gali turėti dvigubą statusą:

- kaip aptarnaujantys išlaidų centrai, jie gali tiesiogiai padėti klinikiams padaliniams. Pavyzdžiui, fizioterapija aptarnauja gydomus pacientus, virtuvė maitina šiuos pacientus, planavimo ir finansavimo skyrius garantuoja planavimą, marketingą ir finansinį gydymo įstaigos valdymą. Be šių padalinių nebūtų galima gydyti pacientų, t.y. sukurti galutinio gydymo įstaigos produkto, už kurį mokama visai gydymo įstaigai.
- kaip pajamas uždirbantys išlaidų centrai, jie gali būti įtraukti į tiesioginį, ne per ligonių kasas apmokamų paslaugų teikimą ir marketingą. Pavyzdžiui, ta pati fizioterapija gali teikti paslaugas privačiai apdraustiems pacientams, virtuvė gali gaminti produkciją pardavimui už gydymo įstaigos ribų. Planavimo ir finansavimo skyrius gali tiesiogiai uždirbti, teikdamas paslaugas ar parduodamas savo sukurtą programinę įrangą, kaip techninę pagalbą kitoms institucijoms.

Aptarnaujantys išlaidų centrai gali būti suskirstyti į dvi kategorijas: administraciniai ir paraklininiai išlaidų centrai.

Administraciniai išlaidų centrai pagal savo veiklą yra nemedicininiai. Šių centrų išlaidos dažniausiai lemiamos bendrųjų ir administracinių išlaidų ir, paprastai, vadinamos pridėtinėmis išlaidomis. Funkciniu požiūriu jos apima visų rūšių administracinę veiklą (finansinis ir personalo valdymas, atsargų tiekimas, informacijos apdorojimas ir ataskaitos) bei patalpų priežiūrą ir tvarkymą. Visos šios veiklos rūšys būtinos tam, kad gydymo įstaiga galėtų funkcionuoti kaip juridinį statusą turinti, ekonomiškai autonominė, komunalinėmis paslaugomis ir technologine įranga aprūpinta sistema.

Paraklininiai išlaidų centrai dažniausiai teikia tas medicinos paslaugas, kurių neteikia klinikiniai padaliniai. Funkciniu požiūriu ši veikla apima visų tipų laboratorinius ir instrumentinius tyrimus, farmacines paslaugas, pagalbines paslaugas operacinėms procedūroms, autopsijai, medicininei reabilitacijai ir kita (Buivydas R. 1998, p. 32).

2.7. Tiesioginės ir netiesioginės išlaidos

Tiesiogines išlaidas, kurias daro gydymo įstaiga, kitaip negu *netiesiogines išlaidas*, gana lengva apskaičiuoti ir priskirti tam tikram išlaidų centrai ar padaliniui (Buivydas R. 1998, p. 32-33).

Biudžetinių įstaigų sąskaitų plane nėra išskirtas išlaidų padalijimas į tiesiogines ir netiesiogines, kaip ir nėra išskirta, kurios išlaidos yra pastoviosios, o kurios kintamosios.

Tiek tiesiogines, tiek netiesiogines išlaidas galima sugrupuoti taip:

Tiesioginės paslaugų išlaidos:

- Medžiagos, įrankiai, paslaugos.
- Tiesiogiai priskiriami darbuotojų atlyginimai ir algos bei tiesiogiai priskiriamas darbuotojų socialinis draudimas.
- Kitos tiesioginės išlaidos (ne medžiagos ir darbas, kurie gali būti tiesiogiai įvertinti, pvz. subkontraktorių teikiamos paslaugos ar produktai).

Netiesioginės paslaugų išlaidos:

- Netiesioginės medžiagos, įrankiai, paslaugos.
- Pagalbines paslaugas teikiančių darbuotojų atlyginimai ir algos bei jų socialinis draudimas.
- Atlyginimų priedai (papildomos priemokos).
- Kitos netiesioginės išlaidos (nuoma, nusidėvėjimas, draudimas).

Bendrosios ir administracinės išlaidos

- Pardavimų paslaugos, skelbimai ir reklama, nuoma, remontas ir eksploatavimas.
- Ūkinio-materialinio aprūpinimo tarnybų paslaugos.
- Tyrimai ir plėtros išlaidos.
- Administracijos ir bendrojo įstaigos personalo išlaidos (atlyginimas už darbą, socialinis draudimas).

Kartu su tiesioginėmis ir netiesioginėmis išlaidomis *nusidėvėjimas* yra trečiasis elementas, kurį reikėtų įskaityti į visas paslaugos išlaidas. Iki šiol amortizacija buvo naudojama tik kaip apskaitos ir ataskaitų kategorija, tačiau nebuvo vertinama kaip įstaigos viduje investicijoms sukaupiamų lėšų fondas. Kitaip sakant, ji buvo apskaičiuojama, bet nebuvo apmokama. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai neturėjo teisės patys uždirbti lėšų statyboms, kapitaliniam remontui ir reikiamai įrangai pirkti. Todėl norint, kad sveikatos paslaugų teikėjai iš tikrųjų įgytų teisinę ir ekonominę autonomiją, nusidėvėjimo įskaitymas į paslaugų išlaidas ir jų apmokėjimas galėtų tapti pirmaeilium uždaviniu.

2.8. Finansinė analizė

Finansinė analizė siaurąja prasme - tai matematinės ir palyginamosios technikos rinkinys, naudojamas organizacijos finansiniams ir veiklos rezultatams interpretuoti, siekiant įvertinti jos veiklą, finansinę padėtį ir santykinę investicijų saugumą ar riziką (Buivydas R. 1998, p. 43-44). Perspektyvos atžvilgiu finansinę analizę reikėtų vertinti kaip priemonę finansinio valdymo sprendimams priimti. Tai sąvokų ir analitinės technikos rinkinys, kuris padeda vadovams įvertinti įstaigos praeitį ir planuoti ateitį, investicijas, einamąją veiklą ir finansinius sprendimus. Finansinė analizė naudinga ne vien dėl resursų paskirstymo. Ji ne mažiau naudinga ir paties vadovavimo sprendimams įvertinti.

Finansinę analizę būtų galima nusakyti kaip trijų etapų procesą. Pirmas žingsnis reikalauja turėti tikslią duomenų bazę ir išlaidų apskaitos bei analizės sistemą. Antrame etape atliekamas aritmetinis įvairių rodiklių, kurie galėtų būti palyginti su ankstesniais, tiek normatyviniais, tiek realiais, rodikliais, apskaičiavimas. Paskutinis žingsnis, pats sunkiausias -tai perspektyvos ir vertinimų, remiantis duomenimis, gautais pirmuose dviejuose etapuose, procesas, kurio metu reikia parengti išvadas apie išteklių panaudojimą ir paskirstymą, vadovavimo veiksmingumą bei finansinę padėtį.

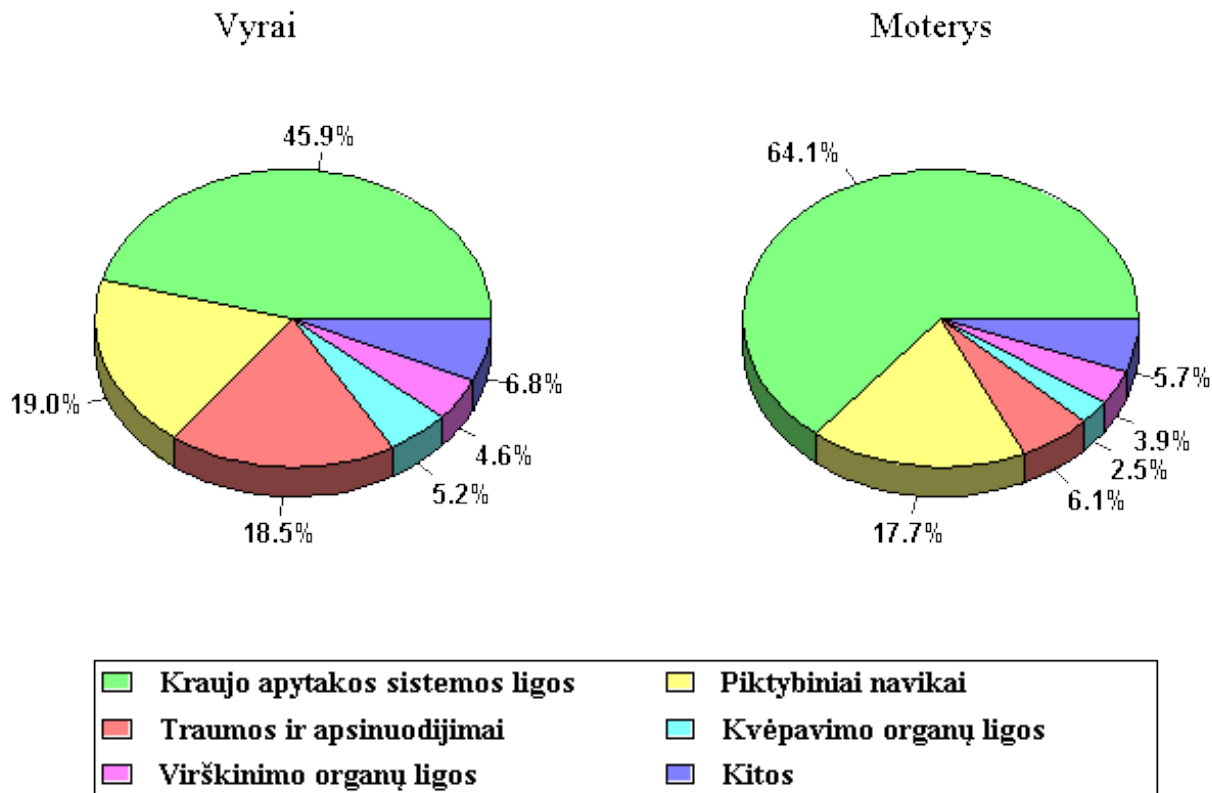
Norint atlikti sėkmingą finansinę analizę, būtina ne tik įdiegti išlaidų apskaičiavimo sistemą bei išlaidų analizės metodologiją, bet ir pertvarkyti finansinių ataskaitų duomenis tokiu būdu, kad šie pertvarkymai leistų pamatyti šios dienos finansinius rezultatus, kad būtų galima įvertinti šiandienos rezultatus, išlaidas ir pajamas, nusidėvėjimą, ilgalaikio turto įsigijimo išlaidas, teikiamų paslaugų apimtį ir personalo kiekio bei atlyginimų dydžio kitimą. Finansinių rezultatų pateikimas turi būti pertvarkytas taip, kad matytųsi, kokie buvo vieno ar kito vadovo sprendimo finansiniai padariniai.

Kitas finansinės analizės žingsnis - pertvarkyti faktinius duomenis taip, kad juos būtų galima panaudoti įstaigos finansinei padėčiai ir operatyvinei veiklai vertinti. Analizės lygis gali kisti nuo paprasto palyginimo iki labai detalizuoto: pavyzdžiui, turto ar veiklos palyginimo, o laiko perspektyvos atžvilgiu, toks palyginimas gali kisti nuo praeities ir dabartinės padėties palyginimų iki perspektyvinių prognozių. Tiesioginė palyginamoji finansinė analizė pateikia panašius finansinius rodiklius vieną šalia kito ir analizuoja jų pokytį, įvykusį per metus. Palyginamoji analizė leidžia tirti lyginamų rodiklių tendencijas. Tačiau tendencijų nustatymas ne visada suteikia vadovams norimą informaciją, gali kilti minčių, kur tokios informacijos reikia ieškoti. Pavyzdžiui, atlikus palyginamąją analizę nustatoma, kad gydymo įstaigos skolos per penkerius metus padidėjo 10 proc. Tokia informacijos vertė gana ribota. Tačiau tokios informacijos palyginimas su paslaugų apimties per tą patį laikotarpį padidėjimu 20 proc., gali kur kas aiškiau atskleisti realią padėtį. Palyginamoji analizė parodė skolų padidėjimą, o tolesnė analizė suteikė galimybę suvokti, ką toks pokytis vadovavimo prasme reiškia.

3. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ SISTEMOS LIGŲ SERGAMUMO ANALIZĖ IR JO MAŽINIMO STRATEGIJA

3.1. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos kaip globalinė problema

Širdies ir kraujagyslių ligos yra viena iš dažniausių vidutinio amžiaus Lietuvos gyventojų mirties ir sunkaus invalidumo priežasčių (Domarkienė S., 2000). Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos Lietuvoje, kaip ir visoje Europoje, buvo ir tebėra pagrindine mirties priežastimi. Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų miršta beveik dvigubai daugiau gyventojų, negu vidutiniškai ES šalyse senbuvėse. 2005 m. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, kraujo apytakos sistemos ligos sudarė 45,9 proc. vyrų ir 64,1 proc. moterų mirties priežasčių (Lietuvos sveikatos informacijos centras) (23 pav.)



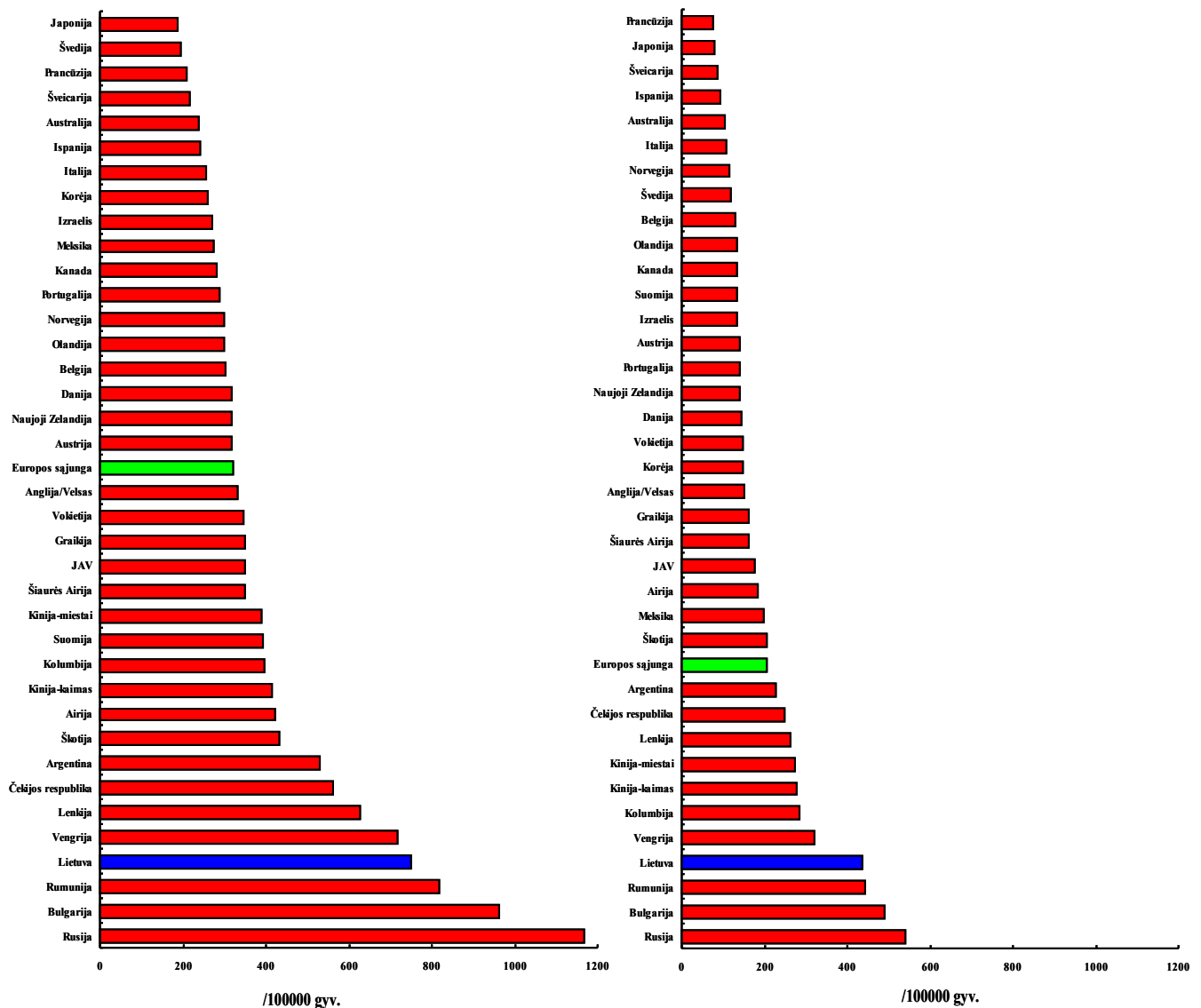
23 pav. Pagrindinės vyrų ir moterų mirties priežastys Lietuvoje 2005 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos statistika 2005. (2006). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius.

Palyginimui pateiksime pasaulio mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų statistiką, remiantis Amerikos Širdies asociacijos duomenimis (pav. 24).

Vyrai

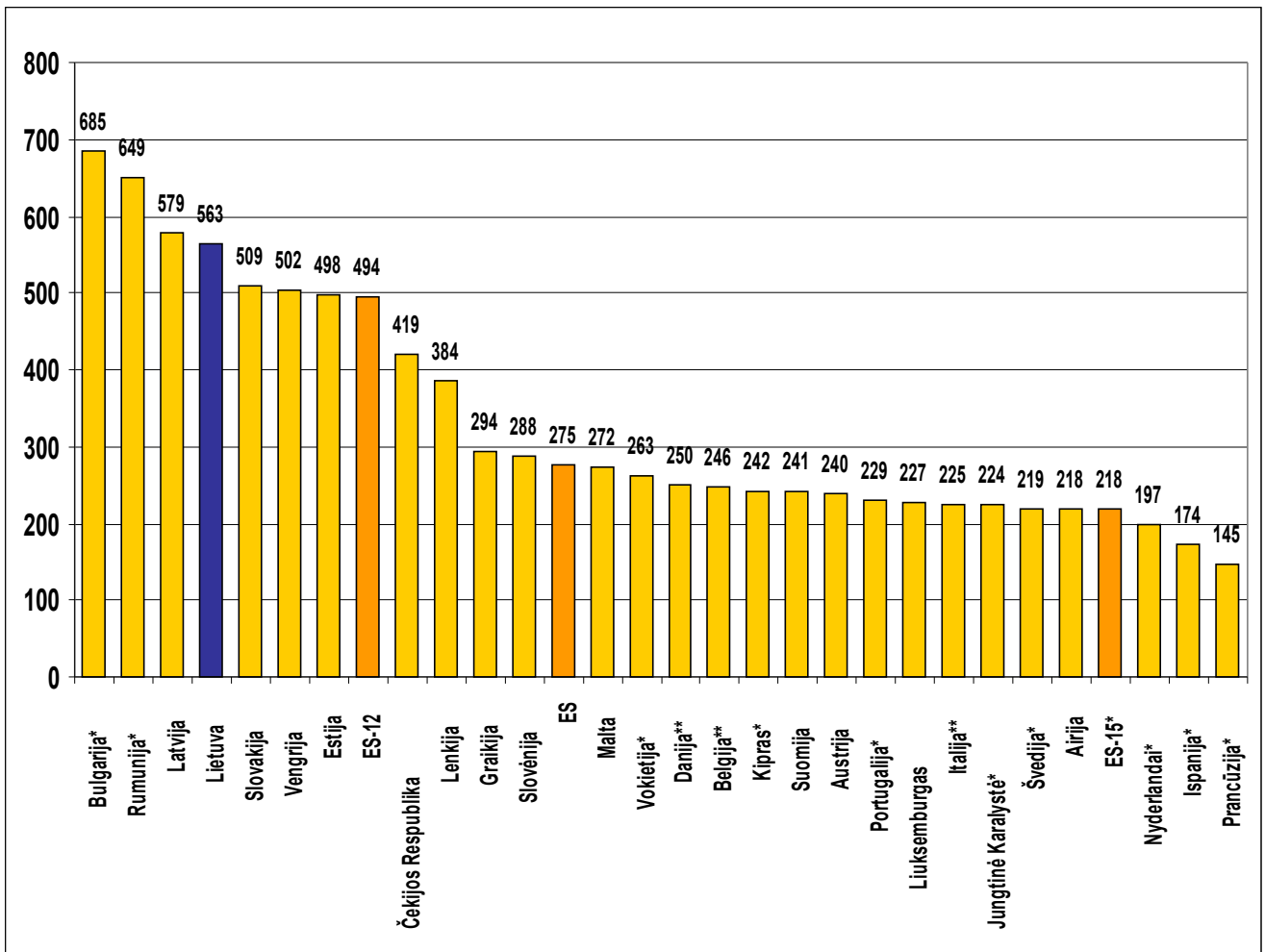
Moterys



24 pav. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų pasaulio šalyse 100000 gyventojų 2004 m.

Šaltinis: Amerikos širdies asociacija, - populiacijos (2004) (American Heart Association, statistical fact sheet – populations, 2004).

2005 m. Lietuvoje vyrų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų siekė 750,45/100000, moterų – 436,07/100000, kai tuo tarpu Europos Sąjungos šalyse vyrų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų buvo tik 320,02/100000, moterų – 207,62/100000 (Lietuvos sveikatos informacijos centras).



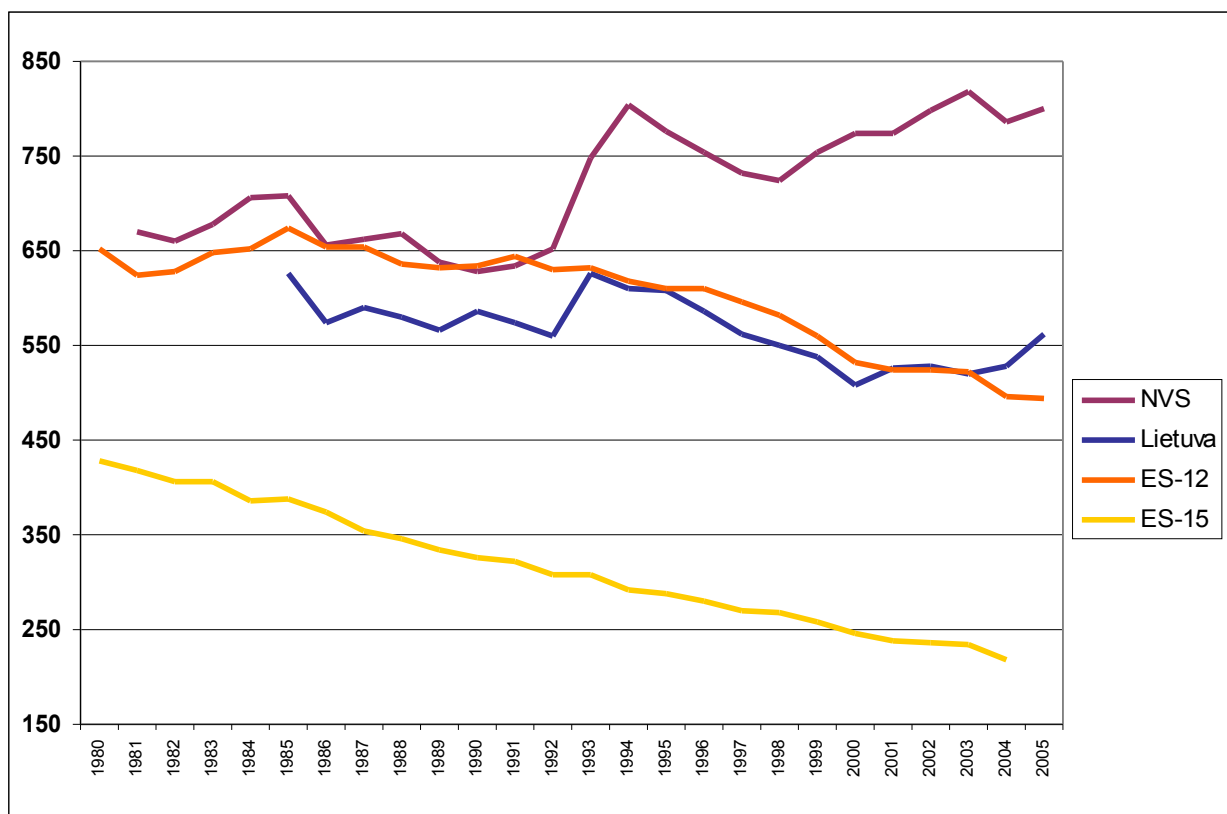
* - 2004 metai

** - iki 2004 metų

25 pav. Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų kraujotakos sistemos ligomis ES šalyse

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras, Studija 2007

Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų kraujotakos sistemos ligoms ES šalyse 2005 metais buvo didžiausias Bulgarijoje (25 pav.) ir siekė 685/100000 gyventojų. Lietuva pagal šį rodiklį yra ketvirtoje vietoje. Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų kraujotakos sistemos ligoms Lietuvoje buvo 563/100000 gyventojų. Mažiausi standartizuoto mirtingumo rodikliai 100000 gyventojų kraujotakos sistemos ligoms buvo Ispanijoje ir Prancūzijoje, 174/100000 ir 145/100000 gyventojų atitinkamai.

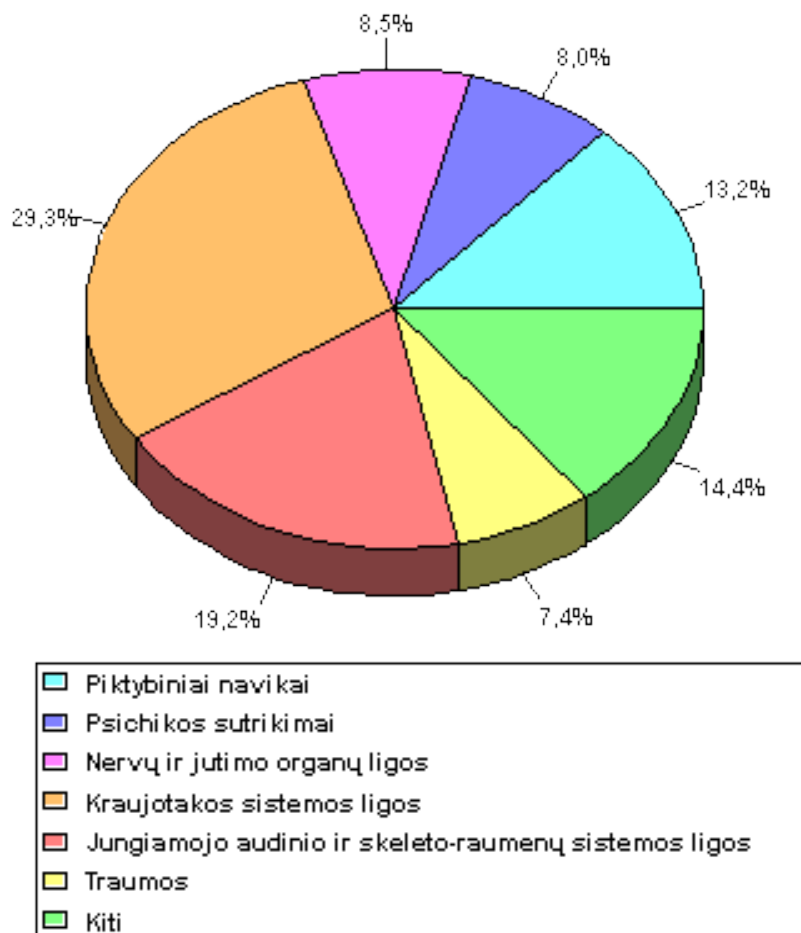


26 pav. Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų kraujotakos sistemos ligoms ES šalyse 1998-2005 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras, Studija 2007

Standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų kraujotakos sistemos ligoms 1993-2000 metais kiek mažėjo ir vėl augo iki 2005 metų (26 pav.). Nepriklausomų valstybių Sandraugos standartizuoto mirtingumo rodiklis 100000 gyventojų kraujotakos sistemos ligoms buvo žymiai aukštesnis už Lietuvos ir 2005 metais siekė 800/100000 gyventojų.

Valstybinės medicininės socialinės ekspertizės komisijos duomenimis, 2004 m. Lietuvoje pirminio invalidumo struktūroje kraujotakos sistemos ligos sudarė 29,3 proc. (27 pav.).



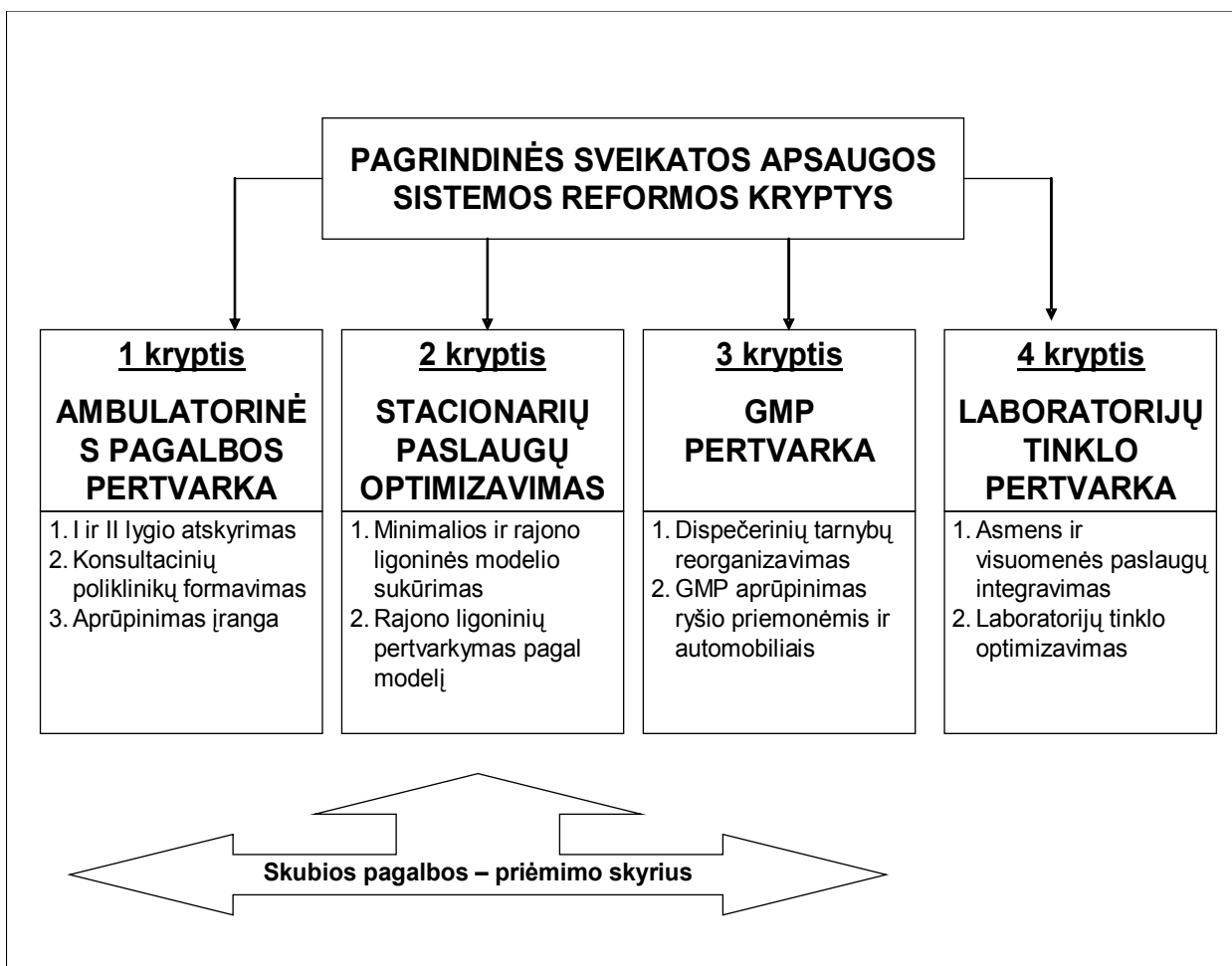
27 pav. Pirmą kartą pripažintų invalidais pasiskirstymas pagal ligas Lietuvoje 2004 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos statistika 2004. (2005). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius.

Pastangos, skirtos visuomenės sveikatai gerinti, pirmiausia turi būti paremtos žiniomis apie tų ligų rizikos veiksnius. Dabar jau pakankamai gerai žinomi veiksniai, kurie didina riziką susirgti miokardo infarktu ar mirti nuo išeminės širdies ligos. Šie duomenys buvo gauti, vykdant plačius vienkartinius ir ilgalaikius (kohortinius) epidemiologinius tyrimus daugelyje pasaulio šalių, tarp jų ir Lietuvoje. Tai rūkymas, arterinė hipertenzija, padidėjęs cholesterolio kiekis kraujyje, žemas fizinis aktyvumas, įtemptas gyvenimo būdas, cukrinis diabetas.

3.2. Lietuvos nacionalinė sveikatos politika širdies ir kraujagyslių ligų atžvilgiu

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos reforma apima 4 pagrindines kryptis: ambulatorinės pagalbos pertvarka, stacionarių paslaugų optimizavimas, greitosios medicinos pagalbos pertvarka, laboratorijų tinklo pertvarka (pav. 28) (Misevičienė I., 2002).



28 pav. Pagrindinės sveikatos apsaugos sistemos reformos kryptys

Šaltinis: Europos Sąjungos struktūrinių fondų paramos prioritetai Lietuvos sveikatos apsaugos srityje 2007-2013 m. Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos posėdis 2005/12/22.

Pagal Lietuvos 2004-2006 metų bendrąjį Programavimo Dokumentą Sveikatos priežiūros įstaigos restruktūrizuojamos šiomis prioritetinėmis kryptimis:

Ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtra (prioritetas teikiamas bendrosios praktikos paslaugų plėtrai, ypač kaimo vietovėse, tyrimų ir gydymo paslaugų apimties didinimui ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigose; daugiau dėmesio skiriama ligų prevencijai).

Stacionarių paslaugų optimizavimas ir alternatyviųjų veiklos formų plėtra (stacionarių paslaugų apimties ir struktūros optimizavimas, derinant jas su pacientų poreikiais; gydymo proceso intensyvinimas; dienos stacionaro paslaugų plėtra; ambulatorinių konsultacinių paslaugų plėtra stacionariose sveikatos priežiūros įstaigose).

Medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra, daugiausia dėmesio skiriant pagyvenusių ir senyvo amžiaus žmonių sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui.

Restruktūrizavimas vykdomas sujungiant ar skaidant atitinkamas sveikatos priežiūros įstaigas arba jų struktūrinius padalinius. Ligoninių veiklos pagal ligų gydymo profilius tęstinumas bus grindžiamas gyventojų sergamumo rodikliais, sveikatos priežiūros įstaigų turimais materialiniais, finansiniais, žmoniškaisiais išteklių ir efektyvumo rodikliais.

Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas teikia ir viešojo administravimo funkcijas savivaldybėse teikiantys Visuomenės sveikatos priežiūros centrai. Teikiamos sveikatos stebėsenos ir stiprinimo, įvairių sveikatos stiprinimo programų įgyvendinimo paslaugos. Visuomenės sveikatos priežiūra savivaldybėse vis dar nėra prioritetinga sritis. Užsienio šalių patirtimi visuomenės sveikatos specialistai galėtų daug prisidėti prie širdies-kraujagyslių ligų rizikos veiksnių išaiškinimo visuomenei ir sveikos gyvensenos propagavimo (Lietuvos 2004-2006 metų Bendrasis Programavimo Dokumentas).

Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos reforma remiasi kokybės politika. Kokybės politika – teikti pacientams prieinamą, savalaikę, lygiateisišką, pilnavertę, efektyvią, patikimą ir saugią kokybės standartus atitinkančią sveikatos priežiūrą ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo, slaugos ir reabilitacijos srityse (Janušonis V., 2004). Ši politika apima profesines ir administravimo paslaugas.

Numatytos Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšas panaudoti šiems uždaviniams spręsti (29 pav).

2007-2013 m. ES struktūrinių fondų lėšų panaudojimas sveikatos sektoriuje

Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumas, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimas

Sveikatinimo veiklos tobulinimas, sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimas

- Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas – tęstinis projektas;
- Mirtingumo ir neįgalumo nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimas;
- Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimas;
- Ankstyva vėžinių susirgimų diagnostika ir visavertis gydymas.

29 pav. Planuojamas Europos Sąjungos struktūrinių fondų panaudojimas

Šaltinis: Europos Sąjungos struktūrinių fondų paramos prioritetai Lietuvos sveikatos apsaugos srityje 2007-2013 m. Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos posėdis 2005/12/22.

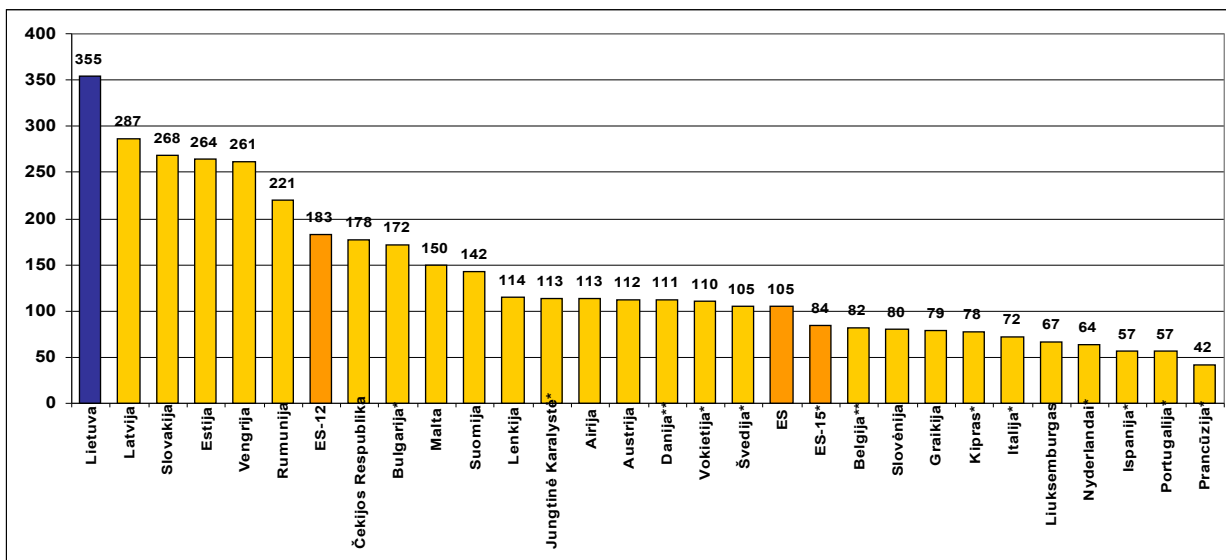
Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas yra tęstinis projektas. Sukurti efektyvią sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo strategiją yra atsakingas ir nelengvas uždavinys.

3.3. Širdies ir kraujagyslių sistemos ligos – prioritetinė sveikatos priežiūros sritis

Kodėl pasirinktas prioritetas širdies ir kraujagyslių ligos?

- pagrindinė mirties priežastis Lietuvoje (54,5 proc.) visų mirusiųjų;
- Lietuvoje nuo širdies ir kraujagyslių ligų miršta beveik dvigubai daugiau žmonių, negu Europos Sąjungos šalyse senbuvėse;
- Labiausiai paplitusios ligos- vainikinių arterijų trombozė ir smegenų kraujotakos sutrikimas- sudaro 2/3 visų mirčių nuo širdies ligų atvejų, šioms ligoms skiriama 47 proc. visų išlaidų;
- Lietuvos sveikatos apsaugos sistema- paskutinioji tarp Europos Sąjungos šalių.

Remiantis duomenimis apie rizikos veiksnius, pradėtos vykdyti eksperimentinės, o vėliau ir nacionalinės svarbiausių širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos programos (Domarkienė, 2000). Šios programos ir kitos poveikio priemonės lėmė pagrindinių rizikos veiksnių plitimo mažėjimą kai kurių šalių populiacijose. Šiais pokyčiais dažniausiai aiškinamas bendrojo mirtingumo bei mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažėjimas JAV, daugelyje Vakarų Europos bei kai kuriose Azijos šalyse. Tuo tarpu Rytų Europos valstybėse, taip pat ir Lietuvoje, oficialiosios mirtingumo statistikos duomenimis, šie rodikliai pastaraisiais dešimtmečiais nemažėja.



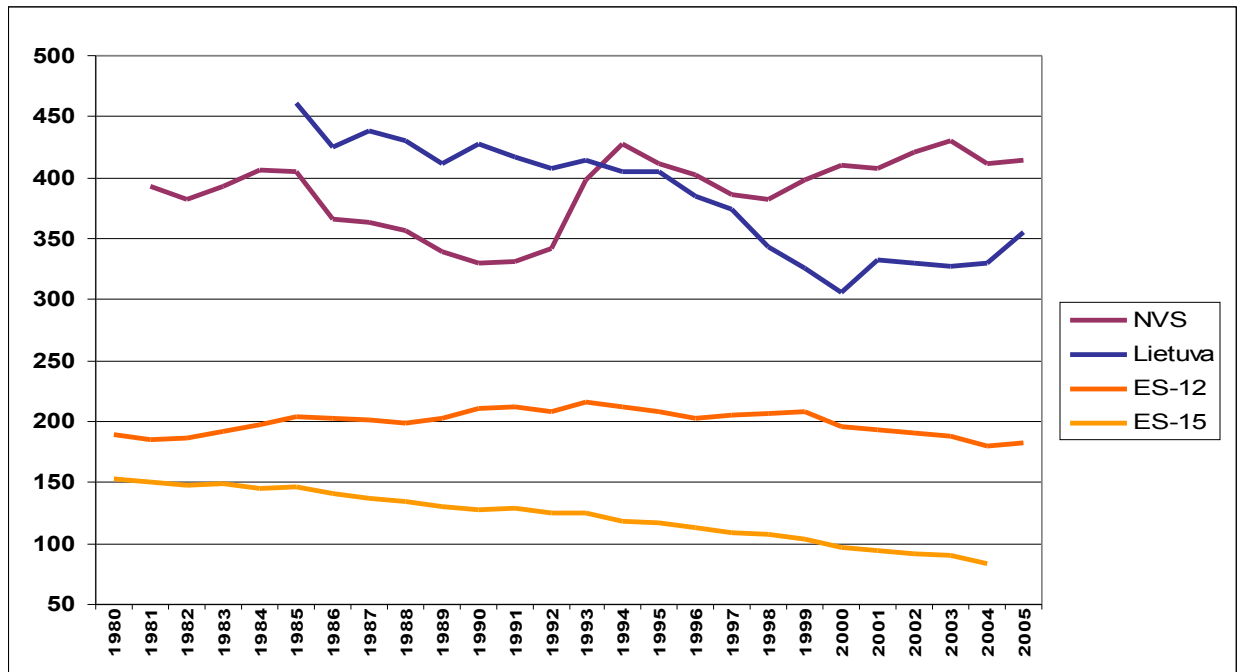
* - 2004 metai

** - iki 2004 metų

30 pav. Standartizuoto mirtingumo rodiklis išeminei širdies ligai 100000 gyventojų ES šalyse 2005 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras, Studija 2007

Lietuvoje standartizuoto mirtingumo rodiklis išeminei širdies ligai 100000 gyventojų 2005 metais buvo aukščiausias tarp Europos Sąjungos šalių ir siekė 355/100000gyventojų (33 pav.)

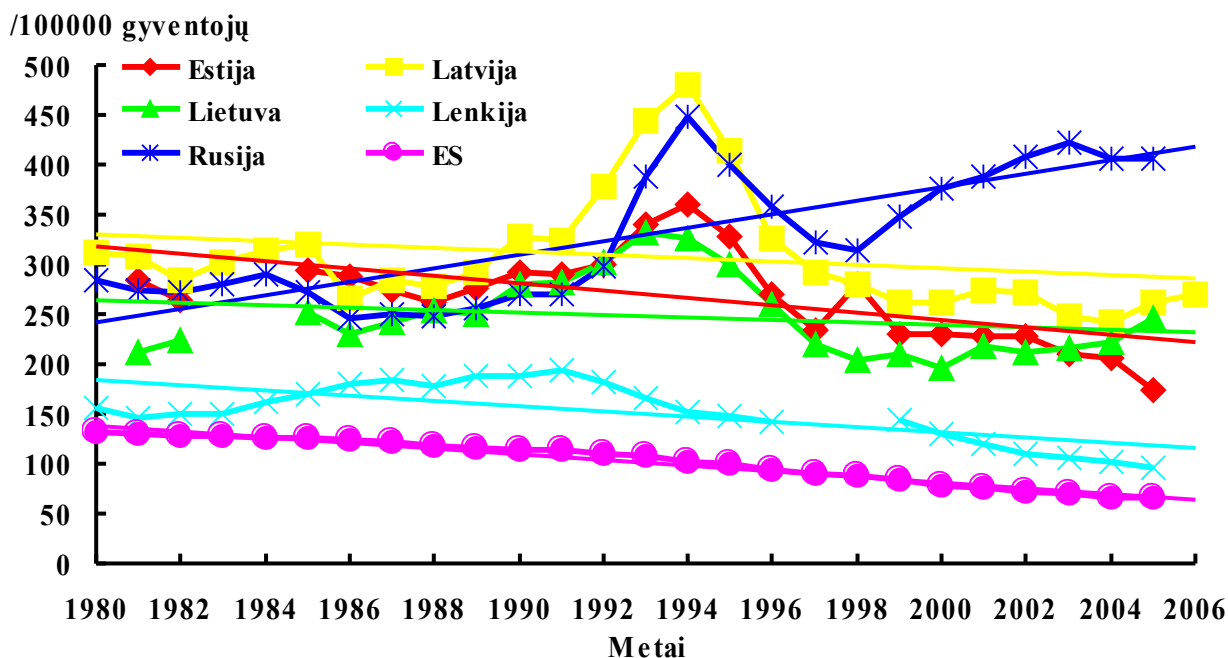


31 pav. Standartizuoto mirtingumo rodiklis išeminei širdies ligai 100000 gyventojų ES šalyse 1980-2005 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras, Studija 2007

Lietuvoje standartizuoto mirtingumo rodiklis išeminei širdies ligai 100000 gyventojų 2000 metais buvo sumažėjęs iki 310/100000, tačiau vėliau augo, ženkliai pralenkdamas Europos Sąjungos vidurkį (31 pav.). Tačiau Nepriklausomų Valstybių Sandraugos standartizuoto mirtingumo rodiklis išeminei širdies ligai 100000 gyventojų nuo 1994 metų yra aukštesnis, palyginus su šiuo Lietuvos rodikliu.

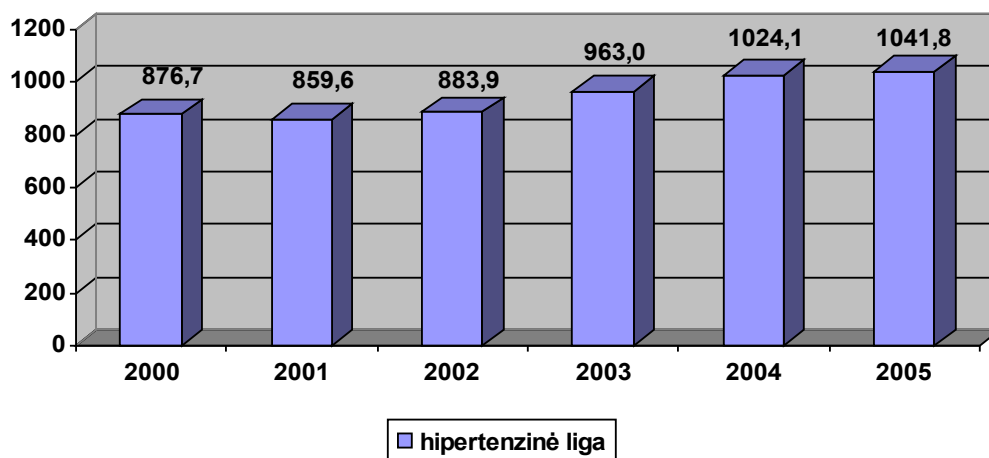
1994 metais vyrų mirtingumas nuo IŠL 100000 gyventojų kai kuriose buvusios Tarybų Sąjungos valstybėse buvo pats aukščiausias (32 pav.). Lietuvoje šis rodiklis buvo žemesnis, palyginus su Estija, Rusija ir Latvija, bet aukštesnis, palyginus su ES vidurkiu.



32 pav. 25-64 m. vyrų mirtingumas nuo IŠL 100000 gyventojų

Šaltinis: Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos ekonomikos centras, Studija 2007

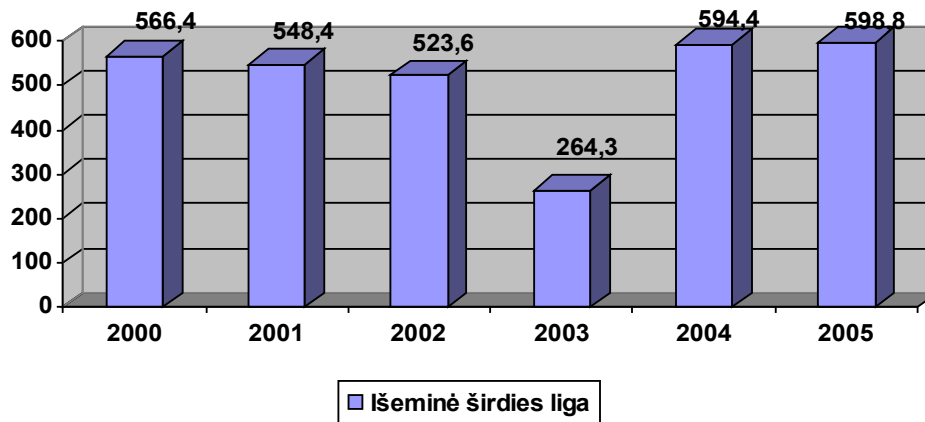
Arterinė hipertenzija yra vienu iš svarbiausių išeminės širdies ligos rizikos veiksnių. Arterinės hipertenzijos korekcijos galimybės remiasi nemedikamentiniais ir medikamentiniais gydymo būdais. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, paskutiniaisiais metais Lietuvoje sergamumas hipertenzine liga didėja (33pav.), todėl arterinio kraujo spaudimo reguliavimas galėtų būti vienu iš sergamumo širdies ir kraujagyslių ligomis mažinimo strategijos uždavinių.



33 pav. Sergamumas hipertenzine liga Lietuvoje 2000-2005 m. (100000 gyventojų)

Šaltinis: Lietuvos sveikatos statistika 2005 (2006). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius.

Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvoje 2000-2005 m. kito ir sergamumas išemine širdies liga (34 pav.). 2002-2003 metais jis buvo kiek sumažėjęs, tačiau 2004-2005 m. vėl išaugo.



34 pav. Sergamumas išemine širdies liga Lietuvoje 2000-2005 m. (100000 gyventojų)

Šaltinis: Lietuvos sveikatos statistika 2005 (2006). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius.

2005 m. Lietuvos Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos posėdyje numatytos gairės sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimui (35 pav.), kurių pagrindą sudaro šiuolaikinių informacinių technologijų diegimas, kompleksinė kardiologinės sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūros plėtra, diagnostikos paslaugų plėtra.

Sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas



35 pav. Sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo gairės (2007-2013 m. sanglaudos skatinimo veiksmų programa)

Šaltinis: Europos Sąjungos struktūrinių fondų paramos prioritetai Lietuvos sveikatos apsaugos srityje 2007-2013 m. Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos posėdis 2005/12/22.

Pagal Lietuvos 2004-2006 metų Bendrąjį Programavimo Dokumentą viena iš prioritetinių krypčių yra sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimas. Šioje srityje numatoma tobulinti kardiologinės sveikatos priežiūros sistemą ir šias paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, stiprinti ligų prevenciją ir gydymą, plėtoti konsultacines ir diagnostikos paslaugas visose sveikatos priežiūros sistemos grandyse, optimizuoti ir modernizuoti stacionarios pagalbos tinklą regionuose, subalansuojant pacientų srautus, ir gerinti specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą Lietuvos gyventojams. Įgyvendinant numatytas nuostatas parama teikiama Lietuvos rytinių ir pietrytinių rajonų sveikatos priežiūros įstaigoms. Šis regionas pasižymi didelio sergamumo bei mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodikliais ir turi daug socialinių ekonominių problemų.

Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, planuojama modernizuoti ir plėtoti bendrosios praktikos gydytojų (BPG) paslaugų tinklą kaimiškose ir atokiose vietovėse. Parama teikiama BPG kabinetų infrastruktūrai atnaujinti ir kompiuterizuoti, naujoms technologijoms bei medicinos įrangai diegti ir naujoms pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms bendrosios praktikos gydytojo paslaugas, steigti.

Šiuolaikinės duomenų perdavimo sistemos ir priemonės turėtų užtikrinti efektyvesnes informacijos keitimosi galimybes, konsultacijų prieinamumą ir įgalinti laiku teikti kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas. Ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų modernizavimui ir racionaliai plėtrai skiriama finansinė parama sąlygotų ne tik sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerėjimą, bet ir naujų darbo vietų kūrimą, investicijų pritraukimą. Veikla bus nukreipta šalies pietiniams ir vakariniams rajonams, kur pirminės sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūra neužtikrina subalansuotų BPG paslaugų kaimo gyventojams (Lietuvos 2004-2006 metų Bendrasis Programavimo Dokumentas).

Ekonomiškai išsivysčiusiose šalyse taikomi įvairūs išeminės širdies ligos gydymo strateginiai modeliai. Cooper, 2006 pažymi, kad Jungtinėje Karalystėje sukurti įvairių gydymo strategijų kainos įvertinimo modeliai, kiti modeliai vertina galimybes ir resursų planavimą, tretis numato ligos dažnį būsimoje populiacijoje, modeliuojamos įvairių sveikatos intervencijų technologijos. Terry, 2005 aprašo simuliacijos modelius. Kuriami sveikatos priežiūros strategijos scenarijai, kurie „veikia“ pagal tam tikrą proceso filosofiją, panašiai kaip yra pramonėje. Neretai į ligų diagnostiką ir gydymą, planuojant pvz.: lovų skaičių ligoninėse, žiūrima kaip į sveikatos priežiūros pramonę, siekiant pelno (Elif, 2006). Mark, 2005 aprašo vadybos strategijas, mažinančias laukimo eilėse dienų skaičių, siekiant patekti į ligoninę.

4. TYRIMO METODIKA

Pirminiai duomenys apie ligų atvejų skaičių bei lėšas, skirtas paslaugų apmokėjimui Šiaulių apskrities stacionarinėse ir ambulatorinėse gydymo įstaigose, buvo gauti iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) ir Šiaulių teritorinės ligonių kasos (TLK) duomenų bazių (1 priedas).

ASPI suteiktų stacionarinių paslaugų apskaitą vykdo vadovaujantis LR SAM 1998 11 26d. įsakymu Nr.687 “Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo”. ASPI ligoniui, patekusiam į ligoninę, užvedama stacionarinių paslaugų statistinė apskaitos forma f066/a–KL “Išvykusio iš stacionaro asmens statistinė kortelė”. Išvykstant ligoniui, forma pateikiama įstaigos statistikos skyriui, kuris šią informaciją suveda į informacinę sistemą “Sveidra”. Informacinė sistema “Sveidra” suformuoja stacionarinių paslaugų ataskaitą – formą VLK 12ek ir formą VLK 04ek, kuriose pateikiamos visą tą mėnesį suteiktos stacionarinės paslaugos. Duomenys, įtraukti į informacinę sistemą “Sveidra” kompiuterinių tinklų pagalba patenka į Valstybinės ligonių kasos duomenų serverį. Mėnesio pabaigoje ASPI suformuotą ataskaitą ir sąskaitą – faktūrą pateikia Šiaulių TLK. Šiaulių TLK surinkusi ataskaitas iš visų ASPI, su kuriomis pasirašytos sutartys, nagrinėja jas, analizuoja ir suvestines pateikia Valstybinei ligonių kasai.

Į analizuojamą duomenų bazę buvo įtraukti visi asmenys, 2004-2007 m. kreipęsi įkardiologus ir gydęsi Šiaulių apskrities ligoninių stacionariniuose skyriuose bei ASPI.

Ligų kodavimui buvo taikyta 10-osios peržiūros Tarptautinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija (TLK-10). Šiame darbe buvo analizuoti tik tie ligos atvejai, kurių pagrindine ligos priežastimi buvo nurodyta nestabili krūtinės angina (KA) (TLK kodas I20.0), pirmasis gyvenime ūmus miokardo infarktas (MI) (TLK kodai I21).

Darbe panaudota pokalbiuose dalyvavusių ekspertų- VŠĮ Šiaulių apskrities ligoninės Generalinio direktoriaus P. Simavičiaus, šios ligoninės Intensyvios terapijos ir kardiologinės reanimacijos skyriaus vedėjo V. Sromovo bei II kardiologijos skyriaus vedėjo A.Andrulio- nuomonės.

4.1. Darbo metodai

4.1.1. Šiaulių apskrities ligoninės ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigos

Šiaulių apskrities gyventojams teikiamos pirminės, antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos ASPI (toliau ligoninės) ir PSPĮ. Šiaulių apskrities ligoninėse bei PSPĮ teikiama stacionarinė ir ambulatorinė daugiaprofilinė pagalba Šiaulių miesto ir Šiaulių rajono, o taip pat ir visos apskrities gyventojams. Buvo analizuota suteikta kardiologinė pagalba Šiaulių apskrities ASPI.

Daugiaprofilinėse ligoninėse – tai yra rajonų savivaldybių ligoninėse bei Šiaulių apskrities ligoninėje dalis paslaugų sutampa, dalis paslaugų skiriasi dėl savo sudėtingumo. Dėl šios priežasties diagnostinės ir gydomosios intervencinės kardiologijos stacionarinės paslaugos Šiaulių apskrities ligoninėje buvo išskirtos. Šios paslaugos yra aukštesnio lygio dėl savo sudėtingumo, brangumo bei reikalingos aukštesnės specialistų kvalifikacijos.

Buvo analizuoti ASPĮ, teikiančių kardiologinę pagalbą, t.y. prie ligoninių esančių ambulatorinių skyrių, duomenys – apmokamų kardiologinių paslaugų skaičius ir finansai, skirti joms apmokėti. Reikia pažymėti, kad Joniškėje ir Naujojoje Akmenėje ambulatorinė kardiologinė pagalba nėra teikiama (2 priedas).

4.1.2. Šiaulių apskrities ligoninių ir PSPĮ finansavimas

Daugumai stacionarinių paslaugų apmokėti Šiaulių apskrityje taikomas mokėjimas už gydymo atvejį (daugumai profilių). Taip pat taikomas ir mokėjimas už lovdienį (slaugai ir palaikomajam gydymui, atskiriems psichiatrijos, tuberkuliozės, kai kuriems kitiems profiliams), tačiau mes šių paslaugų savo darbe neanalizavome. Šiaulių apskrityje taikomas ir mokėjimas už atskiras paslaugas (vadinamosios brangios paslaugos bei procedūros: hemodializė, intervencinė diagnostinė ir gydomoji kardiologija, kompiuterinė tomografija, hiperbarinė oksigenizacija ir kt.). Mokėjimo už gydymo atvejį sistema Lietuvoje yra tobulinama atliekant paslaugų aprašymą (detalizavimą) ir didinant stacionaro profilių skaičių.

4.2. Statistinė duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojant standartinius statistinių programų paketus Excel 2003 ir SPSS 13.0.

Stacionarinis sergamumas (*SS*) – tai išrašytų iš stacionaro ligonių skaičius per tam tikrą laikotarpį tam tikros teritorijos gyventojų. Į išrašytų iš stacionaro ligonių skaičių įtraukiami išvykę iš stacionaro ir mirę ligoniai:

$$SS = \frac{\text{išrašytų iš stacionaro ligonių skaičius}}{\text{vidutinis metinis gyventojų skaičius}} \times 1000$$

Nagrinėjant du dydžius *x* ir *y*, svarbu nustatyti jų priklausomybės pobūdį; tai svarbu prognozių atvejais, kai remdamiesi vienu dydžiu, turime įvertinti (prognozuoti) kitą. Į šį klausimą atsako vadinamosios regresijos tiesės, rodančios, kaip dydis *y* priklauso nuo dydžio *x*. Matematinės statistikos metodais įrodoma, kad regresijos tiesių lygtys yra:

$$y - \bar{y} = r \frac{s_y}{s_x} (x - \bar{x}) \quad y \text{ regresijos tiesė } x \text{ atžvilgiu,}$$

$$x - \bar{x} = r \frac{s_x}{s_y} (y - \bar{y}) \quad x \text{ regresijos tiesė } y \text{ atžvilgiu (Čekanavičius V.-2002m.,}$$

Sakalauskas V. 1998m.; Sapagovas J. 2000).

Mūsų darbe analizuotam stacionariniam sergamumui, lėšų, tenkančių vienam savivaldybės gyventojui bei vieno atvejo kainos pokyčių per 2004 m. – 2007 m. kryptims nustatyti bei prognozavimui buvo naudota tiesinė regresinė analizė. Stacionarinio sergamumo rodiklių pokyčių kryptys buvo analizuojamos logaritminės regresijos metodu, o gauti regresijos koeficientai, padauginti iš 100, pateikiami kaip vidutinis metinis pokytis.

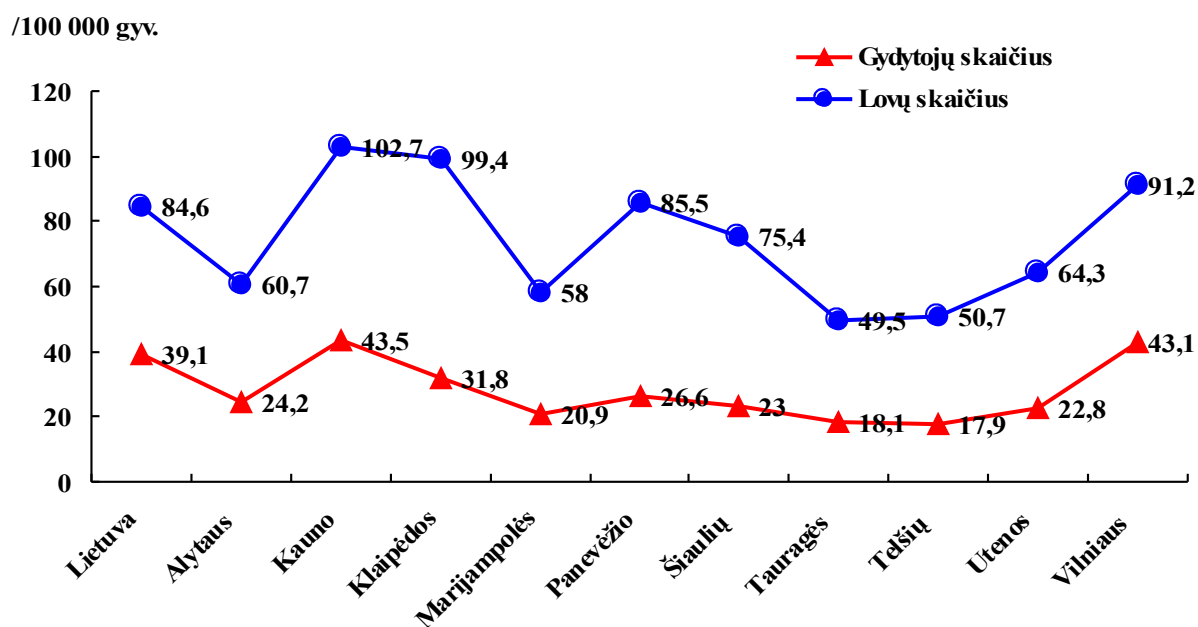
Regresijos krypties koeficiento reikšmių patikimumo įvertinimui naudotas parametrinio tipo lyginamasis Stjudento t kriterijus. Tikrinant atskirų požymių grupių statistinių rodiklių – dažnumų – lygybės hipotezes, ir nustatčius, kad $p < 0,01$, lygybės hipotezė buvo atmetama ir požymis kito analizuojamo rodiklio atžvilgiu, laikytas kaip labai statistiškai reikšmingas. Kai $0,01 < p < 0,05$, lygybės hipotezė buvo atmetama, ir požymis laikytas kaip statistiškai reikšmingas. O kai $p > 0,05$, lygybės hipotezė neatmetama, ir požymis, apibūdinantis grupes, laikytas kaip statistikai nereikšmingas (Čekanavičius V.-2002m., Sakalauskas V.1998m.).

5. TYRIMO REZULTATŲ ANALIZĖ

5.1. Kai kurie sveikatos priežiūros ir širdies ir kraujagyslių sistemos susirgimų rodikliai Šiaulių apskrityje

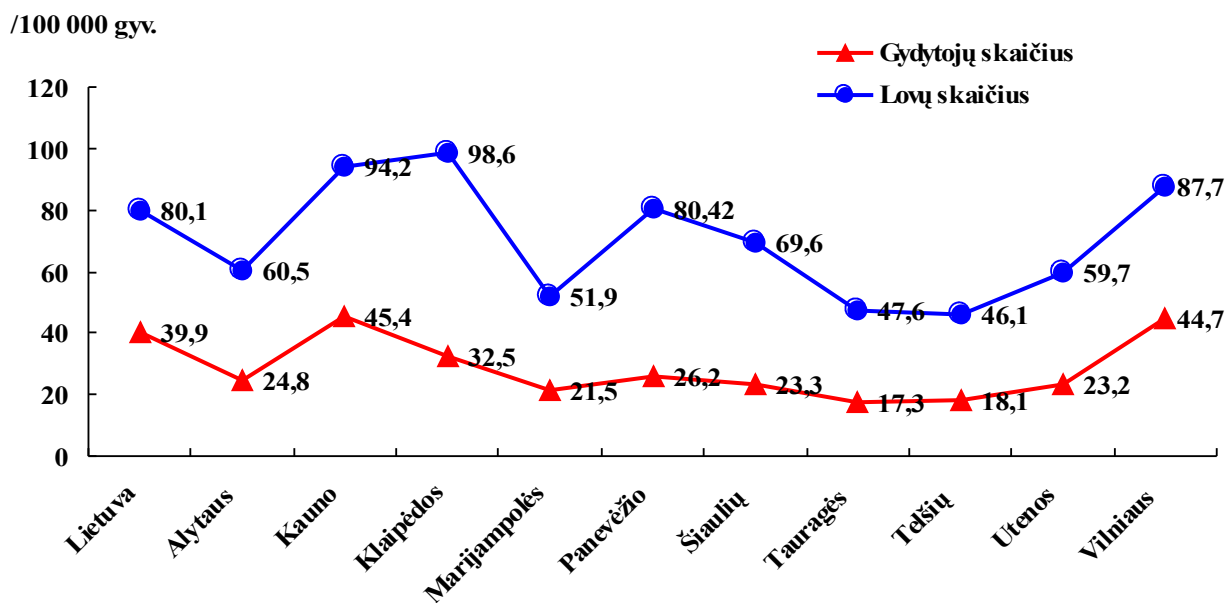
2004 m. Lietuvoje buvo 39,1 gydytojo/100000 gyventojų (36 pav.), 2005 m. jau 40,1 gydytojo/100000 gyventojų, o 2006 m. 39,9 gydytojo/100000 gyventojų (37 pav.). Šiaulių apskrityje 2004 m. buvo 23 gydytojai/100000 gyventojų, o 2005 m. šis rodiklis sumažėjo iki 22,6, 2006 m. iki 23,3 gydytojo/100000 gyventojų (36-37 pav.) Lietuvos vidurkis 2006 m. buvo 39,9 gydytojo/100000 gyventojų. Taigi, Šiaulių apskrityje yra mažesnis gydytojų skaičius, palyginus su Lietuvos vidurkiu, ir ypač kai kuriomis apskritimis – Kauno, Vilniaus, Klaipėdos, Panevėžio.

Šiaulių apskritis 2004 m. atsiliko ir pagal lovų skaičių 100000 gyventojų. Jei Lietuvos vidurkis buvo 84,6 lovos, tai Šiaulių apskrityje – 75,4.



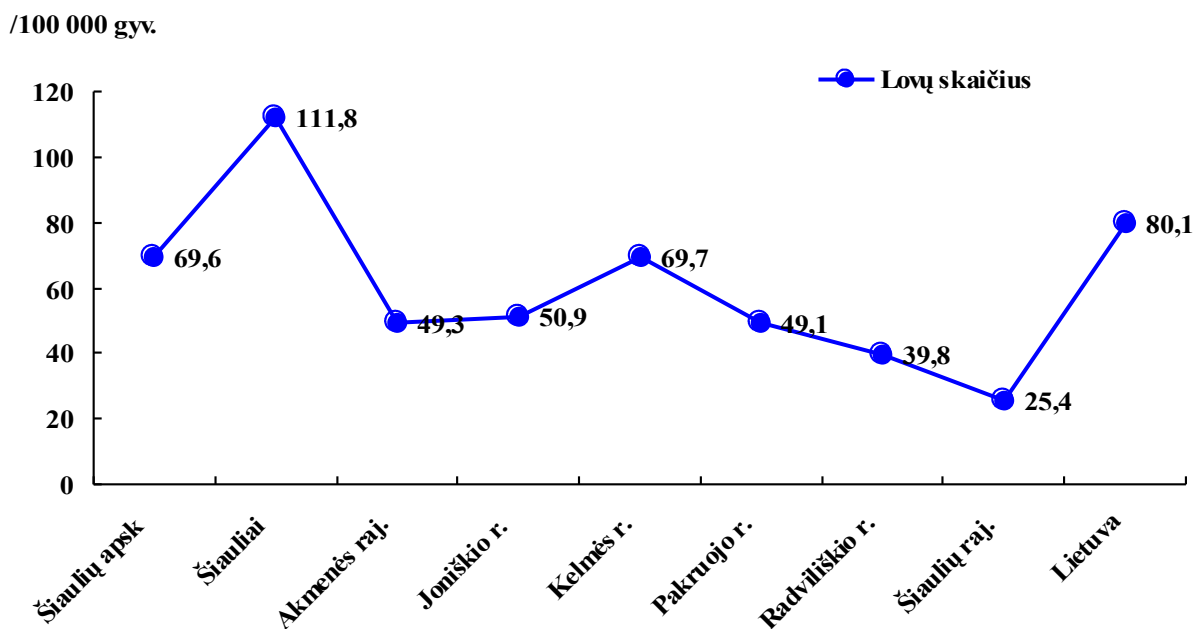
36 pav. Lovų ir gydytojų skaičius 100 000 gyventojų Lietuvos apskrityse 2004 m.

Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 2004 m. (2005). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius.



37 pav. Lovų ir gydytojų skaičius 100 000 gyventojų Lietuvos apskrityse 2006 m.

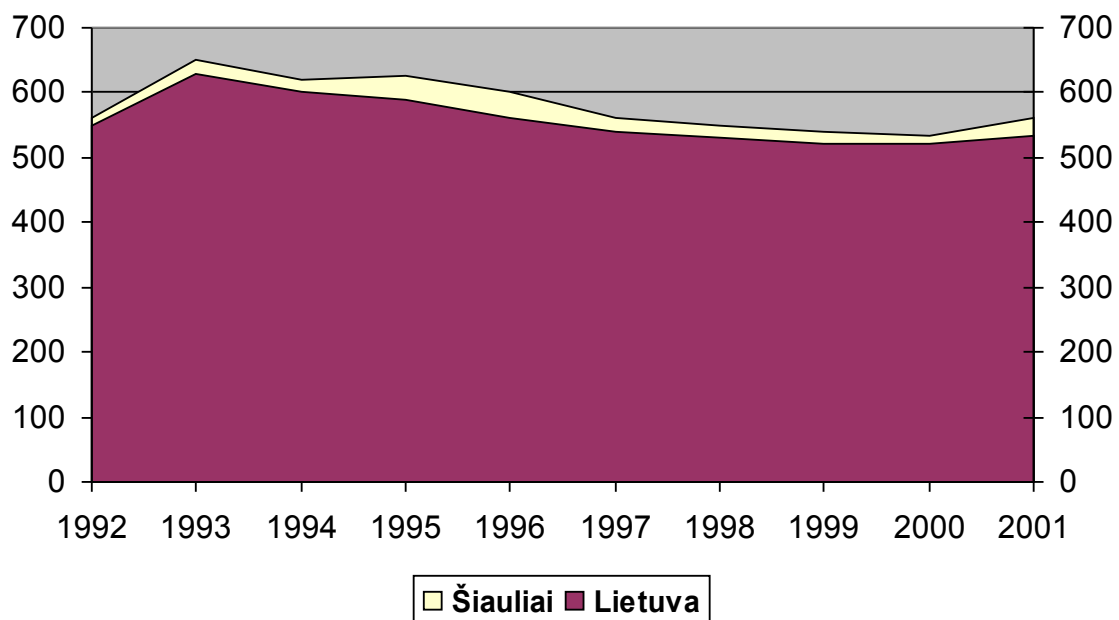
Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 2006 m. (2007). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius



38 pav. Lovų skaičius 100 000 gyventojų Šiaulių apskrityje 2006 m.

Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 2006 m. (2007). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius

Pateikiame lovų skaičiaus 100000 gyventojų analizę Šiaulių apskrityje 2006 m. (38 pav.). Nors Šiaulių apskrityje lovų skaičius 100000 gyventojų nesiekia Lietuvos vidurkio, tačiau Šiaulių mieste lovų skaičius yra net 111,8 /100000 gyventojų.



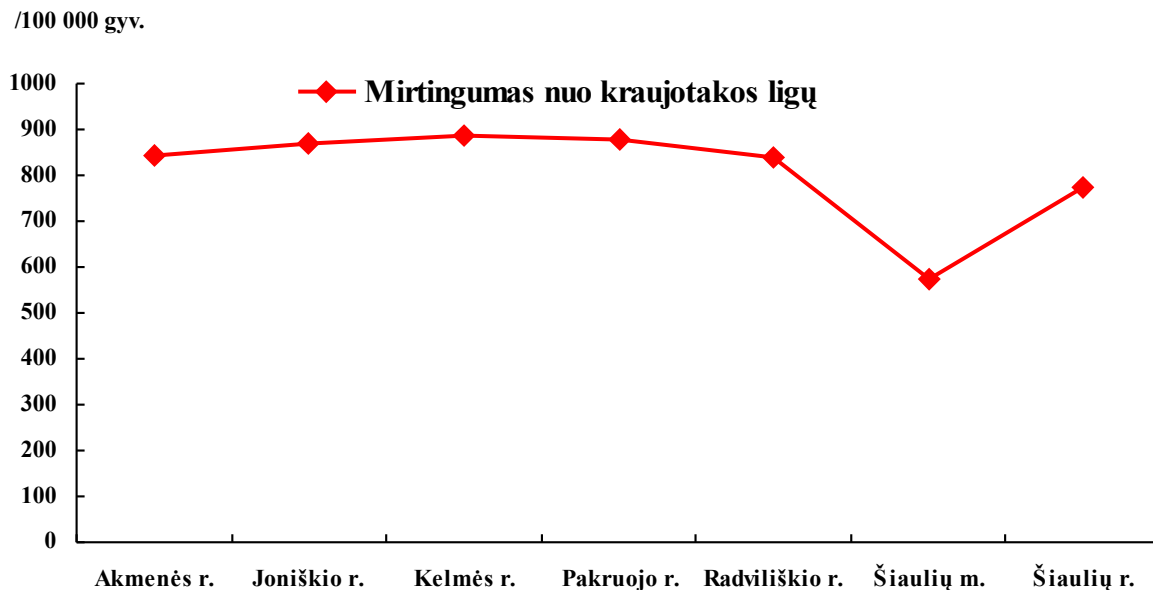
39 pav. Standartizuotas mirtingumas dėl kraujo apytakos sistemos ligų 100000 gyventojų Lietuvoje ir Šiaulių regione 1992-2001 m.

Šaltinis: Lietuvos Sveikatos informacijos centras

1992-2001 m. laikotarpyje standartizuotas gyventojų mirtingumas dėl kraujo apytakos sistemos ligų (100000 gyventojų) Šiauliuose buvo aukštesnis negu visoje Lietuvoje (39 pav.).

Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, 2004 m. mirtingumas nuo širdies-kraujagyslių ligų Lietuvoje sudarė 655,8/100000 gyventojų, tuo tarpu Šiaulių regione – 680,7/100000. 2005 m. mirtingumas nuo širdies-kraujagyslių ligų išaugo dar labiau: Lietuvoje – 697,7/100000 gyventojų, Šiaulių regione -745,6/100000.

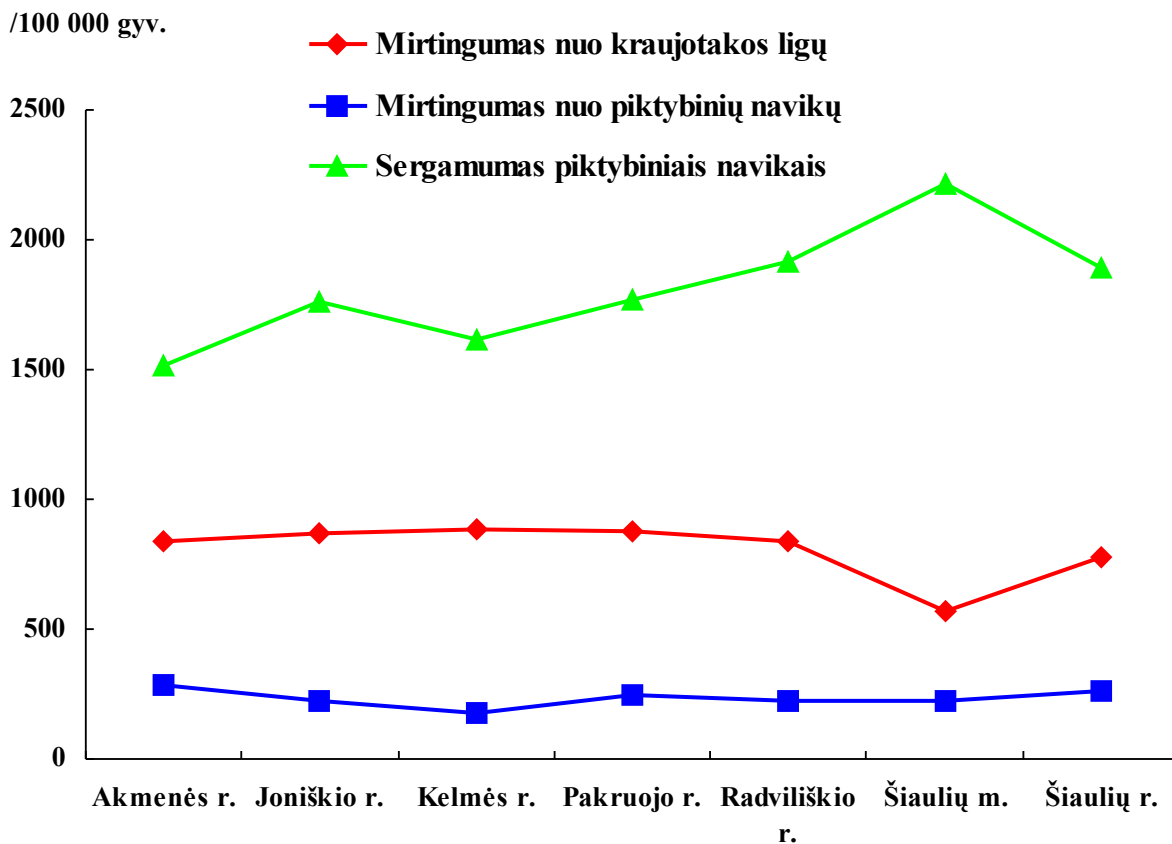
Pateikėme mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų analizę Šiaulių apskrityje 2004 m. Matome, kad visose Šiaulių apskrities rajonuose mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų buvo aukštesnis, palyginus su Lietuvos vidurkiu (655,8 / 100000 gyventojų), išskyrus patį Šiaulių miestą, kur mirtingumas nuo kraujotakos ligų 2004 m. sudarė 572 / 100000 gyventojų (40 pav.)



40 pav. Mirtingumas nuo kraujotakos ligų Šiaulių apskrityje 2004 m.

(Lietuvos Sveikatos informacijos centras)

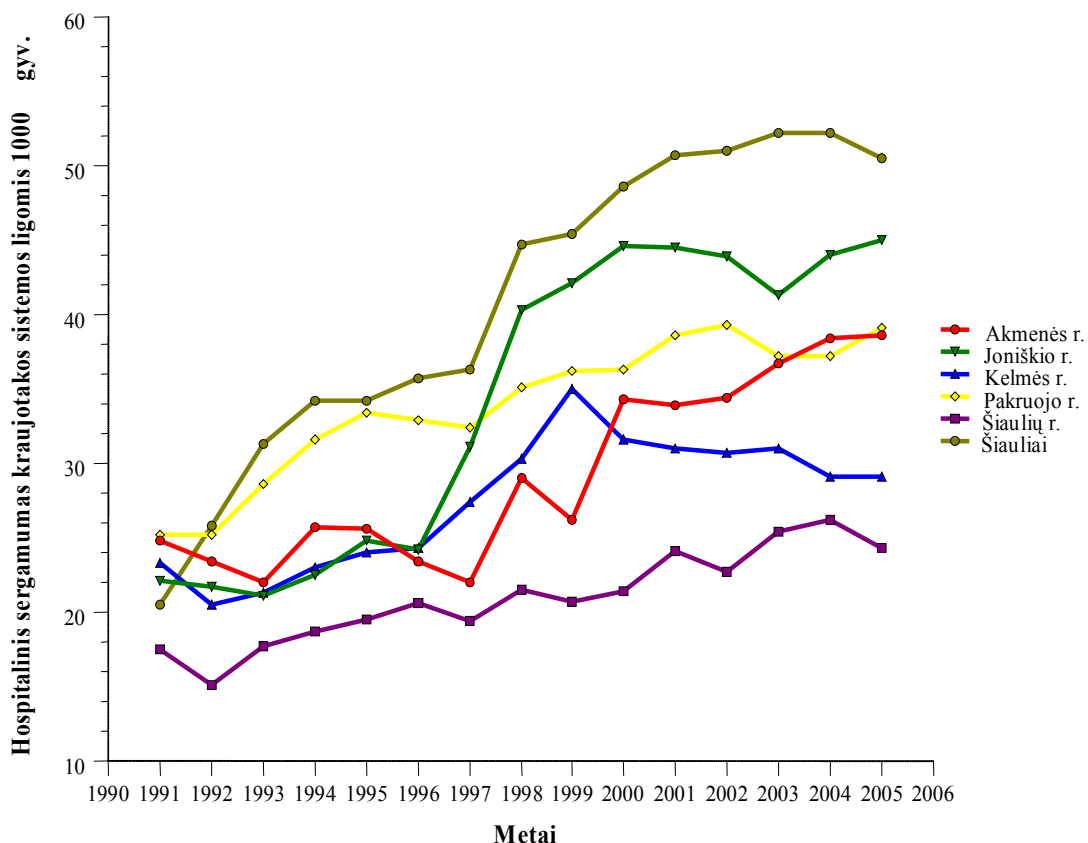
Šaltinis: Lietuvos sveikatos statistika 2004 (2005). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius.



41 pav. Sergamumas ir mirtingumas Šiaulių apskrityje 2004 m.

Šaltinis: Lietuvos sveikatos statistika 2004 (2005). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius.

Palyginimui pateikėme sergamumo ir mirtingumo nuo piktybinių navikų Šiaulių apskrityje rodiklius (41 pav.). Matome, kad šis sergamumo piktybiniais navikais rodiklis Šiaulių mieste buvo didesnis, palyginus su kitais Šiaulių apskrities rajonais.

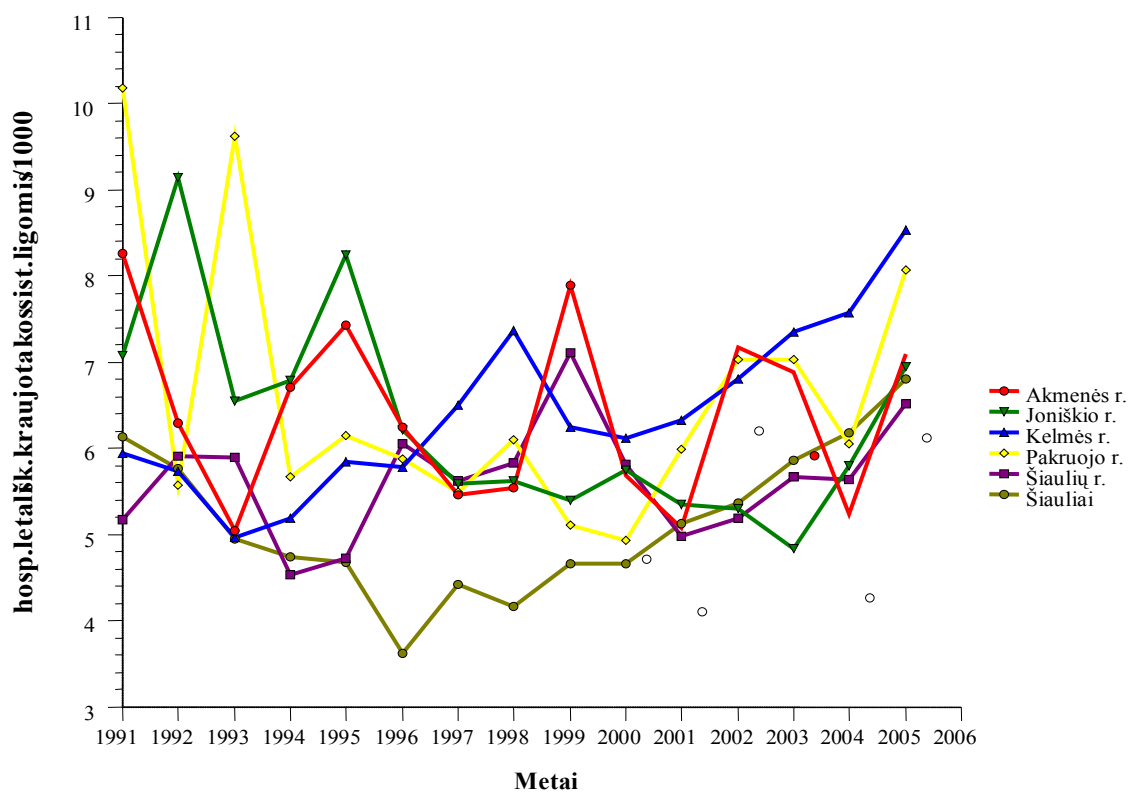


42 pav. Hospitalinis sergamumas kraujotakos sistemos ligomis 1000 gyventojų Šiaulių apskrityje 1990-2005 m.

Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 2006 m. (2007). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius

Lietuvos Sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvoje hospitalinis sergamumas kraujotakos sistemos ligomis augo nuo 41/1000 gyventojų 2000 metais, iki 43,7/1000 gyventojų – 2003 metais, ir 45,7/1000 gyventojų – 2005 m.

Išanalizavome hospitalinį sergamumą kraujotakos sistemos ligomis Šiaulių apskrityje 1990 – 2005 m. (42 pav.). Matome, kad Šiaulių miesto ir Joniškio rajono hospitalinis sergamumas 1000 gyventojų 2005 m. buvo aukštesnis, palyginus su Lietuvos vidurkiu. Tuo tarpu, Šiaulių ir Kelmės rajonuose hospitalinis sergamumas 1000 gyventojų 2005 m. buvo žemesnis, palyginus su Lietuvos vidurkiu.



43 pav. Hospitalinis letališkumas kraujotakos sistemos ligomis Šiaulių apskrityje 1991- 2006 m.

Šaltinis: Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 2006 m. (2007). Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius

Hospitalinis letališkumas kraujotakos sistemos ligomis 2006 m. Šiaulių mieste buvo mažesnis negu Kelmės, Pakruojo ir Akmenės rajonuose (43 pav.).

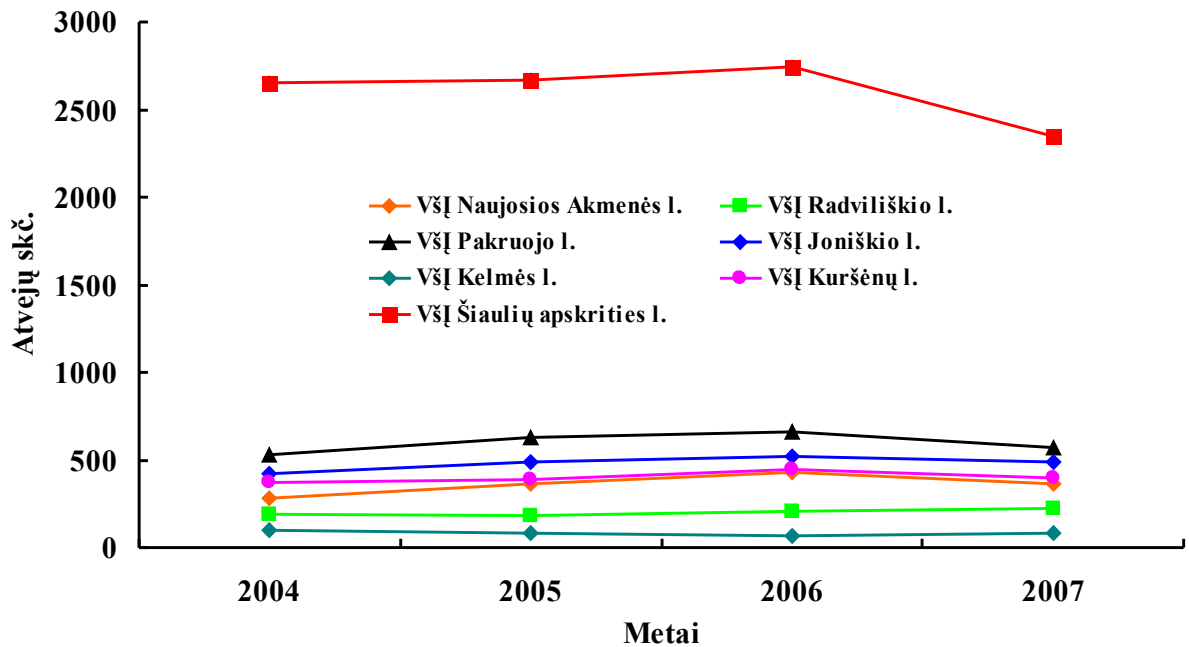
5.2. Stacionarinis sergamumas ir ligonių, sergančių ūmiais širdies ligomis, srautai į Šiaulių apskrities ligonines 2004 – 2007 m.

Per ketverių metų laikotarpį didžiausias stacionarinis sergamumas nestabilia krūtinės angina buvo užregistruotas VšĮ Pakruojo ligoninėje 2006 m. (23,45/1000 gyv.) ir turėjo tendenciją didėti (3 lentelė) vidutiniškai 4,2 proc./m. ($p=0,5$). Daugumoje Šiaulių apskrities daugiaprofilinių ligoninių didžiausias stacionarinis sergamumas ir daugiausia gulėjusių stacionare buvo užregistruotas 2006 m. (44 pav.).

**Stacionarinis sergamumas nestabilia krūtinės angina įvairiose Šiaulių apskrities ligoninėse 2004–
2007 m. ir prognozuojamas sergamumo rodiklis 2010 m.**

ASPI	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2010 m.	Vidutinis metinis pokytis proc./m.	p
	Stacionarinis sergamumas 1000 gyv.	Stacionarinis sergamumas 1000 gyv.	Stacionarinis sergamumas 1000 gyv.	Stacionarinis sergamumas 1000 gyv.	Stacionarinis sergamumas 1000 gyv.		
VšĮ Naujosios Akmenės ligoninė	9,42	12,45	14,93	12,98	18,37	+11,4	0,2
VšĮ Radviliškio ligoninė	3,72	3,51	4,16	4,47	5,27	+7,2	0,1
VšĮ Pakruojo ligoninė	18,37	21,76	23,45	20,59	24,8	+4,2	0,5
VšĮ Joniškio ligoninė	13,35	15,60	16,97	15,91	19,53	+6,1	0,2
VšĮ Kelmės ligoninė	2,52	2,12	1,64	2,05	1,23	-8,8	0,4
VšĮ Šiaulių apskrities ligoninė	20,25	20,55	21,25	18,27	17,72	-2,8	0,5

Nors dėl trumpo stebėjimo laikotarpio statistiškai reikšmingų skirtumų nebuvo gauta, tačiau VšĮ Kelmės ligoninėje stacionarinis sergamumas buvo nustatytas didesnis 2004 m. ir turėjo tendenciją mažėti vidutiniškai 8,8 proc./m. ($p=0,40$). VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje didžiausias sergamumas buvo 2005 m. ir išliko gana stabilus ($\beta=-2,8$ proc./m.; $p=0,5$). Tuo tarpu VšĮ Radviliškio ligoninėje stacionarinis sergamumas nestabilia KA buvo didesnis 2007 m. nei 2004 m. (atitinkamai 4,47/1000 gyv. ir 3,72/1000 gyv.; $p=0,1$) (3 lentelė). Išliekant tokiom pačiom tendencijom Šiaulių apskrityje 2010 m. didžiausias stacionarinis sergamumas nestabilia krūtinės angina būtų Joniškio VšĮ ligoninėje ir siektų 19,53/1000 gyv., VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje turėtų tendenciją mažėti iki 17,72/1000 gyv., o mažiausias sergamumo rodiklis išliktų VšĮ Kelmės ligoninėje ir siektų 1,23/1000 gyv.

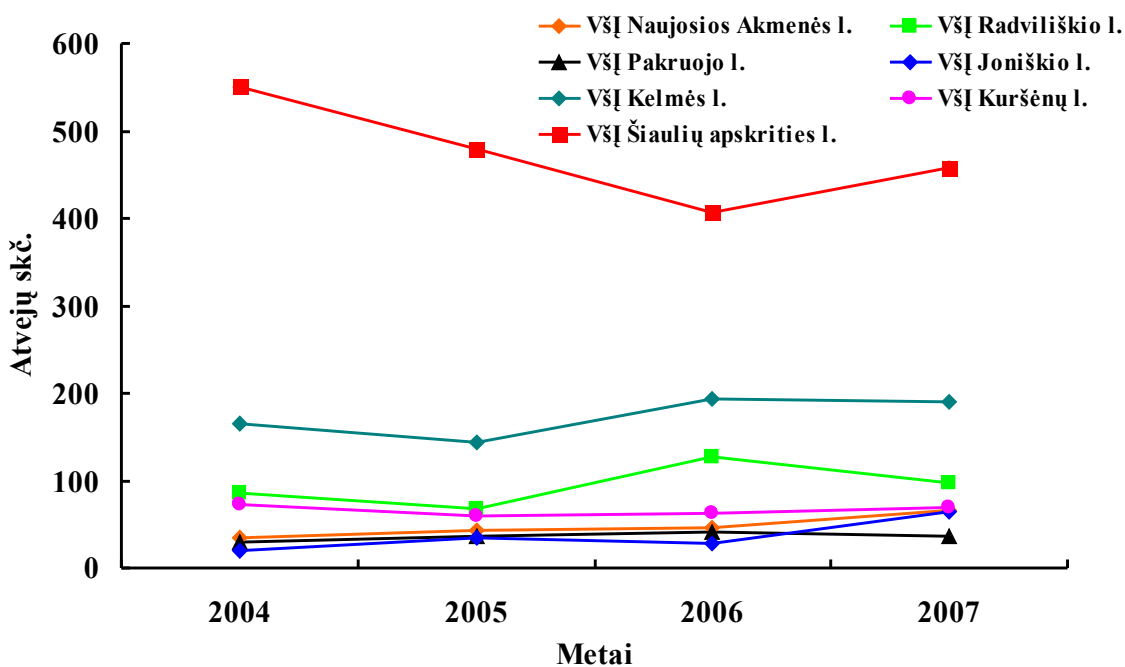


44 pav. Ligonių, sergančių nestabilia krūtinės angina, srautai į daugiaprofilines Šiaulių apskrities ligonines.

Analizuojant stacionarinį sergamumą ūmiu miokardo infarktu (3 lentelė), buvo pastebėta, kad VšĮ Joniškio ir VšĮ Naujosios Akmenės ligoninėje stacionarinis sergamumas buvo didžiausias 2007 m. VšĮ Naujosios Akmenės ligoninėje sergamumo ŪMI rodikliai ženkliai didėjo net 22,2 proc./m. ($p=0,03$). Tuo tarpu kitose ligoninėse (45 pav.) buvo nustatyta susirgimo atvejų skaičiaus didėjimo tendencija, tik VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje stebėta mažėjimo tendencija ($\beta=-5,0$; $p=0,5$). VšĮ Radviliškio, VšĮ Pakruojo ir VšĮ Kelmės daugiaprofilinėse ligoninėse stacionarinis sergamumas ŪMI buvo didžiausias 2006 m. Išliekant tokiom pačiom tendencijom, t.y. ligonių srautams ir sergamumo tendencijai, didžiausias sergamumo ŪMI rodiklis 2010 m. būtų VšĮ Kelmės ligoninėje ir siektų 6,10/10000 gyv., tuo tarpu VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje šis rodiklis būtų daugiau nei du kartus mažesnis ir būtų panašus kaip ir VšĮ Radviliškio ligoninėje (atitinkamai 2,85/1000 gyv. ir 2,82/1000 gyv.). Mažiausias ŪMI sergamumo rodiklis 2010 m. išliktų VšĮ Pakruojo ligoninėje (4 lentelė).

Stacionarinis sergamumas ūmiu miokardo infarktu įvairiose Šiaulių apskrities ligoninėse 2004–2007 m. ir prognozuojamas rodiklis 2010 m.

ASPI	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2010 m.	vidutinis metinis pokytis proc./m.	p
	Stacionarinis sergamumas 1000 gyv.	Stacionarinis sergamumas 1000 gyv.	Stacionarinis sergamumas 1000 gyv.	Stacionarinis sergamumas 1000 gyv.	Stacionarinis sergamumas 1000 gyv.		
VšĮ Naujosios Akmenės ligoninė	1,15	1,48	1,61	2,34	3,31	+22,2	0,03
VšĮ Radviliškio ligoninė	1,68	1,34	2,55	1,97	2,82	+11,2	0,5
VšĮ Pakruojo ligoninė	1,00	1,26	1,45	1,29	1,73	+9,0	0,3
VšĮ Joniškio ligoninė	0,64	1,12	0,91	2,10	3,07	+33,6	0,1
VšĮ Kelmės ligoninė	4,11	3,60	4,96	4,92	6,10	+8,6	0,3
VšĮ Šiaulių apskrities ligoninė	4,2	3,69	3,15	3,75	2,85	-5,0	0,5



45 pav. Ligonių, sergančių ūmiu miokardo infarktu, srantai į daugiaprofilines Šiaulių apskrities ligonines 2004-2007 m.

Duomenys apie ligonių, sirgusiųjų nestabilia KA ir ŪMI, srautus į įvairias Šiaulių apskrities ligonines 2004-2007 m. pateikiami 5 – 6 lentelėse.

Stacionarizuotų nestabilia krūtinės angina sergančiųjų skaičiaus pasiskirstymas įvairiose Šiaulių apskrities ligoninėse 2004-2007 m.

VšĮ ligoninės	Metai			
	2004	2005	2006	2007
VšĮ Naujosios Akmenės	278	362	427	366
VšĮ Radviliškio	191	178	209	222
VšĮ Pakruojo	532	624	664	574
VšĮ Joniškio	420	487	523	484
VšĮ Klemės	101	84	64	79
VšĮ Kuršėnų	375	389	445	400
VšĮ Šiaulių apskrities	2656	2672	2742	2346

Daugiausia stacionarinių paslaugų sirgusiems KA buvo suteikta VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje 2006 m. – 2742 atvejai (5 lentelė), o sirgusiems ŪMI – 2004 m. – 551 atvejai (6 lentelė), tačiau minėtų ligų atvejų skaičius buvo linkęs mažėti. Kitose Šiaulių apskrities ligoninėse susirgimų atvejų skaičius nežymiai didėjo arba išliko stabilus, tik VšĮ Kelmės ligoninėje KA atvejų skaičius per nagrinėjamąjį laikotarpį buvo linkęs mažėti, kai tuo tarpu ŪMI atvejų skaičius didėjo.

6 lentelė

Stacionarizuotų ūmiu miokardo infarktu sergančiųjų skaičiaus pasiskirstymas įvairiose Šiaulių apskrities ligoninėse 2004-2007 m.

VšĮ ligoninės	Metai			
	2004	2005	2006	2007
VšĮ Naujosios Akmenės	34	43	46	66
VšĮ Radviliškio	86	68	128	98
VšĮ Pakruojo	29	36	41	36
VšĮ Joniškio	20	35	28	64
VšĮ Klemės	165	143	194	190
VšĮ Kuršėnų	72	60	63	70
VšĮ Šiaulių apskrities	551	480	406	458

5.3. Intervencinė kardiologinė pagalba Šiaulių apskrities ligoninėje

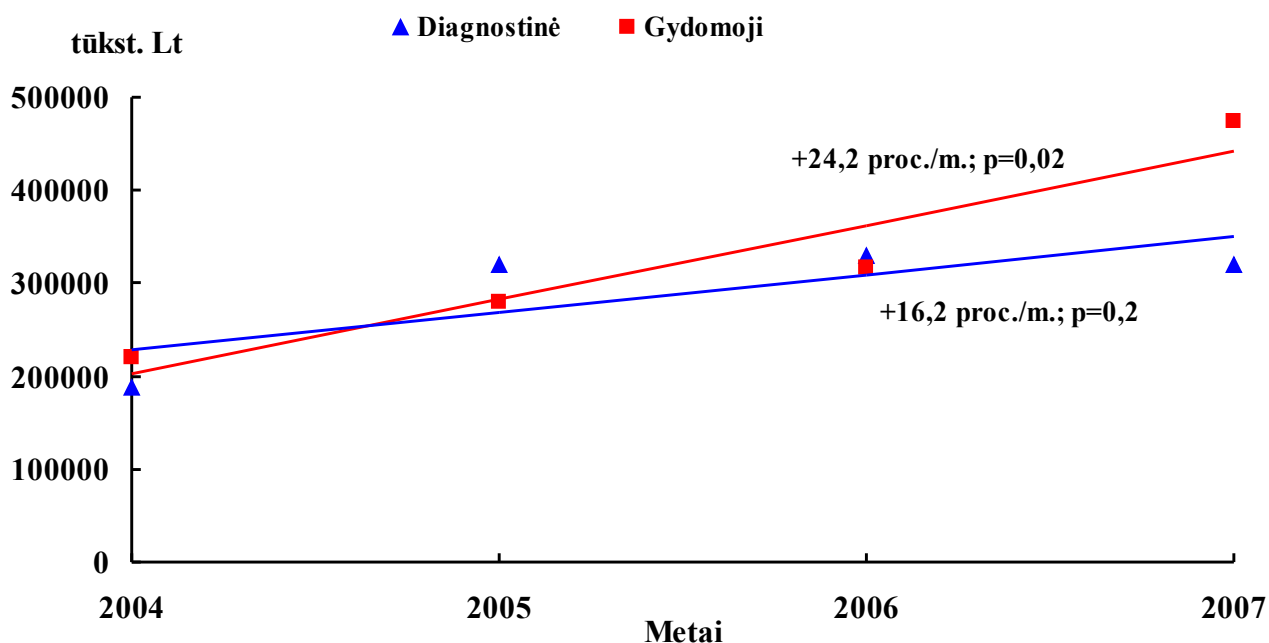
Intervencinė kardiologinė pagalba Šiaulių apskrityje buvo teikiama tik VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje. Duomenys apie paslaugų skaičių pateikiami 7 lentelėje. Pagal pateiktus duomenis matyti, kad stacionarinės diagnostinės intervencinės kardiologijos atvejų skaičius per analizuojamąjį laikotarpį išliko gana stabilus, tuo tarpu gydomosios intervencinės kardiologinės pagalbos atvejų skaičius buvo linkęs didėti 8,6 proc./m. ($p=0,3$).

7 lentelė

Intervencinė kardiologinė pagalba VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje

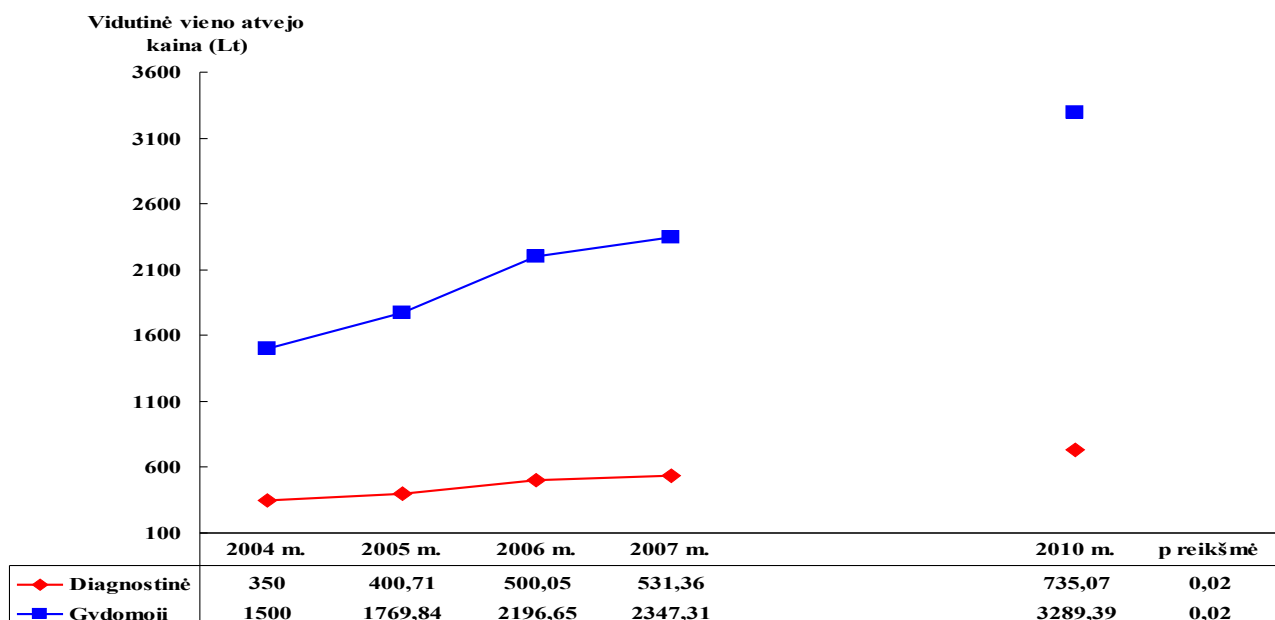
Intervencinė kardiologinė pagalba	Atvejų skaičius				vidutinis metinis pokytis proc./m.	p reikšmė
	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.		
Diagnostinė intervencinė kardiologija	538	797	658	602	+1,5	0,9
Gydomoji intervencinė kardiologija	147	158	144	202	+8,6	0,3

Analizuojant TLK lėšas, skirtas apmokėjimui už intervencinę diagnostinę ir gydomąją kardiologinę pagalbą, buvo nustatyta, kad 2004 m. ir 2007 m. gydomajai radiologinei pagalbai TLK lėšų skyrė daugiau, nei diagnostinei pagalbai (atitinkamai gydomajai – 220500,00 Lt ir 316317,60 Lt bei diagnostinei – 188300,00 Lt ir 329034,10 Lt), o 2006 m. tiek diagnostinei, tiek gydomajai intervencinei pagalbai buvo skirtas panašus lėšų dydis. (46 pav.).



46 pav. TLK lėšų už suteiktas intervencines kardiologines paslaugas pasiskirstymas VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje 2004-2007 m.

Stebima, kad per analizuojamąjį laikotarpį gydomajai intervencinei kardiologinei pagalbai skirtos TLK lėšos didėjo 24,2 proc./m. ($p=0,02$), o lėšos, skirtos diagnostinei intervencinei pagalbai buvo tik linkę didėti (+16,2 proc./m.; $p=0,2$) (46 pav.).



47 pav. Vidutinė vieno intervencinės kardiologinės pagalbos atvejo kaina 2004–2007 m. ir numatomos lėšos 2010 m. (Lt).

Analizuojant vidutinę vieno intervencinės kardiologinės pagalbos atvejo kainą, buvo nustatyta, kad gydymosi kardiologinės pagalbos kaina buvo didesnė, tačiau tiek diagnostinės, tiek gydymosi intervencijos vieno atvejo kaina per analizuojamąjį laikotarpį didėjo, atitinkamai 14,7 proc./m. ($p=0,02$) ir 15,6 proc./m. ($p=0,02$) (47 pav.). Išliekant tokiom pačiom sąlygom, 2010 m. intervencinės kardiologinės diagnostinės pagalbos vidutinė vieno atvejo kaina siektų 735,07 Lt, o gydymosi – 3289,39 Lt.

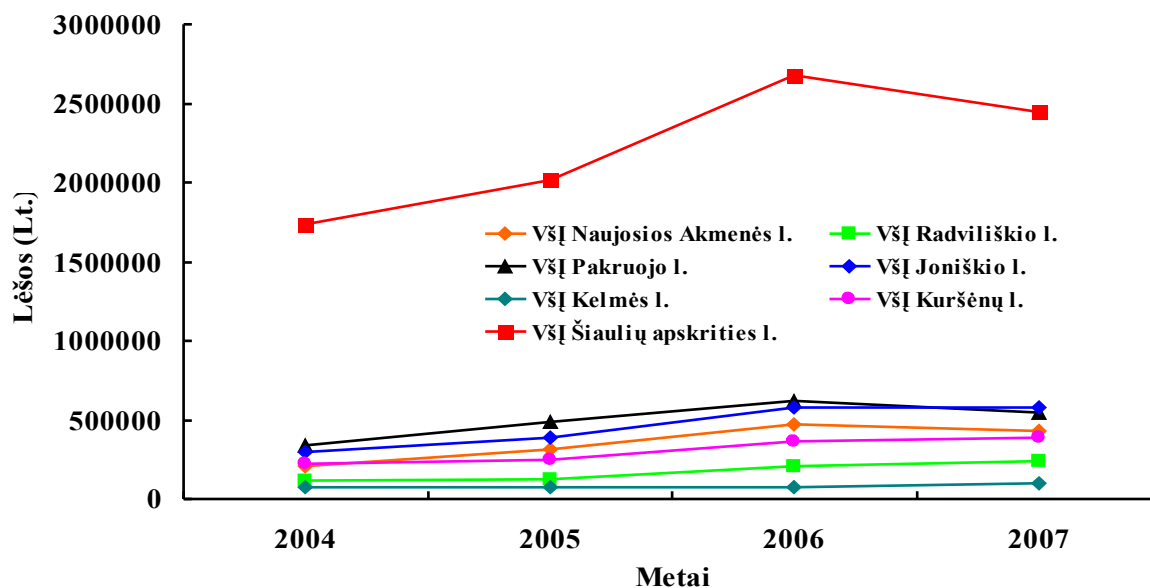
Verta atkreipti dėmesį į tai, kad populiacija sensta. Kaip pažymėta Europso komisijos ataskaitoje (The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050), naujagimių skaičiaus mažėjimas Lietuvoje įtakoja ir įtakos populiacijos senėjimą. Prognozuojama, kad 2020 m. Lietuvoje bus apie 17,5 proc. vyresnių nei 65 m. amžiaus gyventojų, o 2050 m. šis procentas turėtų išaugti iki 26,7 proc.

Sergamumas išemine širdies liga tiek Šiaulių apskrityje (3 ir 4 lentelės), tiek visoje Lietuvoje didėja (34 pav.), specializuota kardiologinė pagalba Šiaulių apskrityje suteikiama tik VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje. Todėl, planuojant kardiologinės pagalbos plėtrą Šiaulių apskrityje reikėtų numatyti, kad intervencinės kardiologijos apimtis, šios paslaugos finansavimas ir vidutinė vieno atvejo kaina didės.

5.4. Teritorinis lėšų pasiskirstymas Šiaulių apskrities ligoninėse teikiant stacionarines kardiologines paslaugas ligoniams, sirgusiems nestabilia krūtinės angina ir miokardo infarktu

5.4.1. Finansinė situacija Šiaulių apskrities ligoninėse

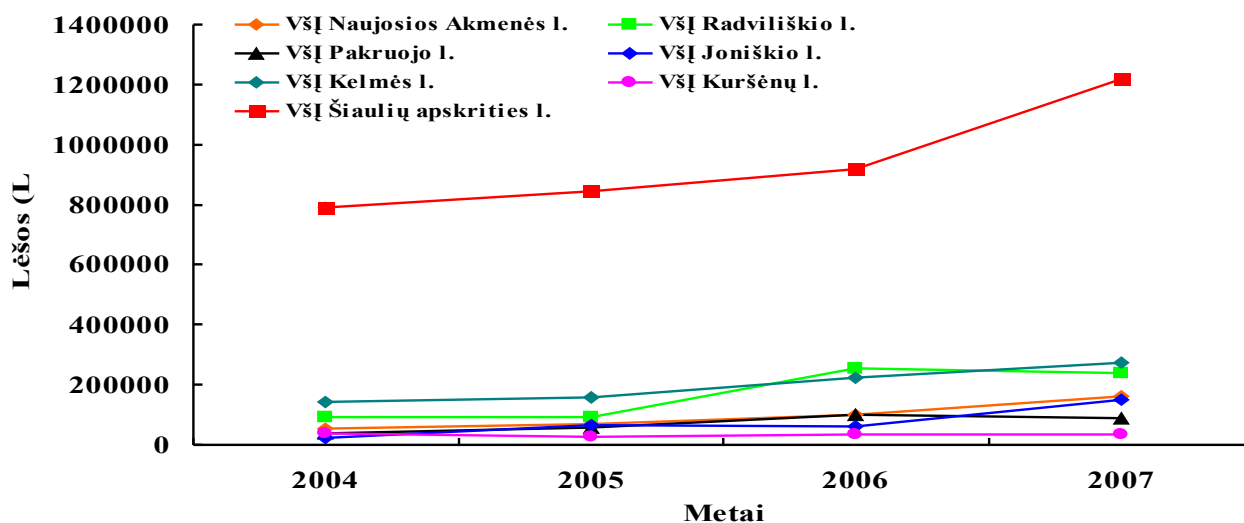
Nagrinėjant lėšų, skirtų už stacionarines paslaugas sergantiems nestabilia KA, pasiskirstymą Šiaulių apskrities ligoninėse nustatyta, kad beveik visose ligoninėse 2006 m. TLK lėšų už suteiktas kardiologines stacionarines paslaugas teko daugiau nei 2004 m., 2005 m. ir 2007 m. (48 pav.), nes stacionarizavimo atvejų dėl šios ligos buvo daugiau (44 pav.), išskyrus VŠĮ Naujosios Akmenės ligoninę, kuriai 2007 m. lėšų teko daugiau nei 2004-2006 m. bei VŠĮ Kelmės ligoninę, kuriai lėšų teko daugiausia 2004 m. Atkreipiamas dėmesys į tai, kad VŠĮ Joniškio ir VŠĮ Kuršėnų ligoninėms lėšų už suteiktas stacionarines paslaugas buvo skirta daugiau 2006 m., o atvejų skaičius buvo didesnis 2007 m., kai tuo tarpu, VŠĮ Kelmės ligoninėje atvejų skaičius buvo didesnis 2004 m., o lėšų buvo skirta daugiau 2007 m. (44 pav. ir 48 pav.). Per visą analizuojamąjį laikotarpį daugiausia lėšų už nestabilios KA gydymą teko Šiaulių apskrities ligoninei (48 pav.).



48 pav. TLK lėšų paskirstymas per ketverius metus Šiaulių apskrities ligonėms už stacionarines paslaugas sirgusiems nestabilia krūtinės angina (Lt).

Panašiai pasiskirstė lėšos ligoninėms už paslaugas sirgusiems ūmiu miokardo infarktu: jų 2006 m. daugiausia buvo skirta VŠĮ Radviliškio, VŠĮ Pakruojo ir VŠĮ Kuršėnų ligoninėms, o VŠĮ Naujosios Akmenės, VŠĮ Joniškio VŠĮ Kelmės bei VŠĮ Šiaulių apskrities ligoninėms– 2007 m. (49 pav.), nors VŠĮ Kelmės ligoninėje ir VŠĮ Šiaulių apskrities ligoninėje ŪMI atvejų skaičius buvo

didesnis atitinkamai 2006 m. ir 2004 m. (45 pav.). Per analizuojamąjį laikotarpį daugiausia TLK lėšų, skirtų už suteiktas stacionarines paslaugas sirgusiems ūMI ligoniams, teko Šiaulių apskrities ligoninei.

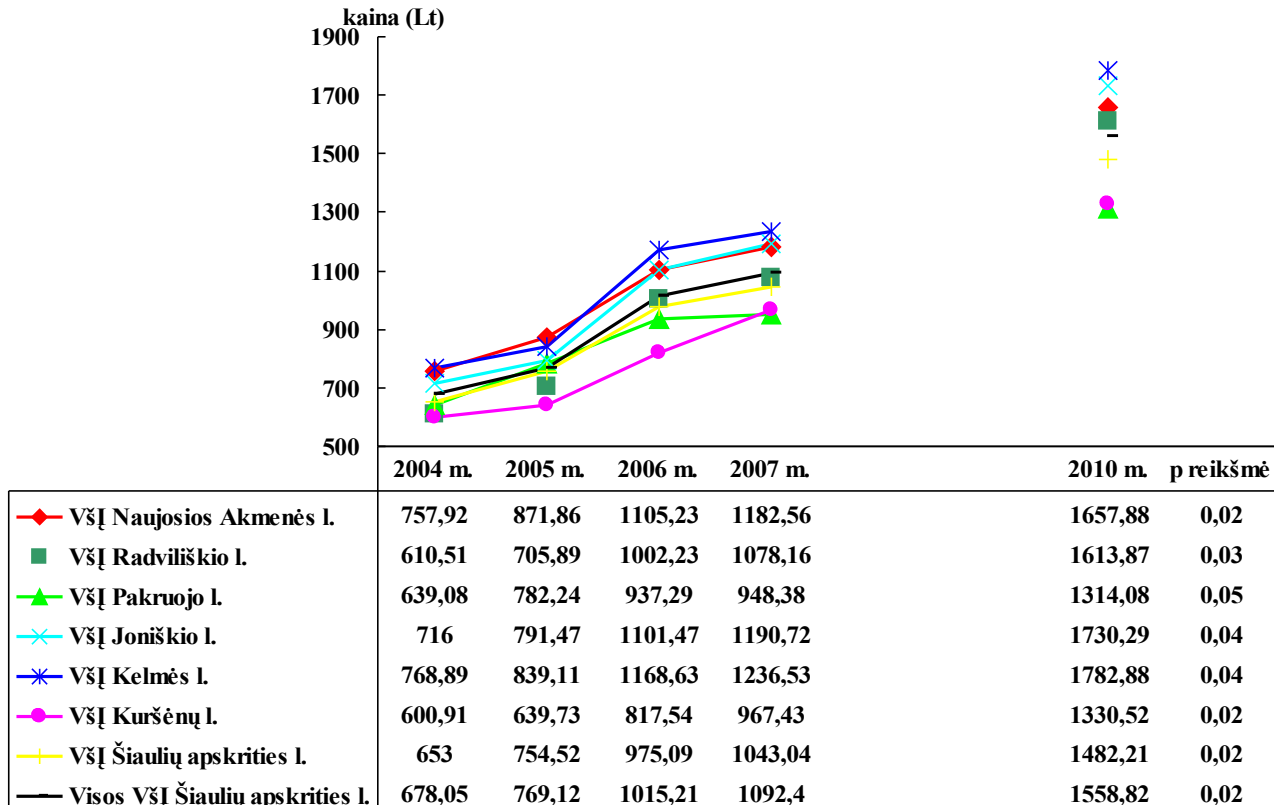


49 pav. TLK lėšų paskirstymas per ketverius metus Šiaulių apskrities ligoninėms už paslaugas sirgusiems ūmiu miokardo infarktu (Lt).

5.4.2 Lėšos, skirtos vienam stacionariniam nestabilios krūtinės anginos ir ūmaus miokardo infarkto atvejui Šiaulių apskrities stacionarinėse gydymo įstaigose

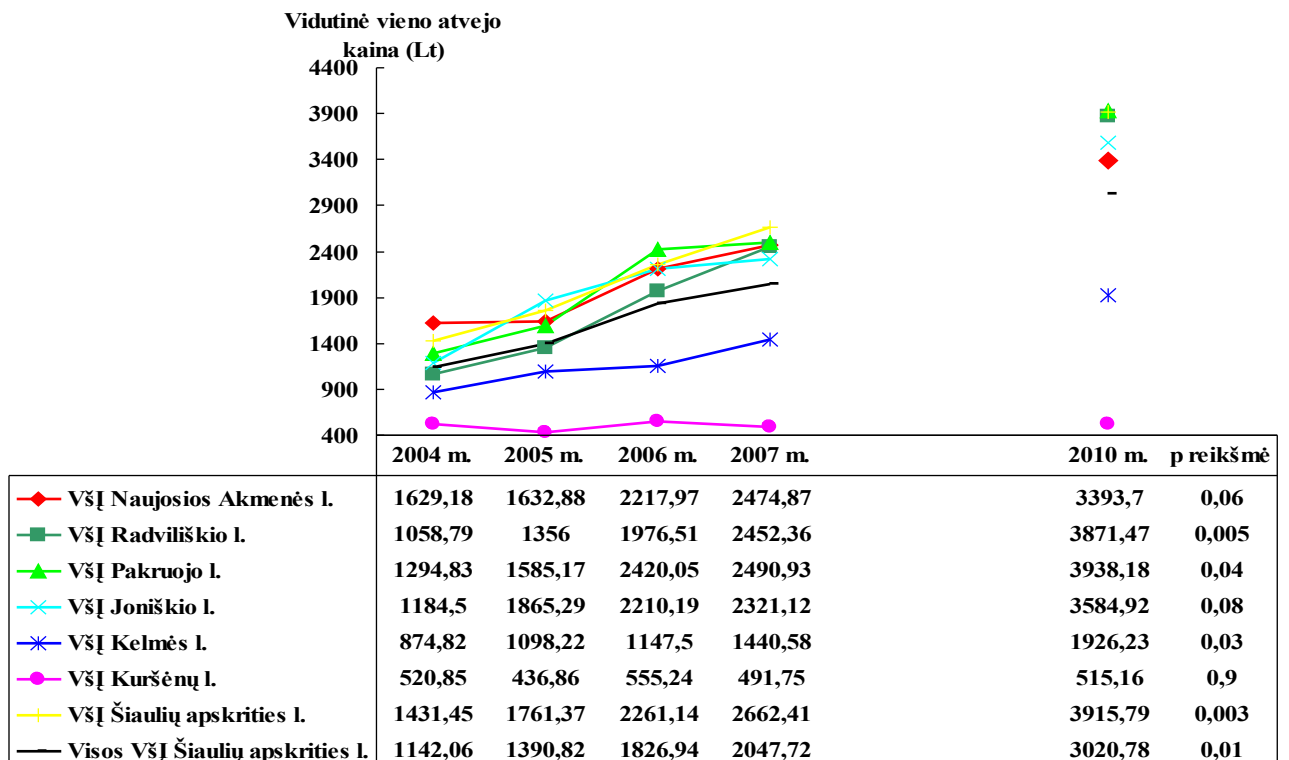
Duomenys apie vidutinę vieno stacionarinio atvejo kainą Šiaulių apskrities ligoninėse pateikti 23 pav. Buvo nustatyta, kad visose Šiaulių apskrities ligoninėse lėšos, skirtos vienam nestabilios KA atvejui per stebėjimo laikotarpį reikšmingai didėjo ir didžiausia vieno stacionarinio atvejo kaina buvo 2007 m. Didžiausia vieno nestabilios KA atvejo kaina buvo VšĮ Kelmės ligoninėje ir vidutiniškai vienam atvejui 2007 m. teko 1236,53 Lt. Šiek tiek mažiau teko VšĮ Naujosios Akmenės, VšĮ Radviliškio ir VšĮ Joniškio ligoninėje, tuo tarpu mažiausia – VšĮ Pakruojo ligoninėje – čia vienam nestabilios KA atvejui teko 948,38 Lt. 2005 m. ir 2006 m. mažiausia vieno KA atvejo kaina buvo VšĮ Kuršėnų ligoninėje. Išliekant analogiškai situacijai, t.y. tokiems patiems stacionarinio sergamumo ir ligonių srautų pokyčiams kaip ir 2004–2007 m., 2010 m. vieno nestabilios KA stacionarinio atvejo kaina turėtų padidėti visose Šiaulių apskrities ligoninėse vidutiniškai iki 1558,82 Lt ($p=0,02$) (50 pav.).

Vidutinė vieno atvejo
kaina (Lt)



50 pav. Vidutinė vieno nestabilios KA stacionarinio atvejo kaina Šiaulių apskrities ligoninėse 2004–2007 m. ir numatomos lėšos 2010 m. (Lt).

Analizuojant lėšas, skirtas vienam stacionariniam MI atvejui gydyti, nustatyta, kad vieno ŪMI atvejo kaina visose Šiaulių apskrities ligoninėse reikšmingai didėjo, tik VšĮ Kuršėnų ligoninėje per visą laikotarpį nekito (51 pav.). Didžiausia suma 2007 m. buvo skirta Šiaulių apskrities ligoninėje ir siekė 2662,41 Lt., kai tuo tarpu 2004 m. daugiausia lėšų vienam ŪMI atvejui buvo skirta VšĮ Naujosios Akmenės ligoninėje (1629,18 Lt.). Išliekant panašioms tendencijoms 2010 m. visose Šiaulių apskrities ligoninėse vieno ŪMI atvejo kaina siektų 3020,78 Lt ($p=0,01$) (51 pav.).

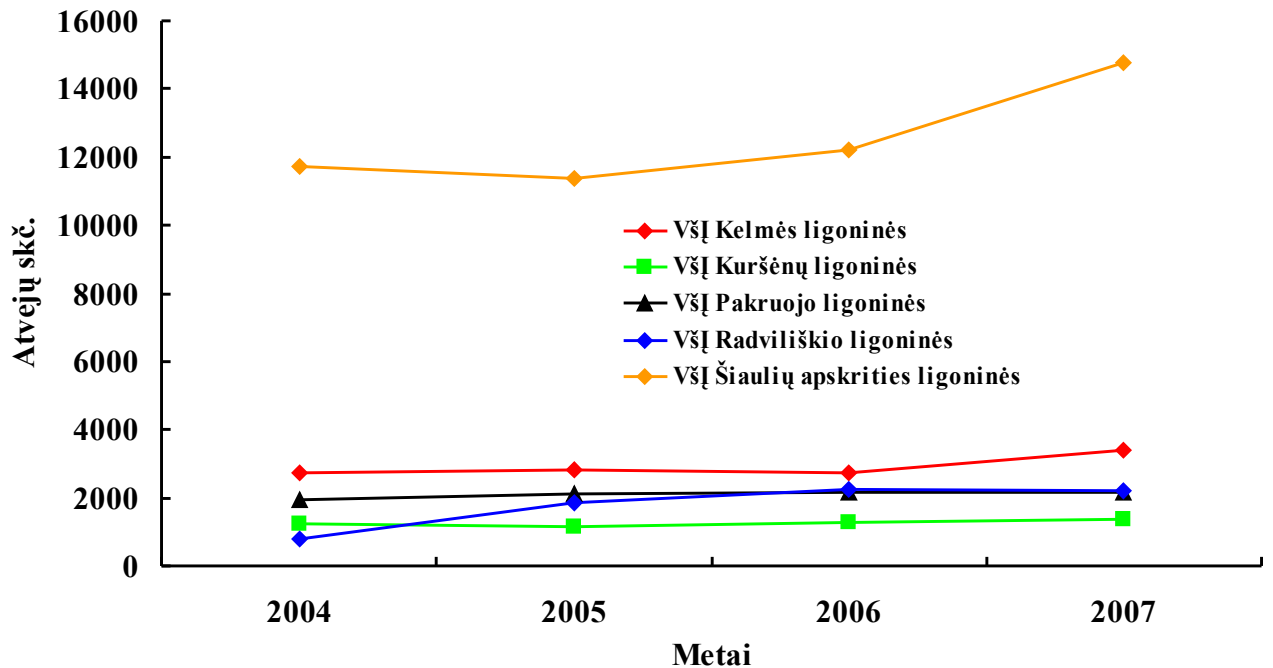


51 pav. Vidutinė vieno ŪMI stacionarinio atvejo kaina Šiaulių apskrities ligoninėse 2004–2007 m. ir numatomos lėšos 2010 m. (Lt).

Mokėjimo už gydymo atvejį sistema Lietuvoje yra tobulinama atliekant paslaugų aprašymą (detaлизavimą) ir didinant stacionaro profilių skaičių, todėl ir numatyti bei įvertinti visas sąlygas nėra lengva. Vieno stacionarinio nestabilios KA ir ŪMI atvejo kaina Šiaulių apskrities ligoninėse skiriasi galimai todėl, kad savivaldybių ligoninėse sergantys nestabilia krūtinės angina ir ūmiu miokardo infarktu gydomi nespecializuotuose terapiniuose skyriuose, kuriuose apmokėjimas už suteiktas paslaugas yra mažesnis. Be to, TLK įkainiai už stacionarines paslaugas yra mažesni, kai ligoniai yra perkelti į specializuotus kardiologijos skyrius.

5.5. Ambulatorinė kardiologinė pagalba Šiaulių apskrityje ir jos finansavimas

Vertinant kardiologinės pagalbos dydžius Šiaulių apskrities asmens sveikatos priežiūros įstaigose nustatyta, kad daugiausia šių paslaugų 2004 m. suteikė VšĮ Šiaulių apskrities ligoninės konsultacinė poliklinika – 11736 atvj./m. (52 pav.) ir šių paslaugų per analizuojamąjį laikotarpį buvo linkę daugėti vidutiniškai 7,6 proc./m. ($p=0,2$) (8 lentelė).



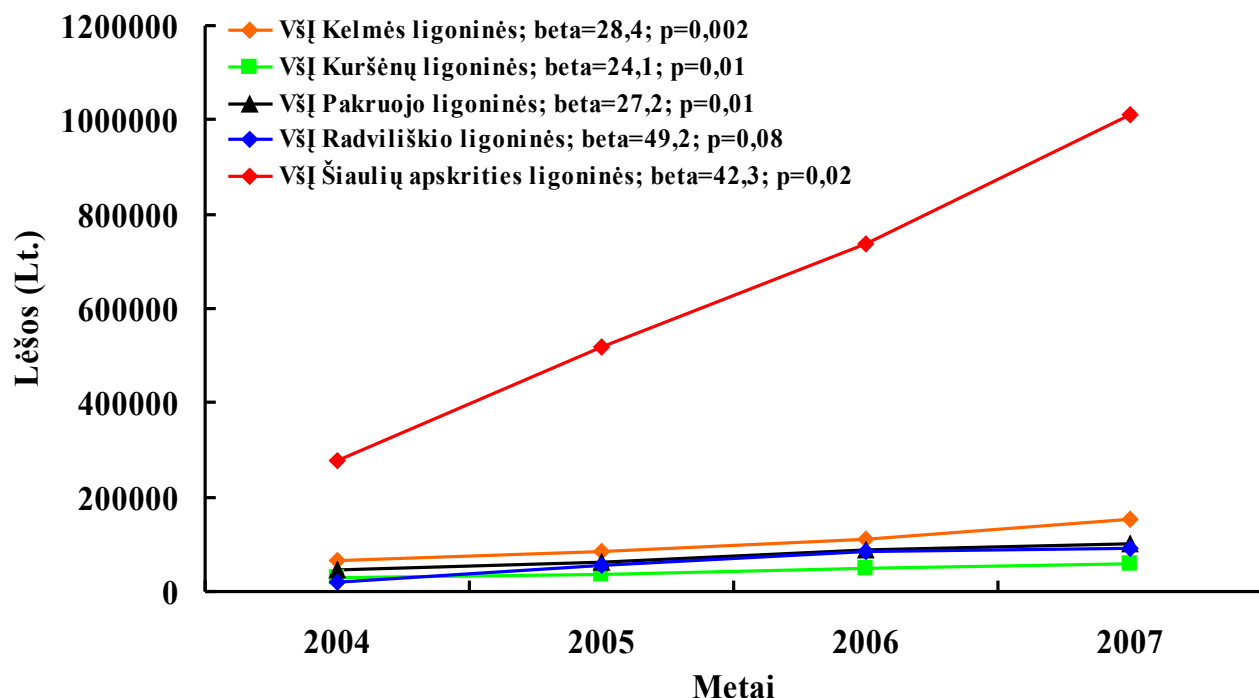
52 pav. Ligonių, sergančių KŠL, srautai į Šiaulių apskrities ligoninių konsultacines poliklinikas 2004-2007 m..

Mažiausias konsultuotų ligonių skaičius tais pačiais metais Radviliškio ligoninės konsultacinėje poliklinikoje (784 atvj./m.), tačiau per analizuojamąjį laikotarpį šis rodiklis buvo linkęs didėti net 32,7 proc./m. ($p=0,1$). Kelmės, Kuršėnų ir Pakruojo ligoninių suteiktos ambulatorinės kardiologinės pagalbos skaičius per analizuojamąjį laikotarpį išliko gana stabilus ir 2007 m. buvo mažesnis nei Radviliškio ligoninėje. Tik Kelmės ligoninėje šių ambulatorinių kardiologinių paslaugų buvo suteikta daugiau nei Radviliškio ligoninėje. Išliekant tokiam pačiam sergamumui IŠL bei tokiems patiems ligonių srautams į gydymo įstaigas, o taip pat tokiai pačiai demografiniai situacijai, kaip analizuojamuoju laikotarpiu, 2010 m. daugiausia kardiologinių paslaugų turėtų būti suteikta Šiaulių apskrities ligoninės konsultacinėje poliklinikoje, o Radviliškio ligoninė turėtų pralenkti Pakruojo, Kuršėnų ir Kelmės ligonines (8 lentelė).

**Ambulatorinių kardiologo konsultacijų skaičius Šiaulių apskrities gydymo įstaigose 2004–2007m.
ir prognozuojamas paslaugų skaičius 2010 m.**

Gydymo įstaigos (konsultacinės poliklinikos)	Paslaugų skaičius					Vidutinis metinis pokytis proc./m.	p reikšmė
	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2010 m.		
VšĮ Kelmės ligoninės	2743	2809	2736	3380	3744	6,0	0,2
VšĮ Kuršėnų ligoninės	1236	1153	1300	1380	1528	4,5	0,2
VšĮ Pakruojo ligoninės	1924	2099	2147	2158	2420	3,7	0,1
VšĮ Radviliškio ligoninės	784	1845	2236	2182	3825	32,7	0,1
VšĮ Šiaulių apskrities ligoninės	11736	11366	12213	14754	16973	7,6	0,2

Nagrinėjant finansavimą už suteiktas kardiologines paslaugas Šiaulių apskrities ligoninių konsultacinėse poliklinikose, pastebėta, kad daugiausia TLK lėšų buvo skirta Šiaulių apskrities ligoninės konsultacinei poliklinikai, nes čia ir atvejų skaičius per analizuojamąjį laikotarpį buvo didžiausias. Radviliškio ligoninėje ambulatorinių kardiologinių konsultacijų skaičius ženkliai, bet tendencingai buvo linkęs didėti (53 pav. ir 8 lentelė), tačiau lėšos kilo stabiliai 49,2 proc./m. ($p=0,08$). Kitose Šiaulių apskrities ligoninių konsultacinėse poliklinikose lėšos, skirtos ambulatorinėms kardiologinėms paslaugoms per visą nagrinėjamąjį laikotarpį didėjo (53 pav.).



53 pav. TLK lėšų, skirtų ambulatorinei kardiologinei pagalbai, pasiskirstymas per ketverius metus Šiaulių apskrities ligoninėse (Lt).

Analizuojant vidutinę vienos kardiologinės paslaugos kainą buvonustatyta, kad 2004 m. Radviliškio ligoninės ambulatorinė kardiologinė paslauga kainavo daugiausia- 26 Lt, kai tuo tarpu VšĮ Kelmės, VšĮ Kuršėnų, VšĮ Pakruojo ir VšĮ Šiaulių ligoninių konsultacinėse poliklinikose ši paslauga kainavo apie 23 Lt (54 pav.). Tačiau vėlesniais metais ši paslauga buvo brangesnė Šiaulių apskrities ligoninės konsultacinėje poliklinikoje. Per visą analizuojamąjį laikotarpį šios paslaugos vidutinė vieno atvejo kaina brango visose Šiaulių apskrities ligoninių konsultacinėse poliklinikose. Išliekant tokiom pačiom tendencijom 2010 m. vidutinė vienos kardiologinės paslaugos kaina būtų didžiausia VšĮ Šiaulių apskrities ligoninės konsultacinėje poliklinikoje ir sudarytų 116,34 Lt.

Vidutinė vieno atvejo

kaina (Lt)

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

2004 m.

2005 m.

2006 m.

2007 m.

2010 m.

p reikšmė

—◆— VŠĮ Kelmės ligoninės	23,51	30,1	39,98	45,15	68,35	0,01
—■— VŠĮ Kuršėnų ligoninės	23,37	29,93	37,95	41,52	61,3	0,02
—▲— VŠĮ Pakruojo ligoninės	23,38	29,86	40,37	46,25	70,56	0,01
—◆— VŠĮ Radviliškio ligoninės	26	30,16	38,03	41,84	58,93	0,01
—●— VŠĮ Šiaulių apskrities ligoninės	23,6	45,74	60,28	68,28	116,34	0,06

54 pav. Vidutinė vieno atvejo kaina, skirta kardiologinei pagalbai Šiaulių apskrities konsultacinėse poliklinikose 2004–2007 m. ir numatomos lėšos 2010 m. (Lt).

6. ŠIRDIES IR KRAUJAGYSLIŲ SISTEMOS LIGŲ PAPLITIMO IR JŲ PASEKMIŲ MAŽINIMO STRATEGINĖS NUOSTATOS

6.1. Valstybinė širdies ir kraujagyslių sistemos ligų paplitimo ir jų pasekmių mažinimo strategija

Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirtingumo struktūra lėmė, kad viena iš aktualiausių Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos problemų šiuo metu yra lėtinės neinfekcinės ligos. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, 2006 metais mirtingumo struktūroje vyravo širdies ir kraujagyslių ligos bei piktybiniai navikai (atitinkamai 54,3 ir 18,2 proc. visų mirčių), beveik trečdaliui ligonių širdies ir kraujagyslių ligos buvo pirmą kartą nustatyto neįgalumo priežastis.

Dėl šios problemos aktualumo širdies ir kraujagyslių ligos išskiriamos, kaip prioritetinga sritis tiek reformuojant sveikatos priežiūros sistemą, tiek panaudojant ES struktūrinės paramos lėšas.

Daugumoje Lietuvoje vykdomų sveikatos programų ir strategijų išskiriamos veiklos kryptys, kuriomis siekiama sumažinti širdies ir kraujagyslių sistemos ligų paplitimą bei neigiamas pasekmes.

Nacionalinė Lisabonos strategijos įgyvendinimo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. lapkričio 22 d. nutarimu Nr. 1270 (Žin., 2005, Nr. 139-5019) ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 m. programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2006 m. liepos 18 d. nutarimu Nr. X-767 (Žin., 2006, Nr. 80-3143) pagrindinį dėmesį skiria investicijoms į širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikai ir gydymui naudojamą medicininę įrangą.

2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programoje patvirtintoje 2007 m. liepos 30 d. Europos Komisijos sprendimu ir Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 akcentuojama sveikatos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo, sveikatos sistemos infrastruktūros tobulinimo kryptis.

Labai reikšmingas nacionalinės mokslo programos „Lėtinės neinfekcinės ligos“ projektas, parengtas Lietuvos mokslo tarybos kolegijos 2007 m. spalio 15 d. nutarimu Nr. VIK-67. Ši programa numato išaiškinti ir moksliskai pagrįsti didelio Lietuvos gyventojų sergamumo priežastis, modernių bioinformacinių, biotechnologijų, nanotechnologijų pagrindu parengti tobulesnius diagnostikos metodus. Įgyvendinant šią Programą bus siekiama naujausius mokslinių tyrimų rezultatus nedelsiant patikrinti, o po to rekomenduoti įdiegti į kasdienę klinikinę praktiką inovatyvius širdies ir kraujagyslių bei kitų ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo metodus.

Viena iš pagrindinių ir naujausiai paruoštų programų, numatanti veiksmus bei priemones sergamumui ir mirtingumui mažinti, yra LR Sveikatos Apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. Nr. V-799

įsakymu patvirtinta „Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa“

Sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų krypties apraše (3 priedas) pateikiama esamos padėties analizė, numatomi tikslai, uždaviniai, vertinimo kriterijai, siektini rezultatai.

Visi minėti dokumentai nurodo ir įteisina kryptis veiksmų, kurių tikslas – sumažinti gyventojų sergamumą bei mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų, pailginti vidutinę gyvenimo trukmę bei pagerinti gyvenimo kokybę, modernizuojant sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą. Šiems tikslams įgyvendinti iškelti uždaviniai – užtikrinti kompleksinių profilaktinių, diagnostinių ir gydymo priemonių prieinamumą bei efektyvumą bei pagerinti širdies ir kraujagyslių ligų srities sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą. Tikimasi pasiekti, kad modernizuotų sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis, skaičius išaugtų iki 34, būtų įdiegtos naujos širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir gydymo metodikos, hospitalizacijų dėl širdies ir kraujagyslių ligų skaičiaus 1000 gyventojų sumažėtų iki 10 proc, padaugėtų asmenų, kuriems pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas.

Šios programos įgyvendinimui numatomos priemonės, kurios galėtų pagerinti tiek šeimos gydytojų, tiek kardiologų specialistų darbą.

Šeimos gydytojus planuojama aprūpinti elektrokardiografijos aparatais su kompiuterinio ryšio galimybe, apskričių ir savivaldybių ligoninės turėtų būti aprūpintos reanimacinėmis lovomis su visa būtina įranga kovai su grėsmingais ūmiais širdies ir kraujagyslių susirgimais. Bus siekiama atnaujinti ambulatorinės kardiologinės pagalbos kabinetų diagnostinę aparatūrą, rengiant juose elektrokardiografinę, krūvio mėginių bei echokardiografinę įrangą, ligonines su intervencinės kardiologijos pagalbos galimybėmis aprūpinti šiuolaikine intervencine tyrimo ir gydymo įranga, įkurti jose padalinius, teikiančius dienos chirurgijos paslaugas ligoniams po intervencijų. Pozitronų emisijos tomografijos, magnetinio rezonanso, daugiasluoksnės kompiuterinės tomografijos technologijų įdiegimas sudarys galimybes Lietuvos kardiologams iš esmės pagerinti ankstyvą širdies ir kraujagyslių ligų diagnostiką bei pasiekti geriausius pasaulinius kardiologinės diagnostikos standartus.

6.2. Šiaulių apskrities ligoninės širdies ir kraujagyslių sistemos ligų paplitimo ir jų pasekmių mažinimo strateginės nuostatos

Valstybinė sveikatos politika, siekianti sumažinti sergamumą bei mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų, įpareigoja visų regionų gydymo įstaigas savo veiklą organizuoti, atsižvelgiant į pagrindines nuostatas, išdėstytas šios srities programose ir strategijose. Tačiau kiekvieno regiono sveikatos programoje galimi skirtingi veiksnių prioritetai, pasirenkami priklausomai nuo esamo sveikatos paslaugų poreikio, jų teikimo organizacijos lygio.

Daugkartiniuose pokalbiuose ekspertai akcentavo nuomonę, kad, siekiant pagerinti kardiologinių paslaugų kokybę ir prieinamumą, būtina sudaryti kardiologinės pagalbos organizavimo Šiaulių apskrityje programą. Atsižvelgiant į esamą kardiologinės pagalbos struktūrą (2 priedas), išanalizavus ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų poreikį apskrities rajonuose, jų suteikimo galimybes, būtų galima išskirti svarbiausias kryptis veiklos, kuri padėtų optimizuoti pagalbą sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis Šiaulių apskrityje.

Numatant priemones sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimui, kardiologinės pagalbos kokybės ir prieinamumo gerinimui, reikėtų atkreipti dėmesį į šias problemas Šiaulių mieste ir apskrities rajonuose:

- Ekspertų nuomone, nepakankama veikla minėtų ligų prevencijos srityje. Nors 2005 m. lapkričio 25 d. SAM įsakymu Nr. V-913 patvirtinta Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa, Šiaulių ligoninėje dar neįsteigtas širdies ligų prevencijos kabinetas.
- Didelis kardiologo konsultacijoms siunčiamų ligonių bei į stacionarą nukreipiamų lėtinėmis ligomis sergančiųjų skaičius. Šią problemą būtų galima spręsti skatinant ligoninės ir PSPĮ bendradarbiavimą, keliant šeimos gydytojų kvalifikaciją, aprūpinant juos reikiama aparatūra.
- Kadangi hospitalinio sergamumo rodikliai kraujotakos sistemos ligomis 1000 gyventojų 1990-2005 m. Šiaulių miesto ligoninėje buvo aukščiausi, palyginus su kitomis Šiaulių apskrities ligoninėmis (40 pav.), o hospitalinio letališkumo rodikliai kraujotakos sistemos ligomis 1000 gyventojų 1991-2006 metais Šiaulių miesto ligoninėje buvo žemiausi (43 pav.), rekomenduotina didesnę srautą kardiologinių ligonių stacionarizuoti Šiaulių apskrities ligoninėje, didinti lovų skaičių Šiaulių apskrities ligoninėje, tolygiai mažinant lovų skaičių kitose Šiaulių apskrities ligoninėse, ten paliekant tik ambulatorinę ir skubią reanimacinę pagalbą.

- Pagal sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 m. Programą (3 priedas) pagrindinės širdies ir kraujagyslių ligų intervencinės diagnostikos bei gydymo procedūros yra atliekamos penkiose sveikatos priežiūros įstaigose (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose, VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikose, VŠĮ Klaipėdos Jūrininkų ligoninėje, VŠĮ Panevėžio apskrities ligoninėje, **VŠĮ Šiaulių apskrities ligoninėje**). Šios pagalbos koncentravimas yra būtinas, kadangi kvalifikuotam širdies ir kraujagyslių sistemos ligų gydymui reikalingi labiausiai patyrę specialistai ir pažangiausia diagnostikos ir gydymo įranga. Tik tuomet galima tikėtis geriausių gydymo rezultatų.
- Kaip pažymėta Europos komisijos ataskaitoje (The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU 25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050), naujagimių skaičiaus mažėjimas Lietuvoje įtakoja ir įtakos populiacijos senėjimą. Prognozuojama, kad 2020 m. Lietuvoje bus apie 17,5 proc. vyresnių nei 65 m. amžiaus gyventojų. Lietuvos Sveikatos ekonomikos centras (2006), remdamasis Eurostat duomenimis, skelbia, kad vidutinės gyvenimo trukmės Lietuvoje ilgėjimas, populiacijos senėjimas ir darbingo amžiaus asmenų skaičiaus mažėjimas sąlygos išlaikytinių skaičiaus augimą ir visuomeninių išlaidų socialinėms išmokoms, pensijoms bei sveikatos priežiūrai ženklų augimą. Atsižvelgiant į šiuos teiginius, Šiaulių apskrityje tikslinga medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra, geriatrijos skyrių ligoninėse steigimas.
- Ekspertų nuomonė buvo vieninga dėl elektroninės medicininių duomenų apie ligonį bazės sukūrimo. Jos įdiegimas Šiaulių apskrities ligoninėje pagerintų ligonių ištyrimą, palengvintų gydytojų darbą.

Sukurti efektyvią sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo strategiją yra atsakingas ir nelengvas uždavinys. Tačiau, įvertinus pastebėtus esamus kardiologinės pagalbos ypatumus Šiaulių regione, sudarant Šiaulių apskrities ir Šiaulių apskrities ligoninės širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo veiksmų programą, atkreiptinas dėmesys į šias veiklos sritis:

- Siekiant ankstyvos širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos, plėtoti prevencinį darbą, įsteigti širdies ligų prevencijos kabinetą darbui su padidintą riziką turinčiais asmenimis.
- Gerinant kardiologinių paslaugų prieinamumą, siekti nemotyvuotai kardiologo konsultacijai siunčiamų ligonių skaičiaus ir į stacionarą nukreipiamų lėtinėmis ligomis sergančiųjų skaičiaus mažinimo. Tai galima įgyvendinti keliant šeimos gydytojų kvalifikaciją, aprūpinant juos

reikiama aparatūra, stiprinant liginės ir pirminės sveikatos priežiūros grandžių bendradarbiavimą.

- Užtikrinti kvalifikuotos skubios pagalbos suteikimo galimybę apskrities rajonų liginėse. Tam būtina gerinti specializuotų ambulatorinių kardiologinių paslaugų kokybę visose apskrities rajonų liginėse, įsteigti ambulatorinę kardiologinę tarnybą VŠĮ Joniškio ir N.Akmenės liginėse. Rajonų ligininių reanimacijos skyrius aprūpinti reanimacinėmis lovomis su visa būtina įranga kovai su grėsmingais ūmiais širdies ir kraujagyslių susirgimais.
- Didinti galimybę visiems askrities gyventojams, susirgusiems ūmia širdies ir kraujagyslių liga, gauti specializuotą stacionarinę kardiologinę pagalbą. Todėl Šiaulių apskrities liginė reikalinga aprūpinti modernia šiuolaikine diagnostine aparatūra, išplėsti intervencinės kardiologijos apimtis, padidinti kardiologinės reanimacijos lovų skaičių, aprūpinant ją modernia įranga, didinti kardiologinių lovų skaičių, tolygiai mažinant lovų skaičių kitose Šiaulių apskrities liginėse. Ne mažiau svarbu sudaryti geras darbo sąlygas, kad Šiaulių apskrities liginėje norėtų dirbti aukštos kvalifikacijos specialistai bei patyręs personalas.
- Pagerinti stacionarinės pagalbos prieinamumą seniems žmonėms bei sergantiems lėtinėmis širdies ligomis. Tam reikėtų padidinti lovų skaičių palaikomojo gydymo ir slaugos liginėse, liginėse įkurti geriatrijos skyrius.
- Šiaulių apskrities liginėje įdiegti elektroninę medicininių duomenų apie ligonius bazę. Tai pagreitintų ligonui ištyrimą, palengvintų diagnostiką, sutaupytų lėšas.

Tikėtina, kad panašiu principu organizuojant kardiologinę pagalbą, pagerėtų ambulatorinių ir stacionarinių kardiologinių paslaugų prieinamumas bei kokybė, mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų Šiaulių apskrityje sumažėtų iki Lietuvos vidurkio. Be to, padidėtų specialistų pasitenkinimas darbu bei ligonio pasitenkinimas gauta pagalba.

IŠVADOS

1. 2004 – 2007 m. beveik visose Šiaulių apskrities ligoninėse stacionarinis sergamumas bei ligonių, sirgusių nestabilia krūtinės angina ir ŪMI, srautai turėjo tendenciją didėti, išskyrus VšĮ Kelmės ligoninę ir VšĮ Šiaulių apskrities ligoninę, kur ligonių, sirgusių NKA stacionarinis sergamumas ir srautai buvo linkę mažėti atitinkamai vidutiniškai 8,8 proc./m. ($p=0,4$) ir 2,8 proc./m. ($p=0,5$), o ligonių, sirgusių ŪMI, VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje stacionarinis sergamumas ir ligonių srautai buvo linkę mažėti 5,0 proc./m. ($p=0,5$).
2. Išliekant tokiam pačiam sergamumui IŠL bei tokiems patiems ligonių srautams į gydymo įstaigas, o taip pat tokiai pačiai demografiniai situacijai analizuojamuoju laikotarpiu, 2010 m. didžiausias stacionarinis sergamumas NKA ir ŪMI būtų VšĮ Joniškio ligoninėje ir siektų atitinkamai 19,5 ir 6,1/1000 gyventojų.
3. Per analizuojamąjį laikotarpį daugiausia TLK lėšų, skirtų už suteiktas stacionarines paslaugas, sirgusiems NKA bei ištiktiems ŪMI ligoniams, teko VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje.
4. Visose Šiaulių apskrities ligoninėse lėšos, skirtos vienam NKA ir ŪMI atvejui gydyti per stebėjimo laikotarpį reikšmingai didėjo ir didžiausia vieno stacionarinio atvejo kaina buvo 2007 m., tik VšĮ Kuršėnų ligoninėje vieno ŪMI stacionarinio atvejo kaina per visą analizuojamąjį laikotarpį išliko stabili.
5. Didžiausia vieno nestabilios KA atvejo kaina buvo VšĮ Kelmės ligoninėje ir vidutiniškai vienam atvejui 2007 m. teko 1236,53 Lt., o mažiausia – VšĮ Pakruojo ligoninėje – 948,38 Lt. Didžiausia TLK skirta suma už vieną ŪMI atvejį buvo 2007 m. Šiaulių m. apskrities ligoninėje, kuri siekė 2662,41 Lt., kai tuo tarpu 2004 m. daugiausia lėšų vienam ŪMI atvejui buvo skirta VšĮ Naujosios Akmenės ligoninėje (1629,18 Lt.).
6. Išliekant tokiom pačiom stacionarinio sergamumo ir ligonių srautų tendencijom kaip ir 2004–2007 m., 2010 m. vieno NKA stacionarinio atvejo kaina turėtų padidėti visose Šiaulių apskrities ligoninėse vidutiniškai iki 1558,82 Lt ($p=0,02$), o vieno ŪMI atvejo kaina siektų apie 3020,78 Lt ($p=0,01$).
7. Tyrimas parodė, kad per analizuojamąjį laikotarpį intervencinės kardiologinės pagalbos apimtis Šiaulių apskrities ligoninėje buvo linkusi didėti. TLK lėšų intervencinei gydomajai

kardiologinei pagalbai didėjo 24,2 proc./m. ($p=0,02$), o lėšų, skiriamų intervencinei diagnostinei pagalbai buvo tik linkę didėti (+16.2 proc./m.; $p=0,2$). Vidutinė vienos intervencinės gydymosi kardiologinės pagalbos kaina buvo didesnė, nei diagnostinės, tačiau tiek diagnostinės, tiek gydymosi radiologinės pagalbos vieno atvejo kaina per analizuojamąjį laikotarpį didėjo, atitinkamai 14,7 proc./m. ($p=0,02$) ir 15,6 proc./m. ($p=0,02$), o 2010 m. intervencinės radiologinės diagnostinės pagalbos vidutinė vieno atvejo kaina siektų 735,07 Lt, kai gydymosi – 3289,39 Lt.

8. Per analizuojamąjį laikotarpį nustatyta, kad daugiausia kardiologinės pagalbos paslaugų Šiaulių apskrities asmens sveikatos priežiūros įstaigose 2004 m. suteikė VšĮ Šiaulių apskrities ligoninės konsultacinė poliklinika ir šių paslaugų skaičius per analizuojamąjį laikotarpį buvo linkęs didėti vidutiniškai 7,6 proc./m. ($p=0,2$), o mažiausiai – Radviliškio ligoninės konsultacinė poliklinika (784 atvj./m.), tačiau šis rodiklis buvo linkęs didėti net 32,7 proc./m. ($p=0,1$), ir, išliekant tokiam pačiam IŠL sergamumui bei tokiems patiems ligonių srautams į gydymo įstaigas, 2010 m. Radviliškio ligoninė turėtų pralenkti visų VšĮ Šiaulių apskrities ligoninių konsultacines poliklinikas, išskyrus VšĮ Šiaulių apskrities ligoninės konsultacinę polikliniką.
9. Daugiausia TLK lėšų už kardiologines paslaugas buvo skirta Šiaulių apskrities ligoninės konsultacinei poliklinikai. 2004 m. Vidutinė vienos kardiologinės paslaugos kaina buvo didžiausia VšĮ Radviliškio ligoninės konsultacinėje poliklinikoje, vėlesniais metais – Šiaulių apskrities ligoninės konsultacinėje poliklinikoje. Per visą analizuojamąjį laikotarpį šios paslaugos vidutinė vieno atvejo kaina brango visose Šiaulių apskrities ligoninių konsultacinėse poliklinikose.

REKOMENDACIJOS

1. Analizuojant lėšas, TLK skirtas ligoninėms už stacionarines paslaugas sergantiems nestabilia krūtinės angina ir ūmiu miokardo infarktu, paaiškėjo, kad vienodo lygio ligoninėse esant vienodiems paslaugų įkainiams, vidutinė vieno atvejo kaina skyrėsi (50 pav. ir 51 pav.). Šiaulių TLK ekspertams tikslinga paanalizuoti, dėl kokių priežasčių vidutinė vieno nestabilios KA atvejo kaina ir vidutinė ūmaus MI kaina tais pačiais analizuojamais metais skyrėsi VŠĮ Naujosios Akmenės, Jonišio, Radviliškio, Pakruojo, Kuršėnų ir Kelmės ligoninėse, pasiūlyti apmokėjimo už stacionarines paslaugas tobulinimo galimybes.
2. Atkreipiant dėmesį į tai, kad pastarųjų metų valstybinės sveikatos strategijos ir programos, numatančios tiek sergamumo ir mirtingumo mažinimo veiksmų kryptis, tiek Europos Sąjungos struktūrinės paramos lėšų skirstymą, prioritetine sritimi laiko širdies ir kraujagyslių ligas, kaip didžiausio mirtingumo Lietuvoje priežastį, ir į tai, kad mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų Šiaulių apskrityje didesnis, nei Lietuvos mirtingumo vidurkis (40 pav.), Šiaulių apskrities viršininko administracija ir Šiaulių apskrities gydytojo tarnyba turi parengti Šiaulių apskrities sveikatos programą su prioritetine širdies ir kraujagyslių ligų sritimi, kurioje būtų numatyti veiksmai ir priemonės, įtakojančios sergamumo ir mirtingumo mažėjimą, sudarančios sąlygas kardiologinės pagalbos struktūros ir organizavimo tobulinimui, panaudojant ES struktūrinės paramos lėšas.
3. Kadangi Šiaulių apskrities Jonišio ir Naujosios Akmenės rajonuose neteikiama ambulatorinė kardiologinė pagalba (2 priedas), minėtų rajonų savivaldybių administracijoms ir gydytojų tarnyboms rekomenduojama įsteigti kardiologo kabinetus aprūpinant specialistais ir reikiama medicinine įranga.
4. Hospitalinio sergamumo rodikliai kraujotakos sistemos ligomis 1000 gyventojų 1990 - 2005 m. Šiaulių apskrities ligoninėje buvo aukščiausi, palyginus su kitomis Šiaulių apskrities ligoninėmis, o hospitalinio letališkumo rodikliai kraujotakos sistemos ligomis 1000 gyventojų 1991-2006 metais Šiaulių apskrities ligoninėje buvo žemiausi. Todėl rekomenduojama didesnę srautą kardiologinių ligonių stacionarizuoti Šiaulių apskrities ligoninėje, tolygiai mažinant lovų skaičių Šiaulių apskrities rajonų ligoninėse, ten paliekant tik ambulatorinę ir skubią reanimacinę pagalbą.
5. Šiaulių apskrities kardiologinės pagalbos organizavimui, ambulatorinių ir stacionarinių kardiologinių paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimui, širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos vystymui Šiaulių apskrities viršininko administracija turėtų įsteigti Šiaulių apskrities kardiologijos koordinacinį centrą.

DISKUSIJA

Šis darbas parodė, kad didžiausi ligonių srautai yra į didesnes rajonų savivaldybių ligonines. TLK sudarant sutartis, būtina atsižvelgti į šį požymį. Kardiologinės paslaugos pasiūlos kiekio ir paslaugų gavimo masto priklausomybė verčia mąstyti apie nereikalingo stacionarizavimo atvejus, kurie didina išlaidas sveikatos apsaugai. Išanalizavus paslaugų poreikius, sumažinus nemotyvuotų paslaugų skaičių, pagerėtų pagalbos prieinamums. Nors konkurencija tarp pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų didėja, paslaugų efektyvumo bei kokybės siekimas nėra pakankamas. Pacientų siuntimas kardiologo konsultacijai turėtų būti motyvuotas, tada pagalba bus lengviau prieinama, savalaikė ir tikslinga, jos rezultatas- sumažėjęs stacionarizavimas. Būtina teikti ambulatorinę specializuotą kardiologinę pagalbą visų miestų sveikatos priežiūros įstaigose (VšĮ Joniškio ir VšĮ Naujosios Akmenės ligoninių konsultacinėse poliklinikose).

Nustatant paslaugos teikimo mastus ir sudarant sutartis su specializuotą kardiologinę stacionarinę pagalbą teikiančiomis apskrities įstaigomis, reikia nagrinėti, kokios teritorijos gyventojams yra teikiamos šios paslaugos. Ši priemonė taip pat leistų mažinti didėjančius stacionarizavimo mastus į mažesnius rajonus ir suteikti tinkamą kardiologinę stacionarinę pagalbą didesnėse ligoninėse, t.y. VšĮ Šiaulių apskrities ligoninėje. Rajonuose, kur stacionarinių paslaugų, sergantiems NKA ir ŪMI, suteikiama išskirtinai daug, (VšĮ Joniškio, VšĮ Naujosios Akmenės, VšĮ Kelmės ligoninėse), kardiologinių paslaugų poreikį būtina papildomai analizuoti ir atlikti tų paslaugų teikėjų veiklos auditą.

Šio darbo rezultatai galėtų naudingi priimant investicinius sprendimus dėl naujų medicinos technologijų įdiegimo bei pertvarkant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Pasirenkant kurį nors iš galimų sveikatos priežiūros teikimo būdų, reikia atsižvelgti į tiesiogines paslaugų teikimo sąnaudas bei išvengti neigiamų socialinių – ekonominių padarinių. Pasiiekta ekonomija gali labiau pasireikšti skirtingų institucijų arba gyventojų grupių atžvilgiu. Nestabilios krūtinės anginos ir ūminio miokardo infarkto ligų finansinė našta gali būti sumažinta, pavyzdžiui, pasirenkant tinkamą apskrities ligoninę, t.y. nukreipiant ligonius į labiau specializuotas ir didesnes diagnostines galimybes turinčias apskrities ligonines, t.y. į VšĮ Šiaulių apskrities ligoninę.

LITERATŪRA

1. Au, K. & Cheung, M. W. L. (2004). Intra-Cultural Variation and Job Autonomy in 42 Countries. *Organization Studies*, 25(8), p. 1339–1362.
2. Belkic, K., Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., et al. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 30(2), p. 85-128.
3. Bhardwaj, A., Dietz, J., & Beamish, P.W (2007). Host country cultural influences on foreign direct investment. *Management International Review*, 47(1), p. 29-50.
4. Boxall, P. & Gilbert, J. (2007). *The management of managers: A review and conceptual framework*. *International Journal of Management Reviews*, 9(2), p. 95-115.
5. Buivydas, R. & Černiauskas, B. (1998). *Finansinis sveikatos priežiūros įstaigų valdymas ir apskaita*. Sveikatos ekonomikos centras, Vilnius: Lietuvos informacijos instituto spaustuvė.
6. Campbell, A. & Yeung, S. (1991). Creating a sense of mission. *Long Range Planning*, 24 (4), p. 10-20.
7. Cooper, K., Brailsford, S., Davies, R., Raftery, I. (2006). A review of health care models for coronary heart disease interventions. *Health Care Management Science*, 9 (4), p. 311-324.
8. Čekanavičius, V. & Murauskas, G. (2002). *Statistika ir jos taikymai II*. Vilnius.
9. De Cieri, H., Cox, J.W. & Fenwick, M. (2007). A review of international human resource management: Integration, interrogation, imitation. *International Journal of Management Reviews*, 9(4), p. 281-302.
10. Dixon, R., Mousa, G.A. & Woodhead, A. (2005). The Role of Environmental Initiatives in Encouraging Companies to Engage in Environmental Reporting. *European Management Journal*, 23(6), p. 702-716.
11. Domarkienė, S., Jurėnienė, K., Petrokienė, Z., Radišauskas, R., Rastenytė, D., ir kt. (2000). *Širdies ir kraujagyslių ligos. Epidemiologija ir profilaktika*. Kaunas.
12. Dussart, C. (2001). Transformative Power of e-Business Over Consumer Brands. *European Management Journal*, 19(6), p. 629-637.
13. Elif, A., Murray, C., Chin, L. (2006). A network flow approach to optimizing hospital bed capacity decisions. *Health Care Management Science*, 9 (4), p. 391-404.
14. Fisher, E.S., Wennberg, D.E., Stukel, T.A., et al. (2003). The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern. Med*, 138, p. 288-298.

15. Furrer, O., Thomas, H. & Goussevskaia, A. (2008). *The structure and evolution of the strategic management field: A content analysis of 26 years of strategic management research*. *International Journal of Management Reviews*, 10(1), p. 1-23.
16. Goodman, D. C. (2007). Expanding the medical workforce. *British Medical Journal*, 335, p. 218-219.
17. Goodman, D.C., (2004). Trends: twenty-year trends in regional variations in the US physician workforce. *Health Aff (Millwood)*, VAR90-7.
18. Gravelle, H. & Sutron, M. (2001). Inequality in the geographical distribution of general practitioners in England and Wales 1974-1995. *J Health Serv Res Policy*, 6, p. 6-13.
19. Haile, V.H., Farndale, E. & Truss, C. (2005). The HR department's role in organisational performance. *Human Resource Management Journal*, 15(3), p. 49-66.
20. Hay, M. & Williamson, P. (1997). Good strategy: the view from below. *Long Range Planning*, 30 (5), p. 651-664.
21. Herrmann, P. (2005). *Evolution of strategic management: The need for new dominant designs*. *International Journal of Management Reviews*, 7(2), p. 111-130.
22. Janušonis, V. *Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose*. Monografija. - Klaipėda, 2005.
23. Janušonis, V. (2000). *Sveikatos apsaugos sistemos organizacijų valdymas: XXI amžių pasitinkant*. Monografija. Klaipėda.
24. Janušonis, V. & Popovienė J. (2004). *Kokybės sistemos kūrimas ir valdymas sveikatos apsaugos organizacijose*. Klaipėda.
25. Kivimaki, M., Virtanen, M., Vartia, M., et al. (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(10), p. 779-783.
26. Klarsfeld, A. & Mabey, C. (2004). Management Development in Europe: Do National Models Persist? *European Management Journal*, 22(6), p. 649-658.
27. Mark, J. & Simon, J. (2005). Transient Probabilities for Queues with Applications to Hospital Waiting List Management. *Health Care Management Science*, 8 (3), p. 231-236.
28. Michie, S. & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, p. 3-9.
29. Misevičienė, I., Klumbienė, J., Tamošiūnas, A. (2002). *Konceptualus sveikatos programos vertinimo modelis* (mokymo knyga). KMU.

30. Purcell, J. & Hutchinson, S. (2007). Front-line managers as agents in the HRM-performance causal chain: theory, analysis and evidence. *Human Resource Management Journal*, 17(1), p. 3-20.
31. Sakalauskas, V. (1998). *Statistika su Statistica*. Vilnius.
32. Salin, D. (2001). Prevalence and form of bullying among business professionals: A comparison of two different strategies for measuring bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4), p. 425-441.
33. Sapagovas, J., Vitkauskas, L., Rašymas, A., Šaferis, V. (2000). *Informatikos ir matematinės statistikos pradžios pradmenys*. Kaunas: KMU leidykla.
34. Scullion, H., Collings, D.G., Gunnigle, P. (2007). *International human resource management in the 21st century: emerging themes and contemporary debates*. *Human Resource Management Journal*, 17(4), p. 309-319.
35. Smilga, E. (2005). *Strateginis valdymas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
36. Stoner, J.A. Freeman, R.E., Gilbert, D.R. (2005). *Vadyba*, Kaunas: Poligrafija ir informatika.
37. Stoškus, S., Beržinskienė, D. (2005). *Vadyba*. Kaunas: Technologija.
38. Terry, Y. (2005) An Agenda for Health care and Information Simulation. *Health Care Management Science*, 8 (3), p. 189-196.
39. Turčinskas, R. *Lietuvos sveikatos politikos strateginiai aspektai*. V Nacionalinė sveikatos politikos konferencija, Vilnius, 2006 lapkričio 24 d., p. 5-9.
40. Vasiliauskas, A. (2002). *Strateginis planavimas*. Vilnius: Enciklopedija.
41. Willison, D.J. Soumerai, S.B., McLaughlin, T.J., Gurwitz, J.H., et al.(1998). Consultation Between Cardiologists and Generalists in the Management of Acute Myocardial Infarction: Implications for Quality of Care. *Arch Intern Med.*, 158, p. 1778-1783.
42. American Heart Association, statistical fact sheet – populations, 2004. [žiūrėta 2007-06-02]. Prieiga per internetą:
[http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1077185395308FS06INT4\(ebook\).pdf](http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1077185395308FS06INT4(ebook).pdf).
43. Carpenter, M. A., Sanders W. G. (2006). *Strategic management*. New Jersey: Prentice Hall. Prieiga per internetą: <http://www.coursesmart.com/0132198606> [žiūrėta 2008-04-02].
http://www.pearsonhighered.com/academic/product/0,,013145353X,00%2Ben-USS_01DBC.html
44. *Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo*. LR Vyriausybės nutarimas Nr. 0647 (2006-06-29). [žiūrėta 2007-05-13]. Prieiga per internetą:
http://www.lrv.lt/main.php?id=.%2Fteises_aktai

[%2Frezult1.php&cat=31&gr=1&forma=Nutarimas&numeris=647&metai=2006&menuo=01&diena=01&metai2=2007&menuo2=05&diena2=12&zodziai=&save=Ie%F0koti](#)

45. *Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo.* Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. Nr. V-913 įsakymas. [žiūrėta 2007-05-10]. Prieiga per internetą: http://www.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/ministro_isakymai?fcode=v-913&fdate_from=2005+11+25&fdate_till=&ftype=&flang=&ftitle=&ftext=&flpvd=&flmetai=&flnr=&fdnr=&filter=Ie%C5%A1koti
46. *Dėl atsakomybės už Europos Sąjungos 2007-2013 metų struktūrinės paramos, gaunamos pagal Europos Sąjungos sanglaudos politikos konvergencijos tikslą, administravimą paskirstymo ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės Europos Sąjungos struktūrinės paramos komiteto 2004-2006 metų ir 2007-2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos klausimams spręsti sudarymo.* LR Vyriausybės 2006 m. gruodžio 18 d. nutarimas Nr. 1275 [Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. kovo 14 d. nutarimo Nr. 252 pakeitimo](#) (Žin., 2006, Nr.139-5304). [žiūrėta 2008-02-10]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=289267&p_query=&p_tr2=
47. *Dėl atsakomybės už Europos Sąjungos 2007-2013 metų struktūrinės paramos, gaunamos pagal Europos Sąjungos sanglaudos politikos konvergencijos tikslą, administravimą paskirstymo ir LR Vyriausybės Europos Sąjungos struktūrinės paramos komiteto 2004-2006 metų ir 2007-2013 metų Europos sąjungos struktūrinės paramos klausimams spręsti sudarymo.* Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. kovo 14 d. nutarimo Nr. 252 pakeitimo. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas, 2006 m. gruodžio 18 d. Nr. 1275. Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Valstybės žinios: 2006 12 21 Nr.139-5304. [žiūrėta 2008-04-02]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=289267&p_query=&p_tr2=
48. *Dėl Lietuvos respublikos vyriausybės programos.* Lietuvos respublikos seimo 2006 m. liepos 18 d. Nr. X-767 nutarimas [žiūrėta 2008-04-02]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=3984&p_k=1
49. *Dėl nacionalinės Lisabonos strategijos įgyvendinimo programos.* Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1270 (2005-11-22). [žiūrėta 2007-05-13]. Prieiga per internetą: http://www.lrv.lt/main.php?id=%2Fteisines_aktai%2Frezult1.php&cat=31&gr=1&forma=Nutarimas&numeris=1270&metai=2005&menuo=01&diena=01&metai2=2006&menuo2=05&diena2=12&zodziai=&save=Ie%F0koti

50. *Del strateginio farmacijos ir sveikatos priežiūros žmonių išteklių planavimo Lietuvoje programos įgyvendinimo*. Nacionalinės sveikatos tarybos nutarimas. 2006 m. rugsėjo 26 d. Nr. N-2, Vilnius. [žiūrėta 2008-04-02]. Prieiga per internetą:
http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=698&p_d=59624&p_k=1
51. eBusiness help center. [žiūrėta 2008-04-03]. Prieiga per internetą:
www.ebusinesshelpcenter.com
52. eBusiness help center. [žiūrėta 2008-04-03]. Prieiga per internetą:
http://www.scribd.com/doc/8921/business-ebook-16-secrets-of-guerilla-marketing?ga_related_doc=1
53. Europos Komisija. Employment, social affairs and equal opportunities. [žiūrėta 2008-04-10]. Prieiga per internetą:
http://www.ec.europa.eu/employment_social/emplweb/news/index_en.cfm
54. Europos Komisija. Lietuva. Padėtis ir pagrindinės tendencijos. [žiūrėta 2008-04-10]. Prieiga per internetą:
www.ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/joint_report/lithuania_lt.pdf
55. Europos Komisijos duomenų bazė Eurostat.. [žiūrėta 2008-02-15]. Prieiga per internetą:
<http://ec.europa.eu/eurostat>
56. *Europos Sąjungos struktūrinių fondų paramos prioritetai Lietuvos sveikatos apsaugos srityje 2007-2013 m.* [žiūrėta 2007-05-10]. Prieiga per internetą:
http://esparama.sam.lt/lt/main/sp/sp2007_2013
57. *Europos Sąjungos struktūrinių fondų paramos prioritetai Lietuvos sveikatos apsaugos srityje 2007-2013 m.* Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos posėdis 2005/12/22. [žiūrėta 2007-05-10]. Prieiga per internetą:
<http://esparama.sam.lt/repository/kolegija%2005%2012%2022.ppt#256,1>, Sveikatos apsaugos ministerija Kolegijos posėdis 2005-12-22.
58. Health at a Glance 2005. Organisation for economic co-operation and development OECD. [žiūrėta 2008-04-04]. Prieiga per internetą:
http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html
59. *Lėtinės neinfekcinės ligos*. Nacionalinė mokslo programa. Lietuvos mokslo tarybos kolegijos nutarimas Nr. VIK – 67. 2007 m. spalio 15 d. [žiūrėta 2008-05-04]. prieiga per internetą:
<http://www.lmt.lt/>

60. *Lietuvos 2004-2006 metų bendrasis Programavimo Dokumentas*. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas. 2004 m. rugpjūčio 2 d. Nr. 935, Vilnius. [žiūrėta 2008-04-15]. Prieiga per internetą: http://www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska.showdoc_l?p_id=239161
61. *Lietuvos gyventojų sergamumo bei mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo strategija*. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-805. [žiūrėta 2007-05-10]. Prieiga per internetą: <http://esparama.sam.lt/repository/cardio%20strategija.doc>
62. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veika 2006 m. (2007)*. LR SAM, Valstybinės sveikatos priežiūros tarnybos ir Lietuvos Sveikatos informacijos centro leidinys, Vilnius. [žiūrėta 2008-04-06]. Prieiga per internetą: www.lsic.lt leidiniai
63. *Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams*. UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA) studija, Vilnius, 2006. [žiūrėta 2008-04-06]. Prieiga per internetą: www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt
64. *Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams*. UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ ir Etinių farmacijos kompanijų asociacija (EFA) studija, Vilnius, 2007. [žiūrėta 2008-04-06]. Prieiga per internetą: www.efa.lt/naujas/Studija2.ppt -
65. *Lietuvos sveikatos apsaugos sistemos finansavimas ir sveikatinimo paslaugų prieinamumas gyventojams*. Sveikatos ekonomikos centras, 2006. [žiūrėta 2008-04-06]. Prieiga per internetą: www.efa.lt/naujas/Studija%20lietuviu%20kalba.ppt
66. Lietuvos sveikatos ekonomikos centras. [žiūrėta 2008-04-09]. Prieiga per internetą: <http://www.sec.lt/>
67. *Lietuvos sveikatos statistika 2005 (2006)*. Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilnius. [žiūrėta 2008-04-02]. Prieiga per internetą: <http://www.lsic.lt/data/la2005.pdf>
68. *Lietuvos sveikatos statistika 2006 (2007)*. [žiūrėta 2008-04-14]. Prieiga per internetą: <http://www.lsic.lt/> leidiniai
69. *Ligonių kasos: 2004 –ujų apžvalga (2005)*, Vilnius. [žiūrėta 2008-04-04]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=1126>
70. *Metinė Lietuvos nacionalinės Lisabonos strategijos įgyvendinimo programos įgyvendinimo pažangos ataskaita*, 2006. [žiūrėta 2008-04-15]. Prieiga per internetą: <http://eapn.horus.be/.../Lithuania/LT%20NRP%20Implementation%20report%202006%20LT.pdf>

71. *Nacionalinė bendroji strategija: Lietuvos 2007-2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategija konvergencijos tikslui įgyvendinti*. Vilnius, 2006 m. lapkričio 30 d, [žiūrėta 2007-05-10]. Prieiga per internetą: www.euro.lt/documents/NSRF-LT2.pdf
72. *Nacionalinis pranešimas apie Lietuvos socialinės apsaugos ir socialinės aprėpties strategijas 2006-2008 m. (2006)*. [žiūrėta 2008-04-15]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/nap/lithuania_lt.pdf
73. *Sanglaudos skatinimo veiksmų programa* (patvirtinta Europos Komisijos 2007 m. liepos 30 d.). [žiūrėta 2008-04-15]. Prieiga per internetą: [shttp://www.esparama.lt/es_parama/strukturines_paramos_2007_1013m._medis/titulinis/files/3vp_ss_2007-07-05.pdf](http://www.esparama.lt/es_parama/strukturines_paramos_2007_1013m._medis/titulinis/files/3vp_ss_2007-07-05.pdf)
74. *Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 m. programa*. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-799, 2007 m. spalio 9 d., Vilnius. [žiūrėta 2008-04-15]. Prieiga per internetą: http://esparama.sam.lt/lt/main/sp/sp2007_2013/paramos_prioritetai
75. Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. [žiūrėta 2008-04-04]. Prieiga per internetą: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=1126>
76. *Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas ir modernizavimas pagal bendrąjį programavimo dokumentą 2004-2005 m.* [žiūrėta 2008-04-15]. Prieiga per internetą: <http://esparama.sam.lt/lt/main/sp/bpd>
77. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN) Brussels, 6 February 2006, ECFIN/EPC(2006)REP/238. [žiūrėta 2008-02-15]. Prieiga per internetą: www.folketinget.dk/samling/20061/almdel/PØU/Bilag/16/315734.PDF
78. WHO/Europe_European health for all database. [žiūrėta 2008-04-04]. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/hfadb>

PRIEDAI

1 priedas

Šiaulių TLK statistiniai duomenys

		2004 1 pusm.				2004 2 pusm.				2005 1 pusm.				2005 2 pusm.				2006 1 pusm.				2006 2 pusm.				2007 1 pusm.				Grand Total							
Ligų šifras	Reidžiavimas	112	166	175	187	112	166	175	187	112	166	175	187	112	166	175	187	112	166	175	187	112	166	175	187	112	166	175	187	112	166	175	187	112	166	175	187
385	Viešoji įstaiga N. Akmenėlio ligoninė	77700	133002	145132	94	109819	5	290029	2	215903	8	231406	3	196	156	196	156	305302	586	477	518094	23	1883	2056733	95												
	Suma	15474	39910	37444	2	44959	5	57035	9	61670	8	86	86	32650	45745	59045	63	94411	8	99905	4	70341	9	10267	3	518094	23	1883	2056733	95							
386	Viešoji įstaiga N. Akmenėlio ligoninė Sum of GL - ak	72	242	259	289	339	380	415167	6	415167	6	2056733	95																								
387	Viešoji įstaiga N. Akmenėlio ligoninė Sum of suma	132824	218655	238148	10	305167	5	409224	1	340349	6	415167	6	2056733	95																						
388	Viešoji įstaiga Raaviškių ligoninė	102	89	82	96	89	120	111	689	62770	53832	50866	2	7781	9	8004	4	12930	9	11967	0	571207	301														
	Suma	46	40	40	28	36	72	49	331	44418	46638	48799	3	43409	4	104543	1	12045	8	56642	5	56642	5														
389	Viešoji įstaiga Raaviškių ligoninė Sum of GL - ak	112	87	113	109	231	188	202	1112	82302	69296	69704	16	146322	1	214736	8	210549	95	217770	2	101675	1	21													
	Suma	266	316	335	293	378	390	362	2132	169406	169768	191448	66	382613	4	393364	2	494380	95	467671	6	2144570	87														
389	Viešoji įstaiga Raaviškių ligoninė Sum of suma	306	224	324	300	339	325	287	2107	195652	144341	240594	36	247522	3	309324	6	316225	8	272186	4	1722096	10														
387	Viešoji įstaiga Pakruojo ligoninė	15	14	18	18	25	16	18	124	17146	20404	22140	38	34916	0	62267	6	36858	6	230674	78	230674	78														
160	GL - ak	61	67	61	105	85	59	36	623	30449	41532	46964	63	101207	5	124837	5	103249	6	502750	43	502750	43														
	Suma	384	295	403	423	449	400	400	2794	343247	260277	308408	37	383646	1	492529	1	458138	6	460833	3	3554081	37														
387	Viešoji įstaiga Pakruojo ligoninė Sum of GL - ak	228	162	240	247	262	231	242	1672	163180	137558	177154	2	204291	8	324321	1	291746	6	288153	1	1500307	115														
	Suma	9	11	17	17	15	13	32	115	8875	14815	32709	32	32576	20267	32598	4	74275	9	229136	3	229136	3														
160	GL - ak	171	142	158	111	136	119	119	965	162050	105245	148383	09	13486	37	157573	3	145746	1	200378	5	997916	08														
	Suma	400	345	418	443	443	383	383	2742	277535	257618	358246	25	379880	81	611776	4	420692	3	582667	3	2773238	36														
388	Viešoji įstaiga Joniškio ligoninė	53	48	38	40	36	26	38	287	38110	39848	29065	9	41419	6	37913	5	38878	9	48942	8	271778	7														
	Suma	74	61	55	68	100	94	96	957	74304	70342	69677	7	87967	9	166433	3	117181	1	130859	2	660861	1														
160	GL - ak	81	77	94	108	143	123	129	745	96670	65152	70735	64	79054	3	151070	9	148004	6	128500	3	688095	74														
	Suma	208	218	187	242	287	243	282	1839	172084	164742	149779	34	207541	8	294428	7	300864	5	212198	3	1621636	54														
389	Viešoji įstaiga Kelmės ligoninė	178	197	200	186	234	211	200	1408	102646	122696	125420	68	123436	4	181656	2	181506	2	193485	7	1031045	18														
	Suma	45	27	41	19	35	26	35	230	194309	176652	16803	64	9407	0	16689	1	15291	1	17211	2	115803	64														
160	GL - ak	78	75	54	73	90	63	69	561	72773	51896	53204	48	106697	28	195011	1	110839	5	78224	4	671145	58														
	Suma	201	209	288	278	318	202	254	2140	184238	232254	156438	7	247540	48	357663	3	307936	8	204920	3	1878004	68														

391	Viesojū jaišaja šiauli apskaites līgumē šigunā	120.0	GL_šik	1268	1388	1337	1336	1387	1385	1173	8243
			suma	812752	825676	807200.54	1110803	1284533.8	1309176.2	1223480.1	7647051.64
		121	GL_šik	310	241	263	217	263	263	229	1666
			suma	453550	335178	407035.28	438423	442340.7	475682.2	609891.7	3181900.88
		180	GL_šik	680	628	665	468	499	394	471	3813
			suma	332452	304941	354602.6	248420.4	272470.4	244768.7	282548.2	2050310.3
397	Viesojū jaišaja šiauli apskaites līgumē šigunā Sum of GL_šik			2368	2235	2285	2620	2689	1952	1873	14722
397	Viesojū jaišaja šiauli apskaites līgumē šigunā Sum of suma			1339704	1580735	1483145.42	1803728.4	1990344.9	2108637.1	2125728	1286062.82
392	Viesojū jaišaja šiauli palikumsjo šigunā ir šiauges līgumē šigunā			24	21	26	33	25	15	14	150
			suma	58541	38854.5	47642.74	85226.32	82719	26418.2	44581.7	307055.46
392	Viesojū jaišaja šiauli palikumsjo šigunā ir šiauges līgumē šigunā Sum of GL_šik			24	21	26	33	25	15	14	158
392	Viesojū jaišaja šiauli palikumsjo šigunā ir šiauges līgumē šigunā Sum of suma			381641	38854.5	47642.74	86388.32	82219	26418.2	44581.7	387853.46
	Total Sum of GL_šik			4025	3889	4089	3963	4370	3944	3900	28170
	Total Sum of suma			2828789	2848972.2	3168347.57	3814382.87	4538942.7	4479509.05	4467840.5	28194194.89

PAI_GIST_PAV	PAI_P AS_K ODAS	PAI_PAS_PROFILIS	Duomenys					Bendroji suma
			2004m	2005m	2006m	2007m I pasm.	2007m I pasm.	
Viešoji įstaiga Šiaulių apskritys	304	Diagnostinė intervencinė radiologija (stacionario sąlygomis)	APMOKAMU_PASL_SK	538	797	658	301	2294
			Suma_LITAIŠ	188300	319365,5	329034,1	159940,2	996639,8
Viešoji įstaiga Šiaulių apskritys ligoninė	305	Gydymoji intervencinė radiologija	APMOKAMU_PASL_SK	147	158	144	101	550
			Suma_LITAIŠ	220500	279635	316317,6	237078,8	1053531,4
Viešoji įstaiga Šiaulių apskritys ligoninė Suma_LITAIŠ			685	955	802	402	2844	
Suma_LITAIŠ			408800	599000,5	645351,7	397019	2090171,2	

PAI_GIST_PAV	PAI_PAS_KODAS	PAI_PAS_PROFILIS	Duomenys	2004m	2005m	2006m	2007m I pasm.	Bendroji suma
				2004m	2005m	2006m	2007m I pasm.	
Gydytojas kardiologas Virgilijus Eberskienės kabinetas	1559	Kardiologo	APMOKAMU_PASL_SK	47				47
			Suma_LITAIŠ	1222				1222
Gydytojas kardiologas Virgilijus Eberskienės kabinetas APMOKAMU_PASL_SK	1559	Kardiologo	APMOKAMU_PASL_SK	190	290	313	43	836
			Suma_LITAIŠ	4940	8764,92	11765,1	1728,6	27238,72
Gydytojas kardiologas Virgilijus Eberskienės kabinetas Suma_LITAIŠ	1559	Kardiologo	APMOKAMU_PASL_SK	105	2100	2985,4	59	59
			Suma_LITAIŠ	2322	2322	2322	2322	2322
UAB "Senoji bokštas" klinika APMOKAMU_PASL_SK	2058	Kardiologo (vai atliekama širdies echoskopija (ar) vėžioegzaminacija)	APMOKAMU_PASL_SK	37	48	116	52	253
			Suma_LITAIŠ	7940	8784,02	11765,1	6787,6	34397,22
UAB "Senoji bokštas" klinika APMOKAMU_PASL_SK	2058	Kardiologo (vai atliekama širdies echoskopija (ar) vėžioegzaminacija)	APMOKAMU_PASL_SK	862	1440,88	4523,7	2139,9	9068,48
			Suma_LITAIŠ	2100	2100	2100	2100	2100
UAB "Senoji bokštas" klinika APMOKAMU_PASL_SK	2705	Kardiologo (vai atliekama širdies echoskopija (ar) vėžioegzaminacija)	APMOKAMU_PASL_SK	46	920	116	67	1149
			Suma_LITAIŠ	920	920	920	920	920
UAB "Senoji bokštas" klinika APMOKAMU_PASL_SK			1862	1440,88	4625,7	2989,9	10838,40	
UAB "Senoji bokštas" klinika Suma_LITAIŠ			1803	2809	2196	1015	7823	
Viešoji įstaiga Kernis ligoninė	1559	Kardiologo	APMOKAMU_PASL_SK	41678	84539,16	83027,2	41442	247686,26
			Suma_LITAIŠ					
Gydytojas kardiologas Virgilijus Eberskienės kabinetas APMOKAMU_PASL_SK	2058	Kardiologo (vai atliekama širdies echoskopija (ar) vėžioegzaminacija)	APMOKAMU_PASL_SK			590	574	1164
			Suma_LITAIŠ			28048	29644,4	58392,4
Gydytojas kardiologas Virgilijus Eberskienės kabinetas Suma_LITAIŠ	2705	Kardiologo (vai atliekama širdies echoskopija (ar) vėžioegzaminacija)	APMOKAMU_PASL_SK	1140	22800	5617,6	101	101
			Suma_LITAIŠ	22800	22800	22800	22800	22800
UAB "Senoji bokštas" klinika APMOKAMU_PASL_SK			64478	84539,16	109375,2	76304	334696,36	
UAB "Senoji bokštas" klinika Suma_LITAIŠ			2743	2809	2736	1680	9978	

Viešoji įstaiga Kuršėnų ligoninė	1550	Kardiologo	694	1153	1300	590	3337
			16044	34511,86	49333,9	26647	130536,66
		9 Kardiologas	542				542
		Suma_LITAIŠ	10840				10840
Viešoji įstaiga Kuršėnų ligoninė APMOKAMU_PASL_SK			1236	1153	1300	690	4379
Viešoji įstaiga Pakruojo ligoninė APMOKAMU_PASL_SK			28894	34511,86	48333,9	20647	141378,66
Viešoji įstaiga Kuršėnų ligoninė Suma_LITAIŠ			1083	2099	1990	972	6344
Viešoji įstaiga Pakruojo ligoninė	1550	Kardiologo	26158	62674,94	56489,5	23439,9	172782,34
		21051 Kardiologo (kai atliekama širdies echoskopija) ir/ar vėžergomenija			557	592	949
		2700 Kardiologo (kai atliekama širdies echoskopija ir (ar) vėžergomenija, ir (ar) pA) APMOKAMU_PASL_SK			28184,2	18835,2	48019,4
		Suma_LITAIŠ			115		115
		9 Kardiologas	841				841
		Suma_LITAIŠ	16020				16020
Viešoji įstaiga Pakruojo ligoninė APMOKAMU_PASL_SK			1924	2099	2147	1079	7349
Viešoji įstaiga Kuršėnų ligoninė APMOKAMU_PASL_SK			44978	62674,94	66673,7	48898,1	244276,74
Viešoji įstaiga Pakruojo ligoninė Suma_LITAIŠ			187	715	1069	450	2641
Viešoji įstaiga Radvilėškio ligoninė	1550	Kardiologo	4862	21400,26	41170,8	22880,5	90324,56
		1567 Vaikų kardiologo	597	1130	1147	541	3418
		Suma_LITAIŠ	15222	34349,12	43054,4	22760,7	114236,22
		Suma_LITAIŠ	784	1845	2236	1091	6966
Viešoji įstaiga Radvilėškio ligoninė APMOKAMU_PASL_SK			20384	55632,36	89235,2	45649,2	206710,78
Viešoji įstaiga Radvilėškio ligoninė Suma_LITAIŠ			7046	6971	3749	3123	21591
Viešoji įstaiga Šiaulių apskrities ligoninė	1550	Kardiologo	163248	170174,88	218609,3	129416,1	701647,28
		1695 Kardiologo			5695	5432	15122
		Suma_LITAIŠ	349877,36	488497,6	287846,1	1106015,06	
		Suma_LITAIŠ			1		1
		Suma_LITAIŠ			50,8		50,8
		Suma_LITAIŠ	11736	11346	12213	7377	42692
Viešoji įstaiga Šiaulių apskrities ligoninė APMOKAMU_PASL_SK			277066	518845,24	736169,9	504693,8	2033761,94
Viešoji įstaiga Šiaulių apskrities ligoninė Suma_LITAIŠ			1795	3038	3042	1570	9445
Viešoji įstaiga Šiaulių apskrities ligoninė (Vaikų lig.) M	1687	Vaikų kardiologo	46570	91452,46	115754,4	64623,5	318870,26
		Suma_LITAIŠ	1795	3038	3042	1570	9445
Viešoji įstaiga Šiaulių apskrities ligoninė (Vaikų ligų klinika) APMOKAMU_PASL_SK			46670	91502,46	115754,4	64603,5	318670,36
Viešoji įstaiga Šiaulių apskrities ligoninė (Vaikų ligų klinika) Suma_LITAIŠ							
Iš viso APMOKAMU_PASL_SK			26698	22648	24163	13702	61151
Iš viso Suma_LITAIŠ			483946	856012,24	1189840,1	779621,1	3330909,44

Specializuota kardiologinė pagalba Šiaulių apskrities gydymo įstaigose

Gydymo įstaigos	Ambulatorinės paslaugos	Stacionarinės paslaugos
VšĮ N.Akmenės ligoninė	–	–
VšĮ Radviliškio ligoninė	+	–
VšĮ Kuršėnų ligoninė	+	–
VšĮ Pakruojo ligoninė	+	–
VšĮ Joniškio ligoninė	–	–
VšĮ Kelmės ligoninė	+	–
VšĮ Šiaulių apskr. ligoninė	+	+

Šaltinis: Šiaulių TLK duomenys, 2007

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S
(FRAGMENTAS)

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

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

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

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

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

RIMVYDAS TURČINSKAS

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu
Nr. V-799

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

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programa (toliau – Programa) parengta siekiant įgyvendinti Lietuvos 2007–2013 metų Europos Sąjungos struktūrinės paramos panaudojimo strategijoje konvergencijos tikslui įgyvendinti, patvirtintoje Europos Komisijos 2007 m. balandžio 26 d. sprendimu Nr. K(2007) 1808, bei 2007–2013 m. Sanglaudos skatinimo veiksmų programoje, patvirtintoje Europos Komisijos 2007 m. liepos 30 d. sprendimu Nr. K(2007) 3738, iškeltus prioritetus, tikslus ir uždavinius.

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

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

II. SITUACIJOS ANALIZĖ

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

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

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

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

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

III. PROGRAMOS TIKSLAI

9. Pagrindiniai programos tikslai yra šie:
- 9.1. gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, investuojant į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimą ir šiuolaikinių technologijų diegimą;
 - 9.2. sumažinti sergamumą pagrindinėmis neinfekcinėmis ligomis bei mirtingumą nuo jų, tai pat ir nuo išorinių mirties priežasčių.

IV. PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO KRYPTYS

10. Numatomos tokios programos įgyvendinimo kryptys:
- 10.1. sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo kryptis;
 - 10.2. mirtingumo ir neįgalumo nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių mažinimo kryptis;
 - 10.3. ankstyvosios onkologinių susirgimų diagnostikos ir visaverčio gydymo kryptis;
 - 10.4. psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros optimizavimo kryptis.
11. Detali informacija apie esamos situacijos analizę, ryšį su kitomis sveikatos programomis, specifinius tikslus, uždavinius ir priemones, vertinimo kriterijus, numatomus pasiekti rezultatus, programos vykdytojus bei skiriamas lėšų sumas pateikiama atskirai aprašant kiekvieną anksčiau paminėtą kryptį.

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

Bendrosios nuostatos

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

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

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

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

Situacijos analizė

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

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

7. Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, 2005 m. nuo kraujotakos sistemos ligų mirė 54,4 proc. žmonių, nuo piktybinių navikų – 18,4 proc., nuo išorinių priežasčių – 12,7 proc., nuo kvėpavimo sistemos ligų – 4 proc.

8. 2005 m. mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklis daugiau kaip 31 procentu viršijo kitas dvi pagrindines mirties priežastis kartu sudėjus. Mirtingumo išorinės priežastys ir piktybiniai navikai kartu paėmus tapo 398,2 atvejo mirties

priežastimi (skaičiuojant 100 000 gyventojų), širdies ir kraujagyslių sistemos ligos sąlygojo 697,7 mirties atvejo 2005 metais (skaičiuojant 100 000 gyventojų).

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

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

11. Lietuvos gyventojų pagal amžiaus grupes struktūra patvirtina, kad mūsų visuomenė sensta. Lietuvos Statistikos departamento duomenimis, 1990 metais vyresni nei 65 metų amžiaus gyventojai sudarė 11,1 proc. visų Lietuvos gyventojų, 2006 metais – 15,3 proc., o 2007 metais – jau 15,6 proc. Gimstamumas Lietuvoje nuo 1990 metų, kuomet tūkstančiui gyventojų teko 15,4 gimimo, iki 2003 mažėjo (tūkstančiui gyventojų teko 8,6 gimimo), tačiau paskutiniaisiais metais stabilizavosi ir 2005 metais tūkstančiui gyventojų teko 9,2 gimimo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tikslai

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

Uždaviniai

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

Vertinimo kriterijai

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

Numatomi pasiekti rezultatai

32. Modernizuotų sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą sergantiems širdies ir kraujagyslių ligomis, skaičius – 34.

33. Padidintas sveikatos priežiūros paslaugų skaičius (bus įdiegtos naujos širdies ir kraujagyslių ligų diagnostikos ir gydymo metodikos).

34. Vidutinio gulėjimo ligoninėje (širdies ir kraujagyslių ligos) laiko sumažėjimas vidutiniškai viena para.

35. Hospitalizacijų dėl širdies ir kraujagyslių ligų skaičiaus 1000 gyventojų sumažėjimas iki 10 proc.

36. Pacientų / asmenų skaičius, kuriems pagerėjo teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas, – apie 600 tūkst.

Papildomi tikėtini rezultatai

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

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

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

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

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

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

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

43. Pozitronų emisijos tomografijos, magnetinio rezonanso, daugiasluoksnės kompiuterinės tomografijos technologijų įdiegimas sudarys galimybes Lietuvos kardiologams ir neurologams iš esmės pagerinti ankstyvą širdies ir kraujagyslių ligų diagnostiką bei pasiekti geriausias pasaulinius kardiologinės ir neurologinės (susijusios su galvos smegenų kraujagyslių ligomis) diagnostikos standartus.

Priemonės uždaviniais įgyvendinti

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

45. Išskeltiems Programos krypties uždaviniams įgyvendinti reikalingos tokios priemonės:

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

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

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

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

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

45.6. Įdiegti pozitronų emisijos tomografijos, magnetinio rezonanso, daugiasluoksnės kompiuterinės tomografijos technologijas VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikose.

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

Vykdytojai

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

47. Vykdytojai:

48. Kauno apskritis:

48.1. VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikos;

48.2. VŠĮ Kauno apskrities ligoninė;

48.3. VŠĮ Jonavos ligoninė;

48.4. VŠĮ Kauno 2-oji klinikinė ligoninė;

48.5. VŠĮ Raseinių ligoninė;

48.6. VŠĮ Kaišiadorių ligoninė;

48.7. VŠĮ Kėdainių ligoninė;

48.8. VŠĮ Prienų ligoninė.

49. Vilniaus apskritis:

49.1. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;

49.2. VŠĮ Ukmergės ligoninė;

49.3. VŠĮ Vilniaus miesto universitetinė ligoninė.

50. Alytaus apskritis:

- 50.1. VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė;
50.2. VšĮ Lazdijų ligoninė.
- 51. Utenos apskritis:**
51.1. VšĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninė.
- 52. Tauragės apskritis:**
52.1. VšĮ Tauragės apskrities ligoninė;
52.2. VšĮ Šilalės rajono ligoninė;
52.3. VšĮ Jurbarko ligoninė.
- 53. Telšių apskritis:**
53.1. VšĮ Telšių apskrities ligoninė;
53.2. VšĮ Mažeikių ligoninė;
53.3. VšĮ Plungės rajono savivaldybės ligoninė.
- 54. Šiaulių apskritis:**
54.1. VšĮ Šiaulių apskrities ligoninė;
54.2. VšĮ Pakruojo ligoninė;
54.3. VšĮ Kelmės ligoninė;
54.4. VšĮ Joniškio ligoninė;
54.5. VšĮ Radviliškio ligoninė.
- 55. Marijampolės apskritis:**
55.1. VšĮ Marijampolės ligoninė;
55.2. VšĮ Vilkaviškio ligoninė;
55.3. VšĮ Šakių ligoninė.
- 56. Panevėžio apskritis:**
56.1. VšĮ Panevėžio apskrities ligoninė;
56.2. VšĮ Pasvalio ligoninė;
56.3. VšĮ Biržų ligoninė.
- 57. Klaipėdos apskritis:**
57.1. VšĮ Klaipėdos Jūrininkų ligoninė;
57.2. VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė;
57.3. VšĮ Šilutės ligoninė.
58. Šeimos gydytojų kabinetų, kuriuos numatoma aprūpinti elektrokardiografijos aparatais su kompiuterinio ryšio galimybe, sąrašas bus tvirtinamas atskiru sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

Numatomos skirti lėšos

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