

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
KAUNO HUMANITARINIS FAKULTETAS**

VERSLO EKONOMIKOS IR VADYBOS KATEDRA

Vadybos ir verslo administravimo studijų programa
Kodas 62103S101

EDITA ŠUMINSKIENĖ

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**ŽMOGIŠKŲJŲ IŠTEKLIŲ VALDYMO TOBULINIMAS PLĖTOJANT
SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ KAUNO MIESTE**

Kaunas 2008

TURINYS

LENTELIŲ IR PAVEIKLŲ SĄRAŠAS.....	4
ĮVADAS.....	6
1. ŽMOGIŠKŲJŲ IŠTEKLIŲ VALDYMO TOBULINIMUI ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIUJE TAIKYTINŲ TEORIJŲ IR METODIKŲ STUDIJA.....	9
1.1. Bendra žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimui asmens sveikatos priežiūros sektoriuje taikytinų teorijų ir metodikų charakteristika ir jų atspindys šiuolaikinėse teorijose.....	9
1.2. Šiuolaikinės žmogiškųjų išteklių valdymo teorijos panaudojimo ypatumai plėtojant asmens sveikatos priežiūros sektorių.....	13
1.2.1. Tradicinis požiūris į personalo vadybą ir jo teoriniai apibendrinimai.....	13
1.2.2. Strateginiai sprendimai, plėtojant žmogiškųjų išteklių vadybą, jų priėmimo ir įgyvendinimo metodai.....	15
1.3. Šiuolaikinės viešojo administravimo ir veiklos audito teorijos ir metodikos bei jų panaudojimo galimybės tobulinant žmogiškųjų išteklių vadybą asmens sveikatos priežiūros sektoriuje.....	19
1.3.1. Šiuolaikinė viešojo administravimo samprata ir jos pritaikymas tobulinant žmogiškųjų išteklių vadybą asmens sveikatos priežiūros sektoriuje.....	19
1.3.2. Šiuolaikinė veiklos audito samprata ir jos pritaikymas tobulinant žmogiškųjų išteklių vadybą asmens sveikatos priežiūros sektoriuje.....	26
2. ŽMOGIŠKŲJŲ IŠTEKLIŲ VALDYMO TOBULINIMUI ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIUJE ĮVERTINIMAS IR TYRIMAS.....	32
2.1. Lietuvos Respublikoje įgyvendinamos politikos plėtojant asmens sveikatos priežiūros sektorių pagrindinių nuostatų analizė.....	32
2.2. Asmens sveikatos priežiūros sektoriaus Lietuvoje bendrųjų raidos tendencijų analizė.....	37
3. ŽMOGIŠKŲJŲ IŠTEKLIŲ VALDYMO PLĖTOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ KAUNO MIESTE TYRIMAS IR REZULTATAI.....	43
3.1. Žmogiškųjų išteklių valdymo tyrimo objekto charakteristika viešajame sektoriuje.....	43
3.2. Žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimui asmens sveikatos priežiūros sektoriuje skirtų empirinių tyrimų metodika.....	48
3.3. Žmogiškųjų išteklių valdymo Kauno miesto poliklinikose tobulinimo galimybės ir jų efektyvumo įvertinimas.....	51
3.4. Žmogiškųjų išteklių valdymo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje veiklos audito sistemos modelis.....	57
3.5. Vertinimo sistemos ir motyvacinės sistemos tobulinimas asmens sveikatos priežiūros sektoriuje.....	62
3.5.1. Vertinimo sistemos sukūrimas.....	62
3.5.2. Motyvacinės sistemos teorinis modelis, kuris galėtų būti integruotas į bendrą Kauno miesto poliklinikų valdymo sistemą.....	62
IŠVADOS.....	65
SANTRAUKA (anglų kalba).....	67
LITERATŪRA.....	68
PRIEDAI.....	71

SANTRUMPŲ, LENTELIŲ IR PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

DU – darbo užmokestis

LGS – Lietuvos gydytojų sąjunga

PSO – Pasaulio sveikatos organizacijos

ISO – Tarptautiniai kokybės vadybos standartai

INTOSAI – Tarptautinės aukščiausiųjų kontrolės institucijų organizacijos audito standartų komitetas

SARB‘as - Sveikatos apsaugos reformos biuras

SAM - Sveikatos apsaugos ministerija

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė Vadybos teorijų požiūriai į darbuotojų valdymą.....	11
2 lentelė Tradicinio personalo vadovo ir žmogiškųjų išteklių vadovo gebėjimų skirtumai.....	14
3 lentelė Darbuotojų skatinimo viešajame sektoriuje būdai.....	25
4 lentelė Vidutinis metinis nuolatinių gyventojų skaičius 1995-2006 m.....	37
5 lentelė Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1995-2006 m.....	37
6 lentelė Gimstamumas ir mirtingumas 1995-2006 m.....	38
7 lentelė Gimstamumo ir mirtingumo rodikliai 1000-čiui gyventojų 1995-2006 m.....	38
8 lentelė Duomenys apie 2000 - 2006 m. medicinos specialistų parengimą	39
9 lentelė Gydytojų skaičius pagal specialybes 1999-2006 m. pabaigoje.....	39
10 lentelė SAM sistemoje veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius 2006 metų pabaigoje.....	40
11 lentelė Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų, veikiančių SAM sistemoje, personalas 1999-2006	41
12 lentelė Privačių sveikatos priežiūros įstaigų personalas 1999-2006 m.....	41
13 lentelė Medicinos darbuotojų skaičiaus pasiskirstymas viešajame sektoriuje pagal miestus 2005-2006 m. pabaigoje.....	41
14 lentelė Medicinos darbuotojų skaičiaus pasiskirstymas privačiame sektoriuje pagal miestus 2005-2006 m. pabaigoje	42
15 lentelė Hipotezės ir joms pagrįsti anketos klausimai.....	50
16 lentelė Vadovaujančio personalo, gydytojų, slaugos darbuotojų pasiskirstymas pagal pajamas ir amžiaus grupes Kauno miesto poliklinikose (vnt.).....	52
17 lentelė Kauno miesto poliklinikų darbuotojų dalyvavimas priimančiais sprendimus (1).....	53
18 lentelė Amžiaus, socialinės padėties santykis su teisingo požiūrio svarba.....	53
19 lentelė Kvalifikacijos kėlimo variantas Kauno miesto poliklinikose, %.....	54
20 lentelė Motyvavimo priemonių aktualumas, atsižvelgiant į pajamas (vnt.).....	54
21 lentelė Pasitenkinimo santykiais tarp kolegų ryšys su noru dalyvauti organizacijos renginiuose	55
22 lentelė Zavgren'o modelis.....	59
23 lentelė Zmijewski'o modelis.....	59
24 lentelė Wilcox'o modelis.....	60

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Žmogiškųjų išteklių valdymo procesas organizacijoje.....	12
2 pav. Tradicinis personalo valdymas.....	13
3 pav. Strateginis žmogiškųjų išteklių valdymas.....	15
4 pav. Audito rūšių klasifikavimas.....	29
5 pav. Audito klasifikavimas pagal funkcinių požymių.....	30
6 pav. Audito klasifikavimas pagal tikrinamas ir vertinamas sritis.....	31
7 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų skirstymas.....	43
8 pav. Ambulatorinių įstaigų skirstymas.....	43
9 pav. Viešosios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos Kauno miesto poliklinikos.....	44
10 pav. Poliklinikų valdymo struktūra.....	45
11 pav. Žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos modelis.....	51
12 pav. Pareiginio atlyginimo pakėlimo ir gaunamų pajamų santykis.....	55
13 pav. Pramogų populiarumas Kauno miesto poliklinikose.....	56
14 pav. Žmogiškųjų išteklių valdymui taikytinos sistemos modelis.....	57
15 pav. Altman'o modelis	61
16 pav. Motyvavimo sistema (modelis) pagal saviraiškos motyvus.....	63

ĮVADAS

Dabartinė Lietuva išgyvena informacinių technologijų pažangos, globalizacijos, edukacinių pokyčių, novacijų diegimo, informacijos sprogimo, išteklių įvertinimo, nuolatinės konkurencijos laikotarpį. Laisvos rinkos situacija, sąlygojama konkurencijos augimo, gamybos ir darbo sąlygų pasikeitimo, kelia naujus reikalavimus darbuotojui. Sudėtingėjantys darbo procesai reikalauja planavimo, valdymo, sisteminės analizės ir kitų veiklinių gebėjimų.

Žmogus, specialistas visuomet buvo pagrindinis organizacijos sėkmingos veiklos elementas. Pačioje vadybos mokslo pradžioje pastebėta, kad žmogiškųjų išteklių valdymo efektyvumą lemia tai, kaip gebama darbuotojus sudominti darbu ir paskatinti rezultatyviai veikti. Šiais laikais žmogiškųjų išteklių vadyba tapo dar aktualesnė dėl minėtų rinkos pokyčių. Tačiau atliekamų tyrimų nėra tiek daug ir jų rezultatai neskelbiami viešai, kad galima būtų pateikti apibendrintas išvadas apie žmogiškųjų išteklių vadybai naudojamų priemonių ir sistemų pritaikomumą bei efektyvumą. Ypač šios problemos aktualios asmens sveikatos priežiūros sektoriuje. Lietuvos medicinos organizacijose yra skiriamas bene mažiausias dėmesys personalui. Socializmo laikotarpiu suformuotas lygiavos, atsakomybės bei suinteresuotumo stokos požiūris į žmogiškųjų išteklių valdymą dar yra išlikęs iki šių dienų. Taip pat įtakos turi ir žmonių sąmonėje išlikęs nepasitikėjimas savo jėgomis, suinteresuotumo, iniciatyvos, savikritikos trūkumas. Žinia, kad asmens sveikatos priežiūros sektorius yra bene labiausiai reformuojama sritis Lietuvoje. Didėjantis nedarbas, žemas pragyvenimo lygis, aštri konkurencija darbo rinkoje, silpna, nuolat besikeičianti įstatyminė bazė, patirties gyvenimo rinkos sąlygomis stoka – lemia, kad darbuotojai nesijaučia savo organizacijos dalimi, nejaučia nei moralinio, nei materialinio pasitenkinimo darbe. Besiformuojantys rinkos santykiai didele dalimi neatitinka pažangių Vakarų rinkos santykių standartų. Jie daugiausia yra pagrįsti perdėtos konkurencijos, o ne bendradarbiavimo akcentavimu.

Žmogiškųjų išteklių valdymas yra labai svarbi problema, susijusi su darbo efektyvumo, darbuotojų lojalumo, žinių, kvalifikacijos, kūrybingumo, sėkmingo sprendimų priėmimo užtikrinimu. Todėl personalo motyvavimas, vertinimas bei karjeros planavimas turi tapti organizacijos bendros veiklos strategijos dalimi, kurios tikslas yra suvienyti darbuotojus ir nukreipti jų pastangas bendrų tikslų siekimui.

Tokia padėtis verčia organizacijas ieškoti naujų išeičių, mobilizuoti vidinius rezervus, keisti tradicinius darbo ir valdymo metodus naujais.

Iš žmogiškųjų išteklių valdymo bei motyvavimo teorijų ir tyrimų gausos galima spręsti, kad ši sritis yra pakankamai ištirta. Tačiau dėl didelio įtakojančių veiksnių kitimo atsiranda neapibrėžtumas, kuris skatina atlikti naujus tyrimus ir paneigia ankstesniųjų rezultatus.

Mokslinė problema - kaip žmogiškųjų išteklių valdymas įtakoja asmens sveikatos priežiūros

sektorius plėtrą.

Darbo objektas – Pirminės asmens sveikatos priežiūros sektoriaus žmogiškieji ištekliai.

Darbo tikslas – nustatyti pirminės asmens sveikatos priežiūros sektoriaus motyvacinį, vertinimo ir audito planavimo sistemų tobulinimo įtaką žmogiškųjų išteklių valdymui.

Darbo uždaviniai:

1. Pateikti sampratas apie žmogiškųjų išteklių valdymo svarbą bei ypatumus asmens sveikatos priežiūros sektoriuje.

2. Įvardinti asmens sveikatos priežiūros sektoriaus plėtros aktualijas ir problemas.

3. Išskirti esminius žmogiškųjų išteklių motyvacijos, vertinimo ir audito principus.

4. Išskirti Lietuvos Respublikoje įgyvendinamos politikos plėtojant asmens sveikatos priežiūros sektorių pagrindines nuostatas.

5. Atlikti žmogiškųjų išteklių vadymo tobulinimo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje galimybių tyrimą;

6. Pateikti pasiūlymus žmogiškųjų išteklių valdymo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje tobulinimui ir suformuoti motyvacijos, vertinimo ir audito modelius.

Hipotezės

Norėdami užtikrinti efektyvų žmogiškųjų išteklių valdymą asmens sveikatos priežiūros sektoriaus organizacijų vadovai privalo naudoti ne atskiras priemones, o tobulesnius, racionalius ir logiškai orientuotus priemonių kompleksus. Remiantis minėtais aspektais, galima iškelti tokias hipotezes:

- darbuotojų sprendimų priėmimas priklauso nuo santykio tarp darbuotojų ir organizacijos,
- organizacijoje naudojama motyvacinė sistema, įtakota darbuotojo poreikio ir tikslo yra santykinai lygi priklausomybei nuo organizacijos vidinių aplinkos veiksnių.

Darbo struktūra

Magistro darbą sudaro trys dalys. Pirmojoje darbo dalyje kalbama apie žmogiškųjų išteklių valdymo svarbą bei ypatumus asmens sveikatos priežiūros sektoriuje. Antroji dalis skirta asmens sveikatos priežiūros sektoriaus Lietuvoje bendrųjų raidos tendencijų analizei, žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimo galimybių asmens sveikatos priežiūros sektoriuje įvertinimui. Trečioji darbo dalis apibendrina organizacijų tyrimą. Jo tikslai ir metodika, organizacijų apibūdinimas, tyrimo rezultatai bei išvados išskiriami į smulkesnes darbo dalis.

Tyrimo metodai

Atliekama mokslinės literatūros šaltinių analizė bei jų tarpusavio palyginimas, interviu su tiriamų asmens sveikatos priežiūros organizacijų vadovais bei darbuotojų anketinė apklausa leido išsiaiškinti vadovų bei darbuotojų požiūrį į pirminės asmens sveikatos priežiūros sektoriaus

žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimo galimybes. Taip pat taikomi kiekybiniai statistinių duomenų apdorojimo metodai

Literatūros šaltiniai

Naudoti pirminiai informacijos šaltiniai – pokalbiai su tiriamų organizacijų darbuotojais (interviu), stebėjimo ir sukurtos anketos duomenys. Antrinių duomenų bazė – mokslinė literatūra, informacija iš tiriamų organizacijų dokumentų ir elektroniniai informacijos šaltiniai Internete.

Darbo teorinė ir praktinė reikšmė

Darbo teorinė reikšmė yra ta, kad egzistuojanti žmogiškųjų išteklių valdymo problema pateikiama kitokiu aspektu, patvirtinant prielaidą, jog siekiant valdyti žmogiškuosius išteklius pirmiausiai būtina atlikti jų veiklos auditą bei motyvuoti.

Pateikti empirinę medžiagą ir teorinę analizę susisteminant žinias apie naudojamas žmogiškųjų išteklių vadybos asmens sveikatos priežiūros sektoriuje sistemas, siekiant jas pritaikyti praktikoje.

Darbo apribojimai ir sunkumai

Informacija apie personalą yra konfidenciali. Todėl reikiamą informaciją sunku buvo gauti. Dėl tos priežasties buvo pasirinkta anoniminė anketinė darbuotojų apklausa. Organizacijos, kuriose buvo atliktas tyrimas nepageidavo, kad viešai būtų skelbtas jų pavadinimas. Todėl apibendrintai pavadintos Kauno miesto poliklinikomis.

Darbo struktūros paaiškinimas

Magistro darbą sudaro trys dalys. Pirmojoje darbo dalyje atliekama žmoniškųjų išteklių valdymo tobulinimui taikytinų teorijų ir metodikų studija. Tai bendrosios charakteristikos, strateginio žmogiškųjų išteklių valdymo ir tradicinio personalo valdymo skirtumai, šiuolaikinės viešojo administravimo ir veiklos audito teorijos ir metodikos bei jų panaudojimo galimybės tobulinant žmoniškųjų išteklių valdymą. Antroji dalis skirta žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimui įvertinti ir tirti, analizuojant Lietuvoje įgyvendinamos sveikatos politikos pagrindines nuostatas bei bendrąsias raidos tendencijas. Trečioji darbo dalis apibendrina žmoniškųjų išteklių valdymo tobulinimo tyrimą bei rezultatus Kauno miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose, t.y., poliklinikose. Tyrimo tikslai, metodika, organizacijų charakteristika, apibūdinimas, tyrimo rezultatai, pasiūlymai bei išvados išskiriami į smulkesnes darbo dalis.

1. ŽMOGIŠKŲJŲ IŠTEKLIŲ VALDYMO TOBULINIMUI ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIJE TAIKYTINŲ TEORIJŲ IR METODIKŲ STUDIJA

Žmogiškųjų išteklių valdymas apibrėžiamas kaip strateginis, nuoseklus ir išsamus požiūris į organizacijos žmogiškųjų išteklių valdymą ir ugdymą, kurio kiekvienas aspektas integruojamas į bendrą organizacijos valdymą.

1.1. Bendra žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimui asmens sveikatos priežiūros sektoriuje taikytinų teorijų ir metodikų charakteristika ir jų atspindys šiuolaikinėse teorijose

Darbe nagrinėjamos teorijos:

- žmogiškųjų išteklių valdymo sampratos raida;
- personalo motyvavimo teorijos;
- strateginis žmogiškųjų išteklių valdymas;
- šiuolaikinio viešojo administravimo panaudojimo žmogiškųjų išteklių valdyme galimybės;
- veiklos audito teorijos.

Vadybos literatūroje egzistuoja ne viena žmogiškųjų išteklių valdymo samprata. Analizuojant mokslinę literatūrą pasirinkta tematika paaiškėjo, jog Lietuvoje, nagrinėjant žmogiškųjų išteklių valdymo problemas, vartojami skirtingi žodžių junginiai: personalo valdymas (Bakanauskienė, 2002; Butkus, 2003; Leonienė, 2001), žmogiškųjų išteklių vadyba, personalo administravimas ir valdymas (Sūdžius, 2001), personalo organizavimas ir valdymas (Šilingienė, 2002; Sakalas, 2001), personalo veiklos vadyba (Makštutis, 1999), užsienio autorių darbuose - žmogiškųjų išteklių vadyba (angl. human resource management), personalo valdymas (angl. personnel management). Išnagrinėjus sąvokų turinį, magistro darbe pasirinkta vartoti žodžių junginį - „žmogiškųjų išteklių valdymas“, nes remiamasi teorija, teigiančia, jog darbuotojai – ypatingas organizacijos išteklius.

Skirtingų autorių mokslinėje literatūroje žmogiškųjų išteklių valdymas traktuojamas labai įvairiai. Vieni autoriai (Stoner, Freeman, Gilbert, 1999, p.116) žmogiškųjų išteklių valdymą įvardija kaip valdymo funkciją, susijusią su organizacijos narių verbavimu, mokymu ir tobulinimu. Toks apibrėžimas per siauras, neparodantis darbuotojų reikšmės organizacijos valdyme. Dessler (2001) įvardija personalo valdymą kaip praktinį darbą, kuris aprėpia darbuotojo darbo analizę (darbo projektavimą), darbo jėgos poreikių planavimą ir kandidatų verbavimą, kandidatų atranką, naujų darbuotojų orientavimą ir mokymą, darbo užmokesčio ir atlyginimo valdymą, išmokas ir naudą, darbo įvertinimą, komunikavimą (pokalbius, patarimus, drausminimą), mokymą ir tobulinimą, darbuotojų įsipareigojimų ugdymą bei teisingos ir saugios darbo aplinkos darbuotojams sudarymą. Tokia samprata, nors ir detalčiai atskleidžianti žmogiškųjų išteklių valdymo veiklas, neparodo požiūrio į

darbuotojus, kaip ypatingus organizacijos išteklius. Žmogiškųjų išteklių valdymas gali būti apibrėžiamas kaip strateginis, nuoseklus ir išsamus požiūris į organizacijos žmogiškųjų išteklių valdymą ir ugdymą, kurio kiekvienas aspektas integruojamas į bendrą organizacijos valdymą. Galimas išskirtinis požiūris į darbuotojų valdymą siekiant konkurencinio pranašumo, kai strategiškai ugdomi pareigingi ir gabūs darbuotojai bei taikomi integruoti kultūriniai, struktūriniai ir personalo valdymo metodai. Be to, personalo valdymas - tai žmonių valdymas, kurio paskirtis - sudaryti organizacijoje sąlygas, kad siekdamas organizacijos tikslų kiekvienas darbuotojas ar jų grupė norėtų ir galėtų atskleisti ir kuo efektyviau naudoti bei ugdyti savo potencialą (Bakanauskienė, 2002, p.65). Stoneris (1999) išskiria septynis žmogiškųjų išteklių valdymo proceso etapus: planavimą, verbavimą, atranką, socializaciją (adaptavimąsi), mokymą ir tobulinimą, vertinimą ir pareigų paaukštinimą, perkėlimą, pažeminimą ar atleidimą. С.В Шекшня (1998) apibūdina kaip ilgą ir sudėtingą procesą, kuris apima personalo planavimą, paiešką, atranką, adaptavimąsi organizacijoje, personalo motyvavimą, darbuotojų vertinimą, vadovavimą, darbą komandose, darbuotojų atleidimą. Appleby (1992) pateikia labai bendrus žmogiškųjų išteklių valdymo apibūdinimus, teigdamas, kad žmogiškųjų išteklių valdymas yra organizacijoje atliekama funkcija, padedanti efektyviai panaudoti žmones (darbuotojus), siekiant organizacijos ir jų asmeninių tikslų (Ivancevich, Glueck, 1989, p. 225), valdymo proceso dalis, susijusi su tokių žmonių santykių palaikymu, ir darbuotojų, kurie daro maksimalų įnašą efektyviam darbui, fizinės gerovės užtikrinimu (Appleby, 1992, p.154). Mokslinėje literatūroje egzistuoja ne viena žmogiškųjų išteklių valdymo samprata. Pasak Leonienės (2001) žmogiškųjų išteklių valdymas yra sistema, sukurianti potencialą, reikalingą organizacijos tikslams įgyvendinti ir tolesniam jos gyvybingumui palaikyti, išsamiai apibūdina žmogiškųjų išteklių valdymo sampratą. Apibendrinus įvairių autorių pateiktas sampratas, galima apibrėžti žmogiškųjų išteklių valdymą kaip valdymo sprendimus, kurie apima aprūpinimą personalu, personalo mokymą, tobulinimą, darbdavio ir darbuotojo santykius, tiesiogiai veikia organizacijoje dirbančius ir gerina darbuotojų indėlį į organizacijos tikslų siekimą.

Svarbu paminėti, kad autorių darbuose vartojami įvairūs terminai („žmogiškųjų išteklių valdymas“, „personalo valdymas“, „personalo vadyba“, „darbuotojų vadyba“). Leonienė (2001) teigia, kad personalo valdymo sampratos skirtingumus lemia vadybos teorijų įvairovė bei skirtingas pagrindinių požiūrių poveikis pačiai sampratai ir jos turiniui (Leonienė, 2001, p. 68).

Vadybos teorijų požiūriai į darbuotojų valdymą

Vadybos teorija	Teorijai būdingas požiūris į darbuotojų vadybą	Žymiausi atstovai
Situacinė vadybos teorija	Valdant darbuotojus reikia vadovautis praktiškų parengtomis rekomendacijomis, kurios konkrečioje situacijoje, kurią lemia daugelis veiksnių, leidžia tikėtis gerų rezultatų.	V. Ouchis
Žmogiškųjų santykių teorija	Darbuotojai - ypatingas organizacijos išteklius. Darbuotojų valdymo paskirtis - sudaryti sąlygas, kurios leistų siekiant organizacijos tikslų kiekvienam darbuotojui atskleisti, efektyviai panaudoti ir plėtoti savo potencialą.	E. Meijo A. Maslovas D. McGregoras
Klasikinė vadybos teorija	Darbuotojai - vienas iš organizacijos išteklių normaliam gamybos vyksmui užtikrinti. Darbuotojų valdymas leidžia pasiekti, kad organizacija būtų aprūpinama darbuotojais, kurių kiekis ir kvalifikacija įgalina įgyvendinti organizacijos tikslus.	F. W. Teiloras (Taylor) A. Fayolis M. Vėberis
Socialinių sistemų vadybos teorija	Darbuotojai valdomi įvertinant organizacijos tikslus ir glaudžiai sąveikauja su kitų objektų, esančių organizacijoje ir už jos ribų, valdomu. Darbuotojų vadyba - tai sistema, sudaryta iš susijusių elementų, kurie veikia vienas kitą.	Č. Bernardas G. Saimonas
Visuotinės kokybės vadybos teorija	Valdžios, žinių ir išteklių suteikta galia skatina darbuotojus savarankiškai priimti sprendimus, garantuojančius, kad bus kokybiškai atliktos darbo užduotys bei nuolat tobuliau tenkinami vartotojų poreikiai.	E. Demingas J. Juranas A. Ishikava

Šaltinis: Leonienė B. Darbuotojų vadyba, 2001, p. 15

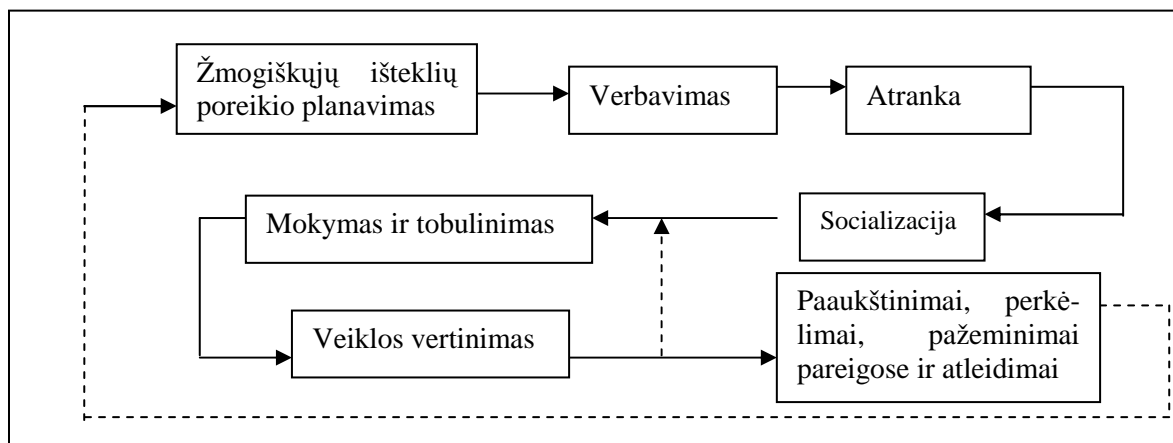
Žmogiškųjų išteklių valdymas – ne vien tinkamas darbų paskirstymas, bet ir motyvavimo sistemos, konfliktų sprendimo būdai, darbuotojų adaptacija, atestacija, mokymo ir švietimo būtinumo įvertinimas, lojalumo organizacijai problemos sprendimas ir t.t. Šiuos aspektus būtina numatyti, įvertinti, nes efektyvus personalo valdymas - vienas iš sudėtinių veiksnių, darančių įtaką bendram organizacijos veiklos efektyvumui. Be to, žmonės yra vertingiausias organizacijos kapitalas. Pagrindinis jos sėkmės veiksnys – aukštos kvalifikacijos ir atsidavę firmai darbuotojai. Dėl šios priežasties žmogiškųjų išteklių valdymą galima įvardinti prioritetine organizacijos valdymo sritimi, apimančia platų spektrą įvairių klausimų.

Svarbu suprasti, kad žmogiškieji ištekliai yra neįkainojamas lobis bei vienas pagrindinių kokybę lemiančių veiksnių. Vadybos ekspertai nurodo, kad personalas – tai sunkiausiai nukopijuojamas konkurencinis elementas. Galima pavogti konkurentų idėją, pastatyti panašią gamybos liniją, pamėgdžioti visą rinkodaros strategiją, tačiau suburti profesionalų komandą, kuri būtų susitelkusi ir ištikima organizacijai – tam reikia kur kas daugiau laiko ir lėšų. Didelė darbuotojų kaita tampa kasdienybe, o organizacijos, siekdamos išsilaikyti konkurencinėje kovoje, vis daugiau dėmesio skiria žmogiškųjų išteklių valdymui – siekdamos gerų veiklos rodiklių, nori turėti atsakingus, lojalius, iniciatyvius, motyvuotus darbuotojus. Žmogiškųjų išteklių valdymo vaidmuo kuriant konkurencinį organizacijos pranašumą apima organizacijos infrastruktūros valdymą, strateginį valdymą, transformacijų ir pokyčių valdymą bei darbuotojo įnašą, siekiant organizacijos tikslų, vertinimą. Pagrindinis personalo valdymo uždavinys yra efektyviai valdant žmones maksimizuoti organizacijos pelningumą. (Cascio, Tracker, 1994). Remiantis šia prielaida galima teigti, kad personalo valdymui priskiriamas vaidmuo - kurti pridėtinę vertę organizacijai. Kai kurie mokslininkai personalą vertina kaip organizacijos žmogiškąjį kapitalą (angl. *human capital*).

Teigiama, kad organizacija turi orientuotis į darbuotojus, nes šis kapitalas vertingesnis už materialų turtą. Tokio požiūrio šalininkai savo nuostatas grindžia šiais teiginiais, kad darbuotojai ne tik kuria ir keičia materialines gėrybes, o ir patys yra nematerialus organizacijos turtas, kuris turi būti išmatuojamas, įvertinamas, ugdomas kaip ir kitos organizacijos turto sudedamosios dalys.

Pateikti mokslininkų teiginiai įrodo, kad žmogiškųjų išteklių valdymas veikia ir visos organizacijos valdymą bei atlieka svarbų vaidmenį, siekiant efektyvaus funkcionavimo. Žmogiškųjų išteklių vaidmuo organizacijoje pasireiškia kaip indėlis formuluojant organizacijos tikslus ir misiją, nustatant efektyviai veikiančią organizacijos struktūrą, plėtojant organizacijos kultūrą bei kuriant naujas darbo vietas.

Susipažinus su žmogiškųjų išteklių samprata, svarbu aptarti žmogiškųjų išteklių valdymo turinį. Šaltiniuose, kurių autoriai žmogiškųjų išteklių valdymą supranta plačiąja prasme, sunku išskirti kokias nors specializuotas veiklas. Dessler (2001) išskyrė kelias sritis, kuriomis paremtas žmogiškųjų išteklių valdymas: darbuotojo darbo analizę, darbo jėgos poreikių planavimą, kandidatų atranką, naujų darbuotojų mokymą, darbo užmokesčio valdymą, darbo įvertinimą, komunikavimą, mokymą ir tobulinimą. Kiti autoriai prie visų šių sričių priskiria ir gerų darbo sąlygų sudarymą, socialinę kultūrinę integraciją, o stambioje organizacijoje centriniam personalo skyriui priskiriama funkcija - vieningos personalo politikos užtikrinimas (Zakarevičius, 2003, p. 325). Stoner (1999) pateikta samprata tarsi apibendrina daugumos autorių nuomones (žr. 1 pav.).



Šaltinis: sukurta autorės pagal Stoner James A.F., R. Edvard Freeman, Daniel R. Gilbert. Vadyba, 1999, p..368.

1 pav. Žmogiškųjų išteklių valdymo procesas organizacijoje

Taigi, mokslinėje literatūroje pateikiamas platus žmogiškųjų išteklių valdymo veiklų spektras, priklausomai nuo autorių požiūrio į žmogiškųjų išteklių sampratą. Atskiros personalo valdymo funkcijos yra integruotos vartojant tą patį pavadinimą. Europos autoriai teigia, kad nereikia akiai kopijuoti svetimų metodikų, kurios yra kitokios kultūros rezultatas. Jau ne kartą mokslininkai patvirtino, kad įvairiose šalyse vyrauja skirtingi personalo valdymo principai, kuriuos galima paaiškinti ir suprasti tik nacionalinių kultūrų kontekste.

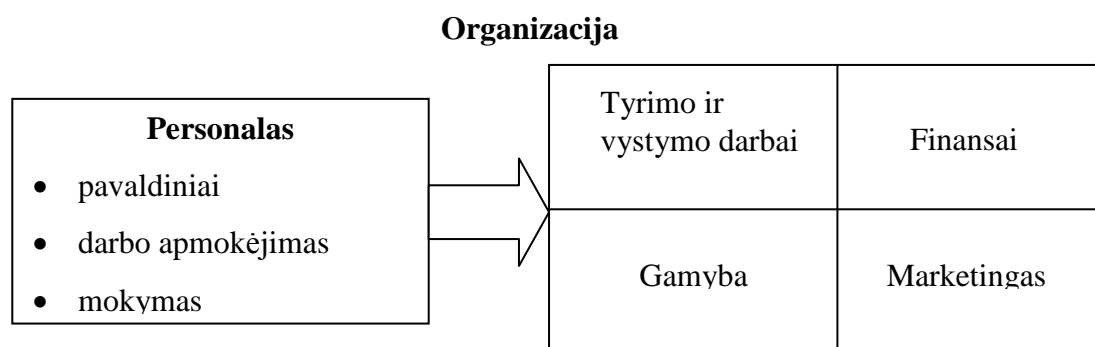
1.2. Šiuolaikinės žmogiškųjų išteklių valdymo teorijos panaudojimo ypatumai plėtojant asmens sveikatos priežiūros sektorių

Jau apie 80 m. gyvuoja sąvoka „personalo valdymas“. Vystantis personalo valdymui, keičiasi ir pati sąvoka. Atsirado „žmogiškųjų išteklių valdymas“, kuris po truputį pakeitė sąvoką „personalo valdymas“. Viena pagrindinių priežasčių - personalo valdyme trūko strateginio aspekto, tai buvo tik administracinio pobūdžio vaidmuo organizacijoje. Per pastaruosius 10-20 metų personalo vadybos principai pasikeitė labiau nei per paskutinius 2 šimtmečius. Tam įtakos turėjo informacinių technologijų ir pačios vadybos teorijos vystymasis. Viskas pasikeitė iš pagrindų. Organizacijos mažėja ir siaurėja. Atsiranda tokios sąvokos kaip: nuotolinis darbas namie, outsorsingas, subkontraktai, neterminuotos, terminuotos, autorinės sutartys, pilnas, nepilnas bei sutrumpintas darbo laikas. Visų šių procesų tikslas - padaryti organizaciją kiek galima mažesnę ir kiek galima lankstesnę.

1.2.1. Tradicinis požiūris į personalo vadymą ir jo teoriniai apibendrinimai

Prieš pradėdant kalbėti apie žmogiškųjų išteklių valdymo strategiją, kas ji yra, iš ko susideda, visų pirma reikia pažvelgti į tradicinį personalo valdymą. Būtent jis, vis dėlto egzistuoja daugumoje organizacijų, ir yra suprantamas kaip tokių administracinių užduočių atlikimas: žmogiškųjų išteklių planavimas, naujų darbuotojų priėmimas, darbo įvertinimo sistemų kūrimas, darbo užmokesčio sistemų administravimas, darbuotojų apmokymas, darbuotojų asmens kortelių apskaita, darbo santykių atitikimo galiojantiems šalies įstatymams užtikrinimas, gerų santykių tarp darbuotojų formavimas.

Be abejo, tokių užduočių ar funkcijų gali būti gerokai daugiau, išvardintosios atspindi personalo vadovų darbo turinį. Dauguma autorių pastebi, kad personalo valdymas kažkuria prasme yra atskirtas nuo organizacijos „realaus gyvenimo“, t.y. nuo tokių pelną kuriančių sričių kaip gamyba, marketingas, finansai ir t.t. Personalo valdymo vieta būtent šalia visų kitų organizacijos funkcinių padalinių pavaizduota 2 pav.



Šaltinis: Sudaryta autorės pagal Sakalas A., 2001

2 pav. Tradicinis personalo valdymas

Tradicionis „personalo valdymas“ suprantamas kaip personalo valdymo sistemos funkcinis suskirstymas. Pačių funkcijų ir užduočių galima išskirti daug. Susisteminius išskiriamos bendresnės šių

funkcijų grupės: personalo formavimas, personalo vystymas (ugdymas ir karjera), personalo įvertinimo sistema, atlygio sistema. „Personalo valdymo“ funkcija buvo labai atitolusi nuo kitų funkcijų. Jos paskirtis buvo aprūpinti kitas funkcijas darbo jėga ir palaikyti jų efektyvumą. Perkelti šią atsakomybę nuo vienos personalo tarnybos visų lygių vadovams siekiama integracijos tarp visų organizacinės veiklos funkcijų. Strateginio planavimo bei valdymo sąvokų transformacijos atveju, pati „personalo valdymo“ sąvoka ir požiūris į ją nuolatos kito. Septintame dešimtmetyje, į mokslą įsiliejo nauja sąvoka – „žmogiškųjų išteklių valdymas“. Šių sąvokų turinio skirtumus, iliustruoja „personalo vadovo“ ir „žmogiškųjų išteklių vadovo“ palyginimas (2 lentelė).

Lentelėje pateikti sugebėjimai iliustruoja dvi kraštutines situacijas. Realiame gyvenime kompanijai, suvokiančiai, jog reikia labiau adaptuoti žmogiškųjų išteklių valdymą prie besikeičiančių verslo sąlygų, norinčiai sukurti žmogiškųjų išteklių valdymo strategiją, visų pirma reikia iškelti naujus standartus personalo vadovo darbo vietai. Tai atlikus galima vertinti, ar esamas personalo vadovas atitinka standartus, kaip tobulinti jo sugebėjimus, arba tiesiog keisti esamą personalo vadovą.

2 lentelė.

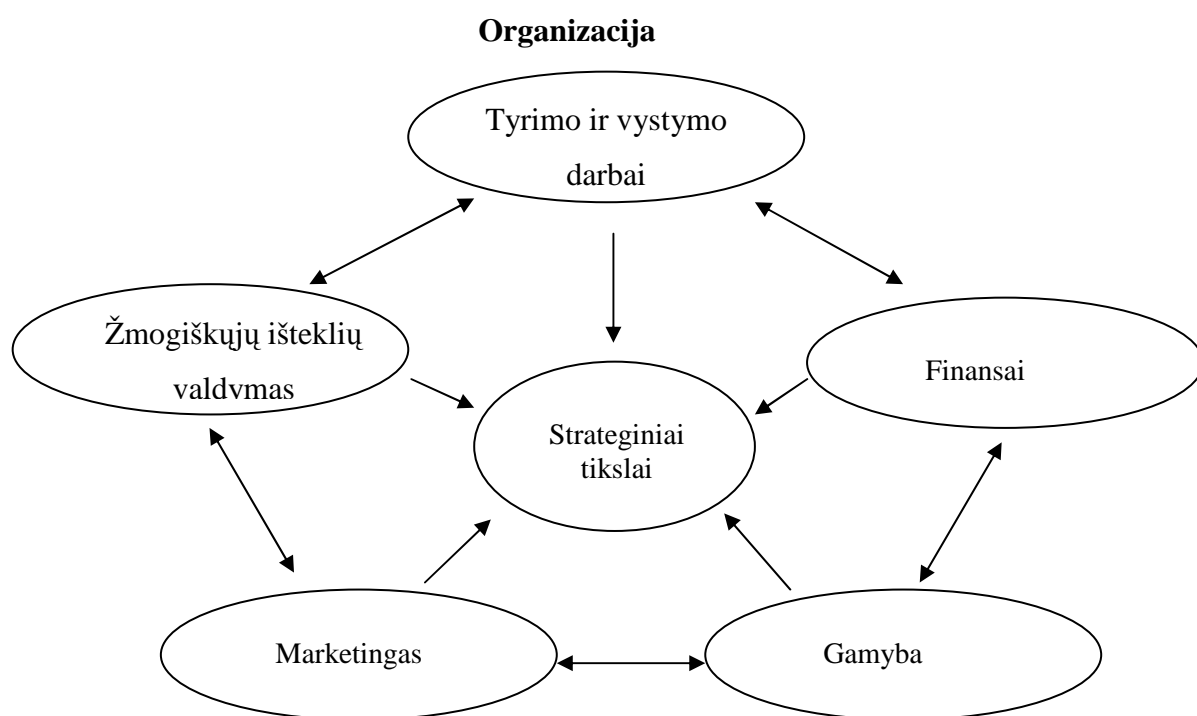
Tradicinio personalo vadovo ir žmogiškųjų išteklių vadovo gebėjimų skirtumai

Kriterijus	Personalo vadovas	Žmogiškųjų išteklių vadovas
A. Įsitikinimai 1. Kontraktas. 2. Taisyklės. 3. Siekimas vadovybės sprendimų. 4. Elgsenos orientacija. 5. Vadovybės užduotis darbuotojų atžvilgiu. 6. Santykių prigimtis. 7. Konfliktas.	Rūpestingai vykdo kontrakte surašytas sąlygas. Siekia sukurti aiškias taisykles. Procedūromis. Taisyklės, normos. Priežiūra. Pluralistas. Apibrėžia.	Siekia „išeiti už kontrakto ribų”. Remiasi požiūriu „galiu padaryti”, nepakenčia taisyklių. Verslo poreikiais. Vertybės, misija. Skatinimas, stimuliavimas. Unitaristas. Stengiasi neakcentuoti.
B. Požiūris į strateginius aspektus. 8. Svarbiausi santykiai. 9. Inicatyva. 10. Veiklos planas. 11. Sprendimo greitis.	Su darbdaviu. Dalinė. Dalinis į ... Lėtas.	Su klientu. Integuota. Centrinis į ... Greitas.
C. Santykiai su linijine vadovybe. 12. Vadovybės vaidmuo. 13. Svarbiausi vadovai. 14. Bendravimas. 15. Standartizavimas. 16. Skatinami vadovų sugebėjimai.	Priskirtas. Personalo specialistai. Netiesioginis. Aukštas. Derybos.	Transformuojantis. Aukščiausieji vadovai. Tiesioginis. Žemas. Pagalba, palengvinimas.
D. Pagrindiniai svertai. 17. Atranka. 18. Apmokėjimas. 19. Sąlygos. 20. Darbuotojų valdymas. 21. Pasitikėjimas vykdytojais. 22. Darbo kategorijos ir pakopos. 23. Komunikacija. 24. Ketinimai darbo turiniui. 25. Konfliktų valdymas. 26. Mokymas ir ugdymas. 27. Dėmesys darbuotojų įsikišimui.	Atskira, dalinė užduotis. Paremtas darbo įvertinimu. Atskirai suderėtos. Kolektyvinių derybų kontraktai. Grupinės lengvatos, mokymai. Daug. Yra uždraustų srautų. Darbo suskaidymas. Pasiiekti laikinas paliaubas. Kontroliuojamos galimybių norintiems. Personalo procedūros.	Integuota, svarbi užduotis. Paremtas atlikimo rezultatais. Harmonizuotos. Siekiami individualių kontraktų. Suskaidytas pagal rezultatus. Mažai. Yra padaugėję srautų. Komandinis darbas. Valdyti klimatą ir kultūrą. Mokymas visos organizacijos. Plataus masto kultūrinės, struktūrinės ir žmogiškųjų išteklių strategijos.

Šaltinis: Adamonienė, R.; Sakalas, A., Šilingienė, V. (2002)

1.2.2. Strateginiai sprendimai, plėtojant žmogiškųjų išteklių valdymą, jų priėmimo ir įgyvendinimo metodai

Strateginiu požiūriu žmogiškųjų išteklių valdymas yra integruotas į organizacijos pelną kuriančiųjų padalinių veiklą, o tuo pačiu labai priartinamas prie konkrečios verslo strategijos ir tikslų. Galima net teigti, kad strateginis žmogiškųjų išteklių valdymas tampa vos ne pagrindine priemone strateginiams tikslams pasiekti, kadangi turi tiesioginį ir grįžtamąjį ryšį su visomis organizacijos funkcinėmis sritimis. Tokiu būdu, strateginis žmogiškųjų išteklių valdymas organizacijos verslo strategijos ir struktūros kontekste užima jau visiškai kitokią poziciją (žr. 3 paveikslą):



Šaltinis: Sakalas A., 2001

3 pav. Strateginis žmogiškųjų išteklių valdymas

Iš šios schemos matyti, kad strateginis žmogiškųjų išteklių valdymas organizacijos tikslų įgyvendinimą įtakoja glaudžiam sąlytyje su visomis kitomis funkcinėmis veiklos sritimis. Kaip tai yra daroma konkrečiai, yra daug įvairių nuomonių. Žemiau pateikiama keletas iš jų.

Pavyzdžiui, Valerie Stewart akcentuoja poreikį greitai augančioms organizacijoms labiau decentralizuoti valdymą, išplečiant linijinių vadovų įgaliojimus (Sakalas A., 2001, p.36). Jos nuomone, toks veiksmas sušvelnina organizacijos vidinį klimatą, leidžia žemesnio lygio vadovams nebijoti imtis rizikingų sprendimų, leidžia sumažinti formalaus bendravimo organizacijoje apimtį, suteikia galimybę glaudesniems vadovų ir pavaldinių tarpusavio kontaktams.

James Walker formuluoja strateginį žmogiškųjų išteklių valdymą tiesiog kaip pagrindinę priemonę, padedančią vadovams maksimizuoti darbuotojų pastangas, kad būtų pasiekta konkurencinio pranašumo. Jo mintį tarsi pratęsė Ian Clark, pažymėdamas, kad konkurencinis pranašumas pasiekiamas,

didinant darbo efektyvumą (Sakalas A., 2001, p.122).

Apibendrinus šias keletą nuomonių, aiškėja dvi problemos: 1. Kaip vadovai turi maksimizuoti darbuotojų pastangas? 2. Kaip efektyviau panaudoti žmogiškuosius išteklius?

Šis pirmasis ir neišvengiamas žmogiškųjų išteklių valdymo strategijos elementas apima 2 aspektus: personalo vadovus ir organizacijos struktūrą, todėl apie kiekvieną iš jų reikia kalbėti visų pirma atskirai.

Tarp sugebėjimų, kuriuos turi turėti tradiciniai personalo vadovai ir žmogiškųjų išteklių strategijos įgyvendintojai, yra didžiulis skirtumas. Jau buvo kalbėta, kad personalo vadovas arba personalo skyriaus darbuotojas turi sugebėti atlikti tokius darbus, kaip naujų darbuotojų atranka, darbo įvertinimas, darbo apmokėjimo sistemų administravimas ir t.t. JAV atliktos apklausos metu nustatyta, kad net 82 % apklaustų aukšto lygio personalo vadovų jaučia, jog ateityje turės vis daugiau laiko skirti strateginiam planavimui, darbo komandų formavimui, darbo kokybės ir kvalifikacijos kėlimui. Tarp sugebėjimų, kurie respondentų nuomone vėliau bus vis labiau reikalingi, buvo dažnai minimi lyderio sugebėjimai, platus pasaulinių tendencijų suvokimas, finansų ir marketingo žinios, konsultavimo ir pristatymo sugebėjimai (Sakalas A., 2001, p.35).

Po to, kada suformuluojami reikalavimai žmogiškųjų išteklių valdymu užsiimantiems darbuotojams, kyla natūralus poreikis jų darbą organizuoti kryptingai, suvokiant kad tik komandinis darbas atneš norimą rezultatą. Dėl šios priežasties reikalinga keisti organizacijos struktūrą, bent jau reformuojamo personalo padalinio struktūrą. Paprastai tai yra daroma, kuriant naują strateginį žmogiškųjų išteklių valdymo skyrių, kurio viduje vyksta pasidalinimas vykdomomis funkcijomis. Dažnai tenka išspręsti problemą, ar jo valdymas turi būti centralizuotas, ar decentralizuotas. Be abejo, tai nulemia pasidalintų funkcijų turinys, pagrindinių reformuojamų žmogiškųjų išteklių santykių turinys, organizacijos dydis ir struktūra. Vis dėlto, kai kurie specialistai linkę siūlyti konkrečius restruktūrizavimo būdus. Pavyzdžiui, James Walker, siūlo steigti mažiausiai tris žmogiškųjų išteklių valdymo nedidelius skyrius. Anot jo, reikėtų steigti decentralizuotą poskyrį konkrečių organizacijos veiklos padalinių (pvz. gamybos lygio) veiklai koordinuoti ir konkrečioms iškylančioms problemoms spręsti. Lygiagrečiai aukštesnio lygio personalo vadovai turėtų užsiimti organizacijos linijinių vadovų sugebėjimų ir kvalifikacijos kėlimu. Galiausiai, centralizuotas poskyris turėtų užsiimti organizacijos kaštų taupymu samdos sferoje (pvz. įdarbinimo kaštų, atleidimo kaštų ir pan.).

Administracinio efektyvumo didinimas kaip žmogiškųjų išteklių valdymo strategijos elementas suvokiamas kaip tam tikrų veiksmų, nukreiptų į organizacijoje jau vykstančius procesus, visuma. Tokius veiksmus, be abejo, atlieka žmogiškųjų išteklių valdymo skyrius. Jo uždavinys šiuo aspektu yra nustatyti problemą, identifikuoti, iki kokio laipsnio ją galima pašalinti, ir imtis atitinkamų veiksmų. Jų rezultatas ir bus padidėjęs administracinis efektyvumas.

Administracinio efektyvumo didinimas žmogiškųjų išteklių valdymo padalinio pagalba,

manyčiau yra toks strategijos elementas, kuris nereikalauja labai didelių sąnaudų, tačiau reikalauja kito elemento - žmonių ir struktūros transformacijos.

Autoriai Cynthia D. Fisher, Lyle F. Schoenfeldt ir James B. Shaw apibendrina jų kolegų mintis ir išskyrė 6 bendrus elementus, kurie reikalingus žmogiškųjų išteklių valdymo kūrimui organizacijoje: 1. Vidinė žmogiškųjų išteklių vadovų ir organizacijos struktūros transformacija. 2. Administracinio efektyvumo didinimas. 3. Žmogiškųjų išteklių vadovų integravimas į strateginio planavimo procesą. 4. Žmogiškųjų išteklių panaudojimo susiejimas su verslo strategija. 5. Partnerystės su linijine vadovybe kūrimas. 6. Žmogiškųjų išteklių valdymo veiklos matavimas (Sakalas A., 2001, p. 46).

Tarp sąvokų „personalo valdymas“ ir „žmogiškųjų išteklių valdymas“ skirtumas apibrėžiamas žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos padėtimi visoje strateginio valdymo sistemoje. Žmogiškųjų išteklių valdymo atveju ši sistema yra labiau integruota į visą verslo strategijos valdymo procesą. „Personalo valdymas“ buvo suvokiamas daugiau kaip kontrolės funkcija, jos kaip funkcijos uždavinys nebuvo pasiektas, nes jos konkretūs procesai nedavė norimų rezultatų sukurti konkurencinį pranašumą ilgu laikotarpiu.

„Personalo valdyme“ tai yra personalo tarnybos funkcija, o „žmogiškųjų išteklių valdyme“ tai yra visų lygių vadovų funkcija, kurią koordinuoja žmogiškųjų išteklių valdymo tarnyba. Bet svarbiausias skirtumas tarp šių sąvokų - integracija su kitomis organizacijos veiklos funkcijomis. Jos paskirtis buvo aprūpinti kitas funkcijas darbo jėga ir palaikyti jų efektyvumą. Perkeliant šią atsakomybę nuo vienos personalo tarnybos visų lygių vadovams siekiama integracijos tarp visų organizacinės veiklos funkcijų.

Šiandieniniam daugelio valstybių viešajam administravimui būdingos reformos, pokyčiai bei inovacijų paieškos. Siekiant spręsti sudėtingas šalies problemas, pagrindinis dėmesys skiriamas valstybės struktūrų efektyvumui, valdymo aparato stabilumo, valstybės institucijų darbuotojų profesionalumo ir atsakingumo didinimui.

Siekiant šių tikslų būtina parengti metodiškai pagrįstą asmens sveikatos priežiūros sektoriaus žmogiškųjų išteklių valdymo ilgalaikę strategiją, kurią įgyvendinus būtų sukurtos tinkamos prielaidos viešojo administravimo efektyvumui didinti, taptų viešojo administravimo reformos sėkmės veiksniumi.

Svarbu įvertinti sukurtas strategijos formavimo bei realizavimo teorijas, palyginti skirtingus požiūrius bei pasirinkti tinkamiausią metodiką. Strategijos kūrimo metodikų gausa rodo, kad nėra vienos nuomonės apie strategijos formavimo ir diegimo proceso struktūrą bei jo vykdymo nuoseklumą. Pasirinkti optimalų variantą nelengva, tačiau tyrimo objektui visuomet galima pritaikyti tinkamiausią metodą.

Racionalios strategijos parinkimui taikomą strateginio valdymo sistemą sudaro dvi tarpusavyje susijusios dalys: strategijos formavimas ir diegimas. Pirmojoje dalyje numatomi veiksniai, lemiantys veiklos efektyvumą. Tai atliekama analizuojant tris valdymo lygius: individų, institucijų ir jos padalinių, išorinės aplinkos. Išaiškinus veiklos efektyvumui įtaką darančius veiksnius, kuriamas institucijos ateities

vaizdas - vizija. Sėkmingai ją formuluoti padeda SWOT metodika. Suformulavus idealią institucijos būseną, į ją orientuojama vadybinė veikla, iškeliamas tikslas - idealas. Jam realizuoti sudaroma daugiapakopė tikslų sistema, kuri gali būti apibūdinama kaip struktūrizuota duomenų visuma, akumuliuojanti surinktą, susistemintą ir įvertintą strateginę informaciją. Galutinis (generalinis) tikslas išskaidomas į smulkesnius tikslus ir uždavinius taip, kad galima būtų sukurti priemonių sistemą, reikalingą uždaviniams bei tikslams pasiekti, taip pat išdėstyti ją laike ir erdvėje. Po šio etapo kuriamas korporacinis padalinių pareiškimas - misija. Joje atsispindi visų institucijos tarnybų įsipareigojimai, siekiant tarpinių tikslų atskiruose lygiuose. Misijos suformulavimu baigiamas pirmasis strategijos rengimo etapas. Strategijos diegimas reikalauja daugiau laiko ir pastangų nei jos formavimas. Įgyvendinimo etape numatomos kompleksinės darbo užduotys kryptingai vadybinei veiklai, personalo parinkimo, darbo apmokėjimo ir skatinimo sistemoms.

Dažniausiai mokslinėje literatūroje aprašomi strateginio valdymo metodai. Kiekvieno jų atstovų požiūriai nagrinėjamaiais klausimais yra panašūs, tačiau aiškindami atskirus šio proceso etapus, autoriai akcentuoja skirtingus aspektus arba atskleidžia skirtingus šių aspektų bruožus.

Palyginus skirtingus požiūrius, galima konstatuoti, kad sugebėjimas strategiškai valdyti apima gebėjimą: modeliuoti situaciją; išsiaiškinti pokyčių būtinumą; suformuluoti pokyčių strategiją; įgyvendinti strategiją.

Analizuojant strategijos formavimo teorijas, galima pastebėti, kad bet koks strateginis sprendimas gali būti priimamas atsižvelgiant į dvi sąlygas:

- veikimo laisvės ribojimus ir situacijos neapibrėžtumą;
- daugiapakopę tikslų sistemą.

Amerikietiškas strategijos formavimo modelis daug dėmesio skiria strateginiam situacijos apibūdinimui: vizijai, misijai, tikslų sistemai. Tiek vizijos, tiek misijos kūrimo etapuose ryškūs išorinės ir vidinės aplinkos lygmenys, t.y. šios stadijos išryškina strateginę liniją. Strategija pagrindžiama struktūrizuojant tikslų sistemą ir išdėstant ją laike (sudaromas „tikslų medis“). Svarbiausi veiksniai, lemiantys strategijos formavimą, yra ekonominiai faktoriai ir konkurentai. Šią teoriją galima vertinti kaip vieną geriausių ir išsamiausių formalizuotų strategijos formavimo procedūrų.

Vokiškosios mokyklos atstovai (Ch. Scholz ir F. Wigand) plačiausiai nagrinėja šias strategijos formavimo stadijas: išorinę ir vidaus aplinką, tikslus ir marketingo priemonių kompleksą. Retai kurioje publikacijoje aprašomi tokie svarbūs strategijos formavimo elementai kaip vizija ir misija. Vokiečių autoriai akcentuoja, kad institucijos politika daugiau priklauso nuo jos kultūros ir filosofijos. Institucijos vadovų bendroji kultūra lemia problemų sprendimo būdus, elgesio vertybių sistemą. Minėtų autorių strategijos formavimo modelyje pasiūlyta labai daug tikslų sisteminimo variantų. Jų hierarchijoje („tikslų piramidėje“) viešpatauja aukštesnieji vadybiniai tikslai (Ch. Scholz, 1987, p.78).

F. Kotler pabrėžia, kad, diegiant strategiją labai svarbu visus su įgyvendinimu susijusius

veiksmus atlikti kuo greičiau ir lygiagrečiai vieną su kitu (Kotler, 1990, p.225). Jis konstatuoja, kad, pasikeitus institucijos organizacinei struktūrai, pasikeičia ir personalo struktūra, darbuotojų skaičius ir kiti institucijos parametrai. Personalo įgūdžiai yra vienas svarbiausių šios struktūros elementų, kadangi tai gali nulemti ne tik efektyvų institucijos darbą, bet ir veikti visą veiklos kompleksą bei institucijos įvairumą. Autoriaus nuomone strategija diegiama remiantis šiomis priemonėmis: organizacine struktūra: komunikavimo bei sprendimų priėmimo galimybės; vadovavimo stiliumi: bendradarbiavimu, vadovavimo pokyčiais ir kt.; personalo įgūdžiais; atlygio sistema; personalo motyvacija; organizacine kultūra: vertybėmis, tikslais, siekiais (Kotler, 1990, p. 228).

Strategijos formavimo proceso vientiso modelio nėra. Strategijos parinkimas ir įgyvendinimas - pagrindinė strateginio valdymo turinio dalis. Siekiant parengti žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje strategiją bei pasiūlyti jos įgyvendinimo būdą, remiantis strategijos formavimo ir diegimo metodiniais pagrindais, reikia kūrybiškai pritaikyti aprašytas metodikas, panaudoti jų privalumus. Siūlomas toks metodiškai pagrįstas uždavinių sprendimo nuoseklumas: atliekamas esamos būklės monitoringas; viešojo administravimo reforma Lietuvoje ir žmogiškųjų išteklių valdymo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje vieta bei svarba reformos kontekste; asmens sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų mokymo problemos pagal valdymo hierarchijos lygius; žmogiškųjų išteklių valdymo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje strategijos tikslai ir prioritetai; pasiūlomas žmogiškųjų išteklių valdymo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje strategijos formavimo modelis; vizija; tikslų sistema; misija.

Pateikiamas žmogiškųjų išteklių valdymo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje strategijos diegimo būdas, kuris taptų viešojo administravimo reformos sėkmės veiksniumi:

- darbo užduotys institucijoms ir jų personalo tarnyboms ir institucijų personalo tarnybų specialistų rengimas bei vertinimas specialistų profesinės kvalifikacijos ir darbo kokybės požiūriu;
- organizacinių formų ir struktūrų sukūrimas bei taikymas;
- nepertraukiamo kvalifikacijos ugdymo sistemos sukūrimas asmens sveikatos priežiūros sektoriuje.

1.3. Šiuolaikinės viešojo administravimo ir veiklos audito teorijos ir metodikos bei jų panaudojimo galimybės tobulinant žmogiškųjų išteklių valdymą asmens sveikatos priežiūros sektoriuje

1.3.1. Šiuolaikinė viešojo administravimo samprata ir jos pritaikymas tobulinant žmogiškųjų išteklių valdymą asmens sveikatos priežiūros sektoriuje

Tradiciškai viešasis administravimas apibūdinamas kaip plati, įvairiapusė valdžios ir valdymo institucijų veikla, jungianti politiką, viešąsias programas bei projektus. Viešasis administravimas taip pat suprantamas ir platesnėmis prasmėmis - kaip valstybės tarnyba, kaip profesija ir kaip akademinės

studijos, arba kaip tam tikra atsakomybės rūšis, kurių turi įvairių lygių viešosios institucijos, vykdančios įvairias funkcijas - politikos formulavimą, sprendimų įgyvendinimą ir kitas joms priskirtas funkcijas. Kitaip tariant, viešasis administravimas gali būti suprantamas kaip veikla, daugiau koncentruojama į planavimą, vadovavimą, koordinavimą, resursų sutelkimą ir panaudojimą, valdžios veiklos kontrolę.

Viešojo administravimo konceptualizavimas gali būti suprantamas kaip viešojo administravimo klasikinių principų tyrimas ir vystymas, viešojo administravimo metodų, technologijų ir organizacinių formų tobulinimas, reikalaujantis naujų teorinių pagrindimų ir naujų teorinių konceptų kūrimo.

Šiandieninėje viešojo administravimo teorijos plėtojimo ir praktinių problemų sprendimo fazėje būtinas gilus ir sistemingas klasikinių viešojo administravimo principų ir vertybių suvokimas. Tradicinės viešojo administravimo teorinės koncepcijos suprantamos visų pirma, kaip tam tikrų principinių nuostatų suma, tačiau veltui ieškotume švariai, preciziškai išgrynintų principų ir konceptų, nes tokie paprasčiausiai neegzistuoja. Nėra vienintelio klasikinio chrestomatinio vadovėlio, kuriame būtų viskas apie viešąjį administravimą.

Šios teorijos ir pagrindiniai konceptai buvo panaudoti konstruojant taip vadinamą idealaus tipo viešojo administravimo pagrindų modelį, kuriam būdingi visi šiuolaikinio viešojo administravimo bruožai. (F. Teilor, H. Fayol, p. 135)

Esminiai viešojo administravimo principai: 1. Viešojo sektoriaus institucijų uždaviniai ir tikslai yra apspręsti politikų, bet realizuojami administratorių, siekiančių įgyvendinti racionalų sprendimų modelį. 2. Administravimas remiasi priimtinais dokumentais (įstatymais, nutarimais, sprendimais) ir tai daro viešąją įstaigą (biurą) šiuolaikinio valdymo šerdimi, esmine ląstele. 3. Viešieji reikalai yra analizuojami, sprendžiami remiantis valdymo taisyklėmis, įstatymine baze. 4. Taisyklės, kuriomis vadovaujamosi organizuojant, gali būti dažniausiai techninės ar įstatyminės. Daugeliu atveju darbuotojų mokymas (treiningas) yra būtinas. 5. Uždaviniai ir funkcijos yra skirstomi į funkciškai skirtingas sferas, kurioms yra suteikiama būtinos priemonės ir kontrolė, sankcijos. 6. Organizacijų vadybininkai yra surikiuoti hierarchiniu principu, kontrolės ir apskundimo galimybės yra procedūrinės. Prioritetai yra skiriami centralizavimui, visi kiti principai yra lygūs. 7. Organizacijų resursai yra gana skirtingi nuo privačių struktūrų resursų. 8. Viešųjų įstaigų vadovai negali šių įstaigų pertvarkyti į privačias institucijas. 9. Viešųjų įstaigų tarnautojai pasirenka šias pareigas pagal pašaukimą ar pareigos jausmą, prisiima didelius išpareigojimus prieš visuomenę už savo vaidmens vykdymą. 10. Viešajame sektoriuje vienintelis dominuojantis interesas - viešasis interesas, ribojantis asmeninius politikų ir administratorių interesus.

Viešojo sektoriaus personalo administravimas yra kvalifikuotų darbuotojų atrankos ir vystymo bei organizacinių sąlygų, skatinančių juos dėti į atliekamą darbą kuo daugiau pastangų, sukūrimo procesas. Tai žmogiškųjų išteklių planavimas viešajam sektoriui, personalo atrankos kriterijai, darbuotojų motyvacija, karjera viešajame administravime, darbuotojų ir darbdavių santykiai, atlyginimo

sistemos ir socialinės garantijos, etinės problemos viešajame sektoriuje.

Visos viešosios įstaigos privalo turėti tam tikrus darbuotojų samdymo, darbo užduočių paskirstymo, darbuotojų žinių, įgūdžių ir sugebėjimų ugdymo bei darbo santykių nustatymo ir palaikymo metodus. Šie metodai gali skirtis priklausomai nuo viešosios įstaigos politinės jurisdikcijos, valdymo formos, teikiamų viešųjų paslaugų pobūdžio ir nuo to, ar darbuotojai turi profesinę sąjungą. Tačiau šios funkcijos sudaro žmogiškųjų išteklių viešajame administravime pagrindą. Be minėtų keturių funkcijų, bet kuri kompleksinė organizacija stengiasi kontroliuoti, kaip šios funkcijos yra atliekamos, ir adaptuoti žmogiškųjų išteklių valdymo metodus prie besikeičiančios aplinkos.

Šių funkcijų atlikimo metodui susisteminti taisyklėmis ir procedūromis, sukurtomis siekiant tiek palengvinti šių užduočių atlikimą, tiek užtikrinti, kad jos būtų atliekamos teisingai ir atsižvelgiant į politinius bei teisinius reikalavimus.

Žmogiškųjų išteklių valdymo sistemą, kuri planuojama ir kuriama klaidų ir bandymų keliu, reikėtų vertinti pagal du abstrakčius kriterijus. Pirma, personalo sistema turi būti formali ir pakankamai stabili, kad visos keturios funkcijos galėtų būti atliekamos patikimai ir efektyviai. Žinia - efektyvumui reikia stabilumo. Antra, ši sistema turi taikytis prie kintančių sąlygų tiek organizacijos viduje, tiek išorėje. Akivaizdu, kad sistema negali tuo pačiu metu keistis ir išlikti stabili. Todėl personalo sistemos valdymas šio konflikto kontekste yra menas.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos kaip socialinės sistemos traktavimas suteikia galingą žmogiškųjų išteklių valdymo srityje vykstančių procesų nagrinėjimo instrumentą. Analizuodami žmogiškųjų išteklių valdymą viešajame sektoriuje, D. Klingner ir J. Nalbandian (1985) atkreipia dėmesį į tris pagrindinius atviros sistemos, sąveikaujančios su aplinka, aspektus. Pirma, personalo sistemos viešajame sektoriuje vykdo pagrindines aprūpinimo, paskirstymo, vystymo ir sankcionavimo funkcijas nepriklausomai nuo valdymo lygmens ar įstaigos pobūdžio. Antra, socialinės sistemos yra ypač jautrios aplinkos reikalavimams ir neapibrėžtumui, todėl tai, kas vyksta organizacijos viduje, labai priklauso nuo to, kas vyksta jos išorėje. Trečia, organizacijos ne tik turi taikytis prie besikeičiančių aplinkos reikalavimų, bet ir išlikti efektyvios. Uždaros sistemos yra efektyviausios, atviros - labiausiai prisitaikančios. Organizacijos kaip socialinės sistemos turi būti atviros aplinkai ir tuo pat metu atsparios jai. Žmonių turimos vertybės ir įsitikinimai, nulemiantys jų pasirinkimą, formuoja visų valdymo lygmenų viešosios politikos kryptis. Šios vertybės yra kriterijai, pagal kuriuos vertinami valdžios sprendimai. Jos nulemia ribotų išteklių paskirstymą bendruomenėje. Iš tiesų, žmogiškųjų išteklių administravimo viešajame sektoriuje istorija, ypač aprūpinimo ir paskirstymo funkcijų aspektais, ryškiai ir nuolat atspindi šias vertybes. Technologinės aplinkos įtaka pasireiškia per technologijų vystymosi sukeltus darbo rinkos svyravimus - naujų darbo vietų kūrimą ir darbo rinkos struktūros pakitimus.

Vertybės, perėjusios ekonominių, politinių ir socialinių sąlygų filtrą, pasireiškia per vykdomąją valdžią, įstatymų leidybą ir kritinę peržiūrą bei interpretaciją. Žmogiškųjų išteklių planavimas

pradedamas personalo poreikių prognozavimu. Šis prognozavimas gali būti trumpalaikis (apimantis 1-2 metus), vidutinės trukmės arba ilgalaikis (10 metų). Trumpalaikė prognozė gali būti tikslesnė nei kitos, nes šiuo atveju yra mažiau neapibrėžtumų. Pagrindinis jos trūkumas tas, kad trumpas laikas riboja galimas alternatyvas. Tuo tarpu ilgalaikiai prognozei lieka daugiau laiko kurti ir įgyvendinti įvairias strategijas. Svarbus poreikių prognozavimo aspektas yra planavimas pagal atskiras profesijas ir pareigų lygius. Tas pats pasakytina ir apie tolesnį žingsnį - įvertinimą, kokį poveikį tai turės esamiems darbuotojams.

Palyginus personalo poreikio prognozę su laukiamais esamosios situacijos pasikeitimais, galima numatyti reikiamų darbuotojų skaičių. Atlikus prognozę, galima pradėti kurti strategiją. Gali būti nuspręsta, kad jokių pakeitimų nereikia. Jei prognozė teigia, kad bus sunku rasti naujų darbuotojų, tada nereikia jokių ypatingų veiksmų. Tačiau jei numatoma, kad bus sunku pasamdyti reikiamą kiekį naujų darbuotojų, gali būti priimta mokymo programų vystymo strategija, siekiant patobulinti turimo personalo kvalifikaciją ir užimti reikiamas pozicijas, perkėlus darbuotojus į aukštesnes pareigas.

Įvairios valdžios institucijos ir bendrovės nevienodai naudoja strateginį ir programinį planavimą. Strateginis planavimas susijęs su organizacijos paskirtimi ir pagrindinėmis veiklos kryptimis. Programinis planavimas daugiau reikalingas žemesnio lygio problemoms spręsti, fokusuojantis į organizacijos tikslus ir uždavinius. Programinis planavimas dažnai siejamas su biudžeto formavimu. Prašydamos asignavimų, organizacijos pateikia informaciją apie numatomus paslaugų poreikius ir kaštus, kurie būtinai apima ir žmogiškųjų išteklių išlaidas.

Asmens sveikatos priežiūros sektoriui tinkamų darbuotojų parinkimas yra svarbus, nes nuo to priklauso šio sektoriaus teikiamų paslaugų kokybė. Todėl labai svarbus efektyvus atrankos procesas, kuris užtikrintų kandidatų žinių, įgūdžių bei sugebėjimų ir darbo vietos keliamų reikalavimų atitikimą. Taip pat svarbu, kad šis atrankos procesas būtų objektyvus, ypač viešajame sektoriuje, t.y., kad darbuotojai būtų samdomi atsižvelgiant į jų kvalifikaciją, o ne į ryšius su įtakingais asmenimis ar kitus subjektyvius kriterijus.

Kalbėdami apie motyvaciją, E. Lawler ir L. Porter (1982) išskyrė vidinius ir išorinius atlygius. Vidiniai atlygiai - tai tokie atlygiai, kurie motyvuoja individą iš vidaus. Išorinius atlygius kontroliuoja išorinės jėgos. Autorių nuomone, vidiniai atlygiai yra labiau susiję su motyvacija nei išoriniai, nes jie nepriklauso nuo kitų asmenų. Tai sukuria organizacijai keblumą, nes ji gali kontroliuoti tik atlygius E. Lawlerio ir L. Porterio vadinamus išoriniais. Negana to, šie autoriai teigia, kad iš tiesų organizacijos iki galo nekontroliuoja net ir šių atlygių. D.Riley atkreipia dėmesį į dar vieną dalyką: darbuotojas gali vertinti visus atlygius kaip vidinius. Nors negalėdamas pats sau suteikti piniginio atlyginimo, valdžios ar pinigų, jis gali nuspręsti, kad šie dalykai jam nėra labai svarbūs. Taigi organizacijos, bandančios motyvuoti darbuotoją šiais veiksniais, pastangos gali nueiti niekais. D.Riley nurodo penkis pagrindinius motyvacijos šaltinius. Tai bendrieji socialiniai motyvatoriai, organizacijos tikslai, darbo turinys, darbo

sąlygos ir pinigai.

Bendrieji socialiniai motyvatoriai. Kai kurie žmonės dirba daug ir gerai todėl, kad jaučia pareigą. Galima teigti, kad tai socializacijos proceso pasekmė, kai vaikui nuo mažens įteigiama, jog kiekvieno pareiga daryti viską kuo geriau. Bendrųjų socialinių motyvatorių atlygis - tai asmeninis pasitenkinimas, kylantis iš atliktos pareigos jausmo.

Lawlerio ir Porterio klasifikacijoje šis pasitenkinimas - tai vidinis atlygis, todėl organizacijoms nelengva jį naudoti motyvacijai. Jos tegali naudotis jo egzistavimu. Kiti autoriai išsiskiria nepiniginio personalo skatinimo metodus (O.Poluchina, 2004, p.156): profesionalios karjeros galimybė, darbuotojo reikšmingumo įvertinimas iš vadovybės pusės; paprasčiausieji padėkos žodžiai; darbuotojų pasveikinimai gimtadienio proga ir dovanų įteikimas; korporatyvinių švenčių organizavimas atsižvelgiant į personalo pageidavimus; taisyklingai organizuota naujų darbuotojų profesinė adaptacija; horizontali rotacija kaip motyvacijos priemonė, leidžianti ilgam laikui sulaukyti darbuotą kompanijoje; geresnis darbo vietos aprūpinimas; skelbimų lenta su išvardintais darbuotojais, kurie pastoviai kuo puikiau atlieka savo darbą ir pareigas.

Organizacijos tikslai. Žmonės neretai ieško darbo viešajame sektoriuje todėl, kad juos žavi valstybinės biurokratinės struktūros pareigūno karjera, kiti - nori dirbti valstybinėse organizacijose, nes juos domina veiklos sritys, kuriose dominuoja valstybė (pavyzdžiui, švietimas, socialinė rūpyba, aplinkosauga ir pan.), t.y. tam tikros viešosios sferos sritys. Tikėtina, kad žmonės, atsidavę tam tikriems tikslams, kurie sutampa su jų organizacijos tikslais, jausis labai motyvuoti, galėdami padėti organizacijai įgyvendinti tuos tikslus. Dažnai organizacijos tikslai yra neaiškūs, sunkiai apibrėžiami ir net diskutuoti. Kitas sunkumas, susijęs su organizacijos tikslų naudojimu motyvacijai, yra tas, kad beveik visose valstybinėse organizacijose dirba tik iš dalies jų tikslams atsidavę žmonės. Vargu ar galima tikėtis, kad, pvz., aplinkos apsaugos tarnyboje dirbančiai sekretorei ar programuotojui labai svarbi tos tarnybos misija - bandymas apsaugoti aplinką nuo užterštumo. Be to, kaip pažymėjo V. Thompson (1961), dauguma profesionalių darbuotojų skiria kur kas daugiau dėmesio savo kasdieniniam darbui ar specifiniams savo profesijos tikslams nei valstybinės organizacijos, kurioje jie dirba, tikslams. Profesiniai tikslai paprastai konkretnesni nei organizaciniai, todėl darbuotojai daugiau rūpinasi konkrečiu darbu, kurio jie buvo išmokyti, nei abstrakčiais tikslais.

Taigi organizaciniai tikslai yra svarbūs, tačiau dauguma organizacijų nepasitelkia jų darbuotojų motyvacijai.

Darbo turinys. Daugumai individų darbo turinys yra pagrindinis motyvatorius. Sunku įsivaizduoti, kas galėtų geriau motyvuoti, nei pasitenkinimas atliekamu darbu.

Anot D. Riley, darbo turinys kaip motyvacijos šaltinis nėra visiškai nepavaldu organizacijai. Kai kuriuos darbus galima reorganizuoti pašalinus darbuotojo nepageidaujamus elementus ir įtraukus jo pasitenkinimą sustiprinančių elementų, nors, be abejo, šios galimybės ribotos. Darbo turinys gali būti

galinga motyvacijos priemonė, tačiau yra du su ja susiję keblumai. Pirma, yra tokių darbuotojų, kurie vargu ar gali sukelti kam nors pasitenkinimą, pvz., šiukšlių išvežimas. Motyvuoti tokią darbą atliekančius žmones - nelengva užduotis. Antra problema gerokai sudėtingesnė. Individai, mėgstantys savo darbą, nori jį atlikti jiems įprastais būdais, kurie gali tapti nebepriimtini organizacijai. D. Riley (1993) pažymi, kad tai gali sukelti ne motyvacijos, o gerokai rimtesnę - neefektyvios ir neatsakingos vyriausybės - problemą.

Darbo sąlygos. Kalbėdamas apie darbo sąlygas, D. Riley išskiria tris jų kategorijas. Pirmajai priklauso fizinė ir psichologinė aplinka, antrajai - įvairios lengvatos ir parama darbuotojams, trečiajai - darbuotojų autonomijos laipsnis.

Darbo sąlygos priklauso prie išorinių motyvatorių, nes juos gali kontroliuoti organizacija. Įvairių lengvatų ir fizinių bei psichologinių darbo sąlygų svarba motyvuojant darbuotojus akivaizdi. Ypač svarbios pastarosios ir organizacija dažnai gali jas kontroliuoti. Pakeisti psichologines sąlygas sunku, nes gali tekti keisti žmonių požiūrį ir elgseną. Dauguma žmonių nori turėti šiek tiek laisvės ir nepriklausomybės. Pasak D. Daley (1986), visiems patinka dalyvauti techninių, valdymo ir institucinių sprendimų, susijusių su jų darbu, priėmimu. Kai kuriems žmonėms tai svarbiausia darbo sąlyga. Autonomijos svarbą darbuotojų motyvacijai pažymi ir Y teorijos kūrėjas McGregoras, pasak kurio, „fizinis ir protinis darbas yra toks pat natūralus kaip žaidimas ar poilsis“, todėl darbuotojai siekia atsakomybės ir realizuoja save, siekdami tikslų, kuriems jie yra atsidavę. Todėl, suteikus darbuotojams daugiau autonomijos, laisvės ir galimybės kontroliuoti save, galima juos paskatinti geriau panaudoti savo intelektualinius sugebėjimus.

R. Lee (1993) išskyrė du labiausiai paplitusius JAV darbuotojų autonomijos padidavimo būdus: lankstų darbo laiką ir darbo praturtinimą. Darbuotojų autonomijos padidavimo būdas, pasak R. Lee, yra darbo praturtinimas, t.y. reorganizavimas, siekiant padaryti jį įdomesnį, ne tokį monotonišką, uždedant darbuotojui didesnę atsakomybę. Darbo praturtinimo idėja remiasi F. Herzbergo dviejų veiksmų motyvacijos teorija. Pasak šio autoriaus, darbas turėtų skatinti darbuotoją tobulėti, suteikti jam galimybę gilinti žinias ir ugdyti kūrybiškumą. Darbuotojams turi būti suteikta galimybė priimti sprendimus, ugdyti savo individualumą ir siekti tobulėjimo.

Pinigai. Paprastai žmonės dirba tikėdamiesi piniginio užmokesčio. Be to, jie tikisi, kad tas užmokestis deramai atlygins už atliekamą darbą, ir kad kiekvienais metais jis šiek tiek didės. Dauguma organizacijų vadovaujasi prielaida, kad, pavykus susieti minėtus lūkesčius su geru darbu, pinigai gali tapti vienu svarbiausių motyvuojančių veiksmų. Be abejo, tai stiprus motyvatorius, tačiau, kaip ir kiti, jis turi nemažų trūkumų. D. Riley pažymi, kad pirmiausia reikėtų atminti, jog individui svarbūs du skirtingi dalykai - ir atlyginimo pakėlimas, ir jo gaunamo atlyginimo dydis. Viešajame sektoriuje, finansuojamame iš valstybės biudžeto, abu jie nepriklauso nuo organizacijos, tačiau, pasak D. Riley, daugumai darbuotojų yra svarbesnis antrasis, nes pagal tai jie sprendžia, ar jiems deramai atlyginama už atliekamą darbą. Kaip minėta, šio sektoriaus organizacijos negali kontroliuoti nei darbuotojams mokamo

atlyginimo, nei jo pakėlimo, todėl pinigai čia negali būti pagrindinis motyvuojantis veiksnys.

Taigi, aptarus penkis pagrindinius motyvacijos šaltinius, galima teigti, kad organizacija tik iki tam tikro laipsnio gali juos kontroliuoti, o kai kurių iš viso negali kontroliuoti. Tai nereiškia, kad organizacijos negali veikti darbuotojų pastangų gerai atlikti darbą. Taikydamos įvairius motyvacijos būdus, jos gali padidinti savo efektyvumą, tačiau būtina atminti, kad ta įtaka yra ribota. Kad būtų efektyvi, atlyginimo sistema turi patenkinti ir darbuotojų, ir organizacijos poreikius. D. Klingner ir J. Nalbandian (1985) išskiria tris pagrindinius tokios sistemos kriterijus: ji turi užtikrinti socialinę lygybę, būti lengvai valdoma ir lanksti. Deja, autoriai pažymi, kad šie kriterijai dažnai prieštarauja vienas kitam, todėl viešojo sektoriaus personalo vadybininkų uždavinys - juos suderinti.

Paprastai organizacijos bando pateisinti atlyginimo sistemos nelankstumą teisinių aktų apibrėžtais lygybės reikalavimais ir aiškumo būtinybe, reikalinga planuojant biudžetą. Pavyzdžiui, visiems toje pačioje organizacijoje, tą patį darbą dirbantiems, tarnautojams paprastai teikiamos tos pačios iš anksto biudžeto numatytos lengvatos. Tačiau, nepaisant ekonominio atlyginimo sistemos nelankstumo, personalo vadybininkų pareiga - įtikinti organizacijos vadovą skatinti darbuotojus už gerą darbą ir tokiu būdu motyvuoti juos toliau tobulėti. D. Klingner ir J. Nalbandian (1985) siūlomi viešojo sektoriaus darbuotojų skatinimo būdai pateikti 3 lentelėje.

3 lentelė

Darbuotojų skatinimo viešajame sektoriuje būdai

	NELANKSTŪS	LANKSTŪS
Ekonominiai	Darbo užmokestis. Bedarbio pašalpa. Sveikatos draudimas. Pensija. Tarnybinis automobilis. Uniforma. Socialinis draudimas. Medicininė priežiūra (karo tarnyboje)	Išaukštinimas. Viršvalandžių apmokėjimas. Vieta automobiliui. Švietimas. Papildomas uždarbis
Socialiniai	Galimybė sportuoti. Pobūviai, kavinė ar valykla. Organizacijos laikraštis	Konferencijos. Vadovų pobūviai
Augimo ir pripažinimo	Nėra	Kvalifikacijos kėlimas. Kvalifikacijos kėlimas darbo vietoje. Autonomija. Puikus darbo įvertinimas. Rekomendacija paaukštinimui. Padėkos raštas

Šaltinis: Sudaryta autorės.

Kalbant apie kompensavimo sistemą, be abejo, turimas galvoje ne tik atlyginimas, bet ir įvairios socialinės garantijos. Daugelyje šalių viešojo sektoriaus darbuotojams užtikrinamas sveikatos ir gyvybės draudimas, atostogos ir pensija. Kartu su socialinio saugumo jausmu ir pasitenkinimu dėl atliekamo visuomenei naudingo darbo, tai, ko gero, pagrindiniai viešojo sektoriaus pranašumai prieš privatų sektorių.

Šiame skyriuje atlikta pagrindinių žmogiškųjų išteklių valdymo aspektų apžvalga viešajame administravime, buvo siekta detaliau panagrinėti svarbiausius personalo administravimo proceso etapus, problemas. Atlikta analizė bus naudinga reformuojant žmogiškųjų išteklių valdymą asmens sveikatos priežiūros sektoriuje mūsų šalyje.

1.3.2. Šiuolaikinė veiklos audito samprata ir jos pritaikymas tobulinant žmoniškųjų išteklių valdymą asmens sveikatos priežiūros sektoriuje.

Įprasta „audito“ sąvoką vartoti kaip „kontrolės“ (angl. *control* - „kontrolė“, „kontroliavimas“, „patikrinimas“), „revizijos“, „tikrinimo“ sinonimą. Tačiau šios sąvokos skiriasi savo turiniu. Pavyzdžiui, žodis „tikrinimas“ turi siaurą prasmę, jis negali išreikšti audito proceso esmės. Tikrinimas yra tik vienas iš audito testų.

Audito apibrėžimų gausa ir įvairovė rodo, kad auditas yra labai sudėtingas, visaapimantis, jam įtakos turi daugelis veiksnių. Todėl neretai auditas apibūdinamas kaip procesas, nurodant šio proceso skirtingas ypatybes. Pavyzdžiui, D. Robertsonas rašo, kad auditas yra procesas, sumažinantis informacinę vartotojų riziką. D. Teiloras ir G. Glezenas nurodo, kad auditas sisteminis procesas, objektyviai įvertinantis ekonominius įvykius. Tuo tarpu A. Katkus, nagrinėdamas auditą kaip procesą, pabrėžia jo dinamiškumą, sudėtingumą ir kryptingumą.

Po Nepriklausomybės paskelbimo vienas pirmųjų teisinių dokumentų šiuo klausimu buvo 1991 m. gruodžio 17 d. Lietuvos Vyriausybės nutarimas „Dėl auditorių veiklos organizavimo“. Šiuo nutarimu buvo patvirtinti finansinės „Auditinės veiklos Lietuvos Respublikoje nuostatai“. Patirtis netrukus parodė šių dokumentų netobulumą: ji realiai neveikė, o gyvenimas įsakmiai reikalavo auditą skatinti, plėtoti ir tobulinti.

2001 m. rugsėjo 19 d., priimdama nutarimą Nr. 1116 „Dėl vidaus audito reikalavimų patvirtinimo“, LR Vyriausybė patvirtino vidaus audito organizavimo valstybės institucijoje sąlygas ir kriterijus. Šiame dokumente vidaus auditas apibrėžiamas kaip „nepriklausoma ir objektyvi tikrinimo, vertinimo ir stebėjimo veikla, kurios pagrindinis tikslas - vertinti ir skatinti gerinti valstybės institucijos rizikos veiksnių valdymą, vidaus kontrolę ir priežiūrą, taip pat prireikus konsultuoti valstybės instituciją, kaip geriau jai pasiekti nustatytuosius tikslus“.

2002 m. gruodžio 10 d. Lietuvos Respublikos Seimas priėmė vidaus kontrolės ir vidaus audito įstatymą Nr. IX-1253. Jame vidaus auditas suprantamas kaip „viešojo juridinio asmens vidaus kontrolės sistemos dalis, kurios dėka vidaus auditoriams vykdant nepriklausomą, objektyvią tyrimo, vertinimo ir konsultavimo veiklą, siekiama užtikrinti viešojo juridinio asmens veiklos gerinimą“.

Pastaruosiuose dviejuose minėtuose dokumentuose akcentuojamas vidaus audito tikslas - konsultuoti veiklos gerinimo, tikslų siekimo klausimais. Tai svarbus momentas, bandant praplėsti auditinės veiklos supratimą, neapsiribojant vien tik finansinio audito tikslais.

Svarbus momentas audito teisinėje bazėje įvyko 2003 m. gegužės 2 d., kai LR finansų ministras išleido įsakymą Nr. 1K-117 „Dėl pavyzdinės vidaus audito metodikos ir vidaus auditorių profesinės etikos taisyklių patvirtinimo“. Jame išdėstyti bendri vidaus audito atlikimo, ataskaitos rengimo, veiklos po audito reikalavimai. Svarbu tai, jog šiame įsakyme nurodytuose vidaus audito atlikimo

reikalavimuose pabrėžiama, kad „vidaus auditorius atlieka finansinį, veiklos, valdymo, atitikimo arba informacinių sistemų auditus bei galimus jų derinius“. Tai vienas iš pirmųjų teisinių dokumentų, kuriame greta finansinio audito minimos ir kitos audito rūšys, tarp jų valdymo ir veiklos auditas. Tačiau šis, kaip ir daugelis kitų minėtų dokumentų, skirtas viešojo juridinio asmens, kuris valdo, naudoja valstybės ir savivaldybės turtą ir juo disponuoja, vidaus veiklos auditui.

Apibendrinant galima teigti, jog Lietuvos teisinėje bazėje išskiriamos ir reglamentuojamos dvi pagrindinės audito rūšys, t.y. finansinis auditas ir viešųjų juridinių asmenų veiklos auditas. Finansinį auditą reglamentuojantys norminiai aktai skirti tiek valstybinėms, tiek privačioms įmonėms, įstaigoms ir organizacijoms, kurioms įstatymiškai šis auditas yra privalomas. Tuo tarpu viešųjų juridinių asmenų veiklos auditą reglamentuojantys dokumentai skirti valstybinėms įmonėms, įstaigoms ir organizacijoms, kurios valdo, naudoja valstybės ir savivaldybės turtą bei juo disponuoja. Teisinių aktų, reglamentuojančių nefinansinio audito (valdymo ir veiklos, informacinių technologijų, personalo ir kt.) atlikimą privačiose organizacijose, nėra. Visa tai lėmė audito raidos tendencijos, kai ilgą laiką auditas buvo traktuojamas tik kaip finansinis ataskaitų patikrinimas. Lietuvos teisinėje sistemoje vyrauja finansinį auditą reglamentuojantys įstatymai. Atsižvelgiant į tai, jog šiandien Lietuvoje atliekamas ne tik finansinis, bet ir valdymo, veiklos, marketingo, personalo bei kiti auditai, atsiranda poreikis sukurti nefinansinio audito teisinę reglamentavimo bei organizacinę bazes.

Vakarų šalių patirtis rodo, kad patikimos ir stabilios audito sistemos sukūrimą garantuoja trijų svarbiausių audito bazių egzistavimas:

1. Teisinės (pagrindą sudaro teisiniai dokumentai);
2. Metodinės (pagrindą sudaro audito standartai);
3. Valdymo (tai audito valdymo sistema per įvairius organus).

Kiekvienos profesijos skiriamasis bruožas yra jos narių atsakomybė už interesus tų, kuriems ši profesija tarnauja. Siekdami veiksmingai atlikti savo pareigas, auditoriai privalo laikytis griežtų elgesio taisyklių ir normų. Auditoriaus veiklos reglamentai pasaulio praktikoje vadinami įvairiai: profesinės etikos kodeksai, profesinio elgesio normos, profesinės etikos taisyklės ir pan. Įvairiose šalyse tos taisyklės, arba etikos normos yra suformuluotos įvairiai (vienose šalyse labiau detalizuotos, kitose apibendrintos), tačiau yra daug bendrų nuostatų.

Audito metodinės bazės pagrindą sudaro audito standartai. Kiekvienam darbui ar veiklai, kad jie vyktų sklandžiai, ritmingai ir veiksmingai, reikia tam tikrų taisyklių, normų ir principų, kitaip tariant - standartų. Tiksliausią ir lakoniškiausią audito standartų sampratą pateikia J. Mackevičius, kuris teigia, kad audito standartai - tai normų ir taisyklių visuma, garantuojanti kokybišką auditą. Jie turi labai didelę teorinę ir praktinę reikšmę. Vadinasi, juose aprašomi pagrindiniai principai ir procedūros, kurių turėtų laikytis audito firmos ir auditoriai, atlikdami auditą. Kita vertus, laikydamasis audito standartų, auditorius turi apsvarstyti ir nuspręsti, kokias audito procedūras naudoti konkrečiu atveju, kad būtų galima

susidaryti nuomonę rūpimu klausimu bei suformuluoti audito išvadą.

Audito teorijoje visi audito standartai skirstomi į dvi grupes: tarptautiniai audito standartai, nacionaliniai audito standartai.

Tarptautinius audito standartus rengia Tarptautinis buhalterių federacijos Tarptautinės audito praktikos komitetas, įvairių pasaulio šalių aukščiausių audito institucijų įkurtos Tarptautinės aukščiausiųjų kontrolės institucijų organizacijos (INTOSAI) audito standartų komitetas, INTOSAI vidaus kontrolės standartų komitetas ir kt. Tačiau iš karto kyla klausimas, kokios rūšies audito standartus rengia šios organizacijos. J. Mackevičius rašo: „tarptautiniai audito standartai numato procedūras finansinėms ataskaitoms tikrinti ir objektyviai įvertinti“. Aiškiai matyti, jog orientuojamasi tik į finansinį auditą.

Tarptautinius audito standartus, taikomus audituojant kokybės vadybos sistemas, rengia ir ISO (International Organization for Standardization). Tai pasaulinė nacionalinių standartizacijos įstaigų federacija. ISO techninio darbo rezultatai yra leidžiami kaip Tarptautiniai standartai. ISO 9000 ir ISO 14000 serijos tarptautiniai standartai pabrėžia auditų kaip vadybos priemonės, skirtos efektyviam organizacijos kokybės ir (arba) aplinkos apsaugos politikos įgyvendinimui stebėti ir tikrinti, svarbą. Pagrindinė vidaus audito samprata ir principai pateikti tarptautiniuose standartuose: ISO 19011:2003, ISO 9001:2000, ISO 14001:1996. Juose akcentuojama audito tikslų nustatymo svarba, šių tikslų įgyvendinimo tvarka ir būtinybė ugdyti auditorių kompetenciją. Ir, nors tarptautiniai standartai pasaulyje pripažinti kokybės vadybos sistemos diegimo pagrindu, jų reikalavimus bei rekomendacijas praktiškai galima taikyti labai plačiai, taip pat ir kitų vadybos sistemų auditui.

Daugelis organizacijų ISO standartus diegia dėl rinkodaros ir vidinių priežasčių. ISO sertifikatas palengvina darbą su užsienio užsakovais, praplečia eksporto galimybes, suteikia prestižo, užtikrina kliento pasitikėjimą. Tai ISO standartų diegimo nauda rinkodaros prasme. Kita vertus, įdiegus ISO, būna geresnė organizacijos vidinė tvarka, tampa aiškus darbų, pareigų pasidalijimas, procesai būna optimalūs: mažiau blaškomasi, rečiau dubliuojasi funkcijos, atsiranda galimybės reorganizuoti kai kuriuos procesus, valdymas darosi efektyvesnis, o sąnaudos mažesnės. Tai - vidinės ISO diegimo priežastys. ISO standartų diegimas keičia klientų, partnerių ir pačių darbuotojų požiūrį į organizaciją. Tai tampa tarsi brandos matu, įrodymu, kad organizacija dalyvauja Europos verslo praktikoje, prisiimdama atitinkamus įsipareigojimus. ISO kokybės standartų diegimas pabrėžia organizacijos apsisprendimą išivirtinti rinkoje ir tapti patikimu partneriu. ISO diegimas tiesiogiai paveikia organizacijos struktūrą, pareigas ir įgaliojimus, darbo organizavimą. Tinkamai diegiant sistemą, optimizuojami verslo procesai ir keičiama darbo tvarka. Organizacijoje valdymas paprastai vyksta pagal funkcinį darbo pasidalijimą, kai sprendimus priima tik aukštesnio lygio vadovai. O smulkesnių grandžių vadovai ir specialistai neturi įgaliojimų ir kriterijų daryti sprendimų savo srityje, nepakankamai bendraujama horizontaliuoju lygmeniu tarp skirtingų padalinių. Įdiegus ISO standartus, organizacija valdoma kaip sistema, pagerėja

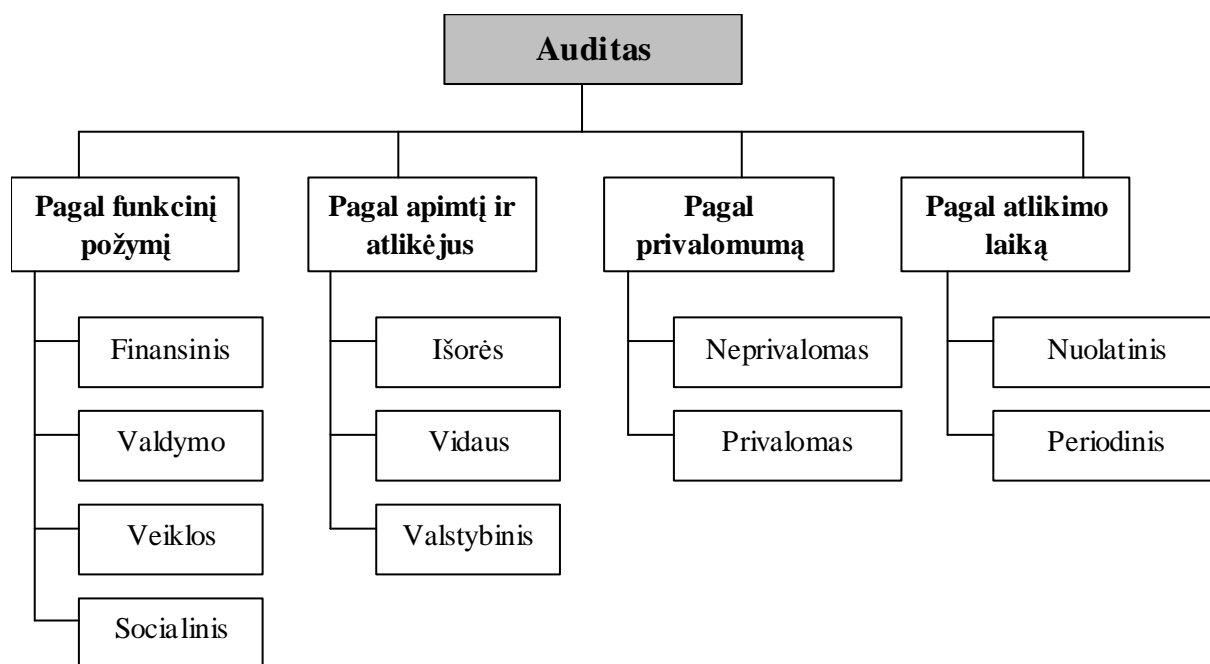
procesų ir juose veiksmus atliekančių darbuotojų sąveika, įvardijami kiekvieno tikslai ir rezultatai. Darbuotojai įsisaugina savo indėlį ir vaidmenį organizacijoje, aiškiai įvardijami kiekvieno įgaliojimai.

Reikšmingas įvykis plėtojant auditą mūsų šalyje buvo 2000 m. birželio 16 d., kuomet visuotiniame Lietuvos auditorių rūmų narių susirinkime buvo patvirtintas 31 Nacionalinio audito standartas, kurių pagrindiniai principai ir nuorodos reikšmingais atžvilgiais atitinka tarptautinius audito standartus. Pažymėtina, jog svarbiausias dėmesys šiuose standartuose sutelktas į finansinį auditą. Todėl, manau, jog būtina juos praplėsti ir patobulinti, orientuojantis, ne tik į finansinį, bet ir kitų rūšių auditą.

Pažymėtina, jog esami standartai reglamentuoja finansinio, kokybės vadybos sistemų, informacinių technologijų ir kt. auditą, atliekamą tiek valstybinėse, tiek privačiose įmonėse, įstaigose ar organizacijose. Audito valdymo bazę sudaro lanksti audito valdymo sistema, kurios visi elementai būtų veiksmingi ir naudingi. Pirmiausia tai lemia visų Respublikos profesinių apskaitos ir audito organizacijų santykius, jų bendradarbiavimą, darbo sričių ir atsakomybės pasidalijimą.

Remiantis įvairias literatūros šaltiniais teoriškai auditas klasifikuojamas pagal šiuos pagrindinius požymius: funkcinį (horizontalioji klasifikacija); apimtį ir atlikėjus arba valdymo lygius (vertikalią klasifikaciją); atlikimo laiką; privalomumą.

Audito rūšių klasifikacija pagal šiuos požymius parodyta 4 paveiksle.



Šaltinis: sudaryta autorės.

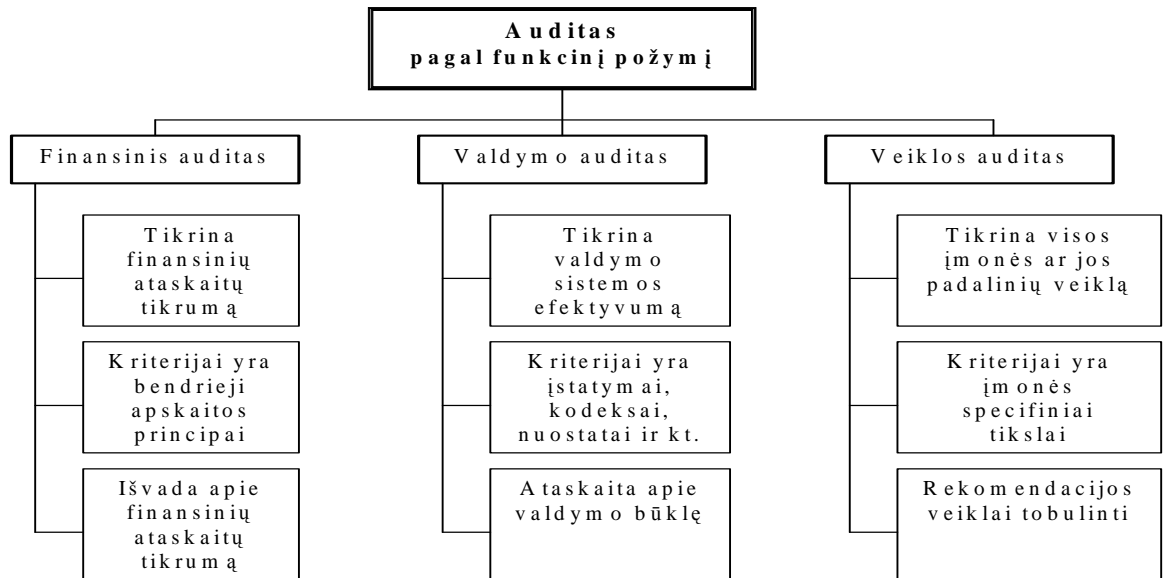
4 pav. Audito rūšių klasifikavimas

Anot J. Mackevičius (1994) pagal veiklos sferas auditas skirstomas į šias rūšis:

1. Finansinį arba finansinių ataskaitų;
2. Valdymo ir veiklos (autorius šį auditą dar vadina ekonominio efektyvumo auditu);

3. Kompanijos politikos ir programos;
4. Socialinį auditą.

Kaip teigia J. Mackevičius, valdymo audito pagrindinis tikslas - patikrinti valdymo metodus ir jų efektyvumą.



Šaltinis: sudaryta autorės

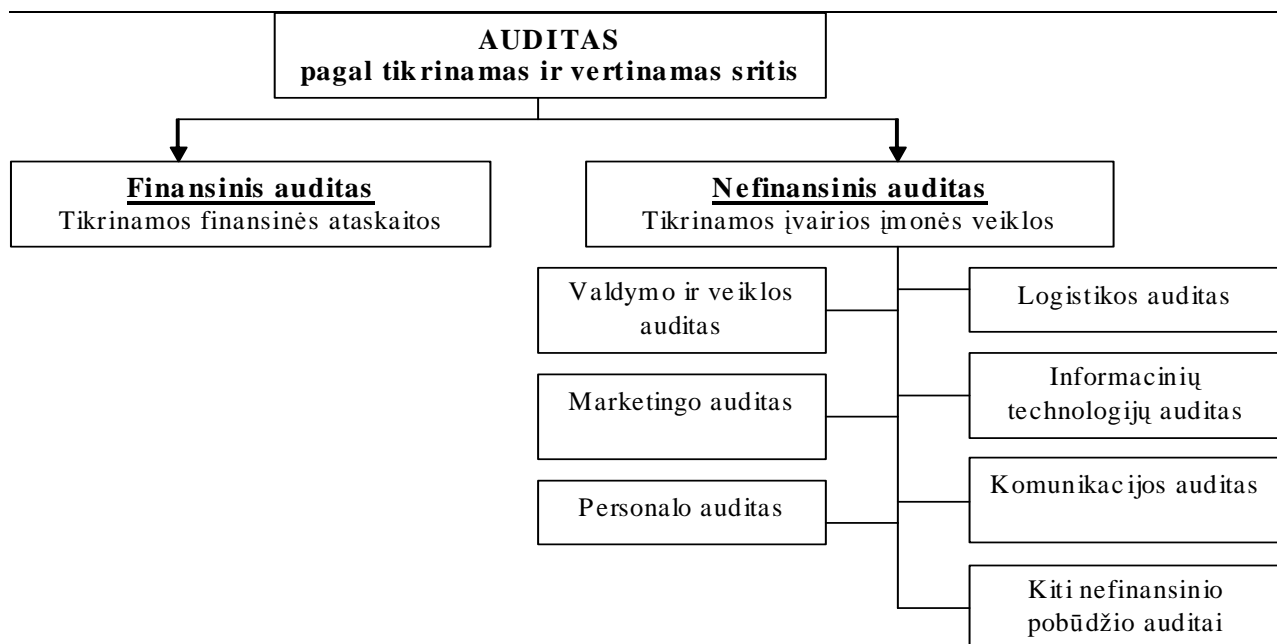
5 pav. Audito klasifikavimas pagal funkcinį požymį

Veiklos audito pagrindinis tikslas – organizacijos ūkinės, gamybinės ar komercinės veiklos tobulinimo galimybių atskleidimas. Todėl auditoriai tikrina ne tik visos organizacijos, bet ir jos gamybinių bei administracinių padalinių veiklą.

Įdomu tai, jog J. Mackevičius (2001) nors ir išskiria bei aptaria nefinansinius auditus (valdymo ir veiklos, kompanijos politikos ir programos ir kt.), tačiau pateikia audito apibrėžimą, orientuotą tik į finansinį auditą.

Vidinį auditą vykdo nepriklausomi auditoriai, dirbantys tikrinamoje organizacijoje ir tikrinantys bei įvertinantys tos organizacijos veiklos efektyvumą. Šios rūšies auditas apima valdymo ir veiklos auditą, mažiau finansinį ir gali būti atliekamas tiek valstybinėse, tiek privačiose įmonėse, įstaigose ir organizacijose.

Įvairūs autoriai auditą klasifikuoja pagal įvairius kriterijus. Atsižvelgiant į šiandien egzistuojančias audito rūšis, būtų tikslinga išskirti du audito tipus - finansinį auditą ir nefinansinius auditus, pastarieji apimtų valdymo ir veiklos, personalo, informacinių technologijų ir kitus nefinansinio pobūdžio auditus (žr. 6 pav.).



Šaltinis: sudaryta autorės

6 pav. Audito klasifikavimas pagal tikrinamas ir vertinamas sritis

Bandant pritaikyti veiklos audito principus ir metodus žmogiškųjų išteklių valdymui asmens sveikatos priežiūros sektoriuje, būtina vadovautis pažangia patirtimi kitose srityse. Tam reikėtų: informuoti ir gilinti organizacijų vadovų, auditorių, asmens sveikatos priežiūros profesionalų žinias efektyvaus žmogiškųjų išteklių valdymo srityje; skatinti narių mokymą, padėti jiems kelti kvalifikaciją ir gilinti žinias žmogiškųjų išteklių valdymo kokybės užtikrinimo, saugumo, valdymo sistemų audito ir kontrolės srityse; skatinti laisvą apsikeitimą informacija narių tarpe apie žmogiškųjų išteklių valdymo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje audito, valdymo, kokybės ir saugumo užtikrinimo priemones ir metodus.

2. ŽMOGIŠKŲJŲ IŠTEKLIŲ VALDYMO TOBULINIMUI ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIUJE ĮVERTINIMAS IR TYRIMAS

Lietuvos Respublikos sveikatos politikos plėtros ir įgyvendinimo procesas vertinamas įvairiai. Lietuvos sveikatos politikos padarinys - išliko pagrindinių sveikatos politikos principų perimamumas, tęstinumas ir daugelio darbų nuoseklus įgyvendinimas. Pati sveikatos priežiūros reforma strigo arba daugelyje sričių vangiai vyko dėl įvairių priežasčių.

2.1. Lietuvos Respublikoje įgyvendinamos politikos plėtojant asmens sveikatos priežiūros sektorių pagrindinių nuostatų analizė

Sveikatos politikos plėtros ir įgyvendinimo procesas atkurtos Lietuvos Respublikos laikotarpiu vertinamas įvairiai. Pirma, įstatymų leidimo chronologija neleidžia teigti, kad sveikatai mūsų valstybėje teikiamas prioritetas. Pirmasis sveikatos priežiūrą bendrąja prasme reguliuojantis įstatymas, LR sveikatos sistemos įstatymas, buvo priimtas tik 1994 m. liepos mėn., LR sveikatos draudimo įstatymas - 1996 m. liepos mėn., o kai kurie svarbūs Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje numatyti institucijų ir veiksmų planai (Nacionalinė sveikatos taryba, Lietuvos sveikatos programa) atsirado 1998 m. vasarą.

Antra, pagal pasaulio sveikatos organizacijos (toliau - PSO) sveikatos apibrėžimą, teigiantį, kad sveikata yra visiška fizinė, protinė bei socialinė gerovė, o ne vien ligos ar fizinės negalios nebuvimas. Priimti įstatymai ir teisės aktai, visa šalies socialinė-ekonominė raida lėmė sveikatos sistemos funkcionavimą. Tarptautiniu mastu gerais pripažintų LR įstatymų, pvz., Alkoholio ir Tabako kontrolės, kurių vykdymą turi koordinuoti tarpžinybinės institucijos, įgyvendinimo spragos nepadedą spręsti Lietuvos žmonių sveikatos sutrikimų.

Trečia, sveikatos sistemos ir sveikatos priežiūros sistemos tiek konceptualioji, tiek ir struktūrinė bei finansinė reforma turėtų reikšti „daugiau sveikatos Lietuvos žmonėms“. Todėl sveikatos politikos formavimo ir jos įgyvendinimo procesą reiktų sieti bent su pagrindiniais Lietuvos žmonių sveikatos rodikliais.

Sveikatos politikos plėtros nuoseklumą ir jos įgyvendinimo tęstinumą nulėmė trys pagrindiniai veiksniai: 1. Lietuvos sveikatos politikos formavimo moksliniai pagrindai. 2. Aktyvus bendradarbiavimas su tarptautinėmis organizacijomis, pirmiausia su PSO bei Europos Sąjungos specialiosiomis programomis (PHARE, TEMPUS, ir t.t.). 3. Bendras LR Seimo sveikatos reikalus koordinuojančių struktūrų (Sveikatos reikalų komiteto, Nacionalinės sveikatos tarybos), LR sveikatos apsaugos ministerijos, akademinės medicinos institucijų bei kai kuriais požiūriais Lietuvos gydytojų sąjungos (toliau - LGS) darbas.

Sveikatos politikos formavimo etapai. Atsižvelgiant į mokslinės informacijos, būtinos sveikatos politikos formavimui pagrįsti, kaupimą Lietuvoje, į šios informacijos realų vartojimą sveikatos politikos plėtrai, nuo šio proceso įteisinimo atitinkamais teisės aktais, sveikatos politikos formavimo procesą

plačiaja prasme galima suskirstyti į 6 etapus:

1. Iki Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo, kurį santykinai galima vadinti įdirbio etapu (1970-1990).
2. Nacionalinės sveikatos koncepcijos kūrimo bei pradinio jos įgyvendinimo etapas (1989-1993).
3. Sveikatos apsaugos reformos biuro funkcionavimo etapas (1993-1996).
4. Nacionalinės sveikatos programos kūrimo bei pradinio jos įgyvendinimo etapas (1996-2000).
5. Nacionalinės sveikatos tarybos atsiradimo etapas (1998-2000).
6. Pasirengimo Europos Sąjungos narystei etapas (2000-2004).

Įdirbio etapas. Šį etapą tikslinga paminėti dėl dviejų priežasčių: a) dauguma mokslo duomenų, vėliau padėjusių formuoti sveikatos politiką, buvo sukaupta būtent šiuo etapu; b) sveikatos politikos formavimui Lietuvoje didelės įtakos turėjo tarptautinis bendradarbiavimas, pirmiausia su PSO.

Su PSO 1971-1972 m. tuometinio Kauno medicinos instituto rektoriaus prof. Z. Januškevičiaus iniciatyvos ir autoriteto dėka buvo pradėtas bendradarbiavimas su širdies ir kraujagyslių ligų epidemiologijos bei profilaktikos specialistais ir institucijomis. Tai buvo pradžia ilgalaikių Lietuvos ryšių ne tik su PSO, bet ir su daugeliu Europos bei pasaulio sveikatos ir medicinos mokslo centrų (Grabauskas, 2003). Iki 1990 m. PSO buvo praktiškai vienintelis langas bei garantas sisteminiam Lietuvos medicinos mokslo bendradarbiavimui tarptautiniu mastu. Tai padėjo tarptautinius standartus įdiegti į epidemiologinius tyrimus ir visuomenės sveikatos specialistų rengimą.

Nuo 1971-1972 m. Kaune pradėti vykdyti pirmieji PSO koordinuojami projektai:

1. PSO būstinės Ženevoje koordinuojamas Kauno-Roterdamo išeminės širdies ligos epidemiologijos ir profilaktikos projektas.
2. PSO Europos regioninio biuro koordinuojamas ūminio miokardo infarkto registro populiacijoje projektas.

Pirmasis projektas padėjo atsirasti daugeliui visuomenės sveikatą grindžiančių projektų, pvz., išeminės širdies ligos daugiaveiksnės profilaktikos programa, Juvenilinės hipertenzijos bei Aterosklerozės rizikos veiksnių vaikų amžiuje projektai, Natūralaus kūdikių maitinimo, Dantų ėduonies profilaktikos, Diabeto epidemiologijos ir profilaktikos, Lėtinių plaučių ligų epidemiologijos ir profilaktikos projektai, Lėtinių neinfekcinių ligų integruotos profilaktikos programa.

Antrojo projekto pagrindu buvo pradėta ir plėtojama PSO koordinuojama širdies ir kraujagyslių ligų bei jų rizikos veiksnių stebėsenos programa (MONICA). Dalyvavimas joje padėjo plėsti informacinę sveikatos sistemą. Šiandien daugelis pasaulio šalių reformuoja savo sveikatos apsaugos sistemas. Todėl iš PSO laukiama moksliai pagrįstų rekomendacijų, kaip pagerinti savo šalių žmonių sveikatą.

Taigi apibendrinant šį įdirbio etapą, galima - drąsiai tvirtinti, kad į Nepriklausomos Lietuvos sveikatos politikos formavimą, jos mokslinį pagrindimą Lietuvos mokslininkai atėjo turėdami didelį įdirbį. Jis rėmėsi tarptautine patirtimi, o turimi mokslo duomenys atitiko tarptautinių standartų

reikalavimus. Lietuvos mokslininkai, naudodamiesi dalyvavimu tarptautiniuose projektuose, turėjo tarptautiniu mastu palyginamus mokslo duomenis apie svarbiausius Lietuvos žmonių sveikatos sutrikimus, ligų bei jas sukeliančių rizikos veiksnių paplitimą, šių rodiklių kitimo tendencijas, galimybes daryti įtaką sveikatos būklei. Šie duomenys buvo vartojami grindžiant pagrindinius sveikatos politikos teiginius.

Nacionalinės sveikatos koncepcijos kūrimo ir jos pradinio įgyvendinimo etapas.

Bręstančiai sveikatos sistemos reformai buvo būtina parengti sveikatos politikos formavimo principus grindžiantį dokumentą. Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija 1991 m. spalio 31 d. Atkuriamojo Seimo nutarimu Nr.1-1939 buvo patvirtinta. Ji tapo pagrindiniu dokumentu, grindžiančiu sveikatos politikos formavimą Lietuvoje.

Jos patvirtinimas Atkuriamajame Seime reiškė, jog Lietuva įsipareigojo savo sveikatos sistemą plėtoti derindama sveikatos ugdymą, ligų profilaktiką ir kokybišką medicinos pagalbą teikimą sveikatai sutrikus. Sveikatos sistemos reformos prioritetas turėjo būti teikiamas sveikai gyvenimui ugdyti, aplinkai saugoti, o sveikatos priežiūros srityje - pirminei sveikatos priežiūrai grandžiai. Koncepcijoje aiškiai apibrėžta individo atsakomybė už savo sveikatą bei valstybės prievolė sudaryti sąlygas žmonėms sveikai gyventi, o iškilus būtinybei - gauti prieinamą ir kokybišką medicinos pagalbą. Pats sveikatos priežiūros modelis apibūdintas kaip mišrus, harmoningai derinantis valstybės reguliuojamas, privačiai bei labdaros būdu teikiamas medicinos pagalbos struktūras. Jų proporcijas realiame sveikatos priežiūros modelyje turėtų lemti politinė, socialinė ir ekonominė Lietuvos sankloda, t. y. turėtų patikrinti pats gyvenimas.

PSO ir kitų tarptautinių ekspertų dalyvavimas Lietuvos sveikatos programos rengimo procese turėjo priartinti mūsų nacionalines nuostatas prie tarptautinių standartų. Medicinos mokslo, tačiau daugiausia tuometinės Kauno medicinos akademijos atstovų, pastangomis buvo parengtas ir išleistas lietuvių ir anglų kalbomis dokumentas, pirmą kartą pokario Lietuvoje objektyviai ir atvirai įvertinęs Lietuvos gyventojų sveikatos būklę ir kitimo tendencijas (Medical Academy Press, 1993). Šis dokumentas buvo paremtas PSO bei Europos Sąjungos PHARE programos lėšomis ir buvo pagrindinis dokumentas I Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje, įvykusioje 1993 m. kovo mėn. 29-30 d. Vilniuje.

Nagrinėta pagrindinių sveikatos rodiklių raida 1970-1990 m.. Parodyta, jog širdies ir kraujagyslių bei onkologinių ligų sukeltas sergamumas bei mirtingumas nuolat didėjo, o rizikos veiksniai (nesveika mityba, rūkymas, alkoholis, sutrikusi lipidų apykaita, pasireiškianti hipercholesterolemija, sutrikęs kraujospūdžio reguliavimas, pasireiškiantis hipertenzija, sumažėjęs fizinis aktyvumas, padidėjęs kūno svoris ir kt.) buvo palyginti tarptautiniu mastu. Šis palyginimas aiškiai parodė diametraliai priešingas mirtingumo kitimo tendencijas ir didelius nurodytų rizikos veiksnių paplitimo skirtumus.

Turėdama pakankamą mokslu pagrįstą nacionalinį įdirbį ir naudodamasi tarptautine patirtimi, Lietuva gana efektyviai pradėjo formuoti savo nacionalinės sveikatos politiką bei jos įgyvendinimo strategiją (Grabauskas, 1997, p.78). Pirmieji reformos kryptimi pajudėjo Kauno medicinos akademija ir Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas. Jie taikydami tarptautinius standartus, pakeitė tiek ikidiplomines, tiek ir podiplomines aukštąsias medicinos studijas. Keičiant studijų programas vėl vadovautasi LGS atkuriamojo suvažiavimo rezoliucija „Dėl aukštųjų medicinos studijų grąžinimo į Europos universitetinį modelį“. Abiejose Lietuvos aukštosiose medicinos mokyklose sumažintas studentų priėmimas į medicinos specialybę, įsteigta bendrosios praktikos/šeimos medicinos specialybė, kuri turėjo tapti sveikatos priežiūros reformos ašimi, Kauno medicinos akademijoje atidaryti nauji fakultetai - Slaugos ir Visuomenės sveikatos.

Sveikatos apsaugos reformos biuro funkcionavimo etapas. 1993 m. gruodyje prie LR sveikatos ministerijos buvo įkurtas Sveikatos apsaugos reformos biuras (toliau - SARB'as). Formuojant jo koncepciją ir organizuojant darbą daug padarė išeivijos profesorius E. Varnauskas (Švedija), netgi pasitelkęs šios šalies lėšas SARB'o veiklai remti. Suformuota SARB' o taryba funkcionavo darbo grupių pagrindu. Jos rengė konkrečius sveikatos sistemos reformos projektus ir telkė įvairių sričių medicinos ir kitų specialybių profesionalus. SARB'o tarybos sesijos reguliariai vykdavo kas 1-2 mėnesiai. Jos suburdavo plačią medicinos specialistų auditoriją, atstovaujančią įvairios patirties asmenims bei visuomenės sveikatos priežiūros struktūroms ir lygiams. Tokiu būdu natūraliai vyko nacionalinis dialogas sveikatos sistemos reformos klausimais. Sesijose buvo aptariama sveikatos bei medicinos personalo rengimas, visuomenės sveikatos, pirminės sveikatos priežiūros grandies, stacionarinės pagalbos optimizavimas, reabilitacijos sistemos restruktūrizacija, šių procesų ekonominis pagrindimas. SARB'o egzistavimas ir jo skatintos iniciatyvos sveikatos reformos klausimais buvo teigiamai vertinama tarptautiniu mastu. Pirmiausia PSO Lietuvą apibūdino kaip šalį, kuri sumaniai planuoja ir nuosekliai įgyvendina sveikatos sistemos reformą.

Nacionalinės sveikatos programos kūrimo ir pradinio jos įgyvendinimo etapas. 1996m. bendra LR sveikatos apsaugos ministerijos ir akademinių institucijų iniciatyva sukurta darbo grupė pradėjo rengti Nacionalinę sveikatos programą. Ši programa rengta remiantis PSO sveikatos klausimų suvokimu ir šios organizacijos priimta „Sveikatos visiems“ doktrina. Pagrindiniais Lietuvos sveikatos programos tikslais nurodyti Lietuvos žmonių vidutinės būsimo gyvenimo trukmės ilgėjimo, pagrindinių ligų sukelta mirtingumo mažėjimo bei gyvenimo kokybės gerinimo siekimas. Šių plačių programos tikslu buvo numatoma siekti telkiant visus visuomenės sektorius, pamažu iki 2010 metų mažinant sergamumą bei mirtingumą, sukeltą širdies ir kraujagyslių, onkologinių, infekcinių (pirmiausia tuberkuliozės) ligų, traumų, savižudybių, gerinant psichinę sveikatą. Po gana išsamaus nacionalinio dialogo ši programa buvo pateikta II Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje, vykusioje 1997m. balandžio 26-27 d. Vilniuje, dalyvaujant PSO ir Europos Tarybos specialistams. Programą teigiamai

įvertinus šalies ir pasaulio specialistams, ji pateikta LR Seimui tvirtinti. Prireikė daugiau nei metų, kol praėjusi visus svarstymų etapus, Lietuvos sveikatos programa 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 buvo patvirtinta LR Seime.

Nacionalinės sveikatos tarybos funkcionavimo etapas. 1998 m. birželio mėn. 2 d. LR Seimo nutarimu Nr. VII-798 buvo patvirtinti Nacionalinės sveikatos tarybos nuostatai ir jos sudėtis. Po ilgos pertraukos visos trys sveikatos politiką formuojančios ir jos įgyvendinimą lemiančios institucijos - Nacionalinė sveikatos taryba, LR Seimo Sveikatos reikalų komitetas ir LR sveikatos apsaugos ministerija - ėmėsi koordinuotos veiklos. Vykdydama vieną iš savo funkcijų, Nacionalinė sveikatos taryba ėmė rengti metinius pranešimus. Juos, išanalizuodama Lietuvos gyventojų sveikatos būklę, pateikia LR Seimui. Sveikatos reikalų klausimas LR Seime jau savaime yra didelės svarbos dalykas, atkreipiantis tiek aukščiausios Lietuvos valdžios, tiek ir visuomenės dėmesį į sprendžiamus sveikatos klausimus. Pateikdama metinius savo pranešimus Nacionalinė sveikatos taryba pirmąją jo dalį (standartinę) skiria apibendrintų svarbiausių sveikatos rodiklių analizei, o antrąją - kuriam nors ypač svarbiam specifiniam sveikatos klausimui, turėdama tikslą atkreipti į jį Lietuvos politikų, medicinos ir plačiosios visuomenės dėmesį.

Pasirengimo Europos Sąjungos narystei etapas. Lietuvai pavyko išsaugoti sveikatos politikos principų ir įgyvendinimo tęstinumą. Tačiau kartu buvo atkreiptas dėmesys į tai, jog sveikatos politikos įgyvendinimą vis daugiau sunkina priimtų sveikatos politikos principų ir sveikatos priežiūros betvarkės supainiojimas, netinkamas sveikatos sektoriaus finansavimas, ypač atsiliekanti visuomenės sveikatos sektoriaus reforma. Dėl to neišvengiamai didėjo atotrūkis tarp teigiamo tarptautinio Lietuvos patirties sveikatos politikos formavimo vertinimo ir realių Lietuvos sveikatos sektoriaus procesų.

Sveikatos politikos įgyvendinimas pusiaukelėje. Lietuvos sveikatos politikos įgyvendinimo sėkmės ar nesėkmės turėtų paaiškėti vertinant 1998 m. patvirtintos Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių pasiekimą. Objektivus jos įgyvendinimo vertinimas bus atliktas 2010 metais - vartojant kiekybinius rodiklius bus siekiama įvertinti bendrųjų tikslų bei kiekvieno uždavinio laimėjimus. Tačiau tarptautinėje praktikoje dažnai taikomas tarpinis ilgalaikių ir didelių sveikatinimo programų vertinimas, siekiant nustatyti, ar norima kryptimi kinta tiek kiekybiniai, tiek ir kokybiniai programos efektyvumo rodikliai. Šis veiksmas ypač svarbus, siekiant nustatyti galimus neigiamus programos įgyvendinimo aspektus ir turint tikslą koreguoti programos įgyvendinimo veiksmų planą, nelaukiant jos galutinio vertinimo rezultato. Toks tarpinis Lietuvos sveikatos programos vertinimas numatytas 2005 metais. Jį atliks Nacionalinė sveikatos taryba, bendradarbiaudama su Sveikatos apsaugos ministerija, akademinėmis institucijomis ir kitomis žinybomis. Įvykusi 2004 m. birželio 7 d. Vilniuje, buvo skirta vaikų ir jaunimo sveikatos klausimams nagrinėti. Šie klausimai vertinti plačiau, t. y. jaunimo sveikatos politikos ir sveikatos programos įgyvendinimo aspektu. Atlikta platesnė sveikatos programos įgyvendinimo rodiklių preliminarinė analizė yra svarbi. Ja atkreipiamas dėmesys į klausimus, kuriuos

būtina spręsti jau dabar, nelaukiant galutinių programos vertinimo rezultatų (Olekas, 2004).

Kūdikių iki vienerių metų mirtingumas - vienas iš svarbiausių sveikatos sistemos funkcionavimo rodiklių, yra laikomas šalies socialinio-ekonominio išsivystymo ekvivalentu - sistemingai kito norima kryptimi ir iš esmės jau 2003 m. pasiekė sveikatos programoje užsibrėžtą tikslą.

2.2. Asmens sveikatos priežiūros sektoriaus Lietuvoje bendrųjų raidos tendencijų analizė

Sveikatos politika yra darnus visų visuomenės politinių, socialinių ir ekonominių sektorių veiksmų įgyvendinimas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų profilaktikai ir laiku suteikti veiksmingą medicinos pagalbą. Tai geriausiai apibūdina demografinė situacija Lietuvoje 1995-2006 m., t.y. vidutinis metinis nuolatinių gyventojų skaičius, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė bei gimstamumo ir mirtingumo rodikliai.

4 lentelė

Vidutinis metinis nuolatinių gyventojų skaičius 1995-2006 m.

	1995	2004	2005	2006	Absoliutus prieaugis 1995-2006
Vidutinis metinis nuolatinių gyventojų skaičius, tūkst.	3629,1	3435,6	3414,3	3394,1	-235,0
Iš jų:					
Miesto gyventojų	2446,1	2289,4	2275,1	2264,5	-181,6
%	67,4	66,6	66,6	66,7	-0,7
Kaimo gyventojų	1183,0	1146,2	1139,2	1129,6	-53,4
%	32,6	33,4	33,4	33,3	+0,7

Šaltinis: sudaryta autorės

Lentelėje pateikti duomenys apie 1995 -2006 metų pabaigoje vidutinio metinio nuolatinių gyventojų skaičiaus pasiskirstymą pagal miesto ir kaimo gyventojus. Kaip matome, Lietuvoje didžiąją dalį užima miesto gyventojai. Tačiau absoliutus prieaugis tuo laikotarpiu yra neigiamas, kas rodo ne tik bendrą nuolatinių gyventojų, bet ir miesto gyventojų mažėjimą. Stebimas nežymus kaimo gyventojų padidėjimas.

5 lentelė

Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė 1995-2006 m.

	1995	2004	2005	2006	Absoliutus prieaugis 1995-2006
Visų gyventojų	69,08	72,06	71,32	71,12	+2,0
Vyrų	63,27	66,36	65,36	65,31	+2,0
Moterų	75,06	77,75	77,42	77,06	+2,0

Šaltinis: sudaryta autorės

Vidutinė gyventojų gyvenimo trukmė, lyginant duomenis 1995 -2006 metų pabaigoje, prailgėjo tek vyrų, tiek moterų tarpe.

Vienas pagrindinių socialinių veiksnių yra sveikatos priežiūra. Sveikatos politikos vykdomų veiksmų ir sprendimų racionalumas bei efektyvumas geriausiai iliustruojami, vertinant gimstamumo ir

mirtingumo rodiklius.

6 lentelė

Gimstamumas ir mirtingumas 1995-2006 m.

	1995	2004	2005	2006	Absoliutus prieaugis 1995-2006
Gimusiųjų skaičius	41195	30419	30541	31265	-9930
Mirusiųjų skaičius	45306	41340	43779	44813	-493
Iš jų vaikų iki 1 m.	514	240	209	213	-301

Šaltinis: sudaryta autorės

Įvertinus lentelėje pateiktus duomenis, matome, kad absoliutus prieaugis tuo laikotarpiu yra neigiamas. Tai rodo, kad sumažėjo ne tik gimstamumas, bet ir gyventojų mirtingumas. Toliau pateikiami gimstamumo ir mirtingumo rodikliai 1000-čiui gyventojų.

7 lentelė

Gimstamumo ir mirtingumo rodikliai 1000-čiui gyventojų 1995-2006 m.

	1995	2004	2005	2006	Absoliutus prieaugis 1995-2006
Gimstamumas	11,4	8,8	8,9	9,2	-2,2
Mirtingumas	12,5	12,0	12,8	13,2	+0,7
Natūralus gyventojų prieaugis	-1,1	-3,2	-3,9	-4,0	-2,9
Vaikų iki 1 m. amžiaus mirtingumas (1000-ui gyvų gimusiųjų)	12,42	7,9	6,9	6,8	-5,6

Šaltinis: sudaryta autorės

Lentelėje pateikti rezultatai, nepaisant nuolatinio gimstamumo šalyje mažėjimo, džiugina. Tai rodo, kad vykdomos sveikatos politikos dėka mažėja gyventojų mirtingumas, o ypač svarbu, kad mažėja vaikų iki 1-erių metų mirtingumas. Nes būtent šis rodiklis apibūdina šalies ekonomines, socialines galimybes ir perspektyvas.

Nacionalinės sveikatos politika negali negali būti įgyvendinta bei efektyviai funkcionuoti be žmonių. Pirmieji Kauno medicinos akademija ir Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, taikydami tarptautinius standartus, pakeitė ikidiplomines ir podiplomines aukštąsias medicinos studijas. Nuo 2001 m. medicinos specialistus pradėjo ruošti ir Klaipėdos universitetas bei Kūno kultūros akademija. Šiuo metu Lietuvoje veikia 4 universitetai ir 6 kolegijos ruošiančios medicinos specialistus. Ir nuo 1999 m. sveikatos priežiūros įstaigose pradėjo dirbti slaugytojai, turintys aukštąjį ar aukštesnįjį medicinos išsilavinimą. Tai rodo žmonių norą tobulėti bei teikti kokybiškesnes sveikatos priežiūros paslaugas. Duomenys apie 2000 - 2006 m. medicinos specialistų parengimą universitetuose bei kolegijose, pateikti 8 lentelėje.

Duomenys apie 2000 - 2006 m. medicinos specialistų parengimą

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Universitetų skaičius	2	4	4	4	4	4	4
Baigė studijas (vientisąsias, bakalauro, specialiąsias profesines ir magistrantūras). Iš jų:	472	665	727	735	804	942	1014
Medicinos	241	238	281	245	245	216	259
Pediatrijos	-	14	18	19	-	-	-
Odontologijos	73	90	99	93	98	101	112
Slaugos	31	51	44	61	51	61	62
Baigė rezidentūrą, Iš jų:	801	689	735	604	514	490	478
Medicinos	680	585	593	493	401	367	350
Pediatrijos	35	15	19	7	5	3	12
Odontologijos	86	89	123	104	108	120	116
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kolegijų skaičius	6	6	6	6	6	6	6
Baigė studijas, Iš jų:	1029	950	774	1338	1338	1231	1284
Odontologijos	62	58	56	28	43	59	43
Slaugos	562	444	276	584	448	638	600
Akušerijos	45	20	-	-	53	58	-
Bendruomenės sveikatos priežiūros	-	-	76	-	-	-	-

Šaltinis: sudaryta autorės

Aukščiau paminėtose mokymo įstaigose paruošiami įvairių medicinos specialybių darbuotojai. Jų pasiskirstymas pagal specialybes parodytas lentelėje Nr.9.

Gydytojų skaičius pagal specialybes 1999-2006 m. pabaigoje

Specialybės pavadinimas	Fiziniai asmenys				10000-čių gyventojų			
	1999	2004	2005	2006	1999	2004	2005	2006
Iš viso Lietuvoje Iš jų:	14578	13397	13650	13510	41,51	39,11	40,11	39,91
Šeimos (bendroji) gydytojo praktika	504	1665	1730	1792	1,44	4,86	5,08	5,29
Vidaus ligos	4188	3234	3125	3150	11,92	9,44	9,18	9,31
Vaikų ligos	1767	1341	1316	1270	22,13	17,97	18,31	18,26
Chirurgija	836	846	830	864	2,38	2,47	2,44	2,55
Akušerija ginekologija	846	778	777	800	2,41	2,27	2,28	2,36
Oftalmologija	348	351	353	340	0,99	1,02	1,04	1,0
Otorinolaringologija	302	292	288	291	0,86	0,85	0,85	0,86
Psichiatrija	540	592	604	594	1,54	1,73	1,77	1,75
Fizinė medicina ir reabilitacija	351	398	398	401	1,0	1,16	1,17	1,18
Laboratorinė medicina	146	95	93	88	0,42	0,28	0,27	0,26
Radiologija	459	462	464	480	1,31	1,35	1,36	1,42
Medicinos gydytojo praktika	1468	1223	1444	1252	4,18	3,57	4,24	3,70

Šaltinis: sudaryta autorės

Išanalizavus lentelėje pateiktus statistinius duomenis matome, kad daugiausiai Lietuvoje yra dirbančių gydytojų, turinčių teisę verstis vidaus ligų praktika. Jie sudaro 25% visų gydytojų. Šeimos (bendroji) gydytojo praktika sudaro 13%. Vykstant sveikatos priežiūros sektoriaus reformai, šeimos gydytojo praktika besiverčiančių gydytojų skaičius nuo 1999 m. išaugo 3,4 karto, vidaus ligų praktika ir vaikų ligų praktika sumažėjo 30%, kitų specialybių gydytojų tarpe vyko nežymūs svyravimai. Tam įtakos turėjo įsteigta bendrosios praktikos/šeimos medicinos specialybė, kuri turėjo tapti sveikatos priežiūros reformos ašimi, Kauno medicinos akademijoje atidaryti nauji fakultetai - Slaugos ir Visuomenės sveikatos.

Lietuvoje 2006 metų pabaigoje, Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau SAM) sistemoje, veikė 325 asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Iš jų: 104 ligoninės, 11 medicininės reabilitacijos įstaigų, 191 ambulatorinė įstaiga, 14 greitosios pagalbos stočių, 1 kraujo donorystės įstaiga, 5 kūdikių namai bei 22 visuomenės sveikatos priežiūros centrai. Didžiausią skaičių sudaro ambulatorinės įstaigos, t.y. iš jų Lietuvoje veikia 21 poliklinika, 90 pirminės sveikatos priežiūros centrų, 52 ambulatorijos.

2006 metų pabaigoje, veikė 1497 privačios sveikatos priežiūros įstaigos. Iš jų: 14 ligoninių, 15 medicininės reabilitacijos įstaigų, 538 ambulatorinės įstaigos, 4 greitosios pagalbos stotys. Išskiriamos odontologinės įstaigos, kurių yra 911, iš kurių 102 dantų technikų įmonės. Kai tuo tarpu, SAM sistemoje, t.y. viešajame sektoriuje, odontologų ir dantų technikų kabinetai yra poliklinikų bei ligoninių sudedamoji dalis ir atskirai neišskiriami. SAM sistemoje veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius 2006 metų pabaigoje, pateiktas lentelėje Nr.10.

10 lentelė

SAM sistemoje veikiančių sveikatos priežiūros įstaigų ir privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius 2006 metų pabaigoje

	SAM sistemoje veikiančios sveikatos priežiūros įstaigos	Privačios sveikatos priežiūros įstaigos
Įstaigų skaičius.	325	1497
Iš jų:		
Ligoninės	104	14
Medicininės reabilitacijos įstaigos	11	15
Ambulatorinės įstaigos	191	538
Greitosios pagalbos stotys	14	4

Šaltinis: sudaryta autorės

Lyginant lentelėje pateiktus duomenis apie sveikatos priežiūros įstaigų skaičių, veikiančių viešajame sektoriuje su privačiomis, matome, kad privačių sveikatos priežiūros įstaigų yra 4,6 karto daugiau. Tokį didelį kiekį sveikatos priežiūros įstaigų privačiame sektoriuje lemia tai, kad nacionalinės sveikatos koncepcijos kūrimo ir jos pradinio įgyvendinimo etape, valstybė savo teisinėje bazėje sudarė sąlygas atskiriems gydytojams (bendrosios praktikos/šeimos medicinos gydytojai, gydytojai odontologai) steigti privačius kabinetus. Tačiau, norint įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų žmogiškuosius išteklius, reikia palyginti jose dirbančio medicinos personalo kiekį. (11 lentelė, 12 lentelė)

Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų, veikiančių SAM sistemoje, personalas 1999-2006 m.

Metai	Gydytojai		Odontologai		Slaugytojai	
	Absoliutus skaičius	10000-čių gyventojų	Absoliutus skaičius	10000-čių gyventojų	Absoliutus skaičius	10 000-čių gyventojų
1999	14543	41,41	2341	6,67	29450	83,85
2004	13397	39,11	2272	6,63	25620	74,80
2005	13650	40,11	2453	7,21	25364	74,53
2006	13510	39,91	2249	6,64	25169	74,36

Šaltinis: sudaryta autorės

Privačių sveikatos priežiūros įstaigų personalas 1999-2006 m.

Metai	Gydytojai		Odontologai		Slaugytojai	
	Absoliutus skaičius	10000-čių gyventojų	Absoliutus skaičius	10000-čių gyventojų	Absoliutus skaičius	10 000-čių gyventojų
1999	755	2,16	1021	2,92	1093	3,12
2004	2322	6,76	1335	3,89	2286	6,65
2005	2832	8,29	1606	4,70	2930	8,58
2006	2982	8,79	1664	4,90	3260	9,60

Šaltinis: sudaryta autorės

Privačių sveikatos priežiūros įstaigų yra 4,6 karto daugiau negu viešųjų, tačiau jose dirbančių darbuotojų skaičius yra nuo 5 iki 10 kartų mažesnis negu viešajame sektoriuje.

Palyginus, 11 ir 12 lentelėse pateiktus duomenis, matyti, kad gydytojų, odontologų bei slaugos darbuotojų viešajame sektoriuje nuolat mažėja. Tačiau šis skaičius auga privačiame sveikatos priežiūros sektoriuje. Viešajame sektoriuje darbuotojų skaičiaus kitimo tendencija yra nežymiai svyruojanti. Gydytojų ir odontologų skaičiaus sumažėjimas viešajame sektoriuje yra nežymus (1%), tačiau slaugytojų yra ženklėsnis ir sudaro 12,3%. Privačiame sektoriuje gydytojų padaugėjo 4 kartus, odontologų – 1,7 karto, slaugytojų – 3,1 karto. Tačiau odontologų, dirbančių tiek viešajame tiek privačiame sektoriuje skaičius išlieka panašus (viešajame sektoriuje 2249, o privačiame 1664), gydytojų viešajame sektoriuje dirba 4,5 karto daugiau, slaugytojų – 7,7 karto. Tai rodo šalies sveikatos priežiūros sistemos reformos vykdymo efektyvumą, o kartu ir žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimo būtinumą.

Medicinos darbuotojų skaičiaus pasiskirstymas viešajame sektoriuje pagal miestus 2005-2006 m. pabaigoje

Vietovės pavadinimas	Gydytojai				Odontologai				Slaugytojai			
	2005		2006		2005		2006		2005		2006	
	Absoliutus skaičius	10000-čių gyventojų	Absoliutus skaičius	10000-čių gyventojų	Absoliutus skaičius	10000-čių gyventojų	Absoliutus skaičius	10000-čių gyventojų	Absoliutus skaičius	10000-čių gyventojų	Absoliutus skaičius	10000-čių gyventojų
Vilnius	3200	57,8	3274	59,1	583	10,5	525	9,5	6710	89,5	6736	90,3
Kaunas	2378	65,9	2441	68,2	467	13,0	417	11,6	4911	106,7	4931	107,2
Klaipėda	921	49,2	923	49,6	154	8,2	143	7,7	2591	108,5	2575	109,8
Šiauliai	509	39,5	515	40,1	96	7,4	84	6,5	1736	100,1	1704	99,8
Panevėžys	462	40,1	444	38,8	76	6,6	82	7,2	1382	92,4	1359	92,0

Šaltinis: sudaryta autorės

**Medicinos darbuotojų skaičiaus pasiskirstymas privačiame sektoriuje pagal miestus
2005-2006 m. pabaigoje**

Vietovės pavadinimas	Gydytojai				Odontologai				Slaugytojai			
	2005		2006		2005		2006		2005		2006	
	Absolūtus skaičius	10000-čių gyventojų	Absolūtus skaičius	10000-čių gyventojų	Absolūtus skaičius	10000-čių gyventojų	Absolūtus skaičius	10000-čių gyventojų	Absolūtus skaičius	10000-čių gyventojų	Absolūtus skaičius	10000-čių gyventojų
Vilnius	837	15,11	835	15,01	456	8,23	500	9,02	794	14,33	963	17,37
Kaunas	592	16,47	641	17,91	408	11,35	434	12,12	505	14,05	568	15,86
Klaipėda	238	12,75	247	13,28	88	4,71	83	4,46	199	10,66	198	10,65
Šiauliai	118	9,17	127	9,89	77	5,98	70	5,45	140	10,88	142	11,06
Panevėžys	122	10,61	125	10,91	60	5,22	66	5,76	132	11,49	134	11,69

Šaltinis: sudaryta autorės

Lyginant visos Lietuvos rodiklius su didžiųjų miestų, galima daryti išvadą, kad šių miestų rodikliai ir nulemia visos Lietuvos bendrą situaciją. Todėl bendros Lietuvos pateiktų rodiklių analizė atitinka ir atspindi didžiųjų miestų statistiką per apžvelgiamą (analizuojamą) laikotarpį. Palyginus medicinos darbuotojų pasiskirstymo viešajame ir privačiame sektoriuje pagal miestus, 13 ir 14 lentelėse pateiktus duomenis, matome paskutinių dviejų metų medicinos darbuotojų pasiskirstymą pagal didžiuosius miestus privačiame ir privačiame sektoriuje. Geriausia situacija, užtikrinant medicinos priežiūrą, yra Kaune, nes labai išplėtotas asmens sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūra. Šalia valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų yra susiformavęs privačių gydymo įstaigų tinklas. Daugiausiai medicinos specialistų 10000-čiai tūkstančių gyventojų tenka Kauno gyventojams, tiek viešajame, tiek privačiame sektoriuje. Gydytojų viešajame sektoriuje didžiuosiuose miestuose yra daugiau nuo 3,5 iki 4 kartų negu privačiame sektoriuje. Odontologų skaičius Vilniuje ir Kaune yra toks pat tiek viešajame, tiek privačiame sektoriuje, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje odontologų privačiame sektoriuje yra mažiau nuo 1,2 iki 1,7 karto mažiau. Analizuojant bendrai visų miestų statistiką, slaugytojų yra nuo 7,6 iki 9 kartų mažiau privačiame sektoriuje nei viešajame. Pastebimos kelios tendencijos, kad viešajame sektoriuje didžiuosiuose miestuose Kaune ir Vilniuje gydytojų tenkančių 10000-čių gyventojų yra daugiau 1,5 karto, odontologų – 1,7 karto, slaugytojų - 1,2 karto nei Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje. Privačiame sektoriuje didžiuosiuose miestuose Kaune ir Vilniuje gydytojų tenkančių 10000-čių gyventojų yra daugiau 1,8 karto, odontologų – 2,7 karto, slaugytojų - 1,6 karto nei Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje.

Galima teigti, jog į Nepriklausomos Lietuvos sveikatos politikos formavimo procesą Lietuvos mokslininkai, sveikatos ir medicinos mokslo profesionalai bei praktikai atėjo turėdami didelį įdirbį. Lietuvos sveikatos politikos plėtra buvo grindžiama tiek nacionaliniais, tiek ir tarptautiniais duomenimis bei patirtimi. Mokslinis sveikatos politikos pagrindimas bei tarptautinis bendradarbiavimas, nors sveikatos reformos procesas sudėtingas ir pilnas vingių, lėmė, jog per Nepriklausomybės dešimtmetį keičiantis valdžioms išliko sveikatos politikos įgyvendinimo nuoseklumas bei tęstinumas. Tarptautinį Lietuvos sveikatos politikos plėtros pripažinimą rodo aktyvus Lietuvos ir jos atstovų įtraukimas į tarptautinius sveikatos politikos plėtros procesus, netgi Lietuvai patikint prezidentauti, kai Europos sveikatos

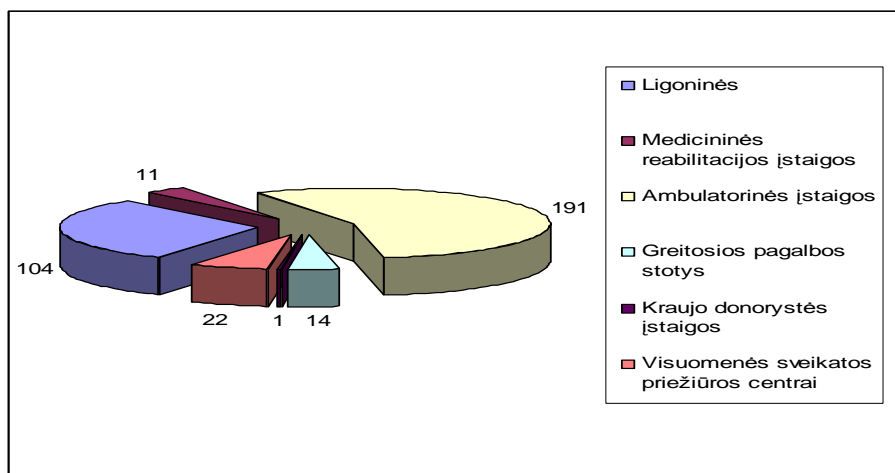
asamblėjoje priimamas svarbiausias 21-jam amžiui PSO dokumentas – „Sveikata21“.

3. ŽMOGIŠKŲJŲ IŠTEKLIŲ VALDYMO PLĖTOJANT SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ KAUNO MIESTE TYRIMAS IR REZULTATAI

Žmogiškųjų išteklių valdymas yra sudėtingas procesas. Sudėtingėjantys darbo procesai reikalauja planavimo, valdymo, sisteminės analizės ir kitų veiklinių gebėjimų. Iš žmogiškųjų išteklių valdymo bei motyvavimo teorijų ir tyrimų gausos galima spręsti, kad ši sritis yra pakankamai ištirta. Tačiau dėl didelio įtakojančių veiksnių kitimo atsiranda neapibrėžtumas, kuris skatina atlikti naujus tyrimus ir paneigia ankstesniųjų rezultatus.

3.1. Žmogiškųjų išteklių valdymo tyrimo objekto charakteristika viešajame sektoriuje

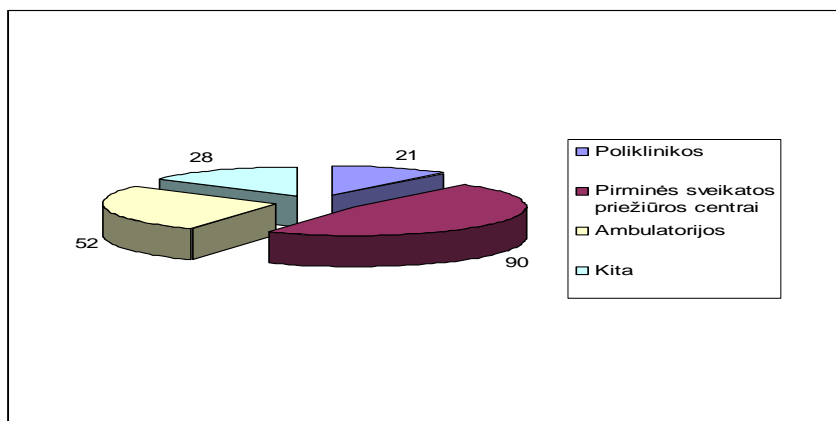
Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau SAM) sistemoje, veikia 325 asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Iš jų: 104 ligoninės, 11 medicininės reabilitacijos įstaigų, 191 ambulatorinė įstaiga, 14 greitosios pagalbos stočių, 1 kraujo donorystės įstaiga, 5 kūdikių namai bei 22 visuomenės sveikatos priežiūros centrai.



Šaltinis: sudaryta autorės

7 pav. Sveikatos priežiūros įstaigų skirstymas

Didžiausią dalį sudaro ambulatorinės įstaigos, t.y. 21 poliklinika, 90 pirminės sveikatos priežiūros centrų, 52 ambulatorijos.

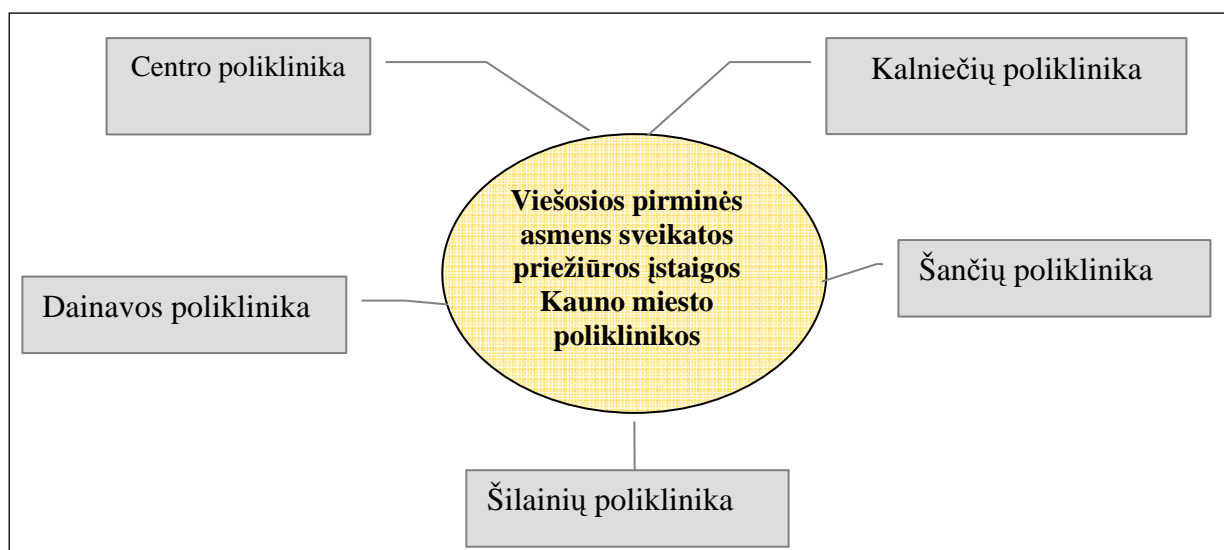


Šaltinis: sudaryta autorės

8 pav. Ambulatorinių įstaigų skirstymas

Poliklinika - stambus medicinos centras, kuriame dirba gausus šeimos gydytojų, gydytojų specialistų, odontologų, slaugytojų, laborantų ir kt. darbuotojų būrys. Tai ne pelno siekianti sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti kvalifikuotas, kokybiškas ir savalaikes pirmines bei antrines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Poliklinikoje darbas organizuojamas taip, kad pacientas būtų ištirtas ir konsultuotas vietoje, nesiunčiant papildomiems tyrimams į kitas įstaigas. Į ligoninių stacionarus ir tretinio lygio įstaigas siunčiami pacientai tik sudėtingiems tyrimams, konsultacijoms, stacionariniam gydymui. Šiame darbe žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimo galimybių tyrimas atliekamas Kauno miesto poliklinikose. (9 pav.)



Šaltinis: sukurta autorės.

9 pav. Viešosios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos Kauno miesto poliklinikos

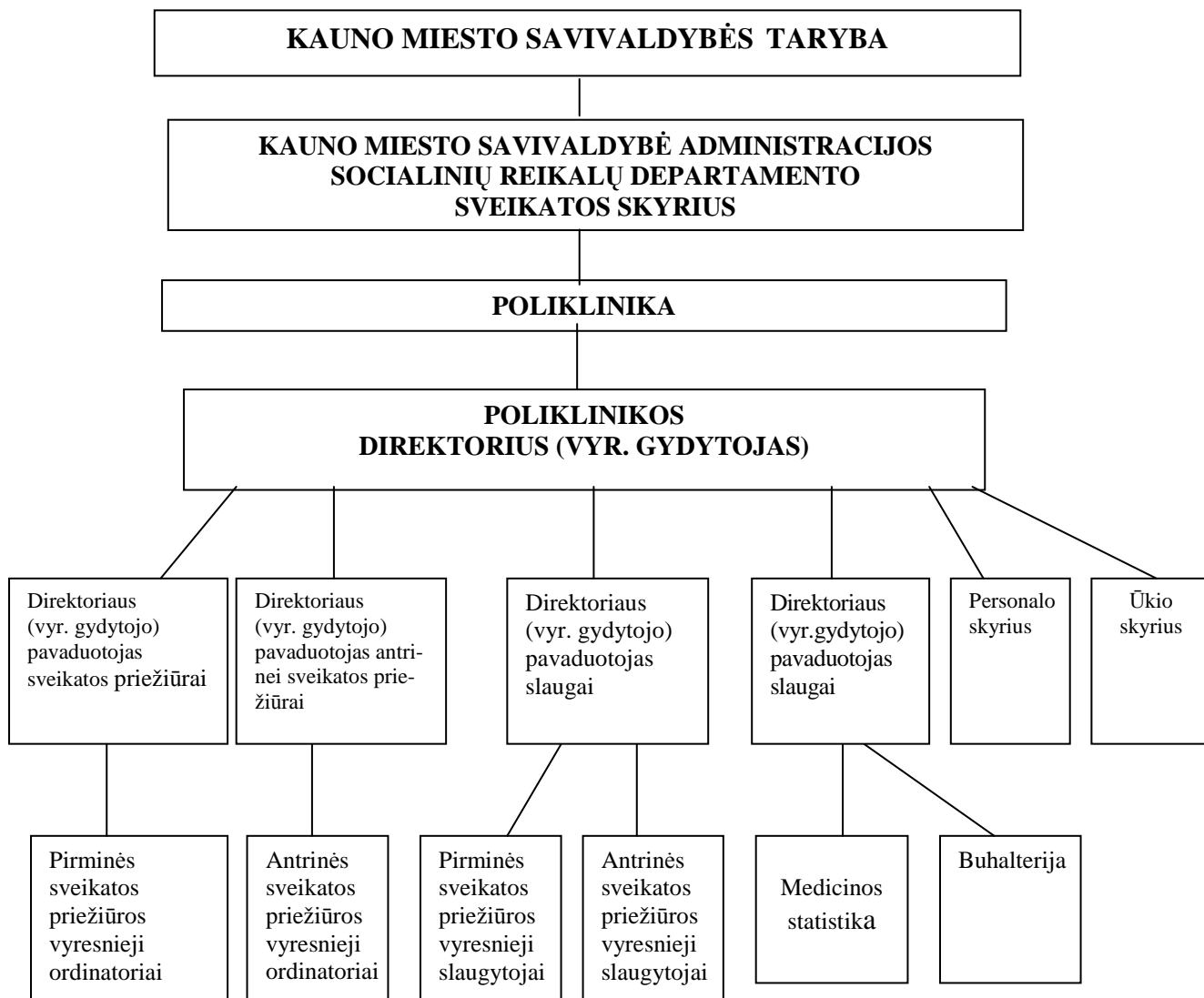
Pirminės sveikatos priežiūros įstaigų klientus galima skirti į dvi grupes: fizinius ir juridinius asmenis. Fiziniai asmenys yra pagrindiniai, poliklinikos teikiamų paslaugų vartotojai – toliau vadinami pacientais. Juridiniams asmenims – klientams priskiriamos įmonės ir organizacijos, besinaudojančios poliklinikos paslaugomis. Iš juridinių klientų grupės galima išskirti atskirą juridinių asmenų grupę, kuri perka poliklinikos teikiamą paslaugą, t.y. poliklinikai apmoka už pacientui suteiktą paslaugą.

Poliklinikos konkuruoja tarpusavyje. Taip pat konkurentais laikytinos visos įmonės ar organizacijos užsiimančios ta pačia ar panašia veikla, t.y. pirminės sveikatos priežiūros centrai (privatūs ir viešieji), ambulatorijos, privačios odontologinės įstaigos ir pan. Politinėje-teisinėje aplinkoje vertėtų išskirti institucijas leidžiančias teisinius dokumentus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros įstaigų, tame tarpe ir poliklinikų, veiklą. Tai: Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa. Svarbiausias Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos uždavinys - rūpintis Lietuvos Respublikos gyventojų sveikata, jos išsaugojimu, grąžinimu ir stiprinimu (Lietuvos Respublikos Vyriausybė, 2008).

Valstybinė ligonių kasa teisės aktų nustatyta tvarka vykdo privalomąjį sveikatos draudimą ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos nuostatas šioje srityje. (Valstybinė ligonių kasa, 2003).

Kauno miesto poliklinikų valdymo organus sudaro: Kauno miesto savivaldybės taryba, Kauno miesto savivaldybės Socialinių reikalų departamento Sveikatos skyrius, stebėtojų taryba, poliklinikos vadovas. Kauno miesto savivaldybės taryba yra poliklinikos steigėjas, kurio pagrindinės funkcijos yra tvirtinti veiklos ataskaitas; nustatyti investicijų tvarką; nagrinėti įstaigų, organizacijų prašymus ir pasiūlymus. Kauno miesto savivaldybės Socialinių reikalų departamento Sveikatos skyrius kuria ir įgyvendina miesto sporto, sveikatos ir socialinės plėtros strategiją; nagrinėja įstaigų, organizacijų, asmenų prašymus, skundus ir pasiūlymus, imasi priemonių nustatytiems pažeidimams ir trūkumams šalinti.

Poliklinikos stebėtojų tarybą sudaro 5 nariai: pirmininkas, pirmininko pavaduotojas ir trys nariai. Pagrindinės jos funkcijos: tvirtinti veiklos planus; nustatyti investicijų, kurios atliekamos tik pritarus stebėtojų tarybai, tvarką; užtikrinti, kad būtų veiksminga vidaus kontrolės sistema; svarstyti ir spręsti klausimus, kuriuos stebėtojų taryba yra įgaliota bei kompetentinga svarstyti ar spręsti (žiūr. 10 pav.).



Šaltinis: sudaryta autorės

10 pav. Poliklinikų valdymo struktūra

Kiekvienas iš paminėtų valdymo organų yra atsakingas už jam priskirtus skyrius ar padalinius. Tiesiogiai Kauno miesto savivaldybės Socialinių reikalų departamento Sveikatos skyriui atskaitingi yra poliklinikų vadovai. Poliklinikos vadovui tiesiogiai atskaitingi: pavaduotojai, vyriausias finansininkas, vyriausiasis personalo vadovas. Visi kiti padalinių vadovai yra atskaitingi poliklinikos vadovo pavaduotojams.

Poliklinika padalinta į padalinius, kiekvienam iš jų priskiriant konkrečią užduotį ar pareigas.. Poliklinikos pirminės sveikatos priežiūros centre dirba bendrosios praktikos gydytojai ir slaugytojos, chirurgai, akušeriai-ginekologai, akušerės, vaikų ligų ir vidaus ligų gydytojai ir slaugytojos, gydytojai odontologai ir jų padėjėjos. Antrinės sveikatos priežiūros centre dirba ausų-nosies-gerklės ligų, akių ligų gydytojai, endoskopijos, echoskopijos, pulmonologijos, gastroenterologijos, endokrinologijos, kardiologijos, radiologijos ir kt. Specialistai. Psichikos sveikatos centras teikia pirminio ir antrinio lygio paslaugas.

Žmogiškųjų išteklių valdymas yra reglamentuotas personalo valdymo politikos bendruose nuostatuose, kuriuose nustatyta, kad ši politika turi prisidėti prie ilgalaikės ir trumpalaikės strategijos tikslų įgyvendinimo, tarnaujant geriausiam veiklos rezultatui. Darbuotojų planavimo, ugdymo, vystymo ir skatinimo procesus organizuoja personalo valdymo skyrius. Jis taip pat nustato bendrovės darbuotojų atrankos, mokymo, vertinimo ir skatinimo kriterijus.

Darbuotojų atranka atliekama personalo valdymo skyriaus bendradarbiaujant su įstaigos padalinių vadovais.

Darbas organizuojamas demokratiniais principais. Darbuotojai yra pavaldūs savo tiesioginiams vadovams, o pastarieji turi tiesioginę atsakomybę už veiklos rezultatus. Aukščiausio lygio vadovai (poliklinikos direktorius, pavaduotojai) numato organizacijos politiką ir užtikrina jos veikimą. Vidurinis lygmuo (padalinių vadovai) vykdo aukščiausio lygio paruoštą politiką ir ruošia konkrečias užduotis.

Siekiant užtikrinti darbuotojų veiklos efektyvumą bei produktyvų darbuotojų ir jų tiesioginių vadovų bendravimą, poliklinikoje atliekamas metinis darbuotojų veiklos vertinimas. Tokiu būdu yra užtikrinama darbo kontrolės sistema.

Atskleidžiant žmogiškųjų išteklių valdymo proceso ypatumus galima pažymėti, kad poliklinika, atsižvelgdama į savo ilgalaikės strategijos tikslus, nustato būtinas būsimas darbuotojų kompetencijas, prognozuoja darbuotojų skaičių ir kaitos rodiklius.

Turint omenyje apžvelgtus poliklinikos išorinės ir vidinės aplinkos aspektus, galima teigti, kad didelėse organizacijose, kur sprendimų priėmimas yra dalinai decentralizuotas, vietiniai žmogiškųjų išteklių sprendimai dažnai yra įtakojami pasvarstymų apie jų dedamųjų veikimą. Pasekmės pasireiškia darbuotojų motyvacijos lygyje. Kadangi nėra universalių konstantų, apibūdinančių motyvaciją, negalima suskaičiuoti motyvacijos teoriškai, nepanaudojant empirinių tyrimų duomenų.

Žmogiškųjų išteklių vadyba asmens sveikatos priežiūros sektoriuje – koncepcija, kuri transformuoja sveikatos priežiūros įstaigų valdymą, nes šioje srityje keičiami verslo bei organizaciniai modeliai, kad šie atitiktų jų žmogiškųjų išteklių valdymo uždavinius. Vidaus auditoriai gali ir galbūt yra geriausiai pasirengę inicijuoti šią transformaciją bei tapti vienu pagrindiniu ją įgyvendinančių veikėjų.

Tam, kad suprastume, kaip vidaus auditorius gali pasinaudoti žmogiškųjų išteklių valdymo koncepcija savo organizaciniam vaidmeniui padidinti, pirmiausiai turime gerai suvokti, kas gi yra šių išteklių valdymo procesas. Yra skirtingų šio proceso aprašymų, kurie iš esmės skiriasi tik detalėmis, todėl čia pateikiamas bendrovės „Risk Consulting“ naudojamas variantas, suskirstantis veiklos valdymo procesą į šešias dalis, kurių kiekviena tiekia informaciją sprendimų priėmimui. Šios dalys seka viena kitą ir veikia kaip nenutrūkstamas ir nuolatinis procesas (Andersen, 2005, p.103):

- *žmogiškųjų išteklių valdymo proceso tikslai, bendra kalba ir priežiūros struktūra.* Tai apima žmogiškųjų išteklių valdymo viziją, bendruosius žmogiškųjų išteklių valdymo tikslus ir politiką, apibendrintas strategijas tikslų pasiekimui ir atitinkamus prioritetus, formalią žmogiškųjų išteklių valdymo politiką;

- *žmogiškųjų išteklių įvertinimas* apima žmogiškųjų išteklių išskyrimą, jų kokybinių ir kiekybinių parametru matavimą;

- *sukurti žmogiškųjų išteklių valdymo strategijas.* Šias strategijas įvairūs autoriai ir organizacijos gali vadinti ir grupuoti skirtingai;

- *žmogiškųjų išteklių kontrolės procesų sukūrimas.* Tai atliekama užtikrinant, kad organizacijoje egzistuoja tinkami žmogiškųjų išteklių valdymo sugebėjimai, t.y. atitinkamos žmogiškųjų išteklių valdymo politikos ir formalizuotos gairės, tinkamai organizuojamas tiek pats verslo procesas, tiek žmogiškųjų išteklių valdymas jame, skiriami tinkami žmonės. Šie žmonės gauna svarbias ir tinkamas ataskaitas, kurios yra parengtos pagal tinkamas metodologijas bei ataskaitoms ruošti naudojamos tinkamos sistemos ir duomenys;

- *žmogiškųjų išteklių valdymo proceso vyksmo matavimas/stebėjimas.* Tam reikia įsteigti atskaitomybės metodiką ir procesą, kuris tame tarpe leistų atlikti simuliacijas ir scenarijų analizę besikeičiančioms sąlygoms bei aplinkybėms;

- *žmogiškųjų išteklių valdymo proceso tobulinimo uždavinį.* Tai pasiekama užtikrinant, kad stebėjimo metu nustatytiems trūkumams šalinti yra kuriami veiksmų planai.

Žmogiškųjų išteklių vadyba turėtų būti natūralus organizacijos valdymo elementas, apimantis visą organizaciją, nukreiptas į ateitį, orientuotas tiek į galimybių išnaudojimą, tiek ir į grėsmių tikimybės mažinimą. Veiklos auditas organizacijų žmogiškųjų išteklių valdymo procese atlieka žmogiškųjų išteklių įvertinimo funkciją.

Asmens sveikatos priežiūros sektoriuje veiklos audito funkcija – sistemiškai ir metodiškai vertinti ir padėti gerinti žmogiškųjų išteklių valdymo, kontrolės ir organizacijos valdymo procesus. Veiklos auditas turi padėti organizacijai nustatyti ir įvertinti esminius trūkumus žmogiškųjų išteklių valdyme bei prisidėti prie žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos gerinimo. Auditoriai turi stebėti ir vertinti organizacijos žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos veiksmingumą.

Auditoriai turi įvertinti žmogiškųjų išteklių valdymo sistemą, susijusią su organizacijos valdymu, jos veikla, informacinėmis sistemomis, atsižvelgdami į: įstatymų, taisyklių ir sutarčių laikymąsi; finansinės ir veiklos informacijos patikimumą ir teisingumą; veiklos procesų veiksmingumą ir efektyvumą (našumą, produktyvumą); turto apsaugą (Philips, 2006).

Taigi asmens sveikatos priežiūros sektoriuje žmogiškųjų išteklių vadyba apima visas organizacijos veiklos sritis, jas vertina, matuoja, siūlo jas keisti ir pan. Auditoriai, besinaudojantys žmogiškųjų išteklių valdymo koncepcijomis, tampa organizacijos vidaus konsultantais, matančiais bendrą organizacijos paveikslą, bei besigilinančiais į atskirų jos dalių problemas, įskaitant ir žmogiškųjų išteklių valdymą. Auditas darbą organizuoja pagal ISO 9001:2000 standartą. Vidaus audito darbo reglamentas patvirtintas nuostatuose ir kokybės vadybos sistemos procedūroje.

Vis labiau svarbėjantis žmogiškųjų išteklių vaidmuo valdymo veikloje yra įtakojamas personalo valdymo funkcijos transformavimosi. Suprantant žmogiškųjų išteklių valdymo sprendimų įtaką darbuotojų pažiūroms ir elgesiui bei galimas pasekmes organizacinei veiklai, yra svarstyta praktinė motyvavimo priemonių įtakos reikšmė. Tuo tikslu atlikta žmogiškųjų išteklių valdymo analizė Kauno miesto poliklinikose.

3.2. Žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimui asmens sveikatos priežiūros sektoriuje skirtų empirinių tyrimų metodika

Žmogiškųjų išteklių valdymo tyrime, svarbiausia ištirti organizacijų vidaus aplinkos veiksnius. *Tyrimo objektas* – Kauno miesto poliklinikos.

Tyrimo tikslas – atlikti žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos būklės įvertinimą ir jos įtaką darbuotojams.

Tikslo įgyvendinimui išskelti tokie *tyrimo uždaviniai*:

1. Ištirti pasirinktų organizacijų valdymo struktūros ypatumus.
2. Atlikti organizacijų aplinkos vidinių ir išorinių veiksnių palyginimą;
3. Nustatyti motyvacinės sistemas, naudojamas žmogiškųjų išteklių valdyme;
4. Parinkti optimaliausiai darbuotojus įtakojančius elementus, įvertinant šių elementų svarbą;
5. Atskleisti žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos poveikį darbuotojo veiklos gerinimui ir pateikti siūlymus sistemos tobulinimui.

Keliamos tokios hipotezės:

- darbuotojų sprendimų priėmimas priklauso nuo santykio tarp darbuotojų ir organizacijos,
- organizacijoje naudojama motyvacinė sistema, įtakota darbuotojo poreikio ir tikslo yra santykinai lygi priklausomybei nuo organizacijos vidinių aplinkos veiksnių.

Tyrimo metodai. Tikslui pasiekti ir uždaviniams įvykdyti atliktas aprašomasis ir taikomasis mokslinis tyrimas. Tyrimo metodai – mokslinės literatūros analizė, skirta duomenų rinkimui apie žmogiškųjų išteklių valdymą, kad būtų galima sukurti žmogiškųjų išteklių valdymo modelį. Anketinė apklausa ir interviu skirti išsiaiškinti respondentų nuomonę bei lūkesčius. Atliktas kokybinis tyrimas, atsižvelgiant į renkamų duomenų tipą. Statistinių duomenų analizė atlikta kiekybinio apdorojimo metodu.

Atlikta bendra žmogiškųjų išteklių valdymo Kauno miesto poliklinikose tobulinimo galimybių analizė ir veiklos efektyvumo įvertinimas, skirtas išvelgti poliklinikų vidinių ir išorinių aplinkos veiksnių poveikį. Duomenų analizei ir rezultatų įvertinimui atlikti buvo pasirinktas L.W. Porter ir E.E. Lowler lūkesčių teorijos motyvacijos modelis.

Anketos suformavimas ir interviu klausimynas skirti iškeltų hipotezių patikrinimui. Kiekvienos hipotezės teisingumo patvirtinimui ar paneigimui yra skirti tam tikri anketos klausimai (16 lentelė). Nustatytos hipotezių reikšmingos koreliacijos tokios:

Pirma hipotezė. *Darbuotojų sprendimų priėmimas priklauso nuo santykio tarp darbuotojų ir organizacijos* – svarbi sąveika tarp darbuotojų dalyvavimo sprendimo priėmimo ir požiūrio į juos svarbumo, darbuotojų nuomonės paisymo ir dalyvavimo organizacijos laisvalaikio organizavimo priemonėse.

Antra hipotezė. *Organizacijoje naudojama motyvacinė sistema, įtakota darbuotojo poreikio ir tikslo yra santykinai lygi priklausomybei nuo organizacijos vidinių aplinkos veiksnių* – svarbi sąveika tarp motyvacijos veiksnių ir tarp darbuotojo pasitenkinimo darbu, atlyginimo už darbą būdo nustatymo ir gaunamų materialinių paskatinių dažnio, noro ir galimybių tobulintis savo profesinėje veikloje.

Hipotezės buvo tikrinamos ne tik anketinės apklausos metodu, bet ir interviu metodu (2 Priedas). Interviu apklausti poliklinikų padalinių vadovai. Klausta apie anksčiau taikytas ir dabar taikomas žmogiškųjų išteklių valdymo sistemų privalumus ir trūkumus, darbuotojų elgesį, organizacijos gaunamą naudą ar žalą, bei ar pasiteisino investavimas į naudojamą žmogiškųjų išteklių valdymo sistemą.

Empirinis modelis, pagal kurį atliekamas tyrimas, pateiktas 11 pav.. Įvertintas hipotezių teisingumas, nustatytos priemonės, turinčios sudaryti žmogiškųjų išteklių valdymo sistemą.

Hipotezės ir joms pagrįsti anketos klausimai

Eil. Nr.	Hipotezės	Anketos klausimai
1.	<i>Darbuotojų sprendimų priėmimas priklauso nuo santykio tarp darbuotojų ir organizacijos</i>	1. Nurodykite lytį. 2. Nurodykite amžių. 3. Išsilavinimas. 4. Pareigos. 7. Ar Jūsų organizacijoje sprendimai priimami pasitarus su darbuotojais? 8. Ar padalinio vadovas paiso Jūsų nuomonės priimant sprendimus? 9. Ar vertinate teisingą požiūrį į Jus? 11. Ar organizacija skatina darbuotojus kelti profesinę kvalifikaciją? 20. Ar tenkina santykiai su bendradarbiais? 21. Ar organizuojami renginiai skatina Jūsų norą dalyvauti juose? 22. Kokie laisvalaikio praleidimo būdai yra populiariausi Jūsų organizacijoje?
2.	<i>Organizacijoje naudojama motyvacinė sistema, įtakota darbuotojo poreikio ir tikslo yra santykinai lygi priklausomybei nuo organizacijos vidinių aplinkos veiksnių</i>	5. Jūsų darbo užmokestis. 6. Nuo ko priklauso Jūsų pajamos? 10. Kokios padėkos formos tikėtės iš vadovo? 12. Ar organizacija rūpinasi Jūsų profesiniu tobulinimu? 13. Ar norite tobulintis profesinėje veikloje? 14. Kuris iš profesinio tobulinimo būdų Jums priimtinausias? 15. Kurį iš būdų darbinei veiklai įvertinti Jūs rinktumėtės? 16. Kurį darbo užmokesčio didinimo būdą rinktumėtės? 17. Ar Jums mokami priedai prie atlyginimo? 18. Ar Jus tenkina esamos darbo sąlygos? 19. Kas Jus neigiamai nuteikia organizacijoje? 23. Labiausiai Jus tenkinančios laisvalaikio praleidimo priemonės.

Šaltinis: sudaryta autorės

Tyrimo imtis. Bendras respondentų skaičius – 1860 darbuotojai. Tyrimui paruošta iš viso anketų 400. Užpildytos ir gražintos – 349 anketos. Negrąžintos - 51, gražintos blogai užpildytos – 27. Tyrime panaudota 322 anketos.

Interviu metu buvo apklausti 35 vadovaujantįs pareigas užimantys asmenys.

Minimalus imties dydis buvo apskaičiuotas pagal formulę:

$$n = \frac{N * 1.96^2 * p * q}{\varepsilon^2 * (N - 1) + 1.96^2 * p * q}$$

N – populiacijos dydis;

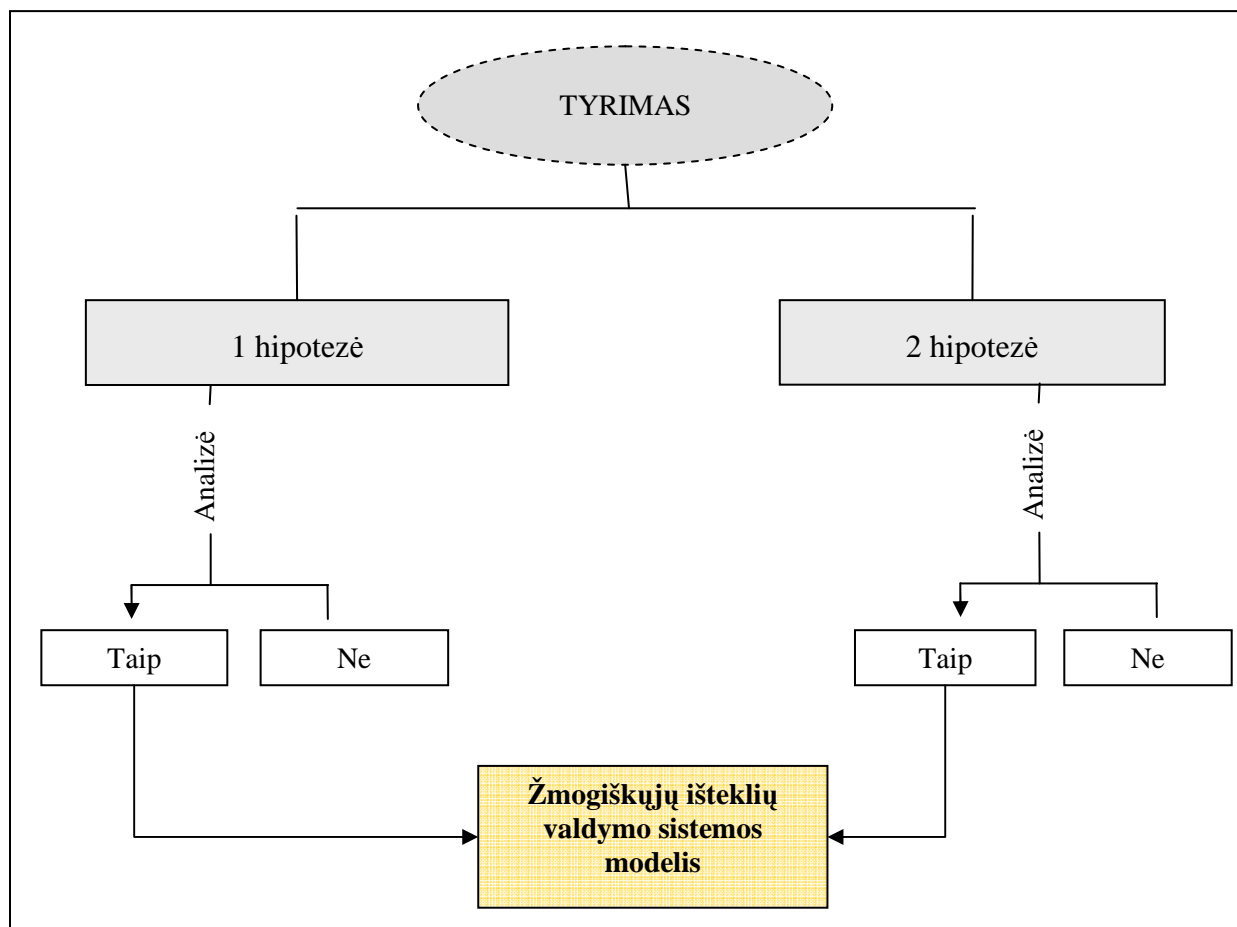
1,96 – standartinio normaliojo skirstinio 95 % pasiklivimo lygmenį formulėje atitinka ši, kvantilio reikšmė (tikslumas ± 10);

p – numatomo įvykio baigmės tikimybė, kad nagrinėjamas požymis pasireikš tiriamoje populiacijoje (dažniausiai imama blogiausio varianto tikimybė – požymis būdingas pusei, t.y. 50 %, populiacijos ir pasirenkama $p = 0,5$);

q – tikimybė, kad nagrinėjamas požymis nepasireikš tiriamoje populiacijoje ($q = 1 - p = 0,5$);

ε - pageidautinas tikslumas, dažniausiai $\varepsilon = 0,05$ (Rudzkienė, 2005, p. 33).

Apskaičiuotas minimalus imties dydis, kuris būtinas, kad išvados būtų statistiškai patikimos. Nustatyta, kad organizacijose būtina apklausti apie 318 darbuotojų. Gauti rezultatai su 5 procentų paklaida.



Šaltinis: sukurta autorės

11 pav. Žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos modelis

Tyrimo organizavimas. Norint surinkti kuo tikslesnius duomenis apie organizacijų darbuotojus veikiančius žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos veiksniais, buvo apklausti trijų lygių darbuotojai. Tai vadovaujančias pareigas užimantys darbuotojai, gydytojai bei slaugytojai. Tyrimo anketos buvo išsiųstos ir gautos internetu, taip pat padalintos, kad užpildytų ranka.

Tyrimas buvo atliekamas Kauno miesto poliklinikose. Panaudota 322 anketos. Kauno miesto poliklinikose dirba 87,2 % moterų bei 12,8 % vyrų. Didžiąją darbuotojų dalį, t.y. apie 42 % sudaro darbuotojai nuo 45 metų iki 55 metų. Aukštąjį išsilavinimą turinčių darbuotojų yra apie 70 % .

3.3. Žmogiškųjų išteklių valdymo Kauno miesto poliklinikose tobulinimo galimybės ir jų efektyvumo įvertinimas

Šiame poskyryje pateikiami mokslinio tyrimo duomenys bei vertinimai, dėl žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos efektyvumo ir veiksmingiausių jos elementų.

Vertinant darbuotojų darbo užmokestį, matome, kad didžioji dauguma vadovaujančias pareigas užimančių asmenų uždirba virš 1800 Lt. per mėnesį. Pagrindė tai dviejų amžiaus grupių darbuotojai: 36-

45 m., kas sudaro 20% ir 46-55 m., kas sudaro 48,6 %. Tačiau yra ir uždirbančių nuo 1300 iki 1800 Lt., 36-45 m., amžiaus grupėje tai sudaro 8,6% bei 46-55 m. amžiaus grupėje, tai sudaro 5,7%.

Tuo tarpu gydytojai uždirbantys nuo 800 iki 1300 Lt. sudaro 17,5%. Uždirbantys nuo 1300 iki 1800 Lt. sudaro 30%. Daugiausiai uždirba gydytojų nuo 1800 iki 2300 Lt. 36-45 m. ir 46-55 m. amžiaus grupėse, kas sudaro 41,2%, o virš 2300 Lt – 11,3%. Šiose dviejose amžiaus grupėse dirba viso 49 gydytojai iš 97, t.y. 50,5%.

Slaugos specialistų viso yra 190, iš jų uždirbančių iki 800 Lt. yra 11,%, nuo 800 iki 1300 Lt. sudaro 42,1%, nuo 1300 iki 1800 Lt. sudaro 41%, nuo 1800 iki 2300 Lt. sudaro 3,2%, virš 2300 Lt – 2,6%. Daugiausiai slaugytojų yra 46-55 m. amžiaus grupėje, tai sudaro 33,7% (16 lentelė).

16 lentelė

Vadovaujančio personalo, gydytojų, slaugos darbuotojų pasiskirstymas pagal pajamas ir amžiaus grupes Kauno miesto poliklinikose (vnt.)

Amžius	Vadovaujantis personalas			Gydytojai					Slaugytojai				
	1300-1800 lt.	1800-2300 lt.	virš 2300 lt.	Iki 800 lt.	800-1300 lt.	1300-1800 lt.	1800-2300 lt.	virš 2300 lt.	Iki 800 lt.	800-1300 lt.	1300-1800 lt.	1800-2300 lt.	virš 2300 lt.
Iki 18m.	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
26-35 m.	0	0	0	0	4	9	0	0	0	5	15	3	0
36-45 m.	3	6	1	0	8	0	18	0	1	14	23	0	0
46-55 m.	2	12	5	0	5	8	7	5	7	32	17	6	2
56-65 m.	0	2	4	0	0	5	10	6	5	15	19	0	0
Virš 66 m.	0	0	0	0	0	7	5	0	4	14	4	0	0

Šaltinis: sudaryta autorės

Darbuotojų patenkančių į grupes su nedideliais atlyginimais yra nepatenkinti materialiniai poreikiai. Tai pagrindžia A. Maslow poreikių teorijos principą, kur teigiama, kad žmonėms yra svarbiausi fiziologiniai poreikiai.

Vadovaujantis personalas, visi gydytojai ir 13,7% nuo visų slaugytojų, turinčių aukštąjį arba aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą sudaro bendrai 47,2% darbuotojų, turinčių aukštąjį arba aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą. Tai rodo, kad organizacijose aukštas turimų žmogiškųjų išteklių išsilavinimo lygis. Žmogiškųjų išteklių pagrindą sudaro moterys.

Sprendimai priimami įvairiuose valdymo lygmenyse. Todėl labai svarbu, kad sprendimų priėmimo dalyvautų tie darbuotojai, su kuriais yra susiję veiklos procesai ir galutinis jų veiklos išraiškos rezultatas. Kauno miesto poliklinikose sprendimų priėmimui yra šaukiamas susirinkimas. Jame dalyvauja visų padalinių vadovai, kurie aptaria problemas, iškelia sprendimų variantus, kuriuos padalinių vadovai aptaria savo kolektyvuose ir pateikia kiekvienas kolektyvas savo požiūrį susirinkimui per

atstovaujantį juos padalinio vadovą. Kauno miesto poliklinikose priimant sprendimus neatsižvelgiama į amžiaus grupes, o atsižvelgiama į darbuotojo pareigas, kompetenciją bei ekonominius faktorius.

17 lentelė

Kauno miesto poliklinikų darbuotojų dalyvavimas priimant sprendimus (1)

	Ar sprendimai priimami pasitarus su darbuotojais?		
	Taip	Ne su visais	Ne
Vadovaujantis personalas	35	0	0
Gydytojai	56	34	7
Slaugytojai	92	77	21
Iš viso:	183	111	28

Šaltinis: sudaryta autorės

Atsakymuose į anketose pateiktus klausimus atsispindėjo prieštaravimas: buvo teigiama, kad priimdama sprendimus vadovybė nesitaria su 8,7% darbuotojų, tariasi ne su visais - 34,5%, tariasi su 56,8%.

Taigi galima teigti, kad Kauno miesto poliklinikose sprendimų priėmimas atitinkamuose lygiuose ir vykstančiuose procesuose, su kuriais susiję tiesiogiai darbuotojai, sprendimai priimami kolegialiai, t.y. tarp padalinių vadovų bei daugumos darbuotojų, kas sudaro 91,3%.

80,4 % darbuotojų labai vertina teisingą požiūrį į juos (18 lentelė), 19,6% - svarbu, neatsirado nė vieno darbuotojo, kuriam tai būtų nesvarbu. Visų amžiaus grupių tiek vadovaujantis personalas, tiek gydytojai, tiek slaugytojai labai vertina teisingą požiūrį į juos.

Galima teigti, kad amžius ir socialinė padėtis neturi įtakos nulemiant nuomonę teisingam požiūriui į asmenis. (18 lentelė).

18 lentelė

Amžiaus, socialinės padėties santykis su teisingo požiūrio svarba

Pareigos/ Amžius/ Požiūrio svarba	Vadovaujantis personalas			Gydytojai					Slaugytojai					
	36-45	46-55	56-55	26-35	36-45	46-55	56-55	Virš 65	18-25	26-35	36-45	46-55	56-55	Virš 65
Labai svarbu	7	15	4	8	21	23	20	6	0	18	34	58	30	15
Svarbu	3	4	2	5	5	2	1	6	4	5	4	6	9	7
Nesvarbu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Šaltinis: sudaryta autorės

Vertinant vadovujančio personalo bendravimą su jiems pavaldžiais gydytojais ir slaugytojais, nustatyta, kad Kauno miesto poliklinikose dominuoja formalūs tarpusavio ryšiai. Asmeninę padėką iš vadovo rinkęsi 15,3 % darbuotojų, viešą žodinę padėką (9,9%), o raštišką – 74,8%. Tai rodo, kad ryšiai tarp vadovujančio personalo ir jiems pavaldžių darbuotojų yra pakankamai formalūs.

Kadangi valstybėje egzistuoja licencijavimo sistema, todėl gydytojams, slaugytojams bei aukščiausio lygio vadovams privalu nuolat kelti savo profesinę kvalifikaciją. Neprivalomam kvalifikacijos kėlimui aktyvumas yra vidutinis. Iš Kauno miesto poliklinikų darbuotojų 53% rinkęsi

tobulinimosi kursus pagal specialybę, 28,5% - užsienio kalbų kursus ir 18,5% - seminarus, paskaitas (19 lentelė).

19 lentelė

Kvalifikacijos kėlimo variantas Kauno miesto poliklinikose, %

Kuris profesinio tobulinimosi būdas priimtinausias?			Iš viso:
Tobulinimosi kursai pagal specialybę	Užsienio kalbų kursai	Seminarai, paskaitos	
53	28,5	18,5	100

Šaltinis: sudaryta autorės

Įvertinus darbuotojų pareigų įtaką jų darbo užmokesčio dydžiui, nustatyta, darbo užmokesčio dydis priklauso ne tik nuo užimamų pareigų. Administracijai nustatytas pastovus pareiginis atlyginimas, terapinio profilio gydytojams ir slaugytojams mokamas kintamas atlyginimas, priklausomai nuo prisirašiusių prie gydytojo gyventojų skaičiaus. Gydytojams konsultantams pagal mokamas pareiginis atlyginimas bei pagal vidaus tvarką nustatytas koeficientas už suteiktas paslaugas. Dauguma darbuotojų nepatenkinti gaunamu atlyginimu už darbą (16 lentelė). Norint nustatyti motyvavimo priemonės aktualumą, Kauno miesto poliklinikų darbuotojų tarpe, reikia išsiaiškinti jų pajamų ir nepatenkintų poreikių santykį (20 lentelė).

20 lentelė

Motyvavimo priemonių aktualumas, atsižvelgiant į pajamas (vnt.)

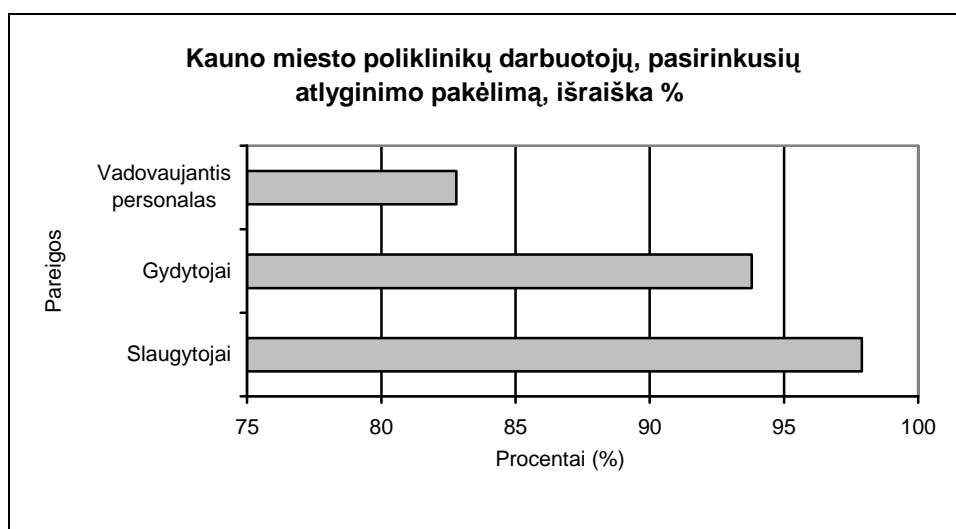
Pareigos	Pajamos (lt.)	Pasirinkimas:	
		Darbo užmokesčio pakėlimas	Paaukštinimas pareigose
Slaugytojai	Iki 800	21	-
	800-1300	80	-
	1300-1800	78	-
	1800-2300	7	2
	virš 2300	-	2
Gydytojai	Iki 800	-	-
	800-1300	17	-
	1300-1800	29	-
	1800-2300	38	2
	virš 2300	7	4
Vadovaujantis personalas	1300-1800	5	-
	1800-2300	18	2
	virš 2300	6	4
	Iš viso:	306	16

Šaltinis: sudaryta autorės

Iš lentelės matyti, kad darbo užmokesčio pakėlimą rinkęsi:

- slaugytojų tarpe 186 iš 190 (97,9 %) asmenų;
- gydytojų tarpe 91 iš 97 (93,8 %) asmenų;
- vadovujančio personalo tarpe 29 iš 35 (82,8 %).

Kaip skatinimo priemonę, atlyginimo pakėlimą Kauno miesto poliklinikose rinkę net 95 % darbuotojų, o paaugštinimą pareigose – 5 % (12 pav.).



Šaltinis: sukurta autorės

12 pav. Pajamų ir pareiginio atlyginimo pakėlimo santykis

Pasitvirtino spėjimas, kad dauguma Kauno miesto poliklinikų darbuotojų rinkę materialinį skatinimą.

Kaip matyti iš 12 pav., kuo labiau didėja darbuotojų pajamos, tuo labiau daugėja darbuotojų, besirenkančių nematerialinį skatinimą. Galimateigti, kad dauguma Kauno miesto poliklinikų darbuotojų nepatenkinti darbo apmokėjimu. Labiausiai motyvuojančiu veiksniu darbuotojai įvardijo darbo pareiginio darbo užmokesčio padidinimą (75%), 9,3 % - premiją ir 15,7 % - priemoką už darbo stažą.

56% moterų ir 23% vyrų nurodė, kad nėra patenkinti darbo sąlygomis. Respondentai labiausiai nepasitenkinimą keliančiu veiksniu įvardijo vadovavimo stilių 10,6%. Prastose darbo sąlygose dirba 5,8% . Darbo grafiku nepatenkinti – 33,3%, o darbo padalijimu -50,3%. Darbuotojai taip pat nurodė, kad nepasitenkinimą kelia ir bendravimas su kolegomis:

- 84,8 % yra patenkinti santykiais su bendradarbiais;
- 15,2 % nepatenkinti.

Galima teigti, kad darbuotojai tarpusavio santykiais yra patenkinti, tačiau organizacijos renginiuose noriai dalyvauja maždaug kas antras darbuotojas. (21 lentelė).

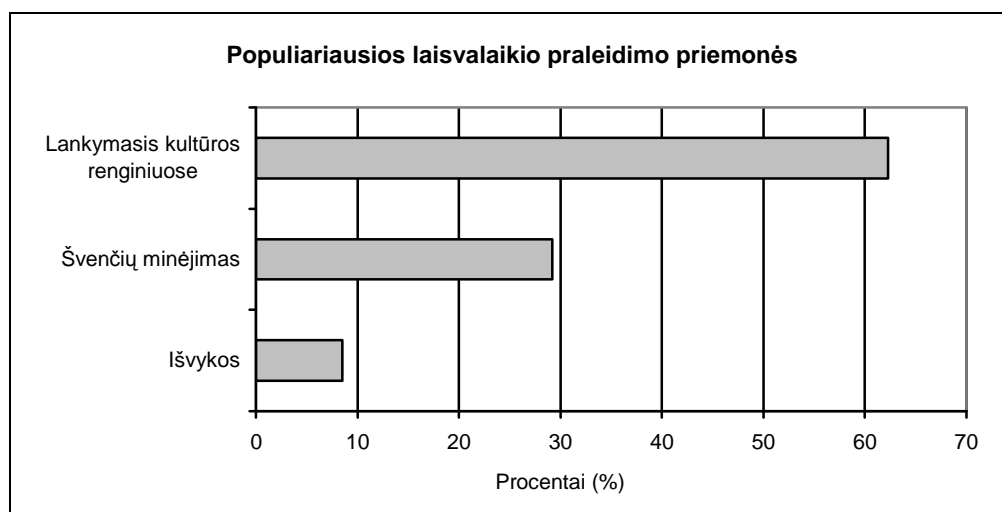
21 lentelė

Santykių tarp bendradarbių ir noro dalyvauti organizacijos renginiuose ryšys (vnt.)

Ar tenkina Jus santykiai su bendradarbiais:		Ar noriai dalyvaujate organizacijos renginiuose:	
Taip	Ne	Taip	Ne
273	49	187	135

Šaltinis: sudaryta autorės

Iš 21 lentelės matyti, kad dauguma darbuotojų yra patenkinti tarpusavio santykiais subendradarbiais, tačiau organizacijos renginiuose dalyvauja nenoriai. Tai gali būti susiję su dideliu darbo užimtumu ar laisvalaikio praleidimo priemonės nepopuliarumu. Tačiau, kaip nustatyta, 91,3% Kauno miesto poliklinikų darbuotojų teigimu, kad nėra organizuojama jokių laisvalaikio praleidimo priemonių. Likusiųjų teigimu - organizuojami tik švenčių minėjimai. Populiariausias - lankymasis kultūrinėse priemonėse, (62,3%), toliau – švenčių minėjimai (29,2%) ir galiausiai– išvykos, kadangi išvykos būna tik tarp atskirų darbuotojų grupelių ir tai ne visose poliklinikose (8,5%) (13 pav.).



Šaltinis: sukurta autorės

13 pav. Populiariausios laisvalaikio praleidimo priemonės Kauno miesto poliklinikose

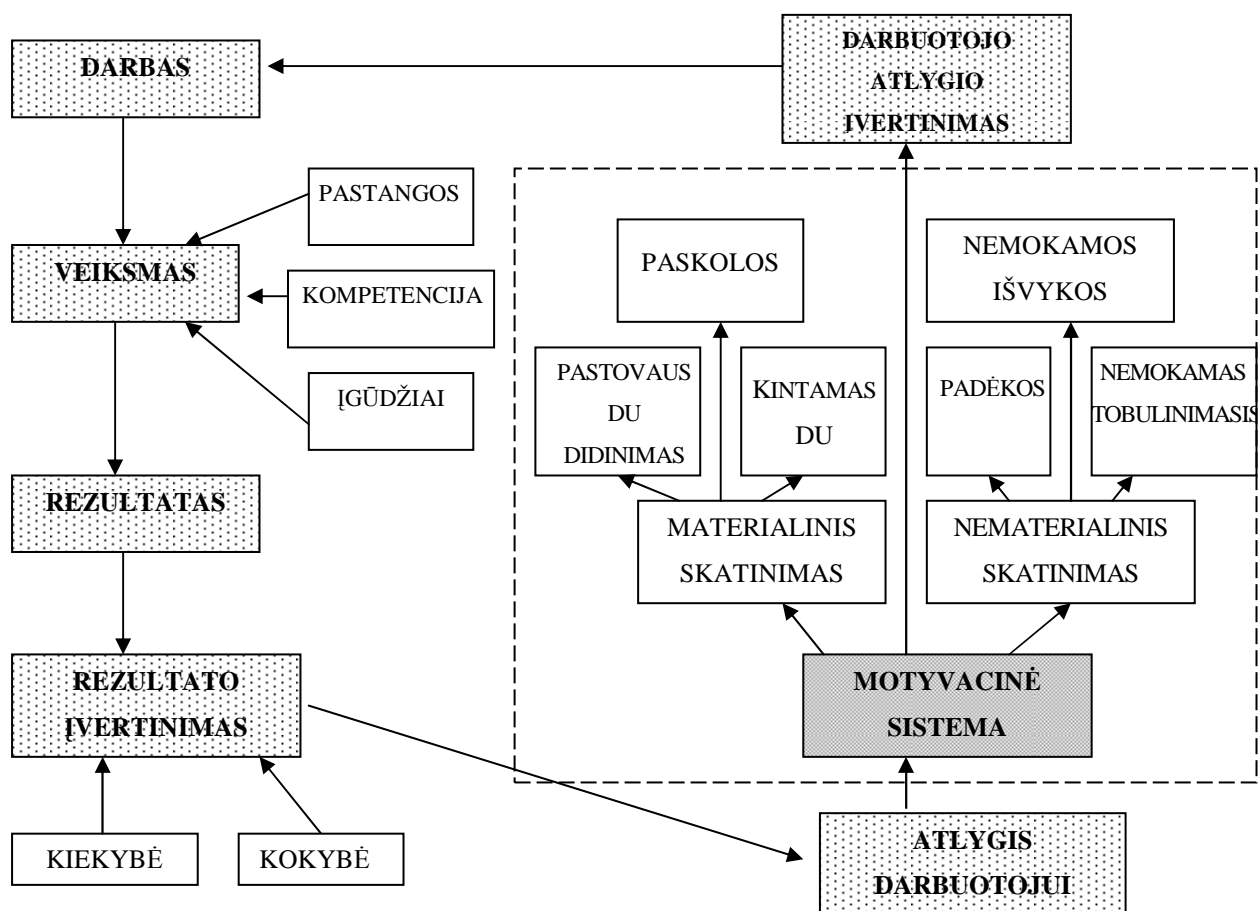
Populiariausi yra švenčių minėjimai. Todėl negalima teigti, kad darbuotojų nenoras dalyvauti organizacijos renginiuose yra grindžiamas pramogos nepopuliarumu.

Apibendrinant galima teigti, kad Kauno miesto poliklinikose organizacinė aplinka yra formali. Kauno miesto poliklinikose priimant sprendimus neatsižvelgiama į amžiaus grupes, o atsižvelgiama į darbuotojo pareigas, kompetenciją bei ekonominius faktorius.

Vertinant esamos žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos naudingumą, reikia nustatyti ankstesniosios žmoniškųjų išteklių valdymo sistemos trūkumus. Todėl buvo atlikta interviu apklausa. Nustatyta, kad organizacijoje anksčiau nebuvo žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos. Pastaraisiais metais Kauno miesto poliklinikose pradėta diegti tarptautinė kokybės vadybos sistema ISO 9000. Dvejuose poliklinikose ši sistema jau funkcionuoja, kitos – ruošia dokumentus šios sistemos įdiegimui. Todėl spręsti apie naujos žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos naudingumą dar nėra pakankamai duomenų.

Apibendrinant galima teigti, kad Kauno miesto poliklinikų žmogiškųjų išteklių valdyme taikomas modelis turi tiek materialinio, tiek nematerialinio skatinimo priemonių, atsižvelgiant tiek į organizacijos, tiek darbuotojų lūkesčius.

Vadovaujantis L. W. Porter ir E. E. Lawler motyvavimo sistemos modeliu, bei 14 paveiksle pateikiamas žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos modelis. Darbas - tam tikras darbuotojų atliekamas veiksmas, kuris įtakoja darbuotojo kompetenciją, įgūdžius bei įdėtas pastangas. Ganamas rezultatas. Rezultatas vertinamas pagal kriterijus: kokybinius bei kiekybinius. Nuo šių kriterijų priklauso atlyginimo darbuotojui parinkimas. Todėl būtina, pagal atlikus žmogiškųjų išteklių valdymo tyrimus, atsižvelgti į darbuotojų išreikštą nuomonę, pagal tai parenkant jam priimtinausią motyvavimo priemonę. Būrien jos turi didžiausią įtaką darbuotojų pasitenkinimui darbu, o nuo to priklauso ir darbo našumas bei kokybė.



Šaltinis: sukurta autorės

14 pav. Žmogiškųjų išteklių valdymui taikytinos sistemos modelis

Apibendrinant galima teigti, kad darbuotojų darbo našumas bei kokybė priklauso nuo organizacijoje taikomos žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos, kurios esmę turi sudaryti darbuotojų lūkesčius atitinkančios motyvavimo priemonės.

3.4. Žmogiškųjų išteklių valdymo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje veiklos audito sistemos modelis

Daugelis didesnių savo žmogiškųjų išteklių valdymo procesą formalizavusių organizacijų naudoja vienokią ar kitokią verslo/veiklos modelį. Toks modelis paprastai įvardija visas galimas su

organizacija susijusias rizikas, iš kurių atrenkamos svarbiausios ir labiausiai reikšmingos. Norint susieti šiuos modelius su žmogiškųjų išteklių valdymu, reikėtų nustatyti koreliacinę priklausomybę tarp organizacijos veiklos finansinių rezultatų ir žmogiškųjų išteklių kiekybinių parametrų (darbuotojų skaičiaus, jų kvalifikacinės struktūros ir t.t.)

Dauguma veiklos įvertinimo modelių naudoja finansinius rodiklius (Walker, 1990): trumpalaikius likvidus ir apyvartinį kapitalą, pelningumą arba investicijų grąžą, kapitalo struktūros rodiklius, įskaitant rinkos kapitalizaciją ir išskolinimus, taip pat turto rodiklius, kapitalinius įdėjimus. Nors dauguma modelių naudoja metinius duomenis, kai kurie jų pritaikyti naudoti ketvirtinius ir netgi mėnesinius organizacijos veiklos rodiklius.

Paprastai modeliuose naudojami žinomi organizacijos veiklos rodikliai ar koeficientai. Dažniausiai rodikliai dauginami iš nustatyto finansinio mato. Rezultatai sumuojami, dažniausiai kartu su konstanta tam, kad apskaičiuoti vieną bendrą statistinį faktą. Gautas skaičius leidžia įvertinti, ar verslo subjektas turi veiklos problemų. Įvertinus rezultatus, galima atlikti atbulinę modelio analizę, t.y. išanalizuoti kiekvieną modelio komponentą, kad būtų išsiaiškinti potencialių problemų šaltiniai (Walker, 1990). Taigi į žmogiškųjų išteklių įvertinimo modelius gali būti žiūrima kaip į taisytinių organizacijos veiklų identifikavimo priemonę.

Zavgraven'o modelis

Tai modelis, kurio pagalba galima numatyti veiklos problemų atsiradimo galimybes penkeriems metams į priekį. Modelis remiasi faktinių rodiklių analizėmis. Turint reikiamus koeficientus, juos perskaičiuojame į tikimybinus rodiklius. Penkerių metų analizė įgalina įvertinti, ar organizacijos veikla laikui bėgant turi tendenciją blogėti.

Modelio naudojimui reikalingi šie finansiniai rodikliai:

- vidutinis turtas / grynieji pardavimai;
- vidutiniai debitoriniai išskolinimai / vidutinis turtas;
- (grynieji pinigai + vertybiniai popieriai) / trumpalaikis turtas + ilgalaikis turtas + nematerialus turtas;
- (grynieji pinigai + vertybiniai popieriai) / esami išskolinimai;
- pajamos prieš diskontuotas operacijas ir specialius įrašus * ilgalaikiai išsipareigojimai;
- ilgalaikiai išskolinimai;
- grynieji pardavimai (apyvartinės lėšos + apyvartinis kapitalas).

Visi minėtieji santykiniai rodikliai yra padauginami iš 100. Tuomet gautieji rodikliai didėja koeficientų dydžiu nuo 1 metų. Tada pridedame rezultatus su konstanta ir išsiaiškiname žlugimo tikimybę.

Zavgren'o modelis

	Metai				
	1	2	3	4	5
Konstanta	-0,23883	-2,6106	-1,5115	-5,9457	-6,8766
vidutinis turtas / grynieji pardavimai	0,00108	0,04185	0,06257	0,09157	0,08835
vidutiniai debitoriniai įsiskolinimai / vidutinis turtas	0,01583	0,02215	0,00829	0,01667	0,00692
(grynieji pinigai + vertybiniai popieriai) / trumpalaikis turtas + ilgalaikis turtas + nematerialus turtas	0,1078	0,11231	0,4248	0,05917	0,15786
(grynieji pinigai + vertybiniai popieriai) / esami įsiskolinimai	-0,03074	-0,0269	-0,01549	-0,0041	0,00018
pajamos prieš diskontuotas operacijas ir specialius įrašus * ilgalaikiai įsipareigojimai	-0,00486	-0,0144	0,00519	0,00195	-0,02301
ilgalaikiai įsiskolinimai	0,0435	0,04464	0,01822	0,041	0,04371
grynieji pardavimai (apyvartinės lėšos + apyvartinis kapitalas)	-0,0011	0,00063	0,00002	0,00363	0,00798

Šaltinis: Wallace, 2004

Zmijewski'o modelis

Modelis naudoja tris finansinius rodiklius (žr. 23 lentelė.) (Wallace, 2004).

- turto grąža = grynasis pelnas / visas turtas;
- finansinis svertas arba skolos koeficientas = įsipareigojimai / visas turtas;
- likvidumas = trumpalaikis turtas / trumpalaikiai įsipareigojimai.

Šio modelio pritaikomumas yra šiek tiek sudėtingesnis dėl metodologijos, naudojamos parametru generacijai. Zmijewski'o modelis taikomas dviem žingsniais: visų pirma, konstanta ir kiekvienas santykinis rodiklis padauginamas iš 1,8138, po to dauginami iš finansinio mato. Yra du alternatyvūs parametrai, kiekvienas jų gali būti naudojami įvertinimui – svoriniai matai atspindi įvairias žlungančių ir nežlungančių firmų proporcijas.

Zmijewski'o modelis

	Nesvorinis pirminis		Pritaikius kriterijų	Svorinis pirminis		Pritaikius kriterijų
grynasis pelnas / visas turtas	-4,513	x1,8138	-8,1857	-3,599	x1,8138	-6,5279
įsiskolinimai / visas turtas	5,679	x1,8138	10,3006	5,406	x1,8138	9,8054
trumpalaikis turtas / trumpalaikiai įsipareigojimai	0,004	x1,8138	0,0073	-0,100	x1,8138	-0,1814
Konstanta	-4,336	x1,8138	-7,8646	-4,803	x1,8138	-8,7117

Šaltinis: Wallace, 2004

Finansinį matą padauginus iš atitinkamo kriterijaus, gautas rezultatas agreguojamas pagal skaičių, kuris nurodomas kaip pritaikomas rezultatas. Tuomet pritaikomas rezultatas yra perskaičiuojamas į tikimybę pagal formulę:

$$\text{Tikimybė}_{\text{žlugimo}} = 1/1 + (\exp(-\text{pritaikomas rezultatas}))$$

Tikimybės rezultatas bus nuo 0 iki 1 ir bus interpretuojamas kaip tikėtumas. 50 % reikšmė reiškia žlugimo grėsmę.

$$1 / 1 + (1 + \exp(-0,000085)) = \text{tikimybė} / 0,5$$

$\geq 0,5$ – žlugimo tikimybė didelė

$< 0,5$ - žlugimo tikimybė nedidelė

Žlugimas

Wilcox'o modelis

Lošėjo žlugimo modelis buvo pritaikytas žlugimo prognozavimo galimybėms. Teorijos idėja yra ta, kad lošėjas pradeda lošti su pasirinkta pinigų suma ir laimi vieną dolerį, esant tikimybei p arba pralošia vieną dolerį su tikimybe $(1-p)$. Lošimas tęsiasi tol, kol lošėjas pralošia visus turimus pinigus. Modelis įvertina didžiausią žlugimo, laimėjimo, pralošimo tikimybę, taip pat lošimo trukmę. Finansiniu požiūriu, organizacija traktuojama kaip lošėja su žlugimo tikimybe, kai grynasis turtas tampa lygus nuliui (Wallace, 2004). Lošėjo žlugimo modelis iliustruojamas 24 lentelėje.

24 lentelė

Wilcox'o modelis

Pinigai, įskaitant vertybinius popierius	1
Kiti aktyvai	0,7
Ilgalaikis turtas	0,5
Įsiskolinimai, įskaitant spec. Išlaidas nenumatytiems atvejams	-1
Pinigai (suma * reikšmė)	
Grynasis pelnas – dividendai	1
Periodinis ne piniginio turto padidėjimas	-0,3
Periodinis ilgalaikio turto padidėjimas	-0,5
Įsigyti ištekliai	1
Pinigų cirkuliacija (suma * reikšmė)	
Grynasis pelnas	1
Kapitalo sunaudojimas-nuvertėjimas	-0,5
Kitas turto padidėjimas	-0,3
Dividendai	1
Pinigų cirkuliacijos alternatyva (suma * reikšmė)	

Šaltinis: Wallace, 2004

Modelyje gali būti analizuojami 5-6 metų duomenys. Apskaičiuojama vidutinė pinigų cirkuliacijos reikšmė ir variacija:

$$a = [(\text{vidutinė pinigų cirkuliacijos reikšmė})^2 + \text{pinigų cirkuliacijos variacijos koeficientas}]^{1/2}$$

$$N = \text{pinigai} / a$$

$$X = \text{vidutinė pinigų cirkuliacijos reikšmė} / a$$

Wilcox'o lošėjo žlugimo modelis tampriai susijęs su X reikšme. Jei ši reikšmė yra žemiau nulio, vadinasi, organizacijai gresia žlugimas. Jei aukščiau nulio – veikla yra sėkminga. Įvertinus tikimybę, galima išvesti tokias formules:

$$\text{Pr}(\text{žlugimas}) = 1, \text{ jei } X < 0$$

$$\text{Pr}(\text{žlugimas}), \text{ jei } X > 0 = ((1-X) / (1+X))^N$$

Altman'o modelis

Modeliui naudoti reikalingi septyni finansiniai rodikliai (žr. 15 pav.) :

- apyvartinis kapitalas;
- nepaskirstytas pelnas;
- pajamos prieš palūkanas ir mokesčius;
- rinkos vertė;
- pardavimai;
- visas turtas;
- įsipareigojimai.

	Parametras		
Suma	(Apyvartinis kapitalas / visas turtas)	x	1.2
	(Nepaskirstytas pelnas / visas turtas)	x	1.4
	(Pajamos prieš palūkanas ir mokesčius / visas turtas)	x	3.3
	(Rinkos vertė / Įsipareigojimai)	x	0.6
	(Pardavimai / visas turtas)	x	1

Šaltinis: Wallace, 2004

15 pav. Altman'o modelis

Šio modelio esmė – diskriminantų analizė. Rezultatas yra žinomas kaip Z-rezultatas ir yra galutinis žingsnis rezultatuose. Z-rezultatų lentelė apima tris zonas, kurios leidžia įvertinti, ar modelis identifikuoja organizaciją kaip saugiai veikiančią, „laviruojančią“ ar problematišką (Wallace, 2004):

Z-rezultatų lentelė

Z reikšmė didesnis arba lygus 2.99 – veikla saugi

Z reikšmė tarp 1.82 ir 2.98 – veikla „laviruojanti“

Z reikšmė yra žemesnė nei 1.81 – veikla probleminė

Šių modelių rezultatus pakoregavus sveikatos priežiūros organizacijų veiklos rezultatų ir žmogiškųjų išteklių koreliacinės priklausomybės koeficientais galima būtų kiekybiškai įvertinti žmogiškųjų išteklių valdymo lygį tiek atskiroje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje tiek asmens sveikatos priežiūros sektoriuje visumoje. Tai galėtų būti tolimesnių empirinių tyrimų žmogiškųjų išteklių valdymo asmens sveikatos priežiūros sektoriuje uždavinys.

3.5. Vertinimo sistemos ir motyvacinės sistemos tobulinimas asmens sveikatos priežiūros sektoriuje

3.5.1. Vertinimo sistemos sukūrimas

Remiantis pirmoje darbo dalyje pateiktais teoriniais darbuotojų veikos vertinimo aspektais ir pasaulio organizacijų patirtimi, bei Kauno miesto poliklinikų vadovų ir specialistų požiūriu į darbuotojų veiklos vertinimo tyrimus, siūlytina:

- formalizuoti vadovų ir specialistų veiklos vertinimą Kauno miesto poliklinikose apie tai informuojant visus organizacijų darbuotojus;
- vertinimo diegimą pradėti nuo visų lygių darbuotojų apmokymo tam, kad išaiškinti darbuotojams šio proceso esmę ir svarbą;
- pagal tyrimo rezultatus sudaryti darbo rezultatų įvertinimo formą;
- metų pabaigoje praveisti pirmąjį pokalbį su darbuotojais, kuris būtų mokomojo pobūdžio, o jo rezultatai nebūtų siejami su atlyginimu;
- po pirmų pokalbių aptarti darbuotojų elgesį bei vertinimo procese iškilusias problemas.
- esant reikalui koreguoti ir tobulinti vertinimo procesą.
- vadovaujantis duomenų analize pirmame darbuotojų veiklos vertinimo etape, siūlytina taikyti darbuotojų vertinimą pagal darbo rezultatus, remiantis pareiginiiais nuostatais, pagal kompetencijas, t.y. dalykines savybes bei sudarant darbuotojų tobulinimosi planą, paremtą kompetencijų įvertinimu.
- remiantis motyvacinių poreikių tyrimu, Kauno miesto poliklinikose pradėti taikyti motyvavimo modelį pagal vyraujančius darbuotojų motyvus ir pasiekti maksimalių rezultatų.

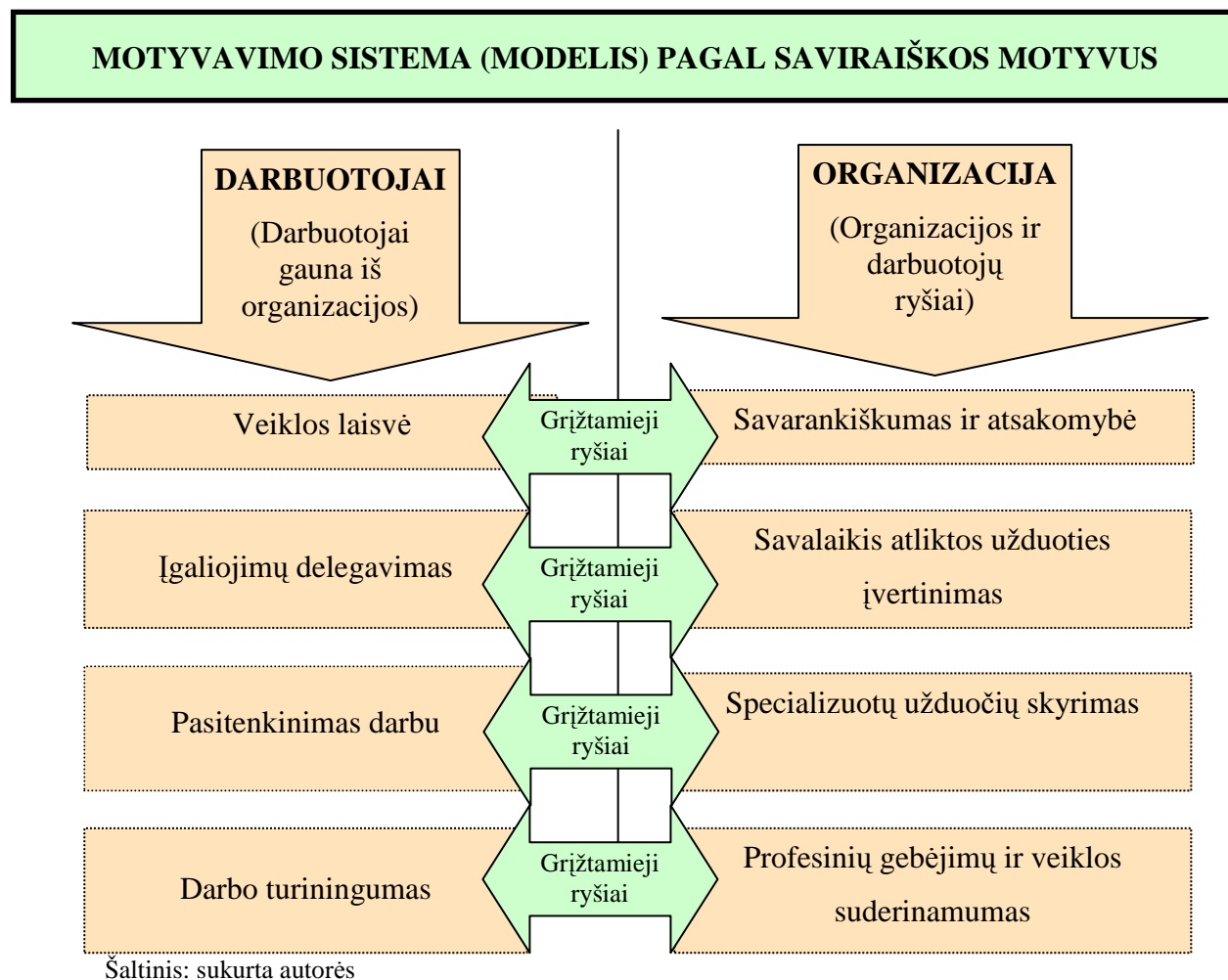
3.5.2. Motyvacinės sistemos teorinis modelis, kuris galėtų būti integruotas į bendrą Kauno miesto poliklinikų valdymo sistemą

Organizacijose vis dar gaji nuomonė, kad darbuotojų motyvacija yra susijusi su klausimu: kodėl žmonės daro ką nors arba nedaro, o motyvacijos procesas apima alternatyvių veiksmų pasirinkimą tam, kad būtų pasiektas norimas rezultatas. Darbuotojų motyvavimas yra sudėtingas procesas, nes vieniems tam tikri motyvai gali būti aiškūs, o kitiems pakankamai keblūs, be to čia didelį vaidmenį vaidina ir subjektyvus požiūris į motyvuojamą asmenį.

Atlikto tyrimo duomenimis, Kauno miesto poliklinikų motyvavimo sistemai skiriamas nepakankamas dėmesys. Geriausiu atveju bandoma darbuotojus motyvuoti pavieniais motyvavimo veiksmais. Organizacijos vadovai turėtų suvokti, kad skirtingiems darbuotojams yra aktualūs skirtingi motyvai ir, kad keičiantis darbo sąlygoms pavaldinių motyvai taip pat keisis. Motyvacinės veiklos galimybių hierarchija padėtų vadovams motyvus nukreipti darbuotojų labui. Motyvacinės vadovų veiklos tikslas – laiku pastebėti ir įvertinti darbuotojų motyvų kaitą.

Atlikto tyrimo duomenimis, nustačius Kauno miesto darbuotojų prioritetinius motyvus, galima taikyti motyvavimo sistemą pagal darbuotojų saviraiškos motyvus bei šią sistemą (modelį) integruoti į bendrą organizacijos valdymo sistemą.

Motyvacijos sistemos pagal saviraiškos motyvus pagrindas – darbuotojų savirealizacijos poreikiai (žr. 16 pav.).



16 pav. Motyvavimo sistema (modelis) pagal saviraiškos motyvus

Darbuotojams, kurie nori save realizuoti, reikalingi iššūkiai, atsakomybės ir pasididžiavimo jausmas darbe, asmenybės augimas. Ši sistemos valdymo strategija maksimizuotų realią atsakomybę ir suteiktų didesnę laisvę dirbant. Darbuotojai šioje sistemoje būtų motyvuojami naujomis ir sudėtingesnėmis užduotimis, tokiomis, kurios padėtų jiems pajvairinti darbą, jis taptų ne toks rutininis. Atsirastų galimybė darbuotojams tapti specialistais – nes būtų deleguojamos specializuotos ir specifinės užduotys.

Motyvacinės sistemos (modelio) pagal saviraiškos motyvus veikimas pagrįstas partnerystės, bendradarbiavimo santykių tarp vadovų ir pavaldinių susiformavimu. Taikant šį modelį, keičiasi vadovų statusas, sprendimų priėmimo bei veiklos metodai. Tuomet pagrindiniu Kauno miesto poliklinikų vadovų uždaviniu tampa efektyvus grupių veiklos koordinavimas, kai pati grupė sugeba spręsti

problemas ir priimti sprendimus, susijusius su jos darbu. Ši sistema reikalauja demokratiškų valdymo metodų (dialogo, kompromiso, diskusijų, pasitikėjimo, partneriškų santykių).

Šio modelio pagrindu Kauno miesto poliklinikų vadovai ieškotų kelių, kaip galima būtų panaudoti potencialias kiekvieno darbuotojo galimybes. Taikant šį modelį, reikia nuolat rengti žmogaus galimybių realizavimo programas, o pastarosios remtųsi problemų ir joms išspręsti būtinų įgūdžių analize (kvalifikacijos kėlimas, karjeros galimybės, savirealizacija). Šio modelio veikimas turi būti paremtas atlikto darbo vertinimo ir grįžtamojo ryšio sistema. Organizacijos vadovai turi nepamiršti darbuotojams nuolat suteikti grįžtamąjį ryšį apie jų vykdomą darbą, nes rezultatų žinojimas įprasmina darbą (stipri motyvacinė jėga). Tuomet ir darbuotojai užtikrins grįžtamąjį ryšį iš savo pusės (darbu, rezultatais, organizacijos tikslų įgyvendinimu).

Motyvacinė sistema (modelis) pagal saviraiškos motyvus būtų nepamainomas įrankis, kuris padėtų numatyti partnerių elgesį bei orientuotis į tokias darbuotojų galimybių strategijos kryptis, kurios šioje organizacijoje darbuotojų produktyvumą, jų efektyvų darbą paverstų kapitalu. Remiantis L.W. Porter ir E.E. Lawler motyvacinės sistemos modeliu bei įvertinus ankstesniuose skyriuose atliktus pastebėjimus, pateikiamas patobulintas žmogiškųjų išteklių valdymui taikytinas sistemos modelis. Sukurtas modelis akcentuoja, kad darbuotojas atlikdamas darbą įdeda atitinkamą kiekį pastangų, kurios priklauso nuo jo gabumų bei asmeninių savybių. Gautas rezultatas turi būti įvertintas pagal kiekybinius ir kokybinius kriterijus, atitinkamai pagal tai parenkant atlyginimą. Žmogiškųjų išteklių valdymo grandinės neatsiejama dalis skatinimas, kaip nustatėme atlikus tyrimus, turi remtis organizacijoje atliktu darbuotojų nuomonės tyrimu. Naudojamos žmogiškųjų išteklių valdymo priemonės įtakoja darbuotojų pasitenkinimą savo darbu bei atliekamo darbo kokybę.

Apibendrinant atliktų tyrimų rezultatus, galima teigti, kad organizacija - tai ne tik struktūrinis vienetas, bet ir žmonės bei procesai, vykstantys jos viduje. Žmogiškųjų išteklių valdymas arba pakreipimas norima linkme yra lengvesnis tuomet, kai jie yra motyvuoti. Tuo tarpu, svarbiausias taikytinos žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos privalumas - atitikimas organizacijoje dirbančių darbuotojų poreikiams.

IŠVADOS

1. Lietuvos sveikatos politikos plėtra buvo grindžiama tiek nacionaliniais, tiek ir tarptautiniais duomenimis bei patirtimi. Mokslinis sveikatos politikos pagrindimas bei tarptautinis bendradarbiavimas, nors sveikatos reformos procesas sudėtingas ir pilnas vingių, lėmė, jog per Nepriklausomybės laikotarpį keičiantis valdžioms išliko sveikatos politikos įgyvendinimo nuoseklumas bei tęstinumas. Tarptautinį Lietuvos sveikatos politikos plėtros pripažinimą rodo aktyvus Lietuvos ir jos atstovų įtraukimas į tarptautinius sveikatos politikos plėtros procesus, netgi Lietuvai patikint prezidentauti, kai Europos sveikatos asamblėjoje priimamas svarbiausias 21-jam amžiui PSO dokumentas – „Sveikata21“.

2. Išnagrinėjus autorių veiklos vertinimo metodus ir motyvacijos teorijas, nustatyta, kad:

- Tikslų bei asmens darbo motyvų realizavimo suvokimas yra galingas motyvavimo faktorius, todėl visų lygių vadovai savo veikloje nemažai dėmesio turi skirti pavaldžių darbuotojų siekiams nustatyti.

- Siekiant efektyvaus darbuotojų motyvavimo būdų ir priemonių praktinio taikymo pasirinktose organizacijose, vadovams būtina nustatyti pagrindinius motyvus, skatinančius darbuotojų veiklos efektyvumą bei pasirinkti teisingą darbuotojų veiklos vertinimo schemą, kuri užtikrintų kiekvieno darbuotojo pasitenkinimą darbu ir duotų tiek darbuotojui, tiek ir organizacijai maksimalią naudą.

- Darbuotojų veiklos vertinimas - tai procesas, kurio metu organizacijose įvertinamas darbuotojų atliekamas darbas, jų atitikimas užimamoms pareigoms, sudaromas vystymosi planas. Paprastai skiriamos dvi vertinimo rūšys: neformalus ir formalus vertinimas.

- Pagrindinis veiklos vertinimo tikslas - skatinti atvirą vadovų ir darbuotojų dialogą, leisti darbuotojams suprasti, ko iš jų tikimasi ir kaip jų darbas prisideda prie organizacijos tikslų, numatyti darbuotojo tobulėjimo sritis ir perspektyvas, sutelkti dėmesį į tai, kas svarbu organizacijai. Efektyviai naudojamas procesas gali padidinti darbuotojų motyvaciją ir jų veiklos rezultatus.

3. Išnagrinėjus darbo motyvaciją lemiančius veiksnius, nustatyta, kad:

- Vertinant darbuotoją, reikia atsižvelgti į daugybę dalykų: įvertinti įgūdžius, asmenines savybes, atsižvelgti į žmogaus motyvaciją, nuostatas, vertybes, prognozuoti žmogaus galimybes augti, numatyti, kiek ir kokia kryptimi jo potencialas gali būti ugdomas.

- Remiantis personalo valdymo teorijomis, darbuotojų veiklos vertinimą įtakoja: organizacijos vadovybės ir darbuotojų požiūris į šį procesą, vertinimo kriterijų pasirinkimas, vertinimo dažnumas bei finansinės galimybės, leidžiančios teisingai atlyginti darbuotojui.

4. Pateikus siūlymus žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimui ir suformulavus bendrą taikytiną modelį pažymėtina, kad:

- Motyvacinės sistemos modelis turi tiek pinigines, tiek nepinigas motyvavimo priemones ir paremtas ne tik organizacijos, bet ir darbuotojo nauda;

- Siekiant pastovaus modelio sistemos veiksmingumo - jis numatytas būti dinamišku, t.y. kisti priklausomai nuo aplinkybių.

5. Kauno miesto poliklinikose atlikto žmogiškųjų išteklių valdymo tyrimo metu nustatyta:

- Žmogiškųjų išteklių valdymas yra reglamentuotas personalo valdymo politikos bendruose nuostatuose, kuriuose nustatyta, kad ši politika turi prisidėti prie ilgalaikės ir trumpalaikės strategijos tikslų įgyvendinimo, tarnaujant geriausiam veiklos rezultatui.

- Darbuotojų planavimo, ugdymo, vystymo ir skatinimo procesus organizuoja personalo valdymo skyrius, kuris taip pat nustato bendrovės darbuotojų atrankos, mokymo, vertinimo ir skatinimo kriterijus.

- Darbas organizuojamas demokratiniais principais. Darbuotojai yra pavaldūs savo tiesioginiams vadovams, o pastarieji turi tiesioginę atsakomybę už veiklos rezultatus.

- Organizacijose yra pakankamai aukštas turimų žmogiškųjų išteklių išsilavinimo lygis. Daugumą darbuotojų sudaro moterys.

- Sprendimų priėmimas yra svarbus aspektas organizacijai. Sprendimai priimami įvairiuose lygmenyse. Priimant sprendimus neatsižvelgiama į amžiaus grupes, o atsižvelgiama į darbuotojo pareigas, kompetenciją bei ekonominius faktorius. Amžius ir socialinė padėtis neturi įtakos nulemiant nuomonę teisingam požiūriui į asmenis.

- Asmens sveikatos priežiūros sektoriuje egzistuoja licencijavimo sistema, todėl gydytojams, slaugytojams bei aukščiausio lygio vadovams privalu nuolat kelti savo profesinę kvalifikaciją. Neprivalomam kvalifikacijos kėlimui aktyvumas yra vidutinis.

- Nustatyta, kad darbuotojų pajamos yra paskirstytos ne tik pagal užimamas pareigas. Administracijai nustatytas pastovus pareiginis atlyginimas, terapinio profilio gydytojams ir slaugytojams mokamas kintamas atlyginimas, priklausomai nuo prisirašiusių prie gydytojo gyventojų skaičiaus. Gydytojams konsultantams mokamas pareiginis atlyginimas bei pagal vidaus tvarką nustatytas koeficientas už suteiktas paslaugas.

- Dauguma darbuotojų nėra patenkinti gaunamu atlyginimu už darbą.

- Vertinant darbuotojų pasitenkinimą esamomis darbo sąlygomis, pažymėtina, kad labiausiai nepasitenkinimą keliančiu veiksniu galima išskirti darbo pasidalijimą, labiausiai erzinantį veiksnį - vadovavimo stilių, o prastas darbo sąlygas nurodė labai mažas procentas darbuotojų.

- Nors didžioji dalis darbuotojų yra patenkinti santykiais su kolegomis, tačiau įstaigos organizuojamuose renginiuose dauguma jų nenoriai dalyvauja. Nenoras yra susijęs su daugeliu priežasčių: tai nepopuliarios laisvalaikio organizavimo priemonės taikymas, didelis darbo užimtumas.

S U M M A R Y

Studying human resources is important because it leads to an improved practice in the management of what is often proposed as the organization's most important resource, its people. As far as human resources become more and more important factor of any company's activity under the circumstances of the changing business world, analyzing the relation between the strategy of human resources management and the strategy of the business management turns to the matter of great relevance.

The analysis of human resources and motivation theoretic issues, it is anything to go by that this field is enough investigated. However the growing fluctation stimulated to the comprehensive analysis. There aren't any measurement of health care quality and no particular guidelines on how to improve human resources management by developing health care in Kaunas. In this Master Thesis we analyzed „The improvement of human resources management by development of health care in Kaunas. All the other resources, like capital, raw materials and information, are rated as homogeneous and can be incorporated in the process of product making by using the power of human resources. As far as human resources become more and more important factor of any healthcare company's activity under the circumstances of the changing organization intrinsic causes world. The improvement of human resources management by development of health care becomes very important linking of human resources with strategic goals and objectives in order to improve business performance and develop organizational culture that foster innovation and flexibility.

It is even more important to know how the strategy of human resources management by development of health care is designed. The comprehensive analysis is made in this Master Thesis. In the final theoretic analysis the different models, also different views, of the development and implementation of the strategy of human resources management suggested by different authors are laid down. It is evaluated in this paper work if the processes, which are in progress in Lithuanian healthcare companies, match the propositions deduced in countries, which began implementing the strategy of human resources management into healthcare in Kaunas.

LITERATŪRA.

1. ADAMONIENĖ, R.; SAKALAS, A., ŠILINGIENĖ, V. (2002) *Personalo valdymas*. Kaunas: Technologija. 136 p. ISBN 9955-09-322-6.
2. APPLEBY, Robert C. (1992) *Modern business administration*. London: Pitman, 462 p. ISBN 0-273-03754-4.
3. AVI BANSAL, DAHLQUIST, CAMPBELL R. HARVEY (2004) Stockholm Institute for Financial Research [interaktyvus]. *Dynamic Trading Strategies and Portfolio Choice*, [žiūrėta 2007 m. sausio 13 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.sifr.org/PDFs/sifr-wp31.pdf>>.
4. BAGDANA VIČIUS J.; BARTKUS, E.; Chlivickas E. (2007) *Viešojo administravimo efektyvumas: monografija*. Kaunas : Technologija. 387 p. - ISBN 9955-09-095-2.
5. BAKANAUSKIENĖ, I. (2002) *Personalo valdymas : metodinė priemonė*. Kaunas: VDU leidykla, 141 p. ISBN 9955-530-12-X. .
6. BARTRAM S., DUFEY G. (2001), International portfolio Investment: theory, evidence, and institutional framework *Financial Markets, Institutions and Instruments*, vol 10(3), [interaktyvus]. [žiūrėta 2007 m. sausio 13 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.lums.lancs.ac.uk/profiles/214/>>.
7. BEKAERT, ERB, HARVEY IR VISKANTA. (1998) Economics and management [interaktyvus]. *Optimal Portfolio Selection: Mean-Variance versus Mean-VaR*, [žiūrėta 2007 m. gegužės 13 d.]. Prieiga per internetą: <[http://ece.ut.ac.ir/classpages/S85/Economics & Management/Document/portfolio%20selection/3601130.pdf](http://ece.ut.ac.ir/classpages/S85/Economics&Management/Document/portfolio%20selection/3601130.pdf)>
8. BRUCE, Anne (2003) *How to motivate every employee*. London: McGraw-Hill. 65 p. ISBN 0071-43-152-7
9. BUTKUS, F. S. (2003) *Vadyba: organizacijos veiklos operatyvaus valdymo pagrindai*. Vilnius: Eugrimas. 123 p. ISBN 9955-501-39-1.
10. CASCIO, Wayne F.; THACKER, James W. (1994) *Managing Human Resources*. McGraw - Hill Ryerson Limited. ISBN 0130-60-8548 DALEY D. (1986) Humanistic management and organizational success: The effect of job and work environment characteristics on organizational effectiveness. *Public Personnel Management*.
11. DESSLER, G. (2001) *Personalo valdymo pagrindai*. Kaunas: Poligrafija ir informatika. 344 p. ISBN 9986-850-36-3.
12. GARBARAVIČIUS T., KUODIS R. (2002) *Pinigų studijos*. Lietuvos finansų sektoriaus struktūra ir funkcionavimas, Nr. 1.
13. GRAHAM, H.T.; BENNET, R. (1998) *Human resources management*. 9th ed. London: Pitman Publishing. 435 p. ISBN 0-273-63401-1.
14. HARVEY (2004)(Ravi Bansal, Dahlquist, Campbell R .Harvey) [interaktyvus]. *Dynamic Trading Strategies and Portfolio Choice*, [žiūrėta 2006 m. sausio 05 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.sifr.org/PDFs/sifr-wp31.pdf>>.
15. IVANCEVICH, John M.; GLUECK, Williams F. (1989) *Foundations of Personnel*. Human Resource Management - 4th ed.. BPI Irwin
16. JUCEVIČIENĖ P. (1996) *Organizacijos elgsena*. Kaunas: Technologija, 283 p. ISBN 9986-13-433-1.
17. KATKUS, A. (1997) *Valstybinė ekonominė kontrolė*. Vilnius: Mintis, 301 p. ISBN 5-417-00749-8.
18. KLINGNER D., NALBANDIAN, J. (1985) *Public personnel management: Contexts and strategies*. Englewood Cliffs, Nevv Jersey: Prentice Hali.
19. КОТЛЕР Филип (1999) *Маркетинг менеджмент: анализ, планирование, внедрение, контроль*: [перевод с английского]. Санкт-Петербург: Питер. 887 p. ISBN 5-8046-0048-6.
20. LAVVLER E. AND PORTER L. (1982) *Work and motivation*. In J.R.Hackman, E.E.Lawler and L.W.Porter (Eds.), *Perspectives on organizational behavior*, p. 47 New York: McGraw-Hill.
21. LEE R. (1993) *Public personnel systems*, 3rd ed. Aspen Publishers, Inc.
22. LEONIENĖ Birutė. (2001) *Darbuotojų vadyba: vadovėlis kolegijų ir aukštesniųjų mokyklų studentams*. Kaunas: Šviesa. 198 p. ISBN 5-430-03320-0.

23. MACKEVIČIUS, Jonas. (2001) *Auditas : teorija, praktika, perspektyvos: monografija*. Vilnius: Person. įm. „Lietuvos mokslas“ red., 827 p. ISSN 1392-4044.
24. MAKŠTUTIS, Antanas. (1999) *Veiklos vadyba: teorija ir praktika: [monografija]*. Vilnius: LRŠMM Leidybos centras, 523 p. - ISBN 9986-03-419-1.
25. MARKOWITZ H. (2006) Capital Asset Pricing Model [interaktyvus]. *Portfolio Theory*, [žiūrėta 2007 m. sausio 13 d.]. Prieiga per Internetą: <http://www.riskglossary.com/link/capital_asset_pricing_model.htm>.
26. PEKARSKIENĖ I. (1998) Investiciniai fondai ir jų kūrimas Lietuvoje. *Ekonomika ir vadyba - 98: Tarptautinės konferencijos pranešimo medžiaga – Kaunas: Technologija, 1998.- p.271-274.*
27. POLUCHINA, Oksana (2004) Nepiniginiai personalo motyvacijos metodai. *Vadovo pasaulis* [interaktyvus]. Nr.3 [žiūrėta 2007 m. gruodžio 15d.] Prieiga per internetą: <<http://www.excelsitas.com/?lt=1080731255>>
28. RILEY D. (1993) *Public personnel administration*. Harper Collins College Publishers.
29. SAKALAS, A. (2001). *Personalo vadyba*. Kaunas, Technologija, 80 p. ISBN 9986-13-915-5.
30. SCHOLZ Ch. (1987) *Strategisches Management: ein integrativer Ansatz*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
31. SOLNYŠKIENĖ J. (1999) Valstybinio turto privatizavimo politikos, formuojamos ir įgyvendinamos Lenkijoje ir Lietuvoje, lyginamoji analizė. *Socialiniai mokslai. Ekonomika*. Kaunas: KTU, Nr. 1(18), p 19-25, ISSN 1392-0758.
32. STONER, James A.; FREEMAN, R.Edward; GILBERT, Daniel R. (1999) *Vadyba*. Kaunas: Poligrafija ir informatika. 647 p. ISBN 9986-850-28-2.
33. SŪDŽIUS, Vytautas. (2001) *Smulkaus ir vidutinio verslo administravimas ir valdymas*. Vilnius : Kronta. 287 p. ISBN 9986-879-51-5.
34. TAGUCHI, Sherrie Gong (2002) *Hiring the Best and the Brightest*. Atlanta: Amacom. 300 p. ISBN 0-8144-0635-1.
35. THOMPSON V. (1961) *Modern organization*. New York: Alfred A. Knopf.
36. VASILJEVAS A. (2001) Marketingo tyrimai. Atskirų temų paskaitų santraukos. Mokomoji priemonė skirta verslo vadybos specialybės studentams. Vilnius, VKK. [interaktyvus]. [žiūrėta 2006 m. spalio 24]. Prieiga per internetą: <[http://adsl-213-190-52-9.takas.lt/eBooks/Business_books/Vadoveliai_is_univeru/Marketingo%20Tyrimai\(VKK\).pdf](http://adsl-213-190-52-9.takas.lt/eBooks/Business_books/Vadoveliai_is_univeru/Marketingo%20Tyrimai(VKK).pdf)>.
37. WALKER J. (1990) *Human resource planning, 1990s style*. Human Resource Planning.
38. WALLACE A.W. (2004) *Risk Assessment by Internal Auditors Using Past Research on Bankruptcy Applying Bankruptcy Models*. Florida.
39. ZAKAREVIČIUS, Povilas. (2003) *Pokyčiai organizacijose: priežastys, valdymas, pasekmės: monografija*. Kaunas : Vytauto Didžiojo universiteto leidykla, 175 p. ISBN 9955-530-58-8.
40. БЕННЕТ, Роджер (1999) *Секреты эффективного управления*. Москва: Лори. 216 p. ISBN 5-85582-048-3.

INFORMACIJOS ŠALTINIAI

1. A guide to Mutual Funds. Stock Funds [interaktyvus]. (2007) [žiūrėta 2007 m. gegužės 03 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.ici.org/funds/>>.
2. America's first mutual fund. [interaktyvus]. (2007) [žiūrėta 2007 m. gegužės 03 d.]. Prieiga per Internetą: <<http://www.mfs.com/wps/portal/!ut/p/profile&productLineId=97&productId=158>>.
3. Artur Andersen (2007) [interaktyvus]. Risk Consulting [žiūrėta 2006 m. gruodžio 13 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.andersen.com/>.
4. Money, (2007) [interaktyvus]. [žiūrėta 2007 m. gegužės 06 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.usatoday.com/money/perfi/funds/2005-allstars/2004-stars-chart.htm>>.
5. Paul Philips (2006) Audit Challenges [interaktyvus]. Vidaus auditorių asociacija [žiūrėta 2006 m. gruodžio 13 d.]. Prieiga per Internetą: <<http://www.teiaa.org/>>.
6. Wikipedia, the free encyclopedia. (2007) Correlation [interaktyvus]. [žiūrėta 2007 m. gruodžio 15]. Prieiga per internetą: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Correlation>>.
7. Kauno miesto savivaldybės administracijos socialinių reikalų departamento nuostatai [interaktyvus]. 2008 [žiūrėta 2008 balandžio 9 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.kaunas.lt/files/418/a051856nuostatai.doc>>.
8. LRV nutarimas [interaktyvus]. (2008) [žiūrėta 2008 m. balandžio 9 d.] Dėl Lietuvos Respublikos vyriausybės 1998 m. liepos 24 d. nutarimo Nr.926 „Dėl Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo Nr. 378. Prieiga per internetą: <http://www.lrvk.lt/teises_aktai/files/2008/04/10522.doc>.
9. Valstybinės ligonių kasos nuostatai [interaktyvus]. (2007) [žiūrėta 2007 m. sausio 23 d.] Dėl valstybės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos nuostatų patvirtinimo. Nr. V-35. Prieiga per internetą: <http://www.vlk.lt/vlk/za_kt/?page=item&item_id=179>.

PRIEDAI

1 PRIEDAS Tyrimo anketa.....	72
2 PRIEDAS Interviu klausimynas.....	74
3 PRIEDAS Demografinė situacija Lietuvoje 1985-2006 m.....	75
4 PRIEDAS Medicinos specialistų parengimas Lietuvos mokymosi įstaigose 2000-2006 m.....	76
5 PRIEDAS Sveikatos priežiūros įstaigos Lietuvoje 2006 m. pabaigoje.....	77
6 PRIEDAS Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų personalas ir lovų skaičius 1965-2006 m.....	78
7 PRIEDAS Privačios sveikatos priežiūros įstaigos ir jų darbuotojai 1999-2006 m.....	79
8 PRIEDAS Odontologų skaičius 2005-2006 m. pabaigoje.....	80
9. PRIEDAS Gydytojų skaičius 2005-2006 m. pabaigoje.....	81
10 PRIEDAS Privačiai dirbantys medicinos personalas 2005-2006 m. pabaigoje.....	82
11 PRIEDAS Gydytojų skaičius pagal specialybes 1998-2006 m. pabaigoje.....	83
12 PRIEDAS Specialistų aukštesnio ar aukštesniu medicinos išsilavinimu (ne gydytojų) skaičius 2005-2006 m. pabaigoje.....	84
13 PRIEDAS Slaugytojų skaičius 2005-2006 m. pabaigoje.....	85

TYRIMO ANKETA

GERBIAMI RESPONDENTAI,

Vilniaus universiteto Kauno humanitarinio fakulteto magistrantė Edita Šuminskienė atlieka tyrimą tema „Žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimo galimybės, plėtojant sveikatos priežiūrą Kauno mieste“.

Didžiąją gyvenimo dalį praleidžiame darbe. Todėl atlikdama žmogiškųjų išteklių valdymo tobulinimo galimybių tyrimą, norėčiau nustatyti ar organizacija tenkina Jūsų poreikius. Prašyčiau įvertinti realią Jūsų organizacijos būklę.

Prašyčiau sąžiningai atsakyti į pateiktus klausimus, savo atsakymą pažymėdami ☒. Dėkoju!

1. Nurodykite savo lytį:

- vyras
 moteris

2. Nurodykite amžių:

- 18-25 26-35 36-45 46-55
 56-65 66 ir daugiau

3. Išsilavinimas:

- Spec. vidurinis
 Aukštesnysis
 Aukštasis

4. Pareigos:

- Vadovaujanti
 Gydytoja
 Slaugytoja

5. Jūsų darbo užmokestis:

- Iki 800 Lt. 800-1300 Lt. 1300-1800 Lt.
 1800-2300 Lt. virš 2300 Lt.

6. Jūsų darbo užmokestis priklauso:

- Mokamas kintamas atlyginimas pagal prisirašiusiųjų gyventojų skaičių
 Mokamas kintamas atlyginimas pagal suteiktų paslaugų kiekį
 Mokamas pastovus atlyginimas

7. Ar Jūsų organizacijoje sprendimai priimami, pasitarus su darbuotojais?

- Taip
 Ne
 Ne su visais

8. Ar paisyti padalinio vadovas Jūsų nuomonės priimančias sprendimus?

- Taip
 Ne

9. Ar vertinate teisingą požiūrį į Jus?

- labai svarbu
 svarbu
 nesvarbu

10. Kokios padėkos formos tikėtės iš vadovo?

- Asmeninė žodinė padėka
 Vieša žodinė padėka
 Raštiška oficiali padėka

11. Ar Jūsų organizacija skatina darbuotojus kelti profesinę kvalifikaciją?

- Taip
 Ne
 Kartais

12. Ar organizacija rūpinasi Jūsų profesiniu tobulinimu?

- Taip
 Ne

13. Ar norite tobulintis savo profesinėje veikloje?

- Taip
 Ne

14. Kuris kvalifikacijos kėlimo būdas Jums priimtinausias?

- Profesinio tobulinimosi kursai
- Užsienio kalbų kursai
- Seminarai, paskaitos

15. Darbinei veiklai įvertinti rinktumėtės:

- Atlyginimo pakėlimas
- Paaukštinimas pareigose

16. Kurį darbo užmokesčio padidinimo būdą rinktumėtės?

- Pareiginio atlyginimo padidinimas
- Premija
- Priemoka pagal darbo stažą

17. Ar gaunate priedų prie atlyginimo?

- Ne
- Kartą per metus
- Kelis kartus per metus

18. Ar Jus tenkina esamos darbo sąlygos?

- Taip
- Ne

19. Kas Jus neigiamai nuteikia organizacijoje?

- Grafikas
- Darbo padalijimas
- Prastos darbo sąlygos
- Kolegos

20. Ar Jus tenkina santykiai su bendradarbiais?

- Taip
- Ne

21. Ar norite dalyvauti organizacijos renginiuose?

- Taip
- Ne

22. Kokios laisvalaikio praleidimo priemonės populiariausios organizacijoje?

- Kelionės
- Švenčių minėjimai
- Kultūros renginiai
- Nėra organizuojama

23. Jums labiausiai patiksianti laisvalaikio organizavimo priemonė?

- Kelionės
- Švenčių minėjimai
- Kultūros renginiai
- Nenoriu jokių pramogų

INTERVIU KLAUSIMYNAS

1. Kokiomis priemonėmis buvo paremta ankstesnioji žmogiškųjų išteklių valdymo sistema?

2. Ar pastebėjote ankstesniosios žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos trūkumų?

3. Ar pastebėjote ankstesniosios žmogiškųjų išteklių valdymo sistemos privalumų?

4. Kaip Jūs savo organizacijoje nustatote žmogiškųjų išteklių valdymo efektyvumą?

5. Kokie veiksniai įtakoja Jūsų organizacijos žmogiškųjų išteklių valdymo sistemą?

6. Kiek laiko taikoma žmogiškųjų išteklių valdymo sistema Jūsų organizacijoje?

7. Ar galėtumėte išskirti šios sistemos privalumus bei trūkumus?

8. Ar pasikeitus žmogiškųjų išteklių valdymo sistemai, padidėjo darbuotojų darbo našumas?

DEMOGRAFINĖ SITUACIJA LIETUVOJE 1985-2006 m.
(Statistikos Departamento duomenimis)

Demografiniai duomenys	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Absolutus prieaugis 1995-2006
Vidutinis metinis nuolatinių gyventojų skaičius, tūkst.	3544.5	3697.8	3629.1	3499.5	3481.3	3469.1	3454.2	3435.6	3414.3	3394.1	-235.0
iš jų:											
miesto gyventojų	2320.0	2520.3	2446.1	2345.6	2330.2	2321.7	2307.3	2289.4	2275.1	2264.5	-181.6
%	65.5	68.2	67.4	67.0	66.9	66.9	66.8	66.6	66.6	66.7	-0.7
kaimo gyventojų	1224.5	1177.5	1183.0	1153.9	1151.1	1147.4	1146.9	1146.2	1139.2	1129.6	-53.4
%	34.5	31.8	32.6	33.0	33.1	33.1	33.2	33.4	33.4	33.3	+0.7
Vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė:											
- visų gyventojų	71.54	71.46	69.08	72.19	71.78	71.91	72.19	72.06	71.32	71.12	+2.0
- vyrų	66.79	66.44	63.27	66.77	65.95	66.21	66.48	66.36	65.36	65.31	+2.0
- moterų	75.93	76.27	75.06	77.45	77.58	77.58	77.85	77.75	77.42	77.06	+2.0
Gimusiųjų skaičius	58454	56868	41195	34149	31546	30014	30598	30419	30541	31265	-9930
Mirusiųjų skaičius	39169	39760	45306	38919	40399	41072	40990	41340	43779	44813	-493
iš to skaičiaus vaikų iki 1 m.	829	581	514	294	250	238	206	240	209	213	-301
Gimstamumas (1000-ui gyv.)	16.5	15.4	11.4	9.8	9.1	8.6	8.9	8.8	8.9	9.2	-2.2
Mirtingumas (1000-ui gyv.)	11.1	10.8	12.5	11.1	11.6	11.8	11.9	12.0	12.8	13.2	+0.7
Natūralus gyventojų prieaugis (1000-ui gyv.)	5.4	4.6	-1.1	-1.3	-2.5	-3.2	-3.0	-3.2	-3.9	-4.0	-2.9
Vaikų iki 1m.amžiaus mirtingumas (1000-ui gyvų gimusiųjų)	14.2	10.25	12.42	8.52	7.82	7.86	6.8	7.9	6.9	6.8	-5.6

MEDICINOS SPECIALISTŲ PARENGIMAS LIETUVOS MOKYMO ĮSTAIGOSE 2000-2006 m.
(Statistikos departamento duomenimis)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Universitetų skaičius	2	4	4	4	4	4	4 ¹
Baigė studijas (vientisąsias, bakalauro, specialiąsias profesines ir magistrantūras)	472	665	727	735	804	942	1014
iš jų:							
medicinos	241	238	281	245	245	216	259
pediatrijos	-	14	18	19	-	-	-
odontologijos	73	90	99	93	98	101	112
farmacijos	54	59	82	79	84	78	82
slaugos	31	51	44	61	51	61	62
reabilitacijos ir slaugos	-	-	-	-	81	182	97
visuomenės sveikatos	48	106	106	131	128	102	163
ergoterapijos	8	-	8	4	9	11	29
kineziterapijos	17	43	36	37	36	106	127
visuomenės sveikatos vadybos	-	18	18	41	41	57	50
taikomosios fizinės veiklos	-	45	35	25	31	28	33
Baigė rezidentūrą	801	689	735	604	514	490	478
iš jų:							
medicinos	680	585	593	493	401	367	350
pediatrijos	35	15	19	7	5	3	12
odontologijos	86	89	123	104	108	120	116
Kolegijų skaičius	6	6	6	6	6	6	6 ²
Baigė studijas	1029	950	774	1338	1338	1231	1284
iš jų:							
medicinos felčerių	16	-	-	-	-	-	-
medicinos laboratorinės diagnostikos	74	70	30	27	-	-	-
odontologijos	62	58	56	28	43	59	43
dantų technologijos	21	36	28	22	66	34	34
masažuotojų	15	11	19	-	36	-	-
burnos higienos	54	70	47	39	40	17	27
slaugos	562	444	276	584	448	638	600
farmakoteknikos	21	34	44	155	87	22	110
higienos	21	28	28	21	-	-	-
dietologijos	21	-	-	20	46	23	19
akušerijos	45	20	-	-	53	58	-
ortopedijos ir protezavimo	11	10	15	12	23	-	19
ergoterapijos	20	58	45	163	120	42	68
kineziterapijos	86	111	110	214	251	192	153
bendruomenės sveikatos priežiūros	-	-	76	-	-	-	-
Biomedicininės diagnostikos	-	-	-	34	99	77	145
kosmetologijos	-	-	-	19	26	69	65

¹⁾ Vilniaus Universitetas, Kauno Medicinos Universitetas, Klaipėdos Universitetas, Kauno Kūno Kultūros Akademija

²⁾ Vilniaus kolegija, Kauno kolegija, Klaipėdos kolegija, Šiaulių kolegija, Panevėžio kolegija, Utenos kolegija

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS LIETUVOJE 2006 m. pabaigoje
(SAM sistemoje, be kitų žinybų ir privačių įstaigų)

Įstaigų tipas	Atskiros įstaigos arba organizaciniai padaliniai	iš jų juridiniai vienetai
1.ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS		325
1.1.Ligoninės	158	104
iš to skaičiaus:		
1.1.1.Bendrojo pobūdžio ligoninės	67	64
iš jų:		
- miestų ligoninės	23	21
- rajonų ir apskričių ligoninės	44	43
1.1.2.Slaugos ligoninės	58	15
1.1.3.Specializuotos ligoninės	29	22
iš jų:		
- infekcinių ligų ligoninės	2	1
- tuberkuliozės ligoninės	9	6
- onkologijos ligoninės	2	1
- psichiatrinės ligoninės	11	9
- priklausomybės ligų centrai	5	5
1.1.4.Reabilitacijos ligoninės	4	3
1.2.Medicininės reabilitacijos įstaigos	12	11
iš to skaičiaus:		
- suaugusiųjų	8	7
- vaikų	4	4
1.3.Ambulatorinės įstaigos	444	191
iš to skaičiaus:		
1.3.1.Poliklinikos	90	21
1.3.2.Pirminės sveikatos priežiūros centrai	90	90
1.3.3.Ambulatorijos	180	52
1.3.4.Šeimos (bendrosios praktikos) gydytojų kabinetai	35	4
1.3.5.Specializuotos poliklinikos	42	20
iš to skaičiaus:		
- infekcinių ligų	2	-
- tuberkuliozės	5	-
- odos ir veneros ligų	1	1
- onkologijos	2	-
- psichikos sveikatos ir psichoterapijos centrai	21	13
- priklausomybės ligų centrai	5	-
- sporto medicinos centrai	5	5
- AIDS centras	1	1
1.3.6.Odontologijos poliklinikos ir kabinetai	7	4
1.4.Medicinos punktai	757	-
1.5.Greitosios medicinos pagalbos skyriai/stotys	56	14
1.6.Neatidėliotinos ir planinės konsultacinės pagalbos skyriai	2	-
1.7.Kraujo donorystės įstaigos	7	1
1.8.Kūdikių namai	5	5
2.VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS	47	22
2.1.Specializuotos visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos	7	7
2.2.Visuomenės sveikatos centrai ir filialai	36	11
2.3.Sveikatos mokymo centrai	4	4

**LIETUVOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ PERSONALAS
IR LOVŲ SKAIČIUS 1965-2006 m.
(metų pabaigoje)**

Metai	Gydytojai		Odontologai		Specialistai su aukštesniu ar aukštesniu medicinos išsilavinimu (ne gydytojai)**				Lovo stacionaruose	
	abs. sk.	10000-čių gyv.	abs. sk.	10000-čių gyv.	iš viso		iš jų slaugytojai		abs. sk.	10000-čių gyv.
					abs. sk.	10000-čių gyv.	abs. sk.	10000-čių gyv.		
1965	5269	17.6	1154	3.9	19349	64.7			26565	88.9
1970	7263	22.9	1418	4.5	24692	78.0			32370	102.2
1975	9867	29.8	1461*	4.4*	30557	92.2			36870	111.2
1980	11606	33.7	1924	5.6	37233	108.3			41185	119.8
1985	13352	37.2	2156	6.1	43366	120.6			45285	125.9
1990	15108	40.81	2019*	5.45*	47319	127.82			46175	124.73
1991	14561	39.29	2024*	5.46*	40748	109.94			46173	124.58
1992	14596	39.51	2026*	5.48*	40627	109.98			44569	120.66
1993	14648	39.90	1974	5.38	39896	108.67			43862	119.47
1994	14962	41.07	1875	5.15	40053	109.95			41267	113.28
1995	14719	40.71	1760	4.87	39741	109.93			40262	111.37
1996	14745	41.10	1727	4.81	39585	110.33			39182	109.20
1997	14743	41.39	2167	6.08	38484	108.03			36442	102.30
1998	14607	41.31	2274	6.43	37968	107.36			35615	100.71
1999	14543	41.41	2341	6.67	38603	109.91	29450	83.85	34714	98.84
2000	14019	40.20	2461	7.06	36917	105.87	28017	80.35	34145	97.92
2001	14031	40.37	2490	7.16	36191	104.13	27787	79.95	32104	92.37
2002	13856	40.02	2309	6.67	34945	100.92	26918	77.74	31031	89.62
2003	13682	39.71	2372	6.88	34123	99.03	26229	76.12	29990	87.03
2004	13397	39.11	2272	6.63	33201	96.93	25620	74.80	28972	84.58
2005	13650	40.11	2453	7.21	32902	96.68	25364	74.53	27727	81.47
2006	13510	39.91	2249	6.64	32626	96.39	25169	74.36	27114	80.10

*) SAM sistemoje

**) Slaugos specialistai, fizinės medicinos ir reabilitacijos, burnos priežiūros, laboratorinės diagnostikos specialistai, dietistai bei kiti specialistai su aukštesniu medicinos išsilavinimu

PRIVAČIOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS IR JŲ DARBUOTOJAI 1999-2006 m.

	Privačios sveikatos priežiūros įstaigos							
	1999*	2000*	2001*	2002	2003	2004	2005	2006
Įstaigų skaičius	969	1234	1416	1284	1329	1283	1521	1497
Iš jų:								
ligoninės			6	6	10	10	12	14
medicininės reabilitacijos įstaigos				8	10	8	15	15
pirminės sveikatos priežiūros įstaigos			431	106	133	149	163	170
gydytojų specialistų kabinetai ir poliklinikos				316	310	304	357	341
įmonių medicinos punktai			9	11	24	15	21	17
medicinos specialistų (ne gydytojų) kabinetai			15	7	9	9	8	10
hemodializės įstaigos						11	9	14
greitosios medicinos pagalbos įstaigos				2	3	2	3	4
odontologinės įstaigos	672	862	952	816	825	765	928	911
iš jų dantų technikų įmonės			87	92	91	77	112	102
Atsiskaičiusių privačių sveikatos priežiūros įstaigų dalis, proc.			71.8	68.2	71.8	68.5	71.0	67.5
			Privačių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai					
Gydytojų skaičius	755	1007	1500	1659	2100	2322	2832	2982
iš jų dirba privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe	267	280	484	592	786	829	998	1087
Odontologų skaičius	1021	1293	1418	1218	1355	1335	1606	1664
iš jų dirba privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe	803	1009	1095	947	1044	1037	1249	1070
Kitų specialistų su aukščiau nemedicininio išsilavinimu, dirbančių gydomąjį ir diagnostinį darbą, skaičius	18	49	73	79	150	166	274	259
iš jų dirba privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe	11	25	31	43	101	111	74	189
Specialistų su aukščiau ar aukštesniu medicinos išsilavinimu (ne gydytojų) skaičius	1093	1339	1714	1811	2282	2286	2930	3260
iš jų dirba privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe	866	1066	1358	1442	1782	1807	1376	2486
Kitų darbuotojų skaičius	1278	963	1201	1328	1872	1621	2598	3008
Iš viso darbuotojų	4165	4651	5906	6095	7759	7730	10240	11170

*) – Statistikos Departamento duomenimis

Pastaba. Šioje lentelėje pateikiami duomenys apie privačias sveikatos priežiūros įstaigas, pristačiusias metines statistines ataskaitas. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie SAM duomenimis 2006 m. Lietuvoje buvo 2258 privačios sveikatos priežiūros įstaigos, iš jų metines ataskaitas pateikė 1497, dar 27 įstaigos pranešė, kad 2006 m. nevykdė veiklos. Atsiskaičiusios įstaigos sudarė 67,5 proc. visų privačių sveikatos priežiūros įstaigų.

ODONTOLOGŲ SKAIČIUS 2005-2006 m. pabaigoje

Vietovės pavadinimas	Iš viso odontologų				iš jų					
	abs. sk.		10000-čių gyv.		SAM pavaldomo įstaigose		apskričių ir savivaldybių pavaldomo įstaigose*			
	2005	2006	2005	2006	abs. sk.	abs. sk.	2005	2006	2005	2006
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Iš viso Lietuvoje	2453	2249	6.6	6.6						
sanatorijose	2	2	0.01	0.01						
kitose žinybose	127	128	0.3	0.4						
SAM sistemoje ir privačiame sektoriuje (be sanatorių)	2324	2119	6.8	6.3	79	78	2245	2041	6.6	6.0
Iš viso miestuose	1465	1335	9.8	9.0	77	76	1388	1259	9.3	8.5
Iš viso rajonuose	859	784	4.5	4.1	2	2	857	782	4.5	4.1
Vilniaus apsk.	701	636	8.3	7.5	61	65	640	571	7.5	6.7
Vilnius	583	525	10.5	9.5	60	64	523	461	9.5	8.3
Šalčininkų r.	10	9	2.6	2.4	-	-	10	9	2.6	2.4
Širvintų r.	7	8	3.6	4.1	-	-	7	8	3.6	4.1
Svenčionių r.	12	11	3.8	3.5	-	-	12	11	3.8	3.5
Trakų r.	17	14	4.6	3.8	-	-	17	14	4.6	3.8
Ukmergės r.	25	21	5.3	4.5	-	-	25	21	5.3	4.5
Vilniaus r.	35	36	3.7	3.8	-	-	35	36	3.7	3.8
Elektrėnų sav.	12	12	4.3	4.3	1	1	11	11	3.9	3.9
Kauno apsk.	653	586	9.6	8.7	16	11	637	575	9.4	8.5
Kaunas	467	417	13.0	11.6	15	10	452	407	12.5	11.4
Birštonas	3	2	5.7	3.8	-	-	3	2	5.7	3.8
Jonavos r.	35	35	6.7	6.7	-	-	35	35	6.7	6.7
Kaišiadorių r.	18	15	4.9	4.1	-	-	18	15	4.9	4.1
Kauno r.	52	51	6.1	6.0	1	1	51	50	6.0	5.8
Kėdainių r.	32	30	5.0	4.7	-	-	32	30	5.0	4.7
Prienu r.	24	21	7.0	6.2	-	-	24	21	7.0	6.2
Raseinių r.	22	15	5.2	3.5	-	-	22	15	5.2	3.5
Klaipėdos apsk.	241	230	6.3	6.1	2	2	239	228	6.3	6.0
Klaipėda	154	143	8.2	7.7	-	-	154	143	8.2	7.7
Palanga	13	11	7.4	6.2	2	2	11	9	6.2	5.1
Neringa	1	1	3.3	3.2	-	-	1	1	3.3	3.2
Klaipėdos r.	21	17	4.3	3.5	-	-	21	17	4.3	3.5
Kretlingos r.	19	21	4.1	4.6	-	-	19	21	4.1	4.6
Škuodo r.	8	9	3.3	3.7	-	-	8	9	3.3	3.7
Silutės r.	25	28	4.7	5.3	-	-	25	28	4.7	5.3
Šiaulių apsk.	158	146	4.4	4.1	-	-	158	146	4.4	4.1
Šiauliai	96	84	7.4	6.5	-	-	96	84	7.4	6.5
Akmenės r.	7	7	2.5	2.5	-	-	7	7	2.5	2.5
Joniškio r.	6	6	2.0	2.0	-	-	6	6	2.0	2.0
Kelmės r.	9	12	2.3	3.1	-	-	9	12	2.3	3.1
Pakruojo r.	7	7	2.5	2.5	-	-	7	7	2.5	2.5
Radviliškio r.	19	17	3.8	3.4	-	-	19	17	3.8	3.4
Šiaulių r.	14	13	2.8	2.6	-	-	14	13	2.8	2.6
Panevėžio apsk.	147	141	5.1	4.9	-	-	147	141	5.1	4.9
Panevėžys	76	82	6.6	7.2	-	-	76	82	6.6	7.2
Biržų r.	10	11	3.0	3.3	-	-	10	11	3.0	3.3
Kupiškio r.	8	6	3.4	2.6	-	-	8	6	3.4	2.6
Panevėžio r.	25	24	5.8	5.6	-	-	25	24	5.8	5.6
Pasvalio r.	11	10	3.3	3.0	-	-	11	10	3.3	3.0
Rokiškio r.	17	8	4.3	2.0	-	-	17	8	4.3	2.0
Alytaus apsk.	95	95	5.3	5.3	-	-	95	95	5.3	5.3
Alytus	43	44	6.2	6.4	-	-	43	44	6.2	6.4
Druskininkai	17	17	6.9	6.9	-	-	17	17	6.9	6.9
Alytaus r.	9	9	2.8	2.9	-	-	9	9	2.8	2.9
Lazdijų r.	17	16	6.6	6.3	-	-	17	16	6.6	6.3
Varėnos r.	9	9	3.1	3.1	-	-	9	9	3.1	3.1
Marijampolės apsk.	105	84	5.7	4.6	-	-	105	84	5.7	4.6
Marijampolės r.	50	34	7.2	4.9	-	-	50	34	7.2	4.9
Šakių r.	23	22	6.2	6.0	-	-	23	22	6.2	6.0
Vilkaviškio r.	20	17	4.1	3.5	-	-	20	17	4.1	3.5
Kalvarijos sav.	6	6	4.4	4.5	-	-	6	6	4.4	4.5
Kazlų Rūdos sav.	6	5	4.1	3.4	-	-	6	5	4.1	3.4
Tauragės apsk.	64	53	4.9	4.1	-	-	64	53	4.9	4.1
Jurbarko r.	19	18	5.3	5.1	-	-	19	18	5.3	5.1
Silalės r.	13	9	4.2	3.0	-	-	13	9	4.2	3.0
Tauragės r.	29	24	5.6	4.7	-	-	29	24	5.6	4.7
Pagėgių sav.	3	2	2.6	1.7	-	-	3	2	2.6	1.7
Telšių apsk.	83	73	4.7	4.2	-	-	83	73	4.7	4.2
Mažeikių r.	26	27	4.0	4.1	-	-	26	27	4.0	4.1
Plungės r.	27	23	6.2	5.3	-	-	27	23	6.2	5.3
Telšių r.	26	21	4.7	3.8	-	-	26	21	4.7	3.8
Rietavo sav.	4	2	3.9	2.0	-	-	4	2	3.9	2.0
Utenos apsk.	77	75	4.4	4.3	-	-	77	75	4.4	4.3
Anykščių r.	14	12	4.2	3.7	-	-	14	12	4.2	3.7
Ignalinos r.	11	12	5.2	5.8	-	-	11	12	5.2	5.8
Molėtų r.	6	9	2.5	3.8	-	-	6	9	2.5	3.8
Utenos r.	28	27	5.8	5.6	-	-	28	27	5.8	5.6
Zarasų r.	6	6	2.8	2.9	-	-	6	6	2.8	2.9
Visaginas	12	9	4.2	3.2	-	-	12	9	4.2	3.2

*) - šioje lentelėje apskričių pavaldomo psichiatrijos bei rehabilitacijos ligoninės priskirtos SAM pavaldomo įstaigoms

GYDYTOJŲ SKAIČIUS 2005-2006 m. Pabaigoje

Vietovės pavadinimas	Iš viso gydytojų				iš jų					
	abs. sk.		10000-čių gyv.		SAM pavaldumo įstaigose		apskričių ir savivaldybių pavaldumo įstaigose*			
	2005	2006	2005	2006	abs. sk.	2005	2006	abs. sk.	2005	2006
Iš viso Lietuvoje	13650	13510	40.1	39.9						
sanatorijose	166	205	0.5	0.6						
kitose žinybose	2176	1848	6.4	5.4						
SAM sistemoje ir privačiame sektoriuje (be sanatorijų)	11308	11457	33.2	33.9	2429	2707	8879	8750	26.1	25.9
Iš viso miestuose	7921	8055	53.0	54.1	2338	2620	5583	5435	37.4	36.5
Iš viso rajonuose	3387	3402	17.7	18.0	91	87	3296	3315	17.3	17.5
Vilniaus apsk.	3709	3793	43.7	44.7	1335	1570	2374	2223	28.0	26.2
Vilnius	3200	3274	57.8	59.1	1313	1549	1887	1725	34.1	31.1
Šalčininkų r.	62	66	16.3	17.4	-	-	62	66	16.3	17.4
Širvintų r.	33	34	16.9	17.6	-	-	33	34	16.9	17.6
Svenčionių r.	47	45	14.9	14.5	-	-	47	45	14.9	14.5
Trakų r.	82	76	22.3	20.9	-	-	82	76	22.3	20.9
Ukmergės r.	96	105	20.5	22.7	-	-	96	105	20.5	22.7
Vilniaus r.	119	121	12.7	12.9	-	-	119	121	12.7	12.9
Elektrėnų sav.	70	72	24.8	25.6	22	21	48	51	17.0	18.2
Kauno apsk.	3004	3072	44.1	45.4	996	1028	2008	2044	29.5	30.2
Kaunas	2378	2441	65.9	68.2	967	1000	1411	1441	39.1	40.2
Birštonas	4	4	7.6	7.6	-	-	4	4	7.6	7.6
Jonavos r.	132	124	25.2	23.9	-	-	132	124	25.2	23.9
Kaišiadorių r.	63	65	17.3	17.9	-	-	63	65	17.3	17.9
Kauno r.	143	145	16.8	16.9	29	28	114	117	13.4	13.7
Kėdainių r.	130	128	20.3	20.1	-	-	130	128	20.3	20.1
Prienu r.	77	83	22.4	24.4	-	-	77	83	22.4	24.4
Raseinių r.	77	82	18.0	19.4	-	-	77	82	18.0	19.4
Klaipėdos apsk.	1214	1234	31.9	32.5	52	58	1162	1176	30.5	31.0
Klaipėda	921	923	49.2	49.6	24	30	897	893	47.9	48.0
Palanga	50	53	28.3	30.1	16	17	34	36	19.2	20.4
Neringa	4	4	13.3	12.8	-	-	4	4	13.3	12.8
Klaipėdos r.	62	64	12.8	13.0	-	-	62	64	12.8	13.0
Kretėnų r.	72	81	15.7	17.6	-	-	72	81	15.7	17.6
Skuodo r.	17	17	6.9	7.0	-	-	17	17	6.9	7.0
Silutės r.	88	92	16.4	17.2	12	11	76	81	14.1	15.2
Šiaulių apsk.	824	825	23.1	23.3	16	19	808	806	22.6	22.8
Šiauliai	509	515	39.5	40.1	12	15	497	500	38.5	38.9
Akmenės r.	40	40	14.0	14.2	-	-	40	40	14.0	14.2
Joniškio r.	48	49	15.6	16.1	-	-	48	49	15.6	16.1
Kelmės r.	63	65	16.1	16.8	4	4	59	61	15.1	15.8
Pakruojo r.	41	35	14.5	12.6	-	-	41	35	14.5	12.6
Radviliškio r.	72	71	14.3	14.3	-	-	72	71	14.3	14.3
Šiaulių r.	51	50	10.0	9.9	-	-	51	50	10.0	9.9
Panevėžio apsk.	776	752	26.8	26.2	30	32	746	720	25.8	25.1
Panevėžys	462	444	40.1	38.8	6	9	456	435	39.5	38.0
Biržų r.	67	66	19.8	19.7	4	4	63	62	18.6	18.5
Kupiškio r.	40	38	16.9	16.2	-	-	40	38	16.9	16.2
Panevėžio r.	57	57	13.2	13.2	-	-	57	57	13.2	13.2
Pasvalio r.	58	55	17.4	16.7	-	-	58	55	17.4	16.7
Rokiškio r.	92	92	23.0	23.3	20	19	72	73	18.0	18.5
Alytaus apsk.	431	444	23.8	24.8	-	-	431	444	23.8	24.8
Alytus	242	242	35.0	35.2	-	-	242	242	35.0	35.2
Druskininkai	73	78	29.5	31.8	-	-	73	78	29.5	31.8
Alytaus r.	15	17	4.7	5.4	-	-	15	17	4.7	5.4
Lazdijų r.	39	41	15.2	16.3	-	-	39	41	15.2	16.3
Varėnos r.	62	66	21.0	22.8	-	-	62	66	21.0	22.8
Marijampolės apsk.	379	393	20.6	21.5	-	-	379	393	20.6	21.5
Marijampolės r.	187	189	26.9	27.3	-	-	187	189	26.9	27.3
Sakių r.	75	75	20.2	20.4	-	-	75	75	20.2	20.4
Vilkaviškio r.	79	88	16.2	18.2	-	-	79	88	16.2	18.2
Kalvarijos sav.	15	14	11.1	10.4	-	-	15	14	11.1	10.4
Kazlų Rūdos sav.	23	27	15.6	18.5	-	-	23	27	15.6	18.5
Tauragės apsk.	249	222	19.2	17.3	-	-	249	222	19.2	17.3
Jurbarko r.	79	77	21.9	21.6	-	-	79	77	21.9	21.6
Silalės r.	48	42	15.6	13.8	-	-	48	42	15.6	13.8
Tauragės r.	114	96	22.2	18.8	-	-	114	96	22.2	18.8
Pagėgių sav.	8	7	6.8	6.1	-	-	8	7	6.8	6.1
Telšių apsk.	321	316	18.3	18.1	-	-	321	316	18.3	18.1
Mazeikių r.	124	119	18.8	18.2	-	-	124	119	18.8	18.2
Plungės r.	79	83	18.1	19.1	-	-	79	83	18.1	19.1
Telšių r.	109	106	19.6	19.2	-	-	109	106	19.6	19.2
Rietavo sav.	9	8	8.8	7.8	-	-	9	8	8.8	7.8
Utenos apsk.	401	406	22.7	23.2	-	-	401	406	22.7	23.2
Anykščių r.	62	65	18.7	19.9	-	-	62	65	18.7	19.9
Ignalinos r.	40	39	19.0	18.9	-	-	40	39	19.0	18.9
Molėtų r.	41	46	17.2	19.5	-	-	41	46	17.2	19.5
Utenos r.	128	128	26.3	26.5	-	-	128	128	26.3	26.5
Zarasų r.	52	51	24.3	24.3	-	-	52	51	24.3	24.3
Visaginas	78	77	27.3	27.0	-	-	78	77	27.3	27.0

*) - šioje lentelėje apskričių pavaldumo psichiatrijos bei reabilitacijos ligoninės priskirtos SAM pavaldumo įstaigoms

PRIVAČIAI DIRBANTYS MEDICINOS PERSONALAS 2005-2006 m. pabaigoje

Vietovės pavadinimas	Gydytojai				Odontologai				Specialistai su aukštesniu ar aukštesniu med. išsil.			
	iš viso		iš jų dirba privačiai pagrind. darbe		iš viso		iš jų dirba privačiai pagrind. darbe		iš viso		iš jų dirba privačiai pagrind. darbe	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Iš viso Lietuvoje	2832	2982	998	1087	1606	1664	1249	1070	2930	3260	2384	2486
Iš viso miestuose	2081	2175	665	731	1148	1210	884	771	2109	2374	1677	1773
Iš viso rajonuose	768	808	345	356	441	441	353	290	792	854	685	686
Vilniaus apsk.	884	876	190	233	491	534	397	333	839	1015	601	686
Vilnius	837	835	173	214	456	500	366	311	794	963	567	643
Šalčininkų r.	-	-	-	-	2	1	2	1	2	2	2	2
Širvintų r.	4	6	3	2	3	3	3	3	3	5	3	5
Švenčionių r.	4	3	1	1	4	2	3	2	3	3	2	2
Trakų r.	7	3	4	1	4	2	4	1	4	1	2	0
Ukmergės r.	26	21	7	12	14	15	13	9	23	22	17	17
Vilniaus r.	6	8	2	3	3	7	2	2	8	17	7	16
Elektrėnų sav.	-	-	-	-	5	4	4	4	2	2	1	1
Kauno apsk.	765	809	296	327	504	536	397	344	703	766	577	597
Kaunas	592	641	207	234	408	434	314	278	505	568	394	426
Birštonas	23	13	16	12	2	1	2	1	41	44	41	38
Jonavos r.	38	36	27	20	21	23	17	16	45	41	41	38
Kaišiadorių r.	4	4	2	4	8	6	7	4	9	6	7	6
Kauno r.	54	53	23	29	25	29	23	21	42	43	36	38
Kėdainių r.	19	24	4	6	14	19	12	10	19	18	19	13
Prienų r.	19	19	10	12	14	14	11	8	23	26	22	21
Raseinių r.	16	19	7	10	12	10	11	6	19	20	17	17
Klaipėdos apsk.	364	387	131	149	135	132	102	94	356	394	315	336
Klaipėda	238	247	86	78	88	83	64	53	199	198	170	158
Palanga	46	45	18	29	10	7	8	6	59	68	56	65
Neringa	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	0
Klaipėdos r.	9	6	5	4	11	11	8	7	25	27	25	23
Kretینگos r.	38	49	10	15	11	11	10	11	26	28	22	24
Skuodo r.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Šilutės r.	33	39	12	22	15	20	12	17	47	74	42	66
Šiaulių apsk.	143	155	46	54	105	99	75	62	176	174	137	127
Šiauliai	118	127	40	41	77	70	54	42	140	142	110	100
Akmenės r.	2	2	1	1	2	3	2	1	5	4	4	3
Joniškio r.	9	15	3	9	4	4	2	2	4	11	4	9
Kelmės r.	12	9	1	3	5	7	3	6	14	9	10	9
Pakruojo r.	1	1	1	-	3	2	1	1	4	2	1	1
Radviliškio r.	1	1	-	-	8	8	8	6	1	-	1	0
Šiaulių r.	-	-	-	-	6	5	5	4	8	6	7	5
Panevėžio apsk.	151	153	75	61	88	82	59	55	185	177	167	135
Panevėžys	122	125	65	52	60	66	39	44	132	134	123	107
Biržų r.	18	14	6	6	7	6	1	2	15	16	10	11
Kupiškio r.	-	-	-	-	3	2	3	2	4	2	4	2
Panevėžio r.	2	2	-	-	3	3	3	3	1	4	1	2
Pasvalio r.	2	2	1	-	3	2	2	1	7	4	5	2
Rokiškio r.	7	10	3	3	12	3	11	3	26	17	24	11
Alytaus apsk.	122	155	62	71	49	55	36	38	239	261	211	232
Alytus	20	42	2	8	28	31	19	21	24	30	15	19
Druskininkai	81	95	56	59	9	9	9	9	200	209	186	200
Alytaus r.	2	2	-	1	-	-	-	-	2	2	1	1
Lazdijų r.	13	11	4	2	10	11	7	6	7	8	6	4
Varėnos r.	6	5	-	1	2	4	1	2	6	12	3	8
Marijampolės apsk.	136	158	56	63	78	71	61	41	137	124	107	87
Marijampolės r.	94	115	39	42	50	43	38	23	87	76	67	48
Šakių r.	12	11	6	6	11	11	10	9	14	14	12	11
Vilkaviškio r.	18	21	7	8	9	10	8	5	17	17	14	14
Kalvarijos sav.	2	2	1	1	2	2	2	2	4	3	2	2
Kazlų Rūdos sav.	10	9	3	6	6	5	3	2	15	14	12	12
Tauragės apsk.	60	70	34	27	45	40	38	27	68	94	57	57
Jurbarko r.	9	14	4	7	10	10	8	7	13	17	9	10
Šilalės r.	7	8	3	5	10	6	8	4	8	27	8	21
Tauragės r.	41	45	25	13	24	24	21	16	45	47	38	23
Pagėgių sav.	3	3	2	2	1	-	1	-	2	3	2	3
Telšių apsk.	186	196	95	92	64	67	52	46	193	210	183	192
Mažeikių r.	58	77	17	24	15	20	10	13	45	63	39	52
Plungės r.	81	81	41	40	28	30	24	20	96	93	93	89
Telšių r.	42	34	33	25	18	15	16	12	46	44	46	42
Rietavo sav.	5	4	4	3	3	2	2	1	6	10	5	9
Utenos apsk.	21	23	13	10	47	48	32	30	34	45	29	37
Anykščių r.	2	2	1	1	5	3	4	2	1	1	1	1
Ignalinos r.	4	3	2	2	4	5	4	5	2	1	1	0
Molėtų r.	-	-	-	-	5	7	2	5	2	4	1	3
Utenos r.	9	12	6	2	20	21	12	11	11	16	9	12
Zarasų r.	2	2	2	2	3	3	1	1	3	4	2	4
Visaginas	4	4	2	3	10	9	9	6	15	14	15	13

GYDYTOJŲ SKAIČIUS PAGAL SPECIALYBES 1998-2006 m. pabaigoje

Specialybės pavadinimas	Fiziniai asmenys									10000-čių gyventojų								
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Iš viso Lietuvoje	14622	14578	14034	14031	13856	13682	13397	13650	13510	41.35	41.51	40.25	40.37	40.02	39.71	39.11	40.11	39.91
iš jų:																		
Šeimos (bendroji) gydytojo praktika	268	504	692	897	1150	1500	1665	1730	1792	0.76	1.44	1.98	2.58	3.32	4.35	4.86	5.08	5.29
Vidaus ligos	4303	4188	3892	3744	3431	3461	3234	3125	3150	12.17	11.92	11.16	10.77	9.91	10.04	9.44	9.18	9.31
Vaikų ligos	1780	1767	1740	1636	1516	1448	1341	1316	1270	21.82 ¹	22.13 ¹	23.42 ¹	22.42 ¹	21.57 ¹	19.17 ²	17.97 ²	18.31 ²	18.26 ²
Dietologija	25	26	28	25	25	24	18	20	19	0.07	0.07	0.08	0.07	0.07	0.07	0.05	0.06	0.06
Chirurgija	861	836	816	826	805	854	846	830	864	2.43	2.38	2.34	2.38	2.32	2.48	2.47	2.44	2.55
Ortopedija																		
Traumatologija	261	272	283	305	289	313	322	324	330	0.74	0.77	0.81	0.88	0.83	0.91	0.94	0.95	0.97
Vaikų chirurgija	61	72	67	66	71	65	64	80	63	0.75 ¹	0.90 ¹	0.90 ¹	0.90 ¹	1.01 ¹	0.86 ²	0.86 ²	1.11 ²	0.91 ²
Anesteziologija	596	531	551	562	561	573	589	609	600	1.69	1.51	1.58	1.62	1.62	1.66	1.72	1.79	1.77
Akušerija																		
Ginekologija	848	846	834	810	792	795	778	777	800	2.40	2.41	2.39	2.33	2.29	2.31	2.27	2.28	2.36
Oftalmologija	345	348	361	355	355	373	351	353	340	0.98	0.99	1.04	1.02	1.03	1.02	1.02	1.04	1.00
Otorinolaringologija	298	302	297	300	289	299	292	288	291	0.84	0.86	0.85	0.86	0.83	0.87	0.85	0.85	0.86
Psichiatrija	519	540	538	553	556	604	592	604	594	1.47	1.54	1.54	1.59	1.61	1.75	1.73	1.77	1.75
Genetika	7	5	5	8	14	6	4	5	10	0.02	0.01	0.01	0.02	0.04	0.02	0.01	0.01	0.03
Teisės medicina	73	54	50	78	65	56	68	64	57	0.21	0.15	0.14	0.22	0.19	0.16	0.20	0.19	0.17
Fizinė medicina ir reabilitacija	323	351	381	394	390	441	398	398	401	0.91	1.00	1.09	1.13	1.13	1.28	1.16	1.17	1.18
Patalogija	81	70	63	74	73	67	62	64	66	0.23	0.20	0.18	0.21	0.21	0.19	0.18	0.19	0.19
Laboratorinė medicina	133	146	131	118	114	104	95	93	88	0.38	0.42	0.38	0.34	0.33	0.30	0.28	0.27	0.26
Radiologija	508	459	465	451	451	461	462	464	480	1.44	1.31	1.33	1.30	1.30	1.34	1.35	1.36	1.42
Medicinos gydytojo praktika	1530	1468	1259	1334	1489	1324	1223	1444	1252	4.33	4.18	3.61	3.84	4.30	3.84	3.57	4.24	3.70
Epidemiologija	118	112	105	115	107	122	113	140	99	0.33	0.32	0.30	0.33	0.31	0.35	0.33	0.41	0.29
Higiena	227	182	162	152	161	193	220	190	202	0.64	0.52	0.46	0.44	0.46	0.56	0.64	0.56	0.60
Kiti	1457	1499	1314	1228	1152	596	657	732	742	4.12	4.27	3.77	3.53	3.33	1.73	1.92	2.15	2.19

¹⁾ 10000-čių 0-14 m. vaikų (1997-1999 m. duomenys neperskaičiuoti pagal 2001 m. gyventojų surašymo duomenis)

²⁾ 10000-čių 0-17 m. vaikų

Pastaba. Vyriausieji gydytojai ir jų pavaduotojai-gydytojai, dirbantys klinikinį darbą, priskiriami prie atitinkamų specialybių gydytojų

**SPECIALIŠTŲ AUKŠTUOJU AR AUKŠTESNIUOJU MEDICINOS IŠSILAVINIMU (NE GYDYTOJŲ) SKAIČIUS
2005-2006 m. Pabaigoje**

Vietovės pavadinimas	Iš viso				iš jų					
	abs. sk.		10000-čių gyv.		SAM pavaldumo įstaigose		apskričių ir savivaldybių pavaldumo įstaigose*			
					abs.sk.		abs. sk.		10000-čių gyv.	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Iš viso Lietuvoje	32902	32626	96.7	96.4						
sanatorijose	631	698	1.9	2.1						
kitose įstaigose	628	607	1.8	1.8						
SAM sistemoje ir privačiame sektoriuje (be sanatorių)	31643	31321	93.0	92.5	5752	6197	25891	25124	76.1	74.2
Iš viso miestuose	18657	18622	124.9	125.0	5281	5736	13376	12886	89.5	86.5
Iš viso rajonuose	12986	12699	68.0	67.0	471	461	12515	12238	65.6	64.6
Vilniaus apsk.	8486	8492	100.0	100.2	2790	3178	5696	5314	67.2	62.7
Vilnius	6710	6736	121.2	121.5	2701	3089	4009	3647	72.4	65.8
Šalčininkų r.	227	223	59.5	58.9	-	-	227	223	59.5	58.9
Širvintų r.	151	147	77.2	75.9	-	-	151	147	77.2	75.9
Švenčionių r.	232	224	73.5	72.0	-	-	232	224	73.5	72.0
Trakų r.	224	211	60.9	57.9	-	-	224	211	60.9	57.9
Ukmergės r.	416	424	88.8	91.6	-	-	416	424	88.8	91.6
Vilniaus r.	289	287	30.9	30.5	-	-	289	287	30.9	30.5
Elektrėnų sav.	237	240	83.9	85.4	89	89	148	151	52.4	53.8
Kauno apsk.	6910	6898	101.5	101.9	2470	2491	4440	4407	65.2	65.1
Kaunas	4911	4931	136.2	137.7	2354	2378	2557	2553	70.9	71.3
Birštonas	10	10	19.0	19.0	-	-	10	10	19.0	19.0
Jonavos r.	338	335	64.6	64.5	-	-	338	335	64.6	64.5
Kaišiadorių r.	222	214	60.8	59.0	-	-	222	214	60.8	59.0
Kauno r.	367	360	43.1	42.0	116	113	251	247	29.5	28.8
Kėdainių r.	506	498	79.0	78.4	-	-	506	498	79.0	78.4
Prienuų r.	240	234	69.8	68.8	-	-	240	234	69.8	68.8
Raseinių r.	316	316	74.0	74.6	-	-	316	316	74.0	74.6
Klaipėdos apsk.	3853	3835	101.2	101.1	246	274	3607	3561	94.8	93.8
Klaipėda	2591	2575	138.3	138.5	90	112	2501	2463	133.5	132.5
Palanga	174	179	98.5	101.5	72	80	102	99	57.7	56.2
Neringa	16	16	53.0	51.1	-	-	16	16	53.0	51.1
Klaipėdos r.	246	242	50.8	49.1	-	-	246	242	50.8	49.1
Kretlingos r.	296	288	64.5	62.7	-	-	296	288	64.5	62.7
Škuodo r.	97	97	39.5	40.2	-	-	97	97	39.5	40.2
Silutės r.	433	438	80.6	82.1	84	82	349	356	65.0	66.7
Šiaulių apsk.	3279	3207	91.8	90.7	73	71	3206	3136	89.8	88.7
Šiauliai	1736	1704	134.5	132.7	58	57	1678	1647	130.0	128.3
Akmėnės r.	210	204	73.4	72.3	-	-	210	204	73.4	72.3
Joniškio r.	247	248	80.1	81.5	-	-	247	248	80.1	81.5
Kelmės r.	275	272	70.2	70.4	15	14	260	258	66.4	66.8
Pakruojo r.	210	203	74.2	72.8	-	-	210	203	74.2	72.8
Radviiliškio r.	366	357	72.9	71.8	-	-	366	357	72.9	71.8
Šiaulių r.	235	219	46.2	43.4	-	-	235	219	46.2	43.4
Panevėžio apsk.	2814	2745	97.2	95.6	173	183	2641	2562	91.2	89.2
Panevėžys	1382	1359	119.9	118.6	6	20	1376	1339	119.3	116.9
Biržų r.	276	265	81.4	79.1	22	18	254	247	74.9	73.8
Kupiškio r.	226	217	95.4	92.6	-	-	226	217	95.4	92.6
Panevėžio r.	201	194	46.4	44.9	-	-	201	194	46.4	44.9
Pasvalio r.	273	274	81.8	83.1	-	-	273	274	81.8	83.1
Rokiškio r.	456	436	113.9	110.5	145	145	311	291	77.7	73.8
Alytaus apsk.	1445	1444	79.9	80.7	-	-	1445	1444	79.9	80.7
Alytus	760	739	109.9	107.4	-	-	760	739	109.9	107.4
Druskininkai	187	185	75.6	75.5	-	-	187	185	75.6	75.5
Alytaus r.	51	61	16.1	19.4	-	-	51	61	16.1	19.4
Laždijų r.	204	205	79.5	81.2	-	-	204	205	79.5	81.2
Varėnos r.	243	254	82.5	87.7	-	-	243	254	82.5	87.7
Marijampolės apsk.	1272	1218	69.2	66.7	-	-	1272	1218	69.2	66.7
Marijampolės r.	533	507	76.6	73.2	-	-	533	507	76.6	73.2
Sakių r.	296	288	79.6	78.3	-	-	296	288	79.6	78.3
Vilkaviškio r.	317	298	64.9	61.6	-	-	317	298	64.9	61.6
Kalvarijos sav.	57	55	42.1	40.8	-	-	57	55	42.1	40.8
Kazlų Rūdos sav.	69	70	46.8	47.9	-	-	69	70	46.8	47.9
Tauragės apsk.	875	835	67.3	64.9	-	-	875	835	67.3	64.9
Jurbarko r.	242	244	67.1	68.5	-	-	242	244	67.1	68.5
Silalės r.	209	195	68.0	64.1	-	-	209	195	68.0	64.1
Tauragės r.	374	352	72.8	69.0	-	-	374	352	72.8	69.0
Pagėgių sav.	50	44	42.5	38.0	-	-	50	44	42.5	38.0
Telšių apsk.	1322	1273	75.3	72.9	-	-	1322	1273	75.3	72.9
Mažeikių r.	493	465	74.9	70.9	-	-	493	465	74.9	70.9
Plungės r.	321	312	73.5	71.6	-	-	321	312	73.5	71.6
Telšių r.	454	444	81.5	80.4	-	-	454	444	81.5	80.4
Rietavo sav.	54	52	52.5	50.9	-	-	54	52	52.5	50.9
Utenos apsk.	1387	1374	78.5	78.6	-	-	1387	1374	78.5	78.6
Anykščių r.	247	247	74.6	75.7	-	-	247	247	74.6	75.7
Ignalinos r.	178	171	84.3	82.9	-	-	178	171	84.3	82.9
Molėtų r.	190	186	79.6	79.0	-	-	190	186	79.6	79.0
Utenos r.	397	392	81.6	81.0	-	-	397	392	81.6	81.0
Zarasų r.	195	190	91.3	90.5	-	-	195	190	91.3	90.5
Visaginas	180	188	62.9	65.8	-	-	180	188	62.9	65.8

*) - šioje lentelėje apskričių pavaldumo psichiatrijos bei reabilitacijos ligoninės priskirtos SAM pavaldumo įstaigose.

SLAUGYTOJŲ SKAIČIUS 2005-2006 m. Pabaigoje

Vietovės pavadinimas	Iš viso slaugytojų				iš jų					
	abs. sk.		10000-čių gyv.		SAM pavaldomo įstaigose		apskričių ir savivaldybių pavaldomo įstaigose*			
	abs. sk.		10000-čių gyv.		abs. sk.		abs. sk.		10000-čių gyv.	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Iš viso Lietuvoje	25364	25169	74.5	74.4						
sanatorijose	423	456	1.2	1.35						
kitose žinybose	496	456	1.5	1.35						
SAM sistemoje ir privačiame sektoriuje (be sanatorijų)	24445	24257	71.8	71.7	4637	5022	19808	19235	58.2	56.8
Iš viso miestuose	14231	14261	95.2	95.8	4232	4622	9999	9639	66.9	64.7
Iš viso rajonuose	10214	9996	53.5	52.7	405	400	9809	9596	51.4	50.6
Vilniaus apsk.	6288	6326	74.1	74.6	2088	2431	4200	3895	49.5	45.9
Vilnius	4954	5005	89.5	90.3	2033	2375	2921	2630	52.8	47.4
Šalčininkų r.	177	173	46.4	45.7	-	-	177	173	46.4	45.7
Sirvintų r.	113	106	57.8	54.7	-	-	113	106	57.8	54.7
Švenčionių r.	183	181	58.0	58.1	-	-	183	181	58.0	58.1
Trakų r.	161	153	43.8	42.0	-	-	161	153	43.8	42.0
Ukmergės r.	316	325	67.5	70.2	-	-	316	325	67.5	70.2
Vilniaus r.	209	206	22.3	21.9	-	-	209	206	22.3	21.9
Elektrėnų sav.	175	177	62.0	63.0	55	56	120	121	42.5	43.1
Kauno apsk.	5411	5359	79.5	79.1	2099	2110	3312	3249	48.6	48.0
Kaunas	3848	3837	106.7	107.2	1994	2008	1854	1829	51.4	51.1
Birštonas	7	7	13.3	13.3	-	-	7	7	13.3	13.3
Jonavos r.	266	259	50.9	49.9	-	-	266	259	50.9	49.9
Kaišiadorių r.	175	165	47.9	45.5	-	-	175	165	47.9	45.5
Kauno r.	290	285	34.1	33.3	105	102	185	183	21.7	21.4
Kėdainių r.	399	384	62.3	60.4	-	-	399	384	62.3	60.4
Prienų r.	183	177	53.2	52.0	-	-	183	177	53.2	52.0
Raseinių r.	243	245	56.9	57.8	-	-	243	245	56.9	57.8
Klaipėdos apsk.	3032	3032	79.7	79.9	222	244	2810	2788	73.8	73.5
Klaipėda	2032	2042	108.5	109.8	86	103	1946	1939	103.9	104.3
Palanga	135	138	76.4	78.3	56	63	79	75	44.7	42.6
Neringa	15	15	49.7	47.9	-	-	15	15	49.7	47.9
Klaipėdos r.	186	182	38.4	36.9	-	-	186	182	38.4	36.9
Kretlingos r.	247	244	53.8	53.1	-	-	247	244	53.8	53.1
Škuodo r.	69	71	28.1	29.4	-	-	69	71	28.1	29.4
Šilutės r.	348	340	64.8	63.7	80	78	268	262	49.9	49.1
Šiaulių apsk.	2518	2482	70.5	70.2	70	68	2448	2414	68.6	68.3
Šiauliai	1292	1281	100.1	99.8	57	56	1235	1225	95.7	95.4
Akmenės r.	164	160	57.4	56.7	-	-	164	160	57.4	56.7
Joniškio r.	202	205	65.5	67.4	-	-	202	205	65.5	67.4
Kelmės r.	218	215	55.7	55.7	13	12	205	203	52.4	52.6
Pakruojo r.	161	157	56.9	56.3	-	-	161	157	56.9	56.3
Radviliškio r.	294	288	58.5	57.9	-	-	294	288	58.5	57.9
Šiaulių r.	187	176	36.8	34.9	-	-	187	176	36.8	34.9
Panevėžio apsk.	2247	2207	77.6	76.9	158	169	2089	2038	72.1	71.0
Panevėžys	1065	1054	92.4	92.0	6	17	1059	1037	91.8	90.5
Biržų r.	221	211	65.2	63.0	13	13	208	198	61.3	59.1
Kupiškio r.	190	182	80.2	77.6	-	-	190	182	80.2	77.6
Panevėžio r.	159	153	36.7	35.4	-	-	159	153	36.7	35.4
Pasvalio r.	222	223	66.5	67.7	-	-	222	223	66.5	67.7
Rokiškio r.	390	384	97.4	97.3	139	139	251	245	62.7	62.1
Alytaus apsk.	1118	1137	61.8	63.5	-	-	1118	1137	61.8	63.5
Alytus	591	593	85.5	86.2	-	-	591	593	85.5	86.2
Druskininkai	142	142	57.4	57.9	-	-	142	142	57.4	57.9
Alytaus r.	37	48	11.6	15.3	-	-	37	48	11.6	15.3
Lazdijų r.	154	154	60.0	61.0	-	-	154	154	60.0	61.0
Varėnos r.	194	200	65.8	69.1	-	-	194	200	65.8	69.1
Marijampolės apsk.	1010	987	54.9	54.1	-	-	1010	987	54.9	54.1
Marijampolės r.	417	412	60.0	59.5	-	-	417	412	60.0	59.5
Sakių r.	233	227	62.6	61.7	-	-	233	227	62.6	61.7
Vilkaviškio r.	259	248	53.0	51.3	-	-	259	248	53.0	51.3
Kalvarijos sav.	44	42	32.5	31.1	-	-	44	42	32.5	31.1
Kazlų Rūdos sav.	57	58	38.6	39.7	-	-	57	58	38.6	39.7
Tauragės apsk.	701	667	53.9	51.8	-	-	701	667	53.9	51.8
Jurbarko r.	198	190	54.9	53.3	-	-	198	190	54.9	53.3
Šilalės r.	181	168	58.9	55.2	-	-	181	168	58.9	55.2
Tauragės r.	283	274	55.1	53.7	-	-	283	274	55.1	53.7
Pagėgių sav.	39	35	33.2	30.2	-	-	39	35	33.2	30.2
Telšių apsk.	1027	993	58.5	56.9	-	-	1027	993	58.5	56.9
Mažeikių r.	384	366	58.3	55.8	-	-	384	366	58.3	55.8
Plungės r.	255	246	58.4	56.5	-	-	255	246	58.4	56.5
Telšių r.	341	335	61.2	60.7	-	-	341	335	61.2	60.7
Rietavo sav.	47	46	45.7	45.1	-	-	47	46	45.7	45.1
Utenos apsk.	1093	1067	61.9	61.1	-	-	1093	1067	61.9	61.1
Anykščių r.	196	192	59.2	58.8	-	-	196	192	59.2	58.8
Ignalinos r.	133	129	63.0	62.6	-	-	133	129	63.0	62.6
Molėtų r.	147	141	61.6	59.9	-	-	147	141	61.6	59.9
Utenos r.	314	312	64.6	64.5	-	-	314	312	64.6	64.5
Zarasų r.	153	146	71.6	69.5	-	-	153	146	71.6	69.5
Visaginas	150	147	52.4	51.4	-	-	150	147	52.4	51.4

*) - šioje lentelėje apskričių pavaldomo psichiatrijos bei reabilitacijos ligoninės priskirtos SAM pavaldomo įstaigoms