



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Visuomenės sveikata

Visuomenės sveikatos katedra, Sveikatos mokslų institutas

Evelina Žigaitė, II kursas, 1 grupė

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

**Savivaldybių sveikatos politikos formuotojų darbo iššūkiai sveikatos centrų
kūrime**

**Challenges for Municipal Health Policy Makers in the Development of Health
Centers**

Darbo vadovas

asist. dr. Aušra Beržanskytė

Katedros vadovas

Prof. Dr. (HP) Rimantas Stukas

Vilnius, 2026

evelina.zigaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

TURINYS.....	2
SANTRUMPOS.....	4
SANTRAUKA.....	5
ABSTRACT.....	6
RAKTAŽODŽIAI.....	7
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	8
Nacionalinės sveikatos sistemos samprata Lietuvoje.....	8
Nacionalinės sveikatos sampratos formavimosi pradžia.....	8
Sisteminės reformos ir sveikatos draudimo modelio įtvirtinimas.....	9
Integruotos sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos stiprinimo etapas.....	9
Šiuolaikinė nacionalinės sveikatos samprata (2015–2026 m.).....	10
1.2. Sveikatos sistemą formuojančių institucijų apžvalga.....	11
1.2.1. Sveikatos sistemos valdymo struktūra Lietuvoje.....	11
1.2.2. Lietuvos Respublikos Seimo vaidmuo.....	12
1.2.3. Vyriausybės ir Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo.....	12
1.3. Lietuvos sveikatos sistemos raida kitų Baltijos šalių kontekste.....	14
1.3.1. Bendros istorinės prielaidos.....	14
1.3.2. Sveikatos sistemų organizavimo ir valdymo skirtumai.....	14
Sveikatos priežiūros tinklo pertvarka, kuriant sveikatos centrus.....	14
1.4.1. Strateginis reformos pagrindas.....	14
1.4.2. Pokyčio samprata ir svarba.....	15
1.4.3. Pagrindinės reformos kryptys.....	15
1.4.4. Reformos įgyvendinimo eiga.....	16
1.4.5. Reformos iššūkiai ir kritika.....	18
1.4.6. Reformos reikšmė ir perspektyvos.....	18
2. METODAI.....	18
2.1. Tyrimo instrumentai ir duomenų analizė.....	18
2.1.1. Kokybinis tyrimas.....	18
2.2. Tyrimo planavimas ir organizavimas.....	20
2.3. Tiriamųjų atranka.....	21
Tyrimo etika.....	21
2.5. Tiriamųjų charakteristikos.....	21
3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	21
3.1. Sveikatos politikos formavimas savivaldybėse.....	22
Sveikatos centro kūrimo eiga.....	26
Esami rezultatai ir lūkesčiai.....	33

4. IŠVADOS.....	36
5.PRAKTINĒS REKOMENDACIJOS.....	37
LITERATŪROS SĀRAŠAS.....	38

SANTRUMPOS

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

ASPI – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

TLK – Teritorinė ligonių kasa

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PSDF - Privalomojo sveikatos draudimo fondas

VLK – Valstybinė ligonių kasa

KMU – Kauno medicinos universitetas

SANTRAUKA

Darbo tikslas: nustatyti, su kokiais iššūkiais susiduria savivaldybių sveikatos politikos formuotojai kuriant sveikatos centrus.

Darbo uždaviniai:

1. Nustatyti savivaldybių sveikatos politikos formavimo svarbą;
2. Nustatyti savivaldybių sveikatos politikos formuotojų požiūrį/viziją apie sveikatos centrus;
3. Nustatyti kokie pokyčiai (teigiami/neigiami) sveikatos politikos formavime įvyko kuriant sveikatos centrus.

Metodika: pasirinktas kokybinis tyrimo metodas, kuris atliktas pusiau struktūruoto interviu duomenų rinkimo metodu. Tyrimą atliktas dviejose savivaldybėse, įtraukiant savivaldybės sveikatos politikos formuotojus – merus, vicemerus, mero patarėjus, asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovus, asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovų pavaduotojų gydymo reikalams, savivaldybių vyriausiuosius specialistus (savivaldybės gydytojus). Tyrime dalyvavo dalyvaus 8 informantai. Tyrimas atliktas 2024 m. vasario – gegužės mėnesiais. Visi interviu buvo įrašomi, gauti įrašai transkribuojami, atsakymai koduojami į kategorijas ir subkategorijas, pagal kurias buvo nagrinėjami šiame darbe.

Rezultatai ir išvados:

1. sveikatos politikos svarba siejama su sistemingu, koordinuotu ir į prevenciją orientuotu sveikatos politikos įgyvendinimu, kuris yra atliepiantis gyventojų poreikius bei skirtingų sektorių bendradarbiavimą.
2. Sveikatos centrai vertinami kaip galimybė kurti integruotą, koordinuotą ir pacientui patogesnę sveikatos priežiūros sistemą. Akcentuotas geresnis pirminio ir antrinio lygio paslaugų bendradarbiavimas, efektyvesnis išteklių panaudojimas, vieningos informacinės sistemos svarba bei didesnis paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos centrų kūrimas siejamas su ilgalaikiu sistemos tvarumu ir paslaugų kokybės gerinimu.
3. Teigiami pokyčiai siejami su efektyvesniu administraciniu darbu, geresniu įstaigų bendradarbiavimu, finansinių išteklių optimizavimu bei geresnėmis galimybėmis pacientams gauti paslaugas vienoje sistemoje. Neigiami pokyčiai ir iššūkiai buvo susiję su nepakankamu teisiniu reglamentavimu, komunikacijos trūkumais, visuomenės ir darbuotojų pasipriešinimu pokyčiams bei privataus sektoriaus pasyvumu bendruose sveikatos sistemos procesuose.

ABSTRACT

The purpose of the work: to determine what challenges municipal health policy makers face when creating health centers.

Tasks:

1. To determine the importance of municipal health policy making;
2. To determine the attitude/vision of municipal health policy makers about health centers;
3. To determine what changes (positive/negative) in health policy making occurred when creating health centers.

Methodology: a qualitative research method was chosen, which was carried out using the semi-structured interview data collection method. The study was conducted in two municipalities, involving municipal health policy makers - mayors, vice-mayors, mayoral advisors, heads of personal health care institutions, deputy heads of personal health care institutions for treatment matters, and chief specialists of municipalities (municipal doctors). 8 informants will participate in the study. The study was conducted in February - May 2024. All interviews were recorded, the recordings were transcribed, and the responses were coded into categories and subcategories, according to which they were analyzed in this work.

Results and conclusions:

1. The importance of health policy is associated with a systematic, coordinated and prevention-oriented implementation of health policy, which responds to the needs of the population and cooperation between different sectors.
2. Health centers are seen as an opportunity to create an integrated, coordinated and more patient-friendly health care system. Better cooperation between primary and secondary level services, more efficient use of resources, the importance of a unified information system, and greater accessibility of services to the population are emphasized. The creation of health centers is associated with the long-term sustainability of the system and improvement of the quality of services.
3. Positive changes are associated with more efficient administrative work, better cooperation between institutions, optimization of financial resources, and better opportunities for patients to receive services in a single system. Negative changes and challenges were related to insufficient legal regulation, communication deficiencies, public and employee resistance to change, and the passivity of the private sector in overall health system processes.

RAKTAŽODŽIAI

Raktiniai žodžiai: sveikatos politikos formuotojai, sveikatos politika, savivaldybės, sveikatos reforma, sveikatos centras.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

1.1. Nacionalinės sveikatos sistemos samprata Lietuvoje

1.1.1. Nacionalinės sveikatos sampratos formavimosi pradžia

Lietuvos nacionalinė sveikatos samprata pradėta formuoti atkūrus nepriklausomybę, kai buvo siekiama pereiti nuo sovietinio centralizuoto sveikatos modelio prie modernios, demokratiniais principais grindžiamos sistemos [1].

Vienas svarbiausių dokumentų buvo Nacionalinė sveikatos koncepcija (1991), kuri įtvirtino sveikatą kaip visuomeninę vertybę ir valstybės prioritetą. Iki tol vyravęs centralizuotas, ligoninių dominavimu grindžiamas modelis buvo orientuotas į gydymą, o ne į prevenciją ar visuomenės sveikatą [1]. Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje buvo išreikštas Vyriausybės siekis įgyvendinti aktyvią sveikatos politiką ir pirminę sveikatos priežiūrą bei ligų prevenciją, taip pat sveikatos ugdymą, mokymą ir tausojimą, įgyventi sveikatos priežiūros finansavimo reformą sukuriant finansavimo sistemą, grindžiamą ne tik bendraisiais surenkamais mokesčiais, bet ir sveikatos draudimo lėšomis [11]. Ši sistema pasižymėjo ribotu efektyvumu, menku pacientų pasirinkimu ir silpna paslaugų kokybės kontrole [1].

Pirmoji Lietuvos Respublikos Vyriausybė pradėjo sveikatos priežiūros įstaigų decentralizavimo procesą kartu su kitų valstybės įstaigų funkcijų perdavimu savivaldybėms. Iki šio sprendimo priėmimo visos sveikatos priežiūros įstaigos priklausė Sveikatos apsaugos ministerijai (toliau – SAM). Du trečdaliai visų įstaigų buvo perduotos savivaldybėms. Ši decentralizacijos stadija apibrėžiama kaip devoliucija [11].

Sveikatos priežiūros įstaigos palaipsniui prarado kokybės kontrolę, jų teikiamų paslaugų lygis ėmė neatitikti reikalavimų. Šiam devoliucijos procesui būdingi keli trūkumai: kvalifikuotų personalo vadovų savivaldybėse stoka, pacientų pasirinkimo teisės ribojimas (dėl vienintelės antrinės sveikatos priežiūros įstaigos), pernelyg didelė administracijos įtaka ir nepakankamas savivaldybių veiklos koordinavimas. Šios reformos lemiamą įtaką darė ekonominė ir socialinė šalies padėtis [12].

Tačiau pasak V. Bankauskaitės – šiame etape reformos buvo fragmentiškos ir dažnai neturėjo nuoseklios strateginės krypties [3].

1.1.2. Sisteminės reformos ir sveikatos draudimo modelio įtvirtinimas

Vienas svarbiausių nacionalinės sveikatos sampratos įgyvendinimo etapų buvo privalomojo sveikatos draudimo sistemos įvedimas 1996 m. Ši reforma įtvirtino solidarumo principą ir sukūrė finansinį pagrindą sveikatos sistemai funkcionuoti. [4]. Įstatymas numato visų nuolatinių Lietuvos gyventojų, nesvarbu, kokios jie pilietybės, privalomąjį sveikatos draudimą. PSD administruoja viena valstybinė įstaiga – VLK [13].

1992 m. buvo įsteigta Valstybinė ligonių kasa (toliau – TLK). TLK skatino gydymo įstaigas planuoti lėšas, tačiau, kol nebuvo sveikatos sistemos įstatymo, išliko sena lėšų rinkimo sistema ir reikiamų sumų gydymo įstaigos nesurinkdavo. [11].

Šiuo laikotarpiu sveikatos samprata plėtėsi, įtraukdama universalią prieigą prie sveikatos paslaugų, decentralizuotą valdymą, pirminės sveikatos priežiūros stiprinimą [4].

Moksliniai tyrimai rodo, kad Lietuva per šį laikotarpį pasiekė reikšmingą pažangą kuriant institucinę bazę, tačiau išliko problemų paslaugų kokybės netolygumas, regioniniai skirtumai, nepakankamas dėmesys visuomenės sveikatai [5].

1992 – 1995 m. dėl nuolatinio lėšų stygiaus savivaldybės ėmė nepaisyti gyventojų interesų ir gydytojai nepagrįstai atsisakydavo siųsti ligonius aukštesnio lygio pagalbai. Šis pavyzdys rodo, kad svarbu, jog kvalifikacijos, motyvacijos bei administravimo reformos dalys turi būti glaudžiai susijusios [4, 11].

1.1.3. Integruotos sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos stiprinimo etapas

2010–2015 m. laikotarpiu nacionalinė sveikatos samprata pradėjo transformuotis į labiau integruotą modelį, atsižvelgiant į Europos Sąjungos politikos kryptis ir PSO rekomendacijas. Šiuo laikotarpiu išryškėjo keli svarbūs pokyčiai - didesnis dėmesys visuomenės sveikatai, sveikatos netolygumų mažinimas, tarpsektorinis bendradarbiavimas [6].

Šiuo laikotarpiu įgyvendinant Europos sveikatos politiką „Sveikata visiems XXI amžiuje“ bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstytą ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją pagrindiniai Lietuvos sveikatos programos tikslai buvo šie:

1. Mažinti gyventojų mirtingumą ir ilginti vidutinę gyvenimo trukmę;
2. Įtvirtinti sveikatos santykių vientisumą;
3. Pagerinti gyvenimo kokybę. [11]

Lietuvos mokslininkai pažymi, kad sveikatos politika pradėjo remtis „Sveikata visose politikose“ (angl. Health in All Policies) principu, kuris akcentuoja kitų sektorių įtaką sveikatai [6].

Vis dėlto tyrimai rodo, kad praktinis šio principo įgyvendinimas buvo ribotas dėl institucinio bendradarbiavimo stokos, skirtingų sektorių interesų konfliktų, nepakankamų valdymo gebėjimų [7].

1.1.4. Šiuolaikinė nacionalinės sveikatos samprata (2015–2026 m.)

Nuo 2015 m. Lietuvos nacionalinė sveikatos samprata tampa vis labiau orientuota į sisteminę transformaciją, kuri grindžiama integruotos priežiūros, pacientų įgalinimo ir inovacijų principais.

Remiantis naujausiais moksliniais šaltiniais, šiuolaikinė sveikatos samprata apima:

- pacientų centravimą (angl. *patient-centered care*),
- integruotas paslaugas,
- skaitmeninių technologijų naudojimą,
- prevencijos stiprinimą [8].

Svarbus vaidmuo tenka sveikatos centrų kūrimui, kurie siekia sujungti skirtingas paslaugų grandis į vieningą sistemą. Tačiau moksliniai tyrimai rodo, kad šios reformos susiduria su reikšmingais iššūkiais - organizaciniais, finansiniais, žmogiškųjų išteklių, politinio valdymo [9].

Taip pat pažymima, kad nors strateginiuose dokumentuose deklaruojamas holistinis požiūris į sveikatą, praktikoje vis dar dominuoja medicininis modelis [10].

1 lentelė. Sveikatos sistemos valdymo reformos žingsniai Lietuvoje

Pagrindinio reformos strateginio dokumento priėmimas	1991 m.
Sveikatos priežiūros įstaigų decentralizacija	1992 m., 1997 m.
Medicinos specialistų rengimo pertvarka universitetuose	1992 m.
Sveikatos informacinės sistemos pertvarkymas	1993 m.
Darbo komandoje patirties atsiradimas	1993 m.
Sveikatos draudimo finansavimo sistemos kūrimas	1993-1996 m.
Programinio valdymo atsiradimas	1993 m.
Nacionalinės sveikatos sistemos struktūros paskelbimas Sveikatos sistemos įstatyme	1994 m.
Visuomenės sveikatos vadybos programos sukūrimas KMU	1998 m.
Viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų ir jų viešo administravimo formų atsiradimas	1996 m.
TLK, apskričių gydytojo, savivaldybės gydytojo bendradarbiavimo instrumentų atsiradimas	1996 m.
Sveikatos kokybės užtikrinimo pradžia – vidaus medicininio audito tarnybos,	1998 m.

įsteigtos sveikatos priežiūros įstaigose	
Savivaldybių bendruomenių sveikatos tarybų, Lietuvos Respublikos sveikatos reikalų komisijos, Nacionalinės sveikatos tarybos įkūrimas	1998 2000 m.
Sveikatos politiką koordinuojančių įstaigų institucijų įkūrimas ir darbas	Nuo 1998 m.
Pirminės sveikatos priežiūros valdymo pertvarka ir PSP plėtros planų savivaldybėse patvirtinimas	Nuo 1995 m.
Nacionalinės vaistų politikos nuostatos	Nuo 2003 m.
Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas	(Strategija Vyriausybės patvirtinta 2003 m.)

1.2. Sveikatos sistemą formuojančių institucijų apžvalga

1.2.1. Sveikatos sistemos valdymo struktūra Lietuvoje

Lietuvos sveikatos sistema yra kompleksinė ir daugiasluoksnė, apimanti nacionalinio, regioninio ir vietos lygmens institucijas [20]. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema apibrėžiama kaip valstybės sveikatos reikalų, institucijų, sveikatinimo veiklos bei jos išteklių tvarkymo sistema [19]. Sveikatos politikos formavimas ir įgyvendinimas grindžiamas viešojo valdymo principais, kuriuose dalyvauja tiek centrinės valdžios institucijos, tiek savivaldos bei nepriklausomos organizacijos [20].

Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad efektyvus sveikatos sistemos valdymas priklauso nuo aiškaus institucijų funkcijų pasiskirstymo ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo [21]. Lietuvoje ši sistema iš dalies atitinka šiuos principus, tačiau vis dar susiduria su koordinavimo iššūkiais.

1.2.2. Lietuvos Respublikos Seimo vaidmuo

Svarbiausią vaidmenį formuojant sveikatos politiką atlieka Lietuvos Respublikos Seimas, kuris priima įstatymus, tvirtina nacionalines sveikatos strategijas, vykdo parlamentinę kontrolę.

Seimas nustato pagrindines sveikatos sistemos veikimo taisykles, įskaitant sveikatos draudimo, visuomenės sveikatos ir sveikatos priežiūros organizavimo principus [22].

Tačiau mokslininkai pažymi, kad politinių ciklų kaita gali turėti neigiamą įtaką sveikatos politikos tęstinumui, nes keičiasi prioritetai ir reformų kryptys [11].

1.2.3. Vyriausybės ir Sveikatos apsaugos ministerijos vaidmuo

1.2.3.1. Lietuvos Respublikos Vyriausybė

Vyriausybė yra atsakinga už sveikatos politikos įgyvendinimą ir strateginių sprendimų koordinavimą. Ji rengia ir įgyvendina programas, paskirsto finansinius išteklius, koordinuoja ministerijų veiklą.

1.2.3.2. Sveikatos apsaugos ministerija

Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) yra pagrindinė institucija, atsakinga už sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą. Jos funkcijos apima teisės aktų rengimą, sveikatos sistemos organizavimą, kokybės ir prieinamumo užtikrinimą, sveikatos reformų inicijavimą [23]. SAM misija - gyventojų sveikatos stiprinimas, išsaugojimas ir grąžinimas. Kokybiška, saugi ir visiems vienodai prieinama sveikatos priežiūra bei ligų prevencija [27].

Moksliniai tyrimai rodo, kad SAM vaidmuo yra kritinis, tačiau dažnai susiduriama su ribotais administraciniais ištekliais, sudėtingu reformų įgyvendinimu, interesų grupių spaudimu [23].

1.2.3.3. Privalomojo sveikatos draudimo sistema ir Valstybinė ligonių kasa

Valstybinė ligonių kasa (VLK) prie SAM yra viena svarbiausių institucijų, atsakingų už sveikatos sistemos finansavimą. Ji administruoja Privalomojo sveikatos draudimo fondą (PSDF), sudaro sutartis su gydymo įstaigomis, kontroliuoja paslaugų apmokėjimą. Teritorinės ligonių kasos veikia regioniniu lygmeniu ir užtikrina paslaugų prieinamumą.

Mokslinėje literatūroje pažymima, kad ši sistema užtikrina solidarumo principą, leidžia centralizuotai valdyti finansus, tačiau kartu kelia iššūkių dėl biurokratijos, riboto lankstumo [15].

1.2.3.4. Privalomojo sveikatos draudimo sistema ir Valstybinė ligonių kasa

Valstybinė ligonių kasa prie SAM yra viena svarbiausių institucijų, atsakingų už sveikatos sistemos finansavimą. Ji administruoja PSDF, sudaro sutartis su gydymo įstaigomis, kontroliuoja paslaugų apmokėjimą. Teritorinės ligonių kasos veikia regioniniu lygmeniu ir užtikrina paslaugų prieinamumą.

Mokslinėje literatūroje pažymima, kad ši sistema užtikrina solidarumo principą, leidžia centralizuotai valdyti finansus, tačiau kartu kelia iššūkių dėl biurokratijos, riboto lankstumo [15].

1.2.3.5. Savivaldybių vaidmuo sveikatos sistemoje

Savivaldybės Lietuvoje atlieka svarbų vaidmenį organizuojant sveikatos paslaugas vietos lygmeniu. Jų funkcijos pirminės sveikatos priežiūros organizavimas, visuomenės sveikatos stiprinimas, sveikatos programų įgyvendinimas. Savivaldybės taip pat atsakingos už viešųjų sveikatos priežiūros įstaigų steigimą ir valdymą. Tačiau tyrimai rodo, kad savivaldybių vaidmuo yra nevienodas, nes skiriasi jų finansiniai ir administraciniai pajėgumai [24].

1.2.3.6. Kitos institucijos formuojančios sveikatos politiką Lietuvoje

Svarbią vietą Lietuvos sveikatos sistemoje užima visuomenės sveikatos institucijos, tokios kaip Nacionalinis visuomenės sveikatos centras (NVSC), savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Šios institucijos atsakingos už ligų prevenciją, epidemiologinę priežiūrą, sveikatos stiprinimą. COVID-19 pandemijos metu jų vaidmuo ypač išaugo, tačiau kartu išryškėjo koordinavimo problemos, žmogiškųjų išteklių trūkumas [25].

Sveikatos sistemą taip pat formuoja viešosios ir privačios gydymo įstaigos, profesinės organizacijos (gydytojų, slaugytojų asociacijos), pacientų organizacijos. Šios grupės daro įtaką politikos formavimui per interesų atstovavimą, ekspertines rekomendacijas, dalyvavimą darbo grupėse. Moksliniai tyrimai rodo, kad interesų grupių įtaka gali būti tiek teigiama (kompetencija), tiek neigiama (lobizmas) [26].

Lietuvos sveikatos politikai reikšmingą įtaką daro tarptautinės organizacijos Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), Europos Komisija, OECD. Jos teikia rekomendacijas, finansavimą, metodinę pagalbą. Tyrimai rodo, kad ES politika ypač paveikė sveikatos sistemos modernizaciją ir reformų kryptis [20].

1.3. Lietuvos sveikatos sistemos raida kitų Baltijos šalių kontekste

1.3.1. Bendros istorinės prielaidos

Lietuva, Latvija ir Estija po nepriklausomybės atkūrimo XX a. pabaigoje pradėjo transformuoti sovietinę sveikatos sistemą, kuri buvo:

- centralizuota,
- orientuota į stacionarinę priežiūrą,
- neefektyviai paskirstanti išteklius.

Visos trys šalys pasirinko panašią reformų kryptį – pereiti prie socialinio sveikatos draudimo modelio, decentralizuoto valdymo, pirminės sveikatos priežiūros stiprinimo [14]. Tačiau, nepaisant panašių pradinių sąlygų, šių šalių sveikatos sistemų raida išsiskyrė.

1.3.2. Sveikatos sistemų organizavimo ir valdymo skirtumai

Lietuvoje sukurta vieno fondo privalomojo sveikatos draudimo sistema, kuri užtikrina beveik visuotinę aprėptį. Sistema pasižymi instituciniu stabilumu, išvystyta pirminės sveikatos priežiūros grandimi, mišriu (viešojo ir privataus) paslaugų teikimu [15].

Tačiau išlieka didelė ligoninių infrastruktūra, lėtas restruktūrizacijos tempas [16].

Estijos sveikatos sistema laikoma viena efektyviausių Baltijos regione. Ji pasižymi:

- centralizuotu, bet efektyviu valdymu (per Estijos sveikatos draudimo fondą),
- aiškia strategine kryptimi,
- stipriu skaitmenizacijos lygiu (e. sveikata).

Tyrimai rodo, kad Estija sugebėjo sukurti efektyvų išteklių paskirstymo modelį ir geriau koordinuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugas [17].

Latvijos sistema pasižymi dažnomis reformomis ir politikos nestabilumu, fragmentuotu finansavimu, didesniais prieinamumo iššūkiais nei kitose Baltijos šalyse. Latvija dažnai vertinama kaip turinti daugiau sisteminių problemų, ypač finansavimo ir paslaugų prieinamumo srityse [18].

1.4. Sveikatos priežiūros tinklo pertvarka, kuriant sveikatos centrus

1.4.1. Strateginis reformos pagrindas

Reforma grindžiama Lietuvos Vyriausybės patvirtintomis plėtros programomis, skirtomis sveikatos priežiūros kokybės gerinimui, efektyvumo didinimui, paslaugų prieinamumo užtikrinimui [28].

Pagrindiniai strateginiai tikslai pailginti gyventojų gyvenimo trukmę, sumažinti sveikatos netolygumus, stiprinti prevenciją ir visuomenės sveikatą, modernizuoti sveikatos sistemą. Tyrimai rodo, kad Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai vis dar atsilieka nuo ES vidurkio (pvz., gyvenimo trukmė yra trumpesnė), todėl reformos laikomos būtina sistemine intervencija [28].

1.4.2 Pokyčio samprata ir svarba

Pokyčių valdymas apibrėžiamas kaip pasikartojantis, laipsniškas atsinaujinimo procesas, apimantis organizacijos struktūros, krypties, gebėjimų tenkinti klientų ir organizacijos darbuotojų poreikius, judėjimą link ateities vizijos [31]. Pokyčio samprata mokslinėje literatūroje aiškinama įvairiai, tačiau dauguma autorių pabrėžia, kad pokytis yra neišvengiamas procesas, susijęs su organizacijos prisitaikymu prie vidinės ir išorinės aplinkos pokyčių. Organizacijų veikloje pokyčiai dažniausiai siejami su struktūros, technologijų, darbuotojų elgsenos, vadybos metodų ar organizacijos kultūros transformacijomis [32]. Visi pokyčių valdymo modeliai pasižymi keliomis bendromis savybėmis – vizija, strategija, žmogiškųjų išteklių valdymu, organizacijos kultūra, lyderyste, organizacijos aplinka [31]. Reformai būdingas vystymosi ciklas apimantis padėties analizę, pokyčio planavimą, vykdymą, kontrolę ir vertinimą [33].

1.4.3. Pagrindinės reformos kryptys

1.4.3.1. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pertvarka

Sveikatos priežiūros reforma tai darnaus sveikatos priežiūros politikos ir institucijų pokyčių procesas, diriguojamas vyriausybės, nukreiptas sveikatos sektoriaus veiklai ir gyventojų sveikatos būklei gerinti [33]. Daugumoje šalių sveikatos priežiūros reformos vykdomos daugiau dėl politinio ir ekonominio motyvo, nei dėl sistemos funkcionavimo, veiklos sutrikimo, neigiamų žmonių sveikatos, demografinio pokyčio. Reformos dažnai susietos su šalių politinės valdžios pasikeitimu [34]. Reformas teoretikai dažniausiai apibūdina kaip aktyvias politikų, administratorių pastangas, keičiant viešųjų organizacijų struktūrines – funkcines, organizacinės kultūros ir elgsenos charakteristikas, formuojant inovacines reformų įgyvendinimo priemones [35].

Vienas svarbiausių reformos elementų – gydymo įstaigų tinklo optimizavimas, kuriuo siekiama sumažinti perteklinę ligoninių infrastruktūrą, stiprinti ambulatorines paslaugas, efektyviau paskirstyti išteklius.

Reformos tikslas – pereiti nuo hospitalizacijos pagrindu veikiančios sistemos prie pacientui artimesnių paslaugų modelio [29].

1.4.3.2. Sveikatos centrų kūrimas

Reformos metu savivaldybėse kuriami nauji dariniai – sveikatos centrai, kurie atlieka šias funkcijas:

- koordinuoja pirminę ir antrinę sveikatos priežiūrą (iki reformos pirminės ir antrinės priežiūros įstaigos veikė kaip atskiri vienetai – pirminės sveikatos priežiūros įstaiga ir ligoninė),

- teikia ambulatorines, skubios pagalbos ir ilgalaikės priežiūros paslaugas,
- užtikrina kompleksinį pacientų aptarnavimą [29].

Šių centrų tikslas – mažinti sistemos fragmentaciją ir gerinti paslaugų prieinamumą regionuose.

1.4.3.3. Integruotos sveikatos priežiūros stiprinimas (klasteriai)

Reforma remiasi integruotos priežiūros modeliu, kuriame kuriami specializuoti klasteriai insulto, kardiologijos, traumų, perinatologijos [30]. Šie klasteriai leidžia gerinti sudėtingų ligų gydymo kokybę, mažinti mirtingumą, užtikrinti efektyvesnį pacientų srautų valdymą.

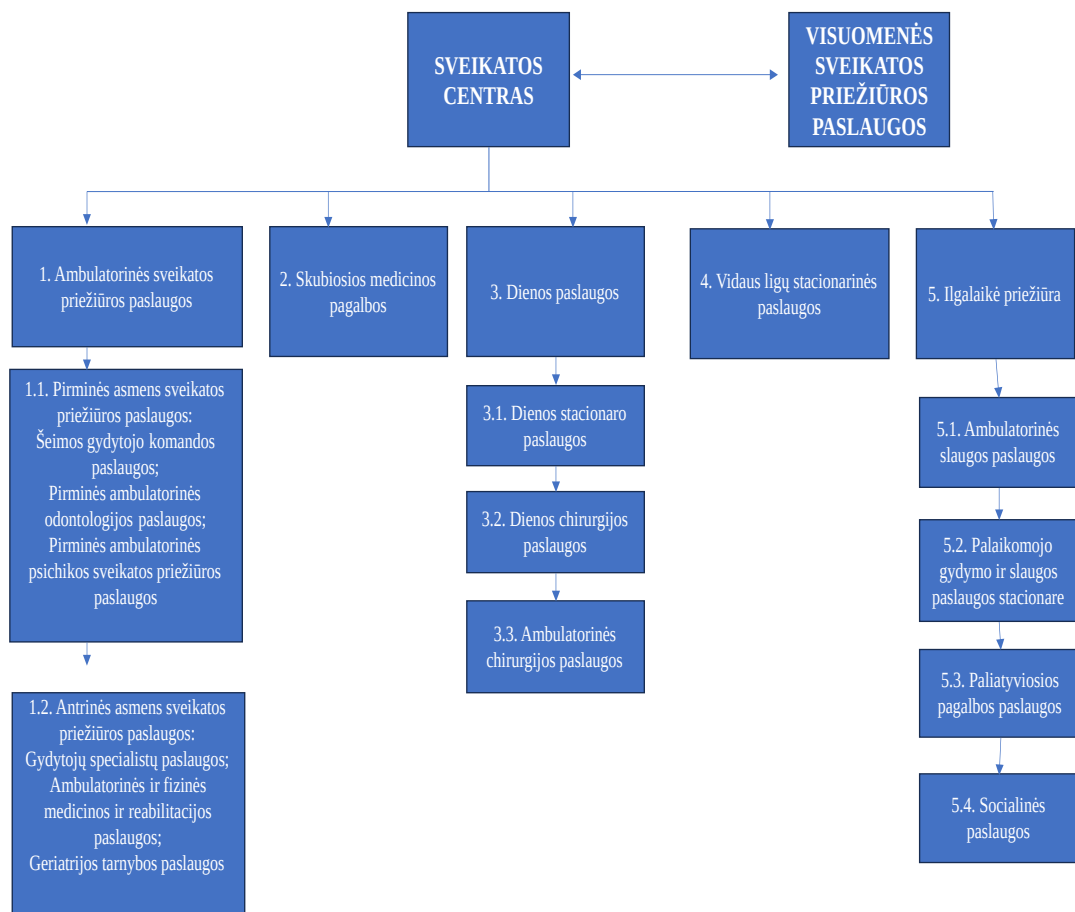
Reforma siekia užtikrinti, kad pacientai galėtų gauti paslaugas arčiau savo gyvenamosios vietos. Numatyta plėsti dienos stacionaro paslaugas, didinti ambulatorinių paslaugų apimtį, mažinti nereikalingas hospitalizacijas [29].

Svarbi reformos dalis tai skaitmeninių sprendimų diegimas - e. sveikatos sistemos plėtra, duomenų integracija, paslaugų prieinamumo gerinimas per technologijas.

1.4.4. Reformos įgyvendinimo eiga

Reformos planavimas truko apie dvejus metus ir buvo glaudžiai susijęs su ES finansavimo laikotarpiu, pandemijos poveikiu, geopolitiniais iššūkiais (pvz., karo Ukrainoje pasekmėmis) [27]. Reformos įgyvendinimui nustatyti konkretūs rodikliai iki 2025 ir 2030 m., suplanuotos investicijos nacionaliniu ir regioniniu lygmeniu, vykdoma nuolatinė stebėseną.

2022 m. LR SAM pristatė reformos viziją, kuria siekiant užtikrinti ambulatorinių paslaugų prieinamumą gyventojams pasirinkta Sveikatos centro koncepcija – kurios esmė – sutelkti sveikatos priežiūros įstaigas bendradarbiauti ir bendromis pastangomis užtikrinti saugias ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas asmens gyvenamojoje savivaldybėje, grindžiama tarptautine patirtimi ir moksliniais tyrimais [36]. Sveikatos centras yra viena iš savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų nomenklatūroje esančių įstaigų, kurios tikslas – kartu su savivaldybės gydytoju koordinuoti paslaugų teikimą savivaldybės teritorijoje ir rūpintis, kad paslaugų kokybė ir prieinamumas gyventojams gerėtų. Dėl savivaldybės sveikatos centro steigimo savivaldybės spęs pačios [36].



1 pav. Savivaldybės sveikatos centro teikiamų paslaugų struktūra [38]

Savivaldybėse sveikatos centrai galės veikti struktūriniu arba funkciniu pagrindu, užtikrinant, kad bazinės paslaugas gyventojai gyvenamojoje teritorijoje gautų tolygiai ir vienodai. Užsienio šalių atstovai dalindamiesi savo patirtimi akcentavo, kad kuriant ir vystant sveikatos priežiūros paslaugų tinklą, yra keičiama organizacinė kultūra ir diegiamas modernus valdymas, todėl čia ypatingą vaidmenį atlieka vietinė lyderystė ir savanoriškumas, kurie yra būtini tokių iniciatyvų įgyvendinimui, ir kuriuos reikia palaikyti ir stiprinti, dalijantis žiniomis, rengiant seminarus ar organizuojant kitas priemones, visokeriopai ugdančias tinklo dalyvių vadybines ir profesines kompetencijas. Funkcinei pertvarkai sudaromos bendradarbiavimo sutartys tarp savivaldybės pirminės arba antrinės sveikatos priežiūros įstaigų, visuomenės sveikatos biuro ir privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Savivaldybės turi užtikrinti bazinį paslaugų paketą savo gyventojams, išnaudodamos ir valstybinių, ir privačių įstaigų potencialą, todėl bendradarbiavimo sutartys galės būti sudaromos su visomis savivaldybės teritorijoje veikiančiomis įstaigomis. Bendradarbiavimo sutartimis sutariama koordinuotai teikti bazines paslaugas. Bendradarbiavimo sutarties atsiradimas savivaldos lygmeniu – siekis stiprinti socialinį dialogą, socialinius ryšius, tinklus, tarpusavio

pasitikėjimą ir pasitikėjimą institucijomis, kuris laikomas viena svarbiausių sąlygų gyventojų socialinei gerovei kurti [36].

1.4.5. Reformos iššūkiai ir kritika

Nepaisant ambicingų tikslų, reforma sulaukė kritikos iš įvairių suinteresuotų šalių.

Pagrindiniai iššūkiai:

1. Savivaldybių pasirengimas, ne visos savivaldybės turi pakankamus išteklius ir kompetencijas įgyvendinti reformą;
2. Gydytojų įstaigų pasipriešinimas (dėl galimo paslaugų mažinimo);
3. Žmoniškųjų išteklių trūkumas
4. Paslaugų prieinamumo rizika regionuose (dėl sumažėjimo) [29].

1.4.6. Reformos reikšmė ir perspektyvos

Nepaisant iššūkių, reforma laikoma esminiu žingsniu modernizuojant Lietuvos sveikatos sistemą ir tikimasi, kad ji:

- pagerins paslaugų kokybę,
- sumažins sveikatos netolygumus,
- padidins sistemos efektyvumą.

Ilgalaikėje perspektyvoje reforma turėtų padėti pereiti prie integruotos priežiūros modelio ir duomenimis grįsto valdymo.

2. METODAI

2.1. Tyrimo instrumentai ir duomenų analizė

2.1.1. Kokybinis tyrimas

Kokybinio tyrimo tikslas yra atskleisti ir atspindėti žmonių patirtis ir veiksmus, kai jie susiduria, įsitraukia ir išgyvena įvairias situacijas, o tuo remdamasis tyrėjas bando išvystyti fenomeno suvokimą [36]. Nustatant savivaldybių sveikatos politikos formuotojų požiūrį/viziją apie sveikatos centrus, kurį tikėtasi atskleisti per profesinę (darbinę) patirtį, pasirinkta kokybinio tyrimo metodika. Kokybinis tyrimas atskleidžia subjektyvias dalyvių patirtis, prasmes, jų realybę, padeda pateikti gilų ir turtingą šių patirčių aprašymą [37].

Kokybinė metodika pasirinkta norint atskleisti sveikatos politikos formuotojų patirtus pokyčius (teigiamus/neigiamus), kuriant sveikatos centrus. Duomenų rinkimui pasirinktas pusiau struktūruoto interviu metodas, užduodant vienuolika atviro tipo klausimų bei papildomus klausimus informacijai patikslinti. Šis metodas patogus tuo, kad sudaro gaires iš konkrečių klausimų, tačiau tyrėjas gali papildomai užduoti plane neįrašytų klausimų ir tokiu būdu griežtai neformalizuojamas pašnekesys, vyrauja laisvesnė atmosfera [37].

Interviu, atliktų su savivaldybių sveikatos politikos formuotojais, sudarė 11 bazinių klausimų. Klausimai formuoti trimis blokais. Pirmasis iš jų yra skirtas atskleisti informantų požiūrį apie jų savivaldybėje vykdomą sveikatos politikos formavimą, asmeninę nuomonę, koks yra vaizdas bendrąja prasme. Antruoju buvo siekiama sužinoti, kokius procesus atliko, su kokiomis kliūtimis susidūrė, kaip jas įveikė, kuriant sveikatos centrą savo savivaldybėje. Ir trečiasis yra apie tai, kokius rezultatus jau pasiekė ir kokius įžvelgia, numato ateityje. Remiantis savo įžvalgomis ir tiriamųjų pastebėjimais, buvo atliktos interviu korekcijos.

Interviu gaires sudarė šie klausimai:

1. Kaip Jūs vertinate savivaldybėje formuojamą sveikatos politiką (bendrąja prasme)? Tiek savivaldybės kaip institucijos, sveikatos priežiūros įstaigų (viešų/privačių), tiek visuomenės/piliečių įsitraukimą (NVO, draugijos ir pan.).
2. Kokios strategijos taikomos formuojant sveikatos politiką Jūsų savivaldybėje?
3. Apie sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pertvarką Lietuvoje buvo kalbama ne vienerius metus, diskusijos buvo vykdomos įvairiuose politiniuose lygmenyse (Vyriausybėje, LR Seime, su gydymo įstaigų vadovais, visuomene). VšĮ Švenčionių rajono sveikatos centras, kaip sveikatos priežiūros įstaiga, kuri atitiktų LR SAM keliamus reikalavimus Sveikatos centro sąvokos apibrėžimui pagal

galiojančius teisės aktus, įsteigta pirmoji Lietuvoje (2023 m. kovo 1d.). Kas, Jūsų manymu, paskatino ryžtis pokyčiams ir steigti sveikatos centrą?

4. Sveikatos priežiūros sritis yra jautri gyventojams, ypač mažesnių savivaldybių. Gyventojai dažnu atveju nerimauja dėl pokyčių, kaip tai palies juos asmeniškai. Kaip, Jūsų manymu, pavyko pateikti visuomenei šią idėją apie planuojamą kurti naują sveikatos priežiūros įstaigą?

5. Kas dalyvavo/kas buvo įtrauktas į atliekamus procesus, kuriant Sveikatos centrą?

6. Į Sveikatos centro veiklą bendradarbiavimo sutarčių pagrindu yra įtraukiami savivaldybių visuomenės sveikatos biurai. Kaip vertinate tokią imperatyvią bendradarbiavimo formą? Kodėl ji svarbi/nesvarbi?

7. Kas ir kokia eilės tvarka buvo atliekama kuriant Sveikatos centrą?

8. Kokią naudą Jūs, kaip sveikatos politikos formuotoja/-as, matote (numatote ateityje) gyventojams?

9. Kaip manote ar gyventojai šiuo metu gali pajusti pertvarkos naudą?

10. Kokius išskirtinius iššūkius patyrė Švenčionių ir Ignalinos rajonų savivaldybės sveikatos politikos formuotojai Sveikatos centro kūrime?

11. LR SAM akcentuoja, kad įgyvendinus šią sveikatos priežiūros tinklo reformą, bus pasiekti pagrindiniai tikslai – kokybiškos ir visiems prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos. Įsivaizduokime, kad dabar yra 2027 m. Kaip manote, kaip sveikatos politikos formuotojas/-a, ar bus atliepti pagrindiniai tikslai, kuriant sveikatos centrus – kokybiškos ir prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos gyventojams?

Pokalbio metu informantams buvo leista pasidalinti plačiau, išsamiau nei užduodama klausime. Nutolus nuo klausimo ar atsakius į klausimą iš esmės, buvo pereinama prie sekančio klausimo. Surinkti tyrimo duomenys transkribuoti ir atlikta kokybinė turinio analizė, kurios esmė – apibūdinti reiškinius, atskleisti, kokias prasmes žmonės suteikia šiems reiškiniams. Kokybinė turinio analizė leidžia tyrėjui sutraukti didelės apimties informaciją, pagal turinį ir prasmę jungti tyrimo duomenis į subkategorijas ir kategorijas. Tyrėjas analizuoja interviu tekstus, siekdamas atskleisti žmonių suvokimo, elgesio, strategijų, sąveikų įvairovę [37]. Duomenys nagrinėti indukciniu būdu, kuomet temos iškeliamos iš surinktų duomenų, nes kodavimo procese nesistengiama duomenų sutalpinti į jau egzistuojančią teorinę kodavimo sistemą ar išankstines tyrėjo analitines nuostatas, įsivaizdavimus [36]. Prasmės vienetu buvo laikomas išsireiškimas, atsakymas, kurį dažniausiai sudarė sakinio dalis, vienas ar keli sakiniai. Gautų tyrimo duomenų apdorojimui, skaidymui į subkategorijas naudotasi dirbtinio intelekto generatyviniu modeliu „ChatGPT Plus“.

2.2. Tyrimo planavimas ir organizavimas

Nuo 2024 m. vasario 1 d. iki gegužės 31 d. buvo atlikti interviu su tyrimo dalyviais jų darbo vietose.

2.3. Tiriamųjų atranka

Atlikti interviu su 8 sveikatos politikos formuotojais iš 2 savivaldybių (Švenčionių ir Ignalinos rajonų), kurie aktyviai dalyvavo ir dalyvavo sveikatos centrų kūrime, veiklos įgyvendinime ir sutiko dalyvauti tyrime. Iš viso apklausti 8 sveikatos politikos formuotojai, nes buvo pasiektas duomenų prisotinimas.

Tyrimo etika

Dalyviams taip pat buvo suteiktas kodas, siekiant neatskleisti jo tapatybės. Taip pat, tyrimo dalyviai laisva valia sutiko dalyvauti tyrime bei buvo informuoti apie galimybę bet kada pasitraukti iš tyrimo.

2.5. Tiriamųjų charakteristikos

Kokybinio tyrimo dalyvių vienodą dalį sudarė moterys (n=4) ir vyrai (n=4), kurie buvo 37–60 m. amžiaus (1 lentelė).

1 lentelė. Kokybinio tyrimo dalyvių charakteristika

Informantas	Lytis	Amžius	Darbo stažas užimamose pareigose (metais)
INF1	V	39	11
INF2	M	37	8
INF3	M	52	15
INF4	V	60	3
INF5	M	37	2
INF6	V	53	5
INF7	M	57	8
INF8	V	56	3

3.TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

3.1. Sveikatos politikos formavimas savivaldybėse

Analizuojant interviu duomenis pavyko nustatyti kokį požiūrį/viziją turi sveikatos politikos formuotojai apie naujai kuriamus sveikatos centrus (2 lentelė).

2 lentelė. Sveikatos politikos formavimas savivaldybėse

Tema	Potėmė	Teiginiai
Sveikatos politikos formavimas savivaldybėse	Svarba	„<...> matau kaip svarbų dalyką, kuris paliečia visus nuo mažiausių bendruomenės narių iki senolių“ (INF1) „<...> svarbu turėti pakankamus instrumentus formuoti tinkamai sveikatos politiką ir atliepti poreikius, tačiau, gal ne visada tais instrumentais tinkamai pasinaudojame“ (INF3) „<...> svarbu formuoti sveiką gyvenimo būdą ir formas, kalbu apie mokyklas, darželius, įpročius tam tikrus...“ (INF1) „<...> manau, kad mūsų savivaldybėje šie instrumentai veikia ne visiškai teigiamai“ (INF2) „<...> analizuoji kodėl taip vyksta, pastebi kažkurioje vietoje „nesudirba“ grandis pvz. apie švietimą... mokyklų vadovai ir sveikata, atrodo kuo čia susiję... jie formuoja sveiką įprotį, elgseną, numesti kamuolį vaikui ir sakyti, kad taip laviname vaikus – to nepakanka“ (INF3) „<...> galbūt ne iki galo pažįstame savo gyventoją, kaip galime atliepti jo lūkesčius į sveikos aplinkos, strategijos kūrimą“ (INF1) „<...> aplamai sveikatos politika tiek savivaldos tiek centrinė, ji nėra tinkamai, pilnai išpildyta“ (INF3) „<...> kaip steigėjas, mes turim kelis prižiūrėtojus – SAM su visom savo institucijom formuoja metodikas, kriterijus ir visą kt., gydytojų kompetencijas, ligonių kasos moka už paslaugas... realiai mes nelabai galime pareguliuoti (INF4) „<...> viską riboja demografinė situacija... gyventojų mažėja, labai sunku atliepti gyventojų poreikį“ (INF5)
	Bendradarbiavimas	„<...> privačių įstaigų spragos pasimatė per Covid

		19 pandemiją, kuomet reikėjo atliepti gyventojų poreikius, susitelkti“ (INF3) „<...> privatininkai nenorėjo, galiu drąsiai sakyti nesiteikė bendradarbiauti, dalyvauti covid valdyme, dalyvavo tik savivaldybės pavaldumo įstaigos“ (INF2) „<...> NVO ir dabar ir anksčiau yra neišplėtotas, nesugeba pats iš savęs gerai funkcionuoti, savivaldybė turi padėti jam funkcionuoti, visas funkcijas, kurias esame jam atidavę, be mūsų pagalbos jie jų neužtikrintų“ (INF1) „<...> kalbant apie apie VSB, sveikatos centrą, mokyklas...jiems tikrai trūksta tarpusavio bendradarbiavimo, jie gan prastai sąveikauja tarpusavyje“... „uždaras kiekvienos įstaigos ciklas“ „trūksta bendros tarp įstaigų politikos“ (INF1) „<...> dar apie privatininkus, kas liečia ES projektus, kas liečia finansų įsisavinimą, jie to nori, tačiau nenori dalyvauti procesuose, nori, kad už juos savivalda atliktų tam tikrus dalykus“ (INF2) „<...> seniūnas geriau dalyvavo Covid procese nei privatus sektorius-tai nesuprantama“ (INF3) „<...> manau, kad galima efektyviau VSB funkcionuoti...“ (INF4) „<...> pirminė grandis (privataus ir viešojo sektoriaus) skilus į dvi dalis... tai mes jaučiame konkurenciją ir siekį pasistiebi. Viską diktuoja aplinkybės“ (INF4) „<...> santykiai su NVO, klasikinė organizacijom – netiesioginis, bet santykis labiau vyksta per socialinių paslaugų centrą ir per slaugos paslaugas, geriatriciją. Tas vyksta, bet sakyčiau silpnai“ (INF4)
	Strateginis formavimas	„<...> tarybos nariams pristatant... stengiamės, kad įstaigos teiktų pačios kokias problemas mato ir kurias vietas reiktų patobulinti. Tada diskusijos vykdomos regioniniu lygmeniu ir teikiama atitinkamoms institucijoms“ (INF1) „<...> savivaldybės strateginio plano poreikis formuojamas iš bendruomenės ir įstaigų“ (INF3) „<...> savivaldybė prisideda finansiškai, planuoja gydytojų poreikį, skiria motyvuojančias išmokas, tačiau specialistų nepritraukiame. Jaučiame su kita savivaldybe konkurenciją..“ (INF4)

		„<...> mes siūlom gydytojams išmokas, būstą...bet gal atidirbimo terminas 3 metų atbaido ir jie nesiryžta atidirbti. Mes nesam įtraukę specialistų pritraukimo privačioms įstaigoms, jie vagia iš mūsų gydytojus“ (INF7) „<...>su pinigais mes savo savivaldybės strategijose nusimatę padėti gydymo įstaigoms finansiškai), mes kaip steigėjas investuojame į viešąją mediciną. Padedame išsilaikyti įstaigai, apmokame komunalinius mokesčius“ (INF6)
	Iššūkiai	„<...>dar apie privatininkus...kas liečia finansų įsisavinimą, jie to nori, tačiau nenori dalyvauti procesuose, nori, kad už juos savivalda atliktų tam tikrus dalykus“ (INF2) „<...> galbūt ne iki galo pažįstame savo gyventoją, kaip galime atliepti jo lūkesčius į sveikos aplinkos, strategijos kūrimą“ (INF1) „<...> centrinė valdžia galėtų daugiau leisti daugiau pačioms savivaldybėms spręsti apie VSB lėšų paskirstymą“ (INF4)

Tyrimo dalyviai atskleidė sveikatos politikos formavimo būdus bei priemones savivaldybėse, kuriais bando atliepti tiek visuomenės, tiek sveikatos priežiūros įstaigų poreikius. Interviu duomenys sugrupuoti į subkategorijas – svarba, bendradarbiavimas, strateginis formavimas ir iššūkiai. Viena iš jų, svarba, kuri daugiausia siejama su sistemingu, koordinuotu ir į prevenciją orientuotu sveikatos politikos įgyvendinimu, kuris būtų pagrįstas realiais gyventojų poreikiais bei aktyviu skirtingų sektorių bendradarbiavimu. Informantai teigia, kad svarbiausiais visuomenės sveikatos politikos aspektais laikomi prevencija, sveikos gyvensenos ugdymas, gyventojų poreikių pažinimas, efektyvus institucijų bendradarbiavimas bei veiksmingas sveikatos politikos įgyvendinimas. Informantai pabrėžė, kad sveikata turi apimti visas amžiaus grupes ir būti orientuota ne tik į gydymą, bet pirmiausia į ankstyvą prevenciją bei sveikos elgsenos formavimą nuo vaikystės. Interviu dalyviai akcentavo, kad didelę reikšmę turi švietimo įstaigų, savivaldos, sveikatos priežiūros institucijų ir centrinės valdžios bendradarbiavimas. Pastebėta, jog nors egzistuoja įvairūs sveikatos politikos instrumentai ir priemonės, praktikoje jie ne visuomet veikia efektyviai arba nėra pilnai išnaudojami. Taip pat, tyrimo dalyviai akcentavo nepakankamą gyventojų poreikių pažinimą bei ribotas savivaldos galimybes savarankiškai reguliuoti sveikatos sistemą.

Įvertinus sveikatos politikos formuotojų požiūrį į bendradarbiavimą, galima teigti, kad bendradarbiavimas sveikatos sistemoje yra vertinamas kaip būtinas, tačiau šiuo metu nepakankamai

išvystytas ir fragmentiškas procesas. Tyrimo dalyviai bendradarbiavimą sieja su institucijų gebėjimu veikti koordinuotai, dalintis atsakomybe, įsitraukti į bendrą problemų sprendimą bei aktyviai prisidėti prie sveikatos stiprinimo. Interviu dalyviai ypač akcentuoja privataus ir viešojo sektoriaus bendradarbiavimo problemas. Informantų teigimu, Covid-19 pandemijos laikotarpiu išryškėjo privataus sektoriaus pasyvumas ir nenoras įsitraukti į bendrą krizės valdymą. Atkreiptas dėmesys, kad pagrindinė atsakomybė teko savivaldybės pavaldumo įstaigoms, o privatūs sveikatos priežiūros subjektai nepakankamai prisidėjo prie gyventojų poreikių užtikrinimo. Taip pat, informantai pažymi, kad privatus sektorius bando aktyviau įsitraukia į finansavimo ar projektines veiklas, tačiau vengia atsakomybės sudėtingesniuose procesuose. Tyrimo dalyviai pabrėžia, kad NVO sektorius nėra pakankamai stiprus ir savarankiškas, todėl efektyviam funkcionavimui jam reikalinga nuolatinė savivaldybės pagalba bei koordinavimas. Kaip aktuali problema respondentų įvardijama tarpinstitucinis bendradarbiavimas tarp sveikatos priežiūros įstaigų. Tyrimo dalyviai pastebi, kad įstaigos dažnai veikia izoliuotai, kiekviena pagal savo „uždarą ciklą“, stokoja bendros politikos, komunikacijos ir koordinuotų veiksmų. Dėl to bendradarbiavimas nėra nuoseklus ir ne visada leidžia efektyviai spręsti visuomenės sveikatos problemas. Nepaisant įvardijamų sunkumų, dalis informantų išvelgia teigiamų pokyčių galimybes. Ypač akcentuojamas potencialas stiprinti bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos biuro ir sveikatos centro, bendrą rodiklių analizę bei sveikatos sistemos veiklų koordinavimą. Taip pat, pastebima, kad konkurencija tarp viešojo ir privataus sektoriaus daro įtaką bendradarbiavimo kokybei ir dažnai apsunkina bendrą tikslų siekimą. Informantai bendradarbiavimą mato kaip būtiną, tačiau dar nepakankamai efektyviai veikiančią procesą, kuriam trūksta aktyvaus institucijų įsitraukimo, aiškos koordinacijos, tarpusavio pasitikėjimo bei bendros strateginės krypties.

Tyrimo dalyviai atskleidė kaip vieną iš kelių sveikatos politikos formavimo būdų - strateginis formavimas, kuris suvokiamas kaip planingas, ilgalaikis ir poreikiais grįstas procesas, orientuotas į visuomenės sveikatos sistemos stiprinimą bei sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimą. Informantai strateginį formavimą sieja su bendruomenės, sveikatos priežiūros įstaigų, savivaldos ir kitų institucijų įsitraukimu į sprendimų priėmimą bei prioritetų nustatymą. Sveikatos politikos formuotojai pabrėžia, kad strategijos formuojamos remiantis realiais bendruomenės ir įstaigų poreikiais. Jų teigimu, svarbu, kad pačios įstaigos identifikuotų problemas, pateiktų siūlymus dėl veiklos tobulinimo, o šie klausimai būtų aptariami diskusijose regioniniu bei savivaldos lygmeniu. Strateginis formavimas matomas kaip procesas, pagrįstas dialogu, poreikių analize ir bendru sprendimų ieškojimu. Respondentai strateginį formavimą sieja su žmogiškųjų išteklių planavimu ir sveikatos specialistų pritraukimu. Savivaldybės, jų teigimu, planuoja gydytojų poreikį, numato finansines motyvavimo priemones, siūlo išmokas ar būsto suteikimo galimybes.

Svarbi strateginio formavimo dalis informantams yra finansinis savivaldybės vaidmuo. Interviu dalyviai akcentuoja, kad savivaldybė investuoja į viešąją sveikatos priežiūrą, prisideda prie gydymo įstaigų išlaikymo, padengia dalį išlaidų bei siekia užtikrinti įstaigų veiklos stabilumą. Strateginis formavimas šiuo aspektu suvokiamas kaip ilgalaikis viešųjų paslaugų palaikymas ir jų tvarumo užtikrinimas. Tyrimo dalyvių nuomone, strateginis formavimas susiduria su tam tikrais iššūkiais – specialistų trūkumu, konkurencija tarp sektorių, ribotomis galimybėmis įtraukti privatų sektorių į bendrą planavimą bei sunkumais užtikrinant ilgalaikį darbuotojų išlaikymą. Respondentai strateginį formavimą mato kaip bendradarbiavimą, poreikių analizę ir ilgalaikiu planavimu grindžiamą procesą, kurio pagrindinis tikslas – užtikrinti efektyvią, prieinamą ir tvarią sveikatos priežiūros sistemą savivaldybėje.

Pagrindiniai iššūkiai sveikatos politikos įgyvendinime siejami su ribotu institucijų bendradarbiavimu, nepakankamu gyventojų poreikių pažinimu bei ribotomis savivaldos galimybėmis savarankiškai priimti sprendimus. Tyrimo dalyviai akcentuoja privataus sektoriaus įsitraukimo stoką į bendrus sveikatos sistemos procesus. Jų teigimu, privatūs sveikatos priežiūros subjektai yra suinteresuoti finansavimo galimybėmis ir projektinių lėšų įsisavinimu, tačiau vengia aktyviai dalyvauti bendrame problemų sprendime ar prisiimti atsakomybę už vykdomus procesus. Tai apsunkina efektyvų tarpinstitucinį bendradarbiavimą ir bendrų tikslų įgyvendinimą.

Kitas svarbus informantų įvardijamas iššūkis – nepakankamas gyventojų poreikių pažinimas. Pažymima, kad savivaldybėms ne visuomet pavyksta pakankamai gerai suprasti gyventojų lūkesčius, poreikius bei jų požiūrį į sveikos aplinkos kūrimą ir visuomenės sveikatos strategijų formavimą. Galima teigti, kad tyrimo dalyvių įvardijami iššūkiai daugiausia susiję su nepakankamu skirtingų sektorių įsitraukimu, ribotu vietos savivaldos savarankiškumu bei sunkumais tiksliai identifikuojant ir atliepiant gyventojų poreikius visuomenės sveikatos srityje.

Sveikatos centro kūrimo eiga

Išanalizavus savivaldybių sveikatos politikos formuotojų pasisakymus galima teigti, kad jų įvardijamos vizijos ir poreikiai pirmiausia orientuoti į efektyvesnės, darnesnės ir gyventojų poreikiams labiau pritaikytos sveikatos sistemos kūrimą. Respondentai akcentuoja siekį stiprinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, užtikrinti geresnį skirtingų sveikatos sistemos grandžių bendradarbiavimą bei mažinti sistemos fragmentaciją. Tyrimo dalyvių pasisakymai buvo sugrupuoti į subkategorijas – vizija/poreikis, įgyvendinimas, finansavimas, sveikatos centro kūrimo dalyviai ir iššūkiai (3 lentelė).

3 lentelė. Sveikatos centro kūrimo eiga

Tema	Potemė	Teiginiai
Sveikatos centro kūrimo eiga	Vizija, poreikis	„<...> (juokas) PSO ataskaitos paskatino“ (INF1) „<...> paskatino raginimai, mes patys manau nebūtume ėmęsi iniciatyvos, o tuomet žiūrėjome savo ataskaitas ir skaičius“ (INF4) „<...> Lietuvos tam tikri prastėjantys rodikliai, o tuo tarpu ir mūsų rajono prasti rodikliai“ (INF3) „<...> vienas iš teigiamų dalykų, kuris paskatino, buvo dauguma tarybos narių, plus galvoju, kad tinkami žmonės, kurie tuo metu būrėsi į komandą, galiu įvardinti ir mūsų savivaldybės „patarėją“, kuris kaip pagrindinis krikštatėvis buvo, idėjos šalininkas ir nešė pagrindinę užtikrintą vėliavą, turbūt resursų konsolidavimas į vieną (poliklinikos ir ligoninės)“ (INF1) „<...> sistema ėjo į tai, kad antrinis lygis gyvendavo tik iš paslaugų suteikimo, o pirminis iš prisirašiusių pacientų irgi įvedė tam tikrą disbalansą, tiek darbo užmokesčio sistemoje. Tiek kituose dalykuose, tas apjungimas ir konsolidavimas leis veikti darniai be konkurencinių dalykų, žmonės supras, kad turi veikti ir dirbti kaip vienos sistemos dalis, pacientai norės labiau viską gauti vienoje įstaigoje ir nereiks vykti į kitas įstaigas ne mūsų rajone“ (INF1) „<...> darėme analizę (savivaldybės darbuotojai)

		prieš jungiant dvi įstaigas, skaičiavimus atlikome. Matėme, kad sistema dirba netvariai“ (INF4) „<...> jungėmės funkciniu būdu – ir ėjome analizės būdu....kankinomės su analize...ėjome iki savigraužos...darbuotojų amžiumi... pacientų srautais ir pan. Kompleksiškai žiūrint, mes kaip savivaldybė pasileidome nemokamą transportą, kad gyventojai galėtų atvykti iš nutolusių gyvenviečių.. bet kol kas jis prastai vyksta“ (INF 4)
	Įgyvendinimas	„<...> pirmiausia darbas prasidėjo savivaldybės taryboje, nes reikėjo gauti pritarimą, palaikymą“ (INF1) „<...> mes labai atsargiai ėmėme įgyvendinti pokyčius.. administraciją sumažinome (liko vadovas ASPĮ ir trys pavaduotojai), darbuotojų skaičiaus nemažinome, juos reikia saugoti“ (INF5) „<...> kuomet idėja buvo paskleista, nemažai diskusijų vyko su tarybos nariais, ne vieną mėnesį teko diskutuoti... gavus pritarimą, idėja buvo paskleista ir įstaigose, kadangi steigėjas yra savivaldybės taryba, prasidėjo diskusijos,,jos galėjo būti sklandesnės, aiškesnės, galbūt galėjo būti įtraukti ir bendruomenės nariai į jas“ (INF2) „<...> rezultatas buvo pakankamai neblogas, aišku, visada yra tobulintų dalykų. Galima buvo labiau išplėsti komunikaciją visuomenei bei

		<i>patiems medikams“ (INF3)</i> <i>„<...> viešiname tinklapyje, darėme pristatymus, susitikimus su darbuotojais, gyventojais. Jie ne visada buvo pozityvūs, buvo ir pasipriešinimas“ (INF5)</i> <i>„<...> darbuotojų paruošimas reformai šitai, sveikatos įstaigų sujungimui funkcinio būdu ganėtinai sklandžiai, aišku ką dabar matome tai, kad trūko darbuotojams informacijos“ (INF6)</i> <i>„<...> veikė stipri darbo taryba, per kurią vyko pagrindinė komunikacija. Tai vis tiek pagrįdė pasijautė administracijai, nes vyko funkcijų perskirstymas“ (INF6)</i>
	Finansavimas	<i>„<...> skiriamas finansavimas minkštosioms veikloms, manau padės pritraukti jaunos gydytojus, nes reforma numato finansavimą, kas paskatina ir ją vykdyti“ (INF1)</i> <i>„<...> leis įsigyti geresnę, modernią įrangą, kas paskatins teikti kokybiškas paslaugas“ (INF2)</i> <i>„<...> mūsų savivaldybė skųstis negali, gausime iš Europos sąjungos lėšų sveikatos centro modernizavimui virš 3 mln. kadangi jungiamės struktūriniu būdu, šalia esančios savivaldybės negaus net ir vieno milijono...“ (INF3)</i>
	Sveikatos centro kūrimo dalyviai	<i>„<...> besijungiančios įstaigos ir mero sudaryta darbo grupė“ (INF8)</i>

		„<...> turėjome sudarytą 5 asmenų darbo grupę, mero patariamąją, kuri dirbo 3 metus. Vyko alternatyvūs keliai kol nebuvo finansinių aiškumų“ (INF4) „<...> daugiausiai ties tuo dirbo mero patarėjas, be abejo daug darbo atliko abi besijungiančios įstaigos, tarybos komitetas, administracija, Jūs (juokas), bendras darbas ir yra bendras rezultatas“ (INF1)
	Iššūkiai	„<...> politinis spaudimas iš centrinės valdžios steigti sveikatos centrą“ (INF4) „<...> aiškaus reglamentavimo nebuvimas, kokius kriterijus turi atitikti sveikatos centras, nors savivaldybės buvo raginamos jau steigti ir kurti centrus anksčiau, nei išėjo ministro pagrindinis įsakymas, reglamentuojantis sveikatos centro veiklą“ (INF1) „<...> visuomenės pasipriešinimas, nenoras pokyčiams, klausimai kam to reikia, bendruomenės įtikinimas“ (INF3) „<...> politiškai įtikinti tarybos narius“ (INF2) „<...> galbūt ne visai gerai iškomunikavome, galėjome geriau, bet iš kitos pusės žiūrint, manau stengėmės visoms grupėms tą išdėstyti, pateikti aiškią idėją ir tikslą“ (INF3) „<...> normalu, kad tarp medikų daug klausimų buvo, nes keitėsi darbo sutartys,

		<i>pareigybės, jei nerimavo ar turės savo darbo vietas kai buvo įteikti lapukai“ (INF6)</i>
--	--	---

Tyrimo dalyviai pateikia, kad pokyčių poreikį paskatino PSO rekomendacijos, blogėjantys Lietuvos ir konkrečių savivaldybių sveikatos rodikliai. Informantai pabrėžia, kad poreikis reformoms atsirado analizuojant realią situaciją, vertinant statistinius duomenis, pacientų srautus, darbuotojų amžių, sistemos finansinį tvarumą bei sveikatos paslaugų organizavimo efektyvumą. Svarbi informantų vizija – integruota sveikatos sistema, kurioje pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigos veiktų kaip viena sistema, o ne konkuruotų tarpusavyje. Taip pat akcentuojama, kad iki šiol egzistavęs atskiras veikimas sukeldavo disbalansą, trukdydavo pacientų nukreipimui tarp grandžių ir mažindavo paslaugų efektyvumą. Todėl įstaigų konsolidavimas ir bendras veikimas matomas kaip galimybė užtikrinti sklandesnį pacientų aptarnavimą, efektyvesnį resursų panaudojimą bei geresnę komunikaciją tarp specialistų. Tyrimo dalyvių vizijoje gyventojai turėtų galėti kuo daugiau paslaugų gauti vienoje vietoje, naudojantis vieninga informacine sistema ir išvengiant būtinybės vykti į kitų savivaldybių gydymo įstaigas. Šiuo aspektu svarbiu poreikiu laikomas paslaugų prieinamumo gerinimas regionuose bei transporto organizavimas gyventojams iš nutolusių vietovių. Informantai išskiria stiprios lyderystės ir politinio palaikymo reikšmę įgyvendinant pokyčius. Svarbų vaidmenį reformų procese turi iniciatyvūs savivaldybės atstovai, gebantys telkti komandą, koordinuoti procesus ir užtikrinti strateginių sprendimų įgyvendinimą. Galima teigti, kad informantų vizijos orientuotos į integruotą, tvarią, koordinuotą ir pacientui patogią sveikatos priežiūros sistemą, o pagrindiniai poreikiai siejami su efektyvesniu išteklių panaudojimu, paslaugų prieinamumo gerinimu, institucijų bendradarbiavimu bei ilgalaikiu sistemos tvarumu.

Pokyčių įgyvendinimas buvo suvokiamas kaip nuoseklus, daug diskusijų, koordinavimo ir komunikacijos reikalaujantis procesas. Informantai akcentuoja, kad reformų įgyvendinimas prasidėjo nuo politinio palaikymo užtikrinimo savivaldybės taryboje, nes tarybos pritarimas buvo būtina sąlyga tolimesniems sprendimams priimti ir pokyčiams vykdyti. Interviu dalyviai pabrėžia, kad įgyvendinimo procese daug dėmesio buvo skiriama diskusijoms su tarybos nariais, administracija bei sveikatos priežiūros įstaigomis. Tačiau dalis informantų pažymi, kad komunikacija galėjo būti aiškesnė, sklandesnė ir labiau įtraukianti tiek darbuotojus, tiek bendruomenės narius.

Įgyvendinimo metu informantai išskiria komunikacijos svarbą. Buvo organizuojami pristatymai, susitikimai su darbuotojais ir gyventojais, viešinama informacija savivaldybės interneto svetainėse. Pripažįstama, kad darbuotojams dažnai trūko informacijos apie vykstančius pokyčius, o visuomenės reakcijos ne visuomet buvo pozityvios.

Tyrimo dalyviai pokyčių įgyvendinimą mato kaip sudėtingą, etapais vykstantį procesą, kuriame itin svarbūs politinis palaikymas, komunikacija, darbuotojų įtraukimas, atsargus pokyčių valdymas ir gebėjimas spręsti praktinius organizacinius iššūkius.

Finansavimas suvokiamas kaip viena svarbiausių prielaidų sėkmingam sveikatos sistemos pokyčių įgyvendinimui ir ilgalaikiam sistemos stiprinimui. Tyrimo dalyviai pabrėžia, kad reformos kontekste skiriamos lėšos sudaro galimybes finansuoti vadinamąsias „minkštąsias“ veiklas, kurios orientuotos į specialistų pritraukimą, darbuotojų motyvavimą bei sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo gerinimą. Informantų nuomone, papildomas finansavimas gali paskatinti jaunų gydytojų pasirinkimą dirbti regionuose ir prisidėti prie specialistų trūkumo mažinimo.

Tyrimo dalyviai pabrėžia investicijų į infrastruktūrą ir modernią medicinos įrangą svarbą, kas yra paskatinimas dalyvauti sveikatos tinklo pertvarkoje. Jų teigimu, finansavimas sudaro sąlygas atnaujinti sveikatos priežiūros įstaigas, įsigyti pažangesnę įrangą bei užtikrinti kokybiškesnių paslaugų teikimą gyventojams. Finansavimas matomas kaip esminis pokyčių įgyvendinimo instrumentas, kuris leidžia modernizuoti infrastruktūrą, gerinti paslaugų kokybę, stiprinti žmogiškuosius išteklius ir užtikrinti ilgalaikį sveikatos sistemos tvarumą.

Galima teigti, kad sveikatos centro kūrimo procese dalyvavo įvairūs savivaldos, sveikatos priežiūros ir administracinio lygmens atstovai, o pats procesas buvo grindžiamas komandiniu darbu bei skirtingų institucijų bendradarbiavimu. Informantai pabrėžia, kad pagrindiniai sveikatos centro kūrimo dalyviai buvo besijungiančios sveikatos priežiūros įstaigos, savivaldybės administracija, tarybos komitetai bei specialiai sudarytos darbo grupės.

Tyrimo dalyviai pažymi, kad darbo grupės veikė ilgalaikėje perspektyvoje – analizavo alternatyvas, vertino finansines galimybes ir ieškojo tinkamiausių sprendimų sveikatos centro kūrimui.

Akcentuojamas reikšmingas indėlis į procesą pačių besijungiančių įstaigų, kurios aktyviai dalyvavo planavimo, analizės ir pokyčių įgyvendinimo etapuose. Be to, buvo svarbus tarybos narių, administracijos darbuotojų bei kitų suinteresuotų asmenų įsitraukimas. Informantai sveikatos centro kūrimo dalyvius mato kaip įvairių lygmenų ir sektorių komandą, kurios veikla buvo grindžiama bendradarbiavimu, koordinavimu, ilgalaikiu planavimu ir bendru siekiu sukurti efektyvesnę bei tvaresnę sveikatos priežiūros sistemą.

Pagrindiniai sveikatos centro kūrimo ir pokyčių įgyvendinimo iššūkiai buvo susiję su politiniu spaudimu, teisinio reglamentavimo neapibrėžtumu, komunikacijos sunkumais bei visuomenės ir darbuotojų pasipriešinimu pokyčiams. Tyrimo dalyvių teigimu, savivaldybės buvo skatinamos pradėti reformų procesus anksčiau, nei buvo patvirtinti pagrindiniai teisės aktai ir kriterijai, apibrėžiantys sveikatos centrų veiklą. Dėl šios priežasties savivaldybėms teko veikti neapibrėžtumo sąlygomis, priimant sprendimus neturint aiškių gairių.

Kitas svarbus respondentų įvardijamas iššūkis – politinio palaikymo užtikrinimas. Respondentai pažymi, kad reikėjo įtikinti tarybos narius dėl reformų reikalingumo ir naudos, o tai pareikalavo ilgų diskusijų bei argumentavimo. Politinių sprendimų priėmimas buvo vertinamas kaip sudėtingas procesas, reikalaujantis kompromisų ir nuoseklaus darbo.

Dar vienas reikšmingas iššūkis buvo darbuotojų nerimas ir neapibrėžtumas pokyčių metu. Medikams kilo daug klausimų dėl darbo sutarčių, pareigybių pokyčių ir darbo vietų išsaugojimo. Respondentai pažymi, kad organizaciniai pokyčiai natūraliai sukėlė darbuotojų įtampą ir nesaugumo jausmą, todėl darbuotojų informavimas ir įtraukimas tapo itin svarbia proceso dalimi.

Apibendrinant galima teigti, kad respondentų įvardijami iššūkiai daugiausia buvo susiję su nepakankamu reglamentavimo aiškumu, politinių sprendimų sudėtingumu, komunikacijos trūkumais bei visuomenės ir darbuotojų pasipriešinimu pokyčiams.

Esami rezultatai ir lūkesčiai

Tyrimo dalyviai jau dabar mato pirmuosius teigiamus sveikatos centro kūrimo ir įgyvendintų pokyčių rezultatus. Informantai rezultatus daugiausia sieja su efektyvesniu paslaugų organizavimu, administracinių procesų optimizavimu, finansiniu efektyvumu bei geresne pacientų patirtimi. Gautos tyrimo dalyvių nuomonės suskirstytos į subkategorijas – rezultatai dabar ir lūkestis 2027 metams (4 lentelė).

4 lentelė. Esami rezultatai ir lūkesčiai

Tema	Potėmė	Teiginiai
Esami rezultatai ir lūkesčiai	Rezultatai dabar	„<...> nors sveikatos centras veikia dar tik „ant popieriaus“ (teisiškai), bet jo rezultatai jau yra teigiami – tiek finansiniai, tiek darbuotojų tarpe“ (INF1) „<...> nauda žmogui, nereiks laukimo prasme, visas paslaugas gaus vietoje ir laiku, per kuo trumpesnę laiką, tyrimus kartoti kelis kartus, o vienoje įtaigoje matys specialistai ir rezultatus“ (INF2) „<...> matome sklandesnę administracinę darbą, suvienodinus viešųjų pirkimų organizavimą, visą ūkį organizuojant bendrai“ (INF5) „<...> sutaupėme tyrimus atliekant per vieną laboratorinę įmonę, o ne skirtingas, galėjo pasiūlyti geresnę

		kainą“ (INF6)
	Lūkestis 2027 m.	„<...> jei veikia vieninga informacinė sistema, galima siūlyti ir atitinkamas prevencines programas ir aplamai lengviau pasiekti pacientą jį, pasiūlyti patikrinti prevenciškai“ (INF1) „<...> patys geriausi rezultatai manau pasimatys kai jau įsivažiuos reforma, gydytojai dirbs tiek pirminio, tiek antrinio lygio viename pastate“ (INF1) „<...> gyventojai kol dar nėra pilnai pabaigta reforma, kol eina į tuos pačius atskirus pastatus manau nejaučia reformos pokyčio ar naudos, kalbant apie medikus svarbu, kad jie pajustų, kad yra vienos sistemos dalis, vienos įstaigos“ (INF3) „<...> po visos reformos, kuomet įstaigos fiziškai atsidurs viename pastate matau pokytis bus dar geresnis“ (INF2)

Tyrimo dalyviai pabrėžia, kad nors sveikatos centras dar tik formaliai pradeda veiklą, teigiami pokyčiai jau pastebimi tiek organizaciniu, tiek darbuotojų lygmeniu. Informantų teigimu, sujungus veiklas ir centralizavus kai kuriuos procesus tapo lengviau koordinuoti administracinį darbą, organizuoti viešuosius pirkimus bei efektyviau valdyti įstaigų ūkinius klausimus.

Pastebima, kad bendras paslaugų ir tyrimų organizavimas leidžia sumažinti išlaidas, efektyviau naudoti turimus resursus bei gauti palankesnes paslaugų kainas. Ypač išskiriama laboratorinių tyrimų organizavimo nauda, kai paslaugų centralizavimas sudarė galimybę optimizuoti kaštus.

Svarbiausiu rezultatu informantai laiko naudą pacientams. Jų nuomone, sveikatos centro modelis sudaro galimybes gyventojams greičiau ir patogiau gauti reikalingas paslaugas vienoje vietoje, trumpinti laukimo laiką, išvengti pasikartojančių tyrimų bei užtikrinti geresnį informacijos prieinamumą tarp specialistų. Pabrėžiama, kad integruota sistema leidžia efektyviau koordinuoti paciento gydymą ir gerinti paslaugų kokybę.

Tyrimo dalyviai dabartinius rezultatus vertina pozityviai, išskirdami geresnį administracinį efektyvumą, finansinį taupymą, sklandesnį procesų organizavimą ir didesnę naudą pacientams.

Pagrindiniai lūkesčiai 2027 metams siejami su pilnu sveikatos reformos įgyvendinimu, efektyvesniu sveikatos sistemos veikimu bei aiškiau matoma nauda pacientams ir darbuotojams. Tikimasi, kad iki tol reforma bus pilnai „išsivažiavusi“, o jos rezultatai taps akivaizdūs tiek organizaciniu, tiek praktiniu lygmeniu.

Tyrimo dalyviai pabrėžia vieningos informacinės sistemos svarbą. Jų nuomone, efektyviai veikianti bendra sistema sudarys galimybes lengviau pasiekti pacientus, geriau koordinuoti jų priežiūrą bei aktyviau vykdyti prevencines programas. Tikimasi, kad tai leis operatyviau identifikuoti pacientų poreikius, skatinti profilaktinius sveikatos patikrinimus ir stiprinti prevencinę sveikatos priežiūrą.

Informantai pažymi, kad šiuo metu gyventojai dar ne visada jaučia reformos naudą, nes paslaugos tebeikišamos skirtingose vietose. Todėl informantų lūkestis – sukurti vientisą, pacientui aiškiai matomą ir lengvai prieinamą sistemą. Be to, informantai tikisi, kad medikai labiau identifikuosis kaip vienos organizacijos ir vieningos sistemos dalis, o tai stiprins komandinį darbą ir bendrą atsakomybę už pacientų priežiūrą.

Lūkesčiai 2027 metams orientuoti į pilnai integruotą, efektyviai veikiančią ir pacientui patogią sveikatos priežiūros sistemą, pagrįstą vieninga informacine sistema, glaudesniu specialistų bendradarbiavimu ir didesniu prevencinės sveikatos priežiūros efektyvumu.

4. IŠVADOS

4.1. Sveikatos politikos svarba siejama su sistemingu, koordinuotu ir į prevenciją orientuotu sveikatos politikos įgyvendinimu, kuris yra atliepantis gyventojų poreikius bei skirtingų sektorių bendradarbiavimą.

4.2. Sveikatos centrai vertinami kaip galimybė kurti integruotą, koordinuotą ir pacientui patogesnę sveikatos priežiūros sistemą. Akcentuotas geresnis pirminio ir antrinio lygio paslaugų bendradarbiavimas, efektyvesnis išteklių panaudojimas, vieningos informacinės sistemos svarba bei didesnis paslaugų prieinamumas gyventojams. Sveikatos centrų kūrimas taip pat siejamas su ilgalaikiu sistemos tvarumu ir paslaugų kokybės gerinimu.

4.3. Teigiami pokyčiai siejami su efektyvesniu administraciniu darbu, geresniu įstaigų bendradarbiavimu, finansinių išteklių optimizavimu bei geresnėmis galimybėmis pacientams gauti paslaugas vienoje sistemoje. Neigiami pokyčiai ir iššūkiai buvo susiję su nepakankamu teisiniu reglamentavimu, komunikacijos trūkumais, visuomenės ir darbuotojų pasipriešinimu pokyčiams bei privataus sektoriaus pasyvumu bendruose sveikatos sistemos procesuose.

5.PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

5.1. Stiprinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą tarp savivaldybių, sveikatos priežiūros įstaigų, visuomenės sveikatos biurų, švietimo įstaigų, nevyriausybinių organizacijų ir privataus sektoriaus, siekiant užtikrinti koordinuotą sveikatos politikos įgyvendinimą bei efektyvesnį gyventojų poreikių atliepimą.

5.2. Tobulinti komunikaciją pokyčių įgyvendinimo metu, užtikrinant aiškų ir nuoseklų darbuotojų, bendruomenės bei kitų suinteresuotų grupių informavimą apie planuojamus pokyčius, jų tikslus ir naudą.

5.3. Skatinti privataus sektoriaus aktyvesnį įsitraukimą į sveikatos paslaugų organizavimo procesus bei bendrą sveikatos sistemos tikslų įgyvendinimą, neapsiribojant vien projektinių lėšų ar finansavimo galimybėmis.

5.4. Plėtoti vieningas informacines sistemas tarp sveikatos priežiūros įstaigų, siekiant užtikrinti efektyvesnį pacientų duomenų valdymą, geresnį paslaugų koordinavimą ir prevencinių programų įgyvendinimą.

5.5. Rekomenduojama reguliariai vertinti sveikatos centrų veiklos rezultatus, analizuoti gyventojų poreikius ir pacientų pasitenkinimą, siekiant laiku identifikuoti problemas bei tobulinti sveikatos priežiūros organizavimo procesus.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Baltrušaitytė G. Visuomenės dalyvavimo samprata baziniuose Lietuvos sveikatos politikos dokumentuose. Viešojo politika ir administravimas. 2019;18(3):73–84;
2. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva; 2015;
3. Bankauskaitė V, Saltman RB. Health reforms in Lithuania. Health Policy. 2007;
4. European Commission. Health systems in transition: Lithuania. 2015;
5. OECD. Health at a Glance: Europe. 2016;
6. World Health Organization. Health in All Policies: Framework. 2014;
7. Jankauskienė D, Pečiūra R. Health policy development in Lithuania. 2015;
8. World Health Organization. Health system transformation. 2020;
9. BMC Health Services Research. Integrated care challenges. 2020;
10. The Lancet Public Health. Health system reforms. 2021;
11. Jankauskienė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas. 2007;
12. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23c222ad-2ac2-40a6-a37c-31c3733fefae/content>
13. <https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.94F6B680E8B8/asr?csrt=10492911016112483190>
14. European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems in transition: Baltic states;
15. OECD. OECD Reviews of Health Systems: Lithuania. Paris; 2018;
16. OECD. Health system performance and resources in Baltic countries;
17. OECD. Economic Survey: Estonia. 2024;
18. European Commission. State of Health in the EU: Latvia
19. <https://www.etar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E2B2957B9182/asr?csrt=10016651864588492580>
20. European Observatory on Health Systems and Policies. Lithuania: Health system review. Copenhagen; 2013;
21. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K. Decentralization in health care. Open University Press; 2007;
22. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. 1994;

23. Pukinaitė V. Health policy and governance in Lithuania. 2013;
24. European Commission. State of Health in the EU: Lithuania. 201;
25. World Health Organization. Health system response to COVID-19: Lithuania. 2020;
26. Pukinaitė V. Health policy and governance in Lithuania. 2013;
27. <https://sam.lrv.lt/lt/apie-ministerija/misija/>
28. Lietuvos Respublikos Vyriausybė. 2022–2030 m. sveikatos plėtros programa;
29. Lietuvos Respublikos Seimas. Sveikatos priežiūros reforma (2022);
30. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Integruotos sveikatos priežiūros klasteriai
31. Moran JW, Brightman BK. Leading organizational change. J Workplace Learn. 2000;12(2):66-74
32. Oškutienė R, Korsakienė R. Organizacinių pokyčių vertinimas: informacinių technologijų diegimo atvejis. Mokslas – Lietuvos ateitis. 2012;4(3):197-204. doi:10.3846/mla.2012.33
33. <https://sm-hs.eu/wp-content/uploads/2019/02/88-375-1-PB.pdf>
34. Magnussen J., Vrangbaek K., Saltman R.B. Nordic health care systems: recent reforms and current policy challenges, Berkshire: Open University Pres 2009;
35. https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aagd%3A6%3A35984806/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aagd%3A109570005&crl=c&link_origin=scholar.google.lt
36. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006; 3. 77-10. Prieiga: https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology
37. Žydzūnaitė V, Sabaliauskas S. Kokybiniai tyrimai, principai ir metodai. Vilnius. Leidykla VAGA. 2017
38. <https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Sveikatos%20sistemos%20reform%C5%B3%20ap%C5%BEvalga.pdf>

