



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS IR VERSLO FAKULTETAS

Auksė Kaklauskaitė

MEDICINOS SEKTORIAUS ĮMONIŲ VEIKLOS VERTINIMAS

MAGISTRO DARBAS

Darbo vadovė Doc. dr. Lina Klovienė

KAUNAS 2016

**KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS
EKONOMIKOS IR VERSLO FAKULTETAS**

MEDICINOS SEKTORIAUS ĮMONIŲ VEIKLOS VERTINIMAS

Ekonomika (621L10008)

MAGISTRO DARBAS

Darbą atliko

Auksė Kaklauskaitė VME-4
2016 m. gegužės 9

Vadovas

Doc dr. Lina Klovienė
2016 m. gegužės 9

Recenzentas

Lekt dr. Tomas Stravinskas
2016 m.

KAUNAS, 2016



KAUNO TECHNOLOGIJOS UNIVERSITETAS

Ekonomikos ir verslo fakultetas

Auksė Kaklauskaitė

Ekonomika, 621L10008

Baigiamojo magistro darbo „Medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimas“

AKADEMINIO SAŽININGUMO DEKLARACIJA

20 16 m. gegužės 9 d.
Kaunas

Patvirtinu, kad mano **Auksė Kaklauskaitė** baigiamasis magistro darbas tema „Medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimas“ yra parašytas visiškai savarankiškai, o visi pateikti duomenys ar tyrimų rezultatai yra teisingi ir gauti sąžiningai. Šiame darbe nei viena dalis nėra plagijuota nuo jokių spausdintinių ar internetinių šaltinių, visos kitų šaltinių tiesioginės ir netiesioginės citatos nurodytos literatūros nuorodose. Įstatymų nenumatytų piniginių sumų už šį darbą niekam nesu mokėjęs.

Aš suprantu, kad išaiškėjus nesąžiningumo faktui, man bus taikomos nuobaudos, remiantis Kauno technologijos universitete galiojančia tvarka.

(vardą ir pavardę įrašyti ranka)

(parašas)

Kaklauskaitė, Aukse. Performance Measurement in Health Care Organizations. Master's Final Thesis in Economics. Supervisor assoc. Professor dr. Lina Klovienė. Department of Economics, the School of Economics and Business, Kaunas University of Technology.

Social Sciences: Economics.

Key words: health system, public sector, financial indicators, balanced scorecard, efficiency, performance measurement

Kaunas, 2016. 62 p.

SUMMARY

Currently, the main flaw of the health system in Lithuania is officially operating system what does not significantly affect the participants' motivation. The funding system does not encourage patients stay healthy, so morbidity is high. Investigators examining the medical sector are financial indicators, but do not pay attention to non-financial, that can maintain the efficiency of the medical sector.

The aim of the master's thesis was to find out activities of the medical sector and do evaluations study in health care sector.

The main problem in these organizations is how correctly evaluate health care organization which can help it to exist much more time.

Tasks: 1. Perform literature analysis on health care organizations and identify medical organization's specificities.

2. Identify factors of performance measurement in health care organizations.

3. To create the medical sector performance evaluation model that will ensure the medical sector improvement.

4. Perform evaluation study in selected health care organization.

The methods used in the research: created evaluation model. Also it was used qualitative method – case analysis, together with a written questionnaire.

The main research results and their application areas: To correctly evaluate health care organization is very difficult problem. There is no single performance measurement in health care organization. The created model can help health care organization to reach better not only financial results, but also have competitive advantage among other health care organizations. Also, the created model can help to solve main health care organizations problems in modern world.

Turinys

SUMMARY	4
Turinys	5
Įvadas	8
1. MEDICINOS SEKTORIAUS ĮMONIŲ VEIKLOS VERTINIMO IR TOBULINIMO PROBLEMA ..	10
1.1. Veiklos vertinimo teoriniai aspektai	10
1.2. Medicinos sektoriaus įmonių veiklos specifika	12
1.3. Medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimą formuojantys veiksniai.....	18
2. MEDICINOS SEKTORIAUS ĮMONIŲ VEIKLOS VERTINIMO IR TOBULINIMO METODIKA ...	23
2.1 Medicinos sektoriaus įmonių veiklos finansinis vertinimas	23
2.2 Medicinos sektoriaus įmonių nefinansinis vertinimas	31
2.3 Medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimo ir tobulinimo metodika	34
2.4 Medicinos sektoriaus įmonės veiklos vertinimo tyrimo metodologinis aprašymas.....	38
3.MEDICINOS SEKTORIAUS ĮMONIŲ VEIKLOS TOBULINIMO IR VERTINIMO GALIMYBIŲ TYRIMAS.....	41
3.1. Medicinos sektoriaus įmonės „X“ aprašymas.....	41
3.2. Veiklos vertinimo sistemos tyrimas	42
3.3 Rekomendacijos įmonės veiklos tobulinimui	56
IŠVADOS.....	58
Literatūros sąrašas	60
PRIEDAI	66

Paveikslų sąrašas

1 pav. Mišri sveikatos priežiūros finansavimo sistema.....	14
2 pav. ES šalys: visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatinimo veiklai kaip procentas nuo BVP....	15
3 pav. Į kokybę orientuotos veiklos vertinimo formos.....	19
4 pav. Subalansuotų rodiklių sistemos modelis.....	32
5 pav. Subalansuotų rodiklių sistema viešajame sektoriuje.....	33
6 pav. Medicinos sektoriaus įmonės veiklos vertinimo modelis.....	38
7 pav. Turto pelningumo rodikliai 2013 – 2015 m.m.....	45
8 pav. Nuosavo kapitalo pelningumas 2013 – 2015 m.m.....	45
9 pav. Viso turto apyvartumas, kartais.....	48
10 pav. Ilgalaikio turto apyvartumo rodiklis 2013 – 2015 m.m.....	48
11 pav. Trumpalaikio turto apyvartumas, kartais.....	49
12 pav. Grynasis apyvartinis kapitalas 2013-2015 m.m.....	50
13 pav. Ilgalaikių skolų apdraustumo ilgalaikiu turtu koeficientas.....	51
14 pav. Lėšos, gaunamos iš PSDF 2013- 2015 m.m.....	52
15 pav. Vaikų ir suaugusiųjų kaitos rodikliai 2013-2015 m.m.....	53
16 pav. Darbuotojų kaita 2013 – 2015 m.m.....	54

Lentelių sąrašas

1 lentelė. Pagrindiniai pelningumo rodikliai.....	44
2 lentelė. Veiklos efektyvumo rodikliai.....	46
3 lentelė. Trumpalaikio mokumo rodikliai 2013-2015 metais.....	48
4 lentelė. Ilgalaikio mokumo rodikliai 2013 – 2015 metais.....	49
5 lentelė. Pacientų rodikliai.....	52
6 lentelė. Darbuotojų kaitos rodikliai.....	53

Įvadas

Temos aktualumas. Vertinimo procesas yra svarbus sprendžiant daugumą ekonomikos ir vadybos problemų. Ypač specifinis ir aktualus jis tampa dabar, kai tradicinės taikomos koncepcijos ir instrumentai tapo antriniais. Pagrindine veiklos valdymo ir vertinimo priemone tampa specializuotos žinios bei išskirtinė kompetencija, lemiantys konkurencinį pranašumą.

Literatūroje, analizuojančioje veiklos vertinimą (Gimžauskienė E. 2006, Zemkauskas A. 2001, Grondskis D. 2001, Staškevičius J.A. 2001, Januškevičius E. 1999, Sudnickis T. 2008) teigiama, jog sėkmingas veiklos vertinimo sistemų diegimas įmonėje priklauso nuo organizacijos veiklos pobūdžio, kultūros tipo, verslo aplinkos, kurioje ji veikia. Todėl tampa akivaizdu, kad veiklos vertinimo procesas turi būti suderinamas su jau esama įmonės patirtimi, o šio proceso sėkmė priklauso nuo įmonės veiklos konteksto. Tai pagrindžia teiginį, kad nėra universalios veiklos vertinimo metodikos, tinkamos visoms įmonėms bet kokiomis sąlygomis. Taigi tampa akivaizdu, kad besikeičianti įmonių veiklos aplinka daro įtaką ir veiklos vertinimo procesui.

Sveikatos sistema yra būtent ta veikla, kuri reikalauja nuolatinių reformų. Daugelyje šalių išlieka klausimas kur surasti naujų, racionalesnių struktūrų ir efektyvesnių paslaugų tiekimo būdų, kurie užtikrintų teikiamų paslaugų kokybę ir pacientų pasitenkinimą. Todėl, dauguma tyrėjų nagrinėja medicinos sektorių per finansinį vertinimą, tačiau kai kurie tyrėjai pamini, jog įstaigą tinkamai įvertinti padėtų ir nefinansiniai rodikliai, tokie kaip diagnozių, atliktų operacijų, gydymo trukmės skaičiai. Dažniausios sveikatos sektoriaus problemos yra nepakankamas finansavimas ir vadyba, kurios sąlygoja pasekmes kaip pavėluota ligų diagnozė, pacientai laiku negauna tinkamų gydytojų paslaugų; didėja pacientų nepasitenkinimas gydymo įstaigų teikiamomis paslaugomis. Šiame kontekste ypatingai svarbų vaidmenį atlieka savalaikis medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimas, kuris gali užtikrinti kryptingą ir pagrįstą veiklos tobulinimą bei ateities perspektyvų numatymą. Todėl Pasaulio sveikatos organizacija sukūrė ligoninių veiklos efektyvumo vertinimo modelį „The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals”, kurio paskirtis - padėti ligoninėms atrinkti tinkamus veiklos efektyvumo vertinimo rodiklius, sudarančius galimybę vertinti įstaigos veiklos efektyvumą, lyginant su kitomis tos pačios ar kitos šalies įstaigomis.

Tiriama problema. Kaip finansinių ir nefinansinių veiklos vertinimo metodų adaptavimas užtikrina medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimą ir tobulinimą?

Darbo tikslas – atskleidus medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimą formuojančius ir naudingumą užtikrinančius veiksnius, atlikti medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimo tyrimą.

Tyrimo uždaviniai:

- 1) Atlikti medicinos sektoriaus apžvalgą ir nustatyti medicinos sektoriaus įmonių specifiskumus.
- 2) Identifikuoti medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimą formuojančius veiksnius.
- 3) Remiantis teoriniais veiklos vertinimo metodais sukurti medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimo modelį, užtikrinantį medicinos sektoriaus įmonių veiklos tobulinimą.
- 4) Atlikti pasirinktos medicinos sektoriaus įmonės veiklos vertinimo tyrimą.

Tyrimo objektas – veiklos vertinimas.

Tyrimo metodas – sukurtas veiklos vertinimo modelis. Taip pat panaudotas kokybinis metodas – atvejo analizė, kartu su anketine apklausa raštu.

1. MEDICINOS SEKTORIAUS ĮMONIŲ VEIKLOS VERTINIMO IR TOBULINIMO PROBLEMA

1.1. Veiklos vertinimo teoriniai aspektai

Įmonių veiklos vertinimas dažnai atliekamas pasitelkiant finansinius rodiklius. Tačiau šiandieninėje įmonių veiklos aplinkoje išskiriama ir nefinansinio veiklos vertinimo svarba. Įžengus į žinių visuomenės etapą, žadantį nepalaujamą paslaugų dalies didėjimą ūkinėje veikloje, imta ieškoti ir kitų įmonių sėkmės priežasčių, kurios galėtų būti atskleidžiamos veiklos vertinimo pagalba. Paaiškėjo, kad nefinansiniai veiklos vertinimo rodikliai gali atskleisti daug naudingos informacijos, kuri gali būti panaudota, siekiant užtikrinti įmonės veiklos sėkmę.

Keičiantis konkurencinei aplinkai, nebetinka tradiciniai veiklos vertinimo metodai, kurie leidžia veiklą įvertinti dažniausiai vienu aspektu arba keliais aspektais, tačiau be aiškesnės sistemos, neturint aiškių suderintų tikslų tarp atskirų veiklos sričių.

Organizacijoje turi egzistuoti veiklos vertinimo procesas, kuris įvertintų visas veiklos sritis, o rodikliai būtų tarpusavyje susiję. Todėl šios darbo dalies tikslas yra išanalizuoti veiklos vertinimo proceso, kaip pagrindinio tyrimo objekto sampratą bei funkcijas. Siekiant užsibrėžto tikslo, pradėti verta nuo veiklos vertinimo proceso sampratos apibrėžimo.

Dažniausiai veiklos vertinimas apibrėžiamas kaip duomenų kaupimo ir informacijos analizės procesas, skirtas sprendimams priimti ir koordinuoti, siekiant užtikrinti visų organizacijos hierarchinių lygių veiklos bei rezultatų įvertinimą pagal konkrečius rodiklius ar kriterijus bet kuriuo laiko momentu. Darytina išvada, kad veiklos vertinimo procesas yra nuolatinis periodiškai atsinaujinantis organizacijos veiklos rezultatų matavimas, kontrolė ir pritaikymas visais hierarchiniais veiklos lygiais, skirtas ateities veiklai planuoti bei priimamiems sprendimams pagrįsti, užtikrinantis vertės kūrimo procesų valdymą ir todėl organizacijos adaptyvumą aplinkoje. Žinių ekonomikos sąlygomis mokymosi ir naujų žinių kūrimo procesai tampa būtina organizacijų adaptavimosi ir išlikimo sąlyga. Veiklos vertinimo procesas padeda mokytis iš savo patirties. Tačiau skirtingose organizacijose mokymasis bei žinių kūrimas vyksta skirtingai, todėl tenka pripažinti organizacijų, veikiančių panašiomis sąlygomis, veiklos vertinimo sistemų skirtingumą (Gimžauskienė E., 2006).

Dinamiškomis verslo sąlygomis veikiančios organizacijos vertinimo procesas orientuotas ne tik į ekonomiškai nesunkiai įvertinamą, bet ir į specifinių intelektinių išteklių vertinimą ir valdymą. Jis turėtų užtikrinti tokias funkcijas:

- Duomenų integravimo funkcija. Veiklos vertinimas turi užtikrinti integruotą duomenų apie visų organizacijos veiklos lygių rezultatus, kaupimo ir tolesnio transformavimo procesą. Ši funkcija bus atliekama tada, kai organizacija turės tinkamą instrumentų rinkinį visų hierarchinių lygių veiklos rezultatų matavimui bei kontrolei.
- Adekvačios informacijos ir žinių kūrimo bei atnaujinimo funkcija. Veiklos vertinimas turi užtikrinti duomenų, informacijos bei žinių, kurių pagrindu bus planuojama tolesnė organizacijos veikla bei pagrindžiami ir priimami sprendimai, sukūrimą bei nuolatinį atnaujinimą. Ši funkcija bus atliekama tada, kai vertinimo proceso metu naudojamas instrumentarijus bus adekvatus generuojamų informacijos ir žinių atžvilgiu, t. y. tinkamai matuos ir vertins tai, kas organizacijai yra svarbu ir naudinga.
- Adaptyvumo užtikrinimo funkcija. Veiklos vertinimas turi padėti organizacijai adaptuotis dinamiškoje verslo aplinkoje. Organizacijos adaptyvumas gali būti užtikrintas per žinių ir informacijos apie vidines organizacijos galimybes ir išorinės aplinkos pokyčius sintezę bei nuolatinio mokymosi procesus veikti ir tobulinti veiklą bei tą veiklą vertinti (E. Gimžauskienė, 2004).

Taigi nors pagrindinis tikslas lieka finansiniai rezultatai, nefinansiniai tikslai ir rezultatai, kuriuos galima pasiekti subalansuotai valdant visus veiklos procesus, taip pat formuoja veiklos vertinimo procesą. Veiklos vertinimo procesas turi apimti visus veiklos procesus. Taigi matomas aiškus ryšys (Zemkauskas A. Grondskis D. Staškevičius J.A., 2001). Apibendrinant galima pasakyti (Zemkauskas A. Grondskis D. Staškevičius J.A., 2001), kad veiklos vertinimo sistema:

- Turėtų būti sudaryta iš finansinių ir nefinansinių veiklos vertinimo rodiklių;
- Turėtų atspindėti bei įvertinti ilgalaikius organizacijos tikslus bei jiems pasiekti naudojamą veiklos strategiją;
- Turėtų apimti visus valdymo lygius.

Tačiau apibendrinus visa tai kyla klausimas, nuo ko priklauso sėkmingas organizacijos veiklos vertinimo procesas. Pagrindinė sėkmingo funkcionavimo sąlyga yra tinkamas veiklos vertinimo metodų ir

instrumentų parinkimas ir diegimas organizacijoje. Veiklos vertinimas gali būti sėkmingai įgyvendintas tada, kai jis yra integruojamas visoje įmonėje ir suteikia pilną, objektyvią informaciją.

Iš to seka išvada, kad veiklos vertinimo procesas organizacijoje tiesiogiai priklauso nuo tos organizacijos savitų informacinių poreikių. Todėl galima teigti, kad teoriškai aprašytų veiklos vertinimo instrumentų ir metodų įdiegimas dar nereiškia veiklos vertinimo funkcionalumo ir jo naudingumo organizacijoje. Akivaizdu, kad veiklos vertinimo metodai turi būti tinkamai adaptuoti, naudingi pačiai organizacijai, derėti prie organizacijos vidinės ir išorinės aplinkos bei svarbiausiai jie turi būti nuolat tobulinami. Todėl kitoje darbo dalyje tikslinga išanalizuoti medicinos sektoriaus įmonių veiklos specifiką ir aspektus, į kuriuos būtina atskleisti formuojant veiklos vertinimo sistemą.

1.2. Medicinos sektoriaus įmonių veiklos specifika

Pagal teisės aktus suvokiama, jog gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė gerovė. Sveikatos apsauga pagrįstai laikoma viešu interesu, nes susijusi su žmonių pažeidžiamumu.

Sveikatos priežiūros sektorius turi veikti taip, kad maksimali nauda tektų paprastam žmogui, o ne biurokratiniam aparatui. Žinoma, Lietuvos sveikatos sistema yra glaudžiai susijusi ir su sveikatos politika. Europoje, taip pat ir Lietuvoje, sveikatos politikai sprendė uždavinį, kaip laikant sveikatą didžiausia socialine vertybe, kontroliuoti sveikatos paslaugų kainų didėjimą, neblogėjant paslaugų prieinamumui. Sveikatos politika pradėjo kurti sveikatos sistemą. Pradėta kurti sveikatos sistema ir po jos pradėta sveikatos reforma Lietuvoje buvo ir yra siekiama pagerinti gyventojų sveikatą ir sveikatos paslaugų kokybę: visų pirma, vykdyti aktyvią sveikatos politiką, antra, pertvarkyti sveikatos apsaugos sistemą restruktūrizuojant joje teikiamas paslaugas ir sveikatos priežiūros įstaigas.

Teisės aktuose sveikatos priežiūros įstaiga apibūdinama remiantis keliais kriterijais. Pirmiausia tai yra tokia sveikatos priežiūros įstaiga ar įmonė, kuri teisės aktų nustatyta tvarka, turi teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus. Taip pat tokia įstaiga bus pripažinta ir įstaigos ar įmonės, kuri verčiasi kita, ne sveikatos priežiūros, veikla, filialas ar padalinys, kuris turi teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas (LR Sveikatos priežiūros įstatymas, 1996). Taigi, vienas svarbiausių kriterijų įmonei, norinčiai tapti sveikatos priežiūros įstaiga, yra licencija teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Antra, tokios įstaigos turi būti įregistruotos Valstybiniame sveikatos priežiūros įstaigų registre. LR Sveikatos apsaugos ministro įsakyme (2007) teigiama, jog licencijas išduoda, atsisako jas išduoti, licencijų galiojimą sustabdo,

atnaujina ir panaikina Valstybinė akreditavimo tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Šie kriterijai, ribojantys įstaigas teikti šias paslaugas, yra labai pagrįstai nustatyti. Atsižvelgiant į tai, kad su sveikata susijusios problemos yra veiksny, kuris ypatingai pažeidžia žmogų, jo socialinį stovį.

Analizuojant sveikatos priežiūros įstaigas reglamentuojančius įstatymus, juos lyginant tarpusavyje ir atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos sistemos struktūrą, galima išskirti daugybę sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimo kriterijų ir jų rūšių. Medicinos sektoriaus veiklai ir finansinei specifikai taikytini būdingi vardiniai kriterijai, siekiant nustatyti galimas problemines sritis ar panašiai.

Daugumoje šalių viešasis sektorius užtikrina didžiąją dalį stacionarių antro ir trečio lygio sveikatos priežiūros paslaugų vykdant asmens sveikatos priežiūrą, visuomenės sveikatos priežiūrą. Privatus sektorius daugiau sveikatos priežiūros paslaugų teikia atlikdamas pirminę sveikatos priežiūrą ir antrinę ambulatorinę sveikatos priežiūrą, odontologijos, farmacijos srityje. Manytina, kad viešasis sveikatos priežiūros sektorius teikia tokį platų spektrą sveikatos paslaugų, kad visais atžvilgiais patenkintų tokių paslaugų poreikį, šioje sistemoje būtina pasitelkti ir privačiai paslaugas teikiančius subjektus. Juo labiau, kad, remiantis kitų sektorių patirtimi ir naujosios viešosios vadybos koncepcija, galima teigti, kad privatus sektorius skatina efektyviau ir rezultatyviau dirbti.

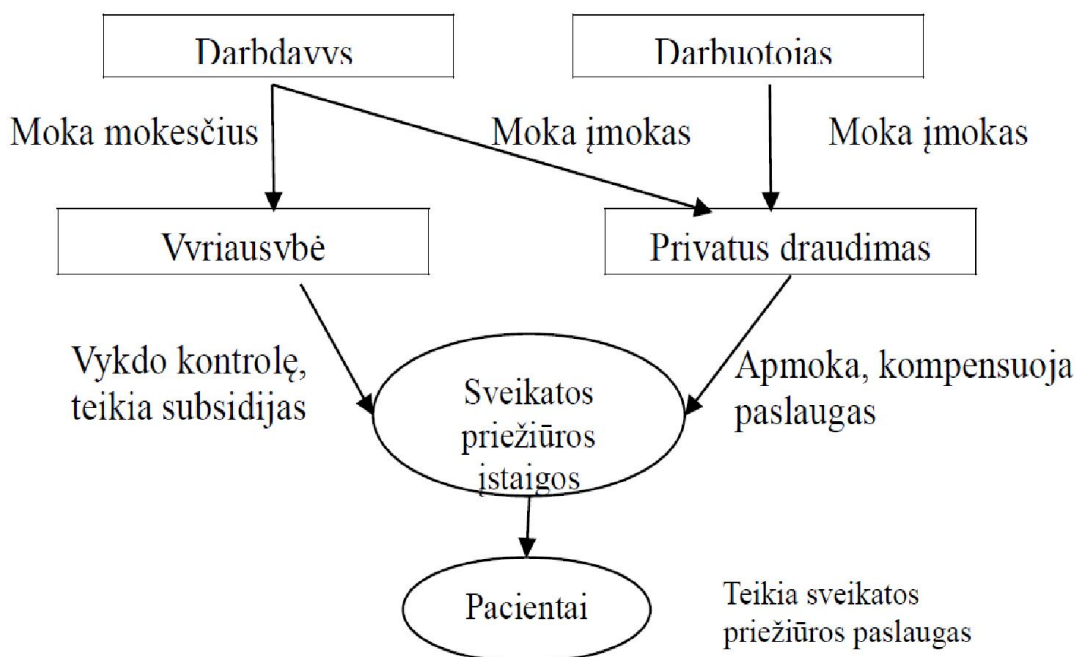
Šiuo metu pagrindinė sveikatos sistemos problema Lietuvoje yra ta, kad oficialiai veikianti sistema nedaug paveikia sistemos dalyvių motyvaciją. Finansavimo sistema neskatina pacientų nesirgti, o susirgus – pasveikti bei gydytojų – siūlyti efektyviausius gydymo būdus. Rezultatas – taip suformuotoje sistemoje išgyvena nebūtinai tie paslaugų tiekėjai, kuriuos dažniausiai renkasi pacientai, o tie, kuriuos pasirenka politikai. To pasekmė - privačių sveikatos priežiūros įstaigų diskriminacija. Siekiant, kad sveikatos priežiūros sistemoje atsirastų motyvacija, visų pirma, reikia asmeniui suteikti atsakomybę savo sveikatos priežiūros atžvilgiu. Asmuo pats, o ne paremus valstybei turi pajauti finansines savo gyvenimo būdo ir pasirinkimų, veikiamų šio gyvenimo būdo, pasekmes. Sveikatos sutrikimo problemos gali būti sprendžiamos asmeninio kaupimo, dalyvavimo „savanoriškai pasidalijant rizikai arba dalyvaujant socialiai perskirstant išteklius, kuomet iš gyventojų yra surenkamos lėšos į vieną biudžetą, o vėliau, atsižvelgiant į poreikius, yra perskirstomos (privalomojo sveikatos draudimo modelis)“ (Pieters D., 1998, p.93).

Kiekvienas šių būdų turi savo privalumų ir trūkumų. Siekiant išspręsti balansą tarp gyventojų asmeninio kaupimo, savanoriško draudimo ir privalomo perskirstymo, esant privalomajam draudimui, būtina asmeninį lėšų kaupimą ir papildomą draudimą palikti kaip savanoriškai pasirenkamas alternatyvas. Manytina, kad tokiu būdu galima tikėtis, kad bus rastas balansas, atitinkantis konkretaus asmens situaciją. Juk suprantama, kad individui, kuris stengiasi gyventi sveikai, mažiau naudojasi sveikatos priežiūros

paslaugomis, draustis papildomu sveikatos draudimu finansiškai nenaudinga. Šiuo konkrečiu atveju, užtektų ir minimalių privalomojo sveikatos draudimo įmokų. Tuo tarpu, ne tokį sveiką gyvenimo būdą pasirinkęs asmuo, yra dažniau priverstas lankytis sveikatos priežiūros įstaigose ir ten palikti nemažą dalį savo lėšų, nes visų išlaidų nepadengtų minimalios įmokos į privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą. Tokiu atveju, jam būtų naudinga, kad dalį lėšų, skirtų sveikatos priežiūrai, finansuotų privalomasis sveikatos draudimas, o likusią dalį – papildomojo sveikatos draudimo institucijos. Taigi, galimos įvairios situacijos sprendimo galimybės.

Lietuvoje veikia iš dalies mišri sveikatos priežiūros finansavimo sistema (1 pav.), kurioje išskiriami 4 pagrindiniai finansavimo šaltiniai:

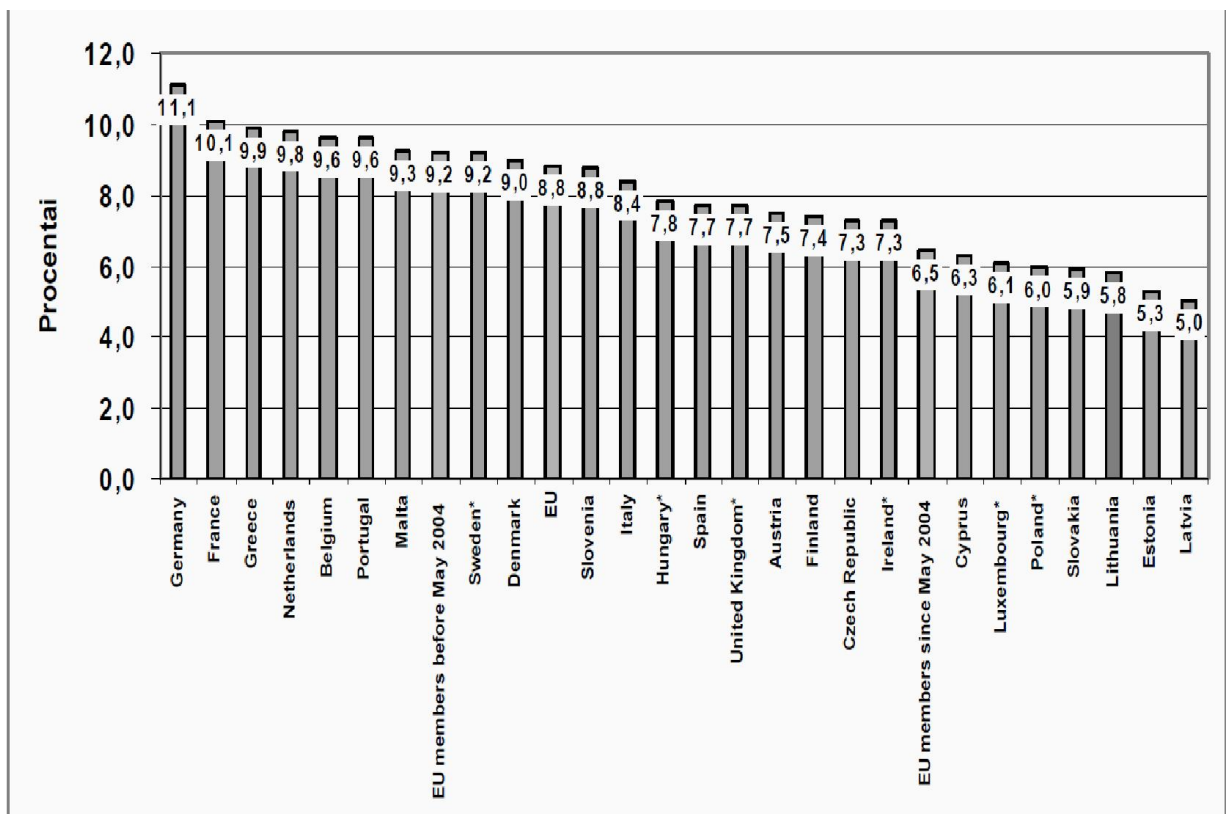
1. Bendrų mokesčių įplaukos (valstybės ir savivaldybių biudžetai);
2. Įmokos į privalomojo sveikatos draudimo sistemą (PSDF) biudžetas);
3. Įmokos į savanoriško draudimo sistemą (Lietuvoje veikia kaip įmonių darbuotojų sveikatos draudimas);
4. Tiesioginiai pacientų atsiskaitymai iš savo asmeninių lėšų su sveikatos paslaugų teikėjais.



1 pav. Mišri sveikatos priežiūros finansavimo sistema (sudaryta remiantis Černiauskas, 2008)

Atkreiptinas dėmesys, kad pacientai atsiskaitydami už suteiktas paslaugas privačiose gydymo įstaigose, dažniausiai naudojami savo asmeninėmis lėšomis. Privačiose įstaigose, kurios yra sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, dalis išlaidų yra padengiama iš PSDF biudžeto Pabrėžtina, kad sutartis su ligonių kasomis yra sudariusios ne visos privačios sveikatos priežiūros įstaigos, o kompensuojama yra tik dalis patirtų išlaidų, taigi pacientas yra priverstas eikvoti savo asmenines lėšas. Žinoma, labai maža dalis pacientų yra apdrausti savanorišku sveikatos draudimu įmonėse, bet tai vėlgi yra dvigubas mokėjimas, nes mokamos įmokos į PSDF biudžetą bei papildomos įmokos draudimo bendrovėms.

Lietuva pagal BVP dydį, kuris tenka vienam gyventojui, yra viena iš paskutiniųjų tarp Europos Sąjungos šalių. Sveikatos priežiūrai skiriama dalis nuo BVP nėra didelė, lyginant su kitomis Europos Sąjungos valstybėmis (2 pav.) (WHO, 2006).



2 pav. ES šalys: visuomeninės ir privačios išlaidos sveikatinimo veiklai kaip procentas nuo BVP (sudaryta remiantis WHO, 2010)

Be to, tiesioginės gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai rodo ženkliai nepakankamą valstybės kompensuojamų sveikatos priežiūros paslaugų lygį. Esant privalomojo sveikatos draudimo modeliui, pacientų išlaidos sveikatos priežiūrai turi būti padengiamos iš PSDF biudžeto. Pacientams mokant papildomai dar ir iš savo asmeninių lėšų, iškreipiama visa sveikatos priežiūros sistema, tampa nebeaišku, kas ką turi finansuoti. Todėl tikslinga ieškoti papildomų socialinių garantijų šioms išlaidoms mažinti.

Išskiriamos dvi sveikatos paslaugas gyventojams teikiančių įstaigų rūšys Lietuvoje:

1. Valstybės bei savivaldybių viešosios įstaigos, kurių išlaidas dengia teritorinės ligonių kasos;
2. Privačios gydymo įstaigos, kurių išlaidas dengia pacientai tiesioginėmis įmokomis ir maža dalimi iš teritorinių ligonių kasų.

Tačiau situacija pasikeitė ir šiek tiek pagerėjo, kai teritorinės ligonių kasos pradėjo kompensuoti ir privačių gydymo įstaigų, kurios yra sudariusios sutartis su ligonių kasomis, išlaidas.

Taigi, šių įstaigų finansavimas dabar yra paremtas ne tik pacientų tiesioginėmis išmokomis, bet ir išmokomis iš PSDF biudžeto. Tačiau privačios įstaigos neskuba sudaryti sutarčių su ligonių kasomis, nes tam yra pakankamai nepalankios išlaidų kompensavimo sąlygos. Esant dabartiniam reguliavimui, sveikatos priežiūros įstaigoms, sudariusioms sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, iš PSDF yra kompensuojamos tiktai bazinės suteiktų paslaugų kainos, nustatytos atitinkamos kvotos (LR SAM įsakymas, 2007). Taigi, privačios medicinos įstaigos, sudariusios sutartis su ligonių kasomis, gali kompensuoti tik dalį savo turimų išlaidų, nors tokių įstaigų pajėgumai yra kur kas didesni.

Pagal galiojančius Lietuvos Respublikos įstatymus sveikatos priežiūros įstaigos galima suklasifikuoti pagal teisinę, nuosavybės formą ir finansavimo šaltinį. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstatymas (1996) pagal nuosavybės formą išskiria šias įstaigas:

- Privačios gydymo įstaigos
- Valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos
- Savanoriškos nepelno gydymo įstaigos

Privačios gydymo įstaigos priklauso privatiems investuotojams, savininkams bei siekia gauti pelno. Privačių komercinių įmonių tikslas – maksimizuoti pelną, negali būti ne pelno organizacijų tikslu (LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994).

Valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų turtas priklauso jų steigėjams – savivaldybėms, valstybei, o sveikatos įstaigos juo disponuoja tik patikėjimo teise. Pagal sveikatos priežiūros įstatymą (1996) valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos veikia kaip tam tikro finansavimo fondo įstaiga (pavyzdžiui, karo veteranų). Ne pelno sveikatos priežiūros įstaigos tikslas yra paslaugos. Tai reiškia, kad teikiant paslaugas

siekama ne kuo didesnio pelno, bet kuo daugiau paslaugų. Iš esmės tai reiškia, kad tokių įstaigų veikla yra tiesiog gydymas akcentuojant kiekybinę sveikatos priežiūros paslaugų pusę, o ne kokybę. Tokia situacija yra susiklosčiusi, nes valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos veikia ne rinkos sąlygomis. Nors visos sveikatos priežiūros sistemos įstaigos turi vieną neįprastą sveikatos priežiūros sistemai būdingą elementą - atlyginimo už paslaugas pobūdį, tačiau valstybinėse gydymo įstaigose visi pacientai yra pratę gauti nemokamas paslaugas (LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994).

Savanoriškos nepelno gydymo įstaigos įkurtos ir veikia visuomenės narių dėka (dažnai paremtos religiniu pagrindu). Tarp savanoriškų organizacijų įtakingiausiomis laikytinos „Raudonojo kryžiaus“ draugija, „Carito“ federacija, Diabeto asociacija bei Aklių ir silpnaregių draugija. Bažnyčios vaidmuo sveikatos priežiūros sektoriuje yra ribotas. Kitas, vienas iš pagrindinių klasifikavimo kriterijų, ir yra finansavimo šaltinis, kuris daro didžiulę takoskyrą tarp privačių ir viešų sveikatos priežiūros įstaigų.

Kalbant apie Lietuvoje egzistuojančias sveikatos priežiūros įstaigas, būtina vertinti Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigas pagal finansavimo šaltinius. Remiantis LR Sveikatos priežiūros įstatymu (1996) išskiriamos tokios sveikatos priežiūros įstaigos pagal finansavimo šaltinius:

- Viešosios
- Biudžetinės
- Privačios

Sveikatos priežiūros įstatyme vartojama sąvoka valstybinė sveikatos priežiūros įstaiga, o valstybinė sveikatos priežiūros įstaiga gali būti arba viešoji arba biudžetinė. Abstrakčiai pažvelgus, tiek viešosios, tiek biudžetinės įstaigos atrodo panašios. Iš esmės šios dvi įstaigų rūšys panašios tuo, kad teikia nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas. Nes asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, valstybės ar savivaldybių biudžetų – tai valstybės laiduojama (nemokama) asmens sveikatos priežiūra (LR sveikatos sistemos įstatymas, 1994). Tačiau yra tam tikri skirtumai. LNSS biudžetinė įstaiga yra iš valstybės ar savivaldybių biudžetų visiškai arba iš dalies išlaikoma įstaiga.

Ji taip pat gali gauti lėšų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, sveikatos fondų, gauti kitų nebiudžetinių lėšų (LR sveikatos priežiūros įstatymas, 1995). Taigi tokia biudžetinė įstaiga turi daugiau finansavimo šaltinių nei paprasta viešoji sveikatos priežiūros įstaiga. Be to, biudžetinių įstaigų veiklą reglamentuoja Biudžetinių įstaigų įstatymas ir sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, o Viešųjų įstaigų veiklą reglamentuoja Viešųjų įstaigų įstatymas ir sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. (LR sveikatos priežiūros įstatymas, 1997). Taip pat yra skiriama dar ir uždaroji biudžetinė įstaiga.

Kalbant apie privačias įstaigas, reikia paminėti, kad pagal dabartinį teisės aktų reglamentavimą, visos privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kurios nėra sudariusios sutarčių su valstybine ar teritorinėmis ligonių kasomis, nepriklauso LNSS. Situacija pakankamai absurdiška, kuomet dalis žmonių renkasi privačias asmens sveikatos priežiūros įstaigas, vietoj viešųjų. Nors tie asmenys moka įmokas už privalomąjį sveikatos draudimą, tačiau privačiose įstaigose turi mokėti už teikiamas paslaugas. Žinoma, esamoje sveikatos sistemoje, ne visos paslaugos kompensuojamos iš teritorinių ligonių kasų. Net ir tuo atveju, kuomet privačios sveikatos priežiūros įstaigos sudaro sutartis su ligonių kasomis, pacientas, turėdamas poreikį netradicinėms medicinos paslaugoms, negalės gauti kompensacijos už jas. Pastebimas sistemos trūkumas, kuomet pacientai moka privalomas sveikatos draudimo įmokas, bet gauna kompensacijas tik už daugelio žmonių poreikius tenkinančias paslaugas, o ne būtent už tas, kurių jiems reikia individualiai. Šiuo aspektu sveikatos sistemos finansavimas turi būti tobulinamas ta linkme, kad pacientai galėtų pasinaudoti kompensacijomis už tas paslaugas, kurių jiems reikia ir kuriomis pacientai naudojami, o ne kompensacijas už tas, kurių galbūt gyvenime jiems nereikės. Lėšas, surinktas iš gyventojų, reikia priartinti prie pačių pacientų, o ne prie sistemos.

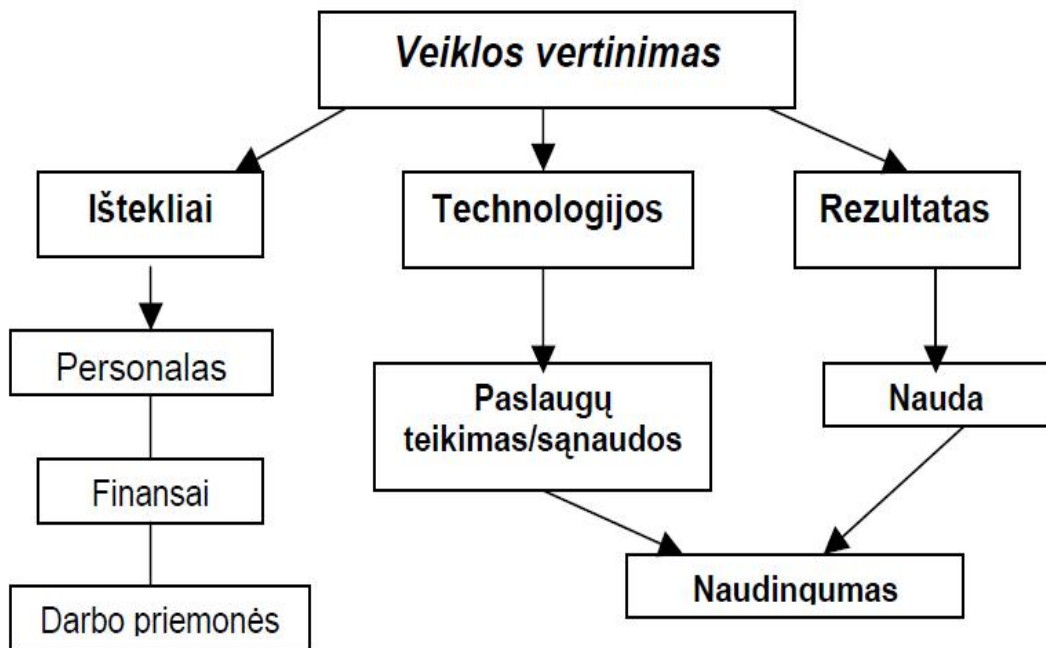
Apibendrinant sveikatos priežiūros įstaigų klasifikavimą pagal teisinę, nuosavybės formą ir finansavimo šaltinį, galima teigti, jog daugiausiai klausimų ir diskusijų iškyla susiduriant su įstaigomis, kurios klasifikuojamos pagal finansavimo šaltinį. Daugiausiai diskusijų sukelia, kai yra finansuojama tik dalis teikiamų paslaugų iš privalomojo sveikatos draudimo ar ligonių kasų, dažnai visuomenei sunku suprasti, kodėl taip yra, todėl svarbu tinkamai išanalizuoti ir suprasti įstaigų finansavimo pobūdį. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo negalima atlikti kaip kitų įmonių, nes šios neįtraukia visų pagrindinių finansinių rodiklių, daugiau remiasi nefinansiniais. Šiuolaikinės reformos siekia sudaryti balansą tarp finansinių ir nefinansinių požiūrių, kurie lemtų tinkamą sveikatos priežiūros įstaigų vertinimą.

1.3. Medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimą formuojantys veiksniai

Organizacijos veiklą nuolat įtakoja įvairūs išorės ir vidaus veiksniai, todėl jos negalima valdyti iš anksto paruoštais sprendimais (Jankauskienė, 2007). Tam kad organizacija veiktų ne tik dabar, bet ir ateityje, reikalingas nuolatinis jos veiklos tobulinimas, bei gebėjimas prisitaikyti dinamiškoje aplinkoje. Pasikeitimai organizacijoje ar visoje sistemoje yra procesas, susidedantis iš keleto žingsnių. Tas reikalauja nemažai pastangų ir laiko. Žinių ekonomikos kontekste vis dažniau kaip organizacijos tobulėjimo priemonė analizuojamas veiklos vertinimas. Nei viena organizacija negali efektyviai veikti neįvertinusi

savo veiklą. Veiklos vertinimas parodo, kaip organizacija siekia užsibrėžtų tikslų ir kaip prisitaiko prie besikeičiančių veiklos sąlygų. G. Slatkevičienės (2001) teigimu dažniausiai veiklos vertinimo sąvoka siejama su valdymo apskaita ir visuomenės kokybės vadyba. Valdymo apskaitos taikomi metodai orientuoti į duomenų identifikavimo, matavimo, interpretavimo ir sklaidos procesus, kurių tikslas - aprūpinti vadybos procesą vertės kūrimo informacija ir žiniomis, užtikrinančiomis nuolatinį veiklos tobulinimą.

Visuomenės kokybės vadyba orientuojasi į organizacijos veiklos kokybės matavimą ir vertinimą. Veiklos kokybę suprantama kaip organizacijos galimybes pasiekti gerų rezultatų darbuotojų, savininkų bei visuomenė požiūriu. Norint identifikuoti tobulintinas organizacijos veiklos sritis, reikia įvertinti organizacijos veiklos kokybę t. y. organizacijos galimybes ateityje pasiekti gerų rezultatų - klientų, darbuotojų, visuomenės bei savininkų požiūriu. Remiantis Bagdonu ir Bagdoniene (2010), paprastai tokios į kokybę orientuotos veiklos vertinimo formos vertina išteklius, technologijas ir rezultatus (3 pav.).



3 pav. Į kokybę orientuotos veiklos vertinimo formos (sudaryta remiantis Bagdonu ir Bagdoniene, 2010)

Veiklos vertinimas, tai nuolatos vykstantis, nenutrūkstantis procesas, kuris susideda iš duomenų apie organizaciją kaupimo, jų matavimo bei gautos informacijos analizės. Gauti rezultatai yra skirti

tolesniems sprendimams priimti, siekiant užtikrinti organizacijos veiklos, bei rezultatų įvertinimą pagal konkrečius rodiklius ar kriterijus bet kurio laiko momentu (Jankauskienė, 2007). Labai svarbu, kad ši sukaupia informacija būtų apibendrinta taip, kad ja galėtų naudotis, kaip pagrindu tolesniam sėkmingam organizacijos vystymuisi. Dažnai kalbant apie medicinos sektoriaus veiklos vertinimą susiduriama su problema, kaip tinkamai įvertinti, kurie veiksniai ir rodikliai labiausiai formuoja ir įtakoja sektoriaus vertinimą.

Pasaulio Sveikatos Organizacija (2000) veiklos rodiklius apibrėžia kaip tikslo pasiekimo lygį palyginti su įdėtomis pastangomis. Veiklos rodiklių sąvoką taikant ligoninei, būtina faktiškai apibrėžti svarbius ligoninių funkcijų, struktūros, tipų ir tikslų, kurie turi būti bent jau suskaičiuojami (arba) išmatuojami ir būti lankstūs pokyčiams, aspektus. Šie svarbūs aspektai sudaro atitinkamas ligoninių veiklos rodiklių sritis. Taip pat tinkamai įvertinti medicinos sektoriaus įmones svarbus jų tipas. Įgyvendinant PSO ligoninių veiklos vertinimo projektą (WHO, 2004), išskirtos šešios pagrindinės ligoninių veiklos rodiklių sritys: klinikinis veiksmingumas, dėmesys pacientui, gamybinis (veiklos) efektyvumas, sauga, dėmesys personalui ir tinkamas valdymas. Ligoninių veiklos rodiklius gali stebėti tiek išorės institucijos, pasitelkdamos įvairius būdus, tiek ir pačios ligoninės. Vienas iš būdų – ligoninių veiklą vertinti pagal keletą kriterijų. Veiklos rodikliai gali būti vertinami pagal tokius kriterijus, kaip reagavimas į pacientų poreikius, ekonominis efektyvumas ir klinikiniai rezultatai. WHO ekspertai ir mokslininkai bendradarbiauja siekdami sukurti tarptautinę ligoninių veiklos vertinimo sistemą, kuri tinkamai įvertintų veiklą, išskirtų visas galimas ateities perspektyvas ir galimas strategijas. Ekspertai stengiasi, jog šis projektas atspindėtų veiklos vertinimo proceso, t. y. medicinos sektoriaus vertybes ir suinteresuotų asmenų (pacientų, visuomenės, valstybių) lūkesčius (WHO, 2004). Šio projekto pasirinkti indikatoriai apibūdina ir įtraukia visas suinteresuotas šalis ir atspindi jų ryšį. Medicinos sektoriaus įmonės atlieka svarbų vaidmenį sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemoje ir turi jai daug įtakos. Bendri ligoninių, sveikatos centrų, institucijų, ligoninių ir kitų svarbių sveikatos priežiūros paslaugų srities dalyvių interesai turi didelę įtaką teikiamų paslaugų struktūrai ir savybėms (Jankauskienė D., 2007 p. 31). Medicinos sektoriaus reformos vykdomos, kai sistema yra neefektyviai valdoma ir geresnės išlaidų kontrolės ir aukštesnio produktyvumo bei efektyvumo tikslai turi būti derinami su pasikeitusia žmonių mąstysena ir morale, „su siekiu saugoti visapusiškai prieinamą būtinąją medicinos pagalbą, pagerinti sveikatos santykių socialinį teisingumą taip, kad visoms gyventojų grupėms būtų užtikrinama vienoda sveikatos priežiūra” (Jankauskienė D., 2007 p. 56).

U. E. Reinhardt (2000) analizuoja pelno siekiančių ir nesiekiančių ligoninių ekonomiką nuosavo kapitalo požiūriu. Tyrimo metu analizuojamos dvi skirtingų tipų ligoninės, kur pelno siekianti įstaiga teikia paslaugas didesnėmis kainomis, nei įstaiga, kuri nesiekia pelno. Atlikus tyrimą išskiriamos priežastys ir rekomendacijos, kaip nedidinant paslaugų kainų, mokant mokesčius uždirbti pelną. Šio tyrimo metodologija paremta vidutiniais svertiniais kapitalo kaštais.

J. R. Horwitz (2005) straipsnyje nagrinėja tris įstaigų tipus – ne pelno, pelno, valstybės valdomos ligoninės. Šioje ekonometrinėje analizėje Amerikos ligoninių Asociacijos duomenų bazė 1988-2000 m.m. išskiriamos ir sugrupuojamos įstaigų paslaugos, kurios nagrinėjamos pagal kokybę. Išnagrinėjus šios asociacijos duomenų bazę daromos išvados, jog, svarbiausia, įstaigų finansiniai rodikliai, o ne vadybos sugebėjimai, paslaugų kokybė, investicijos į naujas technologijas.

Ligoninių veiklos vertinimas – vienas svarbiausių klausimų. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Barnsley J et al. (1998) organizacijų veiklos rodiklių konceptualiąją sistemą apibūdina, kaip kelių veiklos funkcijų ir sričių bei joms įvertinti skirtų klausimų, kurių kai kurie yra tiesiogiai susiję su ligoninių indėliu, rezultatais ir sąnaudomis, naudojimą.

Medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimas tyrimai mokslinėje literatūroje atskleidžia, jog medicinos sektorių įmonių veiklos vertinimą formuoja sparčiai besivystančios naujos medicinos technologijos, kurios leidžia diagnozuoti ir anksčiau pradėti gydyti nepagydomas ligas, didėjantis pacientų sveikatos raštingumas, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir sauga.

Antonio Gomes de Menezes (2007) nagrinėjo Portugalijos ligoninių efektyvumą ir produktyvumą taikant Luenbergerio produktyvumo indikatorių ir neparimetrinį duomenų apgaubties analizės metodą. Šie tuo metu naujoviški modeliai parodė aukštus neefektyvumo lygius, kuriuos artimiausių tyrimų metu reikėtų sumažinti ir priimti atitinkamas medicinos sektoriaus reformas, padidinančias šio sektoriaus produktyvumo lygį. M. Linna ir kt. (2010) atliko sąnaudų efektyvumo tyrimą Skandinavijos valstybių ligoninių 2002 metų duomenimis. Minėtame darbe buvo atskleista daugybė skirtumų sąnaudų efektyvume, kur naudojant duomenų apgaubties analizę buvo galima atlikti tyrimus siekiant išsiaiškinti didelius efektyvumo skirtumus tarp skandinavų ligoninių. T. N. Chirikos (2000) savo palyginamajame duomenų apgaubties analizės ir stochastinės ribų analizės tyrime naudoja finansinius Floridos ligoninių rodiklius nuo 1982 iki 1993 metų. Atliktas šių dviejų modelių palyginimas atskleidė, jog pelno siekiančių įstaigų ekonominis efektyvumas buvo didžiausias. Duomenų apgaubties ir stochastinės ribų analizės atskleidė medicinos sektoriaus pagrindinius efektyvumo aspektus, skirtumus tarp sunaudojamų kaštų ir sąnaudų. Tyrimas atskleidė, ar šie du vertinimo modeliai gali būti naudojami šio sektoriaus efektyvumo

nagrinėjimui. A. Pilyavsky ir M. Staat (2008) straipsnyje išnagrinėjo techninio našumo ir efektyvumo kaitą 193 Ukrainos ligoninėse ir poliklinikose 1997 – 2001 metais. Buvo panaudoti lovų skaičius, įdarbinto personalo skaičius ligoninėse, stacionarinių ir ambulatorinių priėmimo skaičius, taip pat ir chirurginių procedūrų skaičius, laboratorinių tyrimų atlikimo skaičius. Šie duomenys buvo parinkti norint įvertinti šių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų efektyvumą, taip pat pokyčius, jų produktyvumo metu. Buvo panaudotas m-tosios eilės ribos metodas. Atlikus tyrimą paaiškėjo, jog Ukrainos poliklinikos efektyvumas ir produktyvumas yra mažiau efektyvus nei ligoninės, kurios susideda iš kelių įstaigų. Pastebėta, jog produktyvumas nekinta per stebimą laikotarpį, tačiau dideli nukrypimai yra matomi priklausomai nuo regiono ir laikotarpio.

Taigi medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimą formuojančius veiksnius – funkcijas, tikslus, struktūrą, tipus, kokybės saugą, efektyvumą, produktyvumą, pažangias technologijas, galima susieti ir išskirti, kaip svarbiausius, įtakojančius tinkamą veiklos vertinimą, kuris padeda įstaigai suprasti ir surasti savo teigiamas ir neigiamas puses. Minimų mokslinių straipsnių autoriai siekia pritaikyti ir apžvelgti veiklos vertinimo metodus, kurie padėtų tinkamai įvertinti veiklą. Todėl yra išskiriami medicinos sektoriaus įmonių veiksniai, padedantys nustatyti, kurie metodai yra tinkamiausi ir efektyviausi šiame sektoriuje.

2. MEDICINOS SEKTORIAUS ĮMONIŲ VEIKLOS VERTINIMO IR TOBULINIMO METODIKA

Medicinos sektoriaus įmonės šiandieniniame pasaulyje yra traktuojamos įmonės, siekiančios savo tikslų ir vykdančios savo misijas, strategijas. Todėl siekiama sukurti tokią veiklos vertinimo sistemą, kuri padėtų medicinos sektoriaus įmonėms atskleisti savo silpnąsias puses, kurias galima būtų tinkamai sustiprinti ir prognozuoti teigiamą reikšmę. Medicinos sektoriaus veiklos vertinimo sistemos turėtų būti orientuotos ne tik į finansinę įstaigų veiklą ir rezultatus (Ulys 2001, Bagdžiūnienė 2013, Poškaitė 1998), bet ir nefinansinę, kuri orientuojasi į teikiamų paslaugų kokybę, pacientų pasitenkinimu paslaugų kokybe ir darbuotojų lūkesčiais, motyvacija ir t.t. Šioje dalyje bus apžvelgiami finansiniai ir nefinansiniai veiklos vertinimo rodikliai, tobulinama veiklos vertinimo sistema, su tikslu pasitelkiant kelias iš veiklos vertinimo sistemų pritaikyti medicinos sektoriaus įmonėms.

2.1 Medicinos sektoriaus įmonių veiklos finansinis vertinimas

Moksliniuose darbuose įvairūs užsienio ir Lietuvos autoriai pateikia nemažai organizacijų finansinių vertinimo rodiklių ir jų pokyčių įvertinimo metodų.

1920 m. James Blis ir Arthur Winokar sukūrė pagrindus, kuriais remiantis buvo siūloma įstaigą, jos būklę vertinti pagal dviejų rūšių rodiklius (Ulys, 2001 p.268):

- charakterizuojančius įstaigos veiklos efektyvumą (pavyzdžiui, trumpalaikio turto dydis, atsargų dydis ir pan.).
- apibendrinančius įstaigos finansinius rezultatus. Šiai rodiklių grupei priskiriami absoliutiniai dydžiai – pelnas, pelno pokytis – ir santykiniai rodikliai – pardavimų pelningumas, investicijų pelningumas (ROI), akcinio kapitalo pelningumas (ROE), pelnas tenkantis vienai akcijai (EPS) ir pan.

Šiame metode autorių pateikiami įvertinimo rodikliai daugiau retrospektyviai atspindi istorinius verslo pokyčius, tačiau taip pat suteikia naudingos informacijos analizuojant esamą įstaigos padėtį ir svarstant galimas ateities perspektyvas. Pateiktus rodiklius galima apskaičiuoti, remiantis finansinėje atskaitomybėje pateiktais duomenimis ir jie skirti kontrolės funkcijai užtikrinti.

Palyginus su kitais metodais, šiame veiklos vertinime pateikiami rodikliai yra santykinai lengvai apskaičiuojami, nes nereikia specifinių duomenų, taip pat gauti rezultatai nesunkiai suvokiami daugeliui informacijos vartotojų. Tačiau remtis vien tik šiais rodikliais, priimant valdymo sprendimus ir

prognozuojant įstaigos finansinių rezultatų pokyčius ateityje, yra gana rizikinga, nes šie rodikliai neįvertina (Ulys, 2001 p. 267):

- ateities ekonominių pokyčių poveikių;
- pinigų laiko vertės (infliacijos);
- su investicijomis susijusios rizikos;
- kapitalo poreikio įstaigos augimui finansuoti;
- skaičiavimų nesutapimų, kylančių dėl buhalterinės apskaitos metodikų skirtumų.

Tačiau nežiūrint į tai, šiame vertinime pateikiami rodikliai dėl jų skaičiavimo paprastumo ir prieinamumo yra gana svarbi įstaigos finansinių rezultatų ir jų pokyčių įvertinimo priemonė, leidžianti įgyvendinti organizacijos vidinės bei išorinės kontrolės tikslus.

Įmonės gebėjimą uždirbti pelną, t.y. gauti kuo daugiau pelno iš kiekvieno investuoto lito, apibūdina pelningumas (Bagdžiūnienė, 2013 p. 20). Lietuvių autoriai J. Mackevičius, D. Poškaitė (1998) apibūdina pelningumą, kaip pelno santykį su tam tikru įmonės veiklos rodikliu, kuris turi ryšį su pelnu. Svarbiausias įmonės veiklos efektyvumą apibūdinantis kriterijus ir pelningumo analizės atraminis taškas yra grynasis pelnas, kuriuo remiantis skaičiuojami pagrindiniai santykiniai rodikliai, parodantys, kokia kaina yra gaunamas pelnas. Laisvos konkurencinės rinkos sąlygomis visos įmonės, neatsižvelgiant į jų dydį, rūšį ir veiklos sritį, suinteresuotos didinti pelną. Pelno reikia įmonės finansiniam pajėgumui palaikyti, veiklos plėtrai ir tęstinumui užtikrinti. Verslininkas turėtų žinoti ne tik lengvai pasiekiamus pelno gavimo būdus, bet ir paanalizuoti savo grynojo pelno formavimą ir jo didinimo, stabilizavimo veiksnius. Bendrasis pelningumas stabilizuojasi esant tokioms sąlygoms:

1. silpna konkurencija, neverčianti mažinti kainų;
2. tokia kainų politika, kuri siekia išlaikyti bendrąjį pelną taikant prekybines nuolaidas, leidžiant turėti nuostolių, derantis dėl kainų ir apskritai darant sprendimus, kurie tiesiogiai veikia kainas;
3. esant įvairiam gaminių asortimentui, skirtingų prekių pardavimų individualus pelningumas užtikrina planuotą įmonės bendrąjį pelningumą;
4. individualus gaminių pelningumas, atsižvelgiant į skirtingus pirkėjų sluoksnius, pasiekia planuotą vidutinį įmonės bendrąjį pelningumą;

Pelningumas – vienas įmonės turto, kapitalo, aktyvų, finansavimo šaltinių panaudojimo efektyvumo rodiklių (Žodynas „Ekonomikos terminai ir sąvokos“, 1999). Mackevičius, Molienė, Poškaitė savo straipsnyje „Bendrojo pardavimų pelningumo kompleksinės analizės metodika“ (Ekonomika, 2008, Nr.81) surinko įvairioje ekonomikos literatūroje pateikiamus labai įvairius pelningumo sąvokų

apibūdinimų. Pelningumas apibrėžiamas taip: „pelnas, kurį gauna firma pagal savo dydį (Pass, Lowes, Davies, 1994: 15); bendrojo pelno pagrindinių pajamų santykis arba grynojo pelno ir pardavimų bei paslaugų apimtys santykis (Buračas, 1997 p.34); procentinis vieno pelno vieneto ir kito dydžio santykis (Cooley, Roden, 1988: 10); įmonės sugebėjimas gauti pelną (Samuels, Wilkes, Brayshaw, 1993); rodiklis, parodantis įmonės sugebėjimą gauti pajamų daugiau, negu sunaudojama turto (Lechtinen, 1996 p. 61); savininkų investuotų lėšų grąža, pasiekiamą veiksmingai valdant įmonę (Aincworth, Deines, Plumlee, Larson, 1997 p. 30), ir kt. Kartais vietoje pelningumo vartojama rentabilumo sąvoka (Šlekienė, Klimavičienė, 2000 p. 35). Skirtingas pelningumo apibūdinimas sudaro tam tikrų sunkumų skaičiuojant ir analizuojant pelningumo rodiklius. Pelningumą reikėtų apibūdinti kaip pelno (bendrojo, grynojo) ir tam tikro įmonės veiklos rodiklio santykį. Ypač glaudus pelno ir pardavimo pajamų, turto ir kapitalo ryšys. Atsižvelgiant į šį ryšį, reikėtų skirti pardavimo, turto ir kapitalo pelningumo rodiklių grupes (Mackevičius, Poškaitė, 1999 p. 36). Pelningumo rodiklių klasifikavimas į grupes padeda geriau suvokti jų apskaičiavimo metodiką, o informacijos vartotojams priimti teisingesnius sprendimus. Svarbiausi yra trys pelningumo rodikliai (arba trys rodiklių variacijos, jei skaitiklyje imami skirtingi pelno rodikliai: bendras pelnas, veiklos pelnas, pelnas iki apmokestinimo, grynasis pelnas, ir pan., o vardiklis atitinkamai keičiamas arba paliekamas tas pats).

Rodikliai yra tokie:

1. Pardavimų pelningumo rodiklis, arba marža (Profit Margin- PM).
2. Turto pelningumo, arba grąžos, rodiklis (Return on Assets- ROA).
3. Akcinio kapitalo (nuosavybės), arba grąžos, rodiklis (Return on Equity- ROE).

Pelningumo rodikliai geriausiai apibendrina įmonės veiklos rezultatus. Iš jų sprendžiama, kokią realią naudą gaus akcininkai, investuodami į veiklą. Įvertinti pelningumo rodiklius yra labai svarbus uždavinys, nes kiekviena įmonė siekia uždirbti pelną. Šių rodiklių analizės dėka įmonės vadovai gali priimti optimalius valdymo sprendimus, racionalius jų variantus. Rodiklių mažėjimas yra signalas įmonių vadovams susirūpinti įmonės padėtimi (Mackevičius, Poškaitė, 1999 p. 39)

Pelno efektyvumo vertinimas yra savitas veiksnys visoje organizacijoje. Šis efektyvumo vertinimas yra susijęs su įvairiais įmonės procesais ir funkcijomis, viešuoju sektoriumi ir įvairiais organizacijos tipais. Galima teigti, jog efektyvumas yra tarsi balansas tarp sukuriamos vertės ir įmonės balanso. Norint tinkamai įvertinti ir išsamiai išanalizuoti vidinius ir išorinius veiksnius, kurie lemia įmonės pelną, būtina nuodugniai išanalizuoti įmonės finansines ataskaitas pagal tam tikrus vertinimo metodus. Finansinių

ataskaitų analizė – „procesas, kurio metu siekiama įvertinti esamą ir būsimą finansinę būklę, jos veiklos tęstinumą, perspektyvas“ (Bagdžiūnienė, 2013 p. 8).

Pradinis įmonės finansinių ataskaitų analizės etapas yra horizontalioji pelno ataskaitos analizė, kuri yra dviejų ar daugiau metų finansinių ataskaitų duomenų palyginimas. Horizontalioji pelno analizė atliekama, nes leidžia nustatyti nuokrypį, kuris išreiškiamas santykiniais dydžiais, parodantys rodiklių pokytį laiko atžvilgiu, jo dinamiką ir tendencijas. Taip pat, remiantis horizontalia pelno analize, galima įvertinti ilgalaikio ir trumpalaikio turto dydį, sužinoti įmonės skolų būklę, pajamų ir sąnaudų kitimą.

Kartu su horizontalia pelno analize atliekama ir vertikalioji arba struktūrinė analizė, kuri rodo analizuojamo objekto struktūrą. Gaunamas bazinis rodiklis parodo atskirų elementų tarpusavio ryšius, jų įtaką bendram rezultatui. Vertikalioji analizė leidžia nustatyti rodiklių kitimų priežastis.

Visos finansinės analizės yra nagrinėjamos pasitelkiant ir santykinę analizę, kuri dar yra vadinama koeficientų analize. Koeficientai rodo analizuojamo objekto absoliučių dydžių santykius bei tarpusavio ryšius ir praplečia absoliučių dydžių analizės galimybes. Dažniausiai yra analizuojami tokie santykiniai rodikliai, kaip veiklos pelningumas, kuris parodo analizuojamos įmonės finansinę būklę ir kaip įmonė sugeba uždirbti daugiau pajamų nei patiria sąnaudų. Taip pat analizuojamas grynasis pelningumas, parodantis įmonės veiklos efektyvumą ir apibūdinantis galutinį veiklos pelningumą, turto pelningumas parodo kokia turto dalis susigrąžinama pelno pavidalu ir nuosavo kapitalo pelningumas parodo kiek pelno tenka kiekvienam savininko investuotam į verslą piniginiam vienetui. Koeficientų analizėje apskaičiuojamas ir skolos koeficientas, kuris parodo kiek įsiskolinimų tenka kiekvienam viso turto piniginiam vienetui.

Įmonės nuosavų ir skolintų lėšų valdymą parodo turto panaudojimo (apyvartumo) koeficientų analizė. Analizės metu nagrinėjamas ilgalaikio turto apyvartumas, nes parodo pardavimų apimtį, tenkančiam kiekvienam aktyviam litui; viso turto apyvartumas parodantis viso turto panaudojimo efektyvumą. Įmonės finansinį patikimumą ar stabilumą geriausiai nusako mokumo ir likvidumo rodiklių analizė. Dažniausiai šioje analizėje analizuojami apskaičiuoti bendrojo padengimo koeficientas, kuris parodo įmonės gebėjimą vykdyti trumpalaikius įsipareigojimus iš trumpalaikio turto ir greitojo padengimo koeficientas, nusakantis, kaip įmonė sugeba įvykdyti ilgalaikius įsipareigojimus iš ilgalaikio turto.

Įmonės pelną lemiančius veiksnius nustatyti, analizuoti ir prognozuoti padeda finansinės įmonės vertikalioji, horizontalioji analizė ir santykinio pelningumo rodiklių analizė, turto panaudojimo efektyvumo (apyvartumo) koeficientai bei mokumo, likvidumo rodiklių analizė.

Kitas pastaruoju metu Amerikoje labai populiarus „Stern Stewart & Co“ konsultantų sukurtas įstaigos finansinius rezultatus, jų pokyčius analizuojanti – ekonominio pelno sistema - metodas, kitų autorių vadinama ekonominė pridėtoji vertė (EVA). Šis rodiklis apskaičiuojamas pagal tokią formulę:

$$EVA=NP+CD-Tap*WACC,$$

kur NP – grynasis pelnas; CD – skolinto kapitalo kaštai; Tap – visas turtas laikotarpio pabaigoje; WACC – kapitalo kaštai išreikšti procentais.

Ekonominio pelno metodas reikšmingas tuo, kad padeda įvertinti įstaigos uždirbtą pelną, atėmus tuos kaštus, kurie atsiranda dėl įstaigos kapitalo pritraukimo (Jagelavičius, Bogulauskas, 1999 p. 263). Todėl galima manyti, jog šis metodas realiau įvertina faktiškai gautus finansinius rezultatus ir jų pokyčius. Pavyzdžiui, grynojo pelno matematinė išraiška nuo pardavimų yra tiesinė, todėl vertinant ir planuojant veiklą pagal pelną visada atsakymas bus, jog reikia gaminti maksimaliais pajėgumais, visai nevertinant kokie bus kapitalo kaštai. Šiuo atveju ekonominio pelno rodiklis padeda nustatyti optimalią veiklos apimtį (Ulys, 2001 p. 261).

Nors EVA teorija įvertina tiek investicijas, tiek riziką, tačiau praktiškai yra sunkiai įdiegiama, nes pakankamai nelengva apskaičiuoti kapitalo kaštus. Viena iš problemų, kylančių nustatant skolinto kapitalo kaštus, yra ta, jog juos sudaro ne tik kredito ar kito finansinio instrumento palūkanų normos dydis, bet ir kreditorinių įsiskolinimų tiekėjams kaštai (rizika). Net jei tam tikrą laiką kreditorinis įsiskolinimas gali nekainuoti, tai jo kaštai gali žymiai išaugti, jei reiktų bylinėtis su kreditoriais teisme ar rizikuoti geru organizacijos vardu. Todėl nustatant skolinto kapitalo kaštus, svarbu įvertinti ir kreditorinių įsiskolinimų riziką (Ulys, 2001 p. 263).

Įvertinant nuosavo kapitalo kaštus, iškyla dar daugiau probleminių klausimų:

1. kai įstaiga moka dividendus, nuosavo kapitalo kaštai skaičiuojami kaip dividendų su metiniu prieaugiu ir akcijos emisijos kaštų suma;

2. kai akcininkams nemokami dividendai, tuomet skaičiuojama nuosavo kapitalo pelno norma dar vadinama diskonto norma. Šią normą Lietuvos sąlygomis apskaičiuoti itin sudėtinga dėl kelių priežasčių: kadangi Lietuvos sąlygomis ilgalaikiai vyriausybės vertybiniai popieriai (VVP). Yra nerizikingi, tačiau ne itin likvidūs, todėl nerizikinga pelno norma Lietuvoje nustatoma vadovaujantis indėlių palūkanomis patikimiausiame šalies banke arba stabilios ekonomikos šalių nerizikinga pelno norma, įvertinus šalies riziką, arba darant prielaidą, jog vyriausybės vertybinių popierių palūkanos normoje jau atsispindi šalies

rizika. Labai sudėtingas rizikos koeficiento β nustatymas. β koeficientas atspindi akcijos kainos kitimo tendencijas kartu su kitomis akcijomis, t.y. apibūdina konkrečios akcijos kitimą, lyginant su vidutinės akcijos kitimu rinkoje. Pagrindinės problemos kyla dėl to, vertybinių popierių biržoje kotiruojamos tik nedaugelio stambiausių įmonių akcijos, o, nevykstant pardavimams, šiam koeficientui suskaičiuoti trūksta duomenų. Juo labiau, kad šis koeficientas turi būti taikomas tos pačios ūkio šakos įstaigai. Skaičiuojant β koeficientą užsienio šalyse, dažnai naudojamas istorinis beta dydis, kuris Lietuvos sąlygomis dėl rinkos naujumo nėra įmanomas, tokiu atveju $\beta=1$. pasaulinių akcijų prekybos duomenis analizuoja ir tikslina β koeficientus specialiosios tarnybos. Lietuvoje kol kas šis procesas nevyksta. Bendrą rinkos pelningumo rodiklį R_m , suprantamą kaip vidutinį pelningumą, gaunamą rinkoje iš investicijų į įstaigų akcijas, taip pat vertinti nelengva. Pagrindinės priežastys susiję su tuo – duomenų trūkumas, nes tik nedaugelis organizacijų Lietuvoje prekiauja savo akcijomis. Lietuvoje iki šiol nėra sukurtos aiškios rizikos ir pelno normų nustatymo sistemos. Daugelis įstaigų, siekdamos įvertinti įstaigos svertinius kapitalo kaštus, pasikliauja ekspertų nuomone. Tačiau reikia pastebėti, jog tai yra gana rizikinga, nes ne visi ekspertai yra kompetentingi, kad galėtų objektyviai ir teisingai nustatyti įstaigos kapitalo kaštų dydį. Nepaisant to, kad ekonominio pelno teorijos rodiklis EVA yra sunkiai apskaičiuojamas, tačiau kiekvienos organizacijos vadovui svarbu žinoti, kiek kainuoja pritrauktas kapitalas. Priklausomai nuo kapitalo kainos, galima spręsti, ar įstaiga kuria akcinio kapitalo vertę ar ne (Ulys, 2001 p. 265).

Kitas metodas, atspindintis įstaigos finansinius rezultatus ir jų pokyčius – pinigų srautų grąžos iš investicijų metodas (angl. Cash Flow Return on Investments, CFROI). Šis metodas buvo sukurtas JAV konsultacinės bendrovės „BCG & Hold Value Associates“. Remiantis šiuo metodu, eliminuojami galimi veiklos rezultatų nuokrypiai, kylantys dėl infliacijos, skirtingų nusidėvėjimo skaičiavimo metodų. Skirtingai nuo EVA metodo, CFROI yra pagrįstas pinigų srautais, o ne apskaičiuotu ataskaitiniu pelnu. Kadangi skaičiuoti įstaigos pinigų srautus bei kapitalo kaštus kiekvienu atskiru laikotarpiu yra darbu ir laikui imlus procesas, todėl buvo priimtos prielaidos, kad kapitalo kaštai pastovūs. Ši prielaida apriboja šio rodiklio taikymą planavimo uždaviniams spręsti (Ulys, 2001 p. 269).

Galima daryti išvadą, kad piniginių srautų iš investicijų metodas CFROI yra sunkiai pritaikomas praktiškai, t.y. sudėtinga įdiegti ir gautus rezultatus analizuoti. Taip pat CFROI metodas, lyginant su kitomis – ekonominio pelno, finansinių rodiklių teorijomis – nėra pranašesnis nei vienoje iš išskirtų taikomųjų sričių (veiklos įvertinimas, planavimas, kontrolė ir kt.). Vertingiausios ir paprasčiausiai įdiegiamos, remiantis T.Nordin įvertinimu, D.Blis ir A.Winakor finansinių rodiklių ir ekonominio pelno teorijos.

Be šių apžvelgtų finansinius rezultatus ir jų pokyčius įvertinančių teorijų, užsienio šalių analitikų moksliniuose darbuose dažnai kalbama apie pagrįstos rinkos vertės kūrimo teoriją (angl. Fair Market Value). Šios teorijos tyrimo objektas, pasak A.E. Helfert (1988 p. 19), yra „pagrįstos rinkos vertės kūrimas, kuri padengtų visų sunaudotų išteklių vertę ir užtikrintų reikiamą pajamų lygį, įskaitant ir įstaigų savininkų tikėtiną riziką“. Tam, kad būtų kuriama įstaigos pagrįsta rinkos vertė, būtini sėkmingi alternatyvūs finansiniai sprendimai. O tai Lietuvos įstaigoms nebūdinga, nes sukuriamas tik vienas projektas ir ne visuomet pats naudingiausias įstaigai. Pagrįstas rinkos vertės kūrimas turėtų būti įgyvendinamas pasirenkant optimaliausias investicijas, finansavimo šaltinius ir efektyviausiai panaudojant išteklius einamojoje veikloje. Visa tai turėtų vesti prie teigiamų įstaigos finansinių rezultatų, jų palankių pokyčių augimo, kuris ir atspindi pagrįstą rinkos vertę.

Apibendrinant pateiktus veiklos vertinimo metodus, analizuojančius įstaigos finansinių rezultatų ir jų pokyčių įvertinimą, galima teigti, jog nėra vieno metodo, kuris tiksliausiai ir išsamiausiai įvertintų įstaigos padėtį ir pasiekimus. Norint identifikuoti priežastis, sąlygojusias finansinių rezultatų pokyčius, ir suvokti įstaigos būklę, neužtenka analizuoti ir vertinti tik pagal vieną teorinį rodiklį. Svarbu susikurti sistemą rodiklių ir metodų, kurie sąlygotų atlikto įvertinimo tikslingumą ir naudą įstaigai, t.y. ateityje užtikrintų efektyvesnę įstaigos veiklą ir augantį rezultatyvumą. Vertinant medicinos įstaigos pagal pateiktus metodus galima teigti, jog jie padėtų tinkamai įvertinti sveikatos priežiūros įstaigas ir parodytų pagrindinius veiksnius, įtakančius jų finansinius rodiklius ir jų tobulinimo galimybes.

Medicinos įstaigų sąnaudos ir jų vertinimas. Sąnaudos verslo apskaitos standartuose išreiškiamos kaip „turto ar paslaugų sunaudojimas bei turto vertės sumažėjimas per ataskaitinį laikotarpį“, „ekonominės naudos sumažėjimas dėl turto sunaudojimo, turto pardavimo, turto netekimo arba turto vertės sumažėjimo ar įsipareigojimų prisiėmimo per ataskaitinį laikotarpį, kai dėl to sumažėja nuosavas kapitalas“, o sąnaudomis pripažįstama tik ta ankstesniųjų ir ataskaitinio laikotarpio išlaidų dalis, kuri tenka per ataskaitinį laikotarpį uždirbtoms pajamoms (Mirončikienė, 2004 p. 15-16). Tokiu būdu tikslinga vertinti sąnaudas, nors sveikatos priežiūros įstaigoms ne visuomet apmokama už faktiškai suteiktas paslaugas (tačiau pajamos yra uždirbtos, o išlaidos taip pat buvo). Sveikatos priežiūros įstaigos, teikdamos sveikatos priežiūros paslaugas, faktiškai naudoja savo turtą ir patiria išlaidas, dėl to mažėja sveikatos priežiūros įstaigų ekonominė nauda. Todėl sąnaudas ligoninių sektoriuje galima apibrėžti kaip išlaidas, ligoninės patirtas teikiant pagalbą.

Ligoninių sąnaudas, priskiriamas konkrečiam paciento gydymo epizodui, sudaro tiesioginės išlaidos ir atitinkama papildomų administravimo, personalo, pastatų eksploatavimo, įrangos ir panašių išlaidų

dalis. Sąnaudos sveikatos priežiūroje apibūdinamos kaip „paslaugų teikimo procese naudojami ekonominiai ištekliai (darbo jėga, medžiagos, įrengimai, kapitalas), kuriuos sveikatos priežiūros įstaigos naudoja visai sveikatos priežiūrai ir (arba) įvairioms jos sudedamosioms dalims“ (MeSH, 2003). Tad bendrasis sąnaudas sudaro visų sąnaudų elementų, naudojamų produkcijai pagaminti ar paslaugai suteikti, verčių suma. Tuo tarpu patogesnei analizei gamybos ar paslaugų sąnaudų elementai vertinami pagal įvairias išlaidų rūšis: išlaidas darbo užmokesčiui ir priskaitymams socialiniam draudimui, išlaidas medžiagoms ir žaliavoms, išlaidas kurui ir energijai, amortizacines ir kitas išlaidas. Kaip apibendrinantis rodiklis, labiausiai paplitęs yra įmonės ar organizacijos finansinių rezultatų vertinimas.

Sąnaudų skaičiavimo būdų esti įvairių, pradedant sudėtingais ekonometriniais tyrimais naudojant duomenų rinkinius ir baigiant iš apačios į viršų nukreipta sąnaudų struktūros analize, kuriai pasitelkiamas ribotas skaičius priemonių. Sąnaudų informaciją galima gauti iš biudžetinių arba išlaidų duomenų arba tiriant faktišką sąnaudų sunaudojimą (Green, Ali, 2001). Sąnaudų analizė gali būti atliekama dėl kelių priežasčių. Nors ji pati savaime nėra ekonominis vertinimas, ši priemonė suteikia naudingos informacijos apie tai, kaip veikia organizacija. Tokios informacijos gali prireikti siekiant vieno arba kelių iš šių tikslų:

- kontroliuojant sąnaudas, gerinti biudžeto vykdymą;
- didinti intervencijos efektyvumą, nustatant galimus sąnaudų taupymo būdus;
- numatyti sąnaudas, reikalingas intervencijai (paslaugai), stengiantis tiksliai numatyti jai įvykdyti reikalingą biudžetą;
- numatyti intervencijai (paslaugai) plėsti reikalingas sąnaudas (Walker, 2001).

Remiantis išnagrinėta literatūra galima teigti, jog medicinos sektoriuje vyrauja veiklos efektyvumo didinimo t. y. sugebėjimo su turimais ištekliais suteikti kuo daugiau vertės įstaigai problema. Ją sprendžiant autoriai pasitelkia ne tik vadybos metodikų įvairovė, bet ir finansiniai rodikliai, tačiau sunkiai yra išsprendžiama dilema kaip sumažinti dideles sąnaudas tenkančias medicinos įstaigai ir išlaikyti paslaugų kokybės santykį. Todėl dažnai atsisžvelgiama ne tik į finansinius veiklos vertinimo rodiklius, bet ir nefinansinius aspektus, kurie padeda geriau atskleisti įmonės rezultatus ir tobulėjimo galimybes. Plačiau apie nefinansinį medicinos sektoriaus vertinimą bus kalbama kituose poskyriuose.

2.2 Medicinos sektoriaus įmonių nefinansinis vertinimas

Nefinansinis vertinimas medicinos sektoriaus įmonėse (Sudnickas 2008, Ambras 2010, Kaplanas, Nortonas 1992) yra toks pats svarbus, kaip ir finansinis. Pasitelkus nefinansinį vertinimą medicinos įmonės sugeba geriau išskirti savo stipriąsias ir silpnąsias vietas. Dažnai nefinansinis vertinimas yra suprantamas kaip galimybė tinkamai įvertinti kokybę, paslaugų prieinamumą, darbuotojų ir pacientų nuomonės, geriau suprasti savo tikslus ir strategijas. Tinkamai įvertinus finansinį ir nefinansinį aspektą galima puikiai suprasti savo įmonę, darbuotojus, klientus, bet ir įsikelti dar aukštesnius tikslus, strategijas, kad įmonė pasiektų dar geresnių rezultatų.

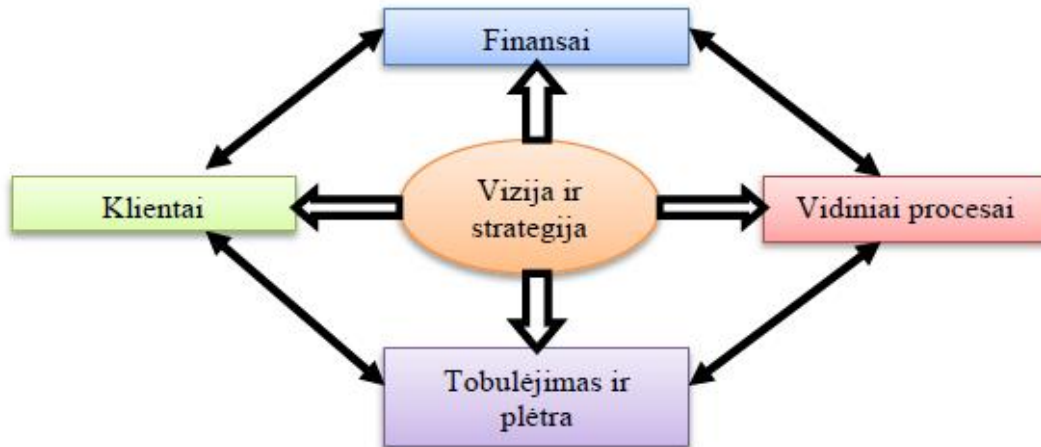
Subalansuotų rodiklių sistema. 1992 m. Harvardo universiteto mokslininkai R. S. Kaplanas ir D. P. Nortonas (Kaplan ir Norton, 1992) pasiūlė instrumentą, skirtą strateginiam įmonės valdymui. Šis projektas pagrįstas įsitikinimu, kad organizacijos veiklos efektyvumo vertinimo metodikos pagrindimas tik finansiniais rodikliais neužtikrina įmonės ekonominės vertės augimo (Gudelytė, 2010). A. Ambro ir T. Tamošiūno (2010) nuomone, subalansuotų rodiklių sistema yra viena pirmųjų koncepcijų, kuri orientuojasi į organizacijų interesą rasti paprastą ir kompaktišką sprendimą, kaip suprasti ir plėtoti nefinansinių rodiklių vertinimo metodiką.

Subalansuotų rodiklių sistema buvo sukurta tam, kad įvertintų įmonės veiklos efektyvumą padalindama strategiją į keturias perspektyvas ir priskirdama priemones joms įgyvendinti. Arba „tai yra valdymo priemonė parodanti aukščiausio lygio vadovams išsamų įvertinimą, kaip organizacija progresuoja siekdama strateginių tikslų“ (Verslo procesų valdymas, 2003). Devintojo dešimtmečio viduryje ši sistema buvo patobulinta sukuriant strategijų žemėlapi, kuriame nematerialusis turtas transformuojamas į materialųjį finansinį poveikį nurodantį procesą (Markiewicz, 2013).

R. S. Kaplano ir D. P. Nortono (Kaplan, Norton, 1992) pasiūlytoje ir per trumpą laiką labai išpopuliarėjusioje bei plačiai taikomoje subalansuotų rodiklių sistemoje išskiriamos keturios skirtingos veiklos matavimo perspektyvos. Paliiekama tradicine tapusi finansų perspektyva bei įvedamos klientų pasitenkinimo, vidinių procesų, tobulėjimo ir mokymosi perspektyvos (Sudnickas, 2008). Sistema, išlaikydama tradicinį finansinės veiklos aspektą, leidžia žvelgti į veiklą iš keturių skirtingų perspektyvų, kurių kiekviena duoda atsakymą į keturis esminius organizacijai klausimus:

- Finansai: kaip mes turime atrodyti savo akcininkams, kad mus lydėtų sėkmė?
- Klientai: kad pasiektume savo viziją, kaip turime atrodyti savo klientams?

- Vidiniais verslo procesai: kad patenkintume savo akcininkus ir klientus, kurie verslo procesai mums turi sektis geriausiai?
- Tobulėjimas ir mokymasis: kaip stiprinti savo gebėjimus ir kompetenciją, kad atitiktume nuolat besikeičiančius išorės reikalavimus?

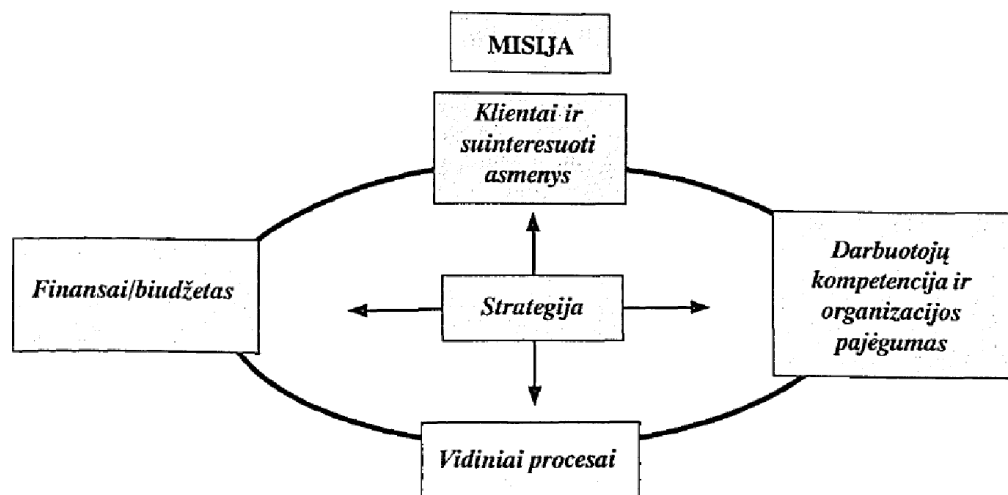


4 pav. Subalansuotų rodiklių sistemos modelis (sudaryta remiantis Sudnickas, 2008)

Finansinės veiklos rodikliai greitai apibrėžia ilgalaikius tikslus ir parodo, kaip įmonės veikla ir parinkta strategija prisideda prie jos pridėtinės ekonominės vertės padidinimo. Klientų rodiklių srityje kompanija numato tuos rinkos segmentus ir vartotojų grupes, į kurias orientuosis, siekiant užsibrėžtų finansinių tikslų. Vidinių procesų rodikliai įvertina organizacijos vidinę komercinę veiklą. Įmonė nustato tam tikras ūkines operacijas, kurios atlieka svarbiausią vaidmenį, tenkinant savininkų ir klientų interesus, ir sudaro veiklos programas. Mokymo ir profesinio augimo rodikliai apima perkvalifikavimo, personalo kvalifikacijos kėlimo, puikios darbo atmosferos sukūrimo vertinimo rodiklius.

Kalbant apie subalansuotų rodiklių sistemą ir viešąjį sektorių, o ypač medicinos sektorių, galima teigti, jog šis modelis negali būti taikomas viešajame sektoriuje tokiu pavidalu, koku jis taikomas pelno siekiančiose organizacijose, ir turi būti atitinkamai pritaikytas, kad jį galima būtų veiksmingiau naudoti valdant nepelno siekiančias organizacijas. Tai ir lemia viešojo sektoriaus prigimtis, kuri yra orientuota į misiją, o verslo kompanijų pagrindinė motyvacija yra pelno didinimas (Sudnickas, 2005). Rohmas Howardas (2002) siūlo viešojo sektoriaus įmonių subalansuotų rodiklių sistemoje išskirti misijos akcentą,

priežasties-pasekmės sąsajų atžvilgiu sukeisti vietomis finansinę ir klientų perspektyvas, klientų sąvokai suteikti platesnę prasmę, įtraukiant į ją ne tik tiesioginius paslaugų gavėjus, bet ir kitus suinteresuotus visuomenės narius, susijusius su viešąja oraganizacija, tobulėjimo ir plėtros perspektyvą pervadinti į darbuotojų kompetencijos ir organizacijos pajėgumo perspektyvą, akcentuojant žmogiškųjų išteklių svarbą. Griffiths J. (2003) ir Olve N. (1999) šalia klientų perspektyvos siūlo įtraukti penktą suinteresuotų asmenų perspektyvą, pervadinti vidinių procesų perspektyvą į veiklos, tačiau 9 paveiksle matyti, kad pagrindinės R. Nortono ir D. Kaplano idėjos lieka nepakitusios – organizacijos strategija lieka kertiniu sistemos akmeniu, užtikrinamas balansas tarp įvairių perspektyvų, kurios susiejamos su priežasties-pasekmės ryšiais, perspektyvos atspindi organizacijos praeitį, dabartį ir ateitį.



5 pav. Subalansuotų rodiklių sistema viešajame sektoriuje (sudaryta remiantis Sudnickas, 2008)

Subalansuotų rodiklių sistema padeda kontroliuoti įmonės strategijos įgyvendinimą kasdieniauose procesuose, pateikia įmonės vadovybei išsamų įvertinimą, kaip įmonės progresuoja siekdama strateginių tikslų ir prisideda prie geresnio įmonės valdymo.

Ši rodiklių sistema Lietuvoje populiarėja. Daugelis verslo lyderių jau naudoja subalansuotų rodiklių sistemą. Dabar ja gali naudotis bet kokio dydžio įmonės, nes sistema sukurta ir Microsoft Excel programoje (Verslo procesų valdymas, 2003). Subalansuotų rodiklių sistemos efektyvumas yra didelis ir viena pirmųjų koncepcijų, orientuotų į organizacijų interesą rasti paprastą ir kompaktišką sprendimą, kaip suprasti ir plėtoti nefinansinių ir finansinių rodiklių vertinimo metodiką, bet ir rasti balansą tarp jų. Taip

pat vienas iš pagrindinių subalansuotų rodiklių sistemos pranašumų prieš kitus veiklos vertinimo metodus – aiškus kasdienių darbuotojų veiksmų suderinimas su metiniais ir strateginiais įmonės planais.

2.3 Medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimo ir tobulinimo metodika

Medicinos sektoriaus veiklos vertinimas apima finansinį ir nefinansinį įvertinimo aspektus, todėl siekiama sukurti metodiką, kuri apimtų finansinį ir nefinansinį veiklos vertinimą ir padėtų nustatyti ir priimti tiesingus sprendimus, kuriant tinkamą sveikatos reformą, kuri būtų naudinga ne tik medicinos sektoriaus pacientams, bet ir gydytojams. Būtent ši integruota metodika padėtų išspręsti pagrindines medicinos sektoriaus problemas. Taigi panaudojus Sudnicko (2008) pasiūlytą integruotą subalansuotų rodiklių sistemą (2 pav) viešajam sektoriui ir išnagrinėjus tokių autorių straipsnius apie medicinos sektoriaus veiklos vertinimą: V. Sloan (1988), Uwe E. Reinhardt (2000), T.N. Chirikos (2010), M. Linna (2010), R. Jacobs (2000), OSHPD (2011), Antonio Gomes de Menizes (2007), K. Štaras ir A. Šiopė (2010) išrenkami svarbiausi ir labiausiai įtakojantys veiksniai, bus bandoma įvertinti medicinos įstaigos finansinį ir nefinansinį veiklos vertinimą. Kaip įmanoma įmonę tinkamai įvertinti taikant subalansuotus rodiklius ir padėtų išspręsti pagrindines medicinos sektoriaus problemas?

Finansų perspektyva

Šioje subalansuotų rodiklių perspektyvoje apibūdinami pagrindiniai įstaigos finansiniai rodikliai, parodantys realią įstaigos padėtį. Joje galima apskaičiuoti ir įvertinti pagrindinius santykinius rodiklius: turto pelningumas, nuosavo kapitalo pelningumas, pastovaus kapitalo, bendrojo pardavimų, grynojo pardavimų pelningumus. Pasitelkus horizontalią ir vertikalią finansinių ataskaitų rezultatus pamatyti turto, pardavimų, veiklos pokytį ir įvertinti susidariusią padėtį. Finansinėje perspektyvoje atliekamas finansinis vertinimas, kuriame įvertinamas simbolinis mokestis už paslaugas. Taikant šią veiklos tobulinimo galimybę būtų taikomas tiesioginis primokėjimas - simbolinis mokestis už paslaugas pirminėje sveikatos priežiūroje. Suprantama, tai pablogintų paslaugų prieinamumą, tačiau paskatintų žmones suvokti, kad nėra nemokamos sveikatos priežiūros, jog ji yra brangi ir pigiau yra gyventi sveikiau ir išsaugoti sveikatą. Be to, simbolinis mokestis už paslaugas leistų įstaigai padidinti ir gauti pelną, kurį galėtų panaudoti naujų technologijų, priemonių įsigijimui ir tobulinimui. Finansinėje perspektyvoje vertinamas veiklos efektyvumo skaidrumas. Šia galimybe sveikatos priežiūros įstaiga gal būti įvertinama ar ji tinkamai panaudoja turimas lėšas. Nes šiuo laikotarpiu sveikatos priežiūros įstaigos nėra visiškai atsakingos už

išteklis, kuriuos ji gauna, ar už paslaugas, kurias jos teikia, ir kad sveikatos priežiūros įstaigos turi didelę įtaką sveikatos apsaugos sistemos vadovybei, vietiniame ir nacionaliniame lygyje. Taip pat ambulatorinės grandies stiprinimas gali leisti sumažinti apsaugos patiriamus kaštus, t.y. kad imtųsi atlikti kuo daugiau funkcijų ir taip daugiau pacientų atsidurtų I lygyje, kur paslaugos pigesnės. Reiktų ambulatorinės grandį stiprinti motyvuojant ir infrastruktūriškai.

Kita veiklos vertinimo ir tobulinimo galimybė – papildomo sveikatos draudimo sistema. Šios savanoriško sveikatos draudimo tikslas yra pritraukti papildomų lėšų į sveikatos sistemą, kartu dalį žmogaus asmeninių finansinių nuostolių sveikatos priežiūrai pakeičiant papildomu sveikatos draudimu. Nuoseklus papildomo (savanoriškojo) sveikatos draudimo įvedimo veiksmų planas galėtų būti toks:

1. Paslaugų įkainių peržiūrėjimas. Tikslas būtų išgryninti draudimo objektą, iki kurio trumpiausias kelias – neatidėliojant pradėti vykdyti pacientų gydymo kaštų apskaitą, pasitelkiant gydymo įstaigų informacines sistemas;

2. Papildomo sveikatos draudimo objekto apibrėžimas. Reikia įvesti aiškumą ir draudikams, ir gyventojams, išvengti dvigubo paslaugų apmokėjimo (valstybinėse ir privačiose gydymo įstaigose) ir sudaryti galimybę atsisakyti „vokelių“ sistemos;

3. Skatinti papildomą sveikatos draudimą per Kaupiamąjį sveikatos fondą (leisti panaudoti asmenines lėšas papildomam draudimo planui įsigyti);

4. Skatinti papildomo sveikatos draudimo plėtrą, taikant mokestines lengvatas ir fiziniams, ir juridiniams asmenims.

Taigi įvedus šią papildomo sveikatos draudimo sistemą gydymo įstaiga gauna apmokėjimą, pacientas gauna paslaugas, kurių norėjo, o draudimo įstaigai nėra sudėtinga administruoti.

Pacientai (suinteresuoti asmenys)

Medicinos įstaigos didelį dėmesį skiria pacientų perspektyvai, dažnai šis rodiklis būna vienas iš svarbiausių kiekybinių ir kokybinių rodiklių, įtakojančius pagrindinius tikslus ir uždavinius. J. Veillard, F. Champagne (2005) medicinos įstaigos nefinansiniame vertinime išskiria tokius veiksnius, kaip pacientų pasitenkinimas teikiamų paslaugų kokybe, prisirašijusių pacientų skaičius pagal grupes, apsilankymų skaičiumi ir kita. Taip pat šioje perspektyvoje galima išskirti ir įvertinti pacientų eiles pas gydytojus – specialistus ir šeimos gydytojus. Taip pat vertinama išankstinė registracija internetu ir jos pritaikymo, taikymo galimybė.

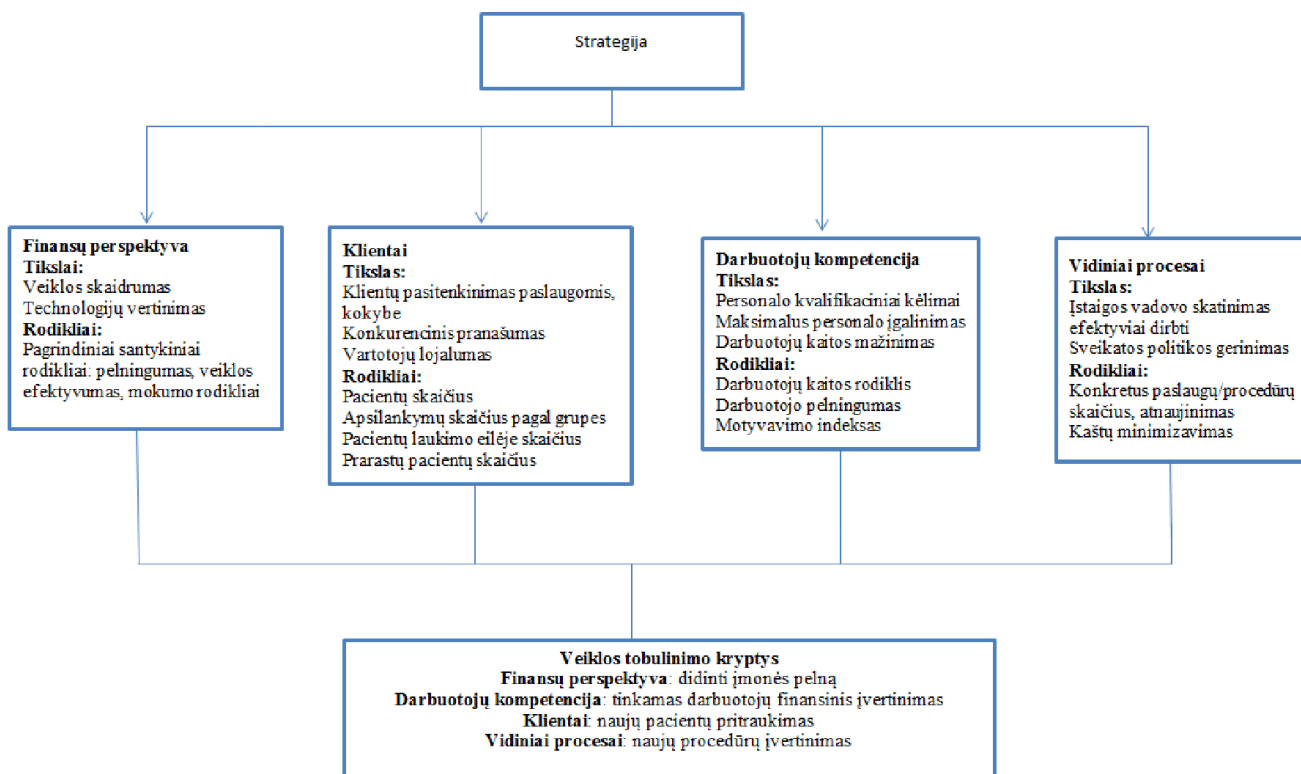
Darbuotojų kompetencija ir organizacijos pajėgumas

Šią subalansuotą rodiklių perspektyvą galima priskirti ne tik prie finansinio, bet ir prie nefinansinio medicinos įstaigos veiklos vertinimo. Technologijų vertinimo sistema leistų parodyti tikruosius įstaigos pajėgumus. Sistemos įvedimas leistų atsisakyti neefektyvių metodų taikymo medicinos sektoriuje bei paskatintų efektyvesnių ir naujesnių metodų pritaikymo galimybę. Ši sistema leistų tinkamai įvertinti investicijas į technologijas. Taip pat padėtų nustatyti, ar įsigyta technologija duoda visuomenei geresnes sveikatos paslaugas. Viešųjų pirkimų galimybė turėtų eiti kartu su technologijų vertinimo sistema. Viešieji pirkimai turi būti skaidrūs. Žmogus, kuris vykdo pirkimus, turi pagrįsti, kodėl reikia tam tikros aparatūros. Taip pat svarbu nustatyti, kaip pasikeis paslaugos teikimo kaštai su naujai įsigyta technika. Viešuosiuose pirkimuose turi būti greičesnė perkamų technologijų ar aparatų pagrįstumo kontrolė. Darbo užmokesčio didinimas ir darbo krūvio apskaitos pritaikymas leistų dalį papildomai dalį papildomai uždirbtų pajamų skirti darbuotojams kaip papildomą finansinį skatinimą. Tai tarsi dividendai akcininkams už įmonės pelningumą. Finansinis skatinimas nebūtinai gali būti tiesioginis, tai gali būti kvalifikacijos kėlimo rėmimas ar kita forma. Taip pat tai leistų darbuotojus daugiau būti motyvuotais, keltis kvalifikaciją ir siekti įstaigos užsibrėžtų tikslų. Šeimos gydytojo kompetencijos ribų išplėtimo galimybės pritaikymas leistų sumažinti sveikatos priežiūros patiriamus kaštus. Būtų pertvarkyta šeimos gydytojo komanda, įtraukiant į ją slaugytojas ir socialinius darbuotojus, kurie išspręstų daugiau sveikatos problemų. Kompetencijos ribų išplėtimas suteiktų gydytojams daugiau teisių, įgaliojimų išrašant įvairius vaistus, turėtų teisę atlikti ir vertinti daugiau laboratorinių tyrimų. Šioje perspektyvoje gali būti įvertinta įstaigos autonomijos (savarankiškumo) didinimo galimybė. Pritaikius šią autonomijos (savarankiškumo) didinimo galimybę įstaiga galėtų pati savarankiškai valdyti savo sveikatos priežiūrai skiriamus kaštus ir tinkamai juos valdyti ir sumažinti. Be to, tai leistų įstaigai geriau suprasti savo turimų lėšų kiekį.

Vidiniai procesai

Vidinių procesų perspektyvoje vertinami vidiniai įstaigų rodikliai, siekiant įsivertinti įstaigos veiklos, strategijų, užsibrėžtų tikslų įgyvendinimus. Šioje perspektyvoje gali būti įvertinamas įstaigos vadovo skatinimas efektyviau dirbti, todėl pritaikius šią galimybę su įstaigos vadovu būtų sudaroma visiškos materialinės atsakomybės sutartis. Todėl steigėjas turėtų numatyti materialinės atsakomybės našą

darbo sutartyje su gydymo įstaigos vadovais. Taip pat reikia apriboti gydymo įstaigos vadovo kadencijos ribas, t.y. nustatyti terminuotą darbo sutartį. Pasibaigus darbo sutarčiai, būtų skelbiamas konkursas, kuriame buvęs vadovas galėtų dalyvauti jau neribotą kartų skaičių (t. y. 2, 5 ar 7 kadencijas iš eilės). Be abejo, tada steigėjas turi organizuoti labai skaidrius ir išplėstinius konkursus, kad gydymo įstaigų vadovai nebūtų keičiami pagal tai, kokia tuo metu partija yra valdančioji. Todėl būtų efektyvu, kad gydymo įstaigos darbuotojai galėtų balsuoti rinkdami gydymo įstaigos vadovą. Pavyzdžiui, 50 proc. balsų priklausytų nuo darbuotojų ir 50 – nuo savivaldybės sudarytos komisijos. Lemiamą balsą turėtų meras, ministras ar kitas vadovas, kuris yra steigėjo organizacijos vadovas. Vidiniuose procesuose svarbus įstaigos konkretus paslaugų ir procedūrų skaičius, kurio paskirtis yra optimizuoti sveikatos paslaugų ir procedūrų struktūrą. Valdžios atstovai turi nuspręsti ir viešai paskelbti, kurios sveikatos priežiūros paslaugos ir kokia apimtimi visada ir visais atvejais finansuojamos iš PSDF lėšų. Taip pat įvesti riboto paslaugų, procedūrų skaičiaus sistemą, atsisakyti šiuo metu esančios „plaukančiojo balo“ sistemos. Kita veiklos vertinimo ir tobulinimo galimybė turėtų būti suvienodintos bazinės kainos prevencinėse programose ir gydytojų specialistų konsultacijose. Turėtų būti pateikta lentelė su konsultacijų bazinių kainų palyginimu, kuriame gydytojų specialistų konsultacijų, apmokamų pagal prevencines programas ir įprastines konsultacijas, bazinės kainos skiriasi, nors bazinių kainų nustatymo metodikoje numatyta, kad to paties lygio sveikatos priežiūros įstaigoms už faktiškai suteiktas vienodas asmens sveikatos priežiūros paslaugas TLK apmoka pagal vienodas bazines kainas. Teikiant profilaktikos paslaugas pagal SAM patvirtintą tvarką, pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose profilaktinių paslaugų bazinė kaina neišskiriama, o prevencinėse programose išskirtos pirminės sveikatos priežiūros gydytojo teikiamų paslaugų kainos. Taip pat prevencinių programų paslaugoms nustatyti skirtingi kodai (skiriasi ir pagal tyrimų rezultatus) negu kitoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Prevencinių paslaugų kodavimą atlieka gydymo įstaigos. Tam reikia didesnių administravimo sąnaudų gydymo įstaigose. Todėl būtų siūlymas suvienodinti bazines kainas prevencinėms, profilaktinėms ir konsultacinėms paslaugoms, kai jos yra tokios pačios apimties, ir nustatyti vienodą paslaugos kodą, kad būtų administravimo kaštų taupymas VLK ir gydymo įstaigose. Sveikatinimo politikos gerinimo galimybė vidinių procesų perspektyvoje suteiktų pacientams dalyvauti įvairiose profilaktinėse ir prevencinėse programose. Todėl įstaiga turėtų populiarinti elektroninę sveikatos sistemos plėtrą, įtraukti kuo daugiau informacijos apie kiekvieną pacientą ir kad visa informacija ir sistema būtų vienoje vietoje.



6 pav. Medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimo modelis (sudaryta autorės)

Taigi panaudojus 3 paveiksle pateiktą medicinos sektoriaus įmonės subalansuotų rodiklių modelį – metodiką, bus galima įvertinti įstaigos finansinį ir nefinansinį veiklos vertinimą, nustatyti kokioje situacijoje yra įmonės padėtis ir leisti nustatyti jos tobulėjimo galimybes ir pritaikymą ateityje. Taip pat panaudojus priežastinius ryšius bus galima susieti kiekvieną perspektyvą tarpusavyje ir išskirti pagrindines veiklos tobulinimo kryptis, kurios padės įstaigai siekti savo užsibrėžtos strategijos.

2.4 Medicinos sektoriaus įmonės veiklos vertinimo tyrimo metodologinis aprašymas

Siekiant išanalizuoti ir įvertinti medicinos įmonės veiklą ir galimas veiklos tobulinimo kryptis buvo atliktas kokybinis tyrimas (atvejo analizė), kuriam atlikti naudojama anketinė apklausa. Atvejo analizės metodas formavosi ir yra naudojamas tokiose srityse kaip medicinos, socialinės psichologijos, socialinio darbo. Tai vienas iš kokybinių tyrimų metodų, kuris leidžia skirtingose dimensijose suprasti analizuojamą

situaciją. Pasitelkus šį tyrimą yra gaunama platesnė veiklos vertinimo informacija nei kiekybiniai tyrimai, išsamesni ir gilesni duomenys iš tyrimo dalyvių. Atvejo analizė leidžia užtikrinti, kad tyrimo objektas bus ištiriamas įvairiapusiškai ir tai leis plačiau atskleisti, suprasti bei pamatyti daugiau reiškinio aspektų (Baxter, Jack, 2008). Šiuo atveju pasirinktas kokybinis tyrimas leis įvairiapusiškai susipažinti ir įvertinti analizuojamos medicinos įstaigos darbuotojus, veiklą ir galimas tobulinimo galimybes.

Metodo pagrindimas. Darbe naudojamas metodas anketinė apklausa raštu. Ši anketa buvo pateikta medicinos įstaigoje X dirbančiam personalui. Anketoje buvo pateikti klausimai, susiję su įstaigos veiklos strategija, tikslais, paslaugų kokybe, vartotojais, darbo efektyvumo būdais ir panašiai.

Anketinė apklausa raštu (žr. 2 priedą) respondentams pateiktos atspausdintos. Visi anketos klausimai buvo sudaryti pačios darbo autorės, remiantis skaityta ir darbe cituota literatūra. Taikant anketinės apklausos metodą, respondentai į pateiktus anketos klausimus atsakinėjo raštu pagal nurodytus reikalavimus. Anketa buvo anoniminė, respondentai liko nežinomi ir supažindinti su tyrimo tikslu ir tema. Anketa sudaro 15 klausimų, sudaryta iš 2 dalių. Pirmojoje anketos dalyje pateikiamas nurodytas paaiškinimas, kokių tikslu atliekama apklausa. Visi anketoje pateikti klausimai buvo atviro tipo, siekiant sužinoti įstaigos darbuotojų nuomonę apie veiklos tobulinimo problemas ir jo galimybes tobulinant.

Anketinė apklausa buvo pateikta medicinos įstaigos X darbuotojams, kurie buvo išskirti pagal grupes: vadovas, buhalteris, administratorė, šeimos gydytojos, bendrosios praktikos slaugytojos. Iš viso anketą užpildė 9 analizuojamos įstaigos darbuotojai. Šia anketa buvo siekiama išsiaiškinti, kiek įstaigos darbuotojai žino savo įmonės situaciją, sužinoti nuomonę apie įmonę ir t.t. Pirmiausia, anketoje buvo pateiktas klausimas apie įstaigos strategiją, siekiant sužinoti, kiek darbuotojų žino ją, ar žino pagrindinę įstaigos misiją, uždavinius, ką vertėtų keisti ar tobulinti. Gerai žinant įstaigos strategiją galima pasiekti kuo geresnių rezultatų, ne tik finansinių, bet ir nefinansinių.

Sudaryta anketa apima anksčiau sudarytą įmonės veiklos vertinimo modelį, kuriuo siekiama atlikti tinkamą veiklos vertinimą išskiriant nustatytas veiklos tobulinimo kryptis. Buvo pasitelktos 4 veiklos vertinimo perspektyvos. Finansinėje perspektyvoje bus siekiama išsiaiškinti, ar pelningai pasirinkta įmonė dirba, ar tinkamai panaudoja gaunamas lėšas. Anketoje bus pateiktas klausimas, kuris iš pasirinktų darbuotojų skaičiuoja ir geriausiai žino įstaigos finansinius rodiklius. Taip pat šioje perspektyvoje bus apžvelgiami technologijų vertinimo klausimai, kurių metu bus išsiaiškinta, ar įstaiga diegia naujas technologijas ir ar atlieka visas savo funkcijas.

Klientų perspektyvoje galima išskirti tokius tikslus, kaip klientų pasitenkinimas paslaugomis ir kokybe, konkurencinis pranašumas ir vartotojų lojalumas. Šių tikslų įvertinimui anketoje bus pateikti

klausimai apie paslaugų kokybę, kurio metu darbuotojai išsakys savo nuomonę, kaip kokybė vertinama tarp darbuotojų ir vartotojų. Skiriamas dėmesys įstaigos konkurencingumo pranašumo klausimui, kuomet įstaiga pranašesnė už kitas. Užduodami keli klausimai apie vartotojų lojalumą, siekiant išsiaiškinti ir įvertinti lojalumą ir jo tobulinimo perspektyvas.

Darbuotojų perspektyvoje svarbiausia bus siekiama išsiaiškinti pagrindines darbuotojų motyvavimo ir skatinimo problemas, jų vertinimo galimybes ir sprendimus. Dar vienas darbuotojų perspektyvos tikslas veiklos vertinimo metodikoje - mokymų kompetencija ir darbuotojų kaitos rodiklis nagrinėjamoje įstaigoje. Pasirinkti įstaigos darbuotojai turės įvardinti, ar įstaigos vadovai vykdo mokymus kompetencijai kelti ir kas darbuotojus motyvuoja dirbti ir siekti savo užsibrėžtų tikslų. Taip pat bus sprendžiama problema apie darbuotojų kaitą, bus prašoma nurodyti pagrindines priežastis, kodėl vyksta darbuotojų kaita ir ką reikėtų keisti, norint ją sumažinti ar net jos išvengti.

Vidinių procesų perspektyvoje bus apžvelgiami tikslai, kaip įstaigos vadovo skatinimas efektyviau dirbti ir sveikatos politikos gerinimas. Anketoje bus pateikiami klausimai apie paslaugų kokybės vertinimą, teikiamų paslaugų skaičius ir naujų procedūrų, paslaugų svarba analizuojamoje įstaigoje. Siekiant išsiaiškinti, kiek įstaigos vadovas skatina darbuotojus dirbti efektyviai, bus pateiktas klausimas apie darbuotojų veiklos tikslus, kaip dažnai analizuojamoje įstaigoje kalbama ir įvertinami veiklos rezultatai ir tikslo vertinimo būdai ir galimybės.

Aptarus ir įvertinus visas keturias veiklos vertinimo metodikos perspektyvas, bus galima išskirti tobulinimo kryptis. Šios kryptys padės analizuojamai įstaigai tinkamai save įsivertinti, padės pasiekti savo strategijų ir tikslų, padidinti įstaigos pelną ir užimamą vietą tarp kitų privačių medicinos sektoriaus įmonių.

3. MEDICINOS SEKTORIAUS ĮMONIŲ VEIKLOS TOBULINIMO IR VERTINIMO GALIMYBIŲ TYRIMAS

3.1. Medicinos sektoriaus įmonės „X“ aprašymas

VŠĮ „X“ yra šiuolaikiška ir moderni klinika Kauno mieste, kuri turi stiprią patyrusių savo srities specialistų – profesionalų komandą, visada pasiruošusią sergančiam ir negaluojančiam žmogui. Viešoji įstaiga teikia pirminės (šeimos gydytojų, vaikų ligų, vidaus ligų gydytojų ir kt.) bei antrinės (gydytojų specialistų – konsultantų ir diagnostinės) asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Klinika dirba pagal kokybės vadybos sistemos sertifikato LST EN ISO 9001:2008 standarto reikalavimus.

Šeimos klinikoje teikiamos šeimos gydytojų paslaugos, psichikos sveikatos centre pacientams teikiamos pirminės psichiatrų, psichologų konsultacijos. Gydytojai klinikoje gydo, tiria, skiria profilaktines priemones, stebi vaikų ir paauglių vystymąsi bei duoda praktinius patarimus tėveliams. Prisirašę vaikai ir paaugliai nemokamai skiepijami pagal patvirtintą valstybės skiepų kalendorių. Taip pat skiepijama nuo gripo, erkinio encefalito, gimdos kaklelio vėžio, keliautojų ir kitų infekcinių ligų. Klinika turi išskirtinius poreikius aukštai kompetencijai, nuolat yra ieškoma vienos ar kitos srities profesionalų, skiriamas didelis dėmesys įstaigos turimai technologijai ir įrangai. Nuolat yra tikrinama turima įranga ir vertinama, ar atitinka perkama nauja įranga, kuria siekiama pritraukti daugiau pacientų. Didžiausias analizuojamos klinikos poreikis yra klientui ir teikiamų paslaugų kokybės užtikrinimui. Įstaigoje nuolat yra analizuojamos teikiamos paslaugos, tikrinama jų kokybė ir našumas, sprendžiama, ką verta teikti vartotojui, ko atsisakyti, ką vertėtų įdiegti naujai.

Klinikoje „X“ konsultuoja ir gydo įvairių sričių gydytojai profesionalai, sukaupę ilgametę darbo patirtį. Pasitelkdami modernią medicininę įrangą, gydytojai specialistai gali greitai ir tiksliai nustatyti blogos savijautos priežastis, diagnozuoti ligas bei paskirti optimaliausią gydymą. Reguliarus sveikatos tikrinimas padeda įvertinti sveikatos būklę, aptikti ligą ankstyvosiose stadijose, neleidžiant jai išplisti ir komplikuočiai. Atsižvelgiant į tai, gydytojai rekomenduoja bent kartą per 1-2 metus profilaktiškai pasitikrinti sveikatą. Profilaktinio sveikatos patikrinimo metu aptikus pakitimų, klinikoje galima atlikti išsamesnius (endoskopinius, echoskopinius, ultragarsinius, rentgenologinius, laboratorinius ir kt.) tyrimus, būtinus tiksliai diagnozei nustatyti bei tinkamam gydymui paskirti. Taip pat klinikoje teikiamos vaikų ir suaugusiųjų odontologinio gydymo paslaugos: terapinis gydymas, dantų šalinimas, silantų dėjimas, estetiškas plombavimas, dantų balinimas, dantų protezavimas ir kt. Kvalifikuoti, naujausius gydymo

metodus išmanantys gydytojai odontologai, dirbantys su pažangiausiomis technologijomis, užtikrina kokybiškas ir saugias odontologines paslaugas.

Ši moderni ir šiuolaikiška įstaiga yra viena iš žinomiausių ir pelningiausių medicinos įstaigų Kaune ir Kauno apskrityje, todėl dažnai joje atliekami ir analizuojami įvairūs veiklos vertinimo tyrimai, siekiant išsiaiškinti, kur viešoji įstaiga galėtų dar tobulėti. Ši klinika buvo pasirinkta šiam tyrimui, norint išsiaiškinti, kaip dirba ir savo įstaigos veiklą vertina vidutinio dydžio, pelningai dirbanti įmonė, kuri nuolatos plečia savo teikiamas paslaugas ir plečiasi pacientų skaičius. Įstaigai netinkamos įprastinės veiklos vertinimo metodikos, kadangi tai yra pusiau privati klinika, priklausanti medicinos sektoriui. Todėl veiklos vertinimo metodika turėtų apimti visas įstaigos sritis, ne tik finansinę, bet ir nefinansinę. Nefinansinė sritis turėtų apimti ne tik įstaigos vidinių procesų klausimus, bet ir esminius darbuotojų klausimus. Šiai įstaigai svarbu, kad darbuotojai būtų lojalūs ir įstaigai, ir pacientams. Pritaikius 3 pav. esantį veiklos vertinimo modelį galima bus tinkamai išanalizuoti nagrinėjamą įstaigą, tinkamai įvertinti administracijos ir darbuotojų darbo krūvius, tobulinimo galimybes, išskirti privalumus ir trūkumus. Šiuo modeliu siekiama tinkamai panaudoti subalansuotų rodiklių sistemą, kuri padėtų ir medicinos sektoriaus įstaigoms pasiekti kuo geresnių rezultatų ir kuo daugiau sužinoti apie savo trūkumus, tobulinimo galimybes. Kaip buvo minėta 2.4 skyrelyje, anketos buvo išdalintos šios įstaigos darbuotojams, kurie buvo išskirti pagal grupes: vadovas, buhalteris, administratorės, šeimos gydytojos, bendrosios praktikos slaugytojos. Šį pasirinkimą galima pagrįsti tuo, kad aiški situacija gali būti nustatyta renkant informaciją ir darbuotojų nuomonę iš skirtingų valdymo lygių. Apibendrinus skirtingų hierarchinių lygių atstovų nuomonę, galima objektyviau įvertinti situaciją organizacijoje. Žemesnių valdymo lygio ir aukščiausi vadovai buvo apklausti naudojant struktūrizuotą klausimyną. Toliau bus apibendrinti gauti duomenys.

3.2. Veiklos vertinimo sistemos tyrimas

Veiklos tobulinimo ir vertinimo galimybių tyrimo apžvalga bus pateikta kiekvienai veiklos vertinimo metodikos perspektyvai atskirai. Šis tyrimas parodys ir atskleis realias veiklos tobulinimo kryptis, kurios padės įstaigai stipriau įsitvirtinti medicinos sektoriaus sektoriuje. Šios tobulinimo galimybės – kryptys leis vyriausybei geriau paruošti tinkamą sveikatos reformą, kuri pagerins esamą situaciją Lietuvoje.

Strategija

Įstaigos strategija – padėti sergančiam žmogui pasveikti, sveikam – nesirgti, yra žinoma didelei daliai, t.y. 80 procentų apklausoje dalyvavusiųjų darbuotojų. Įstaigos strategijos nežinojo arba neprisiminė tiksliai žemiausio lygio darbuotojai, kurie turėtų gerai išmanyti savo strategiją, kadangi jie - darbuotojai yra pagrindinė grandis tarp įstaigos ir paciento. Kiti savo įstaigos strategiją sužinojo iš vadovo įsidarbinant ir susirinkimų metu. Pateikus klausimą apie įstaigos strategiją galima teigti, jog įstaigos vadovas turėtų skirti didesnę dėmesį kalbėtis su darbuotojais apie strategiją, supažindinti su ja ir plėtoti. Įstaigos veiklos tikslus apklaustieji akcentavo tokius, kaip maloni aplinka, malonus bendravimas, teikiamų paslaugų kokybės vertinimas. Apie šiuos tikslus yra kalbama periodiškai, dažniausiai su vadovu ir kolektyve. Tyrime dalyvavusios žemiausios kvalifikacijos darbuotojos – bendrosios praktikos slaugytojos teigė, jog jų veiklos rezultatai yra visai nevertinami, šeimos gydytojos teigė, kad vertinami periodiškai vieną kartą per metus. Įstaigoje reikėtų įvesti tinkamą veiklos rezultatų vertinimą. Tobulinimo klausime daugiausia respondentų atsakė, jog reikėtų didinti darbuotojų atsakomybę už atliktus darbus, gerinti komandinį darbą, motyvuotai kelti atlygį už darbą. Tyrimo metu tampa aišku, jog šios nagrinėjamos įstaigos darbuotojai nėra pakankamai įvertinami administracijos ir vadovo. Darbuotojai nėra pilnai supažindinami su pagrindine įstaigos strategija, veiklos tikslais. Dėl to nukenčia tinkamas įstaigos pripažinimas, gaunamos pajamos ir pacientų pritraukimas. Tinkamai žinant ir suprantant įstaigos strategiją galima tiksliai darbuotojams padėti nustatyti, ko kiekvienam reikia imtis siekiant geresnių rezultatų pagerinti veiklos vertinimo metodikos perspektyvas.

Finansų perspektyva

Sparčiai keičiantis ekonomikos ir finansų rinkų sąlygoms, susiformavo poreikis kūrybiškai taikyti klasikinius finansų analizės rodiklius, ieškoti naujų būdų ir metodų, leidžiančių giliau atskleisti įmonių finansinę būklę bei ją nulemiančius veiksnius. Tad šiuolaikinė įmonių finansų analizė pasižymi didele tiek pačių įmonių, tiek reitingavimo agentūrų, įmonių ir finansų rinkų stambiausių pasaulinių duomenų bazių, tiek nepriklausomų finansų analitikų taikomų rodiklių įvairove. Šioje analizuojamoje įstaigoje nėra skaičiuojami santykiniai rodikliai, todėl kartu su kokybiniu tyrimu buvo apskaičiuoti pagrindiniai santykiniai rodikliai: pelningumo, veiklos efektyvumo, trumpalaikio, ilgalaikio mokumo. Šie apskaičiuoti

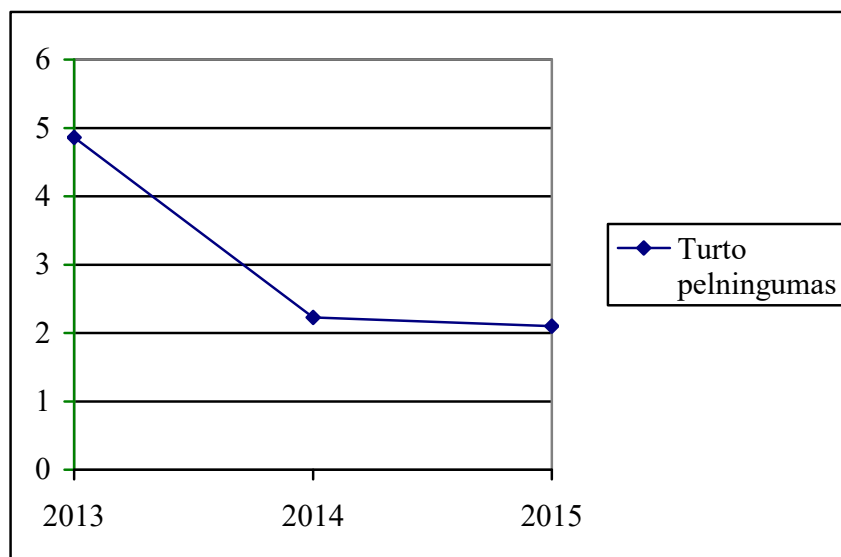
rodikliai padės nusakyti ir įvertinti analizuojamos įstaigos finansinę situaciją. Šiuos apskaičiuotus duomenis pateikė analizuojamos įstaigos buhalteris.

Taigi norint įvertinti įstaigos finansinį vertinimą ir jo galimybes pateikiami pagrindiniai pelningumo rodikliai (1 lentelė). Būtent santykinų pelningumo rodiklių rezultatai parodo, kokia yra reali įmonės ar įstaigos padėtis, kaip sugeba konkuruoti rinkoje, padeda atskleisti silpnąsias ir stipriąsias puses.

1 lentelė. Pagrindiniai pelningumo rodikliai

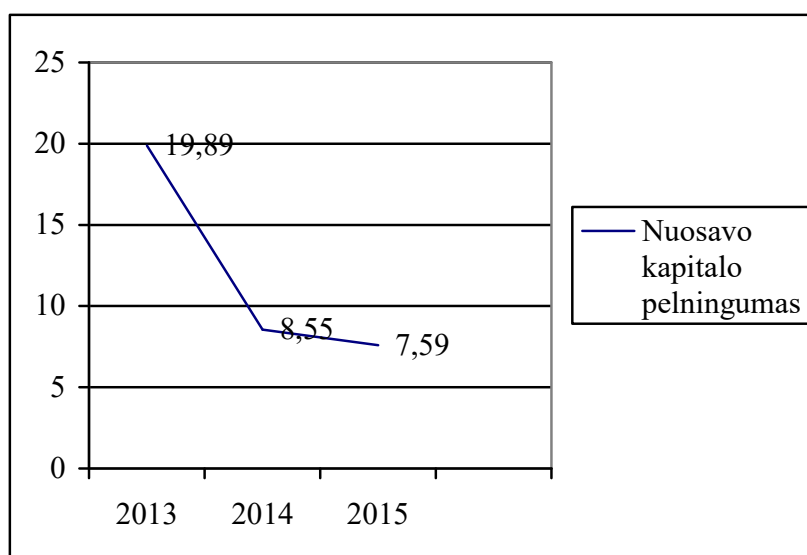
Rodiklis	Formulė	2013	2014	2015
Turto pelningumas (ROA), proc.	Grynasis pelnas/Turtas	4.86	2.23	2.10
Nuosavo kapitalo pelningumas (ROE), proc.	Grynasis pelnas/Nuosavas kapitalas	19.89	8.55	7.59
Pastovaus kapitalo pelningumas, proc.	Grynas pelnas/Pastovus kapitalas	10.37	4.90	4.34
Bendras pardavimų pelningumas, proc.	Bendras pelnas/Pardavimai	2.02	2.28	1.84
Grynasis pardavimų pelningumas (ROS), proc.	Grynas pelnas/Pardavimai	1.44	0.61	0.53

Iš 1 lentelės matyti, kad 2013 metais padėtis įmonėje buvo pati geriausia per visą analizuojamą laikotarpį. Šiais metais beveik visi pagrindiniai pelningumo rodikliai buvo aukšti, išskyrus bendrąjį ir grynąjį pardavimų pelningumus. Nuo 2014 metų iki 2015 metų įmonėje situacija negerėjo kiekvienais metais, visi pelningumo rodikliai mažėjo. Turto pelningumas parodo visų įmonėje naudojamų išteklių efektyvumą. Šio rodiklio dinamika vaizduojama 7 paveiksle.



7 pav. Turto pelningumo rodikliai 2013 – 2015 m.m.

2013 metais ROA buvo didžiausias iš analizuojamų metų. O nuo 2014 iki 2015 metų jis sumažėjo nuo 2,23 proc. iki 2,10 proc. taip atsitiko todėl, kad įmonė nedirbo pelningai Nuosavo kapitalo pelningumas parodo akcininkų investicijų pelningumą. Šio rodiklio pasikeitimai 2013 – 2015 metais pavaizduoti 1 lentelėje. 2013 metais ROE buvo pats aukščiausias (19,89 proc.). 2014 metais šis rodiklis buvo žymiai mažesnis, nuo 2014 iki 2015 metų jis sumažėjo nuo 8,55 proc. iki 7,59 proc. taip atsitiko todėl, kad įmonė pradėjo dirbti ne itin pelningai (išaugo įstaigos patiriamos sąnaudos, sumažėjo grynasis pelnas) (8 pav.)



8 pav. Nuosavo kapitalo pelningumas 2013 – 2015 m.m.

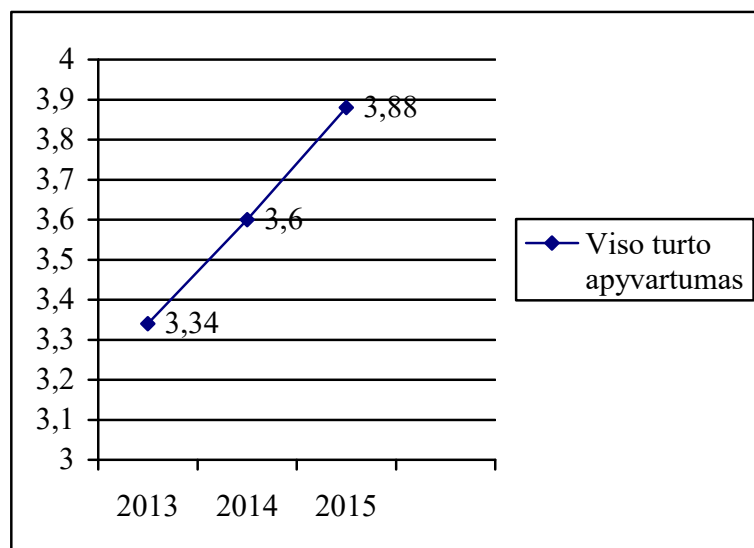
Pastovaus kapitalo pelningumo rodiklio kitimas per visą laikotarpį buvo toks pats kaip ir kitų prieš tai minėtų rodiklių. Kiekvienais metais jis mažėjo. Tam įtakos turėjo grynojo pelno sumažėjimas. Bendrasis pardavimų pelningumas tai bendrojo pelno ir pardavimų apimties santykis. 2013 metais šis rodiklis buvo 2,02 ir 2014 metais pakilo iki 2,28 proc., tačiau 2015 metais šis rodiklis nukrito iki 1,84 proc. Grynasis pardavimų pelningumas parodo tikrąjį pardavimų pelningumą įvertinus visas pajamas ir išlaidas. Kiekvienais metais jis mažėjo ir nuo 2013 iki 2015 metų grynasis pardavimų pelningumas sumažėjo daugiau nei vieną kartą, t.y. nuo 1,44 proc. iki 0,53 proc. Šio rodiklio sumažėjimui įtakos turėjo grynojo pelno sumažėjimas (2013 – 2014 m.), bet ir pardavimų pasikeitimas 2015 metais.

Kad įmonė dirba pelningai, dar nerodo, kad ji negalėtų dirbti dar pelningiau ar sumažinti esamas valdymo išlaidas. Todėl reikia išanalizuoti įmonės veiklos efektyvumo rodiklius. Antroje lentelėje pateikti įmonės VŠĮ „X“ veiklos efektyvumo rodikliai.

2 lentelė. Veiklos efektyvumo rodikliai

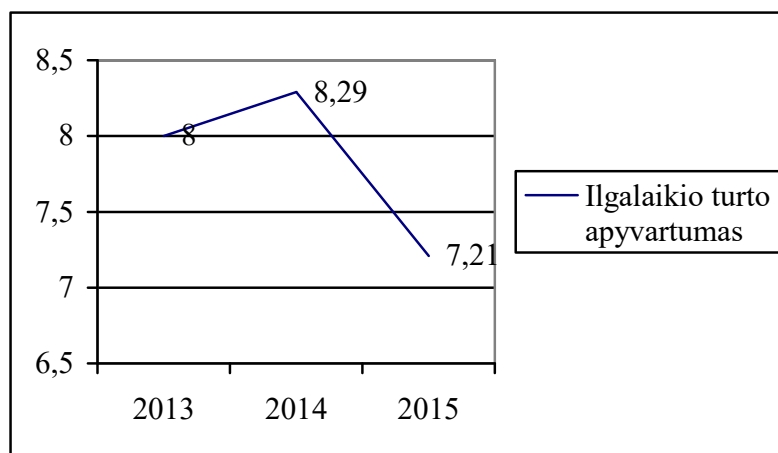
Rodikliai	Formulė	2013	2014	2015
Viso turto apyvartumas, kartais	Pardavimai / Visas turtas	3,34	3,60	3,88
Ilgalaikio turto apyvartumas, kartais	Pardavimai / Ilgalaikis turtas	8,00	8,29	7,21
Trumpalaikio turto apyvartumas, kartais	Pardavimai / Vidutinė metinė trumpalaikio turto vertė	5,76	6,37	8,42

Viso turto apyvartumas kartais – tai rodiklis, parodantis, kiek vienas litas uždirba pajamų. Kaip matyti 2 lentelėje, 2013 ir 2015 metų laikotarpiu viso turto apyvartumas buvo tarp 3,34 k. ir 3,88 k. Įmonė savo turtą ir teikiamas paslaugas naudoja efektyviai. Viso turto apyvartumo, kartais rodiklio dinamika pavaizduota 9 pav.



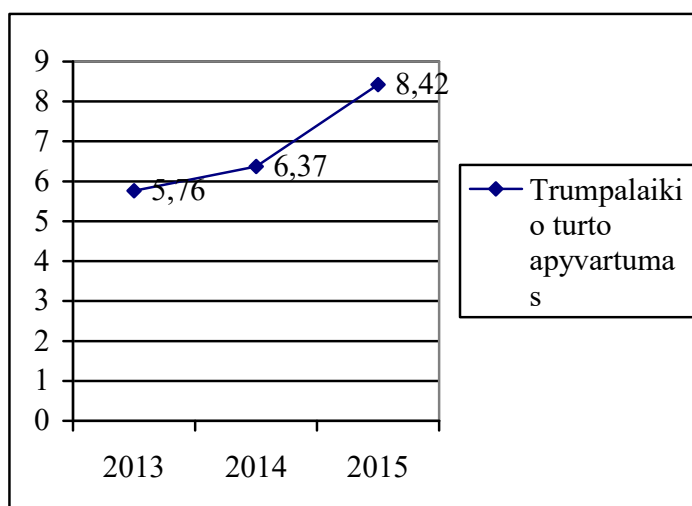
9 pav. Viso turto apyvartumas, kartais

Ilgalaikio turto apyvartumas tai kiekvieno ilgalaikio turto lito uždirbamos pardavimų pajamos. Šis rodiklis kasmet mažėjo (per visą laikotarpį sumažėjo nuo 8,00 iki 7,21 karto) (10 pav.) Šis pokytis palyginti yra nežymus, todėl galime daryti prielaidą, jog kitimas labiau susijęs su ilgalaikio turto vertės pakitimu, nei pardavimų apimtys kitimu.



10 pav. Ilgalaikio turto apyvartumo rodiklis 2013 – 2015 m.m.

Trumpalaikio turto apyvartumas kartais padidėjo, 2013 metais jis buvo 5,76 k., 2014 metais 6,37 k., 2015 metais 8,42 karto (11 pav.)



11 pav. Trumpalaikio turto apyvartumas, kartais

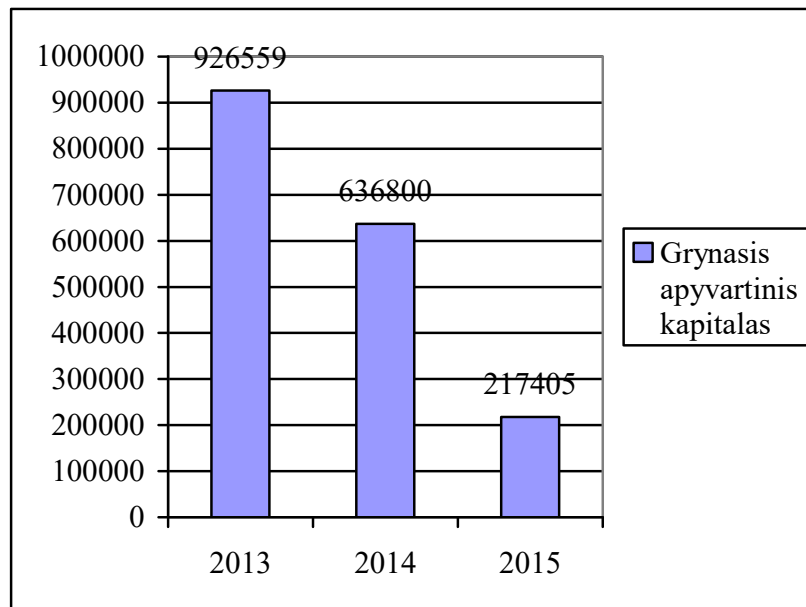
Trumpalaikio turto apyvartumo didėjimą lėmė atsargų ir išankstinių apmokėjimų padidėjimas. Taigi atlikus visų turto apyvartumo rodiklių analizę, galima teigti, kad mažiausiai analizuojamu laikotarpiu kito ilgalaikis turtas. Tačiau ir kiti rodikliai kito ne itin daug.

Kiekviena įmonė privalo sugebėti vykdyti savo ilgalaikius ir trumpalaikius įsipareigojimus, tik tada ji bus moki. 3 lentelėje pateikti trumpalaikio mokumo rodikliai 2013 – 2015 metais.

3 lentelė. Trumpalaikio mokumo rodikliai 2013-2015 metais

Rodiklis	Formulės	2013	2014	2015
Grynasis apyvartinis kapitalas	Trumpalaikis turtas - Trumpalaikiai įsipareigojimai	926559	636800	217405
Bendras trumpalaikio mokumo koeficientas	Trumpalaikis turtas / Trumpalaikiai įsipareigojimai	1,31	1,21	1,08
Greitasis trumpalaikio mokumo rodiklis	(Trumpalaikis turtas – Atsargos) / Trumpalaikiai įsipareigojimai	1,29	1,21	1,05

Analizuojamos įmonės grynasis apyvartinis kapitalas nuo 2013 metų iki 2015 metų mažėjo po keletą kartų. Įmonė visu analizuojamu laikotarpiu buvo moki, jos apyvartinis kapitalas buvo nuo 926559 iki 217405. Šio rodiklio kaitos dinamika pavaizduota 12 paveiksle.



12 pav. Grynasis apyvartinis kapitalas 2013-2015 m.m.

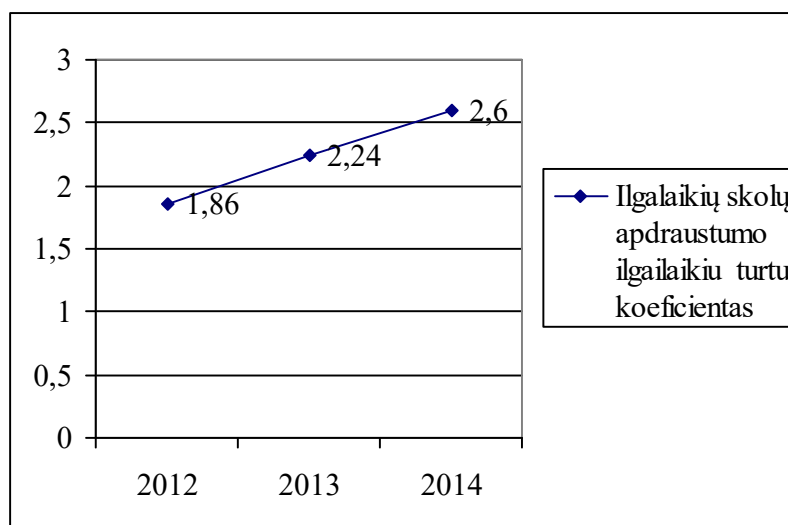
Bendrojo trumpalaikio mokumo rodiklis parodo, kiek kartų visas trumpalaikis turtas didesnis už visus trumpalaikius įsipareigojimus. Šio rodiklio rekomenduojamos ribos yra nuo 1,2 iki 2. VŠĮ „X“ bendrojo trumpalaikio mokumo koeficientas nagrinėjamu laikotarpiu 2013 - 2014 m. buvo rekomenduojamoje riboje, t.y. 1,31 ir 1,21, tačiau 2015 m. buvo mažesnis už šią ribą t.y. 1,08. Tai rodo, kad 2015 metais įmonės trumpalaikis turtas buvo beveik lygus trumpalaikiams įsipareigojimams ir įmonė galėjo ne visada laiku užtikrinti trumpalaikių įsipareigojimų vykdymą. Skaičiuojant bendrojo trumpalaikio mokumo koeficientą naudojama visa trumpalaikio turto suma ir nėra atsižvelgiama į jo sudėtį. Taigi norint tiksliau apibūdinti įmonės trumpalaikį mokumą apskaičiuojamas greitojo trumpalaikio mokumo koeficientas. Skaičiuojant šį rodiklį iš trumpalaikio turto atimamos atsargos, nes ne visos atsargos gali būti greitai paverstos grynaisiais pinigais. Greitojo trumpalaikio mokumo rodiklio atžvilgiu prasčiausia įmonės situacija buvo 2015 metais, tada šis rodiklis siekė 1,05 proc., tai įtakojo didesnis atsargų kiekis. Tačiau 2013 metais ir 2014 metais šis rodiklis siekė 1,21 proc.

4 lentelė. Ilgalaikio mokumo rodikliai 2013 – 2015 metais

Rodiklis	Formulės	2013	2014	2015
Bendras skolos rodiklis	Visi įsipareigojimai / Visas turtas	0.66	0.65	0.63
Ilgalaikio įsiskolinimo rodiklis	Ilgalaikiai įsipareigojimai / Nuosavas kapitalas	0.91	0.74	0.75

Ilgalaikių skolų apdraustumo ilgalaikiu turtu koeficientas	Ilgalaikis turtas / Ilgalaikiai įsipareigojimai	1.86	2.24	2.60
--	---	------	------	------

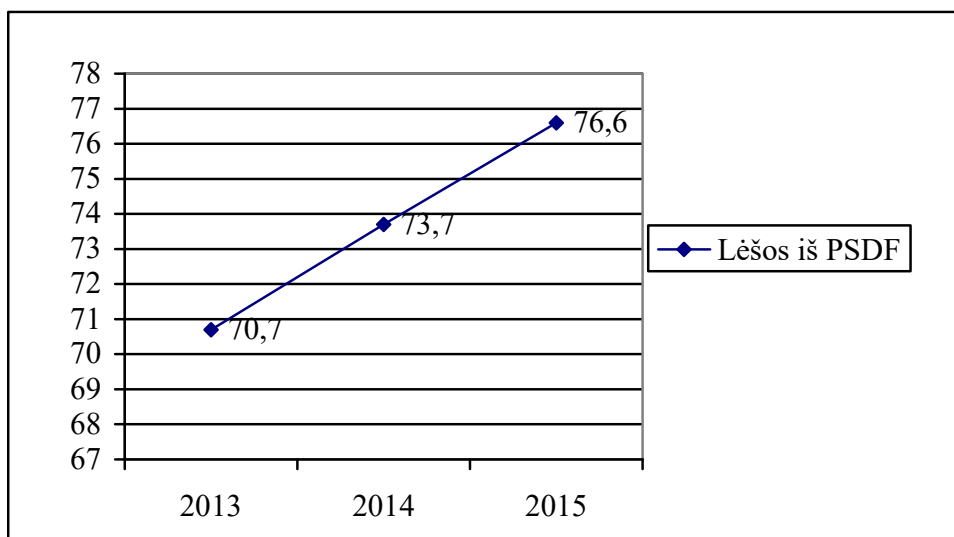
Ilgalaikio įsiskolinimo rodiklis per visą nagrinėjamą laikotarpį mažėjo nuo 0,91 iki 0,75, taip yra, todėl, kad įmonės ilgalaikiai įsipareigojimai neženkliai sumažėjo. 2013 metais jis buvo 0,91, 2014 metais – 0,74, o 2015 metais net 0,66. Ilgalaikių skolų apdraustumo ilgalaikiu turtu koeficientas nagrinėjamu laikotarpiu, nuo 2013 iki 2015 metų, išaugo nuo 1.86 iki 2,60 (13 pav.)



13 pav. Ilgalaikių skolų apdraustumo ilgalaikiu turtu koeficientas

Tai rodo, jog įmonei pakaks daug kartų apmokėti ilgalaikiams įsiskolinimams, nes būtent šis rodiklis parodo įmonės ilgalaikių skolų apdraustumo turimu ilgalaikiu turtu laipsnį. Apibendrinant galima teigti, jog VŠĮ „X“ yra moki ir pelningai dirbanti įmonė. VŠĮ „X“ yra pajėgi tinkamai konkuruoti rinkoje tarp kitų viešųjų įstaigų.

Atlikus vertikalią sąnaudų analizę (1 priedas) tampa aišku, jog įstaiga darbo užmokesčiui skiriamos sąnaudos neviršija rekomenduojamos 65 proc. ribos ir per visą nagrinėjamą laikotarpį riba nuo 52,8 proc. iki 52,4 proc. Įnašai socialiniam draudimui kito labai nežymiai, pagrindinis jo finansavimo šaltinis buvo iš PSDF. Nagrinėjamu laikotarpiu vaistų, medicinos priemonių ir medicinos paslaugų sąnaudos daugiausiai buvo finansuojamos iš PSDF. 2013 metais buvo gaunama lėšų 70,7 proc, o 2015 metais jau 76,6. Šių lėšų dinamika nagrinėjamu laikotarpiu pateikiama 14 paveiksle. Galima daryti išvadą, jog PSDF pradeda daugiau finansuoti viešąsias medicinos įstaigas.



14 pav. Lėšos, gaunamos iš PSDF 2013- 2015 m.m.

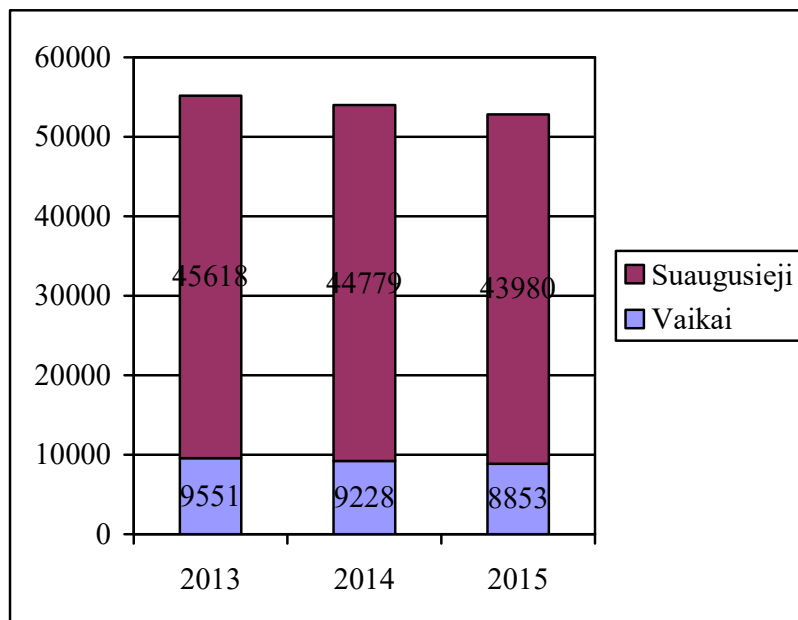
Apskaičiavus ir išanalizavus pagrindinius analizuojamos įstaigos santykinius veiklos rodiklius tampa aišku, jog įstaiga gali laisvai konkuruoti rinkoje. Pagal veiklos vertinimo modelį išskiriami du pagrindiniai tikslai finansų perspektyvoje – veiklos skaidrumas ir technologijų vertinimas. Tačiau atlikus kokybinį tyrimą tampa aišku, jog analizuojamoje įstaigoje nėra skaičiuojami pagrindiniai veiklos santykiniai rodikliai. Todėl svarbu skaičiuoti šiuos rodiklius, norint save tinkamai įsivertinti užimamoje rinkos dalyje. Apskaičiuojami rodikliai padėtų įstaigai tinkamai įvertinti technologijų vertinimą ir įsivertinti savo veiklos skaidrumą.

Klientų ir darbuotojų kompetencijos perspektyvos

Siekiant tinkamai išanalizuoti nagrinėjamos įstaigos klientų ir darbuotojų kompetencijas buvo paimti darbuotojų ir pacientų skaičiai, kurie bus padidinti, siekiant parodyti didesnę skirtumą tarp nagrinėjamų metų ir geriau suprasti įstaigos situaciją, turint didesnę pacientų ir darbuotojų skaičių bei jų kaitą. Tyrime buvo pateikti klausimai apie darbuotojų kaitą, būdus, kaip jos išvengti. Taip pat klausimas buvo apie darbo efektyvumo didinimo būdus ir darbuotojų mokymus, darbo motyvaciją. Šių klausimų analizė bus pateikta vėliau, pirmiausia, bus apžvelgiami pacientų srautų ir darbuotojų kaitos rodikliai. Šie rodikliai padės geriau suprasti atsakymus į tyrime pateiktus klausimus.

Taigi 5 lentelėje pateikiami gydymo įstaigos pacientų srautų rodikliai. Galima pastebėti, jog nagrinėjamu laikotarpiu suaugusių ir vaikų skaičius kiekvienais metais vis mažėjo, 2013 metais buvo

45618 suaugusių pacientų, 2014 metais – 44779, o 2015 metais – 43980. Vaikų skaičius 2013 metais buvo 9551, 2014 metais – 9228, 2015 metais 8853. Šie rodiklio svyravimai pateikiami 15 paveiksle.



15 pav. Vaikų ir suaugusiųjų kaitos rodikliai 2013-2015 m.m.

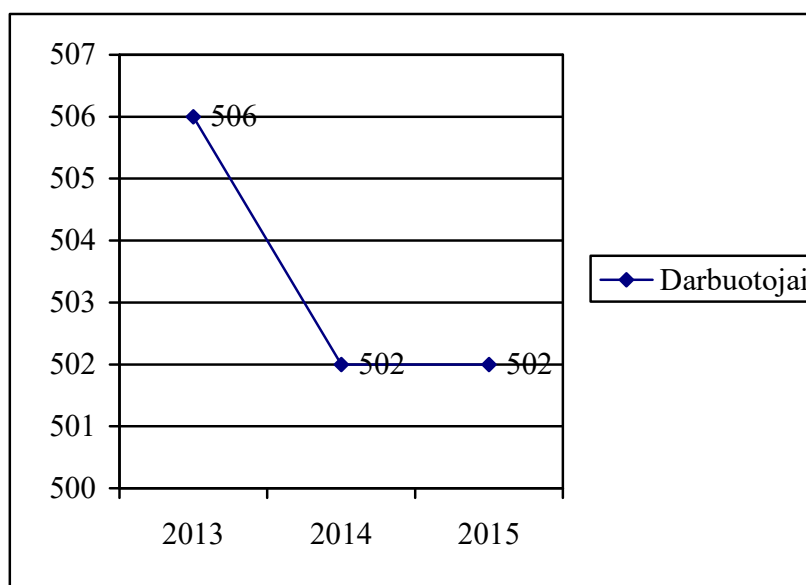
Nors suaugusių ir vaikų skaičius mažėjo, tačiau konsultacijų ir apsilankymų skaičius kiekvienais metais augo: 2013 metais konsultacijų įstaigai teko 149142, 2014 metais – 152737, 2015 metais 183559. Apsilankymų skaičius 2013 metais buvo 507065, 2014 – 534540, 2015 - 538485. Per nagrinėjamą laikotarpį išaugo apsilankymų namuose procentas, 2013 metais jis buvo 2,42, 2014 – 2,92, 2015 – 5,08

5 lentelė. Pacientų rodikliai

Rodikliai	2013	2014	2015
Su TLK suderintas gyventojų skaičius iš viso	55169	58835	57592
Iš jų: apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų skaičius	55169	54007	52833
Iš jų: suaugusių	45618	44779	43980
vaikų	9551	9228	8853
PSC aptarnaujamų gyventojų skaičius iš viso	71195	76839	76069
Iš jų: apdraustų PSD PSC aptarnaujamų asmenų skaičius	71195	70898	70190
Konsultacijų skaičius	149142	152737	183559
Apsilankymų skaičius	507065	534540	538485
Gyventojų apsilankymai dėl ligų	9,51	9,90	9,32
Profilaktiniai apsilankymai, %	13,08	21,46	18,6
Apsilankymai namuose, %	2,42	2,92	5,08

Gimstamumas	7,9	8,11	7,9
Mirtingumas	7,84	9,39	12,2
1 gyv. tenka apsilankymų	9,16	9,44	9,23

6 lentelėje pateikiama darbuotojų kaita 2013 – 2015 metais. Visų darbuotojų kaitos rodiklis 2013 – 2015 metais pavaizduotas 16 pav.



16 pav. Darbuotojų kaita 2013 – 2015 m.m.

Per nagrinėjamą laikotarpį darbuotojų skaičius kito nežymiai. 2015 metais įstaigoje dirbo 90 II lygio specialistų negu 2014 ir 2013 metais. Galima daryti išvadą, jog II lygio specialistų paklausa yra didesnė negu I lygio, nes buvo mažinta šio lygio specialistų, sujungiant kelias pareigybes. Taip pat, galima pamatyti tendencija, jog mažėja slaugos specialistų skaičius. Nagrinėjamu laikotarpiu 2013 metais iš viso buvo 185, 2014 metais - 183, o 2015 metais tik 181 specialistai.

6 lentelė. Darbuotojų kaitos rodikliai

Duomenys apie darbuotojų skaičių	2013	2014	2015
Iš viso darbuotojų	506	502	502
Iš viso gydytojų, iš jų:	181	180	182
II lygio specialistų	85	84	90
I lygio specialistų	96 (ŠG – 39)	96 (ŠG – 38)	92 (ŠG – 41)
Iš viso slaugos specialistų, iš jų:	185	183	181
Bendruomenės slaugytojų	52	51	48
Bendrosios praktikos slaugytojų	59	58	59
Gydytojo odontologo padėjėjų	32	27	28
Kitų slaugos specialistų	42	47	46
Kitų sveikatos priežiūros specialistų	38	38	36

Kitų ne sveikatos priežiūros darbuotojų	78	77	78
--	-----------	-----------	-----------

Išnagrinėjus anketas 55 % apklaustųjų teigė, jog darbuotojų kaita šioje įstaigoje yra vidutinė, o 44 % teigė, jog didelė. Palyginus su darbuotojų kaitos rodiklius, galima teigti, jog darbuotojų kaita tikrai yra vidutinė. Visi apklausoje dalyvavę darbuotojai teigė, jog kaita yra problema, kuri įtakoja įstaigos gerus darbo rezultatus ir kokybę. Vieną iš priežasčių apklaustieji nurodo jauną kolektyvą, kuris sukuria šeimas ir išsina į dekretą. Darbuotojų kaitą sumažintų atlyginimų kėlimas, darbo sąlygų gerinimas ir vyresniojo amžiaus darbuotojų priėmimas į darbą. Darbo efektyvumo didinimo ir skatinimo būdus respondentai nurodė tokius, kaip motyvacija iš administracijos – finansinė, moralinė, psichologinė, kvalifikacijos tobulinimo ir kėlimo galimybė, komandinio darbo tobulinimas, tinkamas darbo ir jo krūvio proporcingas paskirstymas, organizaciniai paskatinimai: kava, arbata personalo kambaryje, kėlionės, žodiniai pagyrimai, premijos ir priedai, informacinių technologinių tobulinimas, efektyvesnės įrangos įsigijimas ir įdiegimas. Kalbant apie darbuotojų mokymus, kompetencijos kėlimą, respondentai nurodė, jog patys asmeniškai eina ir dalyvauja seminaruose, mokymuose, kad įgytų naujų įgūdžių, informacijos, tobulintų kompetenciją, gautų valandų licenzijai prasitęsti. Įstaiga neapmoka įvairių seminarų, nesiunčia darbuotojų į juos.

Siekiant sužinoti darbuotojų motyvacijos tikslą ir uždavus klausimą, kas labiausiai motyvuoja siekti užsibrėžtų tikslų, respondentai atsakė įvairiai: daugiausiai motyvuoja atitinkamas atlyginimas, įdomus ir mylimas darbas. Daug darbuotojų įvardijo ir gerus, šiltus kolektyvo santykius, gerą mikroklimatą. Komandinis darbas yra labai svarbus faktorius (veiksny) siekiant gerų įmonės rezultatų, todėl reikia ir toliau siekti gero komandinio darbo. Nagrinėjant pacientų srautų ir darbuotojų kaitos rodiklius ir dar atliekant tyrimą, galima geriau suprasti, ko žemiausio lygio darbuotojai ir pacientai tikisi iš administracijos, tas gerina komunikaciją tarp darbuotojų, pacientų ir vadovybės.

Vidinių procesų perspektyva

Pateikus klausimą apie naujų technologijų diegimą ir esamos įrangos atnaujinimą, 89 % apklaustųjų teigia, jog įstaigoje nuolat yra atnaujinama ir diegiamos naujos technologijos siekiant užtikrinti gerą paslaugų kokybę. Ir tik 11% apklaustųjų įstaigos darbuotojų teigė, jog įstaigoje nėra perkama ir atnaujinama įranga. 45 % darbuotojų galvoja, jog visa turima įranga yra naudojama ir atlieka visas savo funkcijas. 33 %

apklausoje dalyvavusių darbuotojų atsakė, jog iš dalies visa įranga naudojama pagal tikslą ir 22 % darbuotojų atsakė, kad nenaudojama pagal funkciją.

Tyrime pateiktas klausimas apie teikiamų paslaugų kokybę, visi respondentai parašė, jog ji yra vertinama, tik vėliau išsiskyrė nuomonė, kaip kokybę vertina pacientas ir darbuotojas. Tačiau iš atlikto tyrimo galima suprasti, jog darbuotojams nėra svarbus tinkamas paslaugų kokybės vertinimas. Pagrindinės priežastys, trukdančios teikti kokybiškas paslaugas, didelis darbuotojų darbo krūvis, didelės eilės pas šeimos gydytojus, skiriama mažai laiko pacientams. Analizuojamoje įstaigoje paslaugų pakanka, tačiau respondentai teigė, jog reikėtų daugiau nemokamų ir platesnių paslaugų. Įstaigos vadovas teigė, jog reikėtų praplėsti teikiamų paslaugų spektrą įvertinant, ar jos visos atsiperks ir klientai bus jomis patenkinti.

Visi apklausoje dalyvavę darbuotojai teigė, jog įstaiga yra konkurencinga tarp kitų gydymo įstaigų. Ši įstaiga yra pranašesnė už kitas malonia aplinka, turimų paslaugų kiekiu, specialistų, gydytojų gausa, įsiklausymu į pacientą ir jo poreikius. Kalbant apie vartotojų lojalumą galima teigti, jog įstaigos pacientai yra lojalūs, didelis kiekis jų yra nuo įstaigos įkūrimo laikų. Buvo parengta ataskaita apie išėjusių gydytojų pacientus. Buvo manyta, jog išėjus vienai gydytojai, įstaigą paliks daug jos pacientų, tačiau parengus ataskaitą paaiškėjo, jog išsirašė tik maža dalis pacientų, visi kito liko dėl įstaigos teikiamų paslaugų, malonios darbuotojų aplinkos ir aptarnavimo. Dar labiau didinti klientų pasitenkinimą galėtų paslaugų įkainių sumažinimas, mažesnės pacientų eilės, paslaugų plėtra.

Ši veiklos vertinimo metodika yra paremta subalansuotų rodiklių sistemos koncepcija ir respondentams buvo pateiktas klausimas apie ją. Tačiau įstaigos darbuotojams ši koncepcija buvo nežinoma, tik įstaigos vadovas buvo apie ją girdėjęs ir truputį buvo susipažinęs su ja. Nagrinėjamos įstaigos vadovas įvardijo, jog reikėtų darbuotojus supažindinti su šia įstaigų vertinimo sistema ir pritaikyti naudotis įstaigoje. Ši sistema padėtų įstaigai geriau suprasti savo esminius uždavinius.

Pasiteiravus respondentų, ar skaičiuoja kokius nors finansinius ir nefinansinius įstaigos veiklos rodiklius, dauguma atsakė, jog kai kuriuos finansinius rodiklius skaičiuoja administracija, vadovas, buhalteris. Administratorės skaičiuoja pagrindines gaunamas pajamas iš pacientų ir draudimų. Vadovas ir buhalteris ruošia pagrindines finansines ataskaitas. Į pateiktą klausimą apie nefinansinių įstaigos veiklos rodiklius dauguma apklaustųjų atsakė, jog skaičiuoja ir rengia įvairias ataskaitas apie pacientus, tokias kaip įvairias vidines ataskaitas, kurios vėliau padeda nusakyti tikrąjį pacientų judėjimo srautą.

Taigi remiantis tyrimo rezultatais, galima išskirti tokias veiklos tobulinimo sritis. Finansinėje perspektyvoje galima išskirti įmonės pelno didinimą, kuris padidintų strategines galimybes tapti geriausia klinika Kaune. Darbuotojų kompetencijos tobulinimo kryptis būtų tinkamas darbuotojų finansinis

įvertinimas, platesnis supažindinimas su strategija, kvalifikacijos kėlimo kursų organizavimas. Klientų perspektyvoje tobulinimo kryptis galėtų būti naujų pacientų pritraukimas, eilių pas gydytojus mažinimas, geresnė paslaugų kokybė. Vidinių procesų perspektyvoje galima būtų išskirti naujų procedūrų įvertinimą, įstaigos darbo gerinimas efektyviau dirbti. Remiantis atlikto veiklos vertinimo tyrimo rezultatais galima teigti, jog sudarytas medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimo modelis padeda nustatyti galimas įmonės veiklos tobulinimo kryptis. Tuo remiantis kitoje darbo dalyje bus pateikiamos galimos rekomendacijos įmonės veiklos tobulinimui.

3.3 Rekomendacijos įmonės veiklos tobulinimui

Šiame skyrelyje bus pateiktos rekomendacijos analizuojamos įstaigos veiklos tobulinimui remiantis pritaikytu veiklos vertinimo modeliu. Šios rekomendacijos leis geriau suprasti pacientų ir darbuotojų lūkesčius, padės identifikuoti tikslus pacientų poreikius. Įstaigai padės suprasti, įvertinti savo turimas galimybes ir perspektyvas.

Remiantis atlikto tyrimo rezultatais ir sudarytu veiklos vertinimo modeliu, galima pateikti rekomendacijas keliomis pagrindinėmis kryptimis. Viena iš pagrindinių nustatytų problemų tiriamoje įmonėje yra siauras darbuotojų strategijos žinojimas, tuo remiantis galima teigti, jog įmonės strategija nėra plėtojama ir tinkamai įgyvendinama. Geresnis strategijos žinojimas padėtų užtikrinti efektyvesnę strategijos įgyvendinimo procesą. Aiškiai apibrėžta ir kryptingai įgyvendinama strategija užtikrins tinkamą veiklos įvertinimą ir darbuotojų suvokimą apie strategiją.

Kita nustatyta problema tiriamoje įmonėje yra veiklos skaidrumo ir technologijų vertinimo nebuvimas, tuo remiantis galima teigti, jog įmonė tinkamai neįvertina savo finansinių rodiklių, neišanalizuoja gaunamų pajamų pokyčio. Taip pat pakankamai neįvertinama turima įranga, nėra tinkamo technologijų įvertinimo. Geresnis veiklos skaidrumo suvokimas ir technologijų vertinimo sistema padėtų užtikrinti efektyvesnę finansinės perspektyvos suvokimą ir įvertinimą. Aiškus šios perspektyvos suvokimas padės nagrinėjamai įstaigai geriau įsitvirtinti rinkoje.

Trečia problema tiriamoje įmonėje yra ne visų paslaugų ir procedūrų klientų poreikių ir kokybės atitikinimas, tuo remiantis galima teigti, jog įmonė turėtų skirti daugiau nemokamų paslaugų (tyrimų), atlikti daugiau paslaugų tyrimų siekiant išsiaiškinti jų populiarumą ir reikalingumą. Taip pat kita problema tiriamoje įmonėje yra susijusi su vartotojų lojalumu. Tuo remiantis galima teigti, jog įstaiga turėtų pritraukti daugiau naujų vartotojų, siūlydama daugiau nemokamų paslaugų, skirtų daugiau dėmesio eilių

mažinimui pas šeimos gydytojus ir specialistus, atrinktų paslaugas, kurios vartotojams svarbios ir aktualios. Aiškiai apibrėžti šių problemų sprendimo būdai ir besiremiant sudarytu veiklos vertinimo modeliu galima būtų pritraukti didesnį vartotojų kiekį, tinkamai įvertinti ir pasiūlyti dar platesnį paslaugų spektrą.

Ketvirta problema tiriamoje įmonėje yra mažas darbo užmokestis, darbuotojų nedalyvavimas apmokymuose, komandinio darbo trukūmas ir tinkamo pareigybių paskirstymo nebuvimas, tuo remiantis galima teigti, jog įstaigos vadovybė tinkamai neįvertina turimų darbuotojų. Remiantis atlikto tyrimo duomenimis ir sudarytu veiklos vertinimo modeliu, jog pritraukus siūlomus sprendimus galima būtų sumažinti darbuotojų kaitą, pakelti ne tik darbuotojų darbo užmokestį, bet ir aptarnavimo lygį

Penkta problema tiriamoje įmonėje yra sveikatos politikos gerinimo trūkumas, tuo remiantis galima teigti, jog įmonės strategija nėra pakankamai įgyvendinama. Didesnis profilaktinių paslaugų skaičius padėtų efektyvesnį pacientų pritraukimą prie analizuojamos įstaigos. Aiškiai apibrėžta ir kryptingai įgyvendinama sveikatos politikos gerinimo sistema užtikrins įstaigos užimamą vietą medicinos sektoriuje.

Pagal sudarytą veiklos vertinimo modelį ir atliktą tyrimą galima išskirti pagrindines rekomendacijas analizuojamai įstaigai. Pritaikius šias rekomendacijas galima pasiekti geresnių ne tik finansinių rodiklių, bet ir turėti konkurencinį pranašumą prieš kitas gydymo įstaigas. Be to šios pagrindines rekomendacijos padėtų išspręsti pagrindines šiuolaikinės medicinos reformos trukūmus. Jos padėtų trūkumus paversti į privalumus, kurie padėtų pacientui laiku diagnozuoti ligą ir ją išgydyti ar bent jau ją pristabdyti. Taip pat pritaikius parengtą veiklos vertinimo modelį ir patobulinus reikalingas veiklos tobulinimo kryptis, bus užtikrinta ir įgyvendinta:

- naudingesnė matavimo sistema, kuri leis efektyviai įvertinti įstaigos finansinius ir nefinansinius rodiklius bei išvelgti galimas kryptis, kaip juos pagerinti.
- komunikavimo priemonė, kuri leis efektyviai bendradarbiauti tarp darbuotojų, pacientų ir vadovų, kurie geriau supras vienas kitą.
- strategijos įgyvendinimo priemonė, kuri leis tinkamai įgyvendinti medicinos įstaigos strategiją, misiją, uždavinius.

IŠVADOS

1. Atlikta medicinos sektoriaus apžvalga parodė, jog pagrindinė sveikatos sistemos problema Lietuvoje yra ta, kad oficialiai veikianti sistema nedaug įtakoja sistemos dalyvių motyvaciją, pasižymi sudėtinga finansavimo sistema, neskatina veikti efektyviai. To pasekmė - sveikatos priežiūros įstaigų sudėtinga veiklos aplinka, kurioje norėdamos išlikti medicinos sektoriaus įmonės turi nuolat vertinti ir tobulinti savo veiklą. Tačiau sveikatos priežiūros įstaigų veiklos vertinimo negalima atlikti kaip kitų įmonių, nes šios pasižymi savo veiklos specifika..
2. Atlikta medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimo teorinė analizė parodė, jog susiduriama su problema, kaip tinkamai įvertinti tokio sektoriaus įmonių veiklą, kurie veiksniai ir rodikliai galėtų padėti užtikrinti veiklos vertinimo procesą. Todėl buvo išanalizuoti medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimą formuojantys veiksniai– funkcijos, tikslai, struktūra, įstaigos tipas, kokybės sauga, efektyvumą, produktyvumą, pažangias technologijas, kuriuos galima susieti ir išskirti, kaip svarbiausius, įtakančius tinkamą veiklos vertinimą, padedanti įstaigai tobulinti veiklą.
3. Sudarius medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimo modelį ir parengus tyrimo metodiką, buvo išskirtos 4 veiklos vertinimo perspektyvos: finansų, klientų, darbuotojų kompetencijos ir vidinių procesų. Remiantis medicinos sektoriaus įmonių subalansuotų rodiklių modeliu, galima įvertinti įstaigos finansinį ir nefinansinį veiklos vertinimą, nustatyti kokioje situacijoje yra įmonės padėtis ir leisti nustatyti jos tobulėjimo galimybes ir pritaikymą ateityje. Taip pat panaudojus priežastinius ryšius galima susieti kiekvieną perspektyvą tarpusavyje ir išskirti pagrindines veiklos tobulinimo kryptis, kurios padės įstaigai siekti savo užsibrėžtos strategijos.
4. Atlikus medicinos sektoriaus įmonės veiklos vertinimo tyrimą galima išskirti pagrindines rekomendacijas analizuojamai įstaigai. Pritaikius šias rekomendacijas galima pasiekti geresnių ne tik finansinių rodiklių, bet ir turėti konkurencinį pranašumą prieš kitas gydymo įstaigas. Be to šios pagrindines rekomendacijos padėtų išspręsti pagrindines šiuolaikinės medicinos reformos trūkumus. Jos padėtų trūkumus paversti į privalumus, kurie padėtų pacientui laiku

diagnozuoti ligą ir ją išgydyti ar bent jau ją pristabdyti. Taip pat pritaikius šį veiklos vertinimo modelį ir patobulinus reikalingas veiklos tobulinimo kryptis, bus užtikrinta ir įgyvendinta:

1. naudingesnė matavimo sistema, kuri leis efektyviai įvertinti įstaigos finansinius ir nefinansinius rodiklius bei juos pagerinti.
2. komunikavimo priemonė, kuri leis efektyviai bendradarbiauti tarp darbuotojų, pacientų ir vadovų, kurie geriau supras vienas kitą.
3. strategijos įgyvendinimo priemonė, kuri leis tinkamai įgyvendinti medicinos įstaigos strategiją, misiją, uždavinius.

Literatūros sąrašas

1. Afonso, A., Aubyn, M. S. 2006. Cross-Country Efficiency of Secondary Education Provision: A Semi-Parametric Analysis with Non-Discretionary Inputs. *Economic Modelling*, 23(3), 476–491.
2. Afriat, S. N. 1972. Efficiency estimation of production functions. *International Economic Review*, 13(3), 568–598.
3. Alexander, W. R. J., Haug, A. A., Jaforullah, M. 2010. A Two-Stage Double-Bootstrap Data Envelopment Analysis of Efficiency Differences of New Zealand Secondary Schools. *Journal of Productivity Analysis*, 34(2), 99–110.
4. Ambras A., Tamošiūnas T. The Implementation of the Balanced Scorecard System in Strategic Management of Siauliai University Social Sciences Faculty // Socialiniai tyrimai. – Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla, 2010. Nr. 1 (18), 5-18 p. – ISSN 1392-3110
5. Antonio Gomes de Menezes. An analysis of hospital efficiency and productivity growth using the Luenberger productivity indicator. IZA Discussion Paper, 2007.
6. Aragon, Y., Daouia, A., Thomas-Agnan, C. 2005. Nonparametric frontier estimation: a conditional quantile-based approach. *Econometric Theory*, 21(2), 358–389.
7. Assaf A., Matawie K. Improving the accuracy of DEA efficiency analysis: a bootstrap application to the health care foodservice industry. *Applied Economics*, 42 (27), 3547-3558.
8. Bagdonas E., Bagdonienė L. Administravimo principai.- Kaunas: Technologija, 2010.
9. Bagdžiūnienė V. Finansinių ataskaitų analizė: esmė ir verslo situacijos. – Conto litera, 2013 p. 152
10. Baležentis T., Kriščiukaitienė I., Žemės ūkio gamybinio efektyvumo vertinimas: samprata, modeliai ir taikymai. – Lietuvos agrarinės ekonomikos institutas, 2014.
11. Baxter, P., Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report* Volume 13 Number 4 December 2008. Nova Southeastern University.
12. Bogetoft, P., Hougaard, J. L. 1999. Efficiency evaluations based on potential (non-proportional) improvements. *Journal of Productivity Analysis*, 12(3), 233–247.
13. Bogetoft, P., Otto, L. 2011. *Benchmarking with DEA, SFA, and R*. International Series in Operations Research and Management Science, Vol. 157. Springer.

14. Buklytė S., Ruževičius J. Total quality management impact on Lithuanian companies' performance efficiency // Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2010, p. 55-70. – ISSN 1392-1142
15. Buškevičiūtė E, Mačerinskienė I. Finansų analizė. Vadovėlis. ISBN 9986-13-710-1. Kaunas, Technologija, 2002.
16. Cazals, C., Florens, J. P., Simar, L. 2002. Nonparametric Frontier Estimation: A Robust Approach. *Journal of Econometrics*, 106(1), 1–25.
17. Chirikos T.N., Sear A. M., Measuring hospital efficiency: a comparison of two approaches. *Health Services Research*, 2000
18. Christensen, L. R., Jorgenson, D. W., Lau, L. J. 1971. Conjugate Duality and the Transcendental Logarithmic Production Function. *Econometrica*, 39, 255–256.
19. Christensen, L. R., Jorgenson, D. W., Lau, L. J. 1973. Transcendental Logarithmic Production Frontiers. *The Review of Economics and Statistics*, 55(1), 28–45.
20. Cobb, C., Douglas, P. H. 1928. A Theory of Production. *American Economic Review*, 18, 139–165.
21. Cooper, W. W., Seiford, L. M., Tone, K. 2007. *Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA–Solver Software*. Second Edition. Springer
22. Černiauskas, G. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos pertvarkymas: pristatymas. sena.sam.lt/.../Sveikatos%20mokestis%20pranesimas%20Kaunui.ppt [žiūrėta 2015-11-01]
23. Daft R. L. *Organization theory and design / 10th ed.* – Mason: South – Western Cengage Learning, 2009. – 20 p. – ISBN 13: 978-0-324-59889-6
24. Daouia, A., Simar, L. 2007. Nonparametric efficiency analysis: A multivariate conditional quantile approach. *Journal of Econometrics*, 140(2), 375–400.
25. Daraio, C., Simar, L. 2005. Introducing Environmental Variables in Nonparametric Frontier Models: a Probabilistic Approach. *Journal of Productivity Analysis*, 24, 93–121.
26. Debreu G. 1951. The coefficient of resource utilization. *Econometrica*, 19(3), 273–292.
27. Deksnienė J. ir kt. Lietuvos tekstilės įmonių ūkinės veiklos efektyvumo įvertinimas ir tendencijos // *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*. Šiauliai: VŠĮ Šiaulių universiteto leidykla, 2007, Nr. 2 (9), p. 37-44. – ISSN 1648-9098
28. Efron, B., Tibshirani, R. J. 1993. *An Introduction to the Bootstrap*. Chapman & Hall.

29. Farrell M. J. 1957. The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General)*, 120(3), 253–290.
30. Healy J, McKee M. Monitoring Hospital Performance. Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, 2000; 2:1
URL:http://test.cp.euro.who.int/document/OBS/EuroObserver2_2.pdf
31. Helfert A.E. Techniques of financial analysis. Fourth edition. Richard D. Irwin, Inc., 1988. – 291 p. – ISBN 0-256-01916-9
32. Hoff, A. 2007. Second Stage DEA: Comparison of Approaches for Modelling the DEA Score. *European Journal of Operational Research*, 181, 425–435.
33. Horwitz J. R., Making Profits And Providing Care: Comparing Nonprofit, For-Profit, And Government Hospitals. Health Tracking, 2005.
34. Gaidienė Z. Finansų valdymas. ISBN 9986-418-10-0. Pasaulio Lietuvių kultūros, mokslo ir švietimo centras, 1998.
35. Gimžauskienė E. Organizacijų veiklos vertinimo sistemos: mokslo monografija. Kaunas: Technologija, 2007.
36. Gimžauskienė E. Veiklos vertinimo proceso ypatumai organizacinių vertybių aspektu. Organizacijų vadyba: sisteminiai tyrimai. 2006, Nr. 39.
37. Gudelytė L. Subalansuotos rodiklių sistemos pritaikymo organizacijų vertinimui tobulinimo galimybių aptvalga // Socialinės technologijos‘10: iššūkiai, galimybės sprendimai: konferencijos medžiaga [2010 m. lapkričio 25-26 d., Vilnius, Lietuva]. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2010. – 97-102 p. – ISBN 978-9955-19-208-4
38. Green A, Ali B, Naeem A, Vassall A. Using costing as a district planning and management tool in Balochistan, Pakistan. *Health Policy and Planning*. 2001;16(2):180-186.
39. Jacobs R., Alternative methods to examine hospital efficiency: data envelopment analysis and stochastic frontier analysis. CHE Discussion Paper, 2000
40. Jagelavičius G., Boguslauskas V. Integruotas įmonės veiklos finansinio įvertinimo modelis // Organizacijų vadyba:sisteminiai tyrimai. – 1999, Nr.10, p.55-71. – ISSN 1392-1142
41. Jankauskienė D., Pečiūra R. Sveikatos politika ir valdymas Vadovėlis. ISBN 978-9955-19073-8. Vilnius, Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2007.
42. Kaplan R. S., Norton D. P. The balanced scorecard: translating strategy into action. – Boston: Harvard business school press, 1996. – 75-85 p. – ISBN 0-87584-651-3

43. Kaplan R. S., Norton D. P. The strategy-focused organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment. – Boston: Harvard business school press, 2001. – 400 p. – ISBN 9781-578-5125-08
44. Linna M., Häkkinen U., Peltola M., Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals— a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. *Health Care Manag Sci*, 2010.
45. Liu, J. S., Lu, L. Y. Y., Lu, W. M., Lin, B. J. Y. 2013. Data envelopment analysis 1978–2010: A citation-based literature survey. *Omega*, 41(1), 3–15.
46. LR Sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios, 1996, Nr. 55-1287
47. LR Sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo i valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas // Valstybės žinios, 1997, Nr. 62-1463
48. LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas // Valstybės žinios, 1996, Nr. 66-1572
49. LR Sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios, 1994, Nr. 63-1231
50. LR Viešųjų įstaigų įstatymas // Valstybės Žinios, 1996, Nr. 68-1633
51. LR SAM įsakymas Nr. V-717 „Dėl pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“ // Valstybės žinios, 2007, Nr. 96-3897
52. Mackevičius J., Daujotaitė D. Veiklos audito elementai: analizė ir auditas // Socialinių mokslų studijos. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2011, Nr. 3 (2), p. 459-472. – ISSN 2029–2244
53. Markiewicz P. Methodical aspects of applying strategy map in an organization // *Business, Management and Education*. Vilnius: Vilnius Gediminas Technical University (VGTU) Press, 2013, Nr. 11 (1), 153–167 p. – ISSN 2029-7491
54. MeSH Browser. URL:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov:80/entrez/meshbrowser.cgi?retrievestring=&mbdetail=n&term=Hospital+Costs> [28th January 2003].
55. Muger, A., Langemeier, M. R. 2011. Does farm size and specialization matter for productive efficiency? Results from Kansas. *Journal of Agricultural and Applied Economics*, 43, 515–528.
56. Murillo-Zamorano, L. R. 2004. Economic Efficiency and Frontier Techniques. *Journal of Economic Surveys*, 18(1), 33–45.
57. Pilyavsky A., Staat M. 2008. Efficiency and productivity change in Ukrainian health care. *Journal of Productivity Analysis*, 29(2), 143–154.

58. Puškorius S. 3E koncepcijos plėtra // Viešoji politika ir administravimas. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2002, Nr. 3, p. 31-38. – ISSN 1648-2603 Racine, J. S. Nonparametric econometrics: a primer. *Foundations and Trends in Econometrics*, 3, 1–88. 2008
59. Ray, S. C. 2004. *Data Envelopment Analysis: Theory and Techniques for Economics and Operations Research*. Cambridge University Press.
60. Ramanathan, R. 2003. *An Introduction to Data Envelopment Analysis: A Tool for Performance Measurement*. Sage Publications.
61. Reinhardt U. E., The economics of for-profit and not-for-profit hospitals. Health tracking: Marketwatch. 2000
62. Simar, L., Wilson, P. 2007. Estimation and Inference in Two-Stage, Semi-Parametric Models of Production Processes. *Journal of Econometrics*, 136, 31–64.
63. Sicote C, Champagne F, Contradriopoulos AP Barnsley J et al. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research* 1998; 11:24-48.
64. Sudnickas T. Šiuolaikinės veiklos matavimo sistemos. Integravimo su kokybės valdymo ir procesų tobulinimo sistemomis galimybės // Viešoji politika ir administravimas. – Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2008, Nr. 26, 17-24 p. – ISSN 1648-2603
65. Šlekienė D., Klimavičienė I. Įmonės veiklos finansinis įvertinimas. – Kaunas: Technologija, 1999. – 136 p. – ISBN 9986-13-721-7
66. Štaras K., Šiopė A. VŠĮ Centro poliklinikos veiklos efektyvumo vertinimas // Socialinių mokslų studijos. Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2010, Nr. 3 (7), p. 163–176. – ISSN 2029–2244
67. Ulys D. Įmonės veiklos finansinio įvertinimo rodikliai // „Apskaitos pokyčiai Europos Organizacijose“, konferencija (2001; Kaunas). *Ekonomika ir vadyba: pranešimų medžiaga*. – K.: Technologija, 2001. – P. 267-271.
68. Valstybinės ligonių kasos. *Ligonių kasų apžvalgos*. Prisijungta 2014 m. gruodžio 11 d. Prieiga per internetą: www.vlk.lt
69. Valvona J., Sloan F.A., Hospital profitability and capital structure: a comparative analysis. *Health Services Research*, 1988.
70. Walker D. Cost and cost-effectiveness guidelines: which ones to use? *Health Policy and Planning*. 2001;16(1):113-121.

71. Wilson, P. W. 2008. FEAR 1.0: A Software Package for Frontier Efficiency Analysis with R. *Socio-Economic Planning Sciences*, 42(4), 247–254.
72. World Health Organization. WHOTERM Quantum Satis. A Quick Reference Compendium of Selected Key Terms Used in The World Health Report 2000 issued by the World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2000.
73. WHO European Office for Integrated Health Care Services. Selection of indicators for hospital measurement performance. A report of the 3rd and 4th workshops. WHO Regional Office for Europe. URL: <http://intranet.who.dk/document/E84679.pdf>
74. WHO, European health for all database, 2010, www.who.int. WHO Regional Office for Europe.
75. Zschille, M. 2012. Nonparametric measures of returns to scale: an application to German water supply. *Empirical Economics*, 1-25. DOI: 10.1007/s00181-013-0775-5.

PRIEDAI

1 priedas. Sąnaudų analizė

Išlaidų straipsnis	2013		2014		2015	
	Suma, Lt	%	Suma, Lt	%	Suma, Lt	%
IŠLAIDOS (SĄNAUDOS)	22383187	97,01	22749647	96,90	23503663	100
Darbo užmokestis, iš jų pagal lėšas	11815740	52,8	11928951	52,4	12302686	52,3
Iš PSDF biudžeto lėšų	11278190	95,5	11223136	94,1	11682036	95,0
Iš kitų lėšų	450476	3,8	620518	5,2	554927	4,5
Iš finansavimo lėšų	87074	0,7	85297	0,7	65723	0,5
Įnašai soc. draudimui, iš jų pagal lėšas	3643191	16,3	3679452	16,2	3798531	16,2
Iš PSDF biudžeto lėšų	3478854	95,5	3463050	94,1	3607865	95,0
Iš kitų lėšų	137483	3,8	190133	5,2	170382	4,5
Iš finansavimo lėšų	26854	0,7	26269	0,7	20284	0,5
Vaistų, medicinos priemonių ir medicinos	2344961	10,5	2406067	10,6	2470634	10,5

paslaugų sąnaudos, iš jų pagal lėšas						
Iš PSDF biudžeto lėšų	1658719	70,7	1774420	73,7	1892384	76,6
Iš kitų lėšų	515957	22,0	424925	17,7	409832	16,6
Iš finansavimo lėšų	170285	7,3	206722	8,6	168418	6,8
Komunalinių paslaugų ir ryšių sąnaudos, iš jų pagal lėšas	1240288	5,5	1304113	5,7	1247196	5,3
Iš PSDF biudžeto lėšų	1233924	99,5	1302701	99,9	1245883	99,9
Iš kitų lėšų	6364	0,5	1412	0,1	1313	0,1
Iš finansavimo lėšų	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Nusidevėjimas (amortizacija)	668775	3,0	704554	3,1	814369	3,5
Iš PSDF biudžeto lėšų	395971	31,9	399436	32,2	463113	56,9
Iš kitų lėšų	130462	10,5	151701	12,2	190625	23,4
Iš finansavimo lėšų	142342	11,5	153417	12,4	160631	19,7
Kitos sąnaudos, iš jų pagal lėšas	2670232	11,9	2726510	12,0	2870247	12,2
Iš PSDF biudžeto lėšų	144280	54,0	1506033	55,2	1607065	56,0
Iš kitų lėšų	1197749	44,9	1175952	43,1	1251796	43,6
Iš finansavimo lėšų	29683	1,1	44525	1,6	11386	0,4

Iš viso, iš jų pagal lėšas	22383187	100	22749647	100	23503663	100
Iš PSDF biudžeto lėšų	19488458	87,1	19668776	86,5	20498346	87,2
Iš kitų lėšų	2438491	10,9	2564641	11,3	2578875	11,0
Iš savivaldybės biudžeto lėšų	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Iš finansavimo lėšų	456238	2,0	516230	2,3	426442	1,8

2 priedas. Anketa respondentams

Gerb. Respondentai,

Ši anketa yra **anoniminė**. Jūsų nuoširdūs atsakymai į klausimus, pateiktus šioje anketoje, padės išsiaiškinti, kaip tinkamai reikėtų įvertinti darbuotojų perspektyvą, norint pasiekti pagrindinę įstaigos strategiją. Nuoširdžiai dėkoju Jums už atsakymus.

1. Kokia Jūsų įstaigos veiklos strategija? Iš kur apie ją sužinojote?

.....

.....

.....

.....

2. Kokie Jūsų veiklos tikslai? Kaip dažnai apie juos kalbate įstaigoje? Kaip dažnai vertinami Jūsų veiklos rezultatai? Ką reikėtų tobulinti norint pasiekti geresnių rezultatų?

.....

.....

.....

.....

3. Kuo remiantis keliami tikslai skirtingose įstaigos veiklose?

.....
.....
.....

4. Ar Jūsų įstaigoje yra diegiamos naujos technologijos, atnaujinama turima įranga?

.....
.....
.....

5. Ar visa turima įranga yra naudojama ir atlieka savo funkcijas?

.....
.....
.....

6. Ar Jūsų įstaigoje yra analizuojama, stebima teikiamų paslaugų kokybė? (Jeigu atsako taip, toliau kiti klausimai): Kaip Jūsų įstaigos paslaugų kokybę vertina darbuotojai? Kaip Jūsų įstaigos paslaugų kokybę vertina klientai? Ar manote, kad pakanka turimų paslaugų, jog klientas būtų patenkintas?

.....
.....
.....
.....

7. Ar Jūsų įstaiga yra konkurencinga tarp kitų gydymo įstaigų? Jei taip, tai kuo ji pranašesnė už kitas?

.....
.....
.....
.....

8. Ką manote apie tinkamą vartotojų lojalumą? Ar Jūsų įstaigos pacientai lojalūs? Kas galėtų didinti pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis Jūsų įstaigoje?

.....
.....
.....
.....

9. Kokia Jūsų įstaigoje yra darbuotojų kaita? Ar tai yra problema? Jeigu atsakote taip, kokie būdai, Jūsų manymu, padėtų įstaigoje išvengti darbuotojų kaitos?

.....
.....
.....
.....

10. Kokius išvelgtumėte darbo efektyvumo didinimo būdus? Kokie būdai paskatintų darbuotojus dirbti efektyviau?

.....
.....
.....
.....

11. Ar vykdate darbuotojų mokymus kompetencijos kėlimui? Koks jų organizavimo tikslas?

.....
.....

12. Kas Jus labiausiai motyvuoja siekti savo užsibrėžtų tikslų?

.....
.....
.....
.....

13. Ar Jums yra žinoma subalansuotų rodiklių sistemos (BSC) koncepcija? Jei taip, ar ją naudojate savo įstaigoje?

.....
.....
.....

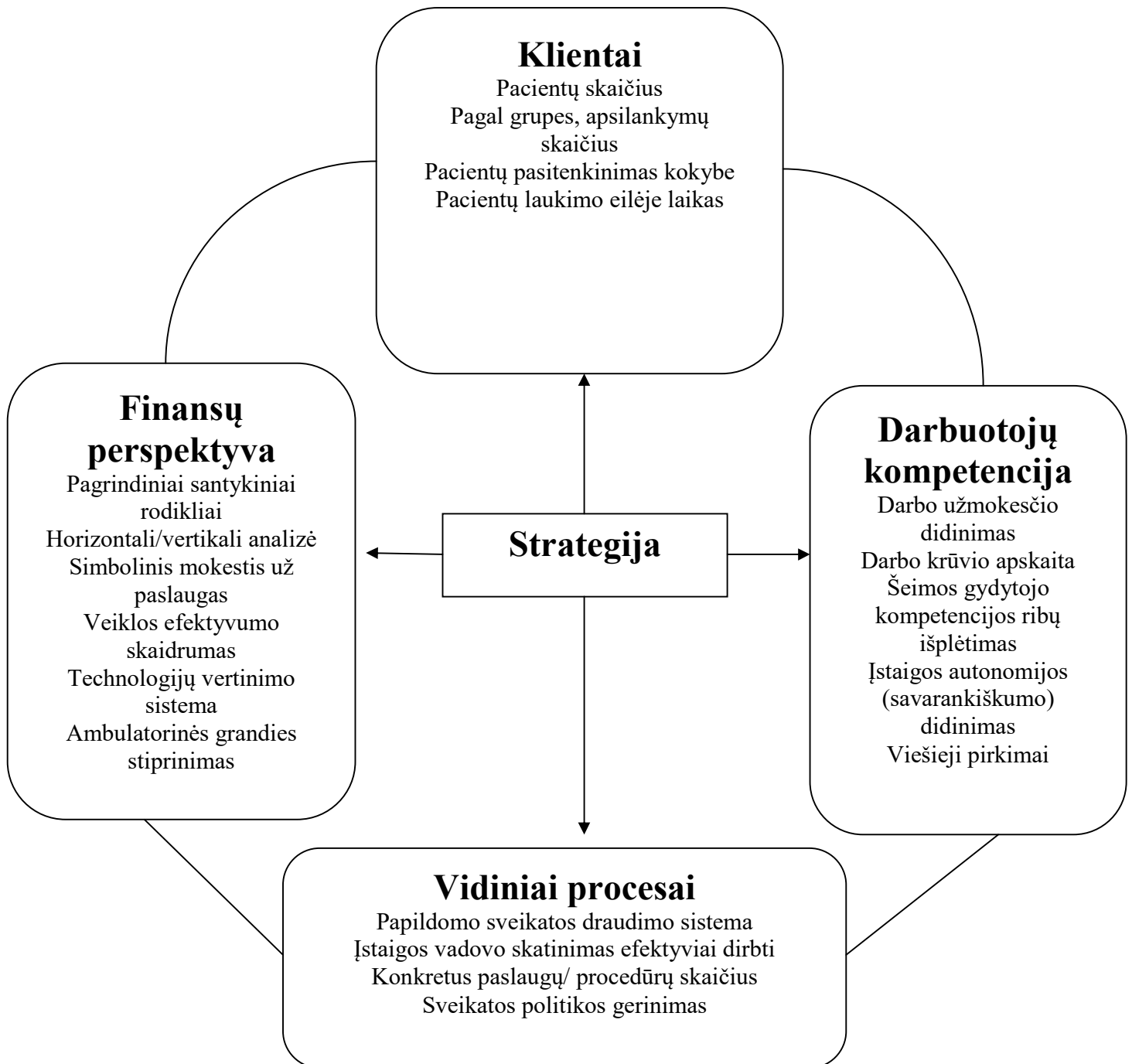
14. Ar skaičiuojate finansinius rodiklius? Jei taip, kokius rodiklius skaičiuojate?

.....
.....
.....
.....

15. Ar skaičiuojate nefinansinius rodiklius? Pvz., pacientų skaičiaus kitimas, pacientų ir darbuotojų pasitenkinimas.

.....
.....

3 priedas. Subalansuotų rodiklių sistema medicinos sektoriaus įmonėje



4 priedas. Medicinos sektoriaus įmonių veiklos vertinimo schema

